

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLESEK.

Kelen Béla: Közlemény a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyet. tanár, udv. tanácsos.) A thermopenetratio a nőgyógyászatban. 1. lap.

Péteri Ignác: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. nőgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egy. ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Adatok az újszülöttek transitorius lázának kóriányegéhez és orvoslásához. 4. lap.

Dőri Béla: Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz József-tudományegyetem belgyógyászati klinikája laboratóriumából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. rendes tanár.) Anyagforgalmi vizsgálatok benzollal kezelt idősebb leukaemiás myelosis egy esetében. 6. lap.

A magyar Vöröskereszt-egyesület önkéntes betegápolónői tanfolyamainak szabályzata és tanítási programja. 9. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismeretés. B. Lipschütz: Bakteriologischer Grundriss und Atlas der Geschlechtskrankheiten. — Lapszemle. Belorvostan. J. Bang: A hyper-

glykaemia klinikai kimutatása. — *Sebészet.* A. Wittek: A sarjadzó sebek gyógykezelése. — *Elmekórtan.* A. Imhof: Az elmebajok keretében jelentkező osteomalacia. — G. Anton és Fr. Wohlwill: A nem genyes encephalomyelitis multiplex és sclerosis multiplex. — R. Beck: A sclerosis multiplex, terhesség és szülés összefüggése. — *Szülészet és nőorvostan.* Schauta: Radium- és mesothorium-kezelés méhírák eseteiben. — *Bumm:* A méhírák elleni radium- és Röntgen-kezelés további eredményei. — *Gyermekorvostan.* Schick: A diphtheriatoxin cutan reakciója. — *William Sharpe és Benjamin P. Farrel:* A paralysis spinalis spastica. — *Veneréds betegségek.* G. Heim: A syphilis elterjedése a német kolóniákban. — *Hügszervi betegségek.* Killeuthner: Változások a prostata-hypertrophia tanában. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Bircher: Peritonealis bajok. 10–13. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. 13. lap.

Vegyes hírek. 13. lap.

Tudományos társulatok. 14–18. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról.
(Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

A thermopenetratio a nőgyógyászatban.

Irta: **Kelen Béla** dr., a klinikai Röntgen-laboratórium vezetője.

Az elektromosság tanának a haladása az utolsó években sok oly dolgot hozott napvilágra, a minek a megvalósítását még röviddel ezelőtt is a lehetetlenségek közé sorozták. Ilyen lehetetlenségnek tartottuk a test mélyebb részeinek az átmelegítését is. Bár a hőnek helybeli alkalmazása jóformán az orvostudománnyal egykorú és bár tudjuk, hogy szervezetek, sejtek, bacteriumok stb. vegetatív működéseiben a temperatura milyen fontos szerepet játszik, bár tudjuk — hisz szemünk előtt folyik le — a szervezetnek a betegségek elleni küzdelmében az általános és localis hőemelkedés, bár látjuk azt a hatalmas factort, a mely hőemelkedés alakjában az anyagcserét megbillenti, reparatív folyamatokat megindít, pathológiás folyamatokat megállít, mégis napjainkig e tényezőt kihasználni nem tudtuk.

Hogy a szövet mélyébe meleget bevinni nem tudunk, annak két oka van. Az első az, hogy az összes szövetek rossz hővezetők, a meleg alig halad át rajtuk, a másik pedig az, hogy a vérkeringés elviszi azt a kis meleget is, a mi áthaladt a hőszabályzó centrum a szervezetet a normalis hőmérsékre újra beállítja. A szervezet a localis felmelegedés ellen védekezik. Ilyenformán melegbehatásra (borogatások stb.) csak néhány milliméternyi réteg melegszik át. A melegnek illetlen alkalmazása a mélyebb részekben csak közvetlen úton, collateralis vérbőség által válhatik gyógyító tényezővé.

A thermopenetratiós készülék olyan elektromos áramot szolgáltat, mely a test szövetein áthaladva, minden egyéb elektromos hatás nélkül (idegizgalom, elektrolysis) tisztán meleggé alakul át. A meleget tehát nem a felületről visszük be a testbe, hanem az magában a szövet mélyében keletke-

zik, vagyis endogen eredetű. Az áram energiája ellenállási hővé alakul át (Widerstandswärme, Joule-féle meleg), akárcsak izzólámpában.

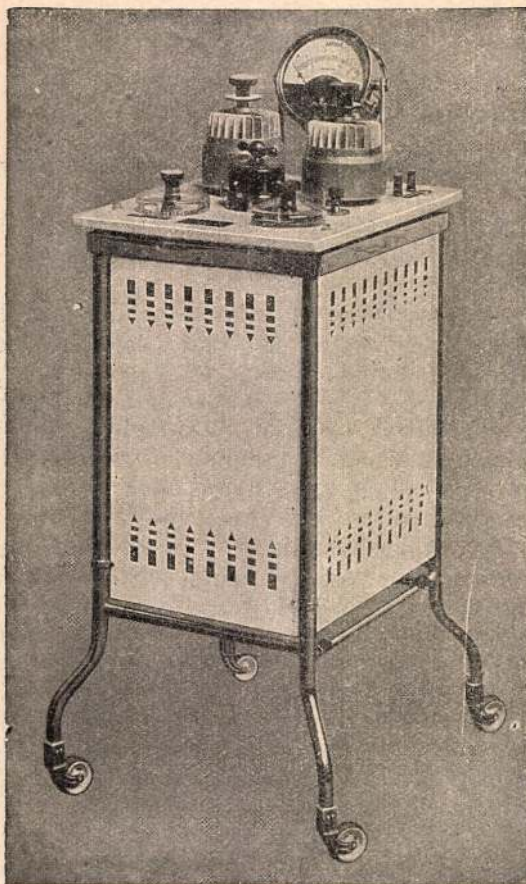
A rendes egyenáram (galvan-áram) idegingerületeket és vegybontásokat létesít, a mi áramérzés, fájdalom kíséretében folyik le. Erősebb áramok szövetroncsolásokat és elégetéseket okoznak. 0.3 ampère (= 300 milliampère)-nél erősebb áramok pedig halálhozók lehetnek. Fokozódik az idegekre gyakorolt hatás, ha az áram minduntalan változtatja az irányát (váltóáram, farados áramok). Váltóáramú városi hálózatok másodpercenként átlag 100-szor változtatják irányukat (50 periodus). Az irányváltozás szaporodásával a hatás (ugyanazon áramerő mellett) bizonyos fokig nagyobbodik és azontúl ismét csökken, oly módon, hogy extrem-gyors váltakozás mellett (Hochfrequenz-Strom), a hol a periodus-szám másodpercenként a százazreket meghaladja, az ingerület (áramérzés) a periodus-szám négyzetgyökével fordítva aránylik (Nernst). Más szóval, 4-szer akkora periodus-szám mellett az ingerhatás felére; 9-szer annyi váltás mellett pedig egyharmadára csökken. A thermopenetratiós, vagy más néven diathermiás készülék áramiránya másodpercenként 3 millió-szor változik. Ezen változás-szám mellett áramérzés egyáltalában nincs. A beteg egyebet, mint testét kellemesen átjáró meleget nem érez. A készülék az áramot a városi hálózatból kapja és berendezése teljesen hasonlít a szikratáviróéhoz. (Tesla-transformator, resonáló szikra-köz.) A beteg az áramhálózattal direct összeköttetésben nincs. A kezelésre szolgáló áram elektromágneses inductio útján keletkezik és így akár a készülékben véletlenül keletkező rövidzárlat, akár hibás kapcsolás az inductiót önműködőleg megszünteti. Kiolvadhatnak a készülék egyes részei, de a beteget veszély nem érheti. Maga a thermopenetratiós áram a Tesla- vagy d'Arsonval-féle áramoktól abban különbözik, hogy feszültsége alacsonyabb (800 Volt), de áramereje nagyobb: több Ampère-ig (!) fokozható. Az áramváltódás pedig egy közbeiktott specialis szikra-köz (Löschfunkenstrecke) által úgy van temperálva, hogy a váltódások, a melyek a nagy frequentia folytán itt

már tulajdonképpen rezgések (elektromos hullámok), nem csillapodnak, hanem folytonosak. A d'Arsonval-féle és egyéb magas frekvenciájú áramoknál a rezgés gyors ugyan, de bizonyos számú rezgés után árampausa következik és ez a pausa néhány százszor hosszabb, mint a rezgések időszaka.

Ezen nem csillapodó, kisebb feszültségű, de nagy intenzitású és igen magas frekvenciájú, vagyis thermopenetrációs áramnak van meg azon tulajdonsága, hogy az átáramolt szövetben tisztán és *egyenletesen* meleggé alakul. A testben képződő meleg az átáramolt szövetrészt elektromos ellenállásától függ. A medenczebeli szervek átáramoltatásakor az áram az izmok és idegek lefutására harántul halad és a képződött meleg annál nagyobb, minél rosszabban vezet az illető szövet az elektromos áramot. A rossz vezetőben nagy az „elektromos surlódás”, ez az, a miből a meleg képződik.

A bőr vezetőképessége még nedves állapotban is sokkal kisebb, mint a légyszeké, tehát a bőr legerősebben melegszik át. Ennek megvan az a jó oldala, hogy túlerős, talán már thermiás fehérje-coagulatiót okozó áramokat tévedésből sem alkalmazhatunk, mert a beteg azt az élénk bőrfájdalom miatt nem tűri. Addig, míg a beteg bőre a meleget kiállja, bátran fokozhatjuk az áramerőt. Vigyázni kell, hogy az elektrodokat jól a testre simítva helyezzük el és áramlás alatt gondoskodjunk róla, hogy azok mérsékelt nyomás alatt mozdulatlanul, simán odafeküdjenek.

Klinikánkon a Reiniger, Gebbert és Schall-féle készülékkel dolgozunk (l. a mellékelt rajzot).



A készülék 2 év óta kifogástalanul működik. A hozzátartozó elektrodok a specialis nőgyógyászati célokra nem felelnek meg és gyorsan pusztulnak. Mi a medenczebeli szervek átmelegítésére elektrodok gyanánt $\frac{1}{2}$ mm. vastag ólomlemezeket használunk, melyeket ollóval a kívánt alakra és nagyságra kivágunk. Ha az elektrod behajlott, összegyűrődött, használat előtt vastag farúddal egyenesre hengereljük. Elül a hasra, a köldök és symphysis között egy körülbelül tenyérnyi elektrodot alkalmazunk, a melyet tiszta vízbe mártott és kifacsart vattarétegbe csavarunk.

A sósvízzel való megnedvesítést óvatosságból nem alkalmaztuk, mert akkor a bőr jobban vezet az áramot, ke-

vésbé melegszik fel és így szenved a bőrfájdalom adta ellenőrzés. A másik elektrodot a hüvelybe vezetjük. A beteg a belső meleget sokkal kevésbé érzi, azért a helyes hüvelyelektrod megválasztása gondos körültekintést igényel. Ha az elektrod kicsiny, akkor a külső elektrodról jövő áram a belső elektrodnál kisebb felületre koncentrálódik, nagyobb lesz az áramsűrűség és ezzel együtt a meleg. Mérsékelt hatásokra tehát a hüvelyelektrod nagyobb legyen, erősebb hatásokra kisebb. A belső elektrodokat szintén magunk készítjük, hogy azoknak nagyságát és alakját az elérni szándékolt hőfok szerint esetenként változtathassuk. Legcélszerűbbnek bizonyultak az $1\frac{1}{2}$ —3 cm. hosszú és 1—2 cm. széles olívalakú elektrodok. Az olívákat igen vékony ólomlemezről csavarjuk. Az elektrodhoz vezető drót, hogy hajlékony legyen, szintén ólomból van. Ennek a szigetelésére elég egy vékony guttaperchapapirból vágott szalag, mely a kéz melegétől a dróton jól megtapad. Az olívának közepén üreget hagyunk, melybe egy hőmérő pontosan belleillik. A hőmérő vége kiáll a hüvelyből és azon a hőfok közvetlenül olvasható.¹

Az elektrodot a külső méhszájig a hátulsó boltozatba vagy a kiálló hőmérőnél fogva ferde helyzetben oldalt vezetjük be a petefészkek erősebb átmelegítésére. Az áramerő szabályozásával és az elektrodok nagyságának megválasztásával a belső hőmérsékletet minden kellemetlen és káros hatás nélkül közel 50° C-ig emelhetjük.

Érdekes, hogy a hőmérséklet a testben magasabbra emelkedik, mintha ugyanazon áram holt szöveten (víz, hús stb.) megy át. Ennek az a magyarázata, hogy a hő a sejtek anyagcseréjét aktiválja, a mi a maga részéről újabb hőkifejtést eredményez. A hőhatás bővebb vérátáramlásban, fokozott anyagcserében és az esetleg ott levő mikroorganizmusokra gyakorolt közvetlen thermiás hatásban áll.

Hogy heves lobos folyamatok lefolyására a meleg és a consecutiv activ hyperaemia milyen hatást gyakorol, azt esete válogatja. Szamba jöhet a thermopenetratio fájdalomcsökkentő hatása is.

Olyan localis megbetegedésekben, a melyekben a hyperaemia fokozását nem tartottuk contraindikálnak, kellő óvatosság szemmel tartásával megpróbáltuk a thermopenetratiót. Az egyes üléseket $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órára szabtuk s azokat hetenként 1—3-szor megismételtük.

Eddigélé 74 betegen tettünk kísérletet. Kicsiny szám arra, hogy az indicatiók és gyógyhatások tekintetében végleges következtetéseket vonjunk, de klinikailag és mikroszkopailag jól ellenőrzött eredményeink mutatják az irányt, a melyben tovább kísérleteznünk kell és bizonyítják, hogy a thermopenetratio a nőgyógyásznak már ma is egy új gyógyító eszközt ad a kezébe, mely *eredményeket mutat fel olyan betegségekben, a melyek az eddigi eljárásokkal teljesen befolyásolhatatlanok voltak.*

Nem volt célunk, hogy régi kipróbált gyógyítómódokat újakkal helyettesítsünk. Nem tartjuk a thermopenetratiót indikálnak azon esetekben, a melyekben az eddigi eljárásokénál jobb eredményeket nem ad.

Hátránya a thermopenetratióknak, hogy a készülék költséges és súlyánál fogva alig portabilis s így inkább csak ambulans kezelésre alkalmas; hátránya, hogy az eljárás bonyodalmas és szigorú orvosi felügyeletet igényel. Mindezek a hátrányok azonban bőven megtérülnek akkor, a mikor olyan megbetegedésről van szó, mely a sebészeti műtétet kivéve, minden localis beavatkozás számára hozzáférhetetlen.

Az egyes betegségekről a következőkben számolhatunk be:

Exsudatumok felszívató kezeléseket lényeges eredményeket nem láttunk. Ennek a magyarázatát könnyen meg is találjuk abban, hogy ezekben a gócz széthordását a környező erekre kell bízunk s így már elméleti alapon is jobb eredményt várhatunk attól a collateralis hyperaemiától, a mit vil-

¹ Adataink szerint készült hüvelyelektrodok Reiniger, Gebbert és Schall cégénél különféle nagyságban készen is kaphatók.



Leltári szám: F46/189
 1914. 11. 25.

lamos fényfürdők, meleg compresssek és forró hüvelyöblítésekkel érhetünk el. A thermopenetratiót néha a fájdalomcsillapító hatás indikálja, mely egyes esetekben elég kifejezett lehet és a molimina csökkentésére is kiterjed. Egy cementtisben szenvedő betegünk subjective lényegesen javult.

Jó eredményeket láttunk a *méh és adnexumok köteges lenövése eseteiben*, a melyekben többször már egy-két huzamos átmelegítés is feltűnően hatott. Természetes, hogy itt is, mint a többi betegségben, a thermopenetratio mellett a többi indicatio követelményeinek is eleget tettünk. A kötegek operatív felszabadításának az indicatiója szigorúan megmarad jogaiban. Oly esetek azonban, a melyek tünetei nem annyira súlyosak, hogy a beteg miattuk magát a műtétnek alávesse, a problémás hatású massage helyett a thermopenetratio hatás-körébe tartoznak. Volt alkalmunk látni, hogy a még mozgatható, de hegesen hátrafelé vongált méh thermopenetratio és pessarium alkalmazása után megmaradt normalis helyzetében. Hogy az ilyen eredmények mennyiben lesznek tartósak, azt a további megfigyelés fogja megmutatni. Ugy látszik, hogy a rossz vascularizált és ennél fogva táplálkozás-zavar által zsugorodó heges kötegek vér által való bővebb átáramoltatására olyan kötőszövet indul fejlődésnek, mely sejtűsőbb, kevésbé rostos és nyúlékonyabb.

Legérdekesebbek azonban a gonorrhoeás folyamatokban elért eredményeink. A complicatio nélküli *acut gonorrhoea* (urethritis, vulvovaginitis), bár legtöbbször gyorsan javul, mégis az eljárás körülményes technikájára való tekintettel a thermopenetratióra kevésbé alkalmas.

A régi egyszerűbb és kevésbé fáradságos eljárásokra, a miket a beteg maga végezhet, az eredmények legtöbbször ugyanolyanok. Thermopenetratióra azokat az eseteket válogattuk, melyek a rendes kezeléssel dacolnak és azokat, a melyekben a megbetegedésnek a székhelye (ovarium stb.) egyébként localis kezelést kizár. Az eredmények megítélését megnehezíti azon körülmény, hogy a betegeket a cohabitatiótól ad longum eltiltani nem lehet, s így azok magukat a néha bizony hosszadalmas kezelés alatt újra fertőzik. Szerepet játszik itt a férfiak gonorrhoea irányában való indolentiája is. A klinikai beteganyag intellectualis niveauja lehet az oka annak, hogy a férjes asszonyok mikroszkopice is kellőleg ellenőrzött gyógyulásuk után néhány hónap múlva elég gyakran hasonló megbetegedéssel újra jelentkeznek. Lehetséges, hogy talán a gyógyulás mégsem volt teljes s a munkásszonyok nagyobb testi megerőltetései és egyéb socialis viszonyai is favorizálják a recidivákat, de mindenesetre igen szembeszökő a különbség, ha ezekkel az esetekkel az intelligens és az újabb infectióval szemben megbízhatónak látszó beteganyagot állítjuk szembe. Ezek között a recidiva ritka. A recidivákat jóformán előre meg lehet jósolni. Láttuk akárhányszor, hogy a kezelés közben majdnem teljesen megszűnt és gonococcustól már mentes fluor egy napról a másikra „ismeretlen“ okból újult vehementiával kitört. A fertőzés eredetének férjes nőknél való kipunhatolását tárgyaló közismert kérdésre és az ebből származó therapiái és társadalmi dilemmákra e helyütt nem akarunk kitérni.

A gonorrhoea gyógyításában a thermopenetratióknak nem annyira a beteg szövetekre, mint inkább a gonococcusokra gyakorolt hatás folytán tulajdonítunk fontos szerepet. Ismeretes, hogy a gonococcusok 41° C-t meghaladó hőmérsékleten elpusztulnak. Nem tudjuk biztosan, hogy a mai technikával az átáramolt szövetekben mindenütt beáll-e a kellő hőmérséklet? A hőemelkedés, mint mondtuk, egyenlő áramerő mellett elsősorban a szövet elektromos ellenállásától függ, de függ azonkívül az áramsűrűségtől is. A bőrön levő elektrod egy tenyérnyi lemez, a hüvelyelektrod 1—2 cm. átmérőjű. Az áram tehát egy alapjával a bőr felé tekintő csonka kúp alakjában terjed a szervezetben. Az áramerő ennek a kúpnak természetesen minden keresztmetszetén egyenlő és az Ampère-méteren leolvasható. Ebből az áramerőből következtethetünk a testben fejlődő melegmennyiségre (caloria), de a hőfokot az szabja meg, hogy a képződött caloria mekkora területen oszlik szét? Ott, a hol a kúp keskenyebb, ugyanannyi caloria kisebb térre szorul és magasabb

hőfokot eredményez. Éppen ez az oka, hogy a hüvelyelektrodot a kellő hőfok elérésére kicsinyre kell szabnunk. A legmagasabb hőfok keletkezik a nagy elektromos ellenállás miatt a bőrön (ezt a beteg érzése ellenőrzi) és másodsor a hüvelyelektrod körül, a hol a legnagyobb az áramsűrűség (ezt a hőmérő mutatja). A hőmérséklet a hüvelyelektrodtól távolodva csökken, de hogy milyen mértékben, azt egyelőre nem tudjuk. E tekintetben nem mérvadók azok a mérések, a melyeket a hólyagba bevezetett hőmérőkkel végeztek, mert a hólyagban levő vizelet jó áramvezető s ennél fogva felhevülése kisebb, mint a környezeté. Ha sikerülne a hőt úgy elosztani, hogy az egész beteg terület 41 foknál lényegesen melegebb legyen, akkor a gonococcusok egyszeri elegendő hosszú kezelésre kipusztulnának. Eredményeink azt mutatják, hogy ez egyelőre nem lehetséges. Nem marad más hátra, mint hogy lehető magas belső hőmérséklet mellett, az elektrodok helyzetváltoztatásával a beteg területeket körüljárjuk és a kezelést hosszabb ideig folytassuk. A helyes technikától sok függ. A berendezés tökéletesítésével a mi eredményeink is szemmel láthatólag javultak. Kísérletképp átmelegítettünk egy férfibetegét is, a kinek évek óta fennálló prostatagonorrhoeájával szemben minden orvosi beavatkozás eredménytelennek bizonyult. A húgycsőbe egy a markolata felé guttaperchapapírral izolált kőszondát vezettünk be a hólyagig. A másik elektrodot egy ideig a hasfalra, azután a keresztcsontra tettük. Egyszeri félórás tartó thermopenetratióra a beteg meggyógyult és 1½ év óta a beteg teljesen tünet nélkül van. Ez a kísérlet a thermopenetratióknak a gonorrhoea gyógyításában a nőgyógyászaton kívül való fontosságát is mutatja.

Gyermekek vulvovaginitise, a mely sokszor a legkülönbözőbb kezelésnek ellenáll, minden hymensérülés veszélye nélkül egy kellő vékonyságú vaginalis elektrodal könnyen és hatásosan kezelhető. Igaz, hogy egy elhanyagolt esetünkben a teljes gyógyulás hetenkint 2, később 1 kezelésre csak 3 hónap múlva következett be, de a gyermek ma, 1 év után is egészséges.

Különösen ki kell emelnünk a thermopenetratio eredményeit *idősült makacs gonorrhoeás vaginitis eseteiben*. Olyan kóros esetek ezek, melyek a szokásos kezelésekre ugyan javulnak és tünetileg korlátok között tarthatók, de tulajdonképpen sohasem gyógyulnak meg egészen. Ha a folytonos kezelés alatt a gonococcusok el is tűnnek a váladékból, de a nyálkahártya mélyebb rétegeiből nem pusztulnak ki teljesen. A kezelés beszüntetésére a folyamat rögtön exacerbál. Több ilyen esetet látunk thermopenetratióra recidiva nélkül simán gyógyulni. Kezeléskor a külső elektrod helyzetét gyakran kell változtatni, hogy a beteg szöveteket minden irányban átáramoltassuk.

Ugy acut, mint chronikus gonorrhoea esetei között vannak olyanok, a melyek ismeretlen okból nem javulnak. Lehet, hogy e szövetek fokozott succulentiaja miatt az elektromos ellenállás csökken annyira, hogy kellő hőemelkedés nem következik be, lehet, hogy a gonococcusok thermolabilitása az élő szövetben megváltozott. Itt is, mint minden fejlődő tudományban, vannak megoldatlan kérdések, de már a mai eredményeink szerint is a thermopenetratióknak a női gonorrhoea gyógyításában kiváló és hézagpotló hatása van, a mit gyakorlatilag hasznosítani lehet azon esetekben, a melyekben az eddigi medicatio eredménytelen.

A *nem gonorrhoeás* eredetű endometritisek, metroendometritisek és fluorok thermopenetratióra kevésbé javulnak. A streptococcusok a váladékból rendszeren nem tűnnek el, ám-bár ezekben is tapasztalható javulás. Ennél a pontnál érdekes az a körülmény, hogy nem gonorrhoeás chronikus metritisek Röntgen-therapiára adnak jó eredményeket, a gonorrhoeás fluor azonban Röntgenre megmarad. Kombinált kezelés mellett több esetben sikerült az erősen megnagyobbodott méhet Röntgennel megkisebbiteni, a gonorrhoeás fluort pedig thermopenetratióval meggyógyítani. Ezekről az eredményeinkről részben már a Münchener medizinische Wochenschrift 1912. évfolyamában beszámoltunk.

Mindent egybevetve, a thermopenetratio olyan gyógyító eljárás, mely eddigi eredményei folytán megérdemli, hogy szélesebb körben nyerjen alkalmazást.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem II. számú nőgyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

Adatok az újszülöttek transitorius lázának körülményéhez és orvoslásához.

Irta: Péteri Ignác dr., kórházi r. int. főorvos, a II. sz. nőgyógyászati klinika gyermekorvosa.

A fiatal szervezet hőszabályozó képességének fogyatékosságára vezethető vissza azon körülmény, hogy a csecsemő, de főleg az újszülött testhőmérséke kisebb-nagyobb ingadozásoknak van alávetve, melyeknek oka vagy a szervezetben magában, vagy külső körülményekben keresendő.

Igy tudjuk azt, hogy egy couveuseben túlhevített újszülött testhőmérséke 39–40° C-ra, sőt e fölé emelkedhetik, viszont, hogy egy lázas csecsemő testhőmérséke 26–27°-os 5 perceses fürdőre a normalisra, sőt a normalis alá szállhat, úgyszintén az újszülött- és csecsemőszervezet chemismusának legminutiosusabb változásai már kisebb-nagyobb testhőmérsékingadozásokat vonhatnak maguk után.

Az újszülött testhőmérséke már az élet első óráiban is elég tetemes ingadozásokat mutat, így Erőss vizsgálataiból kitűnik, hogy az újszülött végbélhőmérséke az első 10 órában 37.6–35.84° C. közt ingadozik és csak a 10. órán túl marad a testhőmérsék normalis körülmények közt 37°-on.

Aránylag elég gyakran észlelhetünk azonban újszülötteket, kik a III., IV., V. életnapban magasabb testhőmérsékkel bírnak, mely a 38–38.5, sőt 39°-ot is eléri, a vizsgálat semmi lényeges, a láz okát megmagyarázó elváltozást nem mutat, az újszülött ez idő alatt talán nem is teszi a beteg csecsemő benyomását, úgy hogy csak a hőmérőzés árulja el a megfigyelőnek azon változást, mely szervezetében ez idő alatt végbe megy. Ezen rejtélyes láznak 1–2–3 napi fennállása után a testhőmérsék rendszeren hirtelen a normalisra száll alá.

Hogy ilyen „transitorius“ lázak újszülötteken gyakran észlelhetők, nem került el a figyelmét egyes szerzőknek, így E. Holt, C. Sommer, Erőss stb. kimutatták, hogy az újszülöttek bizonyos %ában az élet első napjaiban rövid ideig tartó testhőmérsékemelkedés észlelhető, mely lázat részben az „éhezésre“ vezették vissza, másrészt dyspepsiának, bélhurutnak, a köldökzsinór kezdődő gangraenájának, köldökgyeődésnek tulajdonították létrejöttét. A közelmúltban egyrészt Reuss, másrészt F. Heller foglalkozott az újszülöttek transitorius lázával. Reuss 24 ilyen esetnek részletes kórtörténetét közli és következőképpen írja le a transitorius lázat és a vele járó klinikai tüneteket:

A láz rendszeren a 3.–4. napon jelentkezik és tart 2–3 napig, de sohasem 5 napon túl, a hőmérsék maximuma 38–39° C. közt van, de a 39° feletti láz sem ritka, a láz többnyire kritikusan száll alá. A gyermekek a lázas időszak alatt Reuss szerint feltűnően nyugtalanok, vagy ellenkezőleg inkább erősen bágyadtnak látszanak. Ezzel szemben F. Heller még a 7. napon is észlelt lázakat, melyek sokszor a 40.1 C.-fokot is elérték. Mindkét szerző tapasztalata szerint a láz legmagasabb foka egybeesett a physiologiai testsúlyvesztés legmélyebb pontjával és a testsúly gyarapodásával mindig a normalisra szállott a testhőmérsék. Ezek mindazon tünetek, melyeket ilyen transitorius lázt felmutató újszülötteken észlelhetünk, ezeken kívül a vizsgálat eredménye mindig teljesen negatív, a székletek sem mutatnak semmiféle jellegzetes elváltozást a lázas időszak alatt.

Hogy mi okozza ezen sajátos, szinte megmagyarázhatatlan lázakkal járó elváltozásokat az újszülött szervezetében, ez ma még eldöntetlen kérdés.

Hogy pharyngitis, angina, coryza vagy a köldökcsomókóros elváltozásai okoznák a hőemelkedést, mindezen fertőzők felvételére a legbehatóbb vizsgálat sem nyújt semmiféle támpontot. Nem valószínű az a felvétel sem, hogy bélinfekciók játszanának szerepet, mert az ilyen lázakat felmutató újszülött székletei az idevágó megfigyelések szerint semmi-lyen sem különböznek lázalan újszülöttek székleteitől. Ezzel

szemben Berend „Az újszülöttek bélrothadásának kórképéről“ című munkájában az újszülötteknek a 3.–4. napon jelentkező lázát a bélben lejátszódó rothadási folyamatnak tulajdonítja és jellegzetesnek tartja az „initialis hányást“ és a büzös rothadó székleteket. Olyan újszülöttek ezek — mondja Berend —, kik sok magzatvizet nyeltek, mert jöllehet a meconium ellentáll a rothadásnak, ez mégis beáll akkor, ha a meconium vízzel, illetve magzatvízzel érintkezik, viszont hangsúlyozza azt is, hogy a kórkép főleg hiányos táplálékfelvétel esetén jelentkezik; „rendes amniális folyadék lenyelése hiányos táplálkozás mellett praedisponál az újszülött béltractusában a rothadás megindulására, mely legtöbbször könnyű kórkép alakjában folyik le“.

Reuss felemlíti, de kizártnak tartja, hogy sepsis játszana szerepet a lázak létrehozásában, mert semmiféle összefüggést sem sikerült felfedezni az anya hőemelkedése és az újszülött láza között.

Közelfekvő volt az a gondolat, hogy az újszülött szervezete, midőn születése pillanatában a bacteriumok milliárdjai elárasztják, erre a bacteriuminvasióra lázzal reagál, vagyis a születés pillanatában steril gyomor-béltractust egy bizonyos idő múlva bacteriumok lepik el, melyeknek anyagcsereproductumai, esetleg toxinjai kifejtik a szervezetre gyakorolt káros hatásukat, különösen akkor, mikor az ártalmatlan meconiumflorát felváltja a cukortartalmú tej florája, vagyis, a mikor megkezdődik a bélben az erjedési folyamat (Passini).

Nem valószínű az a feltevés, hogy a transitorius láz külső thermikus behatások következménye, mert sohasem tapasztaljuk azt, hogy egy ugyanazon helyiségben, egyforma öltöztetés mellett több újszülött egy időben mutatna ilyen rövid ideig tartó testhőemelkedést.

Először Holt, azután Reuss, továbbá Heller hajlandó volt összefüggést felfedezni az újszülöttek physiologiai testsúlyvesztése és a transitorius láz között, jöllehet főleg utóbbi szerző nem kizárólag ennek a körülménynek tulajdonítja a láz létrehozását, hanem inkább azt tartja, hogy a fentiekben leírt factorokkal együtt a testsúlyvesztés, tehát az exsiccatio vagy inanitio is hozzájárul a lázas mozgalmak létesítéséhez.

A II. sz. nőgyógyászati klinikán ezirányban folytatott kísérleteim ezzel szemben bebizonyítani látszanak azon körülményt, hogy az újszülöttek transitorius láza az esetek nagy részében az exsiccatióval magyarázható és így inanitiós láznak nevezhető, és ha az, akkor vele szemben megvan a védekezés lehetősége is.

A csecsemőkön észlelhető inanitiós láz ismeretét Erich Müller-től nyertük, ki ezt a jelenséget „Durstfieber“ nével illette, ugyanis többször észlelt olyan csecsemőket, kiken valamely okból indikált táplálékkelvonás vagy teljes éheztetés folytán hőmérsékemelkedések álltak be. A test súlya és a test hőmérséke közt fordított arány áll fenn, vagyis, ha az organismus nedveinek concentratiója növekedik (a testsúly csökkenése következtében), akkor egyidejűleg a test hőmérséke emelkedik. Az ilyen módon létrejött láz oka kétségtelenül az organismus nedveinek concentratiójában rejlik és valószínűleg a sólással van összefüggésben (E. Müller).

Az újszülött súlygörbéje az élet első 2–3 napjában jelentékeny esést mutat, mely súlyvesztés főképpen a szervezet vízvesztésével magyarázható meg, melynek következtében a vér concentratiója emelkedik és a szervezet nedvei besűrűsödnek, mely körülmény megerősítésére F. Rott kísérleteire hivatkozhatunk, ki refractometriás eljárás segítségével megállapította, hogy az újszülött súlygörbéjének esésével parallel emelkedik a refractiós görbe, vagyis hogy az újszülött testsúlyvesztésével egyidejűleg a vér víztartalma csökken. Mindezeket összevetve, az újszülött szervezetének ezen vízszegény állapotát exsiccatiós állapotnak tekinthetjük, hasonlóan az E. Müller által leírt Durstfieber-ben észlelhető állapothoz és a Heim és John által kiemelt exsiccatiós állapothoz, melyet acut táplálkozási zavarok eseteiben (dyspepsia, intox. aliment.) észlelhetünk.

Talán felesleges érintenem mindazon teoriákat, melyek hivatva volnának megállapítani az exsiccatiós állapothoz csatlakozó láz (alimentaris láz) okait, csak egy magyarázatát adnám az alimentaris vagy exsiccatiós láznak, melyet *Heim* és *John* közleményeiből ismerünk és mely felfogás kizárólag a csecsemőszervezet sóchemismusa, a szervezet vízhiánya, végül pedig a csecsemő hőszabályozó-készülékének hiányosan kifejlődött volta között keres összefüggést és így az exsiccatiós állapotban észlelhető lázat (alimentaris vagy sóláz) hőtorlódással magyarázza. *Heim* és *John* teoriájának lényege tehát a következő:

„A chlornatrium specifikus sajátsága a *hydropigen* hatás. Ha a szervezetbe konyhasót juttatunk, a sóval együtt víz is tartatik vissza a szervezetben. A szervezet azonban ennek a *hydropigen* hatásnak csak az esetben tud eleget tenni, ha elég víz áll rendelkezésére, vagyis ha a konyhasó elegendő mennyiségű vízben oldva jutott a szervezetbe, vagy pedig a szervezet vízraktáiraiban elegendő víz foglaltatik. Ha azonban a konyhasó erősen koncentrált oldatban kerül a szervezetbe, vagy a szervezet maga erősen sógazdag és vízszegény és nem áll rendelkezésére sem elegendő endogen, sem exogen vízkészlet, akkor a szervezet gazdálkodni fog vízkészletével és beszűnteti a vízleadást. A szervezet kevesebb vizet fog leadni a vesék, a tüdők, valamint a bőr útján is, mire hőemelkedés, a sóláz áll be. A sóláz így hőtorlódáson alapul.“

Heim és *John* ezen felfogásukat megerősítendő, alimentaris (vagy só-, vagy exsiccatiós) lázban szenvedő csecsemőknek nagyobb mennyiségű és sok vízben oldott konyhasót adagoltak per os (pro die 1 liter physiologiai konyhasóoldat), mely eljárással nagy mennyiségű vizet sikerül a szervezetbe juttatni, mely a konyhasóoldat chlortartalmánál fogva meg is tartatik a szervezetben és a magas láz megszűnik. Másrészt észleltek oly esetet, midőn láztalan maradt a csecsemő, ha neki 200 gr. vízben oldott 2 gr. NaCl-t adagoltak, viszont lázzal (39° C) reagált akkor, ha 1 gr. NaCl-t 25 gr. vízben oldva kapott.

Az 1911. évben e helyen megjelent cikkemben közöltem volt, hogy újszülötteknek nagyobb (physiologiai) hígításban nyújtott konyhasóoldat nem váltott ki lázas reactiót, viszont azonban sikerült az újszülött physiologiai súlyvesztése által eredményezett exsiccatiós állapotot megszüntetni, illetve annak létrejöttét physiologiai konyhasóoldat belső adagolásával megakadályozni. Minthogy a physiologiai konyhasóoldatnak semmiféle káros hatását sem észleltem, azóta sok esetben teljes sikerrel alkalmaztam és különösen jó eredménnyel akkor, midőn amúgy is debilisen fejlett újszülötteket sikerült ezzel nagy súlyvesztésektől megkímélni.

A physiologiai konyhasóoldatnak fentebb vázolt hatását ismerve, újabb irányban folytattam ennek kihasználását és ezúttal hivatkozom azon megfigyeléseimre, melyeket a m. kir. tud.-egyetem II. számú nőgyógyászati klinika újszülöttanyagán tettem, a midőn figyelmemet az újszülöttek transitorius láza felé fordítottam, és midőn ennek semmiféle physikalisan kimutatható okát nem találtam, a physiologiai súlyvesztéssel kerestem az összefüggést.

A klinikai feljegyzésekből kitűnik, hogy a transitorius láz az újszülöttek 2—3%-ában jelentkezik, még pedig túlnyomó számban az élet 3., ritkábban a 4. napján, vagyis akkor, a mikor az újszülött súlygörbéje a physiologiai súlyvesztés következtében a legmélyebben áll. A physiologiai súlyvesztés az ilyen esetek legnagyobb részében a megszokottnál valamivel nagyobbak bizonyult, vagyis 200—250 gr.-nál több volt; sohasem jelentkezik a láz olyan esetben, a mikor a súlyvesztés jelentéktelenül kicsi, vagy a mikor egyáltalában nem következik be súlyvesztés.

Minthogy a láz és testsúlyvesztés között összefüggést vélek találhatni, hivatkoznom kell ugyane helyen közzétett cikkemre, melyben érintettem azt, hogy az újszülöttek physiologiai testsúlyvesztése a vér besűrűsödésével vagyis a refractiós viszonyok megváltozásával jár és így exsiccatiós állapotot eredményez, mely 100—150 gr. physiologiai konyhasóoldat belső adagolásával kedvezően befolyásolható, a meny-

nyiben a testsúlyvesztés ily módon megszüntethető, mert az újszülött súlycsökkenésének előidézésében nagy része lévén elsősorban a szervezet vízvesztésének, a mi a foetalis vérkeringés megszüntével és a légző apparatus megindulásával a tüdőkön keresztül, de meg a vesék és bőrfelület útján jön létre, a konyhasóoldat NaCl vízmegkötő *hydropigen* képességénél fogva a szervezetben meg is tartatik és így a vízhiány pótoltatik.

A konyhasóoldatnak *csupán* specifikus *hydropigen* képességét óhajtottam kihasználni akkor is, midőn az újszülöttek transitorius láza esetében physiologiai konyhasóoldatot adtam, mert ha az újszülöttek transitorius láza az exsiccatiós állapotnak következménye, akkor előrelátható, hogy az exsiccatiós állapot megszüntével a láz is megszűnik, miért is úgy jártam el, hogy a mint hőemelkedés mutatkozott és nyilvánvaló volt, hogy csak transitorius lázzal van dolgom, azonnal 100—150—200 gr. steril physiologiai konyhasóoldatot adtam az újszülötteknek és bekövetkezett az, a mire számítottam: *a testsúly többé nem csökkent vagy előbbeni magasságában megmaradt és a hőmérsék a physiologiai konyhasó-adagolás után már 2—3 órával lejjebb szállt, 12 óra múlva pedig a hőmérsék normalis lett.*

A physiologiai konyhasóoldatnak ezen hatását az újszülöttek transitorius lázának mindazon kezelésem alá került eseteiben észlelhettem, *a melyekben a konyhasóoldat a további testsúlyvesztéseget megszüntette, illetve a melyekben súlyszaporodást váltott ki.*

Az észlelésem alá került összesen 9 eset közül felhozok 1—2 typosos esetet, melyekben a physiologiai konyhasóoldatnak fentebb vázolt hatása erősen szembeötlő volt.

N. M. Physiologiai testsúlyvesztés 225 gr. A IV. napon testsúlya 3225 gr., a hőmérsék 38°30' C. Ezen a napon 100 gr. physiologiai NaCl-oldatot kap saccharinnal per os. Másnap a testsúly 3225 gr., a hőmérsék 36°30' C.

B. I. Physiologiai testsúlyvesztés 410 gr. A IV. napon testsúlya 2790 gr., testhőmérséke 39° C., ekkor 150 gr. physiologiai NaCl-oldatot kap saccharinnal per os. Már aznap este a hőmérsék 38° C. Másnap testsúlya 2875 gr., testhőmérséke 37°30' C.

Talán felesleges felemlítenem azon eseteket, midőn csak kis mennyiségű, 100 gr.-nál kevesebb physiologiai konyhasóoldatot sikerült a szervezetbe juttatni, a melyekben ennek következtében a testsúlyvesztés nem állapodott meg és így a magasabb testhőmérsék sem szállott alá, de ezen esetek éppen azok, melyek mutatják, hogy a 100 gr. physiologiai konyhasóoldatnál kevesebb mennyiség többnyire hatástalan.

Hogy a transitorius láz miképpen szűnik meg nagyobb mennyiségű konyhasóoldatnak az újszülött szervezetébe juttatására, az *Heim* és *John* teoriájával tehát könnyen megmagyarázható. Az újszülött súlygörbéje az élet 3.—4. napján a legmélyebben áll, mely vesztésnek oka nagy mennyiségű víz elvesztésében keresendő, a vér besűrűsödik, a szövethedvek sókban gazdagok és vízben szegények lesznek, bizonyos concentratio megtartása érdekében a szervezet kénytelen saját oxydatiós vizével takarékoskodni, minek folytán a vizelet mennyisége csökken, a bőrpárolgás és a kilégtett vízpára mennyisége kevesebb lesz, a perspiratio csökkenése hőtorlódásra vezet és így jön létre a láz. Ha ellenben az elveszített víz mennyiségét physiologiai konyhasóoldat adagolásával pótoljuk, akkor nem lesz kénytelen a bőrpárolgást beszűntetni és a kilehelt vízpárakat kevesbíteni, mire a hőtorlódás és így a hőemelkedés elmarad.

Az elmondottak alapján teljes joggal tekinthetjük az újszülöttek transitorius lázát exsiccatiós, inanitiós, vagyis a hőtorlódástól feltételezett láznak, mely physiologiai konyhasóoldatnak belső adagolásával teljesen és rövid idő alatt megszüntethető, de nem mulasztható el e mellett a táplálás forcírozása sem, a mi szintén jelentékenyen hozzájárulhat a hiányzó vízmennyiség pótlásához.

Irodalom. *J. Eröss*: Untersuchungen über die norm. Temperatur-Verhältnisse der Neugeborenen in den ersten 8 Lebenstagen. Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXIV. kötet, 189. oldal. — *J. Eröss*: Vergleichende

Untersuchungen über die antipyretische Wirkung des Antipyrins, Chinins und lauwarmer Bäder bei fieberhaften Neugeborenen. Jahrbuch für Kinderheilkunde, XXXII. kötet, 68. oldal. — *E. Holt*: Inanitionsfieber bei Neugeborenen. Arch. of Pediatr., 1895. — *C. Sommer*: Über die Körpertemperatur bei Neugeborenen. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1880., 569. — *F. Heller*: Fieberhafte Temperaturen bei Neugeborenen Kindern in den ersten Lebenstagen. Zeitschrift für Kinderheilkunde, IV. kötet, 1. füzet, 1912. — *A. v. Reuss*: Über transitorisches Fieber bei Neugeborenen. Zeitschrift für Kinderheilkunde, IV. kötet, 1. füzet, 1912. — *Passini*: Cit. Reuss után. — *E. Müller*: Durstfieber bei Säuglingen. Berliner klin. Wochenschrift, 674. oldal, 19. 0. — *P. Heim*: Kann die Theorie, dass das Salzfeuer durch Wärmestauung verursacht wird, als widerlegt betrachtet werden? Zeitschrift für Kinderheilkunde, VIII. kötet, 4. füzet. — *Heim u. John*: Pyrogene und hydropigene Eigenschaften der physiologischen Salzlösung. Archiv für Kinderheilkunde, 54. kötet, I—II. füzet, 65. oldal. — *Heim u. John*: Ein Beitrag zur Theorie des Salzfebers. Monatschrift für Kinderheilkunde, IX. kötet, 56. — *Heim u. John*: Das alimentäre Fieber. Zeitschrift für Kinderheilkunde, I. kötet, 4. füzet. — *Heim u. John*: Über die in te ne Anwendung von Salzlösungen bei Behandlung der akuten Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Monatschrift für Kinderheilkunde, VI. kötet, 11. 1908. *Berend M.*: Az újszülöttek bélóthadásának körképéről. Orvosi Hetilap, 1903, 1. szám, 175. oldal. — *Péteri I.*: A konyhasóoldatok hatása az újszülöttek szervezetére. Orvosi Hetilap, LV. évf. 1911.

Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz József-tudományegyetem belgyógyászati klinikája laboratóriumából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. rendes tanár.)

Anyagforgalmi vizsgálatok benzollal kezelt idősuít leukaemiás myelosis egy esetében.

Irta: *Döri Béla* dr., klinikai gyakornok.

A budapesti Közkórházi Orvostársulat 1912 május 4.-i gyűlésén *Korányi* tanár 2, benzolnak nagyobb adagjaival sikeresen kezelt leukaemiás beteget mutatott be. Ennek az új therapiai eljárásnak a bevezetésekor *Korányi Selling* kísérleti adataira támaszkodott, a kinek 3, benzolgyökökkel megmérgezett munkáson legelőször volt alkalma észlelni a benzol leukotoxinos hatását. Megfigyelését állatkísérletei támogatták, a melyek szerint benzol egy, a haemopoetikus rendszerre, első sorban a fehér véresejtekre igen erősen pusztítólag ható szer, még pedig legelőször a véresejtek fiatalalakjaira, myelocytákra, erythroblastokra, nagy lymphocytákra, majd a polynuclearisokra s végül a kis lymphocytákra, míg az erythrocytákat nem támadja meg annyira.

Csakhamar megjelent *Királyfi*-nak a dolgozata, a mely több sikeresen befolyásolt esetről számol be. Végleges véleményt nem mond, de a szert olyannak tartja, a mely kellő kipróbálás után a gyakorló orvos kezében is fontos gyógyító eszközzé lehet.

Az a ma már általános tapasztalati tény, a mely a leukaemiák gyakorlati kezelésében uralkodik, dacára az arsen, Röntgen és thorium alkalmazásával elért eredményeknek, a mihez hozzájárul a két utóbbi therapiai módszernek nem mindenki számára hozzáférhető volta, okozta, hogy csakhamar számosan próbálták ki a benzol és nagyobbára *Királyfi*-val megegyező eredményre jutottak.

Neumann volt, a ki a betegágy mellett az első kellemtelen megfigyelést tette, *Pappenheim* pedig állatkísérletekkel, a melyeket a benzol therapiai adagjaival végez, igyekszik bebizonyítani, hogy a benzol ártalmas a szervezetre. A vizeletben fehérje jelentkezik, a kísérleti állatok felboncsolása után pedig a máj és vese nagyobb fokú parenchymás, degeneratiós elváltozásokat mutat. A leukotoxinos hatás csak látszólagos, valósággal a belső szervekben, a májban, a tüdőben, a lépben a fehér véresejtek felhalmozódnak s így elűnnek a peripheriás érrendszerből. Végül a nyálkahártyákra sem közömbös hatású.

Pappenheim-nak állatkísérleti alapon megindított támadására *Korányi* felel. Vélekedése szerint ezek a kísérletek nem alkalmasak arra, hogy a benzolnak a betegágy mellett megfigyelt jótékony hatását megczáfolják, annál kevésbé, mivel a 1 kg. testsúlyra eső kísérleti adagok olyan nagyok voltak, a melyek a therapiás alkalmazáskor szóba sem kerülnek. Erre egyedül a betegen tett észlelés hivatott.

Mindamellett a kérdés ezzel a polemiával felszínen maradt. Ártalmas, esetleg nem közömbös-e a benzol gyógyszeres adagjában az emberi szervezetre, s ha igen, ezek a hatások olyan nagyok-e, a melyek alkalmasak a leukaemiás tünetekre gyakorolt jótékony hatását lerontani, vagy legalább is gyengíteni?

Sohn a kérdésre anyagforgalmi vizsgálatokkal igyekszik megadni a feleletet, a melyeket 4, 1 leukaemiás és 3 egyéb betegségben szenvedő egyéneken végzett. Főleg azokat az eltolódásokat figyeli meg, a melyeket a benzolnak már egy-néhány napon át adott therapiás adagjai (3—4 gr.) bizonyos anyagok, nevezetesen a neutralis kén, húgyanyag, húgysav, ammoniak kiválasztásában előidéznék. A kapott adatokat összehangzásba igyekszik hozni *Pappenheim* állatkísérleti eredményeivel. *Sohn* a neutralis kén megszaporodását, az asványi kénhez való %-nak növekedését nagy részben az oxyproteinsav nagyobb fokú megjelenésének tulajdonítja, a melyet egyéb súlyos anyagcsere zavar eseteiben is megtalálunk.

A húgyanyagkiválasztás csökkenésének s vele kapcsolatban az ammoniak kismérvű emelkedésének okát a máj és a vese bántalmazottságában látja. A húgysavkiválasztás nem emelkedése pedig a *Pappenheim* által említett pseudoleukocytosisban találná magyarázatát. Kiterjeszkedik a betegágy nál megfigyelt tünetekre is. Végül azt következteti, hogy a benzolnak van egy toxinos componense, úgy hogy hosszabb időn keresztül nagyobb dosisban való adagolásától kellő kontroll nélkül föltétlenül óvakodnunk kell.

Jelen dolgozatunkban nem célunk a benzol gyógyszeres adagolására a leukaemiában jelentkező klinikai tünetekre kiterjeszkednünk, ezzel a kérdés előbbre vitelét a dolgok mai állása szerint lényegesebben nem mozdítanók elő. Feladatunk tárgya a *Sohn* által követett irány kibővítése volt. Nézetünk szerint, a mikor egy, közömbösnek semmi esetre sem mondható chemiai anyagnak emberen való alkalmazásáról van szó, akkor annak a vegyi anyagnak az emberi szervezetre való hatásával, a mennyire csak lehetséges, minden irányban tisztába kell jönnünk és csak csatlakozunk *Korányi* tanár nézetéhez, a mikor ezeket a vizsgálatokat az emberi szervezetben óhajtja keresztül vinni. Részünkről még azt az irányt sem tartjuk helyesnek, a melyet *Sohn* követ akkor, a mikor a benzolnak leukaemia eseteiben gyakorolt hatása megítélésekor nem leukaemiás szervezethez folyamodik. Nemcsak a klinikai észlelések számbavevésekor ragaszkodunk ehhez a követelményhez, hanem az egyes kiválasztási anyagoknak benzolra való viselkedését a leukaemiás szervezetben is kell, hogy vizsgáljuk. Azonkívül azt a rövid időszakú anyagforgalmi vizsgálatot, a melyet *Sohn* munkájában látunk, nem tartjuk elegendőnek, hogy belőle az egyik vagy másik irányban következtetést vonhassunk. Éppen a leglényegesebb anyagnak, a neutralis kénnek viselkedése 3 napos benzoladagolás mellett nem ítéhető meg, ugyanez áll különben a húgyanyag kiválasztásáról. A húgysavkiválasztás napi ingadozásai sem alkalmasak a *Sohn*-féle körülmények között ennek a kérdésnek tisztázására, míg az ammoniak kiválasztás értékesítésekor ilyen rövid időtartamú vizsgálat mellett csak igen nagyfokú különbségek azok, a melyek alapján ítéletet mondhatunk. A megemlített anyagok közül egyedül a neutralis kénnek kell tekintenünk annak a testnek, a mely a szervezet különböző fehérjenemű testeinek a feldolgozására utal, de azt is jól tudjuk, hogy a neutralis kén több különböző S-tartalmu testnek a resultansa, miért is az adatokból csak akkor következtethetünk sessilis fehérjeneműtestek erősebb bontására, ha a különbségek az átlagot (ez pedig elég nagy) meghaladják.

Kísérleti dolgozatunkban nem ezeknek a testeknek kiválasztásával foglalkoztunk, hanem azt néztük, hogy a benzol adagolására az össznitrogen anyagforgalmának ismerete mellett miképpen viselkedik a kreatininnek és kreatinnak, ennek a két, a szervezetben sajátságosan, mai napig még némiképpen homályosan szereplő testnek a kiválasztása, s a kapott eredmények alapján igyekeztünk megalkotni véleményünket alkalmazásának hasznos vagy káros volta felől.

Hogy anyagforgalmi vizsgálataink alkalmával éppen e chemiai anyagokat választottuk, azt első sorban is *Folin* tapasztalására alapítottuk. Az anyagforgalom pontos vizsgálata felvilágosítást adhat a szervezetben végbemenő általános fehérjeforgalomról, míg a kreatininkiválasztás, mint *Folin* és *Weber* vizsgálataiból tudjuk, független a fehérjeforgalom nagyságától. S mivel általánosan ismert *Folin*-nak az az állapontja, hogy a normalis endogen fehérjebontás, a mely a sejttanyagforgalom kifejezője, egyenletes kreatininkiválasztásban nyilvánul, világos, hogy ennek megváltozása a benzoladagolás alatt felvilágosítást adhatna a sejttanyagforgalom megváltozásáról. (Fehér vörsejtek pusztulásáról.)

A kreatin intermediaer anyagcseretermék, normalis viszonyok között az emberi vizeletben húsmentes diéta esetén nem, vagy csak igen kis mennyiségben fordul elő. (*Folin, van Hoogenhuyze, Verploegh.*) Megjelenése a vizeletben arra vall, hogy az endogen fehérjeforgalomban valami ok folytán zavar állott elő és sokkal hűbb és tisztább képet ad mézetünk szerint a zavar nagyságáról, mint a chemiailag különböző vegyületekből kimutatható neutralis kén. Képződési helye különböző szervekben van, a melyek között főhelyet foglal el a máj. Ezekben a helyeken enzyme hatására nagy része átalakul kreatininné (bár ez kétes, mert például *Folin* élesen hangsúlyozza, hogy még tiszta kreatintáplálás mellett sem alakul át kreatininné), egy része tovább oxidálódik. Mindazokban a megbetegedésekben, a melyek a májszövet erősebb bántalmazottságával járnak, a kreatin megszaporodhatik. Ha a benzol, *Pappenheim* szerint, igen erős májsejtméreg, a két vegyület kiválasztási viszonyának eltolódásában a köztük fennálló index növekedésével mutatnia kell ezt a bántalmazottságot. Esetünk súlyosságánál fogva is alkalmas arra, hogy megítélhessük, hogy a hosszabb időn, 42 napon át adagolt, összesen 168 gr.-nyi benzol mekkora és milyen természetű zavarokat idézhet elő az anyagforgalomban és az így kapott felvilágosítás hogyan oldja meg a már fentebb megemlített vitás kérdést.

Anyagforgalmi vizsgálataink könnyebb megértése szempontjából röviden vázoljuk betegünk körlefelvételét és a kapott therapiiai eredményt.

K. T., 26 éves nőtlen földműves. Felvételi nap 1913 január 13.-a. Szülei előtte ismeretlen betegségben haltak meg. Lueszt, gonorrhoeát, alkoholélvezetet negál, erős dohányos. Soha beteg nem volt. Három hónap óta minden legkisebb munka elvégzésekor fáradtnak érzi magát. Ugyanezen idő óta veszi észre, hogy a hasa növekedni kezd, esténként lábai megdagadnak. Időnként szűró fájdalmakat érez hasa bal felében, a hol betegsége kezdete óta egy daganat mind erősebb növekedését figyelni meg, a mely lassankint munkájában mindjobban akadályozza. 2 hónapig fentjárt. 1 hónapja fekvő beteg. Csontjaiban nyilallásokról nem panaszkodik. Nem hány. Fejfájása nincsen. Jól lát. Étvágya mindvégig kielégítő. 3 hét óta 4—5-ször napjában jelentkező hasmenései vannak. Ugyanezen idő óta erősebben fogyott. Esténként forrósága van. Keveset köhög.

Status praesens: Alacsonyabb termetű, erősebben lefogyott férfibeteg. A lábszárak, a bokák, a hát oedemásak. A nyálkahártyák halaványak. A bal hónaljárokban, a két inguinalis hajlatban lencsényi-mogyorónyi, nem fájdalmas mirigyek tapinthatók. Bőre forró, kissé nedves tapintatú. A hőmérséklet 39°, az érlökés 112, a légzés 26. Az idegrendszer részéről semmi objectiv eltérés. A szemfenék ép, a csontok nyomásra, ütésre különösebb érzékenységet nem mutatnak. A nyakon lüktető carotisok, tágult vénák. A légzés szaporább, felületesebb. A tüdőhatárok baloldalt valamivel magasabban végződnek. Kopogtatási eltérés egyébként nincsen. Tüdőszerte érdesebb légzés. A köpetben a Koch-bacillus negatív. Röntgen-átvilágításkor mindkét oldalt a hilusárnyék valamivel kifejezettebb. A vérkeringési szervek normalisak. A pulsus szaporább, kissé puha tapintatú. A száj-torokürben semmi eltérés. A has erősen elődomborodik. Legnagyobb kerülete 93 cm., távolság a processus xiphoidestól a symphysisisig 37 cm. A máj 5 ujjnyira a bordaív alatt tapintható. A lép a

köldök alatt 1 ujjnyira terjed, befelé két ujjnyira a közp-vonaltól fekszik az alsó polusa. Kissé fájdalmas tapintatú. Felső szélén behúzódnak. Legnagyobb hosszátmérője a tom-pulat legfelső pontjától az alsó polusig 31 cm., legnagyobb haránt átmérője 18 cm., vastag, tömeges tapintatú. Szék napjában 4—5-ször, sárgás színű, bűzös, nem lienterias. A vizelet savi, a fehérje, a cukor, az epefesték, az acetonegativ. A centrifugált üledékben 1—2 zsírosan degenerált fehér vörsejt.

Vérvizsgálat január 13.-án:

Fehér vörsejt	--- --- ---	648.000
Vörös vértest	--- --- ---	2,610.000
Haemoglobin	--- --- ---	6·14%
Festődési index	--- --- ---	0·84

Vérkép:

Neutrophil polynuclearis	--- ---	39·7%
Eosinophil	--- ---	3·6%
Basophil	--- ---	0·7%
Lymphocyta	--- ---	1·6%
Átmeneti	--- ---	4·2%
Neutrophil myelocyt	--- ---	43·2%
Eosinophil	--- ---	2·1%
Basophil	--- ---	1·0%
Myeloblast	--- ---	3·9%

Anisocytosis, poikilocytosis, 1—2 magas vörsejt. A beteg január 19.-étől kezdve 6 héten keresztül kap benzolt oleum olivarummal 0·5 gr.-os adagokban, előbb capsula gelatinosában, de mivel már a 2. hét végén torokszárazság, felbőfögés, hányásinger jelentkezik, úgy hogy a táplálkozás hiányt szenved, geloduratcapsulákban. Ez időtől semminemű kellemetlenségről sem panaszkodik. Az első héten 4-szer 0·5, a 2. héten 6-szor 0·5, a 3. héten 8-szor 0·5, a 4. héttől kezdve 10-szer 0·5 gr. benzolt kap. A beteg vizeletét naponta control-láljuk, üledékét másodnaponként vizsgáljuk. Időnként fehérje jelenik meg a vizeletben nyomokban, de vizsgálatunk utolsó 17 napján, a mikor a legerősebb benzoladagokat nyújtjuk, fehérjét nem kapunk. Az üledékben 1—2-szer találunk kilúgozott vörös vörsejteket, de ezek később eltűnnek. Mivel betegünknek hasmenései vannak, opium + bismuthum carbonicumot rendelünk.

Körlefelvétel. Január 18. Lábszár-, hátoedema majdnem teljesen eltűnt, napjában 5—6-szor bűzös szék, sokat fogyott. Január 25. A benzolt jól tűri. Az oedema teljesen eltűnt. Széke még mindig napjában 4—5-ször.

Január 28. Kevés torokszárazságról panaszkodik.

Február 2. Étvágytalan. Mai naptól kezdve geloduratcapsulákban kapja a benzolt.

Február 9. A közérzet jobb, erősebbnek érzi magát. Az étvágy jó. A testsúly növekedett. Szék 2—3-szor naponta, de jóval tömöttebb consistenciájú. A máj 4 ujjnyira tapintható, nem annyira fájdalmas. A lép a köldök magasságában érezhető. A hőmenet alacsonyabb.

Február 16. Láztalan. 1-szer naponta eléggé tömött szék.

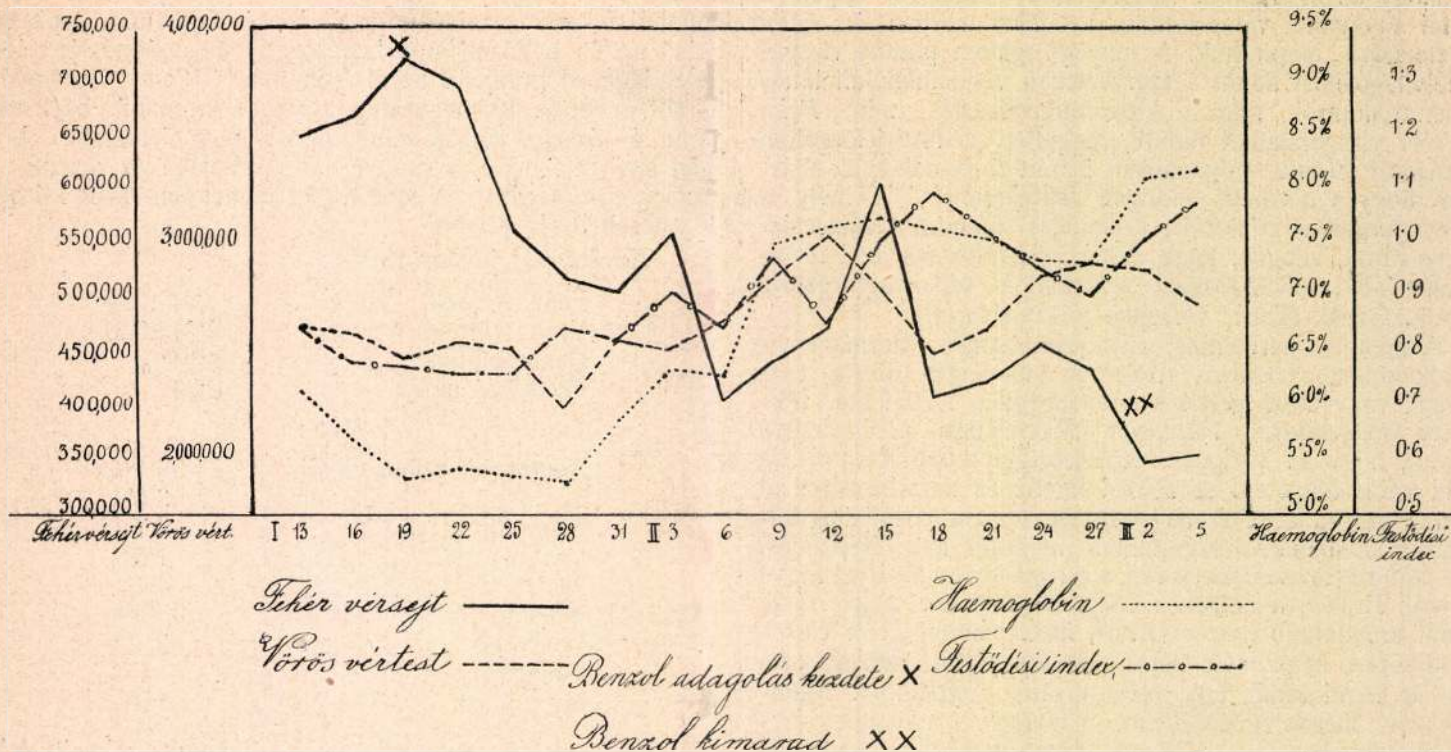
Február 20. Esténként a hőmérsék újból erősebb emelkedést mutat, mindamelllett a közérzet jó.

Február 22. A lép, a máj kisebbfokú megkisebbedést mutat. A szék teljesen formált, úgy hogy az opium-bismuth adagolását elhagyjuk.

Március 1. A beteg a benzolt nem egészen jól tűri. Az állapot a vérben bekövetkező előnyös eltolódások dacára rosszabbodik. Valamivel hígabb szék. Hőmérséklet 38°-ig emelkedik.

Március 6.-án elbocsátjuk. Kibocsátásakor a has legnagyobb kerülete 90 cm., a processus xiphoides és a symphysis közti távolság 37½ cm. A máj a bordaív alatt 3 ujjnyira tapintható, a lép alsó polusa 1 ujjnyira a köldök fölött érezhető. Hosszátmérő 28 cm., haránt 16 cm. Bejövetele óta testsúlyából 4·9 kilót vesztett, bentléte alatt azonban a bejövetelekor elég tekintélyes oedemája majdnem teljesen eltűnt.

I. táblázat.



A vérben beálló számeltolódás menetét az I. táblázat mutatja, mely szerint a fehérvérsejtszám majdnem a felére, 350.000-re csökkent, míg a benzolnak az erythropoëtikus rendszerre gyakorolt hatása nem olyan, hogy abból káros elváltozásokra lehessen következtetni, sőt a haemoglobin százalékos aránya több mint 2%-kal emelkedett, minek következtében a festődési index nagyfokú javulása volt észlelhető.

Az elmenéskor meghatározott vérkép a polynuclearisok %-beli emelkedését mutatja, egyébként a változás teljesen olyan, mint azt Királyfi és a többi észlelő megfigyelt. Szá-
zálékban kifejezve:

Neutrophil polynuclearis	53.5%
Eosinophil	2.8%
Basophil	3.3%
Lymphocyt	2.5%
Átmeneti	3.2%
Neutrophil myelocyt	27.3%
Eosinophil	3.0%
Basophil	1.4%
Myeloblast	3.0%

Néhol 1—2 magvas piros vértest.

A közbeeső harmadnaponként megfigyelt vérképek a polynuclearisok és myelocyták arányának lassankénti megváltozásán kívül nevezetesebb eltérést nem mutatnak.

Ebből a kórlefolyásból láthatjuk, hogy az eset az idősült leukaemiás myelosisoknak azon csoportjába tartozik, a mely gyógyszeres kezelésre, de főképpen benzolra nehezebben reagál. A remissio, a melyet benzollal elértünk, gyengének mondható, azonban a javulást a klinikai tünetek alapján fel kell vennünk. A beteg közérzésének, táplálkozási viszonyainak javulása, a máj, a lép kismértékű megkisebbedése, az oedemák visszafejlődése, a vérkép mérsékelt javulása, a hasmenések megszűnése jogossá teszik az enyhe remissio felvételét.

Nézzük most azokat a vizsgálatainkat, melyeket abból a célból végeztünk, hogy ezen leukaemiás szervezetben a kérdéses testeket illetőleg benzol adagolására milyen irányú eltolódások kapunk.

Minthogy anyagforgalmi vizsgálatokról van szó, betegünket mindazoknak a feltételeknek igyekeztünk alávetni, a melyeket ilyen alkalmakkor szabálynak tekintenek. Tekintettel voltunk az állandó étrendre, a vizelet és bélsár pontos gyűjtésére és feldolgozására. A beteg a kísérleti idő legnagyobb részét

ágyban töltötte. Hőmérőzés a legpontosabban 4-szer naponta történt, testsúlyát minden periodus vagy periodusrészlet végén pontosan megmértük. Étlapját igyekeztünk oly módon megszabni, hogy kreatintartalmú táplálékot minél kevesebbet kapjon. Teljesen hústól mentes étrendre betegünket nem foghattuk, mert hosszabb kísérleti időtartamról lévén szó, tekintetbe kellett vennünk hús utáni óhaját.

Alkalmazott étrend: 1500 cm³ tej, 100 gr. sonka, 2 tojás, 340 gr. zsemle (4 drb), 10 drb piskóta, 8 drb kockacukor, később még 20 gr. vaj.

A sonkához nem lévén hozzászokva, helyette 4 nap után 150 gr. sovány borjúhúst kapott két részletre elosztva, lemért mennyiségű vajban kisütve. A visszamaradó ételrészleteket, a mi legutóbbban történt meg, lemértük és számításba vettük. A napi étrend caloriaértéke körülbelül 2360, míg az említett változtatás után az 5. naptól kezdve 2180, úgy hogy átlagosan 1 kg. testsúlyra 36—40 caloria esik az egész kísérleti időszak alatt. A tápszerek munkaértékeit a König-féle táblázatból vettük, míg nitrogenadataink intézeti értékek. Azonkívül meghatároztuk a geloduratcapsulákban és az első 4 nap adott, 10 : 150-re készült decoct. c. chinaeben levő nitrogenmennyiséget is. Az így 50 napon keresztül bejuttatott N-érték számbavehető mennyiség volt.

Az elő- és utóperiodus 4—4 napig tartott. A kísérleti időszakot 42 napra, 6 hétre terjesztettük ki. A N-t, mint 2 Kjeldahl-középtértékét, a kreatinint pedig a Jaffé által leírt alkalipikrinsavas reactio alapján Folin-tól kidolgozott colorimetriás módszerrel határoztuk meg. A kreatin előbb átalakítottuk kreatininná a Benedict-féle methodussal, a mely a kérdéses anyagnak a normalsósavval autoclavban, 117°-on (körülbelül 2 atmosphaeránál) 15'-ig tartó hevítésében áll. Ez nézetünk szerint sokkal tökéletesebb, mint a vízfürdőn való hasítás s sokkal gyorsabb is. Ezt bizonyítják tiszta kreatinnal végzett meghatározásaink. Benedict módszerével 98%-ot kaptunk, a vízfürdőn 2, 3, 4 órán át való hevítéskor legfeljebb 80—85%-ot. A hasítás után előálló barna szín az alkalmazott nagy hígítás mellett (1 literig való feltöltés) nem zavar. Meghatározásainkat 24 órán át gyűjtött, 10% thymolchloroformmal konzervált vizelettel végeztük. Nagyobb különbséget sem a kreatinnál, sem a kreatininnál nem kaptunk a friss vizeletből nyert meghatározásokkal szemben. Tekintetbe veendő a kiválasztás napi ingadozása is.

Eszközünk az Autenrieth-féle colorimeter volt, a mely bizonyos cautelák szemmel tartásával kitünő eszköznek bizo-

nyult. Nevezetesen arra kell ügyelnünk, hogy 2 gr.-nál kevesebb kreatinint ne tartalmazzon a vizsgálandó anyag, mert ilyen kis mennyiségben a pikrinsav sárga színe nagyon előtérbe lép. Ugyancsak 8 mgr.-nál nagyobb mennyiség mellett az egyes leolvasások között 5—6 skálányi differentia is előfordulhat, dacára, hogy a nappali fénynél történő megmegtározások alkalmával zavaró oldalfényforrásoktól fekete takaróval védekeztünk. Coloriméteres meghatározásról lévén szó, minimalis differentiak nem határozhatók meg. Az *Autenrieth*-féle apparátuson vizsgálataink szerint 2—8 mgr. között ez 0.1—0.15 mgr.-ot tehet, már 0.2 mgr. óvatos beállításakor leolvasható. 6—7 leolvasás átlagát vettük, meglehetősen gyorsan végezve az egyes meghatározásokat, mert különben szemünk hozzászokva a sárga színhez, eltompul az élesség és pontosság rovására. Meghatározásainkat a kora délelőtti órákban végeztük. A meghatározandó színes oldat elkészítésében teljesen az utasítás szerint jártunk el.

(Vége a jövő számban.)

A magyar Vöröskereszt-egyesület önkéntes betegápolónői tanfolyamainak szabályzata és tanítási programja.

I. Szabályzat.

1. A tanfolyamok célja önkéntesen jelentkező hölgyeket a betegápolásban annyira kiképezni, hogy háború esetén a hadsereg sebesültjeit vagy a háborúban megbetegedett katonáit ápolásba vehessék. A tanfolyamok hat hétig tartanak, díjtalanok. A tanfolyamokon résztvevők számát minden tanfolyam rendezője határozza meg. Erre befolyással van a tanfolyamot rendező kórházban rendelkezésre álló hely, beteglétszám és a tanításra igénybevehető orvosok száma. Minthogy a tanfolyamokon legfontosabb minden egyes ápolónő gyakorlati betanítása, egy-egy tanfolyamra legfeljebb 30 tanuló vehető fel.

2. A tanítás hetenként 5 napon történik. Csütörtök és vasárnap, valamint a közbeeső ünnepnapokon a tanítás szünetel.

A tanítás reggel 9 órakor veszi kezdetét, a mikor minden tanuló a főápolónőnél jelentkezik és azután arra az osztályra vonul, a melyre a gyakorlati tanítás céljából be van osztva és a melyen részt vesz a betegek ápolásában.

3. Délelőtt a tanfolyam rendezője által meghatározandó órában a kórház egyik orvosa a mellékelt tanterv szerint gyakorlati bemutatásokkal egybekötött előadást tart és begyakorolja a tanulókat a betegápolási fogásokba és teendőkhöz. Az előadás végeztével a tanulók résztvesznek az ételkiosztásban; annak befejeztével a reggeli tanítás véget ér és a tanulók ebédre visszatérnek családjuk körébe.

4. Minden tanítási napon délután a kórház egyik megbízott orvosa a mellékelt tanterv szerint elméleti előadást tart az emberi test bonczolástánáról, élettanáról, a leggyakoribb betegségekről, a sebfertőzésekről, a betegápolás szabályairól, és az életmentésről. Kivánatos, hogy a délelőtti gyakorlati, úgymint a délutáni elméleti előadásokon a tanfolyam hallgatóin kívül a tanfolyamot tartó kórház ápolószemélyzete is részt vegyen.

5. A délelőtti tanításon és a kórtermi szolgálatban a tanulók egyszerű ruhában jelennek meg, a mely fölé az egész ruhát befedő, egységes szabás szerint készült fehér vászonruhát öltenek. Ez a munkaruha minden tanulónak a saját tulajdona, azt a tanfolyam végével hazaviszi és a tervezett ismétlő és továbbképző tanfolyamokon vagy pedig háború esetén a betegápolás közben ismét használja. Minthogy naponként kimosandó, belőle legalább 3 darabra van mindenkinek szüksége.

6. Éjjeli inspectiót egy gyakorlott kórházi ápolónő mellé beosztva csak az a tanuló tart, a ki erre önként jelentkezik.

7. A tanulók a tanfolyam megkezdésekor a tanító orvosok előtt fogadalmat tesznek, hogy a betegek titkait, a melyeknek esetleg a gyakorlati tanítás közben tudomására jutnak, el nem árulják.

8. Ha valamelyik tanuló gátolva van a megjelenésben, azt a főápolónőnek bejelenti, a ki arról a tanfolyam vezető orvosának jelentést tesz.

9. A tanfolyam befejeztével a tanulók a tanító orvosok és a Vöröskereszt-egyesület egyik megbízottja előtt vizsgát tesznek, arról bizonyítványt kapnak és *Magyar vöröskereszt-egyesületi önkéntes betegápolónői* címet nyernek. Megkapják továbbá a Vöröskereszt-jelvényt viselő karszalagot és az ajánlati lapot, a melyen fel van tüntetve azon kórház, a melybe háború esetén mindegyikük be fog hivatni és a szolgálat, a melyet ott teljesíteni hivatva lesz.

10. Ezen jelvények átadása és az önkéntes ápolónők felavatása a tanfolyamot rendező Vöröskereszt-fiókegylet, illetve választmány ünnepélyes ülésén történik, a melyre a nagyközönség is meghívandó. Itt az elnök és a tanfolyamot rendező kórházi orvosnak lelkesítő beszéde után a jelöltek fogadalmat tesznek arra, hogy ha egészségük és családi körülményeik engedik, a magyar vörös kereszt felszólítására béke idején az évenként megtartandó ellenőrzési szemlén, háború esetén pedig a lakóhelyükön levő és az ajánlati lapon már előre feltüntetett kórházban megjelennek és ott, a míg reájuk szükség lesz, díjtalanul hazafiságból betegápolói szolgálatot fognak teljesíteni.

11. Ez a szolgálat teljesen önkéntes, annak teljesítésére még háború esetén sem lehet kényszeríteni senkit sem és ennél fogva arra sem lehet kötelezni senkit, hogy olyan szolgálatot teljesítsen, a melyre vállalkozni nem akar, vagy pedig hogy lakóhelyén kívül teljesítsen szolgálatot.

II. Tanítási program.

A gyakorlati előadások tanítási anyaga.

1. hét. A betegszoba, fürdőszoba rendbehozatala, tisztítása, fertőtlenítése, szellőztetése stb.

Az ágy megvetése, a beteg elhelyezése, felfekvések elkerülése, azok kezelése. A beteg toilette-je, etetése, itatása. Polyékony, poralakú, pillula-alakú orvosság beadása. Mesterséges táplálás, beöntés. A hőmérő alkalmazása, az érverés megszámlálása, a lélekzés észlelése. Jegyzetek az észlelésekről, jelentéstétel az orvosnak.

Az étlap elkészítése, a táplálás, az ételkiosztás.

2. hét. A lázas beteg ápolása. Megmelegedő és hideg borogatás alkalmazása, jégzacskó. Hideg begöngyölések. Orvosságok subcutan alkalmazása. A beteg szállítása egyik ágyból a másikba, más kórterembe, a műtőterembe. Szállítás kocsin, vasúton. Ápolás szállítás közben.

3. hét. A betegápolási eszközök ismertetése, a műszerek bemutatása és az azokkal való bánás. A sebkötöző szerek ismertetése. A kötözőszerek és az eszközök előkészítése a sebkötözéshez. Segédkezelés a sebek átkötésekor. Az első kötés vágott, szúrt, lött, zúzott sebek esetén különböző testrészekben. A gipszpólya elkészítése.

Az első kötés csonttörés eseteiben, sinkötés, gipszkötés és annak felvágása, gipszsin készítése és alkalmazása. Bevezetés a műtőterembe és abban a viselkedés. A beteg előkészítése a műtethez általában és helybelileg. A kezek és a ruházat előkészítése a műtét alkalmával való segédkezéshez. Az eszközök és kötőszerek fertőtlenítésének egyszerű módjai és a fertőtlenítés a kórházi sterilizálóban. A gőzsterilizálóval való bánás.

4. hét. A beteg narkotizálásának leggyakoribb módjai, chloroform-, aetherbódítás. Segédkezelés mint altató, mint instrumentarius és mint helybeli segéd.

5. hét. Az erőművi gyógykezelés: massage, villamosítás, hőlégfürdő, légfürdő, napfürdő, ellentállási gyakorlatok. Az éjjeli inspectiónál szem előtt tartandó szabályok. Önkéntes jelentkezők egy alkalmazott tapasztalt ápolónő oldalán résztvesznek az éjjeli inspectión.

6. hét. A Röntgen-laboratorium megismertetése, segédkezés a betegek átvilágításakor és a Röntgen-felvétel alkalmával. Az egész anyag átismétlése.

Az elméleti előadások tanítási anyaga.

Az emberi test bonczolástana és élettana. A be nem fertőzött seb gyógyulása és a zavartalan gyógyulás egyéb kellei, úgy mint nyugalom, megóvás az erős lehülésektől stb.

A csonttörések gyógyulásának rendes menete és kellei.

A sebfertőzés tana.

A különböző sebfertőzések, úgy mint genyedő és üszkös sebfertőzés, orbáncz, trismus-tetanus, lépfene.

A sebfertőzésben szenvedők ápolásakor követendő különleges szabályok. A betegápoló és a többi beteg befertőzésének elkerülése. Elkülönítéskor követendő szabályok.

A háborút kísérő általános fertőző és egyéb gyakori betegségek kórtana és tünettana az ápolás szempontjából és a fertőzés terjedésének megállítására. Itt különösen figyelembe veendő a cholera, a pestis, a typhus és a vérhas.

Az első segély vérzés, agyrázkódtatás, ájulás, napszúrás, villámütés, fulladás, égés, fagyás, vízbefulladás (mesterséges légzés), egynemű mérgezés esetén.

Tankönyveknek ajánlhatók a következők:

I. Vezérfonál a m. kir. honvédség egészségügyi segédsemmélyzetének szakszerű kiképzésére. (Budapest, 1903. Palas irodalmi és nyomdai r.-t.)

II. Betegápolástan. Tankönyv a magyar szent korona országai Vöröskereszt-egyletének ápolónői számára. Budapest, az egyesület saját kiadása. 1. rész. Belső betegek ápolása. Irta: *Imrédy Béla* dr. egyetemi magántanár, főorvos. 2. rész. Sebészeti betegek ápolása. Irta: *Lumniczer József* dr. főorvos. Függelék. Szembetegek ápolása. Irta: *Goldzieher Vilmos* dr. egyet. r. k. tanár. Budapest, a Vöröskereszt-egylet kiadása.

III. A betegápolás kézikönyve. Hivatásos betegápolónők és a művelt közönség számára. Irta: *Fialka Gusztáv* dr. Ajánló sorokkal ellátta: *Müller Kálmán* dr. Számos a szöveg közé nyomtatott ábrával és négy melléklettel. Budapest. Franklin Társulat. 1910.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

B. Lipschütz: Bakteriologischer Grundriss und Atlas der Geschlechtskrankheiten. Mit 33 farbigen Tafeln. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1913. Ára kötve 20 márka.

A nemi betegségek diagnostikájában és terapiájában ma már nem nélkülözhetjük a mikroskopi vizsgáló eljárások alkalmazását. Ezek rövid összefoglalása, leírása és szemléltető ábrázolása nagyon is méltányolást érdemlő vállalkozás, a melytől csak azt kívánjuk, hogy kellő alaposággal és tanulságos alakban nyilvánuljon meg. A szerző e vállalkozásáról bizvást kiállíthatjuk ezt a bizonyítványt. A mű két részre oszlik. Az első a nemi bajok bakteriológiáját ismerteti s a szükséges általános tudnivalókon kívül a festő és tenyésztő eljárásokat is tárgyalja röviden és szabatosan. A munka második része bakteriológiai készítmények ábrázolását adja. Az atlasz számos ábrája (kb. 70) nemcsak tanulságos és jól megválogatott, hanem elsőrangú kivitelű is. Természetes, hogy az atlasz a gonorrhoea, az ulcus venereum és a syphilis bakteriológiáját ismerteti a legbővebben, azaz a legtöbb ábrával, de azért elég bő részletes feldolgozást nyert a nem kankós urethritisek, balanitisek, condyloma acuminatum stb. bakteriológiája is.

A szép munka főként a nemi bajokkal szakszerűen foglalkozó collegáknak melegen ajánlható. *Guszman.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A hyperglykaemia klinikai kimutatásának egyszerű módját írja le *J. Bang*. Minthogy a vizelet- és vércukor közt állandó szoros kapcsolat s kvantitatív összefüggés hiányzik, indokolt a vércukorvizsgálat. A klinikai cél megkivánja, hogy normo- s hyperglykaemiás értékeket gyorsan tudjunk felismerni, illetve megkülönböztetni. A vércukormeghatározási eljárások bonyolult s hosszadalmas volta adja magyarázatát egy egyszerű s gyorsan tájékoztató eljárás szükségességének.

Az eljárás a szerző mikromethodusából indul ki. Az eljárás röviden a következő: Jó itatóspapírból 16 × 28 mm. nagyságú darabokat vágunk ki s az ujjkúpából vagy a fül-czimpából eredő 2—3 csepp vért felszívjuk vele. Ezen vérmennyiség 100—120 mgr. A vértartalmú itatóspapírt reagenscsőbe teszszük. Egy másik reagenscsőben 5 cm³ sóoldatot forralunk s ezt óvatosan a vérhez öntjük. Lehülés után 1/2 percig forraljuk *Fehling I* és *II* 5—5 cseppjével s az eredményt 2 perc múlva figyeljük meg. Ha nincs oxydulkicsapódás, akkor a vércukortartalom kevesebb, mint 0.15%; ha a reactio positiv, akkor a vércukortartalom 0.15%-on felül van.

A hyperglykaemia kis fokát így nem tudjuk a normalis vagy csökkent értékektől elkülöníteni. Ha azonban 100 mgr. helyett 150 mgr. vért szívunk fel, akkor így a 0.1 és 0.15% közötti értékeket is el tudjuk különíteni. (Münchener med. Wochenschr., 1913, 41. sz.) *Galambos dr.*

Sebészet.

A sarjadzó sebek gyógykezeléséről ír *A. Wittek*. A szerző az alább leírandó gyógyeljárást 16 éves munkáson kísérte meg először, a ki baleset folytán a felkarja felső harmadán súlyos sérülést szenvedett. *Krause*-féle lebenynyel, *Thiersch*-transplantációval próbálta meg annak befödését, a mi azonban nem sikerült. A túlsarjadzó sebet ezek után forró-levegődouché-sal kezelte. Röviddel a kezelés után sok sebváladék képződött, a mely gyorsan beszáradva, befödte a sebet. Ezen hártából képződött azután az epidermis. Nemcsak a seb széléből indult ki az epidermis képződése, hanem annak közepén nagy szigetektől. A szerző azt hiszi, hogy a gyógyulás nem úgy történik, mint azt *Bergeat*, ezen eljárás első leírója gondolta, hogy t. i. a seb kiszárad, hanem valószínűleg a meleg levegőnek a sarjadzó sebre való masszáló hatásával van összefüggésben. A szerző ezen eljárást már sok esetben alkalmazta és mindig igen jó eredményt látott tőle. (Münch. med. Wochenschr., 30. sz.) *Ifj. Hahn Dezső dr.*

Elmekórtan.

Az elmebajok keretében jelentkező osteomaláciát tárgyalja *A. Imhof*. Az elmebajosok között, bár ritkán, mégis gyakrabban, mint a hogyan régebben gondolták, találkozunk időszült osteopathiával, mely az osteomalacia kifejezett képét mutatja. Feltűnő, hogy az elmebajok, melyek keretében az osteomalacia észlelhető, az esetek túlnyomó számában a dementia praecox csoportjába sorolhatók. Aránylag gyakrabban fordul elő a nők, mint a férfiak között. A betegség kezdete nehezen határozható meg, vagy legalább a betegség kezdetén a pathologia-anatomia szempontjából csak valószínűségről beszélhetünk. Az elmebajok és osteomalacia okozati összefüggését még nem ismerjük. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurologie und Psychiatrie, XIV. kötet, 137. old.)

Goldberger Márk dr.

A nem genyes encephalomyelitis multiplexről és sclerosis multiplexről ír *G. Anton* és *Fr. Wohlwill*. A nem genyes encephalomyelitis multiplex nagyon hasonló a sclerosis multiplexhez, esetleg az utóbbi hevenyész alakjának is tekinthetjük, de mégis úgy klinikai, mint pathologia-anatomiai szempontból különválasztandó. Klinikailag a gyors lefolyás és súlyos általános cerebralis tünetek folytán válik külön, anatómiai tekintetben pedig az egyes góczok hevenyész fejlődése

által tűnik ki, mely még nagyobb kiterjedés esetében is a sclerosis multiplex kezdő stadiumától különbözik. Még pedig abban, hogy a gliasejtek burjánzása erősen előtérben áll a rostképzéssel szemben, a feleslegben termelt sejtek nagy fokban esnek szét és a velőállomány is gyorsan és rohamosan esik szét. Az egyes göczok keletkezésében valószínűleg nagy szerepet játszanak a vérkeringés zavarai, ugyanis lehetővé teszik, hogy az érrendszerből elegendő mennyiségben diffundáljanak a hypothesisesen felvett toxinok és fejtsék ki káros hatásukat. A gliasejtekre részben a toxinok, részben indirect úton a széteső velőállomány hatnak ingerképpen, mely sejtszaporodáshoz és nagyobbodáshoz vezet. A gliasejtek részben a sejttörmelékek eltávolítására, részben pedig a hézag pótlására szolgálnak. Az érrendszer infiltrációja másodlagos jellegű és a sejttörmelékek felszívására és továbbvitelére szolgál. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., XII. k. 31. o.)

Goldberger Márk dr.

A sclerosis multiplex, terhesség és szülés összefüggéséről ír R. Beck. A szerző nézete szerint a terhesség és szülés általános kóros hatásáról a sclerosis multiplex kifejlődésére nem beszélhetünk, mert legtöbb esetben a betegség csak a későbbi terhességek idején jelentkezett vagy rosszabbodott feltűnően, míg az előző terhességekben nem észlelhetők a lefolyást, a mi az ilyen elhúzódó betegségben, a hol oly sok külső körülmény, dispositio játszik közre, érthető is. Hogy a terhesség és szülés causalis összefüggésbe hozható-e, arra nem adható biztos válasz. De kétségtelenül jogos, hogy oly esetekben, hol sclerosis multiplex áll fenn, a terhességet kerülnünk kell, vagy legalább figyelmeztetni kell a beteget az esetleges káros következményekre. Ha a betegség a terhesség ideje alatt jelentkezett vagy rosszabbodott, akkor művi vetélésről vagy sterilisatióról lehet szó. Általános szabályt azonban nem lehet felállítani, minden eset külön mérlegelendő. (Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk., XLVI. köt., 127. old.)

Goldberger Márk dr.

Szülészeti és nőorvostan.

Radium- és mesothorium-kezelés méhrák esetiben címen ír Schauta. A mesothorium-kezelést az 1913. év márciusában kezdték meg; eleinte 10 milligramm mesothoriummal dolgoztak, melyet csak 10—20 percig, később 1—2 óráig mertek behagyni a hüvelyben. Ettől azonban jóformán semmi eredményt sem látott s ezért tért át a hosszabb ideig, 1—8 napig tartó alkalmazásra. Filterezéshez 0.3 mm. ólom- és 0.5 mm. ezüstlemezt használt. A rendelkezésre álló legnagyobb mennyiségű mesothoriumot (66 milligramm) később már 6—7 napig is behagyta a hüvelyben. Radiumot (50—100 milligramm) 7 napig hagyott benn a hüvelyben és aztán egy havi pihenő után ismét 7 napig applikálta. Egy beteg kezelése 4—6 ilyen turnust igényelt.

A helyi hatások közül megemlíti, hogy már 2—3-szori kezelés után a portio-tumor visszafejlődött, illetőleg eltűnt; ép szövetre a sugarak nem hatottak: tehát Schauta szerint a radium electiv hatása. Az általános, illetőleg tüneti hatások közül feltűnőbbek: étvágytalanság, fejfájás, obstipatio, diarrhoea; néha hőemelkedés, mely azonban a radiumkúra beszüntetése után 24 órával mindig megszűnt. Káros hatások: két esetben súlyos vérzés, 1 hólyaghüvelysipoly és egy végbélhüvelysipoly. Hozzáteszi azonban Schauta, hogy a radium electiv hatása mellett kérdéses, vajjon a kezelés következtében keletkezett-e a sipoly?

Indicatiók: Operabilis méhrákok műtét előtt és után kezelendők. Inoperabilis és nehezen operálható esetek. Nagyfokú cachexia esetében contraindikálnak tartja a radiumot, valamint oly esetekben, a melyekben a hüvely és hólyag, vagy a hüvely és rectum közötti válaszfal elvékonyodott, a carcinomás folyamat következtében túlságosan roncsolt. **Maximalis dosis** szerinte 40—50 milligramm radium, ezt 4—5 napig hagyjuk benn a hüvelyben, azután 10 napos szünetet tartunk. (Monatsschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe, 1913, 38. kötet, 5. füzet.)

Scherer.

A méhrák elleni radium- és Röntgen-kezelés további eredményeiről tartott előadást Bumm a berlini orvos-egyesületben. 108 betegről referál, a kiket az utóbbi időben kezelték a berlini nőklinikán. A localis reactiót illetőleg (a tumor gyors zsugorodása, a beszüremkedések visszafejlődése s mindennek következtében a nyomás-tünetek enyhülése) újabb tapasztalatai nincsenek. Körülbelül 3 hét alatt a tumor kisebb, keményebb és jobban elhatárolható lesz, a váladékképződés megszűnik. A fekélyes részek behámosodnak s szinte nyom nélkül marad a carcinomás folyamat.

Szükségesnek tartja Bumm azonban, hogy azokra a káros ártalmakra hívja fel a figyelmet, melyek még legnagyobb részben ismeretlenek s csak hónapok, esetleg $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ esztendő múlva nyilvánulnak. Azt állítja, hogy a rákos sejtekre való electiv hatás egyáltalában nincs meg vagy legalább is nem olyan mértékű, mint a hogyan hisszük. A carcinomás sejtekre intenzivebb hatással vannak ugyan a radium-sugarak, de hatnak az egészséges sejtekre is.

Könnyebb esetekben a környéki szövet fibrosus keményedése, súlyos esetekben hyalin elfajulás és nekrobiosis jön létre. Ennek következtében áll fenn a perforatio és stricturák veszélye. Ezeket az ártalmakat a másodlagos besugárzástól származtatja Bumm s minthogy úgy képzei, hogy ez a másodlagos (az ólomból kiinduló) sugárképződés az ólomszűrő vastagságával növekszik, ennek következtében lehetséges, hogy a vastag ólomfilter veszélyesebb, mint a vékony.

Készítményeken ki tudta mutatni, hogy olyan kóros sejtszaporatok, melyek az elsődleges daganatfészektől 4—9 cm.-nyi távolságban vannak, csak gyöngye elváltozásokat tüntettek föl. Ha pessimismusosan fogjuk fel a dolgot, mondhatnók, hogy ezekből a sejtekből indulhatnak ki a recidivák. Mindenesetre 4 cm a határreteg, a melyen túl már nem biztos a sugárhatás. 108 esete közül eddig 15 recidivált.

Idős egyénekben a sugárhatás könnyebben és intenzívebben jön létre, mint fiatalokban. A technikai részt illetőleg Bumm a túlságos fokozását az adagoknak veszélyesnek tartja. Legtöbbnyire 50—100 mgr. mesothoriumot applikál. Az ólmot filterezésre a másodlagos kisugárzás következtében alkalmazhatannak tartja. Az aluminium- vagy rézlemezek alkalmasabbak. Ezeket még külön gummipapirba burkolja.

A Röntgen-készülék az utolsó félévben annyira fejlődött, hogy a mélybesugárzást illetőleg egyenértékű a radiummal s bár a hatás később mutatkozik, csekélyebb mértékben ártalmas. A Röntgen- és radiumsugár egymást támogatja, de a Röntgen-sugár legalább is egyenértékű a radium-besugárzással. Az eredmények annál tökéletesebbek lesznek, minél jobban sikerül a Röntgen-géppel a mélybesugárzást tökéletesíteni. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 49. sz.)

Scherer.

Gyermekorvostan.

A diphtheriatoxin cutan reactiójáról ír Schick (Wien). Többek vizsgálataiból kitént, hogy diphtheriában szenvedő gyermekek vérsavója a seruminjectio előtt nem tartalmaz diphtheriatoxin elleni védőtesteket, ellenben sokégyen vérsavójában jelen vannak, a nélkül hogy diphtheriában szenvednének. Ebből következik, hogy sok esetben el lehetne hagyni a prophylaxisos serumoltást, ha volna oly methodus, melynek segítségével ki lehetne mutatni az antitesteket. Erre a célra szolgál a diphtheriatoxin cutanreactiója. 250 gr. tengeri malacra halálos dosis diphtheriatoxin $\frac{1}{50}$ részét injicáljuk intracutan. A keletkezett elváltozás positiv esetben hasonlít a positiv tuberculinreactióhoz.

A negativ intracutan reactio mindig a mellett szól, hogy a szervezet tartalmaz diphtheriatoxin elleni antitesteket. Diphtheriában szenvedő gyermekekben a reactio mindig positiv s ezért kétes esetekben a cutanreactio fontos, mert negativ volta diphtheria ellen szól.

A szerző úgy találta, hogy elég nagy a negative reagáló egyének száma. Újszülötteken 93%, 1 éves korig 57%, 2—5 éves korig 37%, és 5—15 éves korig 50%.

Ezen reactionnak nagy lehet a jelentősége intézetekben

hol a tömeges védőoltás helyett intracutan injectiót kellene végezni s csak 24 óra múltán védőoltani azokat, a kiken a reactio positiv. (Münch. med. Wochenschrift, 1913, 47. sz.)

Ujj dr.

A paralysis spinalis spastica új műteti kezelését ajánlja *William Sharpe* és *Benjamin P. Fariel* (New-York). Szerintük ezen betegség congenitalis alakjaiban a fő aetiológiai momentum a szülés előtt, alatt, esetleg közvetlenül utána létrejött trauma, néha gyuladós folyamatok is. A vérzés vagy lobos folyamat a motoros kéregzónákban okoz elváltozásokat s így a pyramispályák működésében jönnek létre azon zavarok, melyek az ismert kórképet létrehozzák. A cerebralis eredetre vezethetők vissza a szellemi fejlődés abnormitásai is. Bár e tények régen ismeretesek, mindedig elkerülte az észlelők figyelmét azon körülmény, mely ezen cerebralis eredetű betegség-eseteknek 60%-ában fennáll, t. i. a fokozott intracranialis nyomás. Az összes eddigi műteti eljárások peripheriás úton próbálták az idegrendszer elváltozásait javítani; ezzel szemben a szerzők, tekintettel a fokozott intracranialis nyomásra, a decompressió prepanatiótól várnak eredményt. Az eredmény szerintük sokkal kielégítőbb, mint az eddig szokásos műteti eljárások után, még a szellemi fejlődésre is szemmel látható jó hatása van. A műtét maga — egy, esetleg kétoldali subtemporalis trepanatio — egyáltalán nem tartozik a nehezen kivihető műtétek közé. A szerzők megemlítik, hogy a fokozott nyomásról a szemfenéki vizsgálattal iparkodtak tájékozódni s ott, a hol ez negatív eredményt adott, a műtétet nem végezték. (Am. Journ. of med. assoc., 1913.)

Bosányi

Venereás betegségek.

„A syphilis elterjedése a német koloniákban“ czímen közli tapasztalását *G. Heim* (Bonn). Észlelései elsősorban Német-Délnyugatafrikára vonatkoznak, a hol több évet töltött, de részletes kutatásai a német birodalom többi tengerentúli gyarmataira is kiterjednek. Általában azt lehet mondani, hogy a syphilis a legtöbb gyarmatban erős mértékben terjed. Különösen áll ez némely szigetre (Karolinák, Marianen), a hol a kórházban ápoltt betegeknek 2·2—3·1%-a syphilises, holott pl. Poroszország kórházi betegeinek syphilisquotája 0·04%. Némely gyarmat statisztikájában a syphilis kisebb arányban fordul elő, de ez nagyrészt téves adat, mert a legtöbb helyen még rendkívül kevés az orvos, sőt nagy területek lakói még nem is láttak orvost. Így Német-Keletafrikának mindössze 40 orvosa van, holott kétszer akkora, mint Németország! A statisztikai adatok a sajátos viszonyok miatt általában igen csekély betekintést engednek, de a szerző véleménye szerint azt kell mondanunk, hogy a syphilis a gyarmatokban még sokkal jobban van elterjedve, mint Németországban. Érdekes, hogy az orvosok a színes bőrűek között alig látnak primaer affectiót, sőt friss secundaer kiütést sem. A benszülöttek az előbbi teljesen elhanyagolják, az utóbbi meg alig veszik észre sötét bőrükön. A legtöbb orvosilag észlelt syphiliseset ezért tertiaer folyamatokra vonatkozik. A gyarmatokon előforduló syphilis lefolyása a szerző tapasztalása és a többi orvos bizonyosága szerint teljesen azonos az európai syphilisével s így távolról sem lehet súlyosabbnak minősíteni. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis, 118. köt., 1. füz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Változások a prostatahypertrophia tanában. *Kiel-leuthner* müncheni docens igen érdekes tanulmányt írt a prostata-túltengés lényegéről és gyógyításáról. Ezelőtt a prostatahypertrophia (*Guyon, Lannois*) az arteriosclerosis részjelenségének tartották, míg ma már tudjuk, hogy kizárólagosan helyi folyamat. Nem látunk azonban ilyen tisztán az aetiológia kérdésében, mert itt a gyuladós s a neoplasmás teoriák merőben szemben állnak egymással. Az előbbi nézet mellett leginkább *Ciechanovszky* és újabban

Rotschild kardoskodik, míg *Casper, Young* s a szerző a prostatahypertrophia proliferáló neoplasmás folyamatnak tartja, a mirigyállomány felhámjából kiinduló újképletnek, papillás adenomának minősíti, melyben kisebb-nagyobb retentiós cysták tömegesen keletkeznek.

Ugyazintén a kórbonczolástan terén is teljesen megváltoztak a vélemények. Ezen a téren *Tandler* és *Zuckerkanndl* könyvére hivatkozik a szerző, melyben temérdek anatómiai vizsgálat alapján beigazolást nyert, hogy a prostata folytonos növése a ductus deferens lefutását annyira befolyásolhatja, hogy végeredményben az ureterek megtörhetnek, strangulálódhatnak. Ebből a szerzők azt következtetik, hogy a renalis s a vesicalis vizelet pangás egymástól függetlenül is keletkezhetik.

Az utóbbi időben a therapia ugyancsak nevezetesebb változásokon ment keresztül. A tisztán conservatív eljárások közül csupán csak a katheter maradt meg s pedig leginkább az állandósított katheter öblítésekkel s belső gyógyszerekkel. Ma már nagyobbára elhagytuk a prostata röntgenezését, a *Bier*-féle kísérleteket, a mikor idegen vérrel törekedtek a prostata kibebiztosítására, elhagytuk továbbá a belsőleg rendelt prostatablétákat, a radiumot és a befecskendezéseket jodtincturával, carbollal vagy Lugol-oldattal. Elhagytuk az úgynevezett ivarszervi műtéteket (vasotomia, vasectomia, castratio), valamint az arteria iliaca interna *Bier* által ajánlott lekötését, melyek mind közvetett úton, t. i. a táplálkozás redukálása által törekedtek a mirigy kibebiztosítására, továbbá az annak idején oly lelkesedéssel felkarolt *Bottini*-műtét is ma már nagyobbára mellőztetik. Mint egyetlen palliatív műtét a teljesen reménytelen esetek számára csupán csak a cystotomia maradt meg.

Jelenleg a suprapubis és a perineumos prostatectomia foglalja el kizárólag a teret, bár ezen műtétek felfogásában is az utóbbi időben lényeges változások álltak be. A legtöbb szerző ugyanis azt hitte, hogy a suprapubis műtétkor az egész hypertrophias mirigyét ki kell hámozni. *Tandler* s *Zuckerkanndl* azonban bebizonyította, hogy a prostatának csak bizonyos részét kell kihámozni, minthogy a hypertrophia a prostatának csak bizonyos részére szorítkozik, még pedig a legtöbb esetben a középlebenyre és az ebből kiágazó, a húgycsővet különböző mélyen átölelő mirigylebenyekre. Teljesen bizonyos, hogy az úgynevezett kétoldali lebenyek a ductus ejaculatoriival egyetemben nincs része a túltengésben. Kétségtelen tehát, hogy a *Freyer*-féle műtét alkalmával a prostatát nem kell teljes egészében kihámozni. A hypertrophias részen rámetasztizáló nyálkahártyára s a kutató ujjunk azonnal rátalál azon rétegre, melyben az adenomás tömegek a prostatából néhány perc alatt igen könnyen enucleálhatók. Ebből következik, hogy a helyesen foganatosított műtét alkalmával a beteg potenciája nem fog csorbát szenvedni. A prostata nagy részét ugyanis meghagytuk, a ductus ejaculatoriit megkíméltük, minthogy a húgycsővet csak a colliculus felett metszettük át s irtottuk ki az adenomával együtt.

A perineumos műtét alkalmával ez már nehezebben megy; a teljes mirigy kiirtása nagy veszéllyel jár: a műtő kénytelen a medenczekötőszövetbe behatolni, hogy a teljes mirigyét leoldhassa; beszűrődésekkel s súlyos vérzéssel kell számolnia. A műtét veszélyének csökkentése céljából sokszor két időben operálunk: előbb hólyagsipolyt létesítünk s csak később végezzük az enucleatiót. A halandóság 22-ről 10, 8, sőt ma már 4%-ra csökkent. A mirigy kihámozásából eredő nagyfokú vérzést ma már különböző módon csillapíthatjuk: akár forró konyhasóoldatos irrigációkkal, akár jéghideg vizes öblítésekkel ugyanis csakhamar elérjük a vérző erek összehúzó-dását. A súlyosabb vérzéseket pedig a sebnek és a hólyagnak tamponálása által küzdjük le.

Nagyon fontos körülmény továbbá az is, hogy az általános narcosist ma már kikapcsoltuk. A szerző a nagyon elgyengült betegeken a *Braun*-féle localanaesthesiát a nyálkahártya érzéstelenítésével kapcsolatosan alkalmazza. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 31. sz.)

Drucker.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Peritonealis bajok ellen *Bircher* a kámforolaj helyett, a melynek kellemetlen mellékhatása lehet, a leukofermantint ajánlja, mint a mely egyrészt mozgósítja a szervezet védekezését a fertőző anyag ellen, másrészt pedig a paralysises ileus beálltát is megakadályozza. A szerző tapasztalatai körülbelül 500 hasműtetre vonatkoznak. A peritonealis izzadmánynak felitása után 1—3 palaczk (50 cm³) 30°-ra melegített leukofermantint önt a hasüregbe. (Zentralblatt für Chirurgie, 1913, 43. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1913, 52. szám. *Kovács József*: A Rosenbach-tuberculin értékéről a tuberculosistherapiában. *Benedek László*: A bal insula Reili szerepének kérdéséhez. *Gajduschek Mátyás*: Fibrolysin az oesophagus-strictura kezelésében.

Orvosok lapja, 1914, 1. szám. *Tauszk Ferencz*: A légzőszervek váladékképződéssel járó betegségeinek gyógykezeléséről. *Sellei József*: A gonorrhoeás húgycsőfűggyelék vizsgálatáról és gyógykezeléséről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Tauffer Emil* dr.-nak, a fiumei tengerészeti hatóság orvosának és a kormányzóság egészségügyi szakközlegének a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. *Wilhelm Imre* dr.-t a szabadkai közkórházhoz osztályos főorvossá, *Kiss Aladár* dr. tiszafüredi járásorvost, *Gaál Sándor* dr. sztrókói járásorvost, *Guhr Mihály* dr.-t, a tátraszéplaki sanatorium igazgató-főorvosát, *Weisz Sándor* dr. és *Klein Armin* dr. szepesmegyei orvosokat tiszteletbeli megyei főorvossá, *Komka József* dr.-t az ilosvai, *Theil Albert* dr.-t a karánsebesi járás tisztí orvosává, *Szilágyi János* dr. és *Csengery Gyula* dr. Maros-Torda vármegyei körorvosokat tiszteletbeli járásorvossá, *Hajós Zsigmond* dr.-t Barcsen vasúti orvossá neveztek ki.

Választás. *Bumbál Ferencz* dr.-t Héderváron körorvossá választották.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület novemberben 1445 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1044 szállítást végzett, 69-szer mint mozgóország szerepelt és 23 esetben vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 2581 volt.

Meghalt. *Markovics Gyula* dr. Vágújhelyen 53 éves korában.

A cholera állása hazánkban. Deczember 21.-étől 27.-éig egy eset fordult elő, még pedig a bács megyei Ujverbáson; az illető beteg deczember 23.-án meg is halt.

A Bossi-féle dilatorról. 25 éve, hogy *Bossi* tanár, a genuai szülészeti és nőgyógyászati klinika igazgatója a szülés gyors befejezésére egy kiváló eszközt szerkesztett és azt legelőször alkalmazta. Alulírottak lehetőleg teljes statisztikát szándékoznak összeállítani mindazon esetekről, a melyekben a Bossi-eszköz alkalmazást nyert. Az eseteket a magánpraxisból is össze óhajtjuk gyűjteni. A munkában, a mely *Bossi* tanár vezetése mellett készül, a módszer javalatait és ellenjavalatait szándékoznak összeállítani. Igen kérjük tehát a tisztelt kartárs urakat, sziveskedjenek nekünk lehetőleg rövid időn belül eddigi eseteikről, a melyekben a Bossi-módszert és eszközt alkalmazták, kimerítő értesítést küldeni. Igen hálásak leszünk, ha az általuk esetleg publikált esetekről különnyomatot beküldeni sziveskednek. Végül pár kérdést közlünk, a melyek munkánk részére különös fontossággal bírnak s a melyekre leginkább óhajtánánk választ.

A műtő neve
Indicatio a beavatkozásra
A cervix magatartása a beavatkozás előtt és után
Mennyi idő volt szükséges a teljes dilatatio elérésére
Micsoda eredménnyel járt a műtét az anyára és a gyermekre nézve ?

G e n u a, 1913 deczember hó.

Glücksthal Géza dr., *Carlini Pericle* dr. Cím: Clinica ostetrica e gineologica. Salita Acquasola 23, Genova.

Fritz Sándor dr. gyermekorvos, a Bródy-gyermekórház volt alorvosa, rendelését V., Lipót-körút 28. szám alatt megkezdte.

Megjelent. *Karl Schaffer* (Budapest): Hirnpathologische Beiträge. Zweites Heft. Berlin, Julius Springer.

Helyreigazítás. Mult számunkban *Genersich Antal* tanár kitüntetések közlésekor tévedésből a Ferencz-József-rend középkeresztje helyett e rend lovagkeresztjét írtuk, a mit ezennel helyreigazítunk.

A XII. nemzetközi szemészeti congressust 1914 augusztus hó 10.-étől 15.-éig tartják Szt.-Pétervárott. A congressus védője *Miklós czár*, elnöke *Bellarminoff* tanár, főtitkára *German*. Az ötvenként tartott congressus ezúttal a trachoma okát és a szem táplálását tűzte ki főthemanának. A tagság díja 9 rubel 50 kopek (24 K 23 fill.) s a főtitkárnak (*Th. German*, Mochowaja 38, St. Petersburg) küldendő, ugyanide jelentendők be az esetleges előadások 1914 febr. 19.-éig. Az orosz vas-

utak 50% engedményt adtak. Felvilágosítást a congressus magyarországi irodája (I. számú egyetemi szemklinika, VIII., Mária-utca 39. szám) nyújt.

A düsseldorfi „Verein für Säuglingsfürsorge“ 1914 június 15.-étől 27.-éig tartja legközelebbi tanfolyamát *Schlossmann* tanár vezetésével. A részvétel díja 30 m. Részletes programmal és mindennemű felvilágosítással szívesen szolgál a nevezett egyesület vezetősége (Wersterstrasse 150).

Hírek külföldről. A hallei sebészeti klinika előcsarnokában deczember 20.-án leplezték le *Bramann* tanár, az elhunyt jeles sebész bronz-reliefjét. — A berlini Kaiserin Friedrich-Haus (orvosi továbbképző intézet) igazgatójává az elhunyt *R. Kutner* tanár helyébe *K. Adam* dr.-t, a szemészet magántanárát választotta meg az alapítvány kuratoriuma. — Az Amerika és Németország közt fennálló csere-professor-intézményt most kiterjesztették a sebészeti tanársegédekre is. Az első ilyen csere a baltimore-i Johns Hopkins-egyetem és a boroszlói egyetem sebészeti klinikái közt létesült, a kiknek igazgatói, *Halsted* és *Küttner* tanárok egy félévre kicserélik a tanársegédeiket, *F. Landois* és *G. Heuer* doktorokat.

Személyi hírek külföldről. *K. Ludloff* dr.-t, a sebészet címzetes rendkívüli tanárát Boroszlóban prof. ord. honorarius-szá nevezték ki.

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

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

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

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus S., kórházi főorvos, IV. ker., Ferencz József-rakpart 26.

Asthma-gyógyintézet és inhalatorium (Andrássy-út 87. körönd). Pneumatikus kamra. Radium-emanatorium. Vez. orvos: Dr. Glück Tibor.

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézete**

Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalikus gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

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

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

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

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyimód, villamos kezelése. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknak is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: Dr. Ullrich Gyula.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

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

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

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXII. rendes tudományos ülés 1913 november 22.-én) 14. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (X. ülés 1913 október 30.-án.) 17. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXII. rendes tudományos ülés 1913 november 22.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Bence Gyula.

Kísérleti pangásos papilla.

Rados Endre: Bizonyos megbetegedések kíséretében (agytumor, tályog, lövésű sérülés, pachymeningitis haemorrhagica, haematoma, fractura baseos cranii, a carotis interna aneurysmája, meningitis basilaris gummosa és tuberculosa, stb.) a szemfenéken jellegzetes elváltozás, az ún. pangásos papilla képződik. Az irodalomban számtalan adatot találunk arra vonatkozólag, hogy ezen típusos elváltozás milyen centralis megbetegedések kapcsán képződhetik.

Graefe szerint a pangásos papilla létrejövésében a daganatnak a sinus cavernosusra gyakorolt nyomása játszsza a legfontosabb szerepet, mivel ezáltal a vena centr. retinae területén pangás jön létre. Ennek a felfogásnak ellene szólnak **Sesemann** kísérletei, melyek szerint a vena centralis retinae vérenek legnagyobb része nem ömlik a sinus cavernosusba, hanem a vena facialisba, s így a sinus cavernosusra gyakorolt nyomás nem gátolhatja a vena centralis retinae vérenek lefolyását. **Schmidt-Rimpler** és **Manz** egymástól függetlenül a liquor cerebrospinalisnak az intravaginalis úrban való felhalmozódásában vélte a kórokozó agenszt megtalálni. **Gowers** descendáló gyuladást vett fel s e felfogásnak további kidolgozása **Leber** és **Deutschmann** nevéhez fűződik.

A pangásos papilla histologiai képén az oedémás és gyuladós jelenségek uralkodnak. Azonban a nyomás következtében keletkező pangásos jelenségek *egyike sem állandó kísérelője* a papillitisnek, s épp ezért még mindig kérdéses a tulajdonképpeni pangásos jelenségek létrejövésének pontos mechanizmusa.

Továbbá hosszas viták tárgya volt és jelenleg is az, hogy a pangásos papilla eselén található gyuladós és fokozott intracranialis nyomás következtében keletkező pangásos jelenségek közül melyek tekintendők elsődlegesnek. Az utóbbi kérdés eldöntése a histologiai kép alapján többnyire igen nagy nehézségbe ütközik, a mennyiben igen ritkán kerülnek friss esetek boncolásra, többnyire már mindkét fajtájú elváltozás együttesen található.

A kérdés megoldására különböző kísérleteket végeztek, így idegen testek bevarrásával a koponyaürrbe, különböző folyadékok befecskendezésével igyekeztek intra vitam állapotokon az agynyomás emelkedéséhez hasonló állapotot létrehozni.

A dolog természetében rejlik, hogy az említett irányban végzett kísérletek a kérdés tisztázására nem vezethettek. Felette alkalmasnak látszik azonban az az eljárás, melynek segítségével legújában sikerült *kísérletileg a természetes viszonyokhoz igen hasonlóan papillitist előidézni.*

Jensen-féle subcutan sarcomából physiologiai konyhasó-oldattal az előadó pépet állított elő, s ezen pépből kb. 0.01 cm³-t fecskendezett be patkányokba intracranialisan az occiput tájékán. E beavatkozás nem jár mindig sikerrel, még a legvirulensebb törzsek (subcutan továbboltásnál) sem adnak nagy %-ban positiv eredményt. A fejlődő agytumor kapcsán mégis több ízben sikerült pangásos papilla kifejlődését észlelnie.

A patkányt efajta kísérletekre alkalmasnak tartja, mivel ezen állatfajban a főerek az opticus törzsében futnak. Tudniillik az állatokat a szemfenék, illetőleg a papilla n. optici ereződése szerint 4 csoportba lehet osztani: a) holangikusok, b) merangikusok, a melyekben a retina egészben, illetőleg jórészt vascularisatióval bir, c) parangikusok, melyekben csak a papilla, illetőleg csak a szomszédos retinarészek ereztettek és d) anangikusok, melyekben ophthalmoskopice a papilla és retina semmiféle ereztettséget sem mutat.

A beállított készítményeken elsősorban a normalis patkánypapilla metszetét látjuk, a hol a papilla semmiféle előemelkedést sem mutat. Ezzel szemben a másik metszeten szembevető a papilla erős beemelkedése az üvegtestbe, főleg ha elgondoljuk, hogy a patkánybulbus normalis átmérője az 5 mm.-t nem szokta meghaladni. A nagyfokú oedémán kívül már a fiatal stadiumban is kifejezett gyuladós jelenségek vannak: endo- és mesophlebitis, magának az opticus törzsének kis gömbsejtes beszűrődése, továbbá nagyfokú arachnoidealis elváltozások.

Ezen jelenségek magyarázása messze túlhaladná e bemutatás kereteit, s épp ezért röviden csupán arra hívja fel a figyelmet, hogy *sarkomának cerebralis oltásával sikerült kísérletileg pangásos papillát előidéznie.*

Hypophysisdaganat műtett esete.

Pólya Jenő: A 40 éves nőt 1913 június 25.-én vették fel a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályára. Itt előadta, hogy anyja él, egészséges, atyja tüdőbajban halt el. Egy testvére él, több testvére nem sokkal születése után meghalt. Havibaját 13 éves korában kapta először és mindig feltűnően kevés vérzése volt. 19 éves korában ment férjhez, egy év múlva szülte egyetlen leánygyermekét, a ki él, de gyenge, beteges. Körülbelül 10 év előtt, 30 éves korában havibaja kezdett kimaradni és csak 4—5 hónaponként, 4 év óta pedig egyáltalában nem jelentkezett. Már a szülés után észrevette, hogy tarkótáján fájdalmai vannak, rendszeren délelőtt, később mind gyakrabban állottak be intenzivebb fájdalmak, gyakran reggel felkelés után elszedült, úgy hogy rövid időre le kellett feküdni. 10 év óta fejfájásai mind hevesebbek lettek, azóta bal szeme előtt árnyékok, alakokat látott ugrálni és látása rosszabbodott, utóbbi időben a jobb szeme előtt is látott árnyékok. Majd azt vette észre, hogy 4 év óta látása kifejezetten romlott, hogy szemei előre dülnek, szemhéjjai, orra, ajkai növekedni kezdenek, éppen úgy keze és lába is. Műfoga kiesett, a mint az arcza nőtt és két ízben is nagyobbat kellett csináltatnia. Munka közben kezében nagy gyengeséget érzett. Típusos akromegalia, az orr, az áll feltűnően nagy, a kezek, lábak nagyok, durvák. A jobb szem látása $\frac{5}{10}$, temporalis hemianopsia, a bal szemmel csak kézmozgást lát.

Röntgen-felvétel 1913 június 27.-én (**Fischer**). A koponyáról eszközölt oldalfelvétel azt mutatja, hogy a sella turcica nagy fokban ki van boltosodva: a jókora diónyi kiöblösödés főleg a sellának hátulsó falát illeti. A sinus sphenoidalis felső falzata még megvan, de erősen le van domborítva, a processus clinoid. posteriores meredeken állók, elvékonyodottak.

Diagnosis: Tumor hypophyseos.

Műtét 1913 június 25.-én localanaesthesiában. Az orr bal oldalát, bal szárnyát, a septumot átvágják és az orr bal oldalán futó metszés végéből haránt metszést ejtenek az orrgyökön keresztül; az orrcsontot átvésik és az egész orrot jobbra átcsapják.

Most a porcós septumot a choanáig kiirtják, a baloldali rostasejteket kikaparják, a baloldali kagylókat is eltávolítják, míg jobboldalt az alsó kagylót meghagyják. Megnyitva a sinus sphenoidalis, nyálkahártyáját kikaparják és az egészet megjódozzák. Az egész műtét csekély vérzéssel jár. A sin. sphenoid. felső és hátulsó fala erősen elődomborodik és igen kemény, úgy hogy csipeszszel nem tudják eltávolítani, ezért többször bevésnek és éles kanállal a sinus felső hátulsó falát eltávolítják. Ekkor a sella turcica tartalma sűrűs anyag alakjában kiömlik, részben kanállal kikaparják, kb. 1½ kávéskanálnyit. Jól látható a dura pulzálása. Csíkot vezetnek az üregbe, majd finom selyemvarratokkal a bőrsébet elvarrják.

A lefolyás sima, láztalan, a seb per primam gyógyult. A csíkokat, varratokat 8 nap mulva eltávolítják.

10 nappal a műtét után a beteg már észrevette, hogy kezei, de főleg lábai kisebbek; míg a kórházba való bejövetelekor a legnagyobb számú kórházi harisnyát sem tudta lábára húzni, most már kisebb számú is felmegy a lábára.

Július 15.-én távozik, a seb teljesen egyesült, vékony, finom heg, az acromegalia a lábakon feltűnően, s egyebütt is valamennyire javult.

Szemészeti lelet (Liebermann dr.): A jobb szem látása teljes, a balon csak fénysejtés van. Mindkét szemén atrophia simplex képe. A jobb szem látóterének temporalis fele általában szűkült, azonfelül felső részében egy majdnem a centrumig terjedő ék alakú kiesést mutat.

Jelenleg az orron levő heg alig látható. Subjectív érzése jelentékenyen javult, a mennyiben fejfájásai megszűntek, szédülése is csak két ízben jelentkezett a műtét óta, de csak enyhe mértékben. Látása a jobb szemén $\frac{5}{5}$?, a bal szemén hiányos fényérzés, a látótér jelentékenyen megnagyobbodott.

Szemfenéki lelet (Waldmann dr.): A bal papilla teljesen fehér, a jobb papilla külső fele elszíntelenedett.

Orrával semmiféle kellemetlensége sincs.

Hypophysis-cysta műtött esete.

Pólya Jenő: Ujból bemutatja a múlt év június 7.-én megoperált és múlt év október 19.-én bemutatott beteget. A betegnek már a műtét előtt kifejezett látóidegsorvadása volt mindkét szemén és bal szeme teljesen vak volt. A műtét után a jobb szem látása eleinte javult ($\frac{5}{30}$ -ról $\frac{5}{20}$ -ra), majd fokozatosan $\frac{5}{70}$ -re, $\frac{3}{70}$ -re romlott, múlt év novembere óta azonban a látás stationær, jelenleg $\frac{2}{50}$ visusa van, a színeket a centrumban jól felismerni, a szemfenéki lelet változatlan (1913 okt. 21. *Fejér dr.*). Az infantilismus sem mutat változást, a jelenleg 22 éves beteg most 12—13 évesnek látszik, szellemileg azonban teljesen fejlett.

Polyák Lajos: Nagyon fontos tudni nemcsak a daganat fajtát hanem elhelyezését is, t. i. hogy intrasellarisan foglal-e helyet csak a sella turcicában, vagy diffuse terjed-e és nyomja a kis agyat, mert ekkor az operációja nem olyan eredményes. Operatio esetén a legjobb prognoszt nyújtják a cystás daganatok és ilyen az esetek fele, mert csak a cysta falát kell megnyitni és megszűnik a nyomás. Ha neoplasmáról van szó, akkor, ha a hypophysis kis részét el is távolítottuk, nem nyerünk sokat.

Meg kell fontolnunk a műtét alkalmával, van-e kilátásunk eredményre? E tekintetben legfontosabb a Röntgen-lelet. Az előadó azt mondotta: 23% az operálási mortalitás. De itt két különböző irányról van szó. Az egyik a *Schlosser*-é, kinek 37% *Eiselsberg*-nek pláne 41% mortalitása van, kiknek műteti technikájához pedig kétség nem fér, vagyis nem könnyű és nem indifferens a műtét. A másik irány pedig a *Hirsch*-é, kinek 37 esete van, *Cushing*-nek 27 esete. Ezek külső sebzés nélkül, a septum nyálkahártyalemezei között mennek hátra és a sellán ejtett húszfilléres nagyságú nyíláson át operálnak; míg amazok a középső kagylót, rostasejteket reszekálják és secundaer genyedet kapnak, addig *Hirsch* esetei genyedés nélkül gyógyulnak és az infectio lehetősége is kisebb. Ezért *Hirsch*-nek 13.6%, *Cushing*-nek 13.7% a vesztesége. Tehát a két irány között nagy a különbség.

Az indicatiót illetően kétségtelen, hogy ha látás-zavar van és a sella turcica elülső fala nem túlvastag, akkor az operálás indicatiója fennáll már a nyomásnövekedés miatt is. De ha akromegalia és adiposogenitalis alak van jelen, akkor a legtöbb szerző csak a legkönnyebb technikai feltételek mellett operál.

Pólya Jenő: Szándékosan nem beszélt technikai kérdésekről, melyek véleménye szerint az Orvosegyesület plenumát kevésbé érdeklik. Az endonasalis és a külső műtétek közt mutatkozó különbséget a mortalitásban nem lehet minden fentartás nélkül értékesíteni a *Hirsch*-féle eljárás javára, a mennyiben a *Schlosser*-féle eljárás alkalmával tapasztalt nagyobb halálozásnak oka részben abban keresendő, hogy ez utóbbival több alkalommal lett megkísértve a tumor gyökeres eltávolítása, részben pedig abban, hogy az esetek egy részében túlságos sokat vettek el az orrreget alkotó képletekből, megnyitották a sinus frontalis, sinus maxillaris, eltávolították az orbita lateralis falát stb. Kellő mérsékléssel az előkészítő műtétben és a tumor eltávolítására való törekvésben, azt hiszi, ezen műtévek mortalitása is csökkenni fog. Másfelől a *Schlosser*-féle műtét sebészből és tágabb betekintést nyújtó, mint a *Hirsch*-féle és kozmetikai tekintetben sem hátrányosabb.

Neuroma ganglionare esete.

Verebély Tibor: A daganatok közül legváltozatosabb multja az endothelioma mellett a neuromának volt. Időszakok,

a mikor minden idegdaganatot egyszerűen ezen a címen foglaltak össze, váltakoztak korszakokkal, a mikor az idegszövet blastogen tulajdonságát egyáltalában kétségbe vonták.

Virchow felosztása teljesen megfelel az akkori elméleti ismereteknek s tanának megerősítése mégis késett, mert fejlődéstani tétel volt akkor, hogy az idegfonalak csakis mint idegsejtek nyúlványai keletkezhetnek, tehát oly neuroma, melyben idegsejt nincs, nem képzelhető. Ezt bizonyították *Recklinghausen* vizsgálatai s a későbbi kórbonczolástani vizsgálatok is, a melyek egyáltalában tagadták a neuroma verum létezését. A fordulat 1905-ben *Küster* egy észlelése kapcsán következett be, a ki egy mellékvesedaganatot gliomának minősített. Azóta több ilyen esetet közöltek, de az eligazodás ma is igen bajos.

Idetartozik egy esete, a melyben 2 éves fiúcskából két ökölnyi mellékvesedaganatot irtott ki; a gyermek a műtétet jól kiállotta, de $\frac{1}{2}$ évvel utóbb csontrendszeri áttételeket kapott, helybeli kiújulás nélkül. A daganatot neuroblastomának tartja, a mely a mellékvese velőállományának idegsejtjeiből indult ki.

Az ilyen daganatokkal nyert tapasztalatok alapján át kellene dolgozni a környéki neuromák kérdését is, a minek nagy nehézsége azonban, hogy az illetén daganatok rendkívül ritkák. Eddig összesen 2 eset ismeretes. Egy harmadikat, a mely jellegére nézve az eddigiektől sokban eltér, van alkalma bemutatni.

A két éves gyermeket szempanaszokkal: kidülledés, szemérszűkülés hozták a Stefánia-kórházba, a hol *Vermes* a szemet magát épnek találta s az elváltozást egy retrobulbaris daganatnak tulajdonította, a mely a szemüreg oldalsó falát áttörte s a test egyéb helyein is áttételeket okozott. A szem megmentésére a daganatot megkísérelte kiirtani, a mihez e célra kigondolt ívmetszéssel fogott. Kiderült, hogy az orbitális daganat különálló, élesen elhatárolt göbökből áll, a melyek jól kihámozhatók. A test egyéb helyeiről is kiirtott néhányat vizsgálat céljából. A gyógyulás zavartalan volt.

Górcsövileg a daganatot neuroblastoma fibrillogangliosumnak tartja, a mely nem okozott áttételeket, hanem elsődlegesen multiplex volt. Az ilyen lehetőségek ismerete a gyakorlatban fontos.

A felkarcsont syphilis okozta hiányának pótlása átültetéssel.

Verebély Tibor: A Stefánia-gyermek-kórházból *Vas dr.* a nyári utolsó ülések egyikén kis gyermeket mutatott be, kin lues congenita kapcsán a felkarcsont nagy része elpusztult s a kin e hiány javítására sebészi kísérletet helyezett kilátásba. Ezt az esetet a szülők nem hozták vissza, de jelentkezett néhány héttel utóbb egy még súlyosabb, ezt megoperálta s erről referál az említett bemutatás kiegészítésével.

A 18 éves leányka nagyfokú somatikus infantilismus mellett súlyos csontsyphilis képét mutatta, a melynek egyik tünete volt a jobb kar teljesen nyomorék volta. A leányka karját semmire sem tudta használni, mert minden mozgási kísérletkor a könyök felcsúszott a hónalj felé, a hol azonban megtámaszkodni nem tudott s így az intendált mozgást lehetlenné tette. A legegyszerűbb mozgást is csak a bal kar segítségével tudta kivinni.

A hiba magyarázatát megadta a Röntgen-kép, mely szerint a felkar felső $\frac{2}{3}$ része hiányzott, míg a fejecs teljesen izoláltan az ízvápa alatt a lágyrészek közt feküdt; az alsó csont és a fejecs közt semminemű összeköttetés sem volt, a felkar felső része lágyrész-zsákká alakult.

A műtét alkalmával a fejecset eltávolította, az alsó csontot kipraeparálta s a lágyrész-zsákokat széthúzza, a hiány helyére a leányka fibuláját ültette be, úgy hogy a fibula fejecse az ízületbe került. Az eredményt Röntgen-képeken mutatja be, a melyek 2 hét és 4 hónap mulva készültek. Az utóbbin a gyógyulás tökéletes.

A leányka 4 hónappal a műtét után karját jól használja. A könyök jól hajlítható, a vállban 30°-nyi abductio s 90°-nyi emelés lehetséges. Azóta maga öltözködik, eszik, megtanult

a jobb kezével írni s festeni. Esete az első kísérlet eddig gyógyíthatatlannak tartott defectus pótlására s az eredmény határozottan biztató.

Az átültetés gyógyulási viszonyainak ismertetésére egy másik, 1³/₄ évvel ezelőtt operált felkar-resectio képeit mutatja be, a melyeken ma a beültetés helye egyáltalában nem mutatható ki.

Növényi diureticum.

Bálint Rezső: A görögdinnye (*Citrullus vulgaris*) szárított anyagából készített decoctumokkal kísérletezett. E decoctumoknak igen erős diuresis hatásuk van, a mit diuresis-görbékkel demonstrál, melyeknek egy része összehasonlítást enged meg más diuresis szerek hatásával. A szert a betegek szívesen veszik, a gyomrot nem rontja, kis fokban hashajtó hatása is van.

Purjesz Zsigmond: Nem a meritumához szól hozzá a dolognak, mert kísérletei nincsenek. Az 1873. évi cholera alkalmával a cholera nephritist próbálta kezelni görögdinnyével meglehetősen jó eredménnyel. Ugy emlékszik, a tankönyvében le is írta.

Perényi Dezső: A tökről olvasta, hogy jó húgyhajtó és saját magán is kipróbálta jó eredménnyel. Ugy látszik, a cucurbitaceáknak van ilyen húgyhajtó hatásuk.

Szemdiagnostikai tévedések és téves szemdiagnosisok.

Hoór Károly: Az orvostudomány minden ágában megeshet, hogy akár a diagnostikai segédeszközök szaporodásával és tökéletesbedésével, akár kóros tünetek és változások pontosabb megfigyelésével és helyesebb értékelésével, kóralakok, melyeket azonosnak néztünk, különálló kóralakoknak bizonyulnak, viszont meg megeshet, hogy egymástól elkülönített bizonyos kóralakokról kiderül, hogy lényegileg azonosak. Így van ez természetesen a szemészetben is.

A klinikailag lényegesen eltérő kórképeknek egy keretbe foglalása azonban csak akkor lesz jogosult, ha feltétlenül tisztába jöttünk azzal, hogy a pathogenesisük kétségtelenül egy és ugyanaz; a míg ezzel nem vagyunk tisztában, addig oly kóralakokat, melyek egymástól morphológiájuk, lefolyásuk, prognosizuk, aetiologiájuk és orvoslásuk tekintetéből, illetőleg az orvoslás által befolyásolhatóságukat tekintve lényeges különbségeket mutatnak, egy keretbe szorítani, sőt teljesen azonosítani, indokolatlan és önkényes.

Igy történik ez a keratitis e lagophthalamo-val, a keratitis neuroparalytica-val, a keratomalacia-val és a xerosis corneae et conjunctivae-val.

A keratitis e lagophthalamo-t a lagophthalmus, tehát az okozza, hogy a szemhéjak nem takarják kellően a szemet és azért a szemrés többé-kevésbé nyitott.

A keratitis e lagophthalamo oly módon és a miatt fejlődik, hogy a szaruhártya egy része állandóan szabadon fekszik és szüntelenül érintkezik a küllevegővel, a szaruhártyára kerülő nedv tehát csakhamar elpárolog, ennélfogva a kényes cornealis epithel itt kiszárad, cserepes lesz, leválik, mikroorganizmusok idetelepedése a szaruhártya genyes megbetegedését indítja meg. Minthogy pedig majdnem mindig a szaruhártya alsó része nem takart, a keratitis e lagophthalamo majdnem mindig a szaruhártya alsó részén kezdődik.

Ebből az következik, hogy a keratitis e lagophthalamo-nak elejét vehetjük azzal, hogy a szaruhártya takarásáról gondoskodunk.

Nem minden keratitis, mely Basedow-kórban jelentkezik, keratitis e lagophthalamo, mert éppen a Basedow-kór legsúlyosabb eseteiben olyan, a szaruhártya gyors elpusztulását okozó keratitist láthatunk, melynek jelentkezésmódja és lefolyása egészen más, mint a keratitis e lagophthalamoé. Éppen úgy nem mindig keratitis e lagophthalamo az a keratitis sem, mely cholera betegben jelentkezhet. Itt a szaruhártya kiszáradása, majd esetleg elpusztulása azért következik be, mert a szem nedvforrásai kiapadnak. Hiába takarnók akár állandóan az ilyen szemet, a cornea mégis kiszárad és elpusztul.

Egyes szerzők a keratitis e lagophthalamo helyett a keratitis xerotica nevet használják.

Trigeminus-bénulás eseteiben sajátos külső és lefo-

lyású szaruhártya-gyuladással találkozhatunk, melyet a cornea helyi táplálkozás-zavaraira vezetünk vissza; ez a keratitis neuroparalytica. Ezt egyesek a keratitis e lagophthalamo-val azonos keratitis xerotica-val identifikálják, abból indulva ki, hogy a trigeminus bénulása folytán elmarad a reflexes pislogás és könnyválasztás. Ez nem állhat meg, mert a könnyválasztás megszűnése ép kötőhártya mellett sohasem okozza a cornea kiszáradását, azután a reflexes pislogás az emberen mindig kétoldali, tehát éppen úgy bekövetkezik a beteg, mint az egészséges szemén és mindezek felül még olyan esetekről is tudunk, melyekben trigeminus-bénulás mellett oculomotorius-bénulás is volt, teljes ptosisal és a typosos keratitis neuroparalytica mégis kifejlődött; ezt tehát a lagophthalmos keratitissal azonosítani, mikor a lagophthalmosnak éppen az ellenkező állapota áll fenn, merőben lehetetlen, pedig Schweiger pl. teljesen azonos megbetegedésnek állítja oda. Nimier és Despagne a keratitis neuroparalyticát klinikailag is minden más keratitistól elkülönítendőnek jelzi, az aetiologiájáról pedig azt mondja, hogy a trigeminusnak akár környéki, akár centralis bénulásakor jelentkezhet, továbbá meningitis, typhus, scarlatina stb. súlyos eseteiben. Nimier és Despagne e szerint a keratitis neuroparalyticát vagy a keratitis e lagophthalamo-val, vagy a xerosis corneae-val tévesztik össze, miután a kettőt már egy előző fejezetben összezavarták egymással.

Kimerítő súlyos, gyakran halállal végződő betegségben szenvedő csecsemők és apró gyermekek szaruhártyáján igen veszélyes, gyors lefolyású genyes megbetegedéssel találkozhatunk, mely néha 2—3 nap alatt a szaruhártya genyes szétesésére és a szem elpusztulására vezet. Ez a keratomalacia.

Ezt egyesek a keratitis e lagophthalamo legsúlyosabb alakjának minősítik, a mi nagy tévedés, mert a corneának ezt a megbetegedését a szemrésnek akár állandó zárásával sem megelőzni, sem megakasztani, sem meggyógyítani nem lehet.

Mások a keratitis neuroparalyticával egy keretbe tartozónak mondják, a mi ellen már Graefe foglal állást, utalva a keratomalacia viharos lefolyására, szemben a trigeminus-bénulás okozta neuroparalysises keratitis chronikus lefolyásával.

Egyedülálló mindenestre Nimier és Despagne fejtegetése a keratomalaciáról. Azt mondják, hogy ez a cornea felpuhulása, melynek következményeként keratoconus jelentkezhet. A keratoconusnak semmi köze a keratomalaciához; ez szerencsés esetekben cornealis staphyloma állandósulásával folyhat le, de sohasem okozhatja azt a kórképet, melyet keratoconusnak mondunk.

A xerosis corneae (et conjunctivae) is egyike azoknak a szaruhártyamegbetegedéseknek, melyek ismételt helytelen diagnózis gyanánt szerepelnek.

Mi tehát voltaképpen a xerosis corneae et conjunctivae? Ez a baj, mely többnyire a szemrés területén a cornea két oldalán elhelyezett xerosisos foltokkal és hemeralopiával veszi kezdetét, enyhébb alakban mint xerosis epithelialis és súlyos alakban mint xerosis parenchymatosa jelentkezhet és folyhat le; a xerosis epithelialis ismételt járványszerűen mutatkozik. A megbetegedés mindkét alakja vagy tisztán helyi baj, vagy általános, súlyosabb és igen súlyos táplálkozás-zavaroknak a részlettünete. Így az epithelialis xerosist a legnagyobb valószínűség szerint a szem hosszas kápráztatása okozza, direct vagy reflectált napfény révén. Erre számtalan példát ismerünk (Arlt, Sauvages, Carron du Villard, Fleury, az előadó). Semmi kétség, hogy az ilyen külső befolyások valójában indító okai lehetnek a xerosis epithelialisnak, hanem hogy az ilyen enyhébb alakú és kedvező lefolyású xerosis általános táplálkozás-zavar részlettüneteként is jelentkezhet, azt sokan egészen indokolatlanul tagadják, mert Krebel, Fuss, Lerche, Thalberg és az előadó észlelései ezt feltétlenül bizonyítják.

A xerosis parenchymatosa helybeli oka a kötőhártya teljes elhegedése különböző befolyások alapján. Lényegében azonos az ezen az alapon fejlődött xerosis a szaruhártya kiszáradásával cholera betegben.

A xerosis corneae parenchymatosa, mint általános, talán

még eléggé nem ismert súlyos, sorvasztó táplálkozás-zavar részlettünete, nálunk alig fordul elő; az előadó azonban azt hiszi, hogy ide kell sorozni a Basedow-kór nagyon súlyos eseteiben oly gyorsan és oly végzetesen lefolyó szaruhártyagyuladást. Indiában és Chinában különösen a mérték-telen opium-élvezés folytán tönkrement szerveztű egyének látják. A baj továbbá azonos *Gama-Lobo* „*ophthalmia brasiliiana*“-jával és *Gouvêa* „*xerophthalmia cachectica*“-jával.

Salgó Jakab: A mikor semmiféle intercurrents betegség nem rövidíti meg a paralysis progressivában szenvedő beteg életét és teljes kimerülés, emaciatio folytán agonizál a beteg, látunk rövid és gyors lefolyású genyedő folyamatokat fejlődni a szaruhártyán, melyekbe a szem belepusztul. A beteg hőmérséke ilyenkor 30° C-on is alul van, minden mozgása elégtelen és ha nem is beszélhetünk lagophthalmusról, de insufficiens a szemhéj mozgása. A szaruhártya elgenyed vagy kiszárad és nem használ, ha a szemet be is kötjük vaselinnel. A szem elpusztul a halál bekövetkezése előtt. Nem tudná eldönteni: xerosis, keratitis e lagophthalmo vagy keratitis neuroparalytica szerepel-e, azt hiszi, inkább az elégtelen mozgás a lagophthalmus hozzájárulásával indítja meg a szem elpusztulását.

Szontágh Félix: Teljesen osztja az előadónak azt a fölfogását, melynek értelmében a keratomalacia élesen elkülönítendő a keratitis neuroparalyticától. A keratomalacia, mely szerencsére ritka, súlyos, általános consumptióval járó megbetegedések talaján fejlődik s sokszor, de nem mindenkor, általános szempontból rossz jelentőségű s a letalis véget helyezi kilátásba.

Grósz Emil: Az előadó hálára kötelezte az Orvosegyesületet, hogy összehavart fogalmak tisztázására vállalkozott s hogy a tisztázást olyan szabatosan végezte. Különösen fontosnak tartja a keratitis neuroparalytica kérdését, melylyel a szó e helyen 14 év előtt behatóan foglalkozott. Ma is az a véleménye, hogy valódi keratitis neuroparalytica is létezik, melyet a corneára szorító érzéltelenség, ritka pislogás s mély homályok keletkezése jellemez. Ettől teljesen különbözik az a genyes szaruhártyagyulladás, mely trigeminusbénulás vagy sértés esetén ekto-gen fertőzés útján esetlegesen keletkezik. Hogy a cornea trophiás idegei, ha léteznek, nem a trigeminus törzsében futnak, kísérletszámba menő észlelések igazolják. A *Dollinger* által végzett *Gasser*-dúc-kiirtások után a cornea ép maradt. Azon két esetben, a midőn szaruhártya-bántalom keletkezett, a külső sértés ki volt mutatható (egy ízben por és kavicszemcsék, melyek a szaruhártyába fűrődtek). Szó a valódi keratitis neuroparalytica oka székhelyeül a ganglion ciliare jelölte volt meg, de azóta sem sikerült e feltevést kísérleti úton igazolni, úgy hogy a pathogenesist ma is, mint *Magendie* idejében, még homály fed.

Hoor Károly: A szóban forgó keratitisek pathogenesisének kérdésével nem óhajtott foglalkozni; előadása tisztán azt czélozta, hogy reámutasson arra, hogy mindaddig, míg a pathogenesistről csak annyit tudunk, mint ma, nem szabad ezeket a keratitiseket egymással egy keretbe foglalni, mikor oly lényeges és oly sok különbséget mutatnak klinikai szempontból.

A cornea változó magatartása a ganglion Gasseri extirpációjá után éppen azt mutatja, hogy a pathogenesissel nem vagyunk tisztában; *Davis* és *Hall* extirpatio 21 esetéről számol be és 11 esetben bekövetkezett a keratitis neuroparalytica.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(X. ülés 1913 október 30.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

(Folytatás.)

Lúgkómérgezés utáni pylorusszűkület operált esete 3½ éves gyermekben.

Fischer Aladár: A szóban levő gyermek 3 héttel felvétele előtt marólugót ivott. Felvételekor a nyelés lehetséges, de mindent kihány. Minthogy a gyermek inanitiója mind nagyobb fokú lett, vitalis indicatióból a bemutató műtétet végzett, mikor is kiderült, hogy a pyloruson kemény heg van, mely azt teljesen megszükiti. Ez okból gastroenterostomiát végzett. Az első 14 napon a gyermek jól táplálkozott, de ettől kezdve a bárzsingszűkület tünetei kezdtek kifejlődni, úgy hogy a gyermek táplálása ismét nehezzé lett, és a különben is csonttá és bőrré lesaványodott gyermek három héttel a műtét után inanitióban meghalt.

Ádám Lajos felemlíti egy gyógyult esetét. Az 5 éves gyermek 1908 augusztusban ivott lúgkőoldatot, októberben igen leromlott állapotban került *Hainiss* gyermekosztályára, hol oesophagusát kitágították olyannyira, hogy szilárd táplálékot is jól tudott nyelni. Azonban ezután is mindent kihányt s annyira leromlott, hogy ülni sem tudott, miért is vitalis indicatióból végzendő műtét végett áthelyezték *Hülll* IV. sebészeti osztályára. A szóló rögtön median laparotomiát végzett. A gyomor

igen ki volt tágulva, fala hypertrophiás, a pylorus pedig hegesen szűkült, a lefolyt circumscript peritonitis folytán a cseplesz erősen odanőtt. Gastroenterostomia antec. anteriori végzett 2 étage-os Braun-féle varrattal. A beteget másnaptól kezdve a száján át táplálták. Rohamosan szedte össze magát, úgy, hogy 10 hét múlva meghízva mutat-hatta be, pedig közben morbillit is kiállott.

Grósz Gyula szeretné, ha a szakosztály indítványára az Orvosegyesület foglalkoznék a lúgkómérgezés prophylaxisával.

Hernia funiculi umbilici operált esete egynapos gyermekben.

Fischer Aladár: A bemutató röviden ismerteti a köldök-zsinórsérv keletkezésének módját, beosztását *Gosslin* szerint és klinikai megjelenési formáját. Kifejti, hogy az így született gyermekek az amnionból, *Warthon*-kocsányából és belső érnelküli hártából álló sérvburkok elhalása után peritonitisben pusztulnak el. Az ilyen sérvok operálására már az antisepsis előtti időben is történtek kísérletek (*Bellardt*). *Perrin* a legutóbbi 20 év irodalmából 109 ily operált esetet, *Walter Usener* pedig 172 esetet tudott összegyűjteni.

Esetében 20 órás gyermekről volt szó, kin 6—7 cm. átmérőjű hernia funiculi umbilici volt jelen. A műtét abból állott, hogy a bőr- és amnionréteg határan a sérvburkot leválasztotta. A sérvtartalmat a máj egy része, gyomor, sok vékonybélkacs és a haránt vastagbél alkotta. A zsigereket visszartartva, a hasfalán levő óriási defectust két etageban haránt-irányban egyesítette. A gyermek zavartalanul meggyógyult. Feltűnik rajta jelenleg az igen kifejezett rectusdiastasis és ezenkívül két lágyéksérve is van. Ezen eseten kívül a bemutató még két hernia funiculi umbilici esetet észlelt. Az egyikben a hasfalak alig voltak kifejlődve, az egész máj, a lép és az összes belék a sérvben feküdtek. Ez a gyermek inoperabilis és életképtelen volt. A másik eset a bemutatóhoz körülbelül hasonló volt, azonban később, mikor a sérvburkok már kezdett elhalni, került műtét alá. A gyermek a köldök-vena genyes thrombosisából kiinduló sepsisben pusztult el.

Alapy Henrik: Szintén az a nézete, hogy minél előbb operálni kell az ilyen eseteket nemcsak a peritonitis veszélye miatt, hanem azért is, mert a csecsemő az első 20 órában nem érez fájdalmat, úgy hogy narkotizálni nem szükséges. Már a 24. órában élénken reagál és a második 24 órában már úgy reagál, mint egy nagyobb gyermek.

Fischer Aladár: Nem narkotizálta a gyermeket. Vigyázni kell nagyon, hogy a gyermek le ne hűljön.

Abott szerint redresszált scoliosis-esetek.

Báron Sándor: A redressement forcé jelentőségének rövid méltatása után az előadó az *Abott*-féle technika lényegét tárgyalja és 2 esete kapcsán arra a következtetésre jut, hogy az *Abott*-eljárás a scoliosis gyógyítását határozottan előbbre vitte. Végeredményekről még nem számolhat be, de a pillanatnyi eredmények olyanok, hogy összevetve őket a más módszer szerint eszközölt redressement-ek végeredményeivel, jogosnak látszik a föltevés, hogy e módszer segélyével kellő utókezelés esetén kielégítő végeredményekhez fogunk jutni.

Widder Bertalan: 18 esetet kezelt *Abott* eljárása szerint. A végeredménytől nincs nagyon elragadtatva. Csakugyan genialis gondolat kötéssel és redressement-nal kezelni a scoliosist, melyet különben alig tudunk befolyásolni s azért örömmel üdvözölték az orthopaedek *Abott* eljárását. *Abott* a vállat nem köti be és így a második pontot, mely az erős redressementra szolgál, elhagyja. Hogy miért hagyja el, ő maga sem tudja megmondani. Szó a csak úgy tudja megcsinálni az *Abott*-kötést, ha az ellenkező oldali vállat is beköti.

Abott szerint az előkészítés káros. Hyperskoliosist hoz létre, fixál és a torsiót megjavítja. A bordapótot kiegyenesíteni oly nagy cél, melyet tökéletesen nem fog elérni.

Az a kérdés, milyen a végeredmény évek múlva, vagy csak 1—2 hónap múlva is; mert hogy a kötés levétele után közvetlenül megvan a javulás, nem mértékadó.

Horváth Mihály: Eddig is fel tudtuk egyenesíteni nagy fáradtság árán a törzset, meg is tudtuk tartani, de nem tudjuk a gerincoszlopot visszacsavarni. Ekkor fellépett *Abott*, nem egészen új eljárással, de figyelemreméltó technikával, és olyan eredményt állított elénk, mely messze felülmulja azt, a mit eddig felmutatni tudtunk. Miben áll a régi és a mostani eljárás közötti különbség? Az, hogy a negatív oldal kiemelése ezen módon összehasonlíthatatlanul jobban sikerül, mint az eddigi összes módszerekkel. Ha semmi mást nem fog elérni *Abott*, mint hogy a besüppedt oldalt kiemelhetjük és kiemelve visszatartjuk, már lét-jogosultsága van az eljárásának.

Magnesiumsulfattal gyógyított tetanus.

Fritz Sándor: 13 éves fiút mutat be, a ki bal alkarján nyílt törést szenvedett. A 9. napon amputatiót végeztek. A 19. napon trismus, majd tetanusos görcsök jelentkeznek. A beteg 2 ízben 100—100 A. E. serumot és 3×3 gr. 8%-os magnesiumsulfat-oldatot kapott subcutan. 3 gyógyult eset kapcsán ajánlja a magnesiumsulfat alkalmazását mint adjuvans eljárást a serumtherapia kapcsán.

Holzwarth Jenő: Antitoxin nélkül alkalmazta a magnesiumsulfatot és nem volt az eredménnyel megelégedve. Öt napos incubatio után jelentkezett a tetanus és az eredeti Auer-Menzer-féle 15 -os oldatból 80 gr.-ot adott mert antitoxinja nem volt. Mindkét beteget meghalt. Persze a tetanus virulens volt, mert korán jelentkezett a roham. A bemutatott esetben 19 napos incubatio után állott be a tetanus tehát a vírusa enyhébb volt. Gyermekeken egyáltalán jóindulatú a tetanus, antitoxinra, magnesiumsulfatra, sőt ezek nélkül is meggyógyulnak.

Kétoldali pyothorax gyógyult esete.

Fritz Sándor: 13 éves fiút mutat be, a kit augusztus 2.-án operáltak jobboldali pyothorax miatt, 2 nap múlva sorozatos punctiót kezdtek a bal oldalon, ennek eredménytelensége miatt a 20. napon baloldali resectiót végeztek, a beteg a 29. nap pneumóniát kapott, mely azonban oldódott. A gyermek 2 hónap múlva meggyógyult. Bemutatja a beteg mellkasának jelenlegi Röntgen-képét. Beszámol 2 év alatt operált pyothorax-eredményeiről. Összesen 26-ot operáltak. 2 éven alul 50% a gyógyulás, 2 éven felül 85%.

Kiterjedt Röntgen-necrosis.

Wolf Gyula: Ma, a kifejlett Röntgen-technika mellett, a mikor a pontos adagolás is lehetséges, igen ritkán lehet hasonlót látni; minden bizonynyal Röntgen-idiosyncrasia forog fenn, mert rendszeren sokkal hosszabb exponálás és több ülés után sem áll elő nekrosis, pl. favus-röntgenezés alatt, jelen esetben pedig háromszor fotografálták a gyermek alhasát egy-egy rövid expositióval hólyagkő gyanúja miatt s mégis kétféle területen elhalt a bőr és a felsőbb izomréteg. Februárban röntgenezték, 10 nap múlva serummal telt diónyi hólyagok jelentkeztek a besugárzott hasbőrön, ezek idővel föl pattantak, kifehélyesedtek; 2 hó múltán a nekrosis gyorsan terjedni kezdett, bűzös gangraenás csafatokban löködték le a lágyrészek, úgy hogy az inguinalis mirigyek is mintegy kipraeparálódtak, a penis és scrotum bőre is oedemás lett. A beteget heves fájdalom kínozza, 37.5—38.8 közt ingadozott a hőmérséklete, csontig-bőrig lesóványodott. A bántalom minden kezeléssel dacolt, sem nedves kötések (bőrvízzel, majd physiol. sóoldattal), sem kenőcsözés nem tudták megállítani a folyamatot, a más égési sebeknél oly jól bevált 2%-os pellidolkenőcs cycloformmal sem segítette elő a besarjadzást, végül az állandó vízágyhoz folyamodtak, a mi meglepően gyorsan hozott javulást, a lázak rögtön megszűntek, a betegnek megjött az étvágya, hízni kezdett, a seb gyorsan telődött, a szélek felől megindult a hámosodás.

(Folytatása következik.)

25100/913.

A sátoraljaújhelyi „Erzsébet“ közkórháznál megüresedett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása 1600 korona fizetés, kötelező természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoctorokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **1914 január 18.-án déli 12 óráig** Zemplén vármegye főispánjához czímezve hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Az alorvosi osztályokra való beosztása iránt **Chudovszky Mór**icz dr. igazgató-főorvos esetről-esetre intézkedik
Sátoraljaújhely, 1913 december 20.

Dökus, alispán.

32370/1913. kig. sz.

Baja thjff. város közkórházánál a belgyógyászati osztályon üresedésbe jött, évi 290 korona fizetéssel és 600 korona lakbérrel javadalmazott **oszt. főorvosi állásra** pályázat nyitattik.

Pályázni óhajtok felhivatnak, hogy kellő minősítésüket feltüntetve okmányokkal felszerelt kérvényüket **1914. évi január hó 31. napjáig** méltóságos **Purgly Sándor** dr. főispán úrhoz Szabadkán nyujtsák be.

Baja, 1913 december 30.

Polgármester helyett: Erdélyi, főjegyző.

Biharvármegye biharkeresztesi járásának alulirott főszolgabírája a berekböszörményi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás évi javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékokkal emelkedik,

2. 800 korona lakbér,

3. 600 korona fuvarátalány,

4 m. kir. belügyminister úr 170.944/1913. VII. sz. rendeletével engedélyezett 1200 korona helyi pótlék,

5. a törvényben megállapított látogatási díjak.

Az orvosi körben fekvő gazdaságok és a magánorvoslás a körorvos részére tekintélyes jövedelmet biztosíthatnak.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket **hozzám az 1914. évi január hó 22. napjának d. u. 5 órájáig** nyujtsák be.

Kellően fel nem szerelt vagy elkéssetten beadott kérvényeket figyelembe nem veszek.

A választást Berekböszörmény községében az 1914. évi január hó 27.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását az 1914. évi február hó 1.-én elfoglalni köteles.

Biharkeresztes, 1913 december 29.

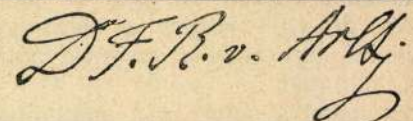
Frankó Endre, főszolgabíró.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^r.EGGER

Indicatiói:

Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.**Kapható minden gyógyszerárban.****CUSYLOL****(Cupr. citric. solubile „Arlt“)**

A trachoma és a szem gonorrhoeikus megbetegedéseinek legújabb javított réztherápiája. Vízben oldható, inertelen, jól tűrt réz-só Cusylol — Pulvis Cusyloli ad ungt. „Arlt“ — Pulvis Cusyloli ad inspersionem „Arlt“. — Minden csomagolás a feltaláló aláírásával bír.



Minták és irodalom kívánatra.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Pharmaceutische Abteilung.

BERLIN SO. 36.

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.

Günther József: Újabb adatok a hastyphus járványtanához. 19. lap.

Sellei József: A kátrány hatásáról. 23. lap.

Stein Lajos: Közlemény a magyar kir. államvasutak központi rendelőintézetének Sellei József dr. vezetésében álló I. számú bőrgyógyászati osztályáról. Adatok az „unguentum cadinum” hatásához dermatosis eseteiben. 26. lap.

Dőri Béla: Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz József-tudományegyetem belgyógyászati klinikája laboratóriumából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. rendes tanár.) Anyagforgalmi vizsgálatok benzollal kezelt idősebb leukaemiás myelosis egy esetében. 28. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Báró Kétly László: A belgyógyászati diagnostika és vizsgáló módszerek kézikönyve. — Wiesinger Frigyes: Magyar bábakalendárium. — Lap-szemle. Sebészet. O. Wulff: Az égés-sebek kezelése. — Gyermekorvosok. Reyher: A tuberculosis szerepe az orthotikus albuminuria keletkezésében. — Elmekörtán. A. Pelz: A hemicrania és az epilepsia összefüggése. — Bőrkörtán. W. Lier és O. Porges: Az anaciditas és a bőrbajok közötti összefüggés. — Húgszervi betegségek. J. Englisch: A prostata-hypertrophia anatómiája. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Walterhöfer: Elarson. — Tenosin. 31–33. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 33. lap.

Vegyes hírek. 33. lap.

Tudományos társulatok. 34–37. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Újabb adatok a hastyphus járványtanához.

Írta: Günther József dr., Szabadka sz. kir. város tisztii főorvosa.

Az elmúlt évtized utolsó éveiben mind gyakrabban jelentkező hastyphusjárványok és az ezekkel összefüggésben lévő sajátos megnyilvánulások ismét erre a bántalomra irányították a figyelmet. Klinikusoknak, pathologusoknak, bakteriologusoknak és higienikusoknak egyaránt adott és ad fel ez a betegség rejtvényeket, a melyeknek megoldásával a legelőkelőbb tudósok nap-nap mellett foglalkoznak.

Az a mystikus fátyol, a mely ezt a kórképet mindig beburkolta, mostanság mintha újólág sűrűbbre szövődne. Valósággal megfelel a nevének.¹ Kőd és homály veszi körül eredetét, majd gyakori jelentkezését, majd teljesen indokolatlannak látszó ideiglenes megszűnését. Ez a sűrű fátyol csak akkor leben fel néha-néha, rövid pillanatokra, ha a felőle megalkotott számos elmélet egyikétől vagy másikatól búcsúnunk kell.

Ez az elméletektől való búcsúzkodás pedig hastyphus eseteiben majdnem azt mondhatnám napirenden van.

Alig van ugyanis betegség, a mely a szakirodalom szótárában annyiszor változtatta volna a keresztnevét és olyan sok és sokféle elmélettel lett volna valósággal „agyon-támogatva”, mint a typhus abdominalis.

A XVII. század orvosi irodalmában *febris putrida*, *febris maligna* néven fordul elő. A krónikairók *morbis hungaricus*-a, *febris panonica*-ja² valószínűleg ez a bántalom is. A németek eleinte *Darmfieber*, *Schleimfieber*-nek nevezik, majd később, megkülönböztetésül a valódi typhustól, a

¹ Typhos = köd, homály.² Bene: Elementa medicinae practicae (1833) című munkájában a foltos typhust nevezi így el, de a két bántalom abban az időben még úgyszólván egy kóralakot képezett. Lindwurm 1853-ban is a két typhus azonossága mellett kardoskodik.

typhus exanthematicustól, *gangliotyphus*, *typhus abdominalis* néven sorozzák a betegségek közé, mely utóbbi mint *hasi hagymáz*, *hastyphus* szerepel a magyar orvosi irodalomban. Az angol, illetőleg jamaikai *Murchison pyrogenic fever* néven írja le. A párisi iskola *fièvre ataxique* és *dothionentérie* elnevezést használ, mely utóbbi Franciaországban még ma is szokásos. 1829-ben *Louis fièvre typhoid*-nak kereszteli el. Angolok, amerikaiak még ma is egész sereg elnevezést használnak: *slow nervous fever*, *gastric fever*, *intestinal fever*, *ileo-typhus*, *infantile remittent fever* és végre a ma náluk is általánosan elfogadott *enteric or typhoid fever* meghatározást, mely szerintem legjobban közelíti meg a kórkép lényegét.

Ennek az eléggé tekintélyes névsornak majd mindegyike egy-egy azóta már a homályba tűnt elméletet is fejez ki.

Nem kevésbé változatos képet nyújt a betegség kór-oktana és járványtana is.

Nem számítva a régebbi felfogásokat, melyek adynamiás természetű láznak, szerves anyagok bomlásából eredő mérgezésnek, majd egy más, hastyphusban szenvedő betegből eredő származéknak tulajdonították a bántalmat, 1881, az *Eberth*-féle bacillus felfedezése óta, még néhány évvel ezelőtt is úgy klinikai, mint aetiologiai szempontból befejezett egésznek látszó elmélet alakult ki erről a betegségről.

Ezt az elméletet *H. Ziemssen* klasszikus rövidséggel így határozta meg:

„Der Abdominaltyphus ist eine akute Infektionskrankheit, die durch Invasion des *Eberth*'schen Bacillus in den Lymphapparat des Darmes bedingt sei und deren klinische Erscheinungen teils auf den genannten Organen, die sich auf andere Organe ausbreiten könnten, teils aber auf Giftwirkung beruhe, welche von den parasitären Prozessen ausgehe und namentlich das Nervensystem und das Herz schädige.“

A hastyphust tehát úgy fogtuk fel, mint az *Eberth*-féle bacillus fertőző hatásának legközönségesebb megnyilatkozását, a mely mellett azonban még más megnyilatkozás-alakok is létezhetnek, sőt léteznek is.

Ezt a hosszú időn át uralmon lévő és az első pillanásra kristálytisztának látszó elméletet a legújabb kutatások alapján rendítették meg és éppen az a törekvés, hogy a typhus klinikai kórképét azzal az aetiológiai egységgel „fertőzés typhusbacillussal” akarták helyettesíteni, vezettek arra, hogy a mi régi felfogásunk ma teljesen megváltozott. Érdekes és tudásunk mai állásának felel meg *M. Matthes* kölni egyetemi tanár felfogása:

„Das, was wir klinisch einen Typhus nennen würden, ist zwar in den meisten Fällen auch bakteriologisch Typhus, braucht es aber keineswegs zu sein, sondern es kann dasselbe Krankheitsbild auch durch andere Bakterien, z. B. den *Bacillus flavo-putrescens*, oder durch eine *Pyocyaneus*-infektion hervorgerufen werden.“

Ennek elolvasása után önkéntelenül arra a jogos feltevésre jut az ember, hogy a typhusproblema ma is egyike a legnehezebb problémáknak, a melynek megoldásától ezidőszerint vajmi messze vagyunk. Hiszen az e téren szerzett tapasztalatokban annyira jutottunk, hogy az *Eberth*-féle bacillussal alkalmilag történt fertőzést egy egészen más kórkép takarhatja el,³ sőt fordultak elő határozott typhus esetek nemcsak klinikai, de anatómiai béltünetek nélkül is.

Növelte a zavart a paratyphus α és β megjelenése, a melyek, ha a szervezetbe jutnak, kétségtelenül utánozni tudják a valódi typhus kórképét, de ugyanilyen módon tudnak többé-kevésbé heves gastro-duodonalis zavarokat is kiváltani, melyek közül a húsmérgezésre valló tünetek a legjellegzetesebbek.

*Mandelbaum*⁴ vizsgálatai közben egy, az *Eberth*-féle bacillustól állítólag eltérő, typhusos tüneteket előidéző alakot talált, a melyet *metatyphus* néven írt le.

Nieter-nek⁵ az a véleménye, hogy ez a némileg eltérő alak a tenyészalanyban lévő glicerin szétesésének köszönheti tétezését.

*Jürgens*⁶ tovább megy és a tekintélynek erejével hirdeti, hogy *fogalmunk sincs a typhus létrejövételéről*, sőt kétségbevonja, hogy fertőzéses bélhurut volna, hanem igenis *bacteriaemia*, a mit a vérrendszerbe jutó bacteriumok idéznek elő. *Hutinel* ezen az alapon a súlyos lefolyású typhust már *septicémie Eberthienne* névre kereszteli.

A pathogenesisbe bekerült különböző bacteriumok száma is ma már olyan nagy, hogy az *Eberth*-féle bacillus megbízható elválasztása a typhus-coli-csoport többi tagjától a legnagyobb nehézségekbe ütközik. Ezt igazolja az 1912. év szeptemberében *Washingtonban* tartott hygiene-congressusnak határozata, a melynek alapján nemzetközi bizottságot küldöttek ki a typhus-coli-bacillus-csoport diagnostikájának és zavaros nomenclaturájának tisztázására, hogy ezen a téren is egységes felfogás alakulhasson ki.

Azonban más oldalról is komoly veszedelem fenyeget, a mely lehet, hogy ezt a munkálkodást is feleslegessé fogja tenni. A bacteriologusoknak egy része ugyanis, köztük *Thiessen*, ma már a bacteriumok variabilitásának lehetőségével foglalkozik. Ezek közül sokan biztosra veszik, hogy a paratyphus, typhus és a bacillus enteritidis *Gärtner* egymásba átváltható. Ha ez igaz, akkor nemcsak az *Eberth*-féle bacillus specificitása dől meg, hanem egyéb téren is nagy meglepetések várnak reánk.

A typhusbacillusnak sajátos viselkedését és szinte váratlan megjelenését igazolják *Busse*⁷ tapasztalatai. Ez a kutató ugyanis tüdővészések és tüdőgyulladásban szenvedők vérében talált és mutatott ki typhusbacillusokat. Ezeket a betegeken sem a klinikai kórkép, sem a későbbi benczolás még csak a gyanuját sem igazolta a typhus abdominalisnak. Következtetéseiben azonban tovább megy és azt állítja, hogy

³ Az 1909. szabadkai typhusjárványnál.

⁴ *Mandelbaum*: Münch. med. Wochenschrift, 1908.

⁵ *Nieter*: u. o. 1908.

⁶ *Jürgens*: Zeitschr. f. klin. Med. Bd. LII. és Sepsis, Deutsche Klinik, Bd. II.

⁷ *Busse*: Über das Vorkommen von Typhusbacillen im Blut von nicht typhuskranken Personen.

egy typhusbacillus-gazdának a béltractusra szorító megbetegedése még akkor sem kell, hogy typhust váltson ki, ha vérében állandóan bacillusok keringenek.

*Gál Felix*⁸ kísérletes vizsgálatai szerint a typhus létrejöttében *saccharomyceták* szerepelnek. *Wolf-Eisner* azt a véleményt vallja, hogy a bacillusok a nyirokrendszerből jutnak a vérbe. A betegségnek tehát mintegy alapfeltétele, hogy a vérben bacillusok legyenek. A bacillusok a vérben nagy számban pusztulnak el és e tönkrement bacillusok tömegéből fejlődő *endotoxinok* okozzák az általános sepsis, illetőleg a hastyphusnak nevezett kórkép tüneteit.

Az újabbkori kutatások azt is megerősítették, hogy a typhusbacillusok helyi megbetegedéseket is okozhatnak. Ilyen helyi megbetegedés az epevezetéknek, elsősorban magának az epehólyagnak *typhusos fertőzése*. Ezeknek a helyi megbetegedéseknek a legtöbb esetben semmi tünetük sincs; előfordulhatnak olyan egyéneken, a kik typhust állottak ki, de olyanokon is, a kiken teljességgel hiányzik az az adat, hogy a multban typhusbeteg lettek volna.

Az elmúlt években a typhus-epidemiák ellen különösen Németországban vezetett nagyarányú küzdelmek folyamán derült ki, hogy vannak egyének, a kiknek szervezetéből typhusbacillusok távoznak el, a nélkül, hogy maguk typhusban szenvednének. Különösen nagy számban fordulnak elő ilyen egyének járványok alkalmával. Ezek az ú. n. *bacillusgazdák* hosszabb-rövidebb idő multával elveszítik eme tulajdonságukat. Akadnak ellenben olyanok is, a kik járványmentes időben is állandóan vagy időről-időre virulens typhusbacillusokat ürítenek, az ú. n. *bacillusszórók* (Dauerausscheider).

Látnivaló, hogy a typhus klinikai kórképe és a régi „aetiológiai egység” ma már egyáltalában nem fedi egymást, és hogy a typhus abdominalis tulajdonképpen nem más, mint általános fertőzés, azaz „typhussepsis”, nem pedig, mint ezt azelőtt hitték, a béltractusnak helyi megbetegedése másodlagos mérgező hatással.

A míg egyrésztől bebizonyosodott, hogy a typhusbacillusokkal való fertőzés egymagában nem elegendő ahhoz, hogy valaki hastyphusban megbetegedjék, másrésztől való, hogy kifejlődhetik e bántalom klinikai képe és nem az *Eberth*-féle specifikus bacillust, hanem helyette flavoputrescent, *pyocyaneust*, vagy más ebbe a családba tartozó mikroorganizmust találunk.

Végeredményében tehát a hastyphus nemcsak a hasüreg nyirokrendszerének a megbetegedése, hanem az egész szervezetet körébe vonó bántalom a sepsis minden jellegzetes tulajdonságával, mely eléri a külbőrben végződő legfinomabb hajszálereit is a nyirokrendszernek. A hatás klinikai és kórbenczolástani nyomait mindegyik szerv magán viseli. Megeshet, hogy a kór nem terjed tovább a bélnyálkarendszer felületes részeiben, ilyenkor azonban nem typhus, hanem csak *enteritis typhosa* a neve.

A hastyphus pathogenesisének ezt az igazán kaleidoskopszerű változását talán még nagyobb mértékben, de hűségesen nyomon követik a járványtan keretében egymás sarkára taposó elméletek. Hiszen ez a bántalom legnagyobb gondot és aggodalmat a higienikusoknak okozott, a kik a különböző elméletek nyomán mindig más és más térére voltak kénytelenek áthelyezni a védekezési eszközöket.

Az kétségtelen, hogy a hastyphus ma mindenütt otthon van, egyetlenegy kontinens, egyetlenegy ország sem mentes tőle és sem a klíma, sem a talajviszonyok nincsenek befolyással megjelenésére. Az utolsó évtizedekben a mérsékelt öv alatt endemiássá alakult át. Épp úgy uralkodó betegsége a mi történelmi korunknak, mint a hogyan uralkodó veszedelme volt a középkornak a pestis és a XVII.—XVIII. századoknak a foltos typhus. Mint tájkór elterjedt Angliában, az egész európai kontinensen és Északamerikában. Németországban mindenütt otthon van, de különösen az alföldön pusztít. Amerikában a *Hudson-Bay*-tól a mexikói öbölhöz terjed. Érdekes, hogy Amerikában az újonnan benépesített területeken,

⁸ *Gál Felix*: Orvosi Hetilap, 1912.

a hol csak nyomról-nyomra tudták a területet a kultura céljaira meghódítani, eleinte a malaria volt mindennapos; később, a népesség szaporodásával társul szegődött a hastyphus és ketten karöltve haladtak egymás mellett. A mikor azután a terület benépesült, a talajt a földművelés igájába hajtották, a mocsarakat lecsapolták, városok és falvak épültek, a malaria és a váltóláz eltűnt, viszont a hastyphus korlátlan úr maradt, mintegy jelképeül az elhanyagolt közegészségi viszonyoknak, melyeknek fokozatos, folytonos javítása és *javulása* az egyedüli börtöne ennek a bántalomnak.

A hastyphus elhatalmasodásának kezdete *Hirsch*⁹ szerint úgy Európában, mint Amerikában a XIX. század 20-as, 30-as éveire esik. Ugyanekkor szűnik meg mindenütt a foltos typhus, mely egész idáig mint pusztító járvány dúlt Európában. Csodálatos összetalálkozása a véletlennek! Mintha a természet maga gondoskodnék arról, hogy ha az egyik emberpusztító vész kimerült munkájában, vagy a népesség hozzászokott, hamarosan jöjjön helyébe egy másik veszedelem, a mely újult erővel veheti fel a támadást.

A Magyarországra vonatkozó régebbi viszonyokat vajmi nehéz ma már kikutatni. Mint említettem fentebb, a hastyphus és a foltos typhus kórképe annyira összekeveredett a multban, hogy ma a szétválasztás alig lehetséges. Még az elmúlt század 90-es éveinek elején megjelent belorvostani tankönyvekben is a hastyphus, a foltos typhus és a typhus recurrentis egy rovatban szerepelt, mint azonos bántalom.

E mellett a hagyományos fogalomzavar mellett nem valószínű, hogy az 1846—7. évben Magyarországon és Budapesten dühöngött *hagymáz*-járvány, a mikor a Rókus-kórház személyzetéből 97-en betegedtek meg, valamint az 1864., 1867.¹⁰ években ismét jelentkezett járvány jó részében hastyphus volt.

Ma már nem vitatott kérdés, hogy a mint Németországban, úgy nálunk is teljesen otthonos. Az utóbbi évek tapasztalatai arra is megtanítottak bennünket, hogy a bántalom meglehetősen komoly alakot öltött és intenzitásában nem hogy vesztene, de évről-évre nyer.

Az I. táblázat megyék szerinti elosztódását mutatja az 1901—1910. években előfordult halálozásoknak. Végtelenül sajnálom, hogy betegedési statisztikával nem tudok szolgálni. Elszomorító, hogy Magyarországnak nincs megbízható statisztikája a heveny fertőző megbetegedésekről. Mert, hogy a belügyminisztériumhoz beérkező félhavi kimutatások a megbízhatóság tekintetéből milyen fokon állanak, arról a belügyminisztérium maga állított ki bizonyítványt.

„Nagy súlyt helyezek arra, hogy ez a félhavi kimutatás minden tekintetben megbízható, pontos tükre legyen a tényleg előfordult járványos megbetegedéseknek . . . Sajnálattal tapasztalom, hogy egyes törvényhatóságok felületesen állítják össze a járványos betegségekről szóló kimutatást . . . Egyes törvényhatóságok nem tüntetik fel az egyes járványos betegségekben megbetegedettek végszámát . . . Némely törvényhatóság, orvosi szempontból, valószínűtlen adatokat terjeszt fel“.¹¹

A míg tehát *Budapest*, *Szabadka* és talán még egy-néhány város pontos adatokkal tud szolgálni a heveny fertőző megbetegedésekről, addig az ország legnagyobb részéből nem lehet kapni megbízható adatokat.

Ebben a tekintetben egyelőre a halotti anyakönyvekre vagyunk utalva. Az elhaltakról pedig annál kevésbé lehet a gyógyult esetekre következtetni, mert az elhalálozások statisztikája, a diagnosis szempontjából, szintén nem fedi a való tényállást. A nemorvos-halottkémek diagnosa a dolog természeténél fogva annyira megbízhatatlan, hogy arra építeni vagy abból következtetéseket vonni kárba veszett fáradozás. Hogy pedig senkinek se legyen kétsége a felől, hogy ez az állítás légből kapott, vagy talán a hatás emelésére csak úgy

találomra dobtam e sorok közé, az üsse fel a statisztikai évkönyveket és ezt találja: ebben az országban 100 halott közül csak 52 látott orvost; a halál okát csak 56 esetben vizsgálták és egyedül Zemplén vármegyében 72 község volt, a hol *senki sem* állapította meg a halál okát. Azt hiszem, ehhez nem kell kommentár!

I. táblázat.

Vármegye*	1901—1910. években hastyphusban elhalt	Vármegye*	1901—1910. években hastyphusban elhalt
Bács-Bodrog	2007	Gömör	502
Pest-Pilis-Solt-Kiskún	1876	Torda Aranyos	494
Máramaros	1690	Zólyom	476
Krassó-Szörény	1415	Vas	467
Szatmár	1387	Nagyküküllő	461
Bihar	1346	Szeben	445
Bereg	1332	Veszprém	443
Arad	1282	Fejér	440
Torontál	1259	Ugocsa	440
Nyitra	1082	Komárom	407
Trencsén	1021	Abauj-Torna	401
Szolnok-Doboka	998	Hont	384
Kolozs	989	Csanád	382
Baranya	935	Csik	380
Ung	913	Kisküküllő	367
Hunyad	903	Szepes	354
Zemplén	894	Hajdu	348
Szilágy	874	Fogarás	347
Maros-Torda	795	Sáros	332
Békés	738	Besztercze-Naszód	316
Szabolcs	712	Esztergom	285
Zala	708	Háromszék	273
Pozsony	660	Sopron	249
Heves	650	Csongrád	231
Jász-Nagykún-Szolnok	639	Liptó	208
Somogy	616	Brassó	192
Alsó-Fehér	612	Árva	167
Bars	610	Moson	161
Nógrád	600	Udvarhely	155
Tolna	580	Turóc	136
Temes	565	Győr	127
Borsod	544		

* A törvényhatósági joggal felruházott városok nélkül.

Azonban még egyéb körülményekkel is számolni kell, a melyek éppen az elmondottakból következnek.

Ha az ország két olyan megyéjét veszem, a melyben a hastyphus egészen egyenlő intenzitással jelentkezik, de a míg az egyikben a nép azonnal orvosi segély után néz és a bejelentések lelkiismeretesen megtörténnek, a másik lakossága ellenben csak a végszükség esetében vesz igénybe orvosi segélyt és ezért a bejelentések is a legnagyobb mértékben hézagok: az eredmény nem kétséges. Az első megye a másodikkal szemben a hastyphus fészket képviseli úgy a statisztikában, mint a higienikusok előtt.

A mellékelt kimutatásban a könnyebb áttekintés-céljából nem a földrajzi beosztást vettem alapul, sem a higienés viszonyokra nem voltam figyelemmel, hanem egyszerűen az előfordult halálesetek száma szerint állítottam össze. Így azután természetes, hogy a csoportban szinte találomra kerültek egymás mellé olyan vármegyék, a melyek úgy a földrajzi fekvés, a társadalmi kialakulás, mint a higienés viszonyok tekintetében absolute nem hasonlítanak egymáshoz. Egy pillantás erre a sorozatra igazolja azt, a mit fentebb mondtam.

Az összeállítás az oka annak, hogy a bántalom elosztása meglehetősen változatos képet nyújt, bár messze vezetők következtetésekre nem ad alkalmat. A statisztika számadatai szerint a legjobban *Bács-Bodrog*, a legkevésbé *Győr* vármegyében terjedt el, míg a középhelyet *Pozsony* vármegye foglalja el.

⁹ Handbuch der historisch-geographischen Pathologie.

¹⁰ *Rózsay J.*: Az 1864. és 1867.-i hagymázjárvány és adatok a hagymáz oktanához (1868).

¹¹ 100011/912. sz. belügyministeri körrendelet.

Már ebből a táblázatból is látható, hogy a szlávok, rutének és oláhok lakta vármegyékben a hastyphus nem ritka vendég. Az északi szlávokra vonatkozólag Pistor-nak az a véleménye, hogy ezek egyike a legtisztátalanabb elemeknek, a kik nemcsak örökös vándorlásukról, de arról is hírhedtek, hogy a német hadseregben ők ültették el a trachomát, himlőt, recurrenst stb.

II. táblázat.

Ország rész *	1901—1910. években has- typhusban elhalt
Királyhágón túl	7727
Tisza bal partján	7535
Duna jobb partján	5629
Duna-Tisza közében	5403
Tisza jobb partján	5272
Duna bal partján	5133
Tisza-Maros szögében	4883
Összesen	41.582

* A törvényhatósági joggal felruházott városok nélkül.

A II. táblázat a hastyphus elosztódását a földrajzi fekvés alapján tünteti fel. Ez az összeállítás valamivel áttekinthetőbb képet nyújt. Feltűnő, hogy a Királyhágón túl és a Tisza bal partján majdnem egyenlő számmal oszlanak el az esetek. Ennek azonban nagyon egyszerű a magyarázata és ha kissé figyelmesebben nézünk a dolgok mélyére, ez a látzólagos egyenlőség azonnal más színben tűnik fel. A Királyhágón túl lakó népesség majdnem 70%-a román, illetőleg oláh. A Tisza bal partján elterülő magyar megyék között ott van a három kifejezetten oláh, illetőleg rutén vármegye, Máramaros, Szatmár és Bihar. Ha ezeknek hastyphus-halándóságát levonjuk, akkor a magyar megyékre mindössze 3117, tehát a felénél jóval kevesebb halálozás esik. A Tisza-Maros szögében az oláh Arad vármegye egymaga 1282 halálozással szerepel. Ebből az összeállításból látszik, hogy az oláh vidékek hastyphus-gócok. Ha a Királyhágón túl fekvő 15 vármegyéhez hozzáveszünk Aradot, Bihart és az északon fekvő, leginkább rutének, tótok és oláhok által lakott vármegyéket, akkor ez a 22 vármegye az ország hastyphus-halándóságának 41%-át adja. Az oláhok, rutének és tótok socialis helyzete és culturalis fejlettsége körülbelül azonos fokon áll. Meglehető contingenst adnak a délszlávok: a szerbek, bunyevácok és sokácok is. Vagyis a statisztikai adatok bizonyossága szerint a hastyphus-halándóság nagyobb része, a megyék számát tekintve, a román és a szláv lakosságra esik.

Egészen más képet nyújt a halálozások eloszlódása a városokban. Szembeállítom a kereskedelmi, ipari és mezőgazdasági városok hastyphus-halándóságát. Lássuk, mit tüntetnek fel ezek? (L. a következő táblázatot.)

Hogy ezek a városok a szó nyugateurópai értelmében — az egyetlen Budapestet és Temesvárt leszámítva — nem kereskedelmi és ipari városok, azt én nagyon jól tudom. De a különlegesen mezőgazdasági városokkal mégis nyugodt lélekkel állítom párhuzamba mint olyanokat. Azokkal szemben ezeknek határozottan ipari characterük és — mondjuk ki őszintén — városi színezetük van. Szó sincs róla, akad ezekben is jócskán földművelő elem, de a domináló túlsúlyt mégis az intelligencia és munkásosztály adja.

A lélekszám a következőképpen alakul:

Kereskedelmi és ipari városok	1,712.102
Mezőgazdasági városok	1,342.937
Összesen	3,045.039

1,712.102 nagyobbára munkásosztályúval szemben 3503; 1,342.937 úgyszólván tisztára mezőgazdasági elemmel szemben 2998 hastyphushalálozás áll. Az emelkedés tehát 505

Kereskedelmi és ipari városok

Budapest	1017
Bányavárosok	392
Nagyvárad	229
Arad	228
Kolozsvár	202
Temesvár	200
Pozsony	123
Pécs	118
Miskolcz	116
Ujvidék	101
Kassa	100
Szatmárnémeti	98
Fiume	89
Székesfehérvár	83
Kaposvár	78
Győr	66
Besztercebánya	46
Nagykanizsa	42
Zilah	33
Selmecz- és Bélabánya	32
Gyulafehérvár	30
Sopron	25
Lőcse	24
Késmárk	18
Vajdahunyad	10
Igló	3
Összesen	3503

Mezőgazdasági városok

Alföldi kisvárosok	533
Kecskemét	371
Szabadka	292
Debreczen	233
Szeged	157
Hódmezővásárhely	131
Nyiregyháza	129
Zombor	106
Versez	101
Marosvásárhely	96
Nagybecskerek	85
Békésgyula	77
Czegléd	74
Szentes	73
Nagykikinda	66
Nagykörös	64
Eger	63
Gyöngyös	53
Makó	49
Baja	48
Hajduböszörmény	38
Ujpest	36
Szekszárd	35
Hajdunánás	32
Komárom	32
Pancsova	24
Összesen	2998

az ipari városok terhére, a mibe természetesen domináló súlylyal esik magának Budapestnek 1017 halálozása. A lakosság számarányához viszonyítva a hastyphus-halálozás 1000 lélekre vonatkoztatva, a kereskedelmi és ipari városokban 2·6⁰/₀₀, a mezőgazdasági városokban ellenben csak 2·2⁰/₀₀. Az adatok szerint tehát az ipari városokban több a hastyphus-halálozás. Még feltűnőbbé válik ez a sajátosság ellemmondás, ha a mezőgazdasági városokhoz képest aránytalanul nagy Budapestet kikapcsoljuk. Ekkor a megfelelő lélekszámot véve alapul, az ipari városokban 4·3⁰/₀₀, a mezőgazdasági városokban 2·2⁰/₀₀ halálozás esik 1000 lélekre.

Ez, mint majd később módomban lesz bizonyítani, homlokegyenest ellenkezik a Németországban tett tapasztalatokkal, a hol a bántalom a falvakban nagyobb mértékben uralkodik, mint a városokban.

Még feltűnőbb és érthetlenebb az eseteknek szétoszlása, ha a vízvezetéket vesszük alapul. Az 1901—1910 közé eső években:

Vízvezetékekkel ellátott törvényhat. városokban	2661
Közkutakkal ellátott törvényhat. városokban	1903
Vízvezetékekkel ellátott rend. tan. városokban	1141
Közkutakkal ellátott rend. tan. városokban	1985

a kettőt-kettőt egybevéve:

Vízvezetékekkel ellátott városokban	3802
Közkutakkal ellátott városokban	3888

hastyphus-halálozás fordult elő. A különbség végeredményében sem feltűnő a kétféle város között, de a törvényhatósági városokban egyenesen megfelfejthetetlen, hogy miért több a halálozás ott, a hol vízvezeték van, mint ott, a hol közkutak látják el a lakosság vízszükségletét? Még a csatornák hiányát, vagy rendszertelenségét sem lehet indokul felhozni, mert, alig egynéhány várost leszámítva, az ürületek eltávolítása nem csatorna, hanem kihordás útján történik. Nekem szilárd meggyőződése az, hogy itt a statisztikai adatszolgáltatás körül kell valami hibának lenni, a minek következtében ezek, az elméletekkel semmiképpen összhangba nem hozható hibák előállanak.

A törvényhatósági városokban előfordult 4564 esettel együtt Magyarországon az 1901—1910 közé eső években 46.146 hastyphushalálozás fordult elő. Ha volna részletes megbetegedési statisztika, látni lehetne az esetek elosztódását

és követni bírónk a járvány nyá alakulás egyes phasisait az egyes helyeken. Ez módot nyújtana annak a biztos megálapítására, hogy csakugyan van-e hiba a nemzetiségek lakta vidékeken és melyek azok az okok, a melyek más helyekről távöltartják a bántalmat.

Mert az ma már kétségtelen, hogy elterjedésének a *klima* nem akadály. Kétségtelen azonban az is, és ez rendkívül fontos, hogy jelentkezésére és elterjedésére elsőrangú befolyással van az *évszak* és az *időjárás*.

Évtizedek hosszú során, nemzetközi megfigyeléseken épült fel az a tapasztalat, hogy a *hastyphus*-esetek 50%-a augusztus—október hónapokra jut. Az esetek előfordulási száma november—decemberben állandóan kevesbedik, február—májusban csak elvétve fordul elő, majd június második felétől kezdve ismét lassan emelkedő tendenciát mutat. Ezt a, majdnem azt mondhatnám szigorú törvényszerűségét Észak-Amerikában már nagyon régóta jelzik is, a mennyiben az augusztus—novemberben előforduló *hastyphus*-eseteket „autumnal fever“, „fall fever“ névvel jelölik.

Korányi F. összeállítására szerint Budapesten az 1882—1892. években bejelentett 10.043 eset következőképpen osztott meg.

A legtöbb megbetegedés esik:		A legkevesebb	
augusztusra	1117 beteggel	áprilisra	542 beteggel
szeptemberre	1119	májusra	474
októberre	1175	júniusra	546
novemberre	1260		

Félreismerhetlen befolyást gyakorol a bántalomra az *időjárás* is. Száraz, meleg nyári hónapokban nagyobb az esetek száma, mint a mikor esős, nyirkos a nyár.

Fodor J. igen beható vizsgálatok után arra a következtetésre jutott, hogy a *hastyphus*-megbetegedések száma *jelentékenyen nagyobb a szennyesen tartott udvarú és belsejű házakban*, mint azokban, a melyeket tisztán tartanak. Ugyanígy tapasztalatokat tett Chour Oroszországban.

Bizony, a régi elméletekből már csak ezek maradtak meg, mint egy letört hídnak minden vízmosást és vihart kiállott pillérei, a melyekre újlag megkísérelhetjük az átjáró deszkákat hangyaszorgalommal felrakosgatni.

(Folytatása következik.)

A kátrány hatásáról.

Irta: *Sellei József* dr.

I.

A kátrányt, még pedig úgy a fa-, mint a kőszénkátrányt a dermatoterapiában több kiváló tulajdonsága miatt alkalmazzuk; ezek közé tartozik a) keratoplastikai, b) adstringens, c) keratolysises, d) antipruriginosus hatása. A kátrány a kóros, lobos bőrön könnyen szívódik fel, mélyen behatolhat az epidermis sejtszövetébe; e „mélyhatás“ melyet azon affinitásnak tulajdonítunk, melylyel az epidermis a kátrány iránt viselkedik, a különböző bőrlaesiók histológiai viszonyainak megfelelőleg változik. A „mélyhatás“ ily módon gyengébb vagy erősebb a szerint, minő a pathológiás elváltozások jellege és foka. Így pl. a stratum corneumtól megfosztott vagy vesiculás, pustulás bőrfelületen a felszívódás könnyebb, mint a vastag szarumasszákkal borított bőrfelületeken. A kátrány *keratoplastikai hatása*, a mely karöltve jár a „parakeratosis“ (szarusodási rendellenesség) megszűnésével, arra utal, hogy ennek okát különösen abban az affinitásban kell keresnünk, melylyel a stratum granulosum vagyis a szaru képződést fentartó sejtréteg a kátrány iránt viselkedik. A lobos bőrre felkent kátrány könnyen szívódik a *corium* mélyebb rétegeibe is, a hol a papillaris és ez alatti rétegben fennálló hyperaemiát és oedemát csökkenti, majd teljesen megszünteti. A kátránnak e hatása a vérerekre gyakorolt *összehúzó erején* alapszik; és ez az oka az exsudatio, az oedema csökkenésének. A *corium* oedemájának és exsudatiójának vissza-

fejlődésével együtt jár az *epidermis* rétegeiben észlelhető oedema, valamint azon consecutiv jelenségek megszűnése, a melyek a lobos bőrt és elsősorban az eczema epidermalis elváltozásait jellemzik. Így az eczema eseteiben megszűnnek — az oedema folytán — a széttolt epidermis sejtek közt létrejött üregek (*spongiosis*), hólyagcsák és megszűnik a nedvezés, mely a hólyagocskákat borító hámsejtek tönkremenésével keletkezik, a midőn a hámhólyagokon át a savó kifelé jut, előidézvén így az eczémának ezen jellegzetes tünetét. Az időszült lob folytán beálló *acanthosist* (t. i. a rete Malpighi megvastagodását), a mely az epidermisrétegek megvastagodásával együtt járhat és klinikailag az epidermisnek tömött, megvastagodott (néhánykor lichenoid) formájában nyilvánul, a kátrány már kevésbé tudja befolyásolni s e tekintetben jóval mögötte áll pl. az acid. salicylicum, a pyrogallus, a chrysarobin ilyenmő hatásának. Ily esetekben a szer *keratolysises* (szaruoldó) hatása csakis kisebb fokban és csupán erős concentratio mellett jutt érvényre. Hámfosztott, excoriált területeken intenzivebb a keratolysises hatása és e miatt erősen izgat. Innen van, hogy az ilyen esetekben, valamint a heveny bőrlob eseteiben a kátrányt általában kontraindikálnak tartották. Az izgató hatás azonban nem csupán a szer keratolysises tulajdonságára vezethető vissza. A kátrány ugyanis keratoplastikai és keratolysises hatásán kívül erős *redukáló* képességgel bír. Ezen tulajdonsága, hogy t. i. alkáliák jelenlétében az oxygent mohón felveszi, fontos szerepet játszik a mélyebb epidermis- és retesejtek zavart biológiai funkciójának helyreállításában. Sok szerző véleménye szerint a kátrány előbb említett keratoplastikai, lobellenes és viszketecsillapító tulajdonságai voltaképpen a *redukáló szerek általános tulajdonságai közé tartoznak*. A kátrányhoz hasonlóan pl. a kén, a resorcin, részben a kéneső, továbbá a chrysarobin és a pyrogallol is, mint a redukáló szerek csoportjába tartozó szerek fejtik ki a szóbanforgó hatásukat. A kátránnak szerepe mint „redukáló“ azonban merőben különbözik az itt példaképpen felsorolt szerekétől. Jórészt a redukáló képességnek tulajdonítom azokat a regressiv folyamatokat, a melyek szemlátomást beállanak akkor, a midőn a kátránykezelést megkezdjük. S míg ilyenkor a klinikailag észlelhető változások közt a lob, a pír csökkenése, az infiltratio, a duzzanat visszafejlődése, helyenkint a nedvezés és a vele együttjáró varképződés megszűnése a szer adstringens hatásának tudandó be, addig a pikkelyképződés csökkenése és így a normalis szarusodás előmozdítása nyilván a kátrány keratoplastikai hatásán kívül redukáló képességének tulajdonítandó. A kátránnak *desinficiens* tulajdonságát igen csekélynek kell minősítenünk. Gomba- és bakteriumölő képessége még erős concentratioiban is alig közelíti meg a dermatoterapiában használt egyéb és már kisebb concentratioiban is erélyesen ható antimykoticumokat, mint pl. a kén, jodot stb.

Ha exquisit gombás bőrbaj eseteiben tanulmányozzuk ezen antimykosisos hatását, mint pl. pityriasis versicolor eseteiben, akkor könnyen győződhetünk meg arról, hogy a hámlás, szóval a megtelepedett bõrgombák elpusztulása és leválása csak igen lassan következik be. Ott pedig, a hol pl. staphylococcusok bõrgenyedést tartanak fenn, mint folliculitis, pyodermia eseteiben, a kátrány tapasztalhatólag sokszor még károsan is szokott hatni. E káros hatás ilyenkor jórészt a kátrány említett izgató, maró hatásának tulajdonítandó, ugyanis a kátrány pustulás, genyező helyeken gyorsan szívódik fel, a „mélyhatás“ fokozottabb, az epidermisrétegekben keratolysises és redukáló hatását intenzivebben fejt ki s innen a gyuladás a corium részben már beteg, részben még intakt rétegeire is áttérjed. A sokszor észlelt káros hatás azonban nemcsak a kátrány izgató képességének tulajdonítandó, hanem annak is, hogy a bõr pathogen csíráit sok esetben nemcsak, hogy nem öli meg, hanem sokszor — mint látszik — szinte propagálni, virulentiájukat szinte fokozni tudja. Mint antimykoticum tehát a kátrány meggyőződésem szerint semmiféle fontosabb szerepet nem játszik.

Igen nagybecsült tulajdonsága a kátránnak *viszketecsillapító hatása*. Olyan viszketõ bőrbajokban, melyek kife-

jezett efflorescentiákkal nem járnak (pl. a pruritus), a kátrány antipruriginosus hatása csekély, vagy egyáltalán semmi; az efflorescentiákat feltüntető viszkető bőrbajok egymelyikében azonban antipruriginosus hatása prompt és tartós. E jótékony hatása rendszeren már az alkalmazás után rövid idő múlva következik be és nem muló jellegű, úgy hogy egyes bőrbetegségekben, mint elsősorban eczema eseteiben, főképpen a betegségnek megfelelő stádiumában alkalmazva, csillapítja a kínzó viszketést és a betegnek enyhülést és nyugalmat nyújt. E tulajdonságánál fogva szinte nélkülözhetetlen szernek tartjuk az eczema terapiájában. A kátrány viszketéscsillapító hatása pl. prurigo, eczema eseteiben nyilván a bőr patho-histologiai elváltozásaira gyakorolt hatásával függ össze. Ha szem előtt tartjuk ugyanis azokat a histologiai elváltozásokat, melyeket pl. eczema eseteiben találtunk, és összehasonlítjuk egy és ugyanazon stadiumnak histologiai képét a kátránykezelés előtt és után, akkor nem lesz nehéz a subjectív érzés változásának, a viszketés csökkenésének okát a histologice konstatalható változásokkal szoros összefüggésbe hozni. Vajjon miben rejlenek azon biochemiai elváltozások, a melyek a szer és a kóros sejt közt nyilván végbemennek, azt eddig nem tudjuk, csupán a histologice kimutatható elváltozásokat, helyesebben a rendes képhez való visszatérést, a regressiv folyamatnak egyes stadiumait tanulmányozhatjuk. Tudvalevőleg az intenzív viszketéssel járó betegségek közül (mint az urticaria, pruritus, leukaemia, mykosis fungoides, scabies, lichen ruber planus, neurodermia [lichen chronicus Vidal], bizonyos gyógyszerek okozta exanthemák, a *Duhring*-féle dermatitis herpetiformis, egyes erythrodermiák esetén, a psoriasis bizonyos alakjai, prurigo és eczema) a kátrány viszketéscsillapító hatása oly bőrbetegségekben nyilvánul legjobban, a hol a szarusodási rendellenesség, a parakeratosis s az epidermis és corium mérsékelt oedemája a vele együtt észlelhető consecutív jelenségekkel — a sejtek széttolódása (spongiosis) — alkotja a histologiai kép jellegzetességét. Az erős szarufelrakódások a rete Malphigi erősebb burjánzásával, nagyfokú akantosissal járó bőrelváltozások, mint mechanikai akadályok, a kátrány felszívódását és „mélyhatását“ megnehezítik. Az ilyen esetekben a kátrány viszketéscsillapító hatása valóban csekély vagy semmi. Vaskos szarufelrakódással járó eczema eseteiben vagy erősen lichenifikált bőrön, úgyszintén typosos neurodermia eseteiben (lichen Vidal) — mint mondtuk — a kátrány hatása azért alig mutatkozik. Urticaria, pruritus universalis vagy localis eseteiben a kátrány hatása szintén igen csekély szokott lenni. Csekély a viszketéscsillapító hatása lichen, leukoemiás bőrelváltozás, mycosis fungoides eseteiben (scabiesben tudvalevőleg a járatok eltömésével fejt ki hatását s így voltaképpen kizárandó az itt felsorolt betegségek közül). A *Duhring*-féle betegségben, a prurigóban és eczemában azonban régtől fogva mint kiváló viszketéscsillapító alkalmaztatik. Az eczemában a viszketést nyilván az a sejtszéttolódás tartja fenn, melynek okát előbbi fejtegetéseink alapján a coriumnak és az epidermisnek, nevezetesen a rete Malphiginek oedemájában kell keresnünk, a mely következményképpen az ür- és hólyagocskaképződést (spongiosist) vonja maga után. A bőr felső rétegeiben levő idegvégék ily módon állandó izgalomban tartottak, viszkető ingert váltanak ki. Ezek szerint a kátrány a viszketés csillapítását, az idegvégékre directe gyakorolt hatásán kívül, olyképpen mozdítja elő, hogy adstringens és szárító hatásánál fogva az epidermisrétegekben található oedemát csökkenti vagy megszünteti és így megszüntetvén a fentebb vázolt histologice kimutatható, a viszketést fentartó ingert, az okozat is megszűnik. S valóban gyakran láthatjuk, hogy abban a pillanatban, a midőn a kátrány izgalmi tünetet fejt ki és a már megnyugodott bőrbaj újra acut jelenségeket mutat, exacerbál, a mikor tehát a pír, a duzzanat fokozódik, vagyis midőn az oedema az epidermisben újra jelentkezik, hogy akkor a viszketés ismét kiújul, nem ritkán talán még fokozottabb mértékben is, mint a kátránykezelés előtt.

* * *

Klinikai szempontból voltaképpen legszembeötlőbb tulajdonsága a kátránynak, hogy az eczemára szárító, tehát a nedvezést megszüntető és a viszketést csillapító hatással bír. Különösen ez utóbbi igen fontos szerepet játszik a kátrány gyakorlati alkalmazásában, mert mintegy fokmérőképpen jelzi a többi objectív tünet visszafejlődését, a mi azonban az eset karaktere szerint hol lassabban, hol gyorsabban szokott bekövetkezni. Szabad szemmel is látható, hogy a kátránykezelés folyamán az apró, egészen pontszerű, valamint a nagyobb nedvező helyek is miként boríthatnak kisebb és nagyobb varral. A varképződést jelenlegi chemiai ismereteink alapján a serumfehérjének a kátrány által előmozdított kicsapódására kell visszavezetnünk. E varképződést — a szárító hatás klinikai nyilvánulását — azután követi a többi jelenség visszafejlődése, a duzzanat, az oedemás külső csökkenése stb.

II.

Valamely gyógyszer hatása a bőrön elsősorban függ attól az affinitástól, melylyel a bőr hámséjtjei az illető szer iránt viseltetnek. *Unna*¹ szerint az epidermist alkotó sejtek szaruanyaga három alkotórészből áll, ú. m. az A és B nevű keratinból, továbbá a szarualbumosekból. Ezek közül különösen a keratin B és a sejtartalom savanyú albuminoséi azok az anyagok, melyek abban a kölcsönös vegyi hatásban vesznek részt, a melynek tulajdonképpen eredménye gyanánt a bőrön kifejtett gyógyszeres hatást tekintjük. *Unna* szerint minden gyógyszernél, mely a bőrön hatni tud, voltaképpen nincsen másról szó, mint vegyi kölcsönhatásról, a mely a gyógyszer és a szarutétel közt lefolyik. E kölcsönös vegyi hatás másképpen bírálható el a normalis és másképpen a kóros bőrön. S ha különösen az utolsó időben sokat is haladtunk a bőr mikro-biochemiájának megismerésében, sajnos, még igen keveset tudunk azokról a vegyi változásokról, a melyeket bizonyos gyógyszerek az epidermisben, illetve a bőrben előidéznek, vagyis éppen arról a vegyi kölcsönhatásról, mely úgy a normalis, mint a kóros bőr és a gyógyszer közt végbemegy, igen fogyatékosak ismereteink. A kátrányról, mely igen complex anyag, még azt sem tudjuk, hogy annak melyik alkotórésze hat az említett egyik vagy másik irányban.² A mit szövettanilag megállapíthatunk, voltaképpen nem egyéb, mint egy lassan végbemenő regressiv folyamat, a mely, mint dolgozatunk elején kifejtettük, legszembeötlőbbben az adstringens hatásban nyilvánul, a melyhez csakhamar csatlakozik: a szarusodási rendellenesség, a parakeratosis megszűnése, a mit elsősorban annak a nagy affinitásnak tulajdonítunk, melylyel a stratum granulosum e szer iránt viseltetik. Legkifejezettebben éppen ez a két momentum, t. i. a vérerekre és a stratum granulosumra gyakorolt hatás tanulmányozható a histologiai képen. Nyomról-nyomra követhető a kátránynak ez irányú hatása, ha pl. az eczemas bőrt e szerrel hosszabb ideig kezeljük. A kátrány hatását a kóros bőrön, nevezetesen eczema eseteiben, tanulmányozandó, úgy állat-, mint emberkísérlethez folyamodtam. Nyúlfulón oleum terebinthinaevel dermatitist idéztem elő s azután a lobos bőrt oleum cadinummal kezeltem. A nyúlfulón mesterségesen előidézett és fentartott „lob“ természetesen nem fedi az

¹ *Unna*: Biochemie der Haut, 1913.

² *Brisson* vegyész (Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1909 [refer. és cit. Monatshefte für prakt. Dermatol. után]) szerint a kátrány valamely szerves anyag száraz destillatiója után keletkezett marauéka. Kő- és faszén, fa, turfa és petroleum a feldolgozás alkalmával a legtöbb kátrányt szolgáltatják. A kátrány négy oly csoportot tartalmaz, melyek *Brisson* szerint therapiás szempontból fontosak, ezek: a phenolok, a ketonok, a kén- és nitrogyeületek. Szerinte a kénvegyületek a bőr toxinjait kötik meg és azokat a vesén át eltávolítják. Azonban úgy látszik, hogy a kén csakis nedvező bőrbajok esetén hat, ha a serosus valadék sok konyhasót tartalmaz.

A nitrogen is, a mely a leukol-ban foglalatik, gyógyító hatású. Ez utóbbi anilin, pyridin és chinolein keveréke. A chinolein a vérereket tágitja, antiseptikus hatású és azzal a képességgel bír, hogy mélyen hatolhat be a szövetekbe. A kátrányban foglalt phenolok között a chinonok játszanak fontos szerepet, s minthogy ezek az albuminoidokat teljesen felbontani tudják, azért úgy látszik az epidermissejtek chemismusában igen fontos szerepet játszanak.

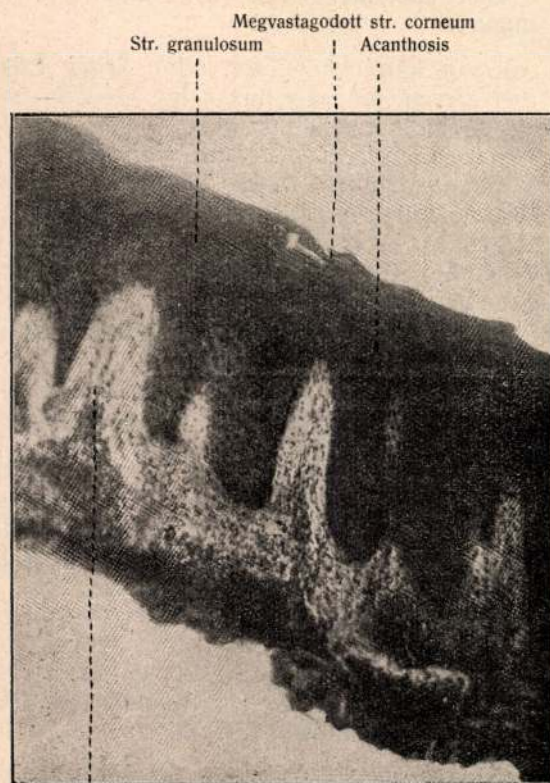
„eczema“ fogalmát s így ezek a kísérletek tulajdonképpen csakis a kátrány hatásáról a lobos bőrön szólnak. E histológiai tanulmányok is azt mutatják azonban, hogy a kátrány exquisite a vérereket összehúzó erejénél fogva a kissejtű infiltrációt, az oedemát csökkenti. A többi regressiv elváltozás, a normalis állapothoz visszavezető folyamatok csak lassan következnek be.

Az eczemás bőrön létrejövő elváltozásokat a kátrány (oleum cadinum) nyomán a következő ábrák érzékitik. Az 1. számú ábrán (subacut papulosquamos.-esetből) kifejezetten látható a rete Malpighi erős oedemája, az epithel-sejtek szétlollattak (spongiosis), hólyagocskaképződés van jelen. A rete megvastagodott (akanthosis). Ezenkívül kifejezett



Perivascularis infiltratio. Oedema

1. ábra.



Infiltratio

2. ábra.

parakeratosis látható (a stratum granulosum részben eltűnt), a corpus papillarek meghosszabbodtak, a vérerek tágak, körülöttük erős kissejtű infiltratio látható. A 2. számú ábra a kátránykezelés 10. napján mutatja az elváltozásokat. A vérerek körüli infiltratio csökkent, úgyszintén a rete erős oedemája. Az akanthosis (a rete burjánzása) még megvan, azonban a spongiosis csökkent, hólyagocskaképződés nincs, parakeratosis alig látható.

III.

A felsorolt tulajdonságok teszik a kátrányt kiválóan becses szerré elsősorban az eczema kezelésében. Keratoplastikai, vérérösszehúzó és különösen viszketéscsillapító hatásánál fogva bizonyos esetekben más szerrel alig pótolható. Régebben szabálynak tekintették, hogy a kátrányt csakis idősült eczema eseteiben alkalmazzuk s ezek között főleg a piros, pikkelyző formák ellen, tehát sem az acut, sem pedig a chronikus alakoknak azon exacerbáló formái ellen, a melyek nedvezéssel járnak. Egy másik régi szabály, hogy a kátrányt eleinte csak igen óvatosan alkalmazzuk. Tehát nem koncentráltan és csupán kisebb területen. Eleinte tehát vigyáznunk kell különösen arra, vajjon egyáltalában tűri-e a beteg bőre e szert vagy sem és csak lassan megyünk át az erősebb koncentrációkra, valamint a nagy terjedelemben való használatra. Kétségtelen, hogy ez az óvatosság, mely a kátránykezelést különösen kezdetben minden eczemás betegen tapogatózóvá és így bizonytalanná teszi, az alkalmazás rovására megy. Az első szabályt azonban, a mely szerint csakis az idősült eczema bizonyos alakjaiban szabad a kátrányt alkalmazni, nem fogadom el. Nézetem szerint a kátránykezelés indicatiós köre sokkal tágabb az eczema terapiájában, mint a hogy azt a régebbi szerzők állították. *A kellő koncentrációban a helyes összeállítású kátránykenőcs még az eczema subacut stadiumában is és különböző formáiban a legtöbb esetben alkalmazható. Előnyei pedig úgy a lob csökkentése, mint a nedvezés megszüntetése és főleg a viszketés csillapítása szempontjából oly praegnánsak, hogy bátran állíthatjuk: semmiféle szer e tekintetben nem vetélkedhetik vele.* Ha tehát a tartózkodást a kátránykezelés terén nem tartjuk indokoltnak, úgy viszont el kell ismernünk, hogy a kátránykezelésnek vannak hátrányai is. A kátrány kellemetlen átható szaga, mely sok betegnek előbb-utóbb tűrhetetlenné válik, továbbá a szer iránt mindinkább kifejlődő érzékenység, sőt mondhatnók túlérzékenység, mely a lob fokozódásában, a viszketés erősödésében és itt-ott acnék, pustulák fejlődésében mutatkozik, nyilván a mellett szól, hogy a kátránykezelésnek is vannak árnyoldalai. Az eleinte észlelt jó hatás sokszor éppen az ellenkező irányba csaphat át és a szer további alkalmazása lehetetlenné válik. Várható volt, hogy talán az újabb kátránykészítmények mentesek lesznek azoktól a káros anyagoktól, melyek a szóbanforgó kellemetlen hatásoknak esetleg okozói. A különböző vegyi úton tisztított, fractionálás útján egyes alkotórészeitől megfosztott kátránykészítmények azonban, ha kátrányjellegüket megtartották, alig különböznek a régebben forgalomban lévő és használt készítményektől, kivéve talán abban, hogy a kátrány penetráns szaga csökkent.

A bőrnek érzékenysége a kátrány iránt, mely a kezelés folyamán lassan kifejlődik, úgy a fa-, mint a kőszénkátrány használatakor egyaránt mutatkozik. Az előbbi csoportba tartozó *oleum cadinum*, *oleum rusci* és *fagi*, vagy pedig a kőszénkátrányhoz tartozó *oleum lithantracis* stb. eleinte egyaránt jól hat, csakhamar azonban e készítmények kellemetlenséggel járhatnak. Éppen úgy vagyunk a vegyi úton tisztított és szagtalanított kátránykészítményekkel, pl. a *pinosollal*, *anthrasollal*, *lianthrallal*, *liqu. carbonis detergenssel*. E szerek is kezdetben éppen oly jó lobcsökkentők és viszketéscsillapítók, mint pl. az ol. cadinum, s ettől, kivéve talán, hogy kevésbé szagosak, miben sem különböznek.

A kátránykezelésnek fődominuma — mint kiemeltük — a *chronikus eczema*. Azonban — mint mondtuk — az igen acut (erythemás vagy papulo-vesiculás) vagy nagyfokú nedvezéssel járó, úgyszintén a crustosus-impetiginosus esetek kivételével minden esetben alkalmazható, természetesen a kellő

óvószabályok betartásával. Ha tehát erősebb reactio állana be, a kezelést rögtön abba kell hagynunk és várunk kell a szer további alkalmazásával.

Bőrgyógyászati rendelésem hosszabb idő óta a következő összeállítású kenőcsöt alkalmazom, a melyet a rövideg kedvéért „*unguentum cadinum*” neveztem el. A kezelt esetekről, a kezeléssel elért eredményekről alább *Stein Lajos* számol be. E kátránykenőcs, melyet semmiképpen sem óhajtok valami „különleges” kenőcsnek minősíteni (s melyben csak az a lényeges, hogy a liquor *Burow* mindig az ol. cadinum háromszoros mennyisége), a következő alkotórészekből áll:

Rp. Ol. cadini	5·0
Liqu. Burowi	
Lanolini	aa 15·0
Vaselinæ fl.	20·0

A legtöbb esetben — a midőn nedvezés már nincs jelen és az eczema a pikkelyző stadiumba jutott — ezen 10%-os unguentum cadinummal kezdetjük meg a kezelést; három-négy nap mulva már erősebb koncentrációban írhatjuk fel a kátrányt. A Burow-oldat lanolin- és vaselinmennyisége megmarad és a kátrány 7—10 stb. grammal emelkedik, vagyis 15—20%-ig. *Subacut esetekben* 2·5—5%-os (vagyis 1·5—2·5 gramm ol. cadinum és liquor Burow + lanolin + vaselinre) ungu. cadinumot alkalmazunk. Ha kisebbfokú nedvezés még fennállana, azonban az eset nem szorul többé borogatásos kezelésre és a kenőcsök használata általában indokolt, a gyengébb, 1—1½%-os ungu. cadinummal is próbálkozhatunk. Az ilyen esetek azonban nagy óvatosságot igényelnek. Idősült esetekben, ha az infiltratio (és pikkelyképződés) erősebb, czélszerű a kenőcshez ½—2 gr. acid. salicylicumot hozzákevernünk.

Rp. Acid. salicyl.	0·5
Ol. cadini	5·0
Liqu. Burowi	
Lanolini	aa 15·0
Vaselinæ fl.	20·0

Ha az eczemas telep oedemás, duzzadt, piros, azonban nedvezés már nincs és pasták, kenőcsök már alkalmazhatók, czélszerű a kenőcshez *zincum oxydatum*ot keverni.

Rp. Zinci oxydati	10·0—20·0
Ungu. cadini (5—10%)	50·0

Az alapkenőcshez (1—15% ungu. cadinum-hoz) ezenkívül az esetnek megfelelőleg kevés resorcin, kén stb. keverhető.

A kenőcs szagának korrigálására egyszer-másszor valamely illó olajat adhatunk, pl. oleum bergamottaet. A kátrány különben is már jelentékenyen elveszti penetráns szagát, ha az eredeti előírás szerint Burow-oldattal és lanolinnal keverjük.

Magától értetődik, hogy oly betegségben, a milyen pl. az eczema, melyet a chronicitas és a gyakori kiújulások jellemeznek, nem lehet holmi sablonos receptekkel boldogulni. Az individualizálás, a különböző szerek és eljárások helyes kombinálása éppen az eczema terapiájában rendkívül fontos, a hol a betegség egyes phasisainak meg nem felelő kenőcsökkel nem lehet célt érni.

Közlemény a magyar kir. államvasutak központi rendelőintézetének *Sellei József dr.* vezetése alatt álló I. számú bőrgyógyászati osztályáról.

Adatok az „*unguentum cadinum*” hatásához.

Irta: *Stein Lajos dr.*

Különösen az eczema terapiájában indokoltnak látszott oly készítmények után kutatni, melyek rendelkeznek az oleum cadini, oleum rusci stb. jó tulajdonságaival, de ezeknek káros mellékhatásaival nem bírnak. Így keletkeztek e gyógyszerek pótkészítményei, melyek azonban hol egyik, hol másik irányban cserbenhagytak bennünket, úgy hogy végre is

vissza kellett térnünk a régi, jól kipróbált kátrányos szerekhez. A magyar államvasutak központi rendelőintézetének I. sz. bőrgyógyászati osztályán az oleum cadinum *Sellei* előírása szerint oly kenőcs-összeállításban használatos, melyben a szer liquor Burowi+lanolinnal együtt fejti ki hatását. Ebben az összeállításban a kátrány csökkenti, majd megszünteti a gyuladást, csillapítja a viszketést, szóval a már ismert kátrányhatást fejti ki, azonban nem a megszokott tempóban, hanem a gyógyulást hatalmas lépésekben viszi előre, midtál a gyógytartam tetemesen megrövidül. Különösen az eczema idősült alakjaiban, a rubro-squamosus formákban lehetett feltűnően rövid idő alatt javulást, valamivel később pedig teljes gyógyulást elérni; azonban a subacut esetekben is — a melyek tehát nagyobbfokú lobtűnetekkel, erősebb nedvezéssel nem járnak — kitűnő eredménnyel alkalmaztuk a kenőcsöt. Hangsúlyozni kívánom, hogy a használt készítmény nem különleges szer. Csak a kenőcs összetétele a lényeges s ez azon körülmény, melyre a figyelmet felhívni óhajtanám.

Egy ideig nyílt kérdés maradt a liquor aluminii acet. és az oleum cadinum súlyviszonya. Ki kellett kutatni, hogy melyik azon optimalis súlyarány, mely mellett a kátrány megfelelő mennyiségű Burow-oldat jelenléte esetén a legkiválóbb hatásokat produkálja. Az egyes esetek észlelésekor a klinikai hatás tanulmányozásával s a subjectiv jelenségek alapján aztán hosszas kísérletezés után rá lehetett jönni arra, hogy az oleum cadini hatása akkor jut érvényre legjobban, midőn a kátrány mennyisége a kenőcsben lévő liquor Burowi mennyiségéhez úgy aránylik, mint 1:3. Ennek alapján adott esetekben a következő alapformulából indultunk ki.

Rp. Ol. Cadini	3·0
Liqu. alumin. acet.	9·0
Lanolini	15·0
Vaselinæ flav.	20·0

M. f. ungu. vagy

Rp. Ol. cadini	5·0
Liqu. alumin. acet.	
Lanolin	aa 15·0
Vaselinæ flav.	20·0

M. f. ungu.

Ezt a 10%-os kátránykenőcsöt, mint *Sellei* cikkében kiemeli, az eset szerint módosítottuk s így 1—2·5—5—10—15%-os ungu. cadinumot alkalmaztunk.

Azon esetekben, melyekben a kátrány használata indokolt, e kenőcs alkalmazásával néha meglepő jó eredményt érhetünk el. Természetes, hogy a kenőcshez — a mint erre esetleg szükség lehet — egyéb szereket is csatolhatunk, pl. acidum salicylicumot, zinket, kén. A mennyiben a bőrnek a kátrány iránt tanúsított túlérzékenységeről győződünk meg, az ol. cadinit esetleg más kátránykészítménnyel, pl. ol. rusci helyettesíthetjük. A mi eseteinkben azonban erre nem volt szükség. Eseteinkben eleinte többnyire a 10%-os ungu. cadinumot alkalmaztuk. Néhány nap mulva fokoztuk a kátrány mennyiségét. A legtöbb esetben egyedül e kátránykenőcsöt használtuk. Egyes esetekben azonban szükséges volt azt más szerekkel kombinálnunk. Még megjegyzem, hogy a kezelés kapcsán furunculákat, acneket, folliculitiseket a sok eset egyikében sem észleltem. A kenőcs gyógyszerári ára igen csekély, a mi lehetővé teszi, hogy a szegény-praxisban is alkalmazzuk, főleg oly bajban, mint az eczema, a melyekben hosszabb ideig aránylag nagymennyiségű kenőcsre van szükség. Eseteink közül csak néhányat kívánunk kivonatatosan közölni. Az elért eredmény, a gyógyítás tartama ezen esetekből pontosan kitűnik.

1. Sz. M. 50 éves munkás. Másfél éve beteg, baja néha javul, máskor rosszabbodik. A karokon, valamint a kéz háti felszínén mindkét oldalon kisebb-nagyobb területen papulák, mérsékelten infiltrált erősen viszkető telepek. *Diagnosis: Eczema papulosum chron. The-*

rapia: Június 25. Ungu. cadini. (10%)^{*} Június 27. A viszketés csökkent. Június 30. A karokon a folyamat megszűnt, a kézháton lényegesen javult. Idem. Július 2. Helyenkint új papulák. Idem. Július 7. Recidiva; zink-kenőcsöt alkalmazunk. Július 11. Javult; ismét ungu. cadini. Július 16. Gyógyult.

2. B. J., 43 éves lakatos. Másfél éve beteg. Az arcon, a füleken, az ujjak és kezek háti felszínén kisebb-nagyobb viszkető, papulák, vesiculosus telepek. Diagnosis: *Eczema papulo-vesiculosum chron.* Therapia: Július 4. Ungu. cadini (10%). Július 9. A viszketés elmaradt. Idem zinkkel. Július 16. Ugyanaz salicyllal. Augusztus 25. Rosszabbodás; Lassar-pasta. Szeptember 1. Ungu. cadini zinkkel; javult. Szeptember 10. Gyógyult.

3. V. Lászlóné, 40 éves. Betegsége két hónap óta áll fenn. A czombokon tenyérnyi terjedelemben pikkelyező, vörös, viszkető plaqueok. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum.* Therapia: Május 15. 10%-os ungu. cadini zinkkel. Május 19. A viszketés a kenőcs alkalmazása után rögtön megszűnik, de később ismét előáll. Idem. Május 26. A viszketés végleg megszűnt, az eczema visszafejlődött.

4. K. Gyula, 34 éves fékező. A jobb kézen a hüvelyk és mutatóujj között s az ujjakon, valamint a bal kéz ujjain rhagadással viszkető, pikkelyező telepek. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum.* Therapia: Május 14. 10%-os ungu. cadini zinkkel. Május 19. A viszketés megszűnt. Idem. Május 21. A folyamat megszűnt. Június 20. Recidiva; idem. Június 26. Idem + ac. salicyl. Július 1. Gyógyult.

5. S. Istvánné, 24 éves. 3 hét óta beteg. Az alkarokon viszkető, kis papulák, az ujjak közt pikkelyező telepek. Diagnosis: *Eczema papulosum et squamosum subac.* Therapia: Augusztus 27. Ungu. cadini zinkkel. Szeptember 1. Idem. Szeptember 5. Gyógyult.

6. H. Y., 43 éves éjjeli őr. Diagnosis: *Eczema chron. axillae.* Therapia: Ungu. cadinum. Javult.

7. B. János, 33 éves napidíjas. A kézháton, az ujjakon, de különösen a tenyéren a felhám lemezekben válik le. Diagnosis: *Eczema chron. squam.* Therapia: Május 14. Ungu. cadini zinkkel. Május 19. Idem. Május 26. Gyógyult.

8. M. Sándorné, 36 éves. D'agnosis: *Eczema chron. mammae.* Therapia: Ungu. cadini. Gyógyult.

9. T. A. 42 éves munkás. A jobb alkaron tenyérnyi és valamivel kisebb telep, a köldök fölött szintén plaque. Diagnosis: *Eczema chron. en plaques.* Therapia: Ungu. cadini. Javult.

10. B. Margit, 13 éves. Diagn.: *Eczema chron. squamosum.* Therapia: Április 2. Ungu. cadini kénnel. Április 18. Idem. Javult.

11. Gy. Jánosné, 56 éves. Varices. A bal boka alatt viszkető plaque. Diagnosis: *Eczema chron. circumscriptum.* Therapia: Június 9. Ungu. cadini. Június 20. A viszketés megszűnt. Idem. Július 9. Idem. Július 14. Stagnál; továbbra is ungu. cadini. Július 23. Ungu. zinci oxyd.-ra térünk át. Augusztus 4. Gyógyult.

12. G. N., 24 éves. 3 hét óta a végbél körül tenyérnyi terjedelemben nedvező, viszkető, piros, infiltrált plaqueok. Diagnosis: *Eczema circa anum.* Therapia: Augusztus 13. Ungu. cadini zinkkel. Augusztus 22. A zink mennyiségét növeljük. Augusztus 27. Idem. Javult, majd 3 hét múlva gyógyult.

13. F. F. 38 éves felvigyázó. 1/2 év óta mindkét kéz medialis felszínén viszkető, helyenkint nedvező, pörkkel borított, infiltrált, pikkelyező telepek. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum crustosum.* Therapia: ungu. cadini zinkkel. Október 1. Ungu. cadini zinkkel. Október 6. A viszketés csaknem megszűnt; ugyanaz kénnel. Jelenleg is kezeljük.

14. H. K. 32 éves. Mindkét czomb belfelületén infiltrált, pikkelyező tenyérnyi góczok. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum.* Therapia: ungu. cadini. Az eczema visszafejlődött.

15. C. M.-né, 31 éves. A nyakon tenyérnyi, a natesen két tenyérnyi, az emlők közt kicsiny, piros, kevésbé infiltrált, viszkető, pikkelyező góczok. Diagnosis: *Eczema chron. squamos. rubrum.* Therapia: Július 23. Ungu. cadini. Augusztus 1. Idem. Augusztus 13. Ungu. cadini salicyllal. Javult.

16. G. M. 58 éves. 15 hónapja beteg. A bal lábszáron két tenyérnyi, viszkető, pikkelyező plaque. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum.* Therapia: Október 10. Ungu. cadini salicyllal. Kezelés alatt áll. Javult.

17. K. B. 35 éves. Állítólag 6 hete beteg. A bal czomb belfelületén tenyérnyi, a crena ani táján pedig kicsiny, piros, pikkelyező, viszkető gócz. Diagnosis: *Eczema chron. rubro-squamosum.* Therapia: Október 29. Ungu. cadini zinkkel. Október 31. A viszketés megszűnt, az eczema erősen visszafejlődött. November 3. A czombon az eczema teljesen megszűnt, a végbélnyílás körül csak kevésbé infiltrált, pikkelyező plaqueok.

18. H. T. 9 hónapos. A fejbőrön impetiginosus, a jobb karon nedvező, a lábakon squamosus eczema. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum, impetiginosum, madidans.* Julius 29. Ungu. cadini zinkkel. Augusztus 6. Erősen javult.

19. Sz. B. 26 éves, géplakatos. Mindkét kézen, valamint a nyakon papulosus, az arcon squamosus telepek. Diagnosis: *Eczema papulosum et squamosum.* Therapia: ungu. cadini. Javult.

20. B. L. 65 éves. A folyamat a bal kar középső harmadát foglalja el tenyérnyi terjedelemben. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum circumscriptum.* Therapia: Május 30. Ungu. cadini. Június 9. Ugyanaz salicyllal. Június 2. Javult. 3 hét múlva meggyógyult.

* A hol külön nem említjük meg a kátrány mennyiségét, azokban az esetekben mindig a 10%-os ungu. cadinumról van szó.

21. K. J., 31 éves. Két éve beteg. A perineumon, valamint a végbél körül a bőr infiltrált, nedvező, viszket. Diagnosis: *Eczema chron. consec. post pruritus perinei et circa anum.* Therapia: Június 6. Ungu. cadini zinkkel. Június 20. A viszketés még mindig erős. Idem + acid. salicyl. Június 27. A viszketés csökkent, az eczema javult.

22. H. J.-né, 53 éves. 10 év óta beteg. Betegsége időközönként elmúlik, újra jelentkezik. Jelenleg a jobb alkaron tallérnyi nagy, piros, nedvező, élesen határolt, a bőr niveauján felülemelkedő plaque. A crena ani körül pikkelyező, viszkető, kevésbé infiltrált telep. Diagnosis: *Eczema chron. antebrachii. Eczema chron. squamosum circa anum.* Therapia: Június 18. Ungu. cadini. Június 25. A végbél körül az eczema megszűnt. A kar teljesen száraz, a plaque peripheriája a gyógyulásra kevés hajlamot mutat, de a centrum meggyógyult.

23. B. F. 47 éves. A bal lábszáron két, a jobb lábszáron egy tenyérnyi, kissé infiltrált, kevésbé pikkelyező telep. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum.* Therapia: ungu. cadini. Javult.

24. U. M., 35 éves állomáselőjáró. Az arcon, a karokon, a czombokon s mindkét kézháton kevésbé viszkető, pikkelyes telepek. Diagnosis: *Eczema seborrhoicum.* Therapia: Május 23. Ungu. cadini salicyllal. Május 30. Javult. Idem. Június 6. Viszketés alig van; idem. Június 16. Rosszabbodás. Az arczbőr kissé duzzadt, piros, hámló. Eleinte az ungu. cadini kedvezően befolyásolta a folyamatot, később izgató hatást fejtett ki. Lobcsillapító kenőcsöt alkalmazunk. Június 20. Gyógyult.

25. F. D. 36 éves. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum rubrum circa anum.* Április 18. Ungu. cadini. Május 28. Idem. Javult. 2 hét múlva meggyógyult.

26. B. Gy. 34 éves. A lábszárakon kisebb-nagyobb viszkető, pikkelyező telepek. Diagnosis: *Eczema chron. squamosum.* Therapia: ungu. cadini. Javult.

27. T. A. mozdonyvezető 2 éves leánya. Az orrszárnnyakon, az állon piros, helyenként nedvező, viszkető foltok. Diagnosis: *Eczema rubrum faciei.* Therapia: Június 6. Ungu. cadini. Június 16. A pír teljesen megszűnt.

28. R. J., 55 éves munkás. Néhány nap óta beteg. A bántalom a hajzatos fejbőrön székel. Diagnosis: *Eczema madidans.* Therapia: Október 8. Burow-kenőcs. Október 13. Cold-cream és resorcin-alkoholos borogatás. Erősen javult. Október 15. 2%-os ungu. cadini zinkkel. Október 24. A kóros folyamat csaknem teljesen megszűnt. A zink mennyiségét növeljük. Október 28. Meggyógyult.

29. J. S.-né, 21 éves. A kéz- és lábujjak közt fehér, fénylő, viszkető, részben nedvező plaqueok, piros, diptheroid lepedékek borítva. Diagnosis: *Eczema madidans interdigitale (lues?)*. Therapia: Július 16. Ungu. cadini. Július 20. Rosszabbodás. A kátrányt elhagyjuk.

30. K. I. 45 éves hivatalnok. Két nap óta beteg. A folyamat mindkét kéz 3. és 4. ujjának háti felszínén viszkető, erősen égető érzést okoz. Diagnosis: *Dermatitis acuta.* Therapia: Június 18. Ungu. cadini (5%). Június 20. Nagy lob a kenőcs nyomán; a kenőcsöt elhagyjuk.

31. T. L. 6 éves. Egyéves kora óta beteg. A lábszárakon, a karokon erősen pikkelyező, viszkető, összefolyt telepek. Diagnosis: *Prurigo. Eczema chron. consecutivum.* Therapia: Április 11. Ungu. cadini. Április 26. Idem. Május 20. Idem. Július 29. Idem salicyllal. Javult. A betegség azután szünetel, majd újra jelentkezik. Így többször kezeljük. 2-3 heti szünet után az eczema exacerbal és jelenleg is kezelésben van.

32. B. Erzs, 6 hónapos. A betegség az egész köztakarón látható. Diagnosis: *Prurigo. Eczema consecutivum.* Therapia: Június 2. Ungu. cadini zinkkel. Június 25. Csekély javulás. Idem. Július 11. Az arcot kivéve, a tünetek visszafejlődtek.

33. T. Ilona, 3 éves. A kór székhelye az egész köztakaró. Diagnosis: *Prurigo. Pyodermia; eczema consecutivum.* Therapia: Április 28. Ungu. cadini. Május 2. A bántalom erősen visszafejlődik. Idem. Május 7. Az eczema visszafejlődött. Később újabb eruptio.

34. L. B. 35 éves. Két éve beteg. Mindkét lábszáron pikkelyező telepek. Diagnosis: *Psoriasis vulgaris.* Therapia: Június 20. Ungu. cadini. Július 2. Semmi hatás.

35. S. J.-né, 36 éves. Két nap óta beteg. A bántalom székhelye mindkét alkar és lábszár hajlító felülete. Diagnosis: *Dermatitis arterialis.* Therapia: Június 13. Ungu. cadini (5%). Június 16. Javult. Idem. Június 18. A gyuladás megszűnt.

36. B. Károly, 5 hónapos. 3 hete beteg. A nyak bőre kevésbé hámló, piros, viszket. Diagnosis: *Dermatitis.* Therapia: ungu. cadini (5%). Gyógyult.

37. K. S. 41 éves. Diagnosis: *Pruritus scroti.* Therapia: Június 30. Ungu. cadini. Július 4. Idem + ac. salicyl. Július 29. A zsirt rosszul tűri. Ichthyol zinkkel rázókeverékben. Augusztus 18. A viszketés megszűnt. 8 nap múlva ismét rosszabbodik; újra kezeljük.

38. V. J. 28 éves. Diagnosis: *Pruritus scroti.* Therapia: Június 30. Ungu. cadini. Július 18. Alig javult, ezért más szerekre térünk át.

39. Özv. E. F.-né, 47 éves. A kezek tenyéri felszínén, az ujjakon hólyagocskák, csoportos elrendeződésben. Diagnosis: *Dyshydrosis.* Therapia: Augusztus 13. Ungu. cadini. Augusztus 18. Idem. Javult, majd néhány nap múlva meggyógyult.

40. T. J. 40 éves. 4 hónapja beteg. A jobb kéz ujjain kisebb-nagyobb, részben excoriált hólyagocskák. Genyedés a 4. s a mutató ujjon, a körömpércz közelében. A bal kéz 2., 3., 4. ujjának szélén apró, mélyen ülő hólyagocskák. Diagnosis: *Dyshydrosis.* Therapia: Július 11. A bal kézre ungu. cadini, a jobb kézre borogatás Burow-oldattal. Június 13. A hólyagok beszáradtak, a lob, a genyedés csökkent. Ungu. cadini a jobb kézre is. Június 16. A lob nem fokozódott, de újabb vesiculák fejlődtek. Burow, ichthyol-kenőcs. Június 27. Gyógyult.

Áttekintés.

Az „unguentum cadinum“-ot az eczema különböző formáiban alkalmaztuk 27 esetben. Ezenkívül pruritus 3, prurigo és consecutiv eczema 3, acut dermatitis 3, dyshydrosis 2, psoriasis 1 esetében alkalmaztuk e kenőcsöt.

Ezek közül 8 napon belül gyógyult 5 eczema chron., 1 dyshydrosis, 2 dermatitis. 12 napon belül gyógyult 3, 35 napon belül gyógyult 2, 60 napon belül gyógyult 2 eczema chron. tisztán ungu. cadini-kezelés mellett.

Kombinált kezelés mellett pedig gyógyult: 16 napon belül 1 eczema chron., 1 dyshydrosis; 21 napon belül gyógyult 1 eczema chron.; 28 napon belül gyógyult 1 eczema chron.; 60 napon belül gyógyult 2 eczema chron.

Dermatitis egy esetében az 5%-os ungu. cadinum határozott rosszabbodást, 2 esetben azonban gyors gyógyulást idézett elő. Mindazonáltal az ilyen *artificialis bőrlobok az acut stadiumban* teljesen kizárandók az e kenőccsel való kezelésből. Pruritus, psoriasis eseteiben szintén nem tudtuk e kenőccsel különösebb eredményt elérni. Az eczema subacut és idősült stadiumában azonban az unguentum cadinum néha valóban frappáns eredménnyel járt. Majdnem egy csapásra megszüntette a kintző viszketést. A gyógyulás tartamát lényegesen megrövidítette. Így 17 eset közül 1—3 héten belül 10 eset gyógyult, 4 hét alatt meggyógyult 3 beteg, 4 héten túl 4 beteg. Csak kivételesen láttunk eczemas eseteinkben az ungu. cadinum után oly rosszabbodást, hogy e kezelést abba kellett hagynunk.

Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz József-tudományegyetem belgyógyászati klinikája laboratóriumából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. rendes tanár.)

Anyagforgalmi vizsgálatok benzollal kezelt idősült leukaemiás myelosis egy esetében.

Irta: *Döri Béla* dr., klinikai gyakornok.
(Vége.)

Elemelve kísérleti adatainkat, a nitrogen-anyagforgalom vizsgálatakor (II. táblázat) rögtön szembeötlő a mérleg állandó negatív volta. Az első és utóperiodusban, a második periodus egyes heteiben állandó kosztion élven a beteg, kis ingadozásokat nem tekintve, meglehetősen állandó a bevitt N, legnagyobb a II. E- és F-periodusokban, átlagosan 18·174 gr. naponként, a mikor geloduratcapsulákban adjuk a benzolt s a gyomor-bélrendszer a legnagyobb könnyűséggel fogadja be az előírt étrendet, legkevesebb a II. B-periodusban, 16·964 gr. napi átlaggal, mert ezen a héten a capsula gelatinosában adagolt benzolt nem jól tűri (I. a kórtörténetet) s így a táplálékfelvétel hiányos, igen kevés különösen ennek a periodusrészletnek 6. napján 12·63 gr. Másnap azután rátérünk a geloduratcapsulákban adagolt benzolra.

A milyen állandó a bevétel, olyan nagy ingadozásokat tüntet fel a N-kivétel, úgy összegében, mint egyes részleteiben, a vizelet és bélsár útján kiürített N-ben.

Az I. előperiodusban a vizelet N-jének napi átlaga jóval kisebb, mint a bevétel napi átlaga; eredménye talán nitrogen-depot vagy nitrogeneqyensúly lenne, ha a betegen igen erős, bő transsudatumú hasmenések nem jelentkeznének, a minék következtében, 6·028 gr. napi átlagot véve, 24·115 gr. nitrogent veszít bélrendszerén keresztül, körülbelül 6-szorosát a bélsárral kiürített rendes N-értéknek. Az I. előperiodus eredménye, hogy az összes kivétel 16·03 gr.-mal mulja felül a bevittet. A testsúly 3·2 kgr.-ot hanyatlott, de a háton, a láb-száron levő oedema majdnem teljesen eltűnt, a felhalmozott savós folyadék nagy része a hasmenések következtében a bélen át távozott. A bejövételkor meglévő vizenyő eltűnése nem kis részben hozzájárult úgy az első, mint a következő periodus I. részletében bekövetkező nagy testsúlyvesztéshez, a nagy részben a bélen át, transsudatum alakjában történő távozás pedig nem kis mértékben szaporította a bélsár útján kiürülő N-t.

A II. főperiodus (egyes részleteit betűkkel jelöljük könnyebbég okául) A-részletében a diuresis növekedése, az oedema teljes eltűnése, az I. periodusénál is erősebb mértékben jelentkező hasmenések (kénytelenek vagyunk az opium + bismuthum carbonicumot 4-szer naponta adni), a benzolnak a hét vége felé jelentkező leukotoxinos hatása okozzák, hogy a vizelet útján való N-kiválasztás növekedik; ez maga több, mint a N-bevitel, míg a bélsárral kivitt N napi átlagszintén több, mint az I. periodusban. Az összkivétel 3·71 gr.-mal mulja felül az előperiodus átlagos kivételét, a deficit 56·387 gr., napi átlagban kétszerese az előperiodusénak. A testsúly 4·5 kilót jogyott, e hét 5. napján acetone volt kimutatható a vizeletben.

A II. B-héten a bevitt N egy részét a beteg lehet, hogy deponálja, s mivel a benzol e héten nem fejt ki elég erőlyes hatást, a vizelet útján kiürített N apad, csökkennek a hasmenések, tehát kisebb a székkal kiürített N is. Végeredményben az összkivétel a II. A-perioduséhoz képest igen erős csökkenést mutat, a különbség 4·284 gr. napi átlagban a B-periodusrész javára. Az e heti deficit daczára, a mely még mindig eléggé jelentékeny (31·417 gr.), betegünk testsúlya növekedett 2·6 kilót, a vizeletből az acetone újból eltűnt, a hőemelkedés kisebb remissiókat mutat, 37·3—37·5 C°-ig emelkedik esténként az előző időszakok magasabb hőmenetéhez viszonyítva.

A C-periodusrész annyiban mutat eltérést, hogy miután e héten a benzol a fehér vérésejteknek újabb csökkenését idézi elő, valamint a máj és lép kimutathatólag megkisebbedik, a vizelet útján eltávozó N nagyobb szaporodását találjuk. A hasmenés az előbbi héthez viszonyítva keveset javult ugyan, de még mindig 2—3-szor jelentkezik naponta, hőmenete magasabb, úgy hogy betegünk 23·595 gr. átlagos napi összkivétel mellett, a mely tetemesebb, mint az előző B-részleté, még mindig alatta van az A-részletének több mint 2 gr.-mal, 38·223 gr. nitrogent veszít. Étvágának e heti erős megnövekedése következtében — a benzol nem okoz semmi kellemetlenséget — 1·0 kiló az e heti testsúlygyarapodás.

A D-periodusrészről kezdve betegünk N-anyagforgalma aránylag mind erősebb javulást mutat. E héten a vizelet útján kiürülő N ismét alacsonyabb, mint a bevétel 0·757 gr. napi átlaggal és csak a hasmenések kisebb mérvű fennállta okozza, hogy betegünk e hetét szinte deficitellel (24·772 gr., napi átlagban 3·539 gr.) kénytelen szárni. Az össznitrogenkivétel napi átlagban lényeges csökkenést mutat az előző periodusrészlethez viszonyítva s kisebb, mint az előperiodusé. E hét vége felé betegünk hőmérséke csaknem normalis járású. Testsúlya keveset fogyott.

Az E-periodusrész deficitellel záródik ugyan, de lényegesen kisebbel, mint az előzők bármelyike s a deficit egy része esik csak a szék útján kiürített N-többletre, mert e hét vége felé hasmenésai megszűnnek, hanem a máj és lép folytatólagos megkisebbedése, valamint a hét elején a fehér vérésejteknek gyorsan bekövetkező számbeli megfogyása okozzák, hogy már a vizelet útján kiürített N felülmulja a bevitt N-t 1·14 gr.-mal. A székkal eltávozó N azonban lényeges csökkenést mutat, úgy hogy az össznitrogen-kivétel szintén csökkent, hogy végül az utolsó F-periodus részben legalacsonyabb értékét érje el s mindössze napi 2·223 gr.-mal mulja felül az átlagos bevittet. Az e heti bélsárral kiürített N napi 1·734 gr. értéke a rendes bélsárral kiürülő értékeket megközelíti, míg a vizelettel eltávozó N majdnem 3·5 gr.-mal mulja felül a bevitt N-t, a fehérvérésejtszám 420.000-ról 339.000-re esett. A hét utolsó napján betegünk kijelenti, hogy a benzol nem szedi tovább. Az F-részben hőmérséklete magasabban jár, a testsúly azonban kisebb emelkedést tüntet fel az előző héthez viszonyítva.

Végeredményképpen a II. periodus alatt vesztett N 186·845 gr.-ot tesz, 4·456 gr. napi átlaggal, a mely azonban nagyon egyenlőtlenül oszlik el az egyes részletek között. Az I. periodusban betegünk N-vesztése kisebb, mint a bélsár útján kiürült N. Az egyes periodusrészleteket megfigyelve, azt látjuk, hogy a II. periodus vége felé a veszteség lassanként felülmulja a bélsár útján eltávozó N-t, jelölül annak, hogy

II. táblázat.
N-anyagforgalma.

	A periódus tartama	Bevitel		Kivitel						Egyensúlyi érték		Testsúly kg.-okban
		összesen	napi átlag	vizelettel		bélzárral		összesen		összesen	napi átlag	
				összesen	napi átlag	összesen	napi átlag	összesen	napi átlag			
I. periódus jan. 15.-étől jan. 18.-áig	4	71·676	17·919	63·591	15·897	24·115	6·028	87·706	21·926	16·030	4·007	Bejövőkör 62·1 jan. 18.-án 58·9
II.A-periódus jan. 19.-étől jan. 25.-éig	7	123·070	17·582	127·461	18·208	51·996	7·428	179·457	25·636	56·387	8·055	Jan. 25. én 54·4
II.B-periódus jan. 26.-ától febr. 1.-éig	7	118·747	16·964	111·888	15·841	38·276	5·468	150·164	21·452	31·417	4·448	Febr. 1.-én 57
II.C-periódus febr. 2.-ától febr. 8.-áig	7	126·944	18·135	129·306	18·472	35·831	5·123	165·167	23·595	38·223	5·460	Febr. 8.-án 58
II.D-periódus febr. 9.-étől febr. 15.-éig	7	126·696	18·099	121·392	17·342	30·076	4·297	151·468	21·638	24·772	3·559	Febr. 15.-én 57·3
II.E-periódus febr. 16.-ától febr. 22.-éig	7	127·218	18·174	128·358	18·337	19·346	2·763	147·704	21·100	20·486	2·926	Febr. 22.-én 57
II.F-periódus febr. 23.-ától márcz. 1.-éig	7	127·218	18·174	130·640	18·663	12·138	1·734	142·778	20·397	15·560	2·223	Márcz. 1.-én 57·9
Egész II. periódus jan. 19.-étől márcz. 1.-éig	42	749·893	17·854	749·045	17·834	187·693	4·468	936·738	22·779	186·845	4·448	Jan. 19.-étől márcz. 1.-éig összesen 168 gr. benzolt kap
III. periódus márcz. 2.-ától márcz. 5.-éig	4	71·128	17·782	81·585	20·396	7·367	1·842	88·952	22·238	17·824	4·456	Márcz. 5.-én 57·2
Összesen	50	892·697	17·854	894·221	17·884	219·175	4·383	1113·396	22·268	220·699	4·414	

míg a megfigyelés elején főként a bélsárral kiürülő N az oka a deficitnek, annak vége felé egy olyan oknak kell közrejátszania, amely előidézi, hogy a N-deficit egy lényeges részét a vizelet útján a tünetek javulása dacára nagyobb mennyiségben kiürülő nitrogennemű testek okozzák. Ezt az okot részünkről a benzolhatásnak tulajdonítjuk. Bizonyítja az utóperiódus is, a mikor a vizelettel eltávozó N 10·457 gr.-mal több, mint a bevitel, az összvészteség meg mindössze 17·824 gr. Az utóperiódus alatt a beteg lázas, széke 1—2-szer van naponta, hígabb, testsúlya fogy, úgy hogy ezek közreműködő szerepét sem lehet elvitatni.

Betegünk tehát N-anyagforgalmában 4·9 kgr. testsúlyvesztés mellett 220·699 gr. nitrogent veszít, a mi megfelel 1 kg. 379 gr. fehérjevesztésnek. Ez érthető és elképzelhető is, ha a kezelés elején a hasmenésekkel, a transzudátumokkal, erős testsúlycsökkenéssel, kisebbfokú lép- és májmegkisebbedéssel kapcsolatos fehérjevesztést számításba vesszük. Normalis viszonyok között a bélsárral kiürített N napi 1 gr.-nak véve, ez a megfigyelés időtartama alatt 50 gr.-nak felelne meg, tehát a bélsár útján kiürülő rendellenes 169·175 gr.-nyi N tekintetbe vételével a vizelettel kiürített N-többlet 51·524 gr.-ot tenne ki, a mi majdnem kizárólag az anyagforgalmi vizsgálat második felére esik, tehát arra az időre, a mikor a benzol erősebben fejti ki hatását betegünk állapotára.

Mindezeket összefoglalva, nem lehet elhallgatnunk azon körülményt, hogy esetünk az időszült leukaemiás myelosisok azon csoportjába tartozik, a melyben a szervezet decompositiója több-kevesebb mértékben állandóan észlelhető. Ha mi időszült leukaemiás betegen az átmeneti N egyensúlyi állapotát 50 napon belül rendezni nem tudjuk, akkor jönnék van a fenti megbetegedés oly súlyos alakját fölvennünk, mely a legkülönbözőbb therapiás eljárásokkal szemben többé-kevésbé daczolni fog. Ebből pedig az következik, hogy az átmeneti

N-forgalom megítélésére esetünk nem a legkedvezőbb, annál kevésbé kedvező annak a kérdésnek végleges eldöntésére, hogy a benzol az alkalmazott gyógyadagban parenchymás mérge-e vagy sem. Hogy esetünkben az adatainkból kiolvasott eredmény értékesítése mennyiben jogosult, azt munkálatunk második részében a következőkkel bizonyíthatjuk.

A kreatinin és kreatin kiválasztására vonatkozólag megfigyeléseink a következők. (III. táblázat.) Betegünkön a benzol adagolása előtt a kreatinin-kiválasztás elég állandó értéket mutat, átlag 1·169 gr.-ot naponta. Kreatin van betegünk vizeletében, szintén meglehetősen tekintélyes, 0·627 gr. (kreatin-értékben kifejezve). Oly érték ez, a melyet a táplálékkal bejuttatott kreatin kiválasztására nem vezethetünk vissza. Ennek

III. táblázat.

A kreatinin és kreatin anyagforgalma.

	A periódus időtartama	Kreatinin-kiválasztás		Kreatin-kiválasztás		Kreatin-kreatinin-index	1 kg. testsúlyra eső kreatinin-kiválasztás grammokban
		összes	átlag	összes	átlag		
I. periódus	4	4·677	1·169	2·507	0·627	0·54	0·019
II. A-	7	8·194	1·171	6·772	0·967	0·82	0·021
II. B-	7	9·076	1·297	4·742	0·677	0·52	0·023
II. C-	7	10·118	1·445	5·044	0·720	0·49	0·024
II. D-	7	8·795	1·256	5·896	0·842	0·67	0·025
II. E-	7	9·370	1·339	8·537	1·219	0·91	0·023
II. F-	7	9·132	1·304	6·283	0·897	0·68	0·023
Egész II. periódus	42	54·685	1·302	37·274	0·887	0·68	0·023
III. periódus	4	5·806	1·451	4·185	1·046	0·72	0·025
Összesen	50	65·168	1·303	43·966	0·879	0·67	0·023

eredése a táplálkozástól függetlenül a szervezetben lefolyó kóros anyagforgalomban keresendő. A két test kiválasztási viszonya már az előperiodusban meglehetősen magas indexet ad, 0.54-et, az 1 kgr. testsúlyra eső úgynevezett abszolút kreatinin-kiválasztás azonban némileg alatta marad az átlagnak, ha azt *Wakulenko* legújabb vizsgálatai alapján férfiakon 0.021 gr.-nak fogadjuk el (*Forschbach, Vas*). A két anyag útján kiürített N 3.96%-át teszi ki a vizelettel kiválasztott összes N-nek (IV. táblázat), a kreatin útján kiürített jóval kisebb %-ot ad, mint a kreatininrel kiválasztott. A viszony már az előperiodus vége felé megváltozik a kreatin rovására, úgy hogy a benzoladagolás első hetében a kreatin erősen nő. A szervezet anhydrizáló képessége mindenestre csökkent.

IV. táblázat.

A kreatinin-N, kreatin-N és vizelet-N viszonya.

Periodus	Kreatinin-N	Kreatin-N	Kreatinin-N
	vizelet-N %	vizelet-N %	kreatin-N vizelet-N %
I. periodus	2.72	1.24	3.96
II. A-	2.34	1.72	4.06
II. B-	2.98	1.34	4.32
II. C-	2.89	1.25	4.14
II. D-	2.71	1.53	4.24
II. E-	2.69	2.13	4.82
II. F-	2.59	1.55	4.14
Egész II. periodus	2.70	1.58	4.28
III. periodus	2.65	1.63	4.28
Összesen	2.69	1.55	4.24

A kreatinin napi átlaga nem növekedik (1.171), az 1 kgr. testsúlyra eső kiválasztás már csekély emelkedést tüntet föl, a vizelet N-jéhez való percentualis viszonya azonban csökkenést mutat, jelölve annak, hogy a kreatinin-kiválasztás még nem halad parallel a N-kiválasztással, hanem mint az alábbiakból valószínűleg mondhatjuk, egy része a kreatin mennyiségét gyarapítja. A köztük fennálló index ugyanis nagyobb, míg a vizelet N-jéhez való együttes viszonyuk alig szenved változást, a mely adatok a mellett szólnának, hogy a kreatin növekedése a kreatinin rovására történnék. Ezzel a következtetéssel azonban még nincs szándékunk állást foglalni abban a kérdésben, hogy vajon azonos forrásból származnak-e?

A 2. héttől kezdve úgy a kreatinin, mint a kreatin kiválasztásának napi átlaga, kis ingadozásoktól eltekintve, emelkedést mutat. Az emelkedés azt a sajátosságát tünteti föl, hogy a kreatin növekedése nagyobb arányokban történik, mint a kreatininé, úgy hogy az indexnek természetesen szintén emelkednie kell (kivéve ez alól a C-periodus).

Az A-, B- és C-periodusrészben ez a sajátosság még nem egészen kifejezett, a D-periodusrészben azonban, dacára a láztalan állapotnak, a subjectív jó közérzetnek, a testsúly meglehetősen állandó voltának, erősebben jut érvényre és mivel a kreatinin- és kreatin-N-nek a vizelet-N-hez viszonyított együttes %-aránya szintén növekedik, ennek oka csak a kétféle vegyület anyagcseréjében beálló változás lehet. A változást előidézhetheti a benzol.

A kreatinin parallel növekedést mutat az emelkedő vizelet-N-nel. Ez utóbbiról említettük, hogy minden valószínűség szerint kapcsolatos a keringő és sessilis fehér vérszettek és egyébfejta sejtek pusztulásával. Nem hypothesis az a következtetésünk, hogy a kreatin-kiválasztási többlet ugyanezen anyagok pusztulásával kapcsolatos. Már pedig benzol kitartó adagolása mellett a fehér vérszettek egyenletes pusztulását, ha egyéb leukotoxinos hatást kizárhatunk, más anyagra, mint a par excellence leukotoxinos benzolra vissza nem vezethetjük. A szervezet leukaemiás tünetei javulván, a feldolgozásra kerülő anyagot mind ki tudja választani betegünk

szervezete, innen a $\frac{\text{kreatinin-N}}{\text{vizelet-N}}\%$ állandó volta, a mely a II. D-periodusban 2.71%, az E-ben 2.69, az F-ben 2.59, míg az utóperiodusban 2.65%-ot ér el. A napi átlag erősebb növekedése hozza magával, hogy az 1 kgr. testsúlyra eső kiválasztott kreatinin szintén emelkedést tüntet fel, a III. periodusban 6 mgr.-mal tesz ki többet, mint a megfigyelésünk kezdetén. Ez különben teljesen megfelel annak a hatásnak, a mit *Vas* röntgenezés után figyelt meg a leukaemiás betegek kreatinin-anyagcseréjében, úgy hogy anyagcserevizsgálatunk is mutatja, hogy a benzol a Röntgenhez és a thorium x-hez hasonló módon fejti ki therapiás hatását leukaemiásokon.

Hogy azonban a benzol nem teljesen ártalmatlan szer, bizonyítja a kreatin napi átlagának a vizelet össznitrogénjéhez való percentualis viszonyának az emelkedése és a kreatin ilyen rohamos növekedése okozza a két anyag együttes %-os viszonyának növekedését is. Ha a benzol teljesen ártalmatlan szer volna a szervezet sejteire, akkor talán nem találnók a kreatin-anyagcserében azokat az erős változásokat, a melyeket a D-periodustól kezdve, a mikor a benzolhatás intenzívebben jelentkezik (az első 3 héten 68 gr.-ot szedett be a beteg), megnyilvánul. A szervezet sejtjei, így tehát a májsejtek is, kell hogy érezzék a benzol hatását és valóban a kreatin átlagos napi mennyisége például az E-részletben majdnem kétszerese az előperiodus kreatin-értékének. Hogy pedig nem múló hatásról van szó, erre döntő bizonyítékot szolgáltat az utóperiodus 4. napjának anyagforgalmi vizsgálata. Körülbelül normalis bélsár-N-kiürítés mellett igen erős a növekedése a vizelettel kiadott N-nek, tehát igen erős deficit észlelhető; a N-nel parallel növekedése a kreatininnek az I. periodushoz képest majdnem 0.3 gr. napi átlaggal (0.282) látható, tehát a beteg szervezete meg bír felelni a megnövekedett kreatinin-kiválasztásnak, mégis a kreatinnak aránytalanul igen erős emelkedését 0.419 gr. láthatjuk az előperiodussal szemben.

Végkövetkeztetés gyanánt kimondhatjuk, hogy a kreatin-kiválasztás viszonyaiban, a mely kiválasztás egyik lényeges szerepét a máj végzi, eléggé kifejezett káros irányú eltolódás állott be. Minthogy pedig a kreatin megjelenése, mint hangsúlyoztuk, szoros kapcsolatban van az endogen fehérjeérettel, mondhatjuk, hogy a benzol hatását nemcsak jó irányban fejti ki a beteg leukaemiás tüneteinek megjavításával, hanem rossz irányban is, a mennyiben az endogen fehérjeforgalmat káros módon befolyásolja. Ez a bántalmazás azonban nem túlságosan nagymérvű és hozzá olyan betegten találtuk, a ki meglehetősen súlyos állapotban került kezelés alá. Nem várható tehát ilyen erős káros hatás kevésbé előrehaladt stadiumú betegekben, a kik, a mint újabban hangsúlyozzák, sokkal alkalmassabbak úgy a Röntgen-, mint a benzolkezelésre, mint a betegség előrehaladt stadiumában levő leukaemiások.

Vizsgálatainknak és klinikai megfigyeléseinknek egybevetéséből ismételt hangsúlyozhatjuk, hogy a benzol nézetünk szerint alkalmas a leukaemiások kezelésére, mert valóban javító hatást fejti ki a symptomák befolyásolásával, a betegségben tehát kisebb vagy nagyobb remissiókat tud előidézni, ha magát a betegséget meggyógyítani nem is tudja; másrésztől azonban ugyancsak anyagforgalmi vizsgálataink alapján állíthatjuk, hogy a benzol mai adagolásában nem az a szer, a melyet a gyakorló orvos minden óvatosság mellőzésével használhat, hanem alkalmazása csak a beteg pontos megfigyelése mellett, kellő kontrollal vihető keresztül.

Külön ismételjük azonban félreértések elkerülése céljából, hogy a rendes körülmények között a szervezetbe bejutott gyógyító mennyisége a benzolnak (168 gr.) csak egy időszili leukaemiás myelosis esetében mutatott némi káros viselkedést az endogen fehérjeéletben, mely körülmény az általánosítás szempontjából kell, hogy óvatosságra intsen bennünket.

Irodalom: *Selling*: Zieglers Beiträge, 1911, 51. kötet. — *Királyfi S.*: Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 29. sz. — *Királyfi*: Wiener klinische Wochenschrift, 1912, 35. sz. — *Neumann*: Therapie der Gegenwart, 1913, 2. füzet. — *Pappenheim*: Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 2. füzet.

schrift, 1913, 2. szám. — *Korányi S.*: Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 4. sz. — *Tedesco*: Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 4. sz. — *Korányi S.*: Budapesti Orvosi Ujság, 1913, 9. szám. — *Folin*: Zeitschrift für physiol. Chemie, 1904. — *Sohn*: Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 15. szám. — *Forschbach*: Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, 1908, 58. köt. — *Vas Bernát*: Magyar Orvosi Archivum, 1912, 1. szám. — *C. J. C. Hoogenhuyze és H. Verploegh*: Zeitschrift für physiol. Chemie, 1905, 46. kötet. — *Wakutenko*: Archiv f. Gynäkologie, 1911, 91. kötet. — *Autenrieh és Königsberger*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1910, 57. sz. — *F. G. Benedict és V. C. Myers*: Amer. Journ. of. Physiol. 1907, 18. sz. (referálva *Neuberg*: Der Harn und die übrigen Ausscheidungen, 1911, 1. köt.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A belgyógyászati diagnostika és vizsgáló módszerek kézikönyve orvostanhallgatók és gyakorló orvosok számára. Írta *báró Kétly László dr.* egyetemi ny. rk. tanár. Első kötet. Budapest. Franklin-társulat. 1914. Ára 12 K.

Tudományunk minden ágában hatalmas fellendülés észlelhető az utolsó tíz-tizenöt esztendőben. Ennek sok és részben maradandó értékű módszereket köszönhet a belgyógyászat is (serologia, Röntgen-diagnostika, a mellkas kopogtatási methodikájának megváltozása stb.). Nem csoda, ha ilyen körülmények közt úgy a diagnostika, mint a belgyógyászat tankönyvei és kézikönyvei is hamar elavulnak. Hazánkban 1893 óta a diagnostikát részletesen tárgyaló könyv nem jelent meg, compendiosus, rövid munka is alig egy-kettő. Kétségtelen már ennél fogva is, hogy *Kétly László* könyvének megjelenése időszerű. A szerző 19 évi klinikai működésére tekinthet vissza és már tizedik éve tart rendszeres előadásokat a belgyógyászati diagnostikából. Könyve megírásakor az vezette, hogy úgy az orvostanhallgatók, mint a gyakorló orvosok számára részletes magyarnyelvű belgyógyászati diagnostika tegye lehetővé a német nyelvű, idegen könyvek mellőzését, továbbá az is, hogy a tanítás sikeréhez a hallgatóságnak alkalmas tankönyvre is van szüksége; könyvében ennek a célnak is igyekezett megfelelni.

Az első kötet az előszón és bevezetésen kívül a kór-előzmény felvételéről és jelentőségéről szól, azután a lélekzési szervek physikai vizsgáló módszereiről, összesen 544 oldalon. A bevezetésben szó van az anatómiai és functionális diagnosissról, továbbá az aetiologiai diagnosissról. Az egyes betegségek diagnosissával, prognosissával és therapiájával nem foglalkozik. Nagyon helyesen emeli ki, hogy a tanulóknak az elméleti foglalkozás mellett gyakorlatilag, a betegágyánál és a laboratóriumban is kell elsajátítaniok a vizsgáló módszereket, mert érzékszerveinknek urává csak igen nagy gyakorlat útján válhatunk, a mit főképpen a finomult mellkas-kopogtatás terén mindenki tapasztalhat.

A betegvizsgálatot általános és részletes részben tárgyalja. Különösen kiemelendő a mellkas kopogtatásáról, a köpet vizsgálásáról szóló fejezet, továbbá a szív és a vérerek physikai vizsgálatának megejtéséhez szükséges élettani, kór-élettani és általános kórtani bevezetés. A mellkas próbapunctióját tárgyaló fejezetben igen tanulságos ábrák teszik könnyebben érthetővé a punctio helyes kivitelét és eshetőségeit. Az auscultatiós percussiót saját tapasztalásai alapján igen értékes és nagy gyakorlati jelentőséggel bíró diagnostikai segédeszköznek tartja, a mely főképpen a gyakorló orvosra bír nagy fontossággal.

A könyvben feldolgozott anyag óriási tömege dacára az egyes fejezetek terjedelme arányban áll azok fontosságával, csupán a kopogtatási hang és a sejtes légzés keletkezését magyarázó teoriák kivétel ez alól. Modern és részletes magyar kézikönyv ez, melynek legbecsesebb jellemvonása, hogy a physikai vizsgáló módszerekkel behatóan foglalkozó nagy tapasztalású klinikus írta. A belgyógyászat szempontjából fontossággal bíró összes vizsgáló módszereket részletesen tárgyalja, e mellett nem hanyagolja el a régebbi physicalis vizsgáló módszereket, hangsúlyozva, hogy ma nem egyszer mutatkozik hajlandóság a beteg szervezete pontos vizsgálásának elhanyagolására, más, a kórjelzést köny-

nyebben lehetővé tevő vizsgálatok mellett. Az egész könyvre jellemző vonás a gyakorlati fontosságú tényeknek kiemelése. De nemcsak az approbált tényeket ismerteti, hanem foglalkozik a még nem tisztázott problémákkal is. A világos nyelvezettel és gördülékeny stylusban megírt könyvben a szerző tárgyát nagy alaposággal tárgyalja, magyaros írásmódra törekszik mindenütt és csak elvétve találni ilyen szavakat „gyüjtőeres szája“, „pitvarkamraszája“, „hígság“.

Sajnálattal nélkülöztük a kopogtatási hang és a sejtes légzés keletkezéséről szóló sok theoria között *Marek József* állatorvosi főiskolai ny. r. tanárnak idevonatkozó igen értékes vizsgálatait (Klinikai diagnostika, 1902). A beszédhang hallgatásáról szóló (bronchophonia) fejezetben hiányzik annak a vizsgáló módszernek a leírása, a melyet főleg gyermekeken, de felnőtteken is alkalmazunk akkor, a midőn hörgőnyirokmirigy-tuberculosisra van gyanunk; a szerző csak annyit említ e helyen, hogy bizonyos esetekben susogó beszéd mellett is kell vizsgálnunk a beszédhangot. Tüdőüszkösödés, bűzös hörgőhurut eseteiben a köpetben talált és felsorolt sok bacterium között kimaradt a hazai szerzők idevágó dolgozatainak felemlítése. „A tüdőgümőkór okozta tompulatok“ című fejezetben a következő bekezdés olvasható: „A tüdőgümőkór majdnem mindig a tüdőcsúcsokban kezdődik“, a mi tévedésre adhat alkalmat, a hilusban kezdődő tuberculosis ugyanis ma már éppen nem tartozik a ritkaságok közé.

A szív valódi nagyságának kopogtatással való megállapítása kérdésében a percussió auscultatio értékét kiemeli, a majdnem biztos eredményeket adó orthodiagraphiát felemlíti, ellenben kimaradt itt a teleröntgenographia, a melynek fontossága egyre nő, főleg a mióta abba a helyzetbe jutottunk, hogy távolról (1.5 m.) való felvételeket egyugyanazon szívphasissban végezhetünk, s a távolról való felvétel ferde átmérőben alkalmas arra, hogy a szív nagyságáról igen értékes felvilágosításokat nyújtson. Stenosis ost. ven. sin. esetében a szívcsúcson gyakran található kettős diastolés hangot az aorta és pulmonalis félholdképzű billentyűinek nem egyidőben való záródásából magyarázza, nem említve azt, hogy ilyen esetekben a diastolés hasadt hang a szív csúcsán, vagy ahhoz közel a basis táján szokott a legerősebb lenni, ilyenkor ott is keletkezik a beteg szájadékon, nem pedig a nagy erekről vezetetik oda és ha a pulmonalis II. hangjának ékeltségével együtt állandóan hallható, zöreje nélkül és kimutatható szívnagyobbodás hiányában is stenosis mitralisra utal.

A felhozottak mitsem vonnak le a könyv értékéből. Megállapítható, hogy a szerző kitűzött feladatát kitünően megoldotta, célját elérte, könyve hézagpótló, mindenütt a tudomány mai állását tükrözi vissza. Az elmondottak megértését a szöveg közt nagyon sok tanulságos és szépen sikerült ábra mozdítja elő, a melyek legnagyobb része szerzőnek saját felvétele. A könyv melegen ajánlható nemcsak az orvostanhallgatóknak, de a gyakorló orvosoknak is. *Terray.*

Magyar bábakalendárium.

Lovrich József közreműködésével *Wiesinger Frigyes* szerkesztésében megjelent a *Magyar bábakalendárium*.

A gyakorló orvosok nagyrésze nem ismeri eléggé azon határokat, a meddig a bába működésköre terjed. Ezek ismeretért is, de főleg azért, hogy mikor köteles a bába az orvos segítségét igénybe venni, hézagpótló a művecske. Érdekes *Wiesinger* dr. összeállítása abból a szempontból, hogy a bába mit tegyen nehéz esetekben addig, a míg az orvos megérkezik. Jó, használható, a klinikai észlelés mértékét megközelítő, a gyakorlati élet kívánalmainak megfelelő észlelési lapok vannak összeállítva a könyv végén, melyek a gyermekágyas és újszülött ellenőrzését az orvos számára is megkönnyítik. Számos, a terhesség kiszámítására, a gyermek táplálására, annak fejlődésére vonatkozó tabella, valamint a bábák hivatalos kötelességeinek megkönnyítésére szolgáló utasítások és hivatalos irások mintái teszik teljessé a művecskeket. A csinosan kiállított művet ajánljuk kártársaink részére is. Kapható Rökk Szilárd-utca 33. szám alatt.

Szendy dr.

Lapszemle.

Sebészet.

Az égés-sebek kezeléséről értekeznek *O. Wulff*. A szerző *Rovsing* methodusát szokta alkalmazni, a mely abból áll, hogy az égés-sebnek és környékének szappannal és spiritusszal való pontos megtisztítása után a sebre steril guttaperchát helyez, melyen több lyukat készít. A guttapercha fölé vékony réteg 1%-os lapsgazet helyez, melyet vattával főd be és bepólyáz. Ezen helybeli kezelés mellett narcoticumokat, stimulansokat, konyhasósinfusiót alkalmaz. Az igen nagyszámú módszer közül különösen az olajokkal, vaselin- és egyéb kenőcsökkel való gyógyeljárást szokták használni. A szerző szerint azonban mindezen gyógyszerek a sebben infectiót idéznek elő, miért is nem ajánlja. Különböző antisepsiszes kötszereknek directe a sebre való helyezése azért kellemetlen, mert a sebhez ragad és eltávolításával a már kezdődő fiatal hámot leszakítjuk, másrészt meg a betegnek igen nagy fájdalmat okozunk. Nagyobbfelületű és genyedő égési sebek esetén steril konyhasónak directe a sebre való applikálását és bőr-hintőpornak használatát ajánlja a szerző, a mi az epidermis képződését elősegíti. Ezen eljárásnak a többi fölött még az az előnye is van, hogy contracturák igen ritkán fordulnak elő. A mortalitás igen nagy, különösen a gyermekkorban. Fontos az albuminuria ellenőrzése, a mennyiben a prognosist ez nagy mértékben befolyásolja. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1913, 30. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Gyermekorvostan.

A tuberculosis szerepéről az orthotikus albuminuria keletkezésében ír *Reyher*. Rámutat azon körülményre, hogy az orthotikus albuminuriát kiváltó okok közt az idősült fertőző betegségek, elsősorban a gümőkór, igen fontos szerepet játszanak az ismert mechanikai okok (lordosis) mellett. Valamennyi 20 orthotikus albuminuriában szenvedő betegén kisebb-nagyobb biztossággal meg volt állapítható a peribronchialis mirigy tuberculosos. Az esetek felében családi gümőkóros dispositio volt, 25%-ban pedig kifejezett scrophulás tüneteket talált. A Pirquet-reactio minden esetben positiv eredményt adott, jöllehet majdnem a fele a gyermekeknek 10 éven aluli volt. Minden esetben főleg esti kis hőemelkedések mutatkoztak. A szerzőt meggyőződésében azon tény is támogatja, hogy scrophulás és biztos gümőkóros gyermekek 60%-ában, tehát ötször gyakrabban van orthotikus albuminuria, mint ki nem válogatott betegekben, továbbá, hogy gümőkóros felnőtteken 1 órai állás után 72%-ban tudtak fehérjét kimutatni. Érdekes, hogy 10 olyan gümőkóros beteg vizeletében, a kinek 1 órai állás után albuminuriája nem volt, kis adag tuberculin befecskendezése után fehérje jelent meg. Ezen lelet talán némi útmutatóul szolgál a kérdés további felderítésére. (Monatsschrift f. Kinderheilkunde, XII. kötet, 2. sz.)

Vas Jakab dr.

Elmekórtan.

A hemicrania és az epilepsia összefüggését ismereti *A. Pelz*. As időszakosan jelentkező hemicrania keretében az epilepsiához hasonló tünetek jelentkezhetnek, melyek azonban nem tekinthetők az epilepsiával azonos, vagy azt helyettesítő tüneteknek, hanem atypusos hemicraniás symptomának. Ily formában kell a hemicrania tünettánát is bővítünk. Ezen rohamok, ritka esetben, mint „nagy epilepsiás görcsös rohamok“ jelentkeznek, többnyire azonban „petit mal“-szerű rosszulletnek látszanak, melyek rövid ideig tartó, mely öntudatlansággal járnak. Igen gyakran vezet be aura, mely többnyire megegyezik a typusos hemicrania-rohamok aurájával. Elvéve ezen rohamok minden különösebb öntudatzavar nélkül folynak le. A rohamok csaknem mindig oly egyéneken támadnak, a kik már hosszú idő óta szenvednek hemicraniában és gyakran csak a késői életkorban jelentkeznek. Néha kimutathatjuk a kiváltó külső okot; az okok között elsősorban a terhesség és kedélyizgalmak jönnek szóba. Ezen rohamok

idejében a fejfájások úgy sűrűségükben, mint erősségükben csökkenhetnek, sőt ritkán egy időre teljesen meg is szűnhetnek. A súlyos alakok csak elszórtan fordulnak elő, az enyhébb formákkal már gyakrabban találkozhatunk, de ezek is csak egy ideig jelentkeznek. Differentialis diagnosis tekintetében elsősorban ki kell mutatnunk a genuin hemicraniát (direct öröklését, a fiatal korban való jelentkezését, hosszú idő óta fennálló typusos előfordulását), másodsorban ki kell zárunk az epilepsiás előzményeket. Tagadhatatlan azonban, hogy ritkán genuin epilepsia és genuin hemicrania egymás mellett is fennállhat. A hysteriával szemben a diagnosis nem szokott nehézséget okozni. (Zeitschrift für d. gesamte Neurol. und Psychiatr., XII. kötet, 388. oldal.)

Goldbeiger Márk dr.

Bőrkórtan.

Az anaciditás és a bőrbajok közötti összefüggést vizsgálta *W. Lier* és *O. Porges* (Wien). Már régi az a tapasztalás, hogy az anyagcsere zavarai és bizonyos bőrbajok között valamilyen vonatkozás áll fenn. Ezt az összefüggést azonban az egyes szerzők különbözőképpen értékelték. Különösen *Brocq* az a szerző, a ki állandóan azt hirdeti, hogy bizonyos macacs, sokszor kiújuló bőrbajok esetén tanácsos a betegeket belsőleg is gyógyítani. Való az, ha sejtjük és tapasztaljuk is sokszor az összefüggést, ennek valódi mibenléte kevés kivétellel felderítetlen marad. A bőrbajoknak a sub- és anaciditással való összefüggését újabban főként *Spiethoff* hirdette. A szerzők *Spiethoff*-tól függetlenül szintén ezen az alapon indultak el. A módozatot, melynek alapján a gyomor sósavhiánya bizonyos bőrbajok keletkezését okozza, ők úgy képzelték, hogy a sósav hiánya által a savnak desinfiáló hatása elesik, a minek következtében rendellenes rothadási folyamatok állnak be. Felvehető, hogy a rothadás nyomán olyan toxinok fejlődnek, melyek a bőrben és a nyálkahártyákon gyuladást létesíthetnek. A szerzők 4 esetet észleltek, a melyben a viszketéses folyamatok (pruritus, urticaria, eczema) az egyúttal fennálló sub- vagy anaciditással voltak összefüggésbe hozhatók. Ennek a felvételnek jogosultsága főként abban nyilvánul, hogy a betegek bőrbaja megfelelő belső kezelésre (3-szor naponta étkezés után 15–20 csöpp hígított sósav) hamarosan gyógyult, vagy legalább is igen lényegesen javult. Különösen meglepő volt ennek a kezelésnek az eredménye egy nőbetegük esetében. Ez a beteg egy álló év óta folyton recidiváló súlyos urticariában szenvedett, jöllehet a legkülönbözőbb módokon és sokféle gyógyszerrel kezelték. Szabad sósav 0, összaciditás 20. Hígított sósavnak belső adagolására a beteg már 2 nappal reá teljesen megszabadult bőrbajától s ez a gyógyulás tartósnak bizonyult. (Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 48. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A prostata-hyperthopia anatómiáját igen kimerítő tanulmányban tárgyalja *J. Englisch* bécsi tanár. A prostata a húgycsónyalhártya felhámjának kitérkedéséből sejt-halmazok alakjában képződik, melyek később üregesednek. Az üregesedés a kivezető csövecskéken kezdődik és a prostata képződése az uterus masculinus jelenlététől függetlenül történik (*von Dean, Torneur*). A húgycsövön megkülönböztetjük a submucosus és az ezektől izomrostok által elválasztott mirigyeket, ez utóbbiak felelnek meg a tulajdonképpeni prostatának. A prostata alakja legfőképpen a mirigy aron részének primordialis sejtjeitől függ, mely a húgycső és az ejaculatorius járatok között fekszik. A primordialis sejtek egyenletesen fejlődnek ki tovább, ezért találjuk tehát ugyanazokat az alakokat úgy a korosabb egyéneken és hyperthopia eseteiben, mint az embriókon s az újszülötteken. Ez utóbbiakon a prostata nagysága nagyon eltérő, néha különösen nagy mirigyeket találunk. A két oldalsó lebeny középlebeny jelenléte nélkül is túltenghet, a túltengés tehát a középső lebenytől függetlenül történik. A belső záróizomban fekvő csomók esetében az oldalsó lebe-

nyek túltengése semmi kapcsolatban sincs a csomók nagyságával, még akkor sem, ha ezeket a csomókat a középső lebeny függelékének tekinthetjük is. Néha kicsiny csomók mellett jókora mirigyeket találunk.

A mirigy tökéletes kihámozása után igen jól megfigyelhetjük, hogy az tubulusokból és tüszős mirigyelemekből képződött, melyek a legkülönbözőbb módokon sorakoztak. A 3 rész, úgymint az oldallebenyek, a középső lebeny s a portio intermedia, musculo-fibrosus kötőszöveti rostok avagy a húgycső szövetének folytatása által — néha a hátulsó oldalra kiterjedően — egymástól élesen elkülönített, míg az egyes tubulusokat helyenként jóval kevésbé erősnek fogjuk találni. Hasonlóképpen a középső lebeny is két avagy több egymással párhuzamos barázdából alakulhatott ki. Glandularis és muscularis duzzanatok felváltva találhatóak, úgy látszik azonban, hogy az utóbbiak fejlődnek ki legelőbb. A hypertrophia fogalma alá tartozó elváltozások a legkisebb mirigyeken is észlelhetők, sőt minden egyes részen, illetőleg lebenyen esetleg egy nagyobb résznek megbetegedése nélkül is kifejlődhetnek. Mirigyállomány a sphincterbe is befészkelheti magát, de még abban az esetben sem nő keresztül ezen, ha a pars intermedia a záróizmossal szorosabban összefügg, avagy egyes izomrostok amannak szélére is ráterjednek. Egyetlenegyszer sem sikerült a mirigy felületén atrophiat kimutatni, úgy hogy a mirigyét ki lehetett volna hámozni.

A húgycsőszűkületnek az okai a következők: nyálkahártyaredők (valvulae colli vesicae), ha nagyon kicsiny a prostata; az oldallebenyek felső végeinek a hólyag felé történő kifejlődése beágyazott izom- vagy mirigyállománnyal, avagy e nélkül; a hólyagnyak körül nagyobb izomrostorlódás (főképp a belső záróizom révén) által előidézett sánc-képződés; a hólyagnyak submucosus mirigyeinek erősebb kifejlődése; a tulajdonképpen prostata középvonalában fekvő tubulusok túltengése; a bezárt uterus masculinus cystás tágulása.

Az úgynevezett középlebeny a túltengett prostatának csak az a része, mely a húgycső ascendens részének hátulsó fala mentén az ondódombtól a belső húgycsőszájnak hátulsó kerületéig ér avagy még ezen túl a hólyagba is benyúlik. A gyakran használt lobus tertius elnevezés elvetendő, minthogy az egy és ugyanaz, mint a pars intermedia. A mirigyállomány és kivezető csöveinek primordialis elhelyeződése már a prostata későbbi elosztódása (egy középső s két oldallebenyre) szerint igazodik. Ugyanezt az elhelyeződést találjuk a későbbi években, valamint a prostata középlebenyének túltengése esetében is.

A húgycső külső körkörös rétegének, melynek rostjai a belső záróizom alsó szélére erősen rátapadnak, átmetszése után ezen említett szél és a belső hosszrétet két szára között a pars intermedia felületéből némi kis részecske bukkan elő. Ebből a felületből egy a középlebenyt formáló hypertrophia képződhetik, mely teljesen igazolni látszik *Dittel* azon feltevését, hogy a középső lebeny a pars intermedia hátulsó részeiből is kialakulhat; ez ellen szól azonban az a körülmény, hogy a kettő között mindig találunk bizonyos izomréteget. *A középső lebeny a mirigy saját primordialis sejtjeinek kitüremkedéséből képződik.*

A centralis, közvetlenül a hólyagnyak nyálkahártyáján fekvő kitüremkedések (mirigyek) daganatok képződésére adhatnak okot. A belső húgycsőszáj körül fekvő, egy rövidke járattal az urethrába nyúló és ezzel összefüggő mirigyek nagybárra gömbölyűek, de több mirigy túltengésének esetében már inkább ellaposodnak. A proliferatiók a húgycsőnyílásból az urethrába rendszeren felülről lefelé nőnek, éppen ellenkezőleg, mint a középlebenynél, mely többnyire körtealakú s melynek igen széles felső vége legtöbbször szabadon nyúlik a hólyagba, míg a csúcsa az ondódomb körül foglal helyet. Mind a két alak egyébként kombinálódhatnak is.

Azon feltevésnek, hogy a centralis és a peripheriás húgycsőmirigyek analogok, ellene szól még az is, hogy az elsöben vajmi ritkán találunk daganatokat. A hypertrophianak nevezett elváltozások a kisebb mirigyekben is előfordulnak.

Ugy a rendes, mint a hypertrophias mirigy összes alakjai már praedisponálva vannak és minden egyes lebeny akár egymagában vagy többedmagával, akár az egész mirigygyel is túltenghet.

Az egyes lebenyek teljesen függetlenek egymástól és azt az állítást, hogy nem létezik totalis hypertrophia, a praeparatumokon könnyen meg lehet czáfolni; épp olyan könnyű akár az egész mirigyét, akár az egyes nagyobb lebenyeket a válaszfalaikból kihámozni.

Két az ondódomb felett szájadzó és csaknem mindig megtalálható kivezető csőnek a jelenléte azt bizonyítja, hogy a középlebeny már a praedispositióban is megvan. Ezt a középső lebenyt a többi lebennyel a kivezető csövek körüli kötőszövet kapcsolja össze és ez magyarázza meg, hogy miért kapaszkodik össze a középső lebeny az oldalsó lobusokkal s a pars intermediával a megvastagodott húgycsőfalban, mely a hypertrophias mirigyben most már csaknem egyöntetű tömegnek mutatkozik. (*Folia urologica*, 1913, 3. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az elarson (a chlorarsenobehenolsav strontiumsója) lipid jellege folytán sokkal jobban szívódik fel. Előnye továbbá, hogy a gyomornyálkahártyát nem támadja meg. Tabletta-alakban kerül forgalomba, egyenként $\frac{1}{2}$ milligramm arsen-tartalommal. Felnötteknek naponként 3—5-ször adható 2—2 tableta, gyermekeknek naponként 2—3-szor 1—1 tableta. *Walterhöfer* a berlini egyetem belgyógyászati poliklinikájának 58 betegén használta a szert. Különösen másodlagos anaemia eseteiben voltak kedvezők az eredmények, de chlorosis eseteiben is hasznos lehet a szer óvatos adagolás mellett és nagyobb fokú dysmenorrhoeás zavarok távollétében, mert ezek fokozódhatnak a szer használatára, sőt nagyon erős havi vérzés állhat be. (*Medizinische Klinik*, 1913, 42. sz.)

A tenosin nevű újabb secale-készítmény a magdeburgi bábaképző-intézetben tett tapasztalatok szerint ártalmatlan fájáserősítő szer, a mely legalább oly jól hat, mint a többi secale-készítmény, sőt a mi a hatás erősségét és gyorsaságát illeti, felülmúlja őket; hatása azonban úgy látszik valamivel rövidebb ideig tart. Ugy mint más secale-készítmények használatakor, a tenosin használatakor is néha elmarad a hatás; 50 eset közül 6-ban fordult ez elő. A szer oldva ampullákban kerül forgalomba. 1 cm³ fecskendezendő be intraglutaecalisán. Belsőleg is adható a gyermekágyban, naponként 3-szor 20 csepp mennyiségben. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1913, 43. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 1. szám. *Fischer Mór*: Az egyszeműség baleset-biztosítási megítélése. *Menczer Ernő*: Az időszült tonsillitis pathológiája és therapiája jelen állásában.

Orvosok lapja, 1914, 2. szám. *Moskovitz Ignác*: Mensessel kapcsolatos nagyfokú tonsillaris vérzés esete. *Singer József*: A cado-gelről.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 1. szám. *Ónodi Adolf*: Az orrbajok okozta szemüregi, koponyán belüli és agyi szövödményekről. *Torday Ferencz*: A gyermekkori vérszegénység. „Urologia“ melléklet, 1. szám. *Feleky Hugó*: Az urethroskopiai vizsgálati és gyógyító eljárások mai módszerei. *Blum Viktor*: A purpura vesicae és következményei. *Keppich József*: Secundaer nephrectomiák vese- és ureterkövek eltávolítása után. *Egyedi Dávid*: A kankós szövödmények vaccinával való kezelése. 2. szám. *Obál Ferencz*: A húgyhólyag szűrési sérülései.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Krajcsik Ferencz* dr.-t Pest vármegye tiszti főorvosává, *Domonkos Irnák* dr.-t a rimaszombati, *Zimányi Vidor* dr.-t és *Fülöp Andor* dr.-t pedig a szabadkai közpórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Krizsanics Miklós* dr.-t Felsőlendván, *Tökés Imre* dr.-t Marosasszon kórorvossá választották.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum december havában 139 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 103 volt.

Alkalmazások a kolozsvári tudomány-egyetem orvosi karán. Megválasztottak: *Kiss Ferencz* dr. II. tanársegédnek a bonczani intézet

mellé, *Kuncz Andor* dr. I. tanársegédnek a szülészeti tanszékhez, *Leitner Fülöp* dr. gyermekgyógyászati tanársegédnek, *Mark Romulus* dr. tiszteletbeli tanársegédnek a fogászati intézethez.

Baja város közkórházában 1912-ben 2321 beteget ápoltak 104783 ápolási napon. A műtétek száma 536 volt. A *Róna Dezső* dr. kórház-igazgató szerkesztette évi jelentés legnagyobb részét a kórház-igazgató vezetése alatt álló sebészeti osztály működésének ismertetése foglalja el, a mely az érdekesebb esetekről részletesebben számol be.

A **nagykárolyi közkórházban** *Sternberg Géza* dr. igazgató-főorvos kimutatása szerint 1912-ben 1332 beteget ápoltak: a halálozás 4.62% volt; egy betegre 22.72 ápolási nap esett. A műtétek száma 51 volt.

Meghalt. *Moskovits Vilmos* dr. 46 éves korában Sátoraljaújhelyen. — *Sidney Jones*, jeles angol sebész, Londonban, december 7.-én, 82 éves korában. — *A. d'Antona*, a sebészet rendes tanára a nápolyi egyetemen, december 21.-én 70 éves korában. — *L. Jullien*, a párisi Saint-Lazare-kórház főorvosa, ismert tekintély a syphilidologia terén, 63 éves korában.

A **Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesülete** II. nagygyűlését 1914 április vagy május havában (később megállapítandó időpontban) fogja *Korányi Sándor* báró egyetemi tanár elnöklése alatt megtartani. *Bókay János* udv. tan. egyetemi tanár ez alkalommal „A meningitis tuberculosa gyógyíthatóságának kérdése”, *Dollinger Gyula* udv. tan., egyetemi tanár „A csont- és ízületi tuberculosis gyógykezelése”, *Elischer Gyula* egyetemi magántanár „A Röntgen-vizsgálatok diagnosztikai értéke tüdőtuberculosisban”, *Frigyesi József* egyetemi magántanár és *Geszti József* igazgató-főorvos „Terhesség és tuberculosis” címen fogja referatúráját előadni. Az egyesület elhalt díszelnöke, *Korányi Frigyes* báró felett *Preisz Hugó* egyetemi tanár fog emlékbeszédet tartani. A nagygyűlésre előadások és bemutatók a titkárnál (*Ország Oszkár* dr. főorvos, Budapest, 2. Erzsébet királyné-sanatorium) március 15.-éig jelenthető be.

A **Szent-Pétervárott tartandó XII. nemzetközi szemészeti congressus** szervező-bizottsága által kiadott második körlevél korlátozásokat tartalmazott a congressus izraelita vallású tagjaira. A szervező bizottság harmadik körlevelében tudatja, hogy az orosz belügyminisztérium a congressus tagjainak kivétel nélkül szabad bemenetet s korlátlan tartózkodást biztosít. A congressus tagjainak az illetékes orosz konzulátusnál a látmozgáskor be kell jelenteniök, hogy az utazás célja a congressus; ha ez nem történt volna meg, akkor a tagok az útlevélük felmutatásakor a tagsági jegyüket is mellékelni kötelesek. A szervező-bizottságnak tehát sikerült a felmerült nehézségeket eloszlatni.

Személyi hírek külföldről. A rostoki egyetem elme- és idegkórtani tanszékére *O. Bumke* freiburgi címzetes rendkívüli tanárt neveztek ki. — *Heynemann* hallei magántanár (nőorvos) tanári címet nyert. — A bostoni Harvard-egyetemen a gyógyszer-tanszékét *Reid Hunt* dr. foglalta el. — Az edinburghi egyetem belorvostani tanszékére *W. Russel* dr.-t neveztek ki.

Hírek külföldről. A párisi község tanács elhatározta, hogy *Lucas-Championnière*, a nemrég elhunyt jeles sebész nevét avval örökíti meg, hogy egy utcát róla nevez el. — December 26.-án halt meg Essexben (Anglia) a világ legkisebb embere, a csak 21 angol hüvelyk (53 cm.) magas *J. W. White*, 53 éves korában.

Claude Bernard (1813—1878). Éppen 100 éve mult, hogy a mult század egyik legnagyobb physiologusa született. *Claude Bernard* előbb gyógyszerésznek készült, majd irodalmi kísérletekkel foglalkozott, végül a párisi orvosi karra iratkozott be 30 éves korában. Oklevélét megszerelve, már vidéki orvosnak készült, midőn gazdag nősülése lehetővé tette, hogy mint *Magendie* tanársegéde az élettani búvárkodásnak élhessen. 40 éves korában a Sorbonne tanára lett s később *Magendie* utóda a Collège de France-on. *Claude Bernard* korának egyik legjelesebb természettudósa volt, ki azért, hogy megalapította a biológiai kísérletezés szabatos módszereit, nagy hatással volt az összes orvostudományok és biológiai tudományok fejlődésére. Kutatásai főképp az idegrendszer működésére, az anyagcsere és táplálkozás élettanára s bizonyos mérgek (főképp kurare és chloroform) hatására vonatkoznak. 1843-ban közölte első dolgozatát a máj cukortermelő szerepéről; ő fedezte fel s nevezte el a glikogent, melyet 1859-ben az izmokban és embryonalis szövetekben is kimutatótt. Vizsgálatai által, melyeket „*Leçones sur le diabète et la glycogenie animale*” című művében (1877) foglalt össze, megalapította a diabetes tanának. Az érmozgató idegek felfedezése is az ő nevéhez fűződik (1852). A Collège de France a nagy tudós születésének 100. évfordulóját emlékünnepp keretében ünnepelte meg december 23.-án, melyen jelen volt a köztársaság elnöke is.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. Az *adrenalin* mérgező hatását *Desgrez* és *Dorléans* szerint a guanin csökkentti; határozottan mérsékli az adrenalin okozta glikosuriát is. Azt hiszik, hogy a pankreasnak szabályozó hatása a vér cukortartalmára guanin-tartalmával függ össze. (*Académie des sciences*, 1913, november 17.) — Ismeretes, hogy *pleuritis* eseteiben néha a has bizonyos helyére szorító fájdalom van jelen, a mely már akárhányszor appendicitis felvételére adott alkalmat. *Gerhardt* tanár most felhívja a figyelmet arra, hogy a pleura basalis részének gyuladása esetén néha a vállizületre szorító fájdalom érzékelhető. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1913, 52. szám.) — *Festalkol* néven jön forgalomba egy új fertőtlenítő szer, a mely tulajdonképpen nem más, mint 80% alkoholt tartalmazó szappan. Bajorországban a bábák számára már el is van rendelve a

kötelező használata. *Martius* szerint a festalkol legalább is olyan jó, mint az eddig használt kézfertőtlenítők, gyakorlati előnyei miatt pedig felülmúlja őket. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1913, 43. sz.)

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

Mai számunkhoz a *Chemische Fabrik von Heyden* „*Embarin*” című prospectusa van csatolva.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Diaetás osztály czukorbetegeseknek, anyagcserebetegeseknek. Hízaló és soványító kúrák.

Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecskó János**, főorvos.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvételnél férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet **Dr. Justus J.**, kórházi főorvos, IV. ker., Ferencz József-rakpart 26.

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

Dr. Batizfalvy-fele sanatorium és vízgyógyintézet Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyimód, villamos kezelése. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: **Dr. Ullrich Gyula.**

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézete**

Dr. ZANDER G. eredeti készülékének teljes sorozatával és rokon physikalisk gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

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

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

Dr. GÁMÁN BÉLA diaetás orvosi intézete

■■■ VOLOSCA-ABBAZIA. ■■■

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

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

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

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

San Remo téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán Sanatorium külön tüdőbetegek és külön az anyagcsere betegségeiben szenvedők részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápolónők. Meleg tengeri fürdők. Kivánatra prospectusokat küld *Czifrusz Dezső* dr. kir. tanácsos.

Diagnostikai laboratorium **Dr. Székely Imre** és **Dr. Szilas Jenő** orvosok. Erzsébet-körút 22, földsz. Tel. 34—97.

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

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

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

Dr. Neumann M. vezetése mellett — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi.

DR. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes elektroterapeutikai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. *Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis* stb. ellen. —

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (IX. bemutató szakülés 1913 október 29.-én.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1913 október 29.-én.)

Elnök: Fauser Árpád.

Jegyző: Szinnyei József.

Súlyos eclampsia esete. Hysterotomia.

Bleyer Géza: Az újabb időben az eclampsia terapiája erősen megváltozott. Míg *Sellheim*, *Zangemeister*, *Fellner*, *Latzko* és mások activ terapiája mellett az anyai mortalitás 22—23^o/_o volt, addig a *Zweifel* és *Stroganoff* által javaslatba hozott és kipróbált conservativ therapia 6^o/_o-ra csökkentette le azt.

Mi a *Frigyesi* főorvos vezetése alatt álló Bakács-téri osztályon a conservativ therapia hívei vagyunk s a szülést csak akkor fejezzük be, ha nagyobb beavatkozás nélkül tehetjük meg. Eredményeink így elég biztosak, úgy hogy csak kivételes és súlyos esetekben kell az activ terapiához folyamodnunk. Ilyen súlyos eset a következő:

F. hó 16.-án egy 16 éves I-p.-t szállítanak be a mentők. A beszállítás pillanatában kapja a beteg az 5. rohamot. Rögtön 2 cm³ morphin. A belső vizsgálat megállapítja, hogy meg nem indult szüléssel van dolgunk. A vizeletvizsgálat eredménye 2^o/_o fehérje, néhány fehér és vörös vérsejt, több szemcsés henger.

Mialatt mérlegeljük a conservativ therapia esélyeit, egymás után kap a beteg még két 1—1 perczig tartó rohamot. Utána mély coma. A hőmérsék 37^o, a pulsus 130, erősen peczkelő. A vérbojsájtást okvetlen szükségesnek tartjuk, viszont a szülést teljesen magára sem merjük hagyni, annál kevésbé, mert még meg sem indult. Vaginalis sectio caesarea határozzuk magunkat. A műtétet aethernarcosisban végzi *Frigyesi* főorvos, élő, érett fiút hozva a világra. A szülés befejezése után a méh erősen atoniás, a mit glanduitrin-adagolással és hideg vizes méhüri mosással igyekszünk szüntetni. A műtét után rögtön 1 l. hypodermoklysis, 2 gr. chloralhydrat. A beteg igen nyugtalan. Délután újabb két roham és állandó coma. A *Stroganoff* által ajánlott bódító eljárást folytatjuk. Másnap reggel a pulsus 130, peczkelő; 300 cm³ vérlebojsájtása, 1 l. hypodermoklysis, chloralhydrat. A délután folyamán a beteg kezd magához térni, azóta állandóan javul.

Ebből az egy esetből természetesen nem lehet következtetést vonni valamely terapiás irányzat helyességére. Való azonban az, hogy juthatunk oly körülmények közé, hogy tisztán a conservativ therapia nem vihető ki az eset súlyossága s a rohamok egymás után következő nagy száma miatt. Ezen eset bizonyítéka annak is, hogy az esetben, ha a körülmények activ eljárásra kényszerítenek, nem szabad elzárkózni a *Stroganoff* által ajánlott bódító és vérhígító eljárások elől sem.

Tumor lienis és myoma uteri esete.

Bleyer Géza: Szeptember 18.-án 45 éves, erősen leromlott, anaemiás beteget vettünk fel osztályunkra, a ki elmondja, hogy 15 éves korában kapta meg a tisztulását, a mely azóta rendszeren jött 4 hetenként 3—4 napi kevés vérzéssel, egészen 1 év előttig, a mióta a menstruációja igen nagy vérzésekkel jelentkezik, 4—5 napig tart, a menstrualis időközökben pedig sárgás-fehér folyása van.

Külső vizsgálatra kiderül, hogy a lép gyermekfejnyire megnagyobbodott s annyira mobilis, hogy a másik oldalra teljesen átoltható. A belső vizsgálat nagy, puhább, anteflektált méhet talál szabad környezettel. Kürettezést végzünk, a mikor is maroknyi, malignitásra gyanus anyagot hozunk ki, a mely azonban megvizsgálatván, malignitást nem mutatott. A vérvizsgálat anaemiával összeegyeztethető leletet ad, különben normalis vérkép. Haemoglobin 35^o/_o.

Kizártuk tehát a leukaemiát s a léptumort egy régi fer-

tőzés maradványának tekintve, minthogy az panaszokat nem okozott, az operativ therapia programjából kihagytuk s csupán a vérzéseket még mindig állandóan fentartó méh kiirtását határoztuk el.

Tekintve a beteg leromlottságát és nagyfokú anaemiáját, fontosnak tartottuk, hogy a műteti trauma minél kisebb legyen, ezért *Frigyesi* tanár lumbalanaesthesiában végez vaginalis teljes kiirtást, a mikor kiderül, hogy jó ökölnyi submucosus myomagóc van, mely ²/₃ részével a méhürbe domborodott, ¹/₃ részével pedig szélesen indul ki a muscularisból. Zavar-talan és láztalan gyógyulás, s ma, a műtét után 20 nappal, a beteg teljesen jól van, anaemiája már most is sokat javult.

Az eset két szempontból bír érdekességgel:

1. mert egymás mellett fennálló két elváltozás jelentősége volt tisztázandó pontos klinikai észlelés alapján, nevezetesen: hogy melyiknek volt része a beteg leromlásában és anaemiájában, mert ezen fontos aetiologiai momentumok teljes tisztázása mellett lehetett csak a helyes therapiatervet felállítani.

2. A gynaekologus szempontjából érdekes az eset, mert jó ökölnyi submucosus gócz a méhvel együtt volt per vaginam eltávolítható. Ennek mindenesetre megvan az az előnye, hogy a nem mindig steril méhürrel és az aránylag elég gyakran másodlagos elváltozást mutató fibromás góczczal nem kerültünk a műtét alkalmával érintkezésbe, a mi a műtét sterilizálását mindenesetre biztosabbá teszi.

Röntgen-besugározások után operált myoma esete.

Mansfeld Ottó: Egy operált esetemnek készítményeit bátorodom bemutatni, mert bizonyos kérdéseket tisztázhat.

51 éves asszonyon, a ki 10-szer szült, 2 év óta erős, rendetlen vérzések jelentkeznek. Ugyanezen idő óta daganatot vesz észre a hasában. A genitális vizsgálat csecsemőfejnyi corpus-myomát állapít meg és mivel praevaleáló tünet a vérzés, Röntgen-sugaras kezelésben részesül.

Egy sorozatban ez év április havában 12 besugárással 120 x-et kapott, kemény sugarakat aluminium-filterrel. Utána 5 hónapig amenorrhoeás volt, majd október elsején vérzés kíséretében fájdalmak állanak be.

Október 20.-án *Chrobak*-műtétet végzek. A lefolyás láztalan, a has per primam gyógyult. A praeparatum mutatja elsősorban, hogy a bal ovarium a rendszernek ¹/₃-ára zsugorodott. Mikroszkop alatt tüszőket nem tartalmaz. A jobboldali ovariumban kis cysta, a maradék-szövet szintén sorvadott. A méhet felmetszve, a cavum uteri jobb oldalra van eltolva, keskeny rés, melyben egy kocsányos submucosus gócz fekszik magasan a fundus tájékán; a nagy daganat-gócz részben intramuralis, részben submucosus, mikroszkop alatt pedig — és ez a lényeges — necrosis képét adja. Ismert tünete a necrosisnak, a mire egy új közleményben *Sippel* is figyelmet, hogy fájdalmas contractiók állanak be a daganatban.

Egy nagyobb tanulmányban most állítom össze azon esetek sugaras kezelésének eredményeit, melyeket *Tauffer* tanár klinikáján 1913 augusztusig kezeltem. Az eredmények ezen közel 100 esetben a vérzés szüntetésének szempontjából kitűnőek. A kezelés veszélyei (bőrsérülések, mellék-tünetek) az új technikával, az úgynevezett *Fränkel*-féle eljárással teljesen megszűntek; mindezen azonban e bemutatás kapcsán nem térhetek ki. E bemutatás célja csak az, hogy egy anatómiai praeparatumon és annak metszetein demonstráljam az eset klinikai tüneteit. Az 51 éves asszonyon aránylag kevés x-sugárra a 2 év óta tartott vérzések megszűntek, mert az ovariumok ily korban már csekély számú folliculusai és a mirigy lényegét alkotó sejtek elpusztultak, a menstruációt fentartó ovarium-hormonok tehát nem képződhettek. 5 hónapos amenorrhoea állott be. Az ezután

jelentkezett vérzést a submucosussá vált kis kocsányos gócz idézte elő a méhnyálkahártya ereiből. A contractio fájdalmak a necrobiosis előjelei, a necrosis a nagy tumorban kezdeti stadiumban van. Ha a műtét helyett újabb Röntgen-seriest ajánlottam volna, az eljárás eredménytelen maradt volna.

Az x-sugarak már elérték azt, hogy a folliculusok sorvadtak. A polypus okozta nyálkahártyavérzést pedig nem szüntethetik meg. A nagy tumor azonban a sugárzás alatt csak tovább necrotizált volna és kifejlődhetek volna a daganat-elhalás ismert súlyos következményei.

Az eset alkalmas annak igazolására, hogy a myomák kezelésében általánosításnak helye nincs, megvannak a sugaras kezelésre alkalmas és az erre alkalmatlan esetek.

Pyelotomia útján eltávolított vesekő.

Keppich József: A nemrég sikerrel végzett esetet más régi két esettel kapcsolatban azért mutatom be, hogy rámutassak arra, hogy a kő eltávolítása még nem gyógyulás, mert a kő eltávolításakor is fennállott kóros elváltozások tovább haladván, mégis a vese eltávolítása vált szükségessé. Az első eset 34 éves nőbetegre vonatkozik, kinek jobboldali vesetáji fájdalmi 1 éve vannak. 8 hó előtt volt első nagyobb görcsroham, jobb ágyékában rendkívül erős fájdalmi voltak, 3–4 napon át vizelete is véres volt. Kisebb rohamok azóta gyakran ismétlődtek, vizelete sokszor véres is volt. 1913 július 17.-én vétette fel magát *Hülll* főorvos szent. István-kórházi III. sebészeti osztályára.

Az ép szervezetű, jól táplált, kissé hizásnak induló nőbetegen a jobb vesetáji érzékenységen kívül más elváltozás nem mutatható ki. A jobboldali ureter-nyílás tátongó, vörös szegélylyel övezett, a baloldali normalis külsejű. Mindkét oldalról rhythmusosan ürül színtelen vizelet.

Indigo-carmint fecskendezve be intraglutealisán, az a bal oldalon 18, a jobb oldalon 35 perc múlva jelent meg. A 6. sz. ureter-katheter a vesemedenczéig mindkét oldalon akadály nélkül tolható fel, a bal oldalon valamivel magasabbra. Az elkülönítve felfogott vizelet a bal oldalon egészen tiszta, az üledékben 1–2 vörös vérsajt, veseelemek nincsenek. A jobb vese vizelete zavaros, közepes mennyiségű fehérjét tartalmaz. Az üledékben sok vörös vérsajt és a magas húgyutakból származó hámsejt. Henger nincs.

A Röntgen-felvétel (*Fischer*) mogyorónyi abnormis árnyékot mutat a XII. borda magasságában, az izület-végtől 5–6 cm. távolságban.

Műtét 1913 július 26.-án. A pyelotomia indiciói közül csupán a jó hozzáférés van némileg korlátozva, a mennyiben a beteg kissé elhízott. A többi feltétel (a solitaer kő, ép vese, tiszta vizelet) nagyjában megvan, a mennyiben az elváltozások csupán kezdődőek, s így a pyelotomiát határozzuk el. Aether-narcosis, *Rovsing*-metszés. A vese könnyen szabadítható ki. Felülete épnek látszik, az ureteren sem láthatók kóros elváltozások. A vesemedenczében az ureterbe beékelte kő tapintható. A vesemedenczét az ureter irányában két fonálpár között felhasítjuk és a jókora mogyorónyi, tüskés nyúlványokkal bíró, szeder-alakú követ a vesemedencze falának sértése nélkül kiemeljük. Az eléggé tág vesemedencze üres, az ureter a hólyagig könnyen szondázható. A nyílást 2 sor *Lambert*-varattal zárjuk, tetejébe a vese zsíros tokjából vett lebenyt néhány öltéssel odaerősítjük. A vesét helyére visszaeresztjük, a tokot néhány catgut-öltéssel zárjuk. A tokra két gaze-csíkot helyezünk, ezeket a seb szegletében kivezetjük, a seb többi részét rétegesen zárjuk. Vizelet a műtét sebén át nem ürül, a gyógyulás teljesen zavartalan, a drainage helye is 4 hét alatt teljesen begyógyult.

A beteg azóta teljesen jól van, fájdalmi és vizeleti panaszai nincsen.

Ureterkő eltávolítása után 5 évvel keletkezett genyvese. Nephrektomia. Gyógyulás.

Keppich József: Az 51 éves férfi 22 éves korában gonorrhoeát állott ki, melyhez súlyos cystitis társult. 1886-ban hólyagdaganat miatt operálták, papillomát távolítottak el. Majd végbélpanaszok jelentkeztek, állítólag haemorrhoidalis

csomók, melyek miatt meg is operálták. 1905-ben a vakbél táján állottak be fájdalmak, a vizelet gyakori és fájdalmas lett. 1908-ban felvettette magát a *Hülll* főorvos vezetése alatt álló Szent István-kórházi IV. sebészeti osztályra, a hol jobboldali ureterkővet állapítottak meg. E miatt 1908 január 29.-én *Hülll* főorvos lumbalis analgesiában megoperálta és sacralis úton galambtojásnyi követ távolított el. A kő közvetlenül a linea innominata alatt feküdt. A műtét sebe keskeny drainage mellett gyorsan meggyógyult. Az illető 3 évig jól volt, 2 év óta azonban ismét vannak jobboldali, gyakran vesetáji fájdalmi, vizelete gyakori és fájdalmas. 1913 augusztus 11.-én újból felvettette magát *Hülll* főorvos osztályára.

A beteg kórtörténetéből kiemelendő: jobb vesetáji nyomásra érzékenység, a vese nem tapintható ki; a zavaros, bomlott szagú vizelet genyét és fehérjét tartalmaz, üledékében számos genyesejt. A Röntgen-vizsgálat a húgyutakban kőre utaló árnyékot nem mutat. A jobb veséből geny ürül, a bal veséből tiszta vizelet. Indigocarmin befecskendezése után a színes sugár a bal oldalon már 5 perc múlva jelenik meg és csakhamar igen intenzív lesz, a jobb oldalon színes sugár nem jelenik meg. A jobboldali vese feltárását és esetleges eltávolítását határoztuk el.

Műtét 1913 szeptember 19.-én aether-narcosisban. *Rovsing*-metszés. A vese körül erős összenövések, a vese zsákyszerű, az ureter hüvelyknyire kitágult, fala vastagodott, a vesemedencze szintén tág. A vesének feltárás nélküli kiirtását határoztuk el. A hilushoz menő ereket catguttal lekötvén s az uretert a linea innominatáig szabaddá téve, a hol a szívós hegek között fekszik, irtjuk ki a vesét. A sebüregebe két gaze-csíkot vezetünk; réteges bevarrás. A kiirtott vese szövettani vizsgálata (*Entz* magántanár) a vese szigetes sorvadásával járó idősült pyelonephritist mutat. A kórlefolyás teljesen sima, 4 hét alatt a drainage helye is teljesen begyógyult.

18 év előtt végzett nephrolithotomia után beállott pyelitis. Nephrektomia után gyógyulás.

Keppich József: Az 53 éves nőbetegnek első vesekő-kólikája 1888-ban volt, utána jobban lett, de 1893-ban ismét súlyosabb rohamok jelentkeztek, gyakori vizeletésinger és zavaros vizelet kíséretében. 1895-ben *Herczel* tanár lumbalis nephrotomia útján több követ távolított el. A műtét sebe időnként erősebben váladékos volt, állítólag fonalak is ürültek belőle. Időnként begyógyult, ilyenkor fájdalmas lett, a fájdalom csak akkor enyhült, a mikor sebe újra kifakadt. Az utolsó években vizeleti panaszok is jelentkeztek, éjjel gyakran 5–6-szor kellett vizelnie. Ezen panaszok miatt vétette fel magát *Hülll* főorvos Szent István-kórházi sebészeti osztályára.

A kórtörténetből kiemelendők ezek: A *Bergmann*-féle metszés hátulsó harmadában kissé váladékos sipoly. A vizeletben számos genyesejt; vesealakelem nem látható. A jobboldali ureter-nyílásból apró gomolyagokban igen lassan geny ürül. A bal oldalról tiszta vizelet jön. Indigocarmin befecskendezése után 16 perc múlva a bal oldalon vastag színes sugár jelentkezik, a jobb oldalról szín jelentkezését nem látni. A mindenképpen teljesen tönkrement jobboldali vese eltávolítását határozzuk el. Műtét 1913 október 20.-án aether-narcosisban. *Bergmann*-metszés a régi hegen át, a sipolyt körülmetszve. A vese körüli zsírszövetben jókora ökölnyi, lipomának látszó szövettömeget találunk, ehhez megy az erősen megvastagodott ureter is; kétségtelen, hogy ez a vese maradványa. Ezen szövettömeget, a mennyire lehetett, igyekeztem egy darabban a környező zsírból kiemelni, miközben a hozzáménó erek leszakadtak s igen erős vérzés állott be. Ezt csillapítani sikerült. Tekintettel a műtét terület inficiált voltára, szélesebb drainaget alkalmaztunk. A beteg jelenleg még osztályunkon fekszik, néhány napon át 39°-ig felmenő hőemelkedései voltak. A szövettani vizsgálat (*Entz* magántanár) daganatot vagy veseszövetet sehol sem talált, a vese helyét zsírszövet tölti ki, mely az ureter körüli részben a chronikus lob miatt elkérgesedett.

A három esetet azért mutattam be, hogy rámutassak

arra, hogy a kő eltávolításával a beteg még nincs meggyógyulva. A kőképződés okozta elváltozások tovább haladván, előbb vagy utóbb a vese elpusztulását vonják maguk után. Igyekeznünk kell minél korábban operálni, nehogy a másodlagos elváltozások ezen értékes szerv elpusztulását vonják maguk után.

Makai Endre: A bemutatott esetek a mellett szólnak, hogy a húgyutak kövei miatt végzett conservatív műtétek momentan kedvező eredményét a végleges gyógyulás, illetve a késői eredmények szempontjából érdemes lenne revisio alá venni. Mindenesetre figyelmet érdemel, hogy a conservatív nephrotomiával operált esetben 18 évig élt még a beteg veséjével; hogy ez meddig functionált, az mindenesetre kétséges. Az ureterkönek műtéti eltávolítása a technikai nehézségek legyőzése s a közvetlen eredmény szempontjából a sebész számára érdemes munka. Minthogy azonban ez esetekben a műtéti seb rendszeresen tamponade-dal gyógyul, a tampon helyén keletkezett heges kötőszövet zsugorodván, összenyomja az amúgy is sérült uretert, úgy hogy az esetek egy részében pangás és fertőzés révén oly súlyos pyelitis és pyonephrosis keletkezhetik, hogy végeredményben mégis nephrektomia válik szükségessé. Így volt ez egy kb. 32 éves betegén, kin a nephrektomiát már egy évvel az ideálisan gyógyult ureterotomia után kellett végrehajtani.

A mi az uretervarrást s az ureternek a tamponade által felidézett inconveniantáit illeti, egészen másképp áll a dolog a extraperitonealis ureterotomia alkalmával, mint a Wertheim-műtét kapcsán megértett ureterek ellátásakor. A késői és végleges eredményeket az utóbbi esetekben is jó lesz figyelemmel kísérni.

Frigyesi József: Érdeklő szót a bemutatás és a vita, különösen a tamponnal kezelt ureterconkra vonatkozó rész. Ha az ureterotomia után a tampon okozza a szűkületet és az ú. n. elváltozásokat, akkor ezt a nőorvosoknak is kellene látniok, mert ők parametrius gyuladást operálása alkalmával 5–6 cm. hosszúságban is tamponálják az uretert. De mert nem látják gyakran, azt kell hinnie, hogy a másodlagos elváltozások a kő által feltételezett circuliációs zavar következtében állanak be.

Makai Endre: Mikor az uretert bemetszszük, elvarrjuk, de hermetice nem zárjuk el, tampon teszünk rá és kiszivárognak vizelet a tamponba. Fel kell venni, hogy ez vezet később retractionra, mert lobnak kell lennie, a tampon helyét kötőszövet foglalja el, mely később zsugorodik. Az ureterből tehát vizelet szivárog ki, ellentétben a Wertheim-műtéttel, a mikor nem sérül meg az ureter. Ujabbán nem tamponálnak, hogy a tampon ne koptassa át az uretert.

Frigyesi József: Csodálkozok, hogy olyan kiváló sebész, mint Makai, uretervarrás után vizeletszivárgásról beszél. Ha a szót az uretert összevarrja, nem tamponálja, de a parametrium felől tamponálva van. A varrásnak olyannak kell lennie, hogy ne szivárognak vizelet. Nem is emlékszik, hogy másodlagos elváltozás állott volna be. Nagyobb területen nem is tamponál, nehogy uretersipoly képződjék.

Mansfeld Ottó: A különbség abban rejlik, hogy egészen más helyen tamponálja a sebész az uretert, mint a nőgyógyász a Wertheim-műtét alkalmával. Három helyen szűk az ureter. A hol kilép a vesemedenczéből, azután a linea innominata táján, végül a hol belép a hólyagba. Az ureterkő műtéte éppen a szűk helyen történik és ez rosszabbul tűri a tamponat, mint a széles hely, a hol a Wertheim-műtét alkalmával dolgoznak.

Keppich József: Ugy vese-, valamint ureterkövek mellett egyidejűleg kóros elváltozások vannak jelen. A legkisebb elváltozás, a mit a vesén találunk, az asepsises nephritis. Ureterkő eseteiben a kő alatt szűkületet, a kő fölött táglulatot találunk. A műtét alkalmával ez ellen is kell tennünk valamit. Szokták a hosszanti bemetszést harántul egyesíteni. Az ureter-varrat úgy látszik nem nagyon fontos, mert vannak, a kik az ureter varrása nélkül ugyanolyan eredményeket értek el, mint mások az ureter varrásával.

A mi Frigyesi hozzászólását illeti, lényeges különbség van az ureteren hosszában ejtett sebészek ellátása és a nőgyógyászokban előforduló implantatio között, a hol az uretert módunkban van teljesen serosával fedni, a másik helyen pedig teljesen extraperitonealisán dolgoznak.

Szájpadplastika esete.

Vigyázó Gyula Az 57 éves férfit ez év szeptember 9.-én vették fel a III. sebészeti osztályra. Bal szájpadján gyermektényérnyi felhánt szélű rákos fekély, mely a buccára is áttérjed. Szeptember 16.-án operálta. Harántpofametszés, a daganat és csonttrészetek eltávolítása, a Highmor-üreg feltárása. A hiányt az arczról befodított bőrrel fedte. Tavaly hasonló esetet mutatott be.

PÁLYÁZATOK.

32370/1913. kig. sz.

Baja thff. város közkórházánál a belgyógyászati osztályon üresedésbe jött, évi 2900 korona fizetéssel és 600 korona lakbérrel javadalmazott **oszt. főorvosi állásra** pályázat nyitattik.

Pályázni óhajtok felhívhatnak, hogy kellő minősítésüket feltüntetve okmányokkal felszerelt kérvényüket 1914. évi január hó 31. napjáig méltóságos **Purgly Sándor** dr. főispán úrhoz Szabadkán nyujtsák be.

Baja, 1913 december 30.

Polgármester helyett: **Erdélyi**, főjegyző.

8/1913. kórh. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye I. Ferencz József-közkórházban kötelező szülészeti gyakorlatra való távozás folytán **f. évi márczius hó 1.-ére megürülő (2) két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom mindeniken: évi 1600 K fizetés, teljes ellátás; kinevezés két évre történik s megújítható. Időközi távozás esetén a segédorvos részéről kéthónapi 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, eredetben vagy hiteles másolatban. Ki kell mutatni a katonai szolgálati viszonyt is s a már teljesített kórházi gyakorlati hónapokat.

Kérvényt mélt. **Horthy Szabolcs** főispán úrhoz czimezve, hozzám **folyó évi január hó 23.-áig** kell beadni.

Szolnok, 1914 január 2.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

2630/1913.

Aradvármegye borsosjenői járásához tartozó Bokszeg község székhelyvel rendszeresített **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvostudori oklevéllel, eddigi alkalmaztatásukat, vagy gyakorlatukat igazoló bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket, a közzolgálatban állók felettes hatóságuk útján **hozzám, 1914. évi február hó 24.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. és 15. §-ában megállapított 1600 kor. törzsfizetés, öt évenként négyszer ismétlődő 200 kor. korpótlék, továbbá a m. kir. belügyminister úr 10035/1913. VII/a számú intézkedésével az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján engedélyezett évi 1000 korona helyi pótlék.

2. Lakbér 400 korona.

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

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

Az orvosi körhöz Bokszeg község székhelyvel Repszeg, Monyoró, továbbá a barzai körjegyzőséghez tartozó Barza, Aldófalva és Körösvajda községek tartoznak, melyeket hetenkint egyszer meglátogatni köteles.

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

Borsosjenő, 1913 december 20.

Borsos Géza, fősolgabíró.

Biharvármegye biharkeresztesi járásának alulirott fősolgabírójára a berekböszörményi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás évi javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékokkal emelkedik,

2. 800 korona lakbér,

3. 600 korona fuvarátalány,

4. m. kir. belügyminister úr 170.944/1913. VII. sz. rendeletével engedélyezett 1200 korona helyi pótlék,

5. a törvényben megállapított látogatási díjak.

Az orvosi körben fekvő gazdaságok és a magánorvoslás a kör-orvos részére tekintélyes jövedelmet biztosíthatnak.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **az 1914. évi január hó 22. napjának d. u. 5 órájáig** nyujtsák be.

Kellően fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényeket figyelembe nem veszek.

A választást Berekböszörmény községgházán az 1914. évi január hó 27.-én d. e. 10 óraker fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását az 1914. évi február hó 1.-én elfoglalni köteles.

Biharkeresztes, 1913 december 29.

Frankó Endre, fősolgabíró.

3558/1913.

A Borsodmegye ózdi járásában Borsodnádásd székhelyvel Borsodnádásd, Balaton, Arló, Disznósd, Járdánháza és Hodoscsépány községekből álló orvosi körnek lemondás folytán megüresedett **körorvosi állására** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma:

1. 1600 korona évi fizetés,

2. 700 korona évi lakbér,

3. 600 korona fuvarátalány,

4. a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak. A megválasztandó körorvos állását legkésőbb 1914 április hó 1.-én elfoglalni tartozik.

Felhívom a pályázókat, hogy eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyítványaikkal és oklevelükkel felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz **1914 február hó 28.-áig** annyal inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást a pályázati határnap lejártá után tűzöm ki.

Ózd, 1914 január 5.-én.

Zsóry György, fősolgabíró.

13/914.

Heves vármegye pétervásári járásban Parád ideiglenes székhely-lyel 6 községből álló **körorvosi állásra** pályázatot hirdet.

A körorvos javadalmazása 1600 korona törzsfizetés korpótlékkal, 600 korona lakbér, 400 korona útiátalány, a szabályrendeletben megállapított látogatási díjak és az uradalmi állás elnyerése esetén az uradalomtól mintegy 2500 kor. javadalmazás.

A választást folyó évi február hó 10.-én délelőtt 10 órakor Parád községházánál fogom megtartani. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám, folyó évi február hó 5.-éig adják be.

Pétervására, 1914 január 2. *Drisnyey Béla, főszolgabíró.*

HIRDETÉSEK.

SEMMERING Dr. Vécsei csász. tan. sanatoriuma

Bécsből 2 órányi távolságban, 900 m. a t. sz. f. Idegbetegek és anyagcserebántalmakban szenvedők, különösen diabetikusok részére.



→→ 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 hatásu.

Kellemes izü.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörheneynél (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.

Lecithin-Perdynamin

egy folyékony Lecithin-Haemoglobin-készítmény. Ezek hosszú során át észlelt tapasztalatok és klinikai megfigyelések alapján hatása bevált a legkülönbözőbb ideges zavaroknál, hysteriánál, neurastheniánál, rachitissnél és hiányos táplálkozásnál. A testbe phosphort és vasat könnyen assimiláló alakban vezet be.

Perdynamin

egy folyékony Haemoglobin-készítmény, melyet előszeretettel rendelnek természetes vérvás magassága miatt. Mint bevált táp- és erősítő-szer klinikákon, különösen azok női és gyermekosztályain, jó sikerrel alkalmazzák. Étvágygerjesztő, könnyen emészthető, a fogakat nem támadja meg, jó íze miatt szívesen szedik.

Guajacol-Perdynamin

egy Guajacol-Haemoglobin-készítmény a légzőszervek megbetegedései, tüdőhurutok, tüdőtuberculosis, bronchitis, hörghurut, görvélykór ellen. Együttal vérképzően, erősítően és étvágygerjesztően hat.

Minták és irodalom Perdynamin és Guajacol-Perdynaminból díjmentesen küld:

Mr. Camillo Raupenstrauch

em. gyógyszerész,
Wien, II/1, Castellezgasse 25.

Hasonló című zúgirodáktól óvakodjunk!

Telefon 3-64. **Magyarországi** Telefon (éjjel) 3-64

Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete
BUDAPEST, VII., Dohány-u. 74. (Miksa-u. sarok.)

(Elnök: Dr. Rajnai Béla, műtőorvos.)

Betegápolókat és ápolónőket, masszírozókat és vízgyógykezelőket, úgyszintén betegszállításoknál szakértő kísérőket közvetít.

Sürgőnyczim: Betegápolók Budapest Dohányutca.

A közvetítés díjtalan.

Egészségügyi kiállítás
Buenos-Aires 1910
nagy díj

REICHERT K.

BUDAPEST, VIII., Üllői-út 12.



Mikroszkopok

az összes tudományos vizsgálatokhoz.

Mikrotomok • Haemometerek

Polarisációs és projectiós készülékek

Különjegyzékek portómentesen.

Sanatorium Seehof, Davos-Dorf 1560 méter a t. sz. f.
Gyógyintézet tüdőbetegek számára.

Napos, védett fekvés. Saját kertek. Legmodernebb hygienikus berendezések. Központi fűtés, lift, villamos világítás. Röntgen-kabinet. Heliotherapia. Új berendezett laboratorium. Sputumot fertőtlenítő készülék. Igen szép társalgási helyiségek. 80 ágy. Penzió-ár, szoba, orvosi kezelés, ledörzsölések, fürdők, fűtés és világítás betudva, Fr. 11.50-tól kezdve. — Vezető orvos: Dr. H. Alexander. Gazdasági igazgató: E. Graf.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLESEK.

Bókay Zoltán: Közlemény a „Stefánia” gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) A truncus arteriosus communis persistensről egy eset kapcsán. 39. lap.

Richter Hugó: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi agyszövetetani intézetéből. (Igazgató: Schaffer Károly dr., egy. rk. tanár.) Adatok a Förster-féle radicotomia anatómiájához és physiológiájához. 42. lap.

Günther József: Újabb adatok a hastyphus járványtanához. 46. lap.

Szabó Mihály: Közlemény a budapesti m. kir. állami gyermekmenhely belgyógyászati osztályáról. A jodtartalmú antisepticumok alkalmazásáról a gyermekgyógyászatban. 50. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Eugen Holländer: Die Medizin in der klassischen Malerei. — *Bier, Braun és Kümmel:* Chirurgische Operationslehre. — Új könyvek. —

Lapszemle. Sebészet. W. Merks: A retrograd bél-incarceratio. — *Elmekórtan. L. W. Weber:* A hevenyés elmebajok kórtana. — *Aschaffenburg:* A büntettek között előforduló degenerációs elmezavarok és dementia praecox. — *H. Higier:* Lyssa keretében jelentkező Landry-paralýsis. — *Gyermekorvostan. Hess:* A csecsemőkori pylorusstenosis kezelése. — *Koch:* A kanyarót megelőző kiütés. — *Venerás betegségek. G. Morawetz:* A syphilis maligna kezeléséről szerzett tapasztalatok. — *Húgyszervi betegségek. K. Klause:* A gonorrhoea vaccinás gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Bergmann:* Rosenbach-féle tuberculin. — *Metzger:* Angiers emulsion. 50–53. lap.

Magyar orvostudomány. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 54. lap.

Vegyes hírek. 54. lap.

Tudományos társulatok. 55–58. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egy. ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.)

A truncus arteriosus communis persistensről egy eset kapcsán.*

Közli: Bókay Zoltán dr., klin. II. tanársegéd.

A veleszületett szívbajok nagy része a szív fejlődésének bizonyos fokon való megállása folytán jön létre, s így attól függően, hogy a megállás a fejlődésnek mely szakaszában következett be, a fejlődési rendellenesség általában gyakoribb vagy ritkább megjelenésű lesz, mert könnyen el lehet képzelni, hogy egész korai fejlődésben való visszamaradása a szívnek az életet úgyszólván lehetetlenné is teheti, vagy annyira megnehezíti, hogy az élettartam csak igen korlátolt lesz s az újszülöttek nagy része orvosi vizsgálat tárgyát nem is teszi.

A veleszületett szívbajok közül egy nagy csoport nem magának a szívnek, hanem a nagy ereknek hibás fejlődésében nyeri létrejöttének magyarázatát. Tudjuk, hogy az elsődleges szívhelyezékek megfelelőleg van egy ú. n. elsődleges verőrhelyezék, a mely épp úgy, mint kezdetben a primaer szívhelyezék is, semmiféle differenciálódást nem mutat s mint az aorta és arteria pulmonalis közös helyezéke együregű cső képében nyílik a közös együregű szívkamarából. Az együregű közös primaer truncus arteriosus a foetalis fejlődés 30. napján, tehát az ötödik héten kezd osztódni egy primaer aortára és egy primaer pulmonalisra, a melyeknek teljes differenciálódása azonban csupán a 3. embryonalis hónapban válik teljessé. A septum, a mely, mint azt már *Rokitansky* alapvető munkája alapján tudjuk, kezdetben csak mint kis kitüremkedés, később mint félholdalakú keresztmetszettel bíró

sövény, körülbelül a közös verőér közepe táján fejlődik ki és felülről lefelé növe, az ugyanakkor alulról felfelé növe septum ventriculorummal lassanként összeérve, vele összeforr. Ha a fejlődés irányában, vagyis a septum concavitásának oldalra fordulásában nem rendes a fejlődés menete, létrejön a veleszületett szívbajoknak az a fajtája, a melyet transpositio arteriarum cordisnak nevezünk; ha pedig az anomalia a septum fejlődésének helyén székel, létrejön a hypoplasia aortae vagy hypoplasia arteriae pulmonalis képe, a szerint, hogy a septum lefutásában inkább a bal vagy a jobb oldala felé esik a primaer truncus arteriosusnak. Ha ellenben a septum egyáltalán nem, vagy csak durvánosan fejlődött ki, a teljes lefutásában közös, vagy csupán egy darabján közös ürterű verőeres szív jön létre, mely körképet már régen a truncus arteriosus communis persistens névvel jelölték a szerzők.

Truncus arteriosus communis persistens névvel tehát azon veleszületett szívbajokat jelezzük, a melyekben a közös verőér elosztását végző septum arteriosum korcs fejlődése folytán boncsoláskor a két főverőeret nem találjuk elkülönítve, hanem helyettük egy közös, a jobb vagy a bal kamarából eredő szélesebb ürterű főverőeret találunk.

Ezen igen rossz kórjóslatú szívbajban az a kamarafél, a melyből a közös főverőér ered, erősebben fejlett, a másik, verőér nélküli kamara pedig satnya, hitványabb fejlettségű izomzattal rendelkezik és vérét mindig a két kamara közötti septumon levő kisebb-nagyobb nyílás közvetítésével adja át az erősebb izomzatú, verőérrel rendelkező kamarának. A szerint tehát, hogy a bal vagy a jobb kamarából ered a közös verőér, a jobb vagy a bal kamara lesz erősebb, fejlettebb s így az a kamara fogja alkotni a szívcsúcsot, a melyből a közös verőér ered. A legrégebb szerzőknél e bajt mint hiányzó arteria pulmonalist vagy mint hiányzó aortát találjuk ismertetve, a szerint, hogy a közös főverőér a bal illetve a jobb kamarából eredt.

A truncus arteriosus communis persistens lehet részleges, teljes vagy csupán látszólagos, a szerint, a mint a septum arteriosum részben vagy teljesen hiányzik; a harmadik

* Minden jog fentartva. Ezen casuistikai közlés kiegészítése akar lenni a közelmúltban megjelent s a veleszületett szívbántalmakat monographice tárgyaló munkámnak.

csoporthoz, a melyet pusztán a teljesség kedvéért vettünk e helyre, nem a septum fejlődésének hiányában, hanem lefutásának anomáliájában nyeri magyarázatát s ma a hypoplasia aortae vagy hypoplasia arteriae pulmonalis névvel kell megjelölnünk. Ezen esetek azok, a melyekben az aorta vagy arteria pulmonalis hypoplasias, obliterált s csak mint vékony köteg ismerhető fel a bonczoláskor. Bonczolástani szempontból ezen körkép nem felel meg az előbb leírt fejlődési menetnek, a fenti csoportjába a szívbajoknak nem is sorozható, bár tagadhatatlan, hogy élettani és kórtani szempontból, a keringés mikéntjét tekintve ugyanazon zavarokat tüntetheti fel, mint az előbbi két alosztály s a klinikai tünetek is azonosak lehetnek az előbbieknél.

Ha a truncus arteriosus csak részben maradt meg, tehát ha a septum arteriosum csak részleges korcsfejlődést tüntet fel, akkor azt látjuk, hogy a közös eredésű egyetlen verőérből hosszabb-rövidebb lefutás után két főer ered: az art. pulmonalis és az aorta. Az esetek többségében az art. pulmonalis szűkült, és az aorta relative tágultnak mondható, s ilyenkor a ductus arteriosus *Botallit* is erősebben fejlettnak, nyitottnak, néha erősebben tágultnak látjuk.

Ritkábban észleljük az ú. n. teljesen persistáló truncus arteriosust, a melynél a közös eredésű, rendesen az aortának megfelelő verőér úgy osztódik, mint az aorta, csak hogy közben a tüdő felé mellékágak gyanánt adja az art. pulmonalis szerepét pótló rami pulmonales-t. Ily esetet közöl az újabb szerzők közül *Thérein*. Bár tagadhatatlanul ritkábban fordul elő, mint az előző csoport, prognosisa semmivel sem rosszabb annál, s az általa okozott keringési zavarok sem súlyosabbak a részlegesen fenmaradt truncus arteriosus communis által okozott circulációs zavaroknál.

Mindakét alak igen ritka s az egész világirodalomból összeállított összes esetek száma alig haladja meg a 25-öt. *Pitschel* összeállítása szerint az első csoportba 14 eset tartozik s *Vierordt* összesen 23 esetről emlékezik meg csupán, mely esetekhez veendő *Thérein* két esete.

Klinikai tünetei közül a congenitalis vitium cordis-okra oly annyira jellemző általános tünetek sohasem hiányoznak, sőt fokozott mértékben vannak jelen. Legtöbbször igen intenzív, csaknem szilvakékbe átcsapó, s időnként rendkívüli módon fokozódott a cyanosis. Gyengébb testi fejlettség, erősen kifejezett dobverőszerűen megvastagodott utolsó ujjperczek láthatók a cyanosis mellett, bár egyik-másik esetben e jelenséget a szerzők nem említik. Ugyancsak nem egyszer légzési nehézséget, repülő lélekzést észlelünk a benne szenvedőkön terminalis jelenség gyanánt kifejlődni.

A szív vizsgálatakor rendesen a szív-tompulatnak megnagyobbodását látjuk s ugyanezt mutatják a különböző szerzők által készített Röntgen-felvételek is, a melyek a szív árnyékának néha igen nagyfokú elterülését tüntetik fel. Vizsgálatakor az egész szív-tájék felett erős durva frémissement van s az egész szív-tájék felett pontosan nem lokalizálható, durva systolés zörej észlelhető. A zörej néha a carotisok felé is tovaterjed. A zörej a háton leginkább a 4. és 5. hátcsigolya magasságában hallható. A pulsus kissé szaporább, könnyebben elnyomható, de nem kis hullámú.

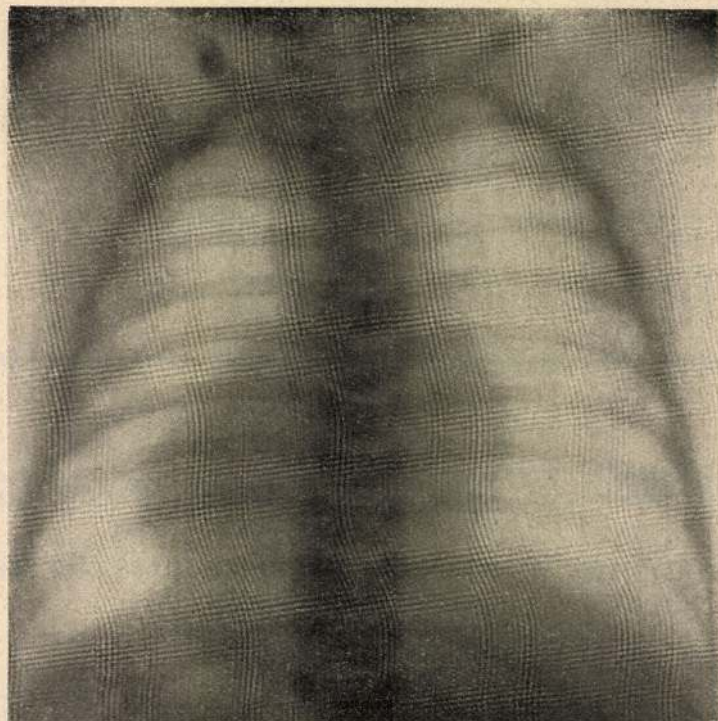
Kórjóslása igen kedvezőtlen, általában véve azt lehet mondanunk, hogy a veleszületett szívbajok között a legrosszabb prognosistű csoportjába tartozik, s bár nem jár absolute életképtelenséggel, mégis az eseteknek legtöbbször a szülést csak órákkal, illetve napokkal éli túl. Egyrésztük halva szülöttként jön a világra. *Vierordt* összeállítása szerint 55·5% halt el a szülést követő első életheten belül, s csak 14·4% életkora haladta meg az egy esztendő.

Saját esetünk rövid leírása a következő:

F. Márta, hat hónapos gyermek, felvételt 1913 június 5.-én. Szülői előadják, hogy negyedik gyermekük, időre született, már születéskor feltűnt nekik, hogy a gyermek arcza szederjes, azóta a szederjes szín hol erősebb, hol gyengébb, kéz- és lábfeje is azóta kékes színűek. Szopás közben gyakran nehéz légzés lepi meg a gyermeket, úgy hogy a szopást rövid tartam után meg kell szakítani, s ilyenkor, rö-

vid idő múlva magához térve, a szopást folytathatja. Most pár nap óta erősebben köhög. Többi gyermekük egészséges.

Jelen állapot: A korához képest elég jól fejlett, de gyengén táplált leánygyermek csontrendszere elváltozást nem mutat. Az arcz, a kézfejek, a lábvégek, de különösen a fülek bőre erősebben kékes árnyalatot tüntet fel. A fej rendes alkotású, körfogata 38·5 cm. Kb. ötkoronás nagyságú nagykutacska. Az orr-, a szem-, a fülnyílások rendesek, az orr hegye csaknem szilvakék, az ajkak és conjunctivák cyanosisosak, időnként halványak, izgalomkor, sírásakor azonban csaknem szilvakékek, vérzés rajtuk nem konstatálható. Mérsékelt dobverőujjak. A mellkas domború, jól fejlett, a szív-tájék kissé elődomború (*voussure*). A tüdők felett sem hallgatódzás, sem kopogtatási eltérés nincsen. A szívcsúcslöké az V. bordaközben a bimbóvonalon kb. 1½ cm.-rel túl tapintható. Relatív szív-tompulat a III. bordánál kezdődve bal felé a bimbóvonalon túl 1½ cm.-rel terjed, s jobbfelé a sternum jobb szélét 1½ cm.-rel haladja meg. Ugyanezen leletet nyerjük a Röntgen-felvétel készítésekor (lásd az 1. ábrát.)



1. ábra.

A szívhangok kissé *tompábbak* a rendesnél, *de tiszták*. A szív-tájékra feltett kéz surranást nem érez. A mellkörfogat 36 cm. (testhossz 60·5 cm.) A has domború, benne a bordaív alatt 2 ujjal tapintható kissé tömött, de egyenletes-sima tapintatú májon kívül a rendestől eltérőt nem találunk. A pulsus 130, eléggé telt és egyenletes. Vervizsgálatakor a vörös vérsejtek számát 7,000.000-nak találjuk, a fehér vérsejtek száma rendes. A vérképben a vörös vérsejtek alakja és nagysága a rendesnek megfelelő, kóros alakú sejteket nem látunk. Testsúly 3140 gr.

A gyermek igen nyugtalan, folytonosan cyanosisos s szopás közben két ízben is nagyobb légzési nehézségek lepi meg. Elhatározzuk, hogy a hiányos oxydatio ellensúlyozására oxygenbelégzéseket alkalmazunk, erre azonban nem kerül a sor, mert a gyermek egy asystolés krízisben másnap reggel 4 órakor elhal.

Pontos diagnózis a veleszületett szívbaj természetét illetően nem volt felállítható.

Bonczoláslelet: A gyengén fejlett és táplált leány hullájának látható nyálkahártyái erősen halványak, kissé cyanosisosak, különösen a test distalis részein. Egyebütt a bőr kissé pergamentszerű, barnás színt tüntet fel. A végtagok ujjainak utolsó perczei kissé bunkósan megvastagodtak. A háton a

nyomásnak kitett helyek kivételével térképszerű rajzolatot mutató kiterjedt hullafoltok.

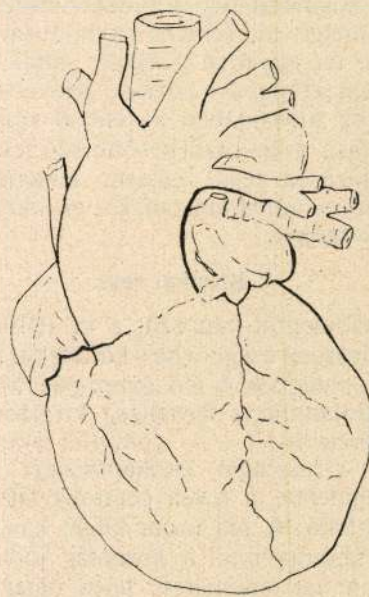
A mellkas megnyitásakor az erősebben megnagyobbodott szív, burkától fedve, szabadon fekszik csaknem egész kiterjedésében a mellüregben, a mennyiben a *gyengébben* fejlett tüdők összeesve egészen a gerincoszlophoz húzódtak vissza. A szívburok megnyitásakor annak sima belső felületéről kb. 5 cm³ tiszta szalmasárga savót nyerünk. A szív kb. a gyermek öklének másfélszeresére megnagyobbodott, méretei: 4.9 cm. hossz, 5 cm. szélesség, 3.5 cm. vastagság, súlya 62 gr. A jobb pitvarba ömlik a két vena cava, a melyek rendes fejlettségűek és rendes helyzetűen szájadzanak a szívbe. A bal pitvarba ömlik a két rendes helyzetű, kissé satnyább fejlettségű vena pulmonalis, mindkét pitvar nagytömegű alvadt vérral kitöltött, tágult. A bal kamara, a mely jóval fejletlenebb a jobbnál, tágult, alvadt vérral telt, a kéthegyű billentyű rendes alakú és fejlettségű; a kamarából sehol kivezető érszájadék s a kivezető ér rudimentaris maradványa sem látható. A bal szív izomzata barnavörös, nem törékeny, ellazult, vastagsága a legvastagabb helyen mérve 5 mm., a csúcson nem egészen 3 mm. A jobb kamara, a mely mintegy félkör alakban az egész szívet borítja, a balhoz viszonyítva *hatalmasan* túltengettnek látszik, kontrahált. Barnavörös tömeges izomzatának legnagyobb vastagsága 1.2 cm., legvékonyabb helyén a csúcson 7—8 mm. A tricuspidalis billentyű jól fejlett, rendes helyzetű. A szívcsúcsot a jobb szív alkotja. A jobb kamara baloldali felső részéből 4.4 cm. széles szájadékkal nyílik egy, az aortára emlékeztető szöveti consistentiával bíró hatalmas verőér, a mely először fölfelé és kissé balra tartván, a bal bronchus felett nyargalva, a gerincoszlop mellé kerül és az aorta lefutását utánozván, adja sorban az ágait. A nagy ér szájadékán három rendes félholdképű billentyű fekszik, a melyek közül egy elülső, egy bal hátulsó és egy jobb hátulsó helyzetet foglal el. Az elülső és a bal hátulsó billentyű tasakja alatt nyílik a két rendes fejlettségű koszorúverőér. A közös verőértörzs fölfelé való útjában a szájadéktól számított 2.4 cm.-nyire adja az első ágát, a jobboldali subclaviát, majd a jobb carotis communist. Az isthmuson a szájadéktól számított 3.8 cm.-re nyílik a kitágult ductus Botalli, a melynek csaknem 6 mm. átmérőjű nyílása van és a melyből eredő ductus, kb. 1/2 cm. lefutás után két nagyjában egyenlő erős ágra oszolva, rövid lefutás után a tüdők hilusában vész el. A többi ér eredése és lefutása, sorrend és irány szempontjából, nagyjában — nem számítva azon egészen minimalis különbségeket, a melyek a főverőérnek erősebb tágultsága rovására írhatók — rendesnek mondható.

A két pitvar közötti válaszfal nem teljes, a mennyiben a foramen ovale harántrésalakúlag nyitott, nagysága 5×3 mm. s billentyűje, satnya fejlődése folytán egész hosszában egy keskeny félholdalakú rést hagy szabadon, a melyen keresztül vércicserélődés könnyen jöhetett létre. Épp így nem teljes a két kamara közötti válaszfal sem, a mennyiben a jobb kamara verőérének bal és jobb hátulsó billentyűje között egy nagyjában kör alakú, kb. fillérnél kisebb, a kis ujj első percét befogadó, kevésbé megvastagodott gyűrűs szélű nyílás van, melyen a két kamara vére közötti keveredés könnyen mehetett végbe. A könnyebb megértés végett a *Markovics* dr. által rajzolt 2. és 3. sémás ábra rögzíti a fentebb vázolt viszonyokat. A többi szervben mérsékelt, a májban erős pangás jelein kívül rendellenességet nem találtunk.

Diagnosis: Truncus arteriosus communis persistens. Defectus septi ventriculorum (partis posterioris) usque ad magnitudinem assis. Foramen ovale apertum. Ductus Botalli persistens adauctum. Hypertrophica dilatativa ventriculi cordis dextri et atrophica ex inactivitate ventriculi cordis sinistri. Induratio cyanotica organorum. Debilitas universalis.

Epicrisis: Ha a fentebb leírt esetet taglaljuk, látjuk, hogy az a második csoportba, tehát a teljesen persistáló truncus arteriosusok csoportjába tartozó veleszületett szívbántalom. Feltűnő volt két körülmény: az egyik, hogy erősebb dob-

verőujjak a gyermekek nem voltak, a másik, hogy a csaknem az összes szerzők által tapasztalt erős surranást és a szív felett hallható erős systolés zörejt ez esetben nem hallottuk. A vérkeringésben ez esetben, mint a bonczolástani leírásból láttuk, a jól fejlett, kissé kitágult ductus Botalli játszotta a főszerepet és csupán ennek kitágulása és erős fejlettsége magyarázhatja azon körülményt, hogy esetünk, dacára rossz prognosistól veleszületett szívbajának, a hat hónapos kort megérhette. A halál közvetlen oka, mint láttuk, egy asystolés krízis volt.



2. ábra.



3. ábra.

Irodalom. *Ballantyne*: Manuel of antenatal pathology and hygiene. W. Green, Edinburgh, 1904. — *Bókay Z.*: A veleszületett szívbajok monographiája. 1913, 97. oldal. — *Halbertsma* (Vierordt és Hochsinger.) — *Fochsinger*: Wiener Klinik, 1891, 2. füzet. — *Holl M.*: Wiener med. Jahrbücher, 1882, 503. oldal. — *Moussous*: Les maladies congénitales du coeur. Paris, G. Masson, 1906. — *Théremin*: Études sur les affections congénitales du coeur, Paris, 1895. — *Rauchfuss*: Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. 1878. IV. kötet, 100. old. — *Toennies Albrecht*: Göttinger Dissertation, 1884. — *Turner W.*: Schmied's Jahrbücher, CXXI kötet, 156. oldal. — *Vierordt*: Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie, XVI. kötet, I. rész, II. fejezet, 132. oldal. — *Rokitansky*: Die Defekte der Scheidewände des Herzens. Wien, 1875.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem agyszövetani intézetéből. (Igazgató: Schaffer Károly dr., egy. ny. rk. tanár.)

Adatok a Förster-féle radicotomia anatómiájához és physiologiájához.

Irta: Richter Hugó dr., tanársegéd.

A Förster-féle műtét okozta anatómiai elváltozásokról az irodalomban eddigelé csak Schuster egy cikkében történt említés. Az itt közölt eset egy sclerosis multiplexben szenvedő betegre vonatkozik, a kin a spasmus megszüntetése okából végezték a radicotomiát, de a beteg hetednapra a műtét után meghalt; ennek következtében a gyökátmetszést kísérő degeneratio nem fejlődhetett ki, Marchi methodusával sem lehetett ilyent kimutatni. Az egyetlen Schuster által felismert és a radicotomiával összefüggésbe hozható szövettani elváltozás az átmetszett gyökök niveaujában az elülső szarv motoros idegsejtjeinek elfajulása volt. Erről később szó lesz. Az itt leírandó szövettani elváltozások tehát először ismertett eredményei egy „experimentum humanum“-nak s ez okból némi érdeklődésre tarthatnak igényt.

I. Klinikai rész.

35 éves nőbetegről van szó, a ki 1910 szeptemberében vétetett föl a fővárosi szegényház-kórházba. Az anamnesisből kitűnik, hogy a betegnek 4 élő gyermeke van, három abortusa volt. Heredofamiliaris terheltég kizárható, potust tagad. A Wassermann-reactio +++ volt. Két évvel jelenlegi megbetegedése előtt elveszítette látóképességét a bal szemén; a papilla itt krétafehér, a fovea centralis táján több kisebb-nagyobb folt látható. A bal szem kifelé kancsalít. A bal pupilla valamivel tágabb, mint a középtág jobb, a mely fényre jól reagál, míg a bal fénymerév. Jelen betegsége 2 év előtt (1908) kezdődött; egyszer éjjel a bal karjába sugárzó óriási fájdalomra ébredt és azt vette észre, hogy bal karja görcsösen összehúzódik. Öntudatát egy pillanatra sem veszítette el; a fájdalom rövidesen megszűnt és azóta nem jelentkezett. A bal alsó végtag contracturája, ellentétben a felsőével, csak lassankint fejlődött ki. Felvételnél a status praesens a következő volt: Az arcon kifejezett baloldali facialis-contractura áll fenn, a mennyiben a homloki ág épsége mellett a bal nasolabialis redő erősen kifejezett, a jobb elmosódott, az ajkak nyugalmi helyzetben balfelé húzódtak; a nyelv bal felé tér el. A beszéd is megváltozott: gyors, időnkint dadogó lett, a beteg sokszor megismétel egyes szokat; azt a benyomást teszi, mintha a beszéd izmai spasmusos állapotban volnának. A bal felső végtag spasmusos hajlítással van, a kéz ökölbe-szorítva, az alkar maximalis flexióban, úgy hogy a kéztenyér és az alkar hajlító felszíne előre tekint; a felkar erősen addukált. Tapintással meggyőződhetni, hogy a biceps tonusos contractióban van, a triceps ellazult és ha a kart e helyzetéből kimozdítjuk, rugó módjára ugrik vissza eredeti helyzetébe. Az ujjak activ módon csak fokozott innervatio segítségével feszíthetők, de rövidesen visszatérnek az állandó ökölhelyzetbe. A tenyérbe beillesztett tárgyakat a spasmusos flektált ujjak közül alig lehet kiszabadítani. Az alkar activ feszítése csak ritkán és nehezen sikerül. A bal láb hasonló spasmusos állapotban van; a láb dorsalflexióban, az ujjak plantarflexióban, úgy hogy kampószerű lábállás jön létre; a beteg a sarkán jár. A láb izomereje is csökkent baloldalt. Érzés-zavar nincs. A bal térd- és Achilles-inreflex fokozott; Babinski-tünet baloldalt kiváltható, clonus nincs.

A betegen tehát baloldali opticus-atrophia mellett baloldali hemispasmus és -paresis állott fenn. Az opticus-atrophia a +++ Wassermann-reactio alapján jogos gyanút kelthetett arra nézve, hogy lueses eredésű és hogy a két évvel később beállott hemispasmus hasonló ok alapján kifejlődött góczbántalomból származott. Azt is megállapíthattuk, hogy a bal testfél spasmusa erősebb, mint az egyidejűleg fennálló paresis, vagy Förster terminológiája szerint a spasmusos componens túlszárnyalja a paresises componenst. A spasmu-

sos végtagok ugyanis időnkint motoros nyugtalanságot árultak el, az ökölbe szorított kéz időnkint megnyílt, az ujjak kifeszültek; a lábujjak is mutatták e jelenségeket, a melyek vagy athetosisszerűen tekergek vagy a choreás mozgásokhoz hasonlóan hirtelenül végbemenők voltak. Szóval az ú. n. *mobilis spasmus* esete forgott fenn. Az a körülmény, hogy a betegen a bal végtagok spasmusa erősebbnek látszott, mint azok paresise, tette ajánlatossá a Förster-féle radicotomia megkísérlését, a melyet előbb a felső végtagon akartunk kipróbálni.

Az átmetszendő gyökök megválasztásakor szem előtt tartottuk Förster azon figyelemztetését, hogy lehetőleg kiterjedt átmetszést végezzünk, a nélkül, hogy ezáltal érzés-zavarokat idézzünk elő. Minthogy elsősorban az alkar flexiójának, tehát a biceps contracturájának megszüntetéséről volt szó, ez utóbbit pedig C₅ és C₆ idegzi be, éppúgy, mint a hasonló működésű brachialis internus és supinator longus, közel fekvő volt az említett két gyökér választása; következésképpen (érzés-zavarok elkerülése okából) C₇-nek épen kellett maradnia annál is inkább, mivel mindazon izmok, a melyeket C₇ lát el, részben C₆-ból, részben C₈-ból is kapnak rostokat. Végül főleg az ujjak mozgásainak szabaddátétele céljából a C₈ és D₁ gyökereket választottuk.

A műtétet Winternitz magántanár végezte; az zavartalanul folyt le. A műtét napjának esti óráiban végezt vizsgálat azt mutatta, hogy a bal kar állapota változatlan, csak az ujjakban mutatkozott némi elernyedés. A motilitás olyan, mint műtét előtt. Érzés-zavar nem volt kimutatható. Két nappal később a lelet ugyanaz volt és változatlanul meg is maradt a következő hónapokban.

A műtétet követő nyolcz hónapon át a beteg teljesen jól érezte magát, bár a spasmusos állapot a régi volt. Egyszer hirtelen a legsúlyosabb agytünetek közt betegszik meg: nagyfokú nyugtalanság, ismételt hányás és zavart sensorium közepette a hőmérsék 42° C-ra emelkedik. A beteg jobb karjában görcsös flexiók jelentkeznek, végtagjait testéhez szorítva, eszméletlenül fekszik az ágyon. A szemek csukottak, időnkint, ha kinyitja azokat, a szemgolyók balfelé való deviatioja észlelhető, A reflexek mindkét lábon élnek, a jobb láb állandó Babinski-állásban van. A cornea-reflex gyengült; a has-reflex hiányzik. Önkéntelenül ürít vizeletet. A tünetek a háromnapos betegség alatt mindinkább súlyosbodnak, míg aztán pár órával a halál beállta előtt az összes izmok teljes elptyhüdése következik be. A halál 1911 szeptember 24.-én állott be. Az aznap megejtett bonczolás az agyburkok nagyfokú vérbőségét és az agyvelő ereinek súlyos sclerosisát derítette ki; az aorta is előrehaladt atherosclerosis jeleit mutatta. Az agyvelő és gerincvelő, valamint a csigolyaközi dúczok további feldolgozás céljából formalinba helyeztetek.

Mielőtt a szövettani vizsgálat eredményeinek közlésébe fognék, az eset néhány klinikai tanulságát szeretném röviden tárgyalni.

Az a körülmény, hogy a műtét után a betegen semmi-féle érzéskiesést nem láttunk, teljesen egyezik a Sherrington-féle szabályal, a melynek értelmében minden érző gyökér a neki megfelelő borszelvényen kívül még a vele szomszédos gyökök megfelelő borszelvényeiből is kap rostokat, vagyis jelen esetben C₄ és C₇ résztvesz a C₅, illetve C₆ és C₇ és D₂ a C₈, illetve D₁ gyökök törzsterületeinek ellátásában. Thomas és Nichols tabeszes gyomorkrizisek eseteiben átvágta a D₇-D₁₀, összesen négy szomszédos gyökert és a műtét után tapintás- és fájdalomérzéskiesést talált a 6. bordától kezdve, a mely három ujjal a köldök fölött szűnt meg. Más szerzők hasonló módon érzéskiesést találtak mindazon esetekben, mikor négy szomszédos gyökert metszettek át. E leletek ellene szólnak a Bruns és Schlesinger által elfogadott álláspontnak, a mely szerint egy gyökér nemcsak a vele szomszédos, hanem távolabbi, legalább is másodsomszéd gyökök, tehát összesen öt gyökterület érzéskiesésében vesz részt. Sőt újabban szaporodik azon észleletek száma, a melyek egyes gyökterületekre a Sherrington-féle szabályt is messze-

menőnek mutatják. Foerster idézi Ballener egy közlését, a ki az első háti gyökér átmetszése után érzéskiesést talált a nevezett gyökér területén. Higier a jobb kar spasmusos monoplegiájának egy esetében radicotomiát végeztetett, a mikor is a D₁, C₈, C₇ gyökereket és a C₅ egy részét metszette át. Műtét után állandó érzés-zavart talált a két alsó nyaki és a két felső háti gyökér területén; az ép D₁ területén beállott kiesést egyáltalán nem tudta megmagyarázni.

Attérek azon kérdés tárgyalására, hogy miféle oki tényezőzök játszhattak közre abban, hogy a műtét — a spasmusok megszűnését illetőleg — teljesen eredménytelen volt; mert az ujjhajlítóknak a műtét után észlelt csekély relaxatioja nem tekinthető a súlyos beavatkozással egyenértékű eredménynek. Az eddig végzett radicotomiák arra készítették Förster-t, hogy a műtét javallatát a következő megszorításoknak vesse alá: 1. csak oly bajok jöhetnek tekintetbe, melyek nem mutatnak hajlamot az előhaladásra (sclerosis multiplex); 2. csak azon esetek, a melyekben a spasmusos componens felülmúlja a paresises componensét és ez utóbbi egyáltalán csak kis fokban áll fenn (e kérdés megítélésékor Goldscheider a spasmusok időleges megszüntetésére újabban az intraduralis stovain-injectiókat hozta javaslatba); 3. végül kirekeszti azon eseteket, a melyek motoros izgalmi jelenségeket mutatnak. Ez utóbbi megszorítás azon felfogás következménye, a mely szerint a motoros izgalmi jelenségeknek nem a pyramispálya sérülése volna a közvetlen oka, hanem egy állandó izgalmi állapot, a mely a thalamus vidékét, elsősorban a nucleus rubert éri és így a radicotomia, ha ki is egyenlítőné a pyramislaesio okozta tonusváltozásokat, az ezen magvakban fentartott izgalmi állapotot megszüntetni nem tudná. Esetünkben, mint a kórrajzi adatokból kitűnik, fennállottak a szóbanforgó izgalmi jelenségek, choreás-athetosisos mozgások és a bonczoláskor ennek megfelelően találnunk is kellett volna kóros elváltozásokat a jelzett magvak környékén. Az agyvelő vizsgálata azonban azt mutatta, hogy azon kéregbeli góczon kívül, a mely a pyramis kiindulási helyét foglalta el, más kóros elváltozás az agyvelőben, nevezetesen azonban a látótelep és vörös mag tájékán nem volt található és így az említett felfogás és a radicotomia ellenjavallata ezen esetekre nem állhat fenn.

Sokkal valószínűbb azon magyarázat, mely szerint a hátsó gyökör átmetszése által előidézett ingerzárlat a peripheria felől nem volt kielégítő és a szomszédos, főleg pedig az ellenoldali hátsó gyökörök révén még mindig jutott annyi ingerület a gerincvelőbe, hogy a reflexspasmus az átmetszett gyökörök szelvényeiben is változatlan maradt. A merevségnek az operatio után észlelt különben is jelentéktelen enyhülése szintén inkább a műtét fokbeli elégtelensége mellett szól.

Schlesinger egyik összefoglaló referatumban összeállította az 1910 végéig végzett radicotomiákat, a megbetegedés és a műtét sikere szerint is csoportosítva azokat. 35 eset közül 19 esetben Little-kór, 3 esetben hasonló bénulásos állapot, 3 esetben traumás spasmus, 3 esetben apoplexiás bénulás, 5 esetben sclerosis multiplex, 1 esetben spondylitis és 1 esetben a felső végtag mobil spasmusa volt a műtét tárgya. Hat beteg (4 felnőtt, 2 gyermek) a műtét következtében (meningitis, sepsis, operatio shock) meghalt. De eltekintve a felnőtteknek viszonylagosan (13 : 4) nagyobb mortalitásától, azt is találta, hogy a gyermekeken végzett radicotomiák műtét eredménye is lényegesen jobb a felnőttekénel. A 19 Little-kórban szenvedő beteg közül 2 meghalt, a többi 17 esetben a műtét lényeges javulást eredményezett, a melyet még fokozni lehetett azon esetekben, mikor utólagosan rendszeres járási gyakorlatokat végeztek a betegekkel. A Little-kórhoz hasonló 3 gyermekkorai spasmusos esetben a műtét eredmény szintén igen jó volt. Ezzel szemben a sclerosis multiplex 5 esete közül 3 meghalt, egyben a műtét eredménytelen volt, egyben rövid időre észlelhető javulás után súlyos visszaesés következett be. A 3 apoplexiás bénulás közül egy halálosan végződött, 1 rossz és 1 közepes eredményt adott. A traumás bénulások közül 2-ben a műtét eredménytelen volt, egy esetben némi javulás mutatkozott. Már ezen adatokból is kiviláglik,

hogy míg a radicotomia Little-kóros vagy hasonló betegségben szenvedő gyermekeken minden esetben jó eredményt szolgáltatott, a felnőtteken különböző bajok miatt végzett Förster-műtétek az esetek többségében eredménytelenül végződtek. Haeckel 1912 végéig összeállított csoportosításában (85 eset) szintén azt találta, hogy legjobb műtét sikere a Little-kórban van. Azóta az irodalomban megsaporodott azon közlések száma, a melyekben a felnőtt korban különböző bajok miatt végzett radicotomia sikertelen volt. Ezekhez csatlakozik a jelen eset is.

Azon kétségtelen tény, hogy Little-kór eseteiben a paresises componens rendszerint csak igen csekély, egymagában véve még nem elégséges annak a feltűnő különbségnek a megmagyarázására, a mely az említett és a többi betegségben végzett radicotomiák műtét sikere közt fennáll. És azt hiszem, hogy azon körülményt is tekintetbe kell venni, hogy míg amaz fiatal gyermekeken, az utóbbiak (sclerosis, spondylitis, apoplexia) felnőtt egyéneken, sokszor már előrehaladt korban végeztetnek. A Little-kór az embryonalis hónapokban zajlik le, tehát oly időszakban támadja meg a pyramispályát, a mikor ez még kifejlődve nincs, legfeljebb a fejlődés folyamatában van. Ismeretes, hogy a pyramispálya velősődése — a melytől működésképeessége függ — az intrauterin életnek késői szakában veszi kezdetét és csak fokozatosan halad előre. Ha a kór-ok ebben a periodusban támadja meg a pyramist, akkor e pálya nem sajátíthatja el a „gátló” működést és így a gyermek mozgásai kizárólag a centripetalis pálya felől kifejtett reflexes szabályozó működés befolyása alatt állanak; ez hozza létre rajta azon spasmusos állapotot, a melyet a hátsó gyököröknek, mint az ingerek egyedüli szállítójának átmetszése azonnal megszüntet. Förster és a többi szerző is nyomatékkal hangsúlyozza, hogy az akaratlagos mozgásokat csak úgy tanulhatja meg a gyermek, ha a műtét után még hosszú ideig rendszeres mozgási gyakorlatokat végez.

Felnőttön a pyramissérülés után beálló spasmust úgy látszik nem, vagy csak nagyon kevéssé befolyásolja a hátsó gyökör átmetszése. Itt a hátsó gyököröknek, illetve az első centripetalis neuronnak az izomtonusra való befolyása megcsökkent, mert osztozik rajta a pyramispályával, a mely teljes kifejlődésében hosszú idő óta fejt ki gátló működését; szóval a tonusszabályozó működés nem alkotja kizárólagosan a hátsó gyökörök funkcióját, mint a Little-kóros gyermekeken, tehát a pyramispálya kiesése esetén előálló spasmust sem fogja a hátsó gyökörök átmetszése megszüntetni tudni. E gondolatmenetből eredő következtetés tehát az volna: *hogy a hátsó gyökörök átmetszése, a mely a pyramislaesio okozta spasmusok megszüntetését célozza, csak olyan esetben jogosult, a hol a pyramispályát még teljes kifejlődése előtt érte a kóros ártalom; ellenben nincs jogosultsága azon esetekben, a melyekben a pyramis hosszabb működési időtartam után betegedett meg.*

II. Anatómiai rész.

A szövettani vizsgálat két módszer szerint végeztetett: sorozatos metszetek készültek Weigert methodusa szerint az agy- és gerincvelőből, míg a spinalganglionok elváltozásait Nissl-festéssel érzékítettük. Néhány spinaldúcot van Gieson eljárása szerint festettünk meg.

a) A nagy agyvelő elváltozásai két csoportba oszthatók: az egyik friss elváltozásokat foglal magában, a melyeknek a halált okozó megbetegedéssel való oki összefüggése igen valószínű: a féltékék legfeljebb részében, különösen a fali tekervények tájékán lobos vérbőség volt látható, számos tágult, vérrel telt ér és a környező agyállomány vérszemes beszűrődése alakjában. A lágy agyburok erei is tágultak és mutatják az említett véromléseket. A homloki és a nyakszirti lebeny felé a szövettani kép mindinkább a normalishöz hasonlít. A kórbonczolástani kép acut *encephalitis haemorrhagicának* felel meg és az utolsó három nap klinikai tünetei e kóros állapottal jól egyeztetetők össze. A másik elváltozás a jobb féltéke operculumát illeti. A lágyulós gócz, a mely

az oldalcsatorna nívauja fölött az elülső központi tekervény legfelületesebb részében kezdődik és lefelé minden irányban szélesedve az oldalcsatorna középső részének szintjében már a szomszédos homloki és hátulsó központi tekervényre is átterjed és a szigetet is magába foglalja, befelé megkeskenyedve az oldalcsatorna külső falánál ér véget. A belső tok elülső szára és térdének nagy része kórosan elfajult, illetve velőtlen. A hátulsó szár és a látótelep vidéke ép. A lágyulások gócnak megfelelően az agyállomány erősen sorvad. A jobb féltékéből származó pyramispálya a Weigert-képeken ritkulást mutat, a mely a mélyebben fekvő összes agyvelő- és gerinczvelőmetszeteken (az oldalkötélben) látható.

b) A radicotomia okozta elváltozásokat a *hátulsó gyökereken* kezdem. Köster és mindazok, a kik állatokon gyökérmetszések után szövettani vizsgálatokat végeztek, azt találták, hogy környéki ideg átmetszése után a csontok sok esetben rövid idő múltán összenőttek, míg hátulsó gyökérmetszése után a csontok összenövését még a műtét után leghosszabb ideig (330 nap) élő állatokon sem észlelték. Ezt azért emelem ki, mert a Förster-műtét esetleges eredménytelenségét már többször az átmetszett gyökérmetszések utólagos összenövésével igyekeztek magyarázni és bár a bonczolatok — a mennyire az irodalomban napvilágot láttak — ilyen esetet egyet sem mutattak, a sebészek nagy része indíttatva érezte magát arra, hogy az egyszerű radicotomia helyett a hátulsó gyökerek resectióját végezze. Esetünkben is ez végeztetett. Hogy a hátulsó gyökérnek a ganglionnal összefüggő csontja nem mutatta az elfajulás jeleit, az könnyű magyarázatát leli abban, hogy a sejtek nem haltak el, csak többé-kevésbé kórosan elváltoztak, ez pedig a hátulsó gyökér csontjának, valamint a peripheriás idegnek anatómiai épségét sem érinti.

c) *Ganglion spinale*. Köster és azon vizsgálók, a kik a hátulsó gyökerek átmetszése után állatokon vizsgálták a spinal-ganglion elváltozásait, azt találták, hogy míg a hátulsó gyökérmetszését követő 80 napon belül a ganglion semmi lényeges elváltozást sem mutat, addig a peripheriás ideg átmetszése után már pár nap múlva súlyos elváltozások következnek be, a melyek az első hónap végéig fokozódnak és azután lassankint regeneratio áll be, míg ilyen regenerációs folyamatot a hátulsó gyökerek átmetszése után sohasem láttak. E biológiai jelenségek szolgálták alapul azon feltevés számára, hogy a hátulsó gyökérnek a ganglionra egészen más befolyása van, mint a peripheriás idegnek.

Köster a 80.-tól a 200. napig terjedő időben kétféle elváltozást látott az átmetszett gyökerekkel összefüggő ganglionokban: nevezetesen látott idegsejtszaporodást minden egyéb morphologiai elváltozás nélkül, a melyben a sejtek és a mag egyformán vett részt, és látta az idegsejtfajulás összes alakjait a kezdődő chromolysistól a sejtestet teljes feloszlásáig, a duzzadt mag peripheriás elhelyezkedését, sőt annak teljes eltűnését, a magvacskák megnagyobbodását és túlfestődését. Az általa kórosnak leírt korszorúalakú („randschollen-kranz-artig“) elhelyezkedését a *Nissl*-szemcsének *Lenhossék* mint a normalis ganglionsejtekben is észlelhető jelenséget írta le. Köster a képein előforduló idegsejtvacuolisatiót, továbbá az idegsejtek és az azokat körülvevő kötőszöveti tok közötti ú. n. pericellularis üreket műterméknek tartja, ez utóbbiak létrejöttét oly módon értelmezve, hogy a keményítő anyag behatolásával szemben a kötőszöveti tok nagyobb ellentállást fejt ki, mint az idegsejt.

Esetünkben a beteg 254 nappal élte túl a radicotomiát, az elváltozások tehát meglehetősen előrehaladottak voltak. A kisebb sejtek száma valóban nagyobb volt, mint normalis képeken, de a többletet a degenerált és zsugorodott sejtek bőven kiadják, az ú. n. egyszerű zsugorodást a mi esetünkben nem láttam beigazolva. Köster azon lelete, hogy az ilyen zsugorodott sejtek körül nem látott pericellularis üreket, tehát a zsugorodás nem lehet műtermék, ellene szól a saját felfogásának és igazolja, hogy e sejtek nem kisebbedtek meg, hanem eredetileg is kisebbek voltak, mert nehezen lehet elképzelni, hogy az idegsejt zsugorodásával annak támasztó

szövetből, tehát élettanilag és szövettanilag egész más anyagból álló burka lépést tartana. Ellenben kétségtelen azon sejtek megkisebbedése, amelyekben a Köster által műterméknek tartott pericellularis üreket láthatók. Nem tekinthetők ez üreket műterméknek, mert legnagyobb részük a kötőszöveti burok falában elhelyezett gliaszarmazású sejtekkel, az ú. n. *Cajal*-féle satellitasejtekkel van kitöltve. E sejtek jelenléte azt bizonyítja, hogy a kötőszöveti burkon belül már in vivo területi eltolódás állott be az idegsejt rovására, a melyet a sejten végbemenő elfajulásos folyamat idézett elő. Az idegsejtek elfajulása kétféle alakban volt látható: nagy sejtek alakjában, a melyek a normalis *Nissl*-képtől csak abban mutatnak eltérést, hogy a szerkezetnélküli plasmazónájuk hiányzott, az ennek helyén támadt pericellularis ürt pedig a *Cajal*-féle satelliták töltötték ki; és kisebb sejtek alakjában, a melyek az idegsejtduzzadás képét: duzzadt, közepén tigroidmentes vagy csak halvány porszerű szemcséket tartalmazó sejtestet, lelapult, ránczos, peripheriás elhelyezésű magot mutattak. A satellitaproliferatio növekedésével, a sejtestet fokozatosan sorvad, kisebbedik, a mag is elveszti világos, hőlyagszerű szerkezetét, ránczos lesz, szennyes sötét színre festődik és a magvacskával egy sötét egynemű tömeggé olvad össze. Előrehaladottabb állapotban a sejtestet teljesen felémésződik és helyét satelliták alkotta „maradékcsomó“ jelzi.

A satelliták hatását a sejtestre szövetoldónak lehet tekinteni, a plasmazóna feloldása után tovább hatolnak a sejt belsejébe, a melynek eredeti contourjait a sejtestből visszamaradt hídszerűen kifeszülő fibrillumos kötegek jelzik; a kötegek között foglalnak helyett a *Cajal*-féle ú. n. *ablakos* sejtek (satelliták).

Schaffer tabeses ganglionokban mint korai elfajulásos tünetet zsírsejtszemcsék lerakódása folytán képződő vacuolákat írt le; a mi festési methodusunk a zsírsejtszemcséket nem tüntette föl, de láthatók voltak egyes sejtekben vacuolák, a melyek a satelliták burjánzásától függetlenül jelentkeztek.

Elég nagy számban láttam sejteket, a melyek sem alak-, sem nagyságváltozást nem mutattak, az őket körülvevő satelliták sem voltak megszaporoedva. A ganglion ezen részleges épségben maradását Köster a velősödési theoriával magyarázza, a mely szerint a hátulsó gyökerek velős hüvelyeket négy egymást követő, különböző időszakban kapják meg, és az a biológiai különbözőség, a melyet kóros viszonyok közt való viselkedésük (electiv tabes) is elárul, az anyasejtek közt is fennáll. Hogy e mellett mennyiben érvényesül *Dogiel* azon lelete, a mely szerint nem minden idegsejt küldi be folytatását a hátulsó gyökérbe, hanem egyesek a ganglion belsejébe, a többi pedig az idegsejtek közt létesít összeköttetést, azt megítélni nem lehet. Tény az, hogy a ganglion sejtjei sem qualitativ, sem quantitativ szempontból itélve nem mutatnak a súlyos insultussal arányos elváltozásokat. A kórtan a működéskiesést jelöli meg a retrograd elfajulás okául. Talán azon körülmény, hogy a ganglionsejt tengelyfonala két irányban fut le és így a gerinczvelő felé való összeköttetés megszakítása esetén a periphéria felől még mindig ép a vezetési, a sejt tehát ingerületektől nincs teljesen megfosztva, szolgáltathatná némi magyarázatát a szokatlan leletnek.

d) *A gerinczvelő elváltozásai az átmetszett gyökök nívaujában*. A hátulsó köteg képe az egyes gyökök magasságában következőképpen alakult:

1. *hátli*: Velőtlen csík a gyökbelépés zónájában, a mely a hátulsó szarv fejéig ér; diffus rostkiesés a *Burdach*-köteg elülső részében (a magasabban átmetszett gyökök lehágó rostjai).

8. *nyaki*: A velőtlen zóna hosszabb és szélesebb.

7. *nyaki* (át nem metszett): Széles, velős gyökbelépési zóna, a melyet félköralakban egy világos mező ($C_8 + D_1$) vesz körül, ez utóbbi csak a ventrocommissuralis zónát és egy háromszegletű dorsomedialis mezőt hagy szabadon ($D_2 \dots$)

6. *nyaki*: Két egymással párhuzamosan lefutó velőtlen csík: az oldalsó a gyökbelépés zónájában a hátulsó szarv fejéig ér (C_6), a középső ($C_8 + D_1$) a *Burdach*-köteg leg-

medialisabb részében fut le nyilírányban, de háti harmadában oldal felé hajolva a gyökbelépés zónája felé ér véget. A két világos mező közt egy mérsékelt ritkult csík a 7. nyaki kiterjedését mutatja.

5. *nyaki*: A világos gyökbelépési zóna hosszabb és szélesebb, mint a különben teljesen hasonló hatodik gyök-magasságban.

E képek a belső gyökök elhelyeződéséről szóló eddigi leírások adatait teljes mértékben igazolják. A belépő gyökérnek szorosan összetartozó rostjai rövid vízszintes irányú lefutás után a függélyes irányba lépnek, közben mindinkább előbbre kerülnek, hogy az utánuk belépő új gyökérnek ad-hassák át a gyökbelépés zónáját. A ventrolateralis helyzetből lassan a középvonal felé húzódnak, miközben az egyes gyökök kiterjedési területe mind nagyobb lesz. A *Lenhossék* által a törzsrostokhoz tartozónak leírt íves rostok, a melyek a hátulsó gyökértől, még a gyökbelépés helye előtt különválnak és a substantia gelatinosán haladnak keresztül, az átmetszett gyökök niveaujában szintén velőtlenek voltak.

A *szürke állomány* elváltozásai a következőkben foglalhatók egybe:

1. *A hátulsó szarvban*: A Lissauer-zóna jelentékeny, de nem teljes kiesést mutat. Az átmetszettekkel szomszédos segmentumokban is látható némi kiesés. A hátulsó szarv és a substantia gelatinosa rostszegénysége nem annyira feltűnő, mint a Lissauer-zónáé, az előbbieken t. i. számos endogen rost fut le, a melyek a hátulsó szarv és a substantia gelatinosa sejtjeiből indulnak ki, ezeket pedig a gyök-átmetszés nem érinti.

2. Feltűnő az ívalakú *reflexcollateralisok* közti különbség az egészséges és az átmetszett gyökér oldalán. A hatalmas, vastagságukkal is feltűnő, ívelt rostokat, a melyek az ép oldal hátulsó kötegéből a hátulsó szarv nyakán és fején keresztülhaladva az elülső szarvba nyomulnak, itt csak néhány, szegényes rost képviseli. A különbség az ép és beteg oldal közt nem alakul szigorúan segmentmagasság szerint, mert a sértett szelvény nyel szomszédos magasságban is látható még, bár jóval kisebb különbség a két oldal reflexcollateralisai közt.

3. Az *elülső szarv* substantia spongiosájának sűrű, finom rostozata is lényegesen megváltozott a gyökátmetszés következtében. A kiesés legnagyobb az elülső szarv oldalsó szögletében, hátulsó-oldalsó részében és a közepén, míg az elülső rész aránylag jól van megtartva. Már szabad szemmel is feltűnő különbséget mutat: a sértett oldal elülső szarva jelentékenyen kisebb térfogatú, mint az ép oldali; a nagyságbeli különbséget pedig elsősorban az angulus posterolateralis megkisebbedése szolgáltatja. Az idegsejtek száma az elülső szarv lateralis szögletében — a mennyire a Weigert-készítményen a megszámlálás lehetséges volt — jóval kisebb, mint az ép oldalon.

Schaffer az elülső szarv posterolateralis részében a motoros sejtek elfajulását észlelte úgy pyramissérülések nyomán, mint hátulsógyökérmegbetegedések következtében. Az elülső szarv ezen elváltozásai mindkét esetben klinikailag a megfelelő izmok sorvadásában nyilvánult. *Schaffer* e jelenséget azon trophiás befolyás zavarára vezette vissza, a melyet a második motoros (pyramis) és az első érző neuron az első motoros neuronra kifejt. *Lapinski* és mások leletei megerősítették ezen elváltozásokat.

Esetünkben véletlenül mindkét ok egyidejűen állott fenn: pyramisbántalom és az azonoldali centripetalis neuron sérülése. Az a körülmény, hogy az elülső szarv jelzett sorvadása csak az átmetszett gyökök magasságában jelentkezett és az ép segmentumok felé fokozatosan megszűnt, kétségtelessé teszi, hogy az elülső szarv sorvadása a jelen esetben szintén csak egyik részlete a hátulsógyökér-átmetszés okozta elváltozásoknak. Egyébként azonban a hatalmas reflexcollateralisok kiesése világosan rámutat a trophiás zavar forrására; egyúttal azonban azt is bizonyítja, hogy a reflexcollateralisokkal összefüggő elülső szarvbeli sejtek, tehát a

tulajdonképpen motoros sejtek, az elülső szarv posterolateralis részében foglalnak helyet.

Schuster esetében, melyben a L_2 , L_3 , L_5 és S_1 magasságok hátulsó gyökereit metszette át, mint egyedüli elváltozást e segmentumok elülső szarvbeli idegsejtjeinek acut elváltozását: a Nissl-rögök szétesését, a sejtnyulványok eltűnését, a mag sorvadását találta; mindezeket azonban az elülső szarv egész kiterjedésében, praedilectiós helyet nem tudott kimutatni. Leletének azon része, a mely szerint az elülső szarv elváltozásai az ép L_4 segmentum magasságában is megvoltak, egyeznek jelen vizsgálat azon adatával, hogy a reflexcollateralisok kiesése és az elülső szarv megkisebbedése az átmetszettekkel szomszédos niveaukban is látható volt. De azon lelete, hogy az idegsejtek elváltozásai az elülső szarvban egyenletesen voltak eloszolva, nem döntheti meg a képeimben megnyilvánuló praedilectiós karakter típusos voltát; az általa észlelt hetednapos elváltozások inkább átmeneti jellegűnek tűnnek föl, a melyekből — mint ismeretes — az idegsejtek egy része gyorsan és teljesen regenerálódhatik, míg a másik rész elfajulása tovább halad; úgy hogy lelete nem áll ellentétben az általam talált elváltozásokkal.

Még *Elders* egy idevágó esetének felemlítésével akarom kiegészíteni az elülső szarv elváltozásaira vonatkozó megjegyzéseimet. *Elders* olyan egyén gerinczvelejét vizsgálta, a ki bal alkar nélkül született. Az öt alsó nyaki szelvényről közölt képei az elülső szarv hasonló alak- és nagyságváltozásait mutatják, mint a minőket jelen eset képei tüntettek föl. Ő is az oldalsó nyulvány és a hátulsó-oldalsó szöglet megkisebbedését észlelte elsősorban, mint a bal kar izomsorvadásának következményét. Lelete, a mely a motoros sejtek (elsősorban a végtagokéinak) székhelyéül az elülső szarv oldalsó részét és hátulsó-oldalsó szögletét tünteti föl, oly esetből származik, a hol a sorvadat izmok és a hiányzó elülső szarvbeli sejtek közti összefüggés kétségen felül áll és teljesen egyezik a mi leletünkkel, a melyet csak a reflexcollateralisok útján közvetített trophiás befolyás kiesésével tudunk megmagyarázni.

4. A *commissurás* rostok nem mutattak elváltozást. Nevezetesen a hátulsó commissura, a melynek a hátulsó gyökérrel való közvetlen összefüggését sokszor hangoztatták, nem mutatta esetünkben ennek következményeit. Azt a néhány vékony rostot, a mely egyes magasságokban elenyésző volt, a sértett gyökök magasságában mindig meg lehetett találni.

e) *A felhágó degeneratio*. Igazolja *Kahler*-nek a hátulsó gyökök intraspinalis elhelyezkedésére vonatkozó törvényét, a mely szerint a magasabban fekvő gyökök az alacsonyabbról jövőket előbb a középvonal felé, majd mindinkább dorsalis irányba szorítják. A Burdach-köteg legmélyebből jövő rostjai a II. dorsalis segmentumból jönnek és annak dorsomedialis szögletében helyezkednek el. Az első háti és nyolczadik nyaki gyökök a septum paramedianum hosszában futnak le. Széles területet foglal el a hetedik gyökér. A gyökrostok egymással való keveredése nem történik egyformán: némely magasságból jövő rostok tovább őrzik meg önállóságukat, mint má-ok; így pl. látható, hogy a II. háti gyökér még a IV. nyaki magasságban is különálló, míg a VII. nyaki már a III. nyaki magasságban teljesen elkeveredett a többivel. Általában azonban azt mondhatjuk, hogy minden gyökér keveredése az ötödik magasabban fekvő segmentumban már végbement. A felső három-négy nyaki szelvény gyökrostjai keveredés nélkül jutnak a nyultvelőben levő Burdach-maghoz.

f) *A lehágó degeneratio*. A lehágó degeneratio vizsgálata azért válik tanulságossá a jelen esetben, mivel a gerinczvelő maga sértetlen lévén, az endogen rostok épek maradtak, a vizsgálat lelete tehát pusztán az exogen lehágó rostokra vonatkozik. Az irodalomban ismertett számos közlés, köztük *Schultze* klasszikus leírása is olyan esetekre vonatkozik, a melyekben a lehágó degeneratiohoz a gerinczvelő valamelyes sérülése folytán endogen rostok elfajulása társult. A lehágó degeneratio képei a következőket mutatták: az átmetszett első háti szelvény alatt egy elég széles csík

szerű elfajulás látható a Burdach-köteg ventralis részében, a mely sem a szürke állományt, sem a peripheriát nem éri el, lefelé haladtában különösen dorsalis részében keskenyedik és a tipusos vesszőalakot veszi föl. A harmadik alsó segmentumban (negyedik háti) eltűnik. Kívülről egy elmosódott határu velőtlen terület látható a II–III. háti szelvény kiterjedésében a hátulsó köteg dorso-lateralis részében. Az első pálya elhelyezkedése szerint a Schultze-féle kommapályával azonos, az utóbbi helye a Hoche által leírt lehágó elfajulás helyének felel meg. A Schultze-pálya tehát lehágó exogen rostokat is foglal magában; ezek képviselik a rövidebbeket, míg az endogen rostok a hosszabb lefutásúak. Ezt bizonyítják az irodalomban közölt azon esetek idevágó leletei, a melyekben az endogen pálya sérülését is fel kellett venni és a melyekben a Schultze-pálya jelentékenyen hosszabbnak mutatkozott. A median zóna teljes épsége annak endogen jellegét erősíti meg. A posterolateralis Burdach-kötegben elhelyezkedő, rövid és nem élesen körülhatárolt pálya csak igen rövid lefutású; ez jogosulttá teszi *Maiburg*-nak azon feltevését, a mely szerint a Hoche-pálya tulajdonképpen csak *kicszerű állomás*, a melyen az endogen és lehágó exogen rostok végleges elhelyezkedésük előtt keresztülhaladnak.

III. Összefoglalás.

A) *Klinikai rész*: 1. Az érzés-zavar hiánya a radicotomia után a Sherrington-szabály érvényességét igazolja.

2. A gyökátmetszésnek feltűnően csekély eredménye vagy a műtéti beavatkozás elégtelenségében, vagy abban a körülményben keresendő, hogy a Förster-féle radicotomia a pyramissérülés által előidézett spasmust előrehaladottabb életkorban, midőn a pyramispálya már hosszabb időn keresztül fejtett ki „gátló“ működést, megszüntetni nem tudja.

3. A beteg talált mobilis spasmus a látótelep és vörös mag teljes anatómiai épsége mellett állott fenn; tehát a hosszabb időn keresztül fennálló motoros izgalmi jelenségek okát nem kell mindig a thalamus vagy nucleus ruber sérülésében keresni.

B) *Anatómiai rész*. 1. A spinalis ganglionok 254 nappal a gyökátmetszés után aránylag kismértékű elváltozásokat mutattak. A satellitproliferatio, a pericellularis ürok és az idegsejtvacuolisatio kóros jelentősége kétségtelen.

2. A reszekált idegnek a ganglionnal összefüggő csonkja nem degenerált.

3. A gyökátmetszés niveaujában a gerinczvelő következő elváltozásokat mutatta:

a) Rostkiesést a Lissauer-zonában.

b) Mérsékeltbb rostkiesést a hátulsó szarv és a substantia gelatinosa állományában.

c) Az ívalakú reflexcollateralisok nagyfokú, de nem teljes kiesését; a szomszédos ép szelvények reflexcollateralisai is mutattak kismértékű kiesést. Tehát a reflexcollateralisok nem mutatnak szigorúan segmentszerű lefutást, hanem a szomszédos magaslatok reflexcollateralisaival keverődnek.

d) Az elülső szarv megkisebbedését és rostszövetének megritkulását. Különösen a lateralis nyulvány és a posterolateralis szöglet mutatják a legerősebb sorvadást, a mely csakis a reflexcollateralisok útján kifejett trophiás hatás kiesésén alapulhat. Egyúttal teljes bizonyosságot nyert azon tétel, hogy a reflexcollateralisokkal összefüggő, tehát „par excellence“ motoros sejtek az elülső szarv oldalsó és oldalsó-hátulsó részében foglalnak helyet.

4. A felhágóan degenerált rostok hosszabb-rövidebb pályán tartják meg egy gyökérhez való hozzátartozásukat. Körülbelül az ötödik magasabban fekvő segmentumban már minden gyökér elkeveredett a többivel. A legmagasabb nyaki gyökerek keveredés nélkül lépnek be a nyultvelő Burdach-magvába.

5. A lehágóan degenerált rostok endogen rostokkal keverve a Schultze-féle kommapályában futnak le; az exogen lehágó rostok a rövidebbek, az endogen rostok a hosszabb lefutásúak.

Kedves kötelességet teljesítek, midőn főnökömmnek, Schaffer tanárnak az eset átengedéséért, valamint tanácsaiért, a melyekkel munkámban segíteni szíves volt, hálás köszönetemet fejezem ki.

Irodalom. *Bielschovsky*: Über den Bau der Spinalganglien unter normalen und pathologischen Verhältnissen. (Journal f. Psychologie und Neurologie, XI. köt. 1908.) — *Dejerine-Theohari*: Contribution à l'étude des fibres à trajet descendants dans les cordons postérieurs de la moelle épinière. (Journal de Physiologie et Pathologie general 1899.) — *Dejerine-Thomas*: Contributions à l'étude du trajet intramedullaire des racines post. dans la région cervicale et dors. sup. de la moelle épinière. (Extrait des Comptes rendus des séances de la Société de Biologie 1896.) — *Elders*: Die motor. Zentren und die Form des Vorderhornes in den letzten 5 Segmenten des Zervikalmarkes und dem I. Dorsalmarke eines Mannes, der ohne Vorderarm geboren ist. (Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurologie, 1910, 491. oldal.) — *Higier*: Foerster'sche Hinterwurzel durchschneidung. (D. Z. XIII. köt., V. füz.) — *Foche*: Beitrag z. Kenntniss des anat. Verhaltens d. menschl. Rückenmarkswurzeln etc. (1891. Hörning J.) — *Köster*: Zur Physiologie der Spinalganglien und der trophischen Nerven, sowie zur Pathogenese der Tabes dorsalis. (W. Engelmann Leipzig, 1904.) — *Lenhossék*: Über den Bau der Spinalganglienzellen des Menschen. (Archiv f. Psychiatrie, 29. köt., 2. füz.) — *Lenhossék*: Zur Kenntniss der Spinalganglienzellen. (Arch. f. mikrosk. Anatomie und Entwicklungsgeschichte, 69. köt.) — *Maiburg*: Die absteigenden Hinterstrangsbahnen. (Jahrb. f. Psych. und Neurologie, 1902.) — *Mayer*: Erkrank. der Rückenmarksstränge der Erwachsenen. (Beitr. z. klin. Medizin u. Chirurgie, 1894, 4. füz.) — *Redlich*: Die Pathologie der tabischen Hinterstrangserkrankung. (G. Fischer, Jena, 1908.) — *Schaffer*: Beitr. zum Faserverlauf d. Hinterwurzel im Zervikalmarke der Menschen (Neurol. Zentralblatt, 1898, 10. sz.) — *Schaffer*: Über Faserverlauf einzelner Lumbal- und Sakralwurzel im Hinterstrang. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1899, V.) — *Schaffer*: Zur Lehre d. zerebr. Muskelatrophie nebst Beitrag zur Trophik der Neuronen. (Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 1897, I.) — *Schaffer*: Über Fibrillenbilder tabischer Spinalganglienzellen. (Z. f. d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie, 1910.) — *Schuster*: Anat. Befund eines mit Foerster'scher Operation behandelten Falles von multipler Sklerose nebst Bemerkungen zur Histologie der multiplen Sklerose. (Monatsschr. f. Psych. und Neurologie, 1913, XXXIII. köt., 5. füz.) — *Schlesinger*: Sammelreferat über die Foerster'sche Radikotomie. (Neurol. Zentralblatt, 1910, 18. sz.) — *Wallenberg*: Beitrag z. Topographie der Hinterstränge d. Menschen. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1898, XIII. köt.)

Újabb adatok a hastyphus járványtanához.

Irta: *Günther József* dr., Szabadka sz. kir. városi tisztifőorvosa.

(Folytatás.)

Mint e tanulmány elején említettem, az utolsó években tapasztalt általános és tömeges előfordulás mindenütt erre a bántalomra irányította a higienikusok figyelmét. Ujra keressük a megbetegedés és a járvány alakulás okait és szinte teljes erővel felújulni látszik a hastyphus ellen évtizedek óta folytatott küzdelem, a melynek történelmében ha végignézzünk, arra a tapasztalatra jutunk, hogy a megbetegedésnek és a járványnak okát mindig más és más irányban keresték. A megfigyelésekből, a sokszorosán és minden téren szerzett tapasztalatokból az derült ki, hogy a hastyphus-megbetegedések aetiologiai viszonyaival még ma sem vagyunk teljesen tisztában és valószínű, hogy az e téren megindult és folyamatban lévő nagyarányú vizsgálatok bővíteni fogják ismereteinket, de nem kevésbé valószínű, hogy egyik-másik elmélet, mint idejét multa, a többivel együtt majd csak a hygiene történelmi lomtárában fog szerepelni. Az első, majd nem azt mondhatnám, kiindulási pont volt: a *talajvíz*; majd sorban egymásután jöttek: a *víz, tej és élelmiszerek*, a legutóbbi időkben pedig, talán nem is legutolsónak, a *bacillusgazdák és bacillusszórók* elmélete.

Milyen változatos sorozata az elméleteknek 1881, az *Eberth*-féle bacillus felfedezése óta! Természetes, hogy a higienikusok lelkesedéssel tették magukévá ez elméleteket és mindig ez elméletek voltak a meg-megújuló küzdelemnek kiindulási pontjai. Lassan-lassan azután kitért, hogy ezek az elméletek és a reájuk épített védekezési módok legalább is túlhajtottak voltak, mert a tények és események igen sokszor reáczáfoltak a feltevésekre. A tévedéseknek azonban megvolt az a haszna, hogy a különböző védekezési módok idővel egybefolytak és a veszedelmes betegséget több oldalról sikerült megtámadni.

A legnagyobb forradalmat idézte elő és a legtovább tartotta magát *Pettenkoffer* talajvíz-elmélete. Ma már kétségbevonhatatlanul a múlté. Azt a megbecsülhetetlen érdemet azonban nem lehet elvitatni tőle, hogy az ő elmélete irányította a figyelmet a talaj szennyezettségére és az ivóvíz kétségtelesen nagy jelentőségére. Ennek az elméletnek alapján indult meg rohamosan a városokban a vízművek és a csatornák építése és szinte egy csapásra esett a hastyphus-megbetegedések és halálozások száma.

Ezt az idevonatkozó statisztika¹² kézzelfoghatólag igazolja. A Majna melletti *Frankfurtban* a múlt század 70-es éveinek közepéig 100.000 lélekre évenként 30—100, átlagban 80 hastyphus-halálozás esett. Az 1866-ban megkezdett vízmű építése nagyon lassan haladt előre. 1874-ben 21%, 1875-ben 31%, 1876-ban 42%, 1883-ban már 70%-a volt a házaknak a csatornahálózatba bekapcsolva. A hastyphus-halálozásban jelentékeny csökkenés állott be már akkor, a mikor a házaknak 30%-a került a csatornahálózatba; 1875-ben már 41%, 1876-ban 34%, majd 20% és végre 1906-ban 3,6%-ra szállott alá, a melyen ma is van. *Berlinben* már 1856-ban létesült a központi vízvezeték, ennek azonban semmi hatása sem volt a hastyphus-halálozásra. A mikor 1875-ben kezdetét vették a csatornázási munkálatok, a helyzet azonnal megváltozott. Az átlagos 80—85%-ról (öt éves turnusokban) 42%, 38%, 15%, 8%, 5%, majd az 1900—1902. években 4%-re esett a halálozás. *Münchenben* 235%-ról 3%-ra; *Wienben* 147%-ról 8,2%-ra; *Zürichben* 80%-ról 3%-ra szállott le a hastyphus-mortalitás.

Kétségtelen tehát, hogy a városokban a vízvezeték és különösen a csatornázás fokozatos fejlesztésével egyenes arányban esett, illetőleg esik a hastyphus előfordulási és halálozási %-a. De tudott és bebizonyított dolog az is, legalább az eddigi, sok téren szerzett tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy a hastyphus-megbetegedések és halálozások alkalmával elsőrangú szerepet játszik az ivóvíz minőségének a kérdése is. Ha nem is az előbbi tantételnek teljesen megfelelő, de jelentős eredményt lehet elérni: az ivóvízszolgáltatás javításával, az ivóvíz állandó ellenőrzésével, a bár kezdetleges, de már meglévő csatornarendszer fokozatos fejlesztésével és főleg az *utczaburkolat állandó kiterjesztésével*.

Ivóvíz dolgában *Szabadkának* pl. nemcsak 1887 előtt, de még 1900-ban is nagyon sok kívánni valója volt. Forrásvize sohasem volt, nincs ma sem és régebben 6—8 méter mély, közönséges ásott, nyitott kutak látták el az ivóvíz-szükségletet. Megengedem, hogy e kutak fölös számmal voltak, de tulajdonképpen mint a talajon átszivárgott esővíz medenczéi szerepeltek. A végtelen csekély kiterjedésű burkolat mellett mindenütt az altalajba szivárgott a mikroorganizmusok miriádjával telített pocsolyavíz, a mit az eső még jobban segített a talajba mosni. A nyitott közkutak körül valóságos teknőszerű mélyedés alakult a vizet hordó emberek és állatok lábaitól és az itt poshadó víz, ha a talajon átszivárogni nem tudott, szép lassan visszacsurgott a kútkáva résein. A házak emésztőgödreiből, trágyadombjairól, istállók hídlásából a váladék a mélyebben fekvő úttestre folyt ki és innen a kutak medenczéibe csurgott, vagy legalább is szivárgott.

Csak 1887-ben fúrják az első artézi kutat a vasúti állomáson. Ugyanítt fúrják 1891-ben a másodikat, 1893-ban a harmadikat és negyediket és 1913-ban az ötödiket. Ezek a kutak azonban a városra nézve nem sok jelentőséggel bírtak.

A 90-es évek elején már a hatóság is belátta az állapotok tarthatatlanságát és 1893-ban elhatározta, hogy a nyitott kutakat fokozatosan cseréli ki, illetőleg helyettesíti 40—50 méter mélységű fúrt kutakkal. Ennek eredményeképpen már 1900-ban 20 ilyen közkútja van a városnak, a melyek közül 14 utczákon és köztereken, 6 pedig tan- és középületekben volt elhelyezve.

A 14 közkút természetesen nem volt elegendő annak a szükségletnek a kielégítésére, a mit a közegészségügy megkívánt, de nem volt elegendő arra sem, hogy a közszükségletet olyan mértékben elégítse ki, mint azt a minden tekintetben megváltozott viszonyok követelték.

Az utolsó tíz esztendőben a közegészség szempontjából a hatóságnak talán az a legnagyobb érdeme, hogy érezvén a vízvezeték hiányát, de belátván azt is, hogy ezeken a miseriákon, ha nem is egyszerre, de fokozatosan mégis segíteni kell, minden erejével azon munkálkodott, hogy a vízszolgáltatás nehéz kérdését legalább ideiglenesen megoldja. Ennek az igyekezetnek az eredménye az a 33 fúrott közkút, a mely ma a közszükségletet iparkodik kielégíteni. Ezzel a 33 mély furatú kúttal együtt ezidőszert 57, a hygienés feltételeknek megfelelő nyilvános közkút és ezenkívül még 56, magánosok tulajdonában levő fúrott kút van a város területén, a mely utóbbiak között igen sok a mélyfuratú artézi kút.

A különbség pedig a két tíz esztendő között nemcsak a kutak számában van meg.

Ha *Szabadkán* az utolsó húsz esztendőnek hastyphus-halálozási arányszámát nézzük, akkor, 1000 lélekre vonatkoztatva az 1889.—1898. évekre terjedő időközben 4,46%, míg az 1902.—1911. években már csak 2,74% a halálozási arány.

Ehhez a nagy különbséghez hozzáfűzni kell azt a tényt, hogy vízvezeték és az ezzel összefüggő rendszeres csatornázás *Szabadkán* akkor sem volt, ma sincs.

De nemcsak a kutak szaporítása idézte elő a bántalomnak ritkább előfordulását. Hozzájárult ehhez még más is, a mi rendszeren együtt szokott járni a közegészség javulásával, vagy, helyesebben mondva, szintén elősegíti a viszonyok javulását. Megbízható, egészséges vizet szolgáltató kutakat csak ott lehet felállítani, a hol a talaj külső szennyeződése úgyszólván lehetetlen. Ennek pedig hathatós eszköze az utcák és úttestek burkolásának fokozatos fejlesztése. Fúrott kutaknak a felállítása csak ott kecsegtetett és kecsegtet biztató reménnyel, a hol a régi sártenger helyébe szolid, az utca piszkát át nem eresztő kövezett burkolat létesül.

És *Szabadkán* ezen a téren is nagy a haladás. A múlt 74.450,52 négyzetmétert kitevő burkolatával szemben ma a burkolt terület 301.105,33 négyzetmétert tesz ki, a mely összeg, majdnem azt mondhatnám, napról-napra növekszik. Ez annyit jelent, hogy az utolsó tíz évben 226.684,81 négyzetméterrel nagyobbodott az a terület, a mely az altalajt megvédi a talaj felületéről behatolható mikroorganizmusoktól.

A vízvezeték, a csatornázás megteremtése és a talajszennyezettség megszüntetése eredményeképpen beálló halálozási és megbetegedési csökkenést a későbbi elméletek már valósággal túlzásba hajtották. A *Pettenkoffer*-féle elmélet „víz-elméleté” alakult át. A hol hastyphus-járvány ütötte fel a fejét, a hivatásos és nem hivatásos hygienikusok lázas sietéssel addig kerestek, kutattak, a míg egy gyanus kút esett a kezük ügyébe: ezt azután nagy diadallal tették felelőssé. Az idők folyamán ez az elmélet annyira elfajult, hogy a szó teljes értelmében divattá változott minden hastyphus-járványt a vízre visszavezetni, úgyannyira, hogy az utóbbi időben már nem is volt ismeretlen eredésű járvány. Ennek az eredménye azután az, hogy azok a statisztikai adatok, a melyek arról számolnak be, hogy hány járványt idézett elő a víz, hányat más körülmények, ma teljesen hasznavehetetlenek.¹³

Egynéhány példa élénken illusztrálja a „vízelmélet” nagyarányú elterjedését.

Korányi F. közlése szerint *Párisban* kimutatták, hogy a hastyphus-megbetegedések szoros viszonyban állanak a folyóvizek használatával; ha a vízvezeték elégtelensége miatt egyik-másik kerületet a *Szajna* vízával voltak kénytelenek ellátni, 3—4 hét múlva ezekben a kerületekben felszokott a megbetegedések száma, majd, a mikor visszatértek a rendes forrásvízhez, 3—4 hét múlva csökkenés állott be az előfordulásban.

¹² W. Ewald: Sociale Medizin, I.

¹³ W. Ewald: Id. munk.

A párisi kászárnyák ivóvizének megvizsgálása alkalmával kitént, hogy éppen abban a két kászárnyában fordult elő állandóan hastyphus, a hová a Szajna szolgáltatta az ivóvizet.

Az 1886.—1890. években Budapesten lefolyt hastyphus-járványt, a mikor mintegy 7000 ember betegedett meg, ugyancsak a vízre vezették vissza. A megbetegedések legnagyobb része a Teréz- és Erzsébetvárosban fordult elő. Ezekben a kerületekben lévő házaknak akkoriban csak egy része jutott szűrt vízhez, nagyobb részét szüretlen Dunavízzel látták el. Fontos különben az a megállapítás,¹⁴ hogy a szüretlen vízzel azok a kerületek kapták, amelyekben a lakosság szegénysége, életmódja, lakásviszonyai egyébként is nagy mértékben ellenkeztek a higiéné követelményeivel. Itt voltak ugyanis abban az időben a proletarnépség zsúfolt lakásai. Kőrösi¹⁵ is csak úgy tudta megállapítani a víz szerepét ebben a járványban, hogy a két kerületben előforduló egyéb heveny-fertőző bántalmak megbetegedési számához viszonyította a hastyphus-esetek számát. Ennek a számításnak alapján arra az eredményre jutott, hogy a szűrt vízzel ellátott kerületek megbetegedési száma úgy aránylott a szüretlen vízzel ellátott kerületek megbetegedési számához, mint 1 : 5·5-hez. A tisztaság és a zsúfoltság közötti arány azonban, a mint azt ma már ki lehet mondani, még ennél is hasonlíthatatlanul nagyobb volt.

Valamivel szerencsésebb az ugyanekkor az Andrássy-úton előfordult megbetegedések statisztikája, bár a tantételez ez sem igazolja. Kőrösi számítása szerint 1000 lélekre a szűrt vízzel ellátott területen 3·042, a szüretlen vízzel ellátott területen pedig 5·0 megbetegedés esett. A lakások közötti különbség azonban, ha nem is olyan nagy mértékben, de itt is megvolt, t. i. a dúsgazdag és a középosztály került itt egymás mellé.

Akad azonban a járványtan történetében olyan epidemia is, a melyet határozottan a víz idézett elő.

Pécsett november hónapban rendkívül súlyos hastyphus-járvány tör ki, mely a hadapród-iskolába is befészkelte magát. Az első megbetegedések a városnak abban a részében fordultak elő, a hol a vízvezeték a Püspökforrás is táplálja. Ezt a forrást a környékén előfordult hastyphus-betegek vagy ezeknek hozzátartozói valami úton-módon megfertőzték. A forrás elzárása után a megbetegedések száma csökkent és a járvány januárban megszűnt. Ellenben megtörténik az a szerencsétlenség, hogy a rendkívül erős fagyok miatt a rendes vízvezeték nem tud elegendő vízmennyiséget szolgáltatni és ezért az újra megnyitott Püspökforrással táplálják a csőhálózatot. Február közepén azután a járvány újra kitör és rövid idő alatt 250-en betegesznek meg. A forrás elzárása után a járvány megszűnik. Ez az eset annyiban is érdekes, hogy a Püspökforrás vizében még a járvány tartama alatt is sikerült typhusbacillusokat kimutatni.

A vízvezetékét okolták a tatai és a modori járványban is.

Szabadkán 1909 július havában egyetlen egy, három családtól lakott házban előfordult 11 megbetegedés eklatás példáját adja a víz által történt zárt területű hastyphus-fertőzésnek. Ezek a megbetegedések nemcsak a lokalizálódás, de a vehemens lefolyás tekintetéből is páratlanul állanak az ország hastyphus-eseteinek történetében. Július hónap 20.-ától 26.-áig ugyanis 11 megbetegedés és 9 halálozás történik egyetlen egy házban, három családban. A localis és egy helyről eredő fertőzést kétségtelenné teszi: a zárt és a zártan maradt terület, az esetek teljesen egyforma, vehemens és szokatlanul súlyos lefolyása, a betegségnek minden egyes betegen hajszálígy egyező kórképe és a megbetegedések első napján gyanusnak tartott kút vizéből kitenyészett typhusbacillus. Ezt a 11 megbetegedést és 9 halálozást a ház udvarán levő, azelőtt sohasem használt kút vize okozta, a

¹⁴ Korányi F.

¹⁵ Kőrösi József: A szüretlen víz befolyása a typhus terjedésére. Orvosi Hetilap, 1890.

melyet a tőle 1 méter távolságra fekvő ásott pöczegödör fertőzött meg.¹⁶

Az 1895 nyarán és őszén Lüneburg¹⁷ városkában kitört járványt is a vízvezeték okozta. A város vízszolgáltatását 6, egymástól független részvénytársaság látja el, még pedig olyan módon, hogy az utcákat és a házakat egymás között felosztották. A csőhálózatokat tápláló egyes kutak és források vize hygienés szempontból nem volt egyenlő. Az egyik, az ú. n. Abt-féle társaság csőhálózatát a városka alatt elfolyó Ilmenau vize megfertőzte. Ez a vállalat 430 telket látott el vízzel, a másik 5 vállalat együtt pedig 865 teleknek szolgáltatott vizet. Júliusban a városban hastyphus-járvány tör ki és az augusztus végéig bejelentett 167 esetből 93% jutott azokra a telkekre, a hova az Abt-társaság vezette a vizet; a fennmaradó 7% a többi ház, illetőleg a többi vállalat által ellátott telkekre esett. Ellenére tehát annak, hogy az előfordult hastyphus-esetek a városban szerteszórva jelentek meg, R. Pfeiffer-nék mégis sikerült a fertőzést a vízre visszavezetni.

Az európai hírvé hastyphus-járványok közül a vizet okolták a Bochum, Altenessen, Borbeck és Gelsenkirchen városokban dühöngött járványok alkalmával. Ezek közül a maga klasszikus megnyilatkozásában a gelsenkircheni¹⁸ járvány a legérdekesebb.

A mellékelt diagramm¹⁹ karakteristikusan mutatja a vízzel összefüggésbe hozott járványok elengedhetetlen *explosió*s kitörését. Az alacsonyan húzódó, nem szakgatott hullámvonal a contact fertőzéseket tünteti fel. A járvány okainak kutatásában R. Koch is részt vett. A víztheoriát itt nem tudták kétségtelenül alkalmazni és ezért voltak kénytelenek az akkori hygienikusok legalább az esetek folytatásában a contact fertőzéshez folyamodni. A kitörés tulajdonképpen oka itt mind a mai napig rejtély maradt.

A víztheoria azután, úgyszólván virágjában, kettétört. Helyét ugyanilyen mértékben foglalta el a tejtheoria. Néhány, a tejgazdaságokból kikerült, vagy ezekben magukban előforduló eset révén, még nem is olyan régen, minden hastyphus-járványt, mint azelőtt a vízre, most a teje fogtak rá. Az első értesítések Angliából jöttek. Harrington az 1886-ban Cambridge-ben kitört járványról kimutatta, hogy a fertőzés olyan majorosnak a tehenészetéből indult ki, a kinek majorjában 3 hónappal azelőtt két egyén szenvedett hastyphusban és a kinek házából a pöczegödrök tartalmát a legelőkön terítették szét.

A városoknak hatalmas arányú fejlődése és a modern gazdasági élet úgy a vidéken, mint a központokban megteremtette a tejszövetkezeteket, a melyek révén ez az élelmiszer éppen úgy, mint a víz a vízvezeték csőhálózatán, minden-hová elkerül.

E tanulmány befejezése és elküldése után jelentek meg Bernhard Fischer, H. Kossel és Otto Lentz cikkei a „Deutsche medizinische Wochenschrift“-nek abban a számában, melyet 70. születési évfordulója alkalmából R. Koch emlékének szenteltek.²⁰ Egyrészt az irodalom teljességeért, másrészt azért ismertetem e cikkeik tartalmát, mert B. Fischer, a míg hajlik a légytheoriához, addig a tej útján elterjedő fertőzésben már a bacillus-gazdákat és bacillusszórókat teszi felelőssé.

„A míg azelőtt a víztől okozott fertőzések uralkodtak — mondja cikkében —, addig ma a contact fertőzések alkotják a megbetegedések legnagyobb részét; de még e mellett

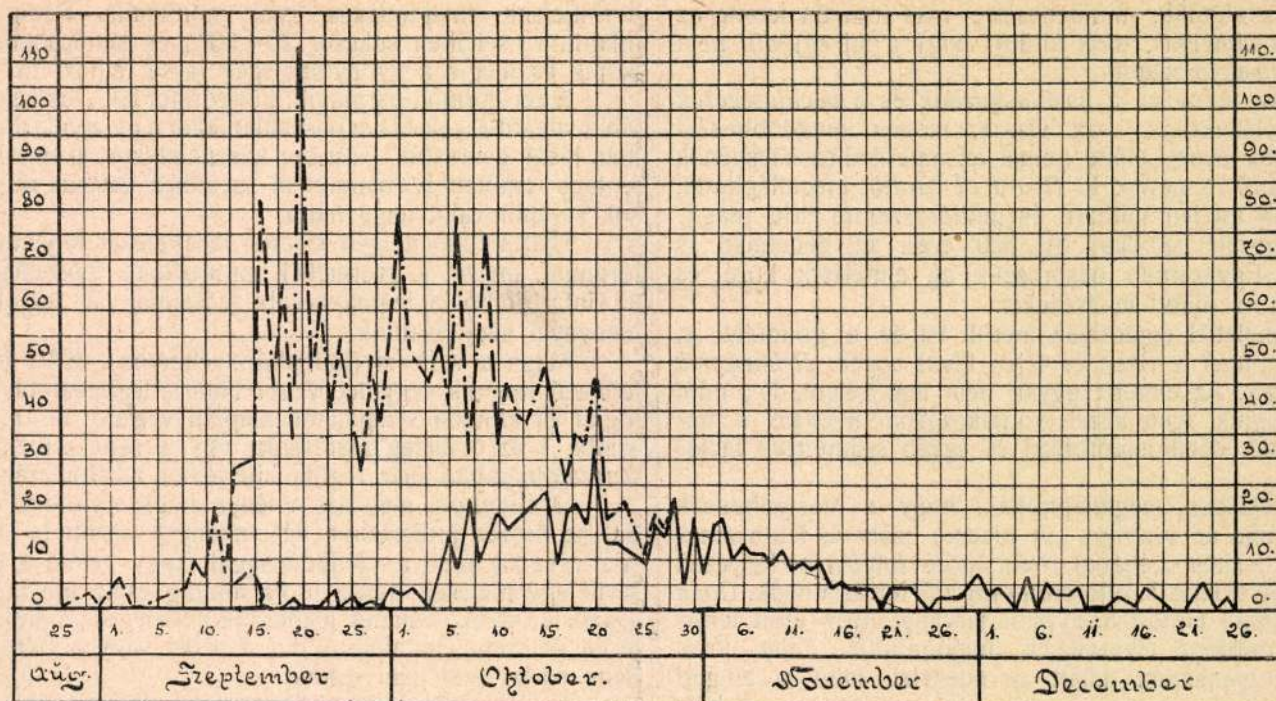
¹⁶ Günther József dr.: Tíz év Szabadka város közegészségügyének történetéből, 1902—1912. 1912.

¹⁷ A porosz Hannover tartományban fekvő 30.000 lakosú ipari város.

¹⁸ A porosz Arnsberg kerületben fekvő, mintegy másfél-százezer lakosú nagy bánya- és gyárváros.

¹⁹ W. Kolle und H. Hetsch: Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten.

²⁰ B. Fischer: Typhusverbreitung durch Milch und ihre Verhütung nach den in Schleswig-Holstein gemachten Erfahrungen. H. Kossel: Zeitliche und örtliche Disposition bei Infektionskrankheiten im Lichte experimenteller Forschung. Otto Lentz: Der Typhus in Oberstein unter dem Einfluss der systematischen Typhusbekämpfung. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 50. sz.



is mindinkább előtérbe lépnek azok az infekciók, melyeket az élelmiszerek, különösen pedig a tej okoznak.

Altonában az 1886—1892 közé eső években évenként átlag 600 hastyphus-megbetegedést okozott a rosszul szűrt víz. 1893-tól mindössze egyszer, 1908—09 telén fordult elő hasonló fertőzés 40 egyénen. Kútvízre az utolsó tíz esztendőben 5 járvány esett összesen 50 beteggel. Folyóvíznek az élvezete 1909-ben *Hewelsfleetben* 58 megbetegedést okozott. Az 1907-ben *Wilsterben* észlelt 47 hastyphus eredetét, ellenére a lakásokban tapasztalt hihetetlen rondaságnak, kénytelenek voltak a *Wilsterau* vizére visszavezetni. Ezeket kívül Altonában és az *Elba* környékén évenként akad egy-egy hastyphus azok között, a kik vagy fürödnek a folyóban, vagy pedig közelében dolgoznak; ezeknek az eseteknek a száma azonban az utolsó tíz évben egyszer sem érte el a huszat. Ha az 1904 január 1.-étől 1913 november 1.-éig előfordult, a vízre visszavezetett fertőzéseket túlbecsüljük is, az akkor sem több, mint 355, míg ugyanezen idő alatt 441, tej útján létrejött fertőzést állapítottak meg.

Az orvosok részéről bejelentett 4153 esetből a *kieli* egészségügyi laboratórium 388-ban paratyphus β -t állapított meg, vagyis *B. Fischer* véleménye szerint minden tizedik bejelentett megbetegedés paratyphus volt. Ha ezeket levonjuk, akkor az utolsó tíz évben 9.5% víz- és 11.7% tejfertőzés fordult elő; sőt ha az utolsó három évben bejelentett 917 esetből levonjuk a paratyphus-megbetegedéseket, akkor 228 jut a tejre, tehát minden negyedik hastyphus-fertőzést tej idézte elő.

1894 novemberében *Reuter* kilenc esetet észlelt. A *broacki* egyházközség különböző helyein ugyanegy időben kilenc fiatal leány betegszik meg. Megbetegedésük előtt 15 nappal együtt kávéztak és a tejszínt mindegyik hazulról hozta magával. Azoknak a házaknak egyikében-másikában, a honnan a tejszínt hozták, néhány héttel előbb hastyphus-esetek fordultak elő.

Az 1892. évben *Kielben* 281 megbetegedés történik. A betegek jó része ugyanarról a helyről szerezte be tejszükségletét. Ugy it, mint az 1902 és 1903-ban *Rendsburgban* előfordult esetekben a vizsgálat azt derítette ki, hogy a tejszükségletet fertőzött vízzel mosták.

„A typhus és a paratyphus bacillusai a tejbe a kéz közvetítésével kerülhetnek. Ezzel a lehetőséggel kell számolni betegeknél, bacillusgazdáknál, bacillusszóróknál és ápolóknál, hozzátartozóknál, a kik a fehérenművel, ágytállal stb. jönnek érintkezésbe. A tejet megfertőzhetik azok, a kik fejnek, az edényeket tisztítják, a kik elosztják, szűrik, tisztítják, lefölközik,

pasteurizálják, hűtik, keverik, töltik, lemérik, eladják stb. stb. Megtörténhetik a fertőzés a gépek, szerszámok és edények mosására szolgáló víz útján is. Ezeket kívül, mint *vívőanyagok szerepelhetnek levegő, víz, talaj és rovarok*“.

A fenti tétel illusztrálására közölt járvány csodálatos módon hasonlít a *Korányi* által ismertetett *cambridgei* és a később sorra kerülő *Hewitt-féle denveri* esethez.

„Annak a lehetőségével, hogy úgy a talaj, mint a legyek is szerepet játszhatnak a tej megfertőzésében, feltétlenül számot kellett vetni az 1905 nyarán *Preetzben* előfordult hastyphus-megbetegedéseknél. A 83 megbetegedés kiinduló pontja egy asszony volt, a ki a fertőzést *Kielben*“ szerezte és betegségét május 6.-ától a major mellett levő házban élte át. A bántalmat azonban csak akkor ismerték fel typhusnak, a mikor hozzátartozója és sokan azok közül is megbetegedtek, a kik ugyanabból a majorból szereztek be tejszükségletüket. 2 vevő június közepén, 58 július 10.-étől augusztus 2.-áig, az utolsó 16 pedig augusztus végéig betegedett meg. A majoros, ennek két cselédleánya és kocsisa a közé a 6 közé tartozott, a kik július 10—12 között betegedtek meg. A július 28.-án tartott investigációnál megállapították, hogy a szomszéd házban megbetegedettek a majorságban nem jártak, ellenben ezeknek ürüléke a trágyadombra került, melynek váladéka ismételtén átfolyt a majorság udvarába. A tehenészet személyzete nem igen jutott közelébe a trágyadomnak és így nem volt valószínű, hogy innen a fertőzést cipőtalp, eszközök, tejszükséglet, mosogatóedények közvetítették volna. Közelfekszik tehát a fellevés, hogy a trágyadombról vagy ennek az udvarba átfolyó váladékából a legyek hordták át a csírákat a tejszükségletre. Nincs azonban kizárva az sem, hogy ugyanezt macska vagy egyéb állat cselekedte a talpával.“

A *kieli* 1904 és 1911. évi, az *itzehoei* 1911. évi és az *ahrensböcki* 1908. évi tej okozta járványokban a tej megfertőzésének módját nem tudták megállapítani. Megnehezítette a helyzetet, hogy *Itzehoe*ben a tej pasteurizálása rendőrileg kötelező.

Az *altonai* (1905—1910), *lundeni* (1913), *heidei* (1913), *friedrichsorti* (1913), *flensburgi* (1905/06) és *kieli* (1912/13) „tej okozta“ epidemiában több-kevesebb valószínűséggel bacillusgazdák játszottak szerepet“.

Feltűnő sok esetben vezették vissza a tejre a fertőzés okát *Münchenben* is. A mint látjuk, ezek az újabb megállapítások már számolnak a bacillusgazdák és bacillusszórók szerepével.

Valószínű, hogy idővel a tejteória — bár még eléggé benne vagyunk — is elérte, talán felül is multa volna a vízelméletet, azonban egy új felfogás, ha nem is vetett véget

ennek a diadalútnak, mindenesetre más irányba lerele az eddigi merev elméletet, mert kitűnt, hogy a tej *egyedül* nem ad kielégítő magyarázatot.

Ez az új felfogás: a *bacillusgazdák* és a *bacilluszórók* elmélete. Emlékezzünk csak vissza, milyen megdöbbenést okozott néhány évnek előtte annak az amerikai szakácsnének az esete, a kiről a newyorki *Board of health* megállapította, hogy nap-nap mellett milliárd és milliárdszámra üríti magából az *Eberth-féle* bacillust. Ma már ezen az ijedelmen is túl vagyunk. Egyszerűen besorozzuk az elméletek közé és fűzzük hozzá az újabb feltevéseket.

A tejmérettel egyidőben merült fel az a gondolat is, hogy a *hastyphust* a vizen és tejen kívül egyéb *élelmiszerek* is közvetíthetik. Az elmélet ugyan nem mai keletű, de a mint majd látni fogjuk, igen közeli vonatkozásba hozható a *bacillusgazdákkal*, *bacilluszórókkal* és egyéb számottevő *facto- rokkal*.

Már 1897-ben megállapították, hogy a *hastyphus*nak egyik terjesztője az *osztriga*. „A piacra szánt és felduzzasztás vagy felfrissítés céljából rövid időre folyóvízbe helyezett *osztriga* a vízóvízbe kerülő *csatornavíz*től fertőződhetik. *Conn* a *Middletownban* kiütött *hastyphus-járványt* ilyen úton fertőzött nyers *osztriga* élvezetének tulajdonította. *Foot*e jóval több mikroorganizmust talált az édesvízi, mint a tengeri *osztrigában*; és hozzáteszi, hogy olyan vízben, a melybe *osztrigát* helyeztek, a *typhus-bacillus* hosszabb ideig megtartja életképességét, még tovább azonban magában az *osztrigában*.”²¹

*Szontagh Félix*²² legutóbbi dolgozatában arra következtetésre jut, hogy a „*typhusmegbetegedés* eseteiben is mindenek szerint elsősorban *alimentaer ártalmak* játszanak nagyon fontos szerepet”.

Mindez új elméletek ellenére azonban a *hygienikus* önkéntelenül is vissza-visszatér a multba és okozati összefüggést keres a vízszolgáltatás nagymérvű javulása és a *hastyphus-halálozás* feltűnő esése között. Viszont azonban be kell vallani, hogy ha meg is van a határozott, kétségbe nem vonható javulás úgy a vízszolgáltatás terén, mint a *hastyphus* betegedési és halálozási eseteinek csökkenésében, ez a bántalom évről-évre, consequenssen felüti a fejét, sőt akár-hányszor *járvány*nyá fajul.

Megjelenik pedig az ú. n. *augusztus-novemberi* típus,

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti m. kir. állami gyermekmenhely belgyógyászati osztályáról.

A jodtartalmú antisepticumok alkalmazásáról a gyermekgyógyászatban.

Irta: *Szabó Mihály* dr., főorvos.

Közönségesen tudott dolog, hogy úgy a *jodoform*, min más *jodtartalmú* készítmények hatása a *bőrbajokban* azon alapszik, hogy a test illetve a seb *váladékainak* behatására a *vegyületből* *jod* válik le, mely *jod* egyrészt a kiválás pillanatában (*in statu nascendi*) igen erős *bactericid* hatású, másrészt a *túlsecretio* csökkentése révén *szárító* hatást fejt ki.

Ha a *vegyületben* esetleg *bismuth* vagy egyéb *fémalkotórész* is van, akkor ezen *szárító* hatás még fokozódhatik. Ezen *jodtartalmú* *antisepticumok*nak azonban közös nagy hátránya az, hogy belőlük a *jod* túlgyorsan válik le és ennélfogva alkalmazásuk *intoxicatió*hoz vezethet és ezért a *gyermekgyógyászatban* főleg a *jodmentes* *vegyületek*, mint a *xeroform*, *noviform*, *dermatol* s leginkább a *bórsav* szerepelnek.

Maga a *bórsav* alkalmazása a *kis* *gyermeken* oly gyakran előforduló *intertrigo* és különféle *eczema* eseteiben rendkívül el van terjedve, dacára annak, hogy *szárító* és

desinficiens tulajdonsága csak *minimalis*. Pedig *eczema infantum* eseteiben sokszor 20—50%-os *kenőcsökben* applikáljuk és mégis a *gyógyulás* igen lassu, *elhúzódó*.

A *xeroformot*, *dermatolt*, *noviformot* 10%-os *kenőcs* alakjában alkalmazzuk és bár használatukkor a *gyógyulási* *processus* már jóval gyorsabb, mint *bőr* használatukkor, azonban éppen a fentebb említett *bőrbántalmak* eseteiben hatásuk szintén igen sok kívánni valót hagy hátra.

Ujabb időben igen sikeres kísérleteket folytatunk a *vioform*mal, melyet a *gyermek*ek mindenfajta *bőrbetegségeiben* az *intertrigótól* a *legmakacsabb* *eczemáig* a legjobb eredménnyel alkalmazzunk.

Maga a *vioform* (*jodchloroxychinolin*) 40% *jodot* tartalmazó *szerves* *vegyület*. *Tavel* tanár a *legbehatóbb* *bakteriologiai* és *klinikai* *vizsgálatok* alapján vezette be a *gyógyászatba* s az ő meleg ajánlására úgy a *sebészetben*, mint a *dermatológiában* már régóta kiterjedten alkalmazzák.

Ő állapította meg azt a tényt, hogy a *vioform* bír *egyedül* az *összes* *jodtartalmú* *készítmények* között (a *jodoformot* sem véve ki) azzal a *tulajdonsággal*, hogy *belőle* a *jod* rendkívül *egyenletesen* *hasad* le és *mindig* csak *annyi*, a mennyi a *vele* érintkező *váladék* *lekötésére* szükséges; s minthogy teljesen *neutralis* *charakterrel* bír, a *sebet* vagy a *bőrt* sem meg nem *marja*, sem nem *izgatja*.

Jodtartalmán kívül a benne levő *chlorphenolszerű* csoport igen erős *szárító* és *sarjasztó* hatást fejt ki, mely tulajdonsága a *vegyületnek* különösen *nedvező* *bőrbajok* kezelésékor előnyös: n használható ki.

Osztályunkon kétféleképpen alkalmazzuk:

1. *Kis* *gyermek*ek *eczemája* eseteiben 10%-os *kenőcs* alakjában:

Rp. *Vioformii* 5·00
Vaselini 45·00

M. f. ungu. D. S. *Suo nomine*. A *beteg* *helyet* 3-szor naponta bekenni.

2. A *csecsemők* *intertrigója* ellen vagy mint *hintőpor*:

Rp. *Vioform* *Streudose* „*Ciba*“
scat. original.

vagy, mint 5%-os *vioform-vaselin*:

Rp. *Vioformii* 2·5
Vaselini 47·5

M. f. ungu. D. S. *Suo nomine* A *beteg* *helyet* 3—4-szer naponta vastagon bekenni.

Osztályunkon nyert bő tapasztalataink alapján nyugodtan állíthatjuk, hogy a *vioform* alkalmazásakor még *csecsemőkön* sem láttunk *intoxicatiót* vagy akár a *bőr* *legcsekélyebb* *lobosodását*. A mi pedig *desinficiens* és *szárító* *tulajdonságait* illeti, úgy az *obligat* *bőrkenőcsöt*, mint a *többi* *jodmentes* *gyógyszert* (*xeroform*, *dermatol*, *noviform*) hatásban messze felülmúlja.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Eugen Holländer: Die Medizin in der klassischen Malerei. Nagy nyolczadrét, XX + 478 lap. 272 képpel. F. Enke, Stuttgart 1913. — Füzve 28, vászonba kötve 31 márka.

Az O. H. 1905. évi 33. számában volt alkalmunk ezen munka első kiadását ismertetni. Az azóta lefolyt időt *Holländer* lelkiismeretes, körültekintő munkával használta fel az előttünk fekvő II. kiadás előkészítésére. Első tekintetre is feltűnik a terjedelembeli változás, melyet úgy a *szöveg* *bővülése*, miként a *képek* *számának* *több* mint *százzal* *való* *gyarapodása* okoz. A *mult* *kiadás* 165 képével szemben *ugyanis* 272-t *nyújt* az új.

A *szöveg* azonban nemcsak *bővült*, hanem *több* *helyen* *módosult* is. Bizonyos *kisebb* *hibákat*, melyek *annak* *idején* *ellenvetésre* *találtak*, *gondosan* *kiküszöbölt* a *szerző*, *munkája* *előnyére*.

²¹ Loomis-Thompson: American system of practical medicin, 1897, I.

²² Szontagh Félix: Túlérzékenységi reakciók. Orvosi Hetilap, 1913.

Mindenestre *Holländer*-t illette meg már eddig is az érdem, hogy Németországban mint első foglalkozott szakszerűleg a művészet és az orvostan egymáshoz való viszonyával. Az új kiadás további fejlődést jelent e téren. A munka hatását igen könnyen illusztrálhatjuk azzal, hogy anyagából illusztrált művészi naptárakat állítottak össze, hogy egyes német folyóiratok a munkából vett képeket mellékletként közölték, sőt hogy az elmaradhatatlan képeslevelezőipar is felhasználta őket. De szívesen fogadott tanítási segédeszköz, vagyis demonstrációs anyag is lett *Holländer* könyve. Melegen ajánljuk kartársaink figyelmébe, mert szövege és magyarázó sorai oly stílusban vannak tartva, hogy előzetes orvostörténelmi készség hiján is teljes megértést tesznek lehetővé.

A munka *Enke Ferdinand*-nál jelent meg Stuttgartban, Németország legáldozatkészebb kiadójánál, a kinek ezen előkelő tulajdonságát a tiszteletbeli doctorsággal jutalmazta annak idején az alma mater. *Enke* nevének említése maga is elegendő arra, hogy a munka gondos, művészi kiviteléről előre is meg legyünk győződve. Györy.

Bier, Braun und Kümmel: Chirurgische Operationslehre. Band III. Joh. Ambrosius Barth, Leipzig, 1913.

Hatalmas, majdnem 1000 oldalra terjedő kötet képeben jelent meg a *Bier-Braun-Kümmel*-féle nagy műtétan III. kötete, melyben *Poppert* (Giessen) a végbélen, *Kümmel* (Hamburg) a vesén, vesemedenczén, ureteren és prostatán, *Rumpel* (Berlin) a hólyagon, húgycsovön és férfi-ivarszerveken végzendő műtéteket, *V. Müller* (Rostock) az amputációk, exarticulációk és izületi műtétek általános technikáját és a felső végtagon végzendő műtéteket, *Klapp* (Berlin) az alsó végtagon végzendő műtéteket írja le. Az illusztris szerzők neve egymagában biztosítékát szolgáltatja annak, hogy az összes themák kiválóan vannak feldolgozva. A munka iránya elsősorban praktikus, a sebészeti gyakorlat igényeit szem előtt tartó s mint ilyen igen használható segédeszköze lesz tartalmának bőségénél, tárgyalásának instructív módjánál fogva a gyakorló chirurgusnak. Tanulságos voltát a nagyszámú (797) s túlnyomólag igen szép ábra is nagy mértékben fokozza, úgy hogy e kötet igazán méltón csatlakozik elődeihez. P.

Új könyvek.

A. Kolisko: Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache. Wien, W. Braumüller. 22 m. — *E. Schwenk*: Grundlagen und derzeitiger Stand der Chemotherapie. Stuttgart, F. Enke. 240 m. — *N. Guleke*: Chirurgie der Nebenschilddrüsen. Stuttgart, F. Enke. 840 m. — *F. Schaefer*: Die Alkohol-Geistesstörungen. Halle, C. Marhold. 150 m. — *M. Sternberg*: Das chronische partielle Herzaneurysma. Wien, F. Deuticke. 3 m. — *F. Volhard und Th. Fahr*: Die Brightsche Nierenkrankheit. Klinik, Pathologie und Atlas. Berlin, J. Springer. 45 m. — *P. Frangenheim*: Die Krankheiten des Knochensystems im Kindesalter. Stuttgart, F. Enke. 1480 m. — *R. W. Allen*: Die Vakzitherapie, ihre Theorie und praktische Anwendung. Dresden, Th. Steinkopff. 10 m. — *C. Garré*: Die Behandlung der Gelenktuberkulose und ihre Erfolge. Verlauf und Ausgänge per Spondylitis tuberculosa. Tübingen, Laupp. 9 m. — *D. Sarason*: Das Freilufthaus. Ein neues Bausystem für Krankenanstalten und Wohngebäude. München, Lehmann. 5 m. — *Lobedank*: Kurze praktische Anleitung zur Erkennung aller Formen der Kopfschmerzen. Würzburg, C. Kabitzsch. 2 m. — *H. Reiter*: Vaccinotherapie und Vaccinediagnostik. Stuttgart, F. Enke. 8 m. — *H. Wilbrand*: Die Theorie des Sehens. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 160 m. — *W. Osborne*: Die Gefahren der Kultur für die Rasse. Würzburg, C. Kabitzsch. 180 m. — *G. Ricker und J. Schwalb*: Die Geschwülste der Hautdrüsen. Berlin, S. Karger. 10 m. — *W. H. Fearis*: Die Behandlung der Tuberkulose mittels Immunkörper. München, M. Steinbach. 2 m. — *A. Dreyer*: Radium als Kosmetikum. Bonn, Fr. Cohen. 240 m. — *A. Rollier*: Die Heliotherapie der Tuberkulose. Berlin, J. Springer. 660 m. — *de Quervain*: Kurzgefasste Lehre von den Knochenbrüchen, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Mechanik und Biologie. Teil I. Leipzig, F. C. W. Vogel. 9 m. — *W. Scholtz*: Geschlechtskrankheiten. Leipzig, S. Hirzel. 12 m. — *W. Croner*: Diaetetik der Stoffwechselkrankheiten. Berlin, J. Springer. 280 m. — *E. Gallavardin*: Orthodontie. Paris, Bailliére et fils. 10 fr. — *G. S. Graham-Smith*: Flies in relation to disease. Cambridge, University-Press. 10/6 sh. — *Leslie B. C. Trotter*: Embolism and thrombosis of the mesenteric vessels. Cambridge, University-Press. 8 sh. — *Jamieson B. Hurry*: The ideals and organisation of a medical society. London, J. and A. Churchill. 2 sh.

Lapszemle.

Sebészet.

A retrograd bél-incarceratióról értekeznek *W. Merckens*. Saját operált esete kapcsán bővebben foglalkozik ezen gyakorlatilag fontos sérvcomplicatióval, annál is inkább, mivel az utolsó években két olyan munka (*Pólya*, *Westinghausen*) jelent meg, a mely világossá teszi bizonyos esetek egész sorát, a melyeknek pathogenesise mindaddig homályos volt. Retrograd incarceratio alatt a sérvkapuból a hasürbe menő képlet incarceratióját értjük, vagyis a midőn az incarcerált sérvbe előesett képletnek nem a sérvben levő, hanem a hasüregbe visszanyúló része zavartatik meg táplálkozásában. A kifejezés *Maydl*-tól származik, a ki azt hitte, hogy a retrograd incarceratio csak kötegszerű képleteken jöhet létre, melyeknek véreire a szerv hosszirányában futnak. Mint ilyenek különösen figyelembe jönnek az appendix, a Meckelgurdély, a tubák, a hosszúnyelű ovariumok és a cseplesz. Későbbben azonban kitűnt, hogy a bélkacsok is szenvedhetnek retrograd incarceratiót és ennek még nagyobb klinikai fontossága van, mint az említett szervek retrograd incarceratiójának. *Lauenstein* volt az, a ki 1905-ben ezen kérdésre nyomatékossabban hívta fel a figyelmet, míg *Pólya*-nak 1911-ben megjelent munkájában 60 eset van már közölve. A bél retrograd incarceratiójának feltétele, hogy legalább két bélkacs legyen a sérvtömlőben. Minthogy az összekötő kacs mesenteriuma a leszorító gyűrűt kétszer passzirozza, könnyen érthető, hogy az összekötő bélkacsban súlyos táplálkozási zavar jön létre. Gyakorlatilag igen fontos, hogy az ilyen bélkizáródásnál az összekötő kacs súlyosabb elváltozást mutat, mint azok a bélkacsok, a melyek a sérvtömlőben foglalnak helyet. Előfordulhat, hogy a sérvben levő kacsok teljesen épek, míg a hasürben levő bélkacsok súlyos táplálkozási zavart mutatnak. A szerzőknek egy része azon véleményen van, hogy a hasürből kihelyezendő bélkacsok az összekötő kacs mesenteriumát vongálják, megtörik, vagy esetleg redőképződés jön létre. Ha mindezekon kívül adhaesiók vannak a sérvben, megtörténhetik, hogy az összekötő kacsban táplálkozási zavar jön létre. *Pólya* az ő állatkísérletei alkalmával a mesenteriumnak vongálása, megtöretése folytán nem tapasztalt az összekötő kacsban jelentékenyebb elváltozást. A bél üszkösödése csak akkor jött létre, ha a vérel való ellátás a mesenterialis erek lekötése vagy incarceratiója által megakadályoztatott. A szerző véleménye is az, hogy a mesenterium vongálása, megtöretése csak igen ritka esetekben lehet oka az összekötő kacs üszkösödésének.

Hogy ezen különös sérvformák hogyan jönnek létre, arra nézve különfélek a vélemények. Nem valószínű, hogy repositiomanőver okozná. Leirtak olyan eseteket is, a hol repositiokísérletek nem történtek. Legvalószínűbb, hogy egy nagy bélconvolutum előesése közben egy vagy több kacs a hasüregben visszamarad. Hathatósan előmozdítja ezt a hosszú mesenterium. A retrograd incarceratio diagnosisa elsősorban a *Wahl*-féle symptoma jelenlétén alapszik, vagyis a kizárt sérvnél a sérvkapu közelében egy intraabdominalisan fekvő felfújt és elmozdíthatatlan bélkacsot kell éreznünk. Ezenkívül fontos a sérvnek asymmetriája, a melynek oka, hogy a sérvben levő bélkacsok nem egyforma hosszúak. Ha a kizárt sérv feltűnően puha avagy spontan kisebb lesz, vagy a sérvet reponálhatjuk s mindezek dacára az ileusos tünetek fennállanak, akkor elsősorban ezen complicatióra kell gondolnunk. Mivel az összekötő kacson igen gyorsan áll be üszkösödés, lehetőleg gyorsan kell operálnunk. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 46. sz.) *Ifj. Hahn Dezső* dr.

Elmekórtan.

A hevenyész elmebajok kóroktanával foglalkozik *L. W. Weber*. Elvértve előfordul, hogy functionalis elmebaj az agyvelő anatómiai elváltozásával járó megbetegedéssel kombinálódik, mely azonban egymagában nem magyarázza meg teljesen a halálos végződést. Többnyire valamelyes hevenyész

bántalom csatlakozik a már régebben fennálló időszűrt agyvelőmegbetegedéshez. Ez utóbbi oly természetű lehet, hogy bár az agyvelő diffus elváltozásával jár, de hosszú ideig nem vezet functiozavarhoz és azért tünet nélkül marad. Az acut noxa behatására mondja fel az időszűrt folyamat miatt kóros agyvelő működését és súlyos, gyakran halálosan végződő functionalis zavar képében reagál. Ilyen hevenyész bántalom közül számba jő: a trauma, mérgezés, fertőzés, más szervek, főképpen a vérkeringés szerveinek megbetegedése. Az időszűrt megbetegedések közül, melyek hosszabb ideig is tünet nélkül állhatnak fenn, főképpen a diffus leptomeningitis fibrosa chronica és az agyvelőerek diffus sclerosisa jő szóba. Ez utóbbi, ha a fibrosus elváltozás számos kis vérezen áll be, nemcsak hogy hosszabb ideig állhat fenn tünet nélkül, hanem post mortem sem ismerhető fel makroszkoposan, és csak a mikroskopi lelet nyújt felvilágosítást. Elképzelhető, hogy hevenyész, de nem halálosan végződő elmebajok esetében is hasonló mechanizmus szerepel, de ez nehezen mutatható ki, mert az ily időszűrt agyvelőfolyamat nem jár tünetekkel. Ily módon érthető volna, hogy egyes esetekben a hevenyész bántalom electiv hatást fejt ki és nem kellene mindenkor az endogen praedispositio hypothesisét elővenni. Más organikus agyvelőmegbetegedéseket (pl. meningealis folyamatokat, daganatokat) is utánozhat hébe-korba két teljesen különböző elváltozás combinatiója. (Deutsche med. Wochenschr., XXXIX. évf., 1346. old.)

Goldberger Márk dr.

A büntettek között előforduló degeneratiós elmezavarokról és dementia praecoxról beszél *Aschaffenburg*. Az elzárás és az elzárással járó psychés izgalma arra praedisponált egyéneken különböző elmebajok mellett olyan tüneteket is válthatnak ki, melyek kifejezett psychogen vonásra utalnak. Sem az a körülmény, hogy ezen állapot az elzárás idejében jelentkezett, sem az, hogy az elzárás megszűntével eltűnik, nem bizonyítja, hogy feltétlenül psychogen megbetegedéssel állunk szemben. Gyakrabban, mint a hogyan általában felveszik, ezen állapotok csak a dementia praecox exacerbatiói, vagy az első kifejezett tünetei. Az elzárás csak sajátos vonást kölcsönöz e megbetegedésnek, mely közös a sokkal ritkábban jelentkező psychogen psychosisokkal. (Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psychiat., XIV. k., 83. old.)

Goldberger Márk dr.

Lyssa keretében jelentkező Landry-paralysissről számol be *H. Higier*. A lyssa humana keretében fordulnak elő esetek, melyek a jellegző incubatiós és prodromás szak nélkül a kifejezett lyssa néhány tünetét mutatják és hevenyész felhágó Landry-paralysiss képét utánozva, gyorsan vezetnek halálra. Ez esetekben a kórbonczolástani-szövetani lelet a polioencephalomyelitis képét mutatja az érrendszer, az agyvelő, a gerincvelő parenchymás szövetének megbetegedésével. Ez esetekben a biológiai kontrollkísérletek is halálosan végződő lyssa paralytica alakjában folynak le. A lyssa irodalmában említett jóindulatú hevenyész myelitisformák, melyek oltások után keletkeztek, nagy valószínűséggel abortiv veszélyesnek tekinthetők, bár a szerző nem tagadja az oltás után beálló benuulások lehetőségét. (Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psychiat., XII. k., 353. 1.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemőkori pylorusstenosis kezelésével foglalkozik *Hess* (Strassburg). *Ibrahim* szerint az összes belsőleg kezelt csecsemőkori pylorusstenosis-esetek halálozási száma 46%, míg a műtetteké 54%. E nagy halálozási számalék okai közt szerepel az is, hogy a műtéthez többnyire oly legyengült állapotban jutnak a gyermekek, hogy már az altatás és a sebészi beavatkozás is elegendő az élet kioltásához. E mellett az eddigi műtéteti módszerek jelentősen veszélyesek, a mennyiben a kis arányok mellett nagyon nehezen vihető ki és sokáig tartanak. Ha a régebbi műtéteti eljárásoktól, a jejunostomiától és a pylorusresectiótól eltekintünk, a gastroenterostomia jöhetne még szóba, azonban nehezen kivihető volna miatt komolyan meg sem lehet kísérni. A

Loreta-féle pylorustágításnak és a pylorusplastikának az az előnye, hogy rövid idő alatt vihető ki. Mindkét eljárásnál azonban a műtét módja a hashártya fertőzését teszi lehetővé.

Mindezen nehézségek hiányzanak a *Ramstedt-Weber*-féle módszernél, a melylyel a hypertrophiás pylorusgyűrűt a gyűrűs rostokra harántul, tehát a bél hosszának irányában óvatosan átvágják, a nélkül, hogy a nyálkahártya üregét megnyitják. A pylorusgyűrű tátong és a nyálkahártya betolakszik az ilyen módon keletkezett résbe. A hasüreget ezután az össze nem varrt, elsüllyesztett pylorus fölött elzárják. A szerző két esetében alkalmazta ezen műtéteti eljárást. Mindkét esete súlyos volt és csak miután a szokott belső eljárásokkal, továbbá a pylorus-szondázással célhoz nem jutott, határozta el magát a fenti műtétre. Az eredmény igazolta eljárását, a hányás megszűnt, a csecsemők azonnal eltűrték nagyobb mennyiségeket, s a súlygörbe is emelkedett. Ezek folytán azon reményének ad kifejezést, hogy a nagy halálozási számok javulni fognak. Természetesen elsősorban a belső kezelés jön szóba, soká azonban ne késlekedjünk, s ha 14 nap után (*Ibrahim*) javulást nem látunk, a *Ramstedt*-műtétet alkalmazjuk. (Zeitschr. f. Kinderhk., 1913, 9. kötet, 1. füz.)

Flesch.

A kanyarót megelőző kiütéssel foglalkozik *Koch* (Chicago). Már *Jüngensen* említi, hogy olykor a kanyarós kiütést megelőzőleg a test egyik vagy másik helyén igen kicsiny pontszerű vörösödések mutatkoznak, melyek csak nagyon rövid tartalmúak. Majd *Pirquet* is hangsúlyozza, hogy egyrészt a kiütésmény alapján, másrészt közvetlen észleléssel ő is megállapított ilyen ú. n. „elöexanthemát“. Mindezeknek közös tulajdonsága *Pirquet* szerint gyöngén kifejezett volta és futólagossága.

A szerző egy nagyobb házi járvány alkalmával 21 esetet észlelt kezdettől fogva, és csakugyan ezek között 5 esetben látott ilyen a kanyarót megelőző kiütést. Jellegzetes ezekre, hogy nem oly kifejezetten, mint a kezdődő kanyarós kiütés, hanem inkább határozatlanok és elmosódottak. Barnás-vörös nem élesen elhatárolt foltos kiütést alkotnak és mindig először az arcon mutatkoznak. A nagyságuk többnyire legfeljebb olyan, mint egy lencsée, csak egy esetben voltak egész korona mekkoraságúak. Három esetében ezen kiütés a *Koplik*-foltokkal egyidejűleg jelent meg, míg egy esetben a *Koplik*-foltokat már egy nappal előbb lehetett észlelni. Ezen kiütést végig követni nem volt lehetséges, a mennyiben vagy elfedte ezt a valódi kanyarós kiütés teljesen, vagy eltűnik ez a nélkül, hogy residuumot vagy pigmentatiót hagyna hátra. Ezen előkiütésnek a kanyaró körjelzésében különös jelentőséget nem tulajdoníthatunk, minthogy a *Koplik*-foltok annyira állandóak és könnyen felismerhetők, hogy azokkal ezen kiütés bizonytalan jelentkezése, határozatlanága és futólagossága folytán a versenyt fel nem veheti. (Zeitschr. f. Kinderhk. 1913, 9. kötet, 1. füz.)

Flesch.

Venereás betegségek.

A syphilis maligna kezeléséről szerzett tapasztalatait ismerteti *G. Morawetz* (Wien), a ki vizsgálataiban a *Finger*-klinika beteganyagára támaszkodott. A malignitás fogalmáról még igen eltérők a nézetek. A szerző 48 eset alapján a *Haslund-Neisser*-féle meghatározástól eltérően a következőképpen definiálja a syphilis malignát. 1. A lues maligna az első éven belül pustulás és fekélyesedő bőreruptionokban nyilvánul. Ezekhez gyakran az orr és száj nyálkahártyájának fekélyes folyamatai is szegődnek. Az e fajta recidívák a kezelés ellenére is egyre ismétlődnek. 2. A bőr- és nyálkahártyajelenségek klinikailag másodlagos folyamatoknak látszanak, a melyeket azonban igen erős fokú gyuladás szokott kísérni. A nyilvánulások ennek kapcsán hamar szétesnek és fekélyek képződésére vezetnek. A gummás, vagyis tertiær jelleg ellen a bőrfekélyek serpiginosus és csoportos elrendezésének a hiánya szól. 3. Ez a malignás másodlagos szak nem zajlik le mindenkor a 2. év végén, hanem átcsap a korai

gummás harmadlagos szakba, a melynek ugyancsak a malignitás, vagyis a kezelés ellenére egyre ismétlődő recidivák a jellemvonásai. A syphilis malignára vonatkozó therapiai tapasztalatait a szerző a következő tételekben foglalja egybe. 1. A legtöbb eset kénesővel befolyásolható, de szükséges, hogy a kéneső bekebelezése erőteljesebb és hosszabb ideig tartó legyen, mint egyéb esetekben. 2. A kénesőkezelés minden előzetes roboráló eljárás nélkül is azonnal foganatosítható. A jodnak nagy adagokban (200 gr.-ig) való egyidejű alkalmazása sokszorosan bevált. A jodot esetleg arsennel (arsojodin) is kombinálhatjuk. 3. A salvarsan egy-két injectiója a malignás jelenségeket gyorsan szokta elmúlasztani, szintűgy a szervezet erősítését is jól szokta befolyásolni. Ugy látszik továbbá, hogy a salvarsan a malignás szakot lényegesen megrövidítheti. 4. Vannak azonban esetek, a melyek salvarsanra nem reagálnak. Ilyenkor a salvarsankezelés nyomán alkalmazott kénesőkúrák oly esetekben is igen jól szoktak beválni, a melyek előzetesen a kénesővel szemben refractaerek voltak. (Medizinische Klinik, 1913, 50. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A gonorrhoea vaccinás gyógyításáról ír *K. Klause.* A frankfurti állami közkórház bőrbeteg-osztályán az utolsó 3 év alatt több mint 700 egyénen próbálták ki a gonococcusvaccinát; legtöbbször egy saját készítésű polygen vaccinát használtak, melyet 3 különböző törzsből állítottak elő. A meg lehetős sűrű, 24 órán át állni hagyott bacteriumkeveréket 60°-os melegben $\frac{1}{2}$ óra alatt elpusztították és miután a pozitív sterilitást megállapították, a keverékhez konzerválás céljából 0.5%-os phenololdatot adtak hozzá. Az alkalmazás módok közül az intragluteusos injectio bizonyult a legjobbnak, mert lényegtelen fájdalommal, csekély beszűrődéssel és erythema nélkül folyt le.

Lázás avagy gyenge szervezetű egyéneken cm^3 -ként 5 millió csirával, lázmenteseken pedig csaknem 10 millió csirával kezdték az oltásokat, melyeket 4 naponként mindenkor megkettőzött adagokkal fel egészen 80—100 millióig megismételték. Szükség szerint a 100 millióos oltásokat esetleg néhányszor megújrazták. Kisebb hőmérsékemelkedésekre (37.5° — 38°) nem voltak tekintettel, de erősebb reakciók esetében csak ezek lezajlása után folytatták az oltásokat. Az általános tünetek főfájásban, bágyságban, évágytalanságban, a helyi symptomák pedig nyomásra bekövetkező érzékenységekben és kisebb-nagyobb beszűrődésekben jelentkeztek.

Megfigyeléseinek eredményét a szerző a következőkben foglalta össze: Az oltásokat mindig minél frissebb vaccinával végezzük, minthogy az oltóanyag korának arányában a hatás csökken, a kedvezőtlen mellékjelenségek pedig fokozódnak. A vaccinától mindaddig teljes therapiai eredményt várhatunk, míg három hónapnál nem idősebb. Prophylaxisos értéke a vaccinának nincsen, de a saját tapasztalatai alapján a szerző a gonococcusvaccinának *diagnosisis értéket sem tulajdonít*, mert függetlenül attól, hogy milyen módon alkalmazta, helyi avagy általános tünetek néha nem kankós egyéneken is jelentkeztek, de viszont akárhány pozitív gonorrhoeás betegen kimaradtak.

A *therapiai érték* az epididymitis és arthritis gonorrhoeica eseteiben mutatkozik a legmegbízhatóbbnak; a kankó ezen complicatióiban néha kiváló eredményeket értek el. 269 hevenyész mellékherelob közül 245 esetben, vagyis 91%-ban a gonococcusvaccina feltűnő kedvező befolyást gyakorolt, míg csak 24 betegen maradtak az oltások hatástalanok. 94 aránylag későn kezelésbe került eset közül 76-ban (81%) a gyors és sima gyógyulást a vaccinatióknak kellett tulajdonítani, míg a többi 18 esetben az oltásokkal már csak lényegtelenebb eredményeket értek el.

Arthritis gonorrhoeica 49 esete közül 40-ben az izzadásmány feltűnő gyorsan szívódott fel, a fájdalomérzés hirtelen szűnt meg és a beteg ízület elég gyorsan nyerte vissza működőképességét, még pedig 6 betegen már az első, 14 betegen a második, 11 betegen a 3. oltás után; a hátralékos 9

esetben, melyek súlyosabb természetűek voltak, a gyógyulás a vaccina ellenére is hosszabb időre húzódott ki. Bár nem ilyen prompt hatásokat, de azért még mindig elég kedvező eredményeket látott a szerző a gonococcusvaccina után úgy nőknél kankós adnexum- és cervixbetegségekben, mint *parenchymás prostatitis* eseteiben. Nagyon kétségesek az eredmények funiculitis, s ételjesen hatástalan a vaccinatio urethritis, prostatitis catarrhalis és proctitis eseteiben.

Kétségtelen, hogy az aránylag frissebb esetek, melyekben kötőszövetképződés még nem következett be, sokkal jobban befolyásolhatók, mint az öregebb esetek. Maradó sérüléseket a vaccinatio nem okoz, a múltó jelenségek pedig olyan lényegtelenek, hogy ezek miatt a vaccinatio előnyeiről lemondanunk nem szabad. A therapia szempontjából tartjuk mindig szemünk előtt, hogy a gonococcusvaccinát minden olyan esetben meg kell kísérelnünk, a hol valamilyen kankós betegség folyamán zárt genyógócz létezését tételezhetjük fel. (Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 39. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A Rosenbach-féle tuberculinnal a poseni „Diakonissenhaus“ belorvostani osztályán tett kísérletekről számol be *Bergmann.* Az eredmények általában nagyon kedvezőek voltak, noha természetesen voltak esetek, a melyekben nem volt nagyon kifejezett a hatás, mint a hogyan ezt különben valamennyi tuberculin használatakor tapasztalhatjuk. Különösen azon esetekben volt kevésbé kedvező az eredmény, a melyekben a legóvatosabb adagolás dacára is túlerős reakciók állottak be. Nagy előnye a *Rosenbach-féle tuberculinnak*, hogy egyforma gyógyító hatású anyag mellett a mérgező hatása sokkal kisebb, mint a többi tuberculiné, azonkívül a használata is nagyon egyszerű, a mennyiben nem igényli a hígítást. Az 1. befecskendezés rendszerint 0.1 cm^3 -rel történik s ha nem áll be reactio, minden további befecskendezés alkalmával 0.1 cm^3 -rel kell emelkedni 1.5 cm^3 -ig; ezen az adagon egy ideig megmaradás után hirtelen beszüntetjük a további befecskendezést. Többnyire 3 befecskendezést adtak hetenként. Ha erősebb reakciók állottak be, vártak, a míg a hőmérsék este nem emelkedett már 37° fölé. A befecskendezés intramuscularisan történik a háton vagy kivételesen a lábszáron. A befecskendezés után néha észlelt erős fájdalmasságot nem tapasztalják, a mióta a befecskendezés után a bőrt a tűhöz erősen odaszorítják és a tűt gyorsan húzzák ki. Ugy látszik, a szernek a szűrt csatornába jutása idézte elő a fájdalmakat, a mi pedig — a leírt módon járva el — elkerülhető. (Therapie der Gegenwart, 1913, 11. füz.)

„**Angiers emulsion**“ néven Angolországban és Amerikában már évek óta kiterjedten használnak egy készítményt, a mely tisztított petroleumból, glicerinből és alphasphorsavas mész- meg natriumsókból áll. Tejfelszerű, teljesen íztelen és szagtalan folyadék, a mely vízzel vagy tejjel minden arányban keverhető. Főleg gyomor- és bélbajok és légzőszervi hurutok ellen, valamint a csukamájolaj pótlószere gyanánt használják scrophulosis, rachitis stb. eseteiben. *Metzger* gyomor- és bélbajokban használta és eredményeit a következőkben foglalja össze. A gyomor spasmusos és stenosisos folyamataiban az oleum olivarum helyett jó eredménnyel használható mint ú. n. csúsztató-szer; előnye, hogy íztelen, nem avasodik és ezenfelül az erjedésfolyamatokat is gátolja. Azonkívül obstipatio ellen is használható, valamint erjedésfolyamatokkal járó bélhurutokban. (Medizinische Klinik, 1913, 45. sz.)

A **digimorval** nevű újabb készítményre hívja fel a figyelmet *Lissau.* Ismeretes, hogy szívbjai eseteiben ma már nem félünk a narcoticumok használatától és hogy némelyek a morphiumot szinte szivtonicumnak tartják. Ezen felfogás alapján állították össze a digimorvalt, a mely tablettákban kerül forgalomba. Minden tableta 5 centigramm titrált digitalislevélport, 5 milligramm morphium muriaticumot és 3 csepp mentholvalerianatot tartalmaz. (Prager mediz. Wochenschrift, 1913, 46. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 2. szám. Szerb Zsigmond és Révész Vidor: Differential-diagnostikai tanulmányok a gyomorbetegségek köréből. **Menczer Ernő**: Az idősült tonsillitisz pathológiája és therapiája jelen állásában.

Orvosok lapja, 1914, 3. szám. **Borszék Károly**: A májbeli echinococcus-tömlők gyökeres gyógyítása.

Budapesti orvosi újság, 1914, 3. szám. A hasi hagymáz elleni védekezés.

Vegyes hírek.

A budapesti egyetem új tanárai. A király **Buday Kálmán** dr., eddigi kolozsvári nyilvános rendes tanárt és **Krompecher Ödön** dr., eddigi budapesti nyilvános rendkívüli tanárt a budapesti egyetemen megüresedett két kórboncolástani tanszékre nyilvános rendes tanárrá nevezte ki.

Kinevezés. **Hajnal Géza** dr.-t Beszterce-Naszód vármegye főorvosává, **Hedrich Miksa** dr.-t a besztercei kórház, **Hritz Arthur** dr.-t a löcsei kórház főorvosává, **Zehery István** dr. járás- és törvényszéki orvost Gömörmegye tiszteletbeli főorvosává, **Takács Gusztáv** dr. szarvasi orvost tiszteletbeli járásorvossá, **Roth Armin** dr.-t a segesvári kórházhoz kiegészítő orvossá, **Ursu Simon** dr.-t a pozsonyi állami kórházhoz másodorvossá, **Laczina József** dr.-t a nagyikindai kórházhoz alorvossá, **Wildner Sándor** dr.-t és **Herz Mihály** dr.-t a máramrosszigeti kórházhoz segédorvossá neveztek ki. — **Wilheim Imre** dr.-t a szabadkai kórházhoz nem valóságos — mint a hogyan jeleztük —, hanem tiszteletbeli főorvossá neveztek ki.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján december hónapban 180 szülés folyt le; A nőgyógyászati osztályon 61 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 126 esetben vették igénybe; a műtétek száma 88 volt.

Az orvosnők száma Németországban állandóan szaporodik, 1913-ban már 195 orvosnő működött, a legtöbb — szám szerint 56 — Berlinben.

Meghalt. **Gara Leo** dr. 74 éves korában Nyiregyházán. — **Weiner Sándor** dr. balatonboglári körorvos 36 éves korában. — **Th. Kaas**, a hamburg-friedrichsbergi elmegyógyintézet prosectora, 61 éves korában — **S. Weir Mitchell**, nagy hírnű amerikai ideg orvos s egyúttal kiváló költő és regényíró Philadelphiában jan. 4.-én 85 éves korában. Az elhunyt nevét mint orvos különösen az ideg betegségeknek az ő nevével jelölt kezelésmódjával tette ismertté. Főbb művei: *Diseases of the Nervous System* (1881) és *Clinical Lectures on Nervous Diseases* (1897). 68 éves korában tette közé első szépirodalmi művét, s azóta Amerika legelső regény- és novelláiról közé emelkedett sűrűn megjelent műveivel.

Személyi hírek külföldről. A greifswaldi egyetem oto-rhinolaryngológiai klinikájának igazgatójává **Wagener** berlini magántanárt neveztek ki. — Tanári címet nyertek a következő magántanárok: **M. Zondek** (sebészet, Berlin), **G. Arndt** (bőrkórtan, Berlin), **M. Katzenstein** (sebészet, Berlin), **J. Schmid** (belorvostan, Boroszló), **H. Aron** (gyermekorvostan Boroszló), **O. Gross** (belorvostan, Greifswald), **Th. Heynemann** (nőorvostan, Halle), **H. Schade** (belorvostan, Kiel), **Th. Cohn** (urologia, Königsberg), **H. Streit** (gégészet, Königsberg). — A pittsburgi egyetem belorvostani tanszékét **J. Heard** dr.-ral töltötték be.

Kisebbségi hírek az orvostudomány köréből. *Syphilis*es egyének, a kiknek azonban soha semmi bajuk sem volt a hallásukkal, **Beck** a bécsi fülklinikán azt találta, hogy a koponyacsont hangvezetése kifejezetten megrövidült. Há tehát látszólag egészséges hallás-zavarban nem szenvedő és egyébként is magát jól érző egyéneknél megtaláljuk ezt a tünetet, substitutív syphilisre kell gyanakodnunk. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 50. szám) — *Vesebajások* **Linossier** szerint csak jól megőve fogyasztanak fehérjetermelté tápszereket, a főzés ugyanis elpusztítja a vesékre mérgezőleg ható anyagokat. Kísérletei szerint a fehér hús mérgezőbb, mint a sötét; az eddigi felvétellel ellentétben ezen eredményt azzal magyarázza, hogy a fehér húsokat többnyire erősen főzik vagy sütik s ily módon megfosztják mérges hatásuktól, míg ellenben a sötét húsokat nem szokták erősen megsütni. (Medizinische Klinik, 1913, 52. szám.) — *A salvarsan kellemetlen mellékhatásai* **Milian** szerint a szernek értágító és a vérnyomást csökkentő hatásán alapulnak, ennek megfelelően azt ajánlja, hogy a salvarsan adása előtt 10 perccel adrenalin fecskendezzünk be intramuscularisan s utána néhány napon át belsőleg is adjunk még adrenalin. (Société française de dermatologie et syphiligraphie, 1913. nov. 6.) — *Paralysis két esetében* **Levaditi**, **Marie** és **Martel** kétoldali trepanatio után a dura mater alá oly nyúl vérsavóját fecskendezték 5–5 cm³ mennyiségben, a melynek ereibe előzőleg salvarsant vittek; mindkét esetben tetemes javulás következett be. (Société de biologie, 1913 decz. 13.) — *Az aorta abdominalisból embolust* sikeresen távolított el **Bauer**. (Zentralbl. f. Chir., 1913, 51. sz.) — *Az anus ileolumbalist* ajánlja **Brenner** olyankor, amikor állandó anus praeternaturalis készítése indokolt; az obliquus externus és internus ugyanis ilyenkor sphincter gyanánt működik s így a tisztántartás sokkal könnyebb, s a betegnek is kevesebb alkalmatlanságot okoz az ilyen anus. (Zentralbl. f. Chir., 1913, 51. szám.)

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába befizettek: Alapítványt: **Fleischmann Hugó** 200, **Verebély László** 100,

Budapesti lipótvárosi orvostársaság 100, Barsvármegyei országos orvosszövetség 25, **Tomm Béla** 20 koronát. — Adományt: **Steiner József** Budapest 20, **Steiner József** Kalocsa 10 koronát. — Tagdíjat fizetett **Haas Simon**, **Barcsy Domokos**, **Grosz Samu**, **Patthy Dezső** 20–20 kor. **Kenyeres Balázs**, **Messinger Károly**, **Goldmann Béla**, **Biró József**, **Halász István**, **Aldori Mór**, **Nagy Lajos** 12–12 kor. **Hecht Adolf**, **Fürst Dávid**, **Bahula József** 16–16 kor. **Fodor Aladár**, **Rajnik Pál**, **Iricz Ignác**, **Adler Béla**, **Veisz Ignác**, **Winkler Albert**, **Borbély László**, **Steger Károly**, **Engel Sándor**, **Földes Lajos**, **Bernolák József**, **Bruck Ferencz**, **Pollacsek Sándor**, **Chudovszky Móricz**, **Szigeti Lajos**, **Fischer Imre** és **Fenyves Ignác** 8–8 koronát.

Katona József dr., pénztáros.

A csukamájolaj nagy értéke annak könnyű emészthetőségében rejlik, ennél fogva olyan készítményt ajánlatos rendelni, amelyik sem édesítő anyagokat, sem pedig mézgákat nem tartalmaz. Ily értelemben a **Zoltán-féle csukamájolaj** az elsőbbség.

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

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

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

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet **Dr. Justus J.**, kórházi főorvos, IV., Ferencz József-rakpart 26.

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

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

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

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

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

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

Asthma-gyógyintézet és inhalatorium (Andrássy-út 87. körönd.) Pneumatikus kamra. Radium-emanatorium. Vez. orvos: **Dr. Glüek Tibor**.

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. BUDAPEST, VIII., Rákóczi-út 19. sz.
RÖNTGEN- ÉS VILLAMOS ORVOSI KÉSZÜLÉKEK.

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

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

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-laboratórium.**

San Remo téli klímás gyógyhely az olasz Rivierán Sanatorium külön tüdőbetegek és külön ez anyagokere betegségeiben szenvedők részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápolók. Meleg tengeri fürdők. Kívánatra prospectusokat küld **Czirfusz Dezső** dr., kir. tanácsos.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIII. rendes tudományos ülés 1913 november 29.-én.) 55. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (XIV. és XV. szakülés 1913 október hó 18.-án és 25.-én.) 56. l. — Országos Orvosszövetség pécsi fiókja (II. tudományos ülés 1913 november 4.-én.) 57. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 58. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1913 november 29.-én)

Elnök: **Terray Pál.**Jegyző: **Dollinger Béla.****A gerinczsatornából eltávolított löveg esete.**

Vigyázó Gyula: A lövegek eltávolítását illetőleg a modern sebészet a hadi chirurgia tapasztalatai alapján conservativ. Ha a löveg a testen keresztül haladva, nem sért olyan szerveket, melyek sérüléseiből közvetlen életveszedelem származhatik; ha a löcsatorna nem inficiált s a löveg nem fekszik olyan helyen, a honnan könnyen és minden veszély nélkül eltávolítható: általában nem avatkoznak be s a löveget helyben hagyják. Másképp áll a dolog a központi idegrendszerbe jutott lövegekkel. Itt a művi beavatkozás és a löveg eltávolítása tekintetében három pont irányadó: a) Okoz-e a löveg az idegrendszer részéről nyomási, kiesési vagy izgalmi jelenségeket; b) a löveg olyan helyen van-e, a honnan különösebb technikai nehézségek s a beteg életének különösebb veszélyeztetése nélkül eltávolítható; c) várható-e a golyó eltávolítása után a nyomási, kiesési vagy izgalmi tünetek javulása.

A bemutató esete a következő:

A 17 éves fiút szeptember 6.-án 10—15 méternyi távolságról hátra lőtték. Összeesett, felkelni nem tudott. Azóta jobb lába igen fáj, alig tudja mozgatni, járni nem tud. A vizelet csöppekben ürül, székét maga alá bocsátja.

Szeptember 8.-án felvétel *Pólya* főorvos osztályára a Szt.-István-kórházban. Az idegrendszer vizsgálata: járni nem tud, jobb alsó végtagját az ágyban ugyan tudja mozgatni, de az kifejezetten paresis. A jobboldali patellaris reflex gyenge. Az Achilles-in- és cremasterreflex, valamint a Babinski-tünet negatív. A bal alsó végtag normálisan mozog, a patellaris reflex kissé fokozott. A Babinski-tünet negatív. Az érzőkör vizsgálata: A jobb czomb elülső és oldalsó felszíne hyperaesthesia és hyperalgesia. Heves spontán fájdalmak. Baloldalt perianalis anaesthesia, mely a glutealis tájakra is áterjed. A bal czomb hátulsó felszínén hypaesthesia, úgyszintén a bal alkar hátulsó és lateralis felszínén, valamint a lábhat külső oldalán és a talpon. A hypaesthesia főleg fájdalomérzésre s a hőérzésre vonatkozik. A hólyag a köldökig ér és belőle időnként cseppenként ürül a vizelet. A székletétet tartani nem tudja, nem is érzi. A sphincter ani externus petyhüdt, elernyed. A háton három borsónyi belövési nyílás: 1. A XI. hátsigolya proc. spinosusától 3 cm.-re jobbra. 2. A XII. borda magasságában a jobb scapularis vonalban. 3. Az I. ágyékcsgolya proc. spinosusától $\frac{1}{2}$ cm.-nyire balra.

Az ideggyógyászati lelet tehát: hűdési tünetek centrum vesico- és anospinale részéről, hyperaesthesia és motoros hűdés a jobb alsó végtagon, féllovaglónadrágszerű hypaesthesia. E tünetek alapján a laesiót a gerincvelő alsó részletébe, a conus terminalisba, illetve az a felett lévő gerincvelő-részletbe, az ú. n. epiconusba kell lokalizálnunk. Ugyanezeket a tüneteket a cauda equina laesiója is előidézhetheti, azonban a tünetek *Brown-Sequard*-typus szerint való elrendeződése a medulla spinalis laesiója mellett szól. A jobb czomb hyperaesthesiája mindenesetre gyök-eredésű. A laesio székhelye tehát az V. lumbalis és I.—II.—III. sacralis segmentumok, melyek a XI. és XII. hát- s I. ágyék-csigolya magasságában fekszenek. E helyen kell a lövegnek is lennie.

A Röntgen-lelet (*Fischer dr.*) szeptember 9.-én teljesen fedte a neurologicali leletet, a mennyiben a XI.—XII. hátsigolyák közt a középvonalban egy sérétet mutatott ki, mely a Röntgen-lelet szerint mindenek szerint a XI. hátsigolya testének alsó részében van.

A tünetek egy heti várakozás alatt nem javultak: erős

fájdalom, kezdődő cystitis s a baloldali anaesthesiás területen kezdődő decubitus; ezért szeptember 12.-én a bemutató műtétre határozza magát.

Műtét aethernarkosisban. A X.—XI.—XII. hátsigolya proc. spinosusát szabaddá téve, *Luer*-féle csípővel lecsipi. *Doyen*-féle fúróval lyukat fúr a XII. csigolya ívébe és *Luer*-féle csípőkkel eltávolítja a 3 csigolyaívet. A dura ép, csak erősen feszül. Haematomának vagy löcsatornának nyoma sincs rajta. Bemetszi a durát. Liquor nagy nyomás alatt sugárban ürül. A medulla ép, haematoma nincs. A XI. hátsigolya magasságában a dura és gerincvelő közt az egyik hátulsó gyökbe ékelve van a löveg (farkasserét). Eltávolítják. Csomós catgutöltésekkel zárják a duraszakot. Az izomzatot catgutöltésekkel egyesítik. Csomós silk- és tovaftató selyembőrvarrat.

A lefolyás láztalan.

A kiesési és izgalmi tünetek elég gyorsan fejlődnek vissza. 4 nappal a műtét után a jobb czomb fájdalma, hyperaesthesiája sokkal kisebbfokú. Jobb lábát jobban mozgatja. 6 nappal a műtét után az incontinentia alvi megszűnt és spontán vizelet. Ágyból felkel, járkal. Legtovább tartja magát a lovaglónadrágszerű anaesthesia a bal alsó végtagon.

Jelenleg, $2\frac{1}{2}$ hónappal a műtét után: Jól jár, a fájdalmak a jobb végtagban megszűntek. A vizelet és székelés részéről zavarok nincsenek. A bal alsó végtagon levő lovaglónadrágszerű hypaesthesia, bár csökkent mértékben, még fennáll ($1\frac{1}{2}$ hónap óta a hypaesthesiás területek villamoztatnak), de javulás itt is tapasztalható. Járáskor bal alsó végtagját kissé vonja maga után. Mindkét patellaris reflex fokozott.

Esetében tehát egy neurologice és radiologice jól lokalizált projectilt távolítottak el a duralis zsákból s ezzel a projectil direct nyomása megszűnt. A laminectomiával spinalis decompressiót létesítettek. Az idegrendszer részéről fennállott izgalmi és kiesési tünetek prompte visszafejlődtek.

Gerincvelő-lövés eseteiben a löveg eltávolításának indicióját a különböző sebészek különbözőképp állítják fel. A háborúban igen súlyos a prognózis, mert nagykaliberű roncóló lövegekről van szó. Ily sérülések esetében akár operálnak, akár nem, a beteg elpusztul. Békében jobb a prognózis. *Nastkolb* statisztikája szerint 75 gerincvelő-sérülésből operáltatott 54, nem operáltatott 21; az operáltak közül meghalt 20, a nem operáltak közül 11, összesen 31. A gerincvelő teljes harantlaesiója eseteiben a műtéti beavatkozás eddig hiábavalónak bizonyult (csak *Stewart* és *Harte* esetében láttak gerincvelővarrat után gyógyulást). Partialis gerincvelőlaesio esetén sok chirurgus a tünetek spontán visszafejlődésére vár. Mások az ok (golyó, haematoma, szilánk) rögtöni eltávolításával akarják a tüneteket visszafejlődésre bírni.

Esetünkben a fájdalom, a fennálló cystitissel járó veszélyek s a baloldali kezdődő decubitus tették sürgőssé a műtétet.

Subcorticalis agyechinococcusnak műtétre gyógyult esete.

Vigyázó Gyula: A 14 éves leány folyó évi augusztus 6.-án jelentkezik *Dieballa* főorvos szt. István-kórházi osztályán azzal, hogy 10 hónap óta állandó heves fejfájása van, szédül, gyakran hány. Néha eszméletét veszti, de görcsei ilyenkor nem szoktak lenni. Gyakran vizelet ágyba, 4 hó óta jobb karja és lába gyengül, kezével nem tud jól fogni, a tárgyakat kiejti. Lábát járáskor maga után húzza. Jól lát.

Az idegrendszer vizsgálata: A jobb arczfélen a sulcus nasolabialis elsimult, a szájzug lejjebb áll, mint baloldalt. Szemét jól csukja, homlokát jól ránczolja. Felső és alsó végtagja typusos cerebriális hemiparesis-állásban. Járáskor jobb lábát maga után vonja, kifejezetten kaszál, a jobb kéz szorító ereje csökkent. Jobboldalt a patellaris és Achilles-inreflex fokozott. Babinski-tünet az öregujj dorsalis flexiójával. A pupillák fényreakciója renyhe. Az arczkifejezés apathiás. A

beszéd vontatott. A gondolkodás nehézkes. Szemfenéki lelet: A bal szemfenék normalis. Jobboldalt kifejezett papillitis. A papilla 4D-nyira kiemelkedik, szélei elmosódottak, izzadmány látható a széleken. Az arteriák kanyargósak, a vénák tágak. Visus jobboldalt $\frac{5}{7}$, baloldalt $\frac{5}{5}$ (Waldmann dr.).

A Wassermann-reactio negativ. Az ennek ellenére eszközölt antilueses kezelés negativ eredményű. Ezért műtétre határozzák magukat. A felvétel az, hogy baloldalt a motoros regio tájékán székelő tumorról van szó, a melyet nem a cortexbe, hanem inkább a subcortexbe lokalizálnak, tekintettel arra, hogy a hüdések a jobb testfélen egyszerre állottak be, azokat semminemű izgalmi jelenség, görcs nem előzte meg. Mindenek szerint a capsula internában, közel subcorticalisan székelő tumorról van szó, mely nyomja a motoros pályákat.

E diagnosissal kerül a beteg augusztus 22.-én Pólya főorvos osztályára.

A műtét augusztus hó 23.-án morphin-aethernarcosisban történt. Kocher-féle kraniometerrel előzetesen megállapítja a baloldali sulcus praecentralis helyét. A motoros kéregrésztlet felett 9 cm.-nyi széles alsó basissal bíró és 12 cm. magas Krause-féle osteoplastikás lebenyt készít Doyen-féle fraisefúró és Gigli-fürész segítségével. A csontperiostlebensyt lefelé hajtva, a rendkívül feszes, nem pulzáló durára jut. Az arteria meningea media ágának előzetes körülöltése s átmetszése után négyzetes felső basisú duralebensyt készít, ezt felhajtja. Az agy nagy nyomás alatt domborodik be a dura sebébe, az agy nagyon kemény, de tumort sem látni, sem tapintani nem lehet. Punctio a gyrus praecentralis táján. 4—5 cm. mélységben üregbe jut, melyből Record-fecskendővel 30 cm³-nyi víztiszta folyadékot nyer. Ezután az agy összeesik és élénken pulzálni kezd. A durát visszahajtva, részben elvarrja, a szabadon maradó agyrészletre a szomszédból szabadon átültetett periostlebensyt borít. A bőrseb exact elvarrása.

A punctiók folyadék vizsgálata (Klein dr.): víztiszta, fehérjét nem tartalmazó folyadék, melyben igen sok a konyhasó, a borostyánkősavreactio positiv. Mikroszkop alatt echinococcus-horgok. (A 3 héttel utóbb a vérsavóval végzett echinococcus-complementkötési reactio igen erősen positiv. [Strössner dr.]

Lefolyás a műtét után: Az első napokban igen magas lázak (39°), s e lázak mint subfebrilis hőemelkedések 3 hétig tartanak (sem a sebviszonyok, sem más szerv részéről való complicatio nem magyarázza, nyilván resorptiók lázak az echinococcusfolyadék resorptiója folytán). Ugyanígy magyarázza a 3 napig fennállott psychés izgalmi tüneteket s félelemérzéseket. A hüdések 3 nappal a műtét után már teljesen visszafejlődnek. A facialis paresis eltűnik, a jobb kéz szorító ereje normalis, a járás rendes. A papillitis is 2 hét múlva kezd visszafejlődni. Jelenleg, 3 hónappal a műtét után, a jobb papilla teljesen normalis, csak kissé halványabb (Waldmann dr.). A beteg intelligentiája is teljesen normalis lett, beszéde már nem vontatott.

A műtét helyén az osteoplastikás lebeny kissé kidomborodik, elülső részén tyúktójsnyai agyhernia.

Esetében tehát subcorticalis agyechinococcus volt jelen; agytumor tünetei mellett a punctiók folyadékban echinococcus-tömlőre jellemző alkotórészek voltak és a vérsavóval végzett complementkötési reactio erősen positiv volt.

Három irányú megjegyzést óhajt az esethez fűzni:

1. Az agyechinococcus általában ritka. Túlnyomólag fiatalokon fordul elő, rendszeren solitaer. A multilocularis agyechinococcus ritkaság.

2. Agytumor tünetei mellett akkor lehet gyanu echinococcusra, ha a) a szervezetben egyebütt is van echinococcus, b) ha áttöri az agyechinococcus az agy csontos táját s a bőr alá kerül. Jakob agytumor mellett végzett lumbal punctio folyadékában horgokat és borostyánkősavat talált s ebből körjelezte az agyechinococcut. Valószínűségi diagnosist csak úgy lehetne tenni, ha minden agytumor-esetben az echinococcus-complementkötési reactiót is elvégeznék. Bár még így is csalódásnak lehetne kitéve az ember: a) mert a reactio nem egészen spe-

cifikus, b) mert némelyek szerint agyechinococcus esetén csak a liquor reagál positive, a vérsavó nem

3. Agyechinococcus esetén műtétre ritkán kerül a sor. A tömlőt ki lehet hámozni, ha felületes, vagy pungálni és öblíteni (konyhasóoldat vagy formalinglycerin). A bemutatott esetben punctio történt s 3 hónappal a műtét után a beteg tünetileg teljesen gyógyult.

Manninger Vilmos: Nem tartja gyógyultnak az esetet, mert csak punctio történt. Csak symptomatica gyógyult az eset a ventillal. Punctióra nem gyógyul az echinococcus, csak ha az élősdt sikerül előlni a Baccelli-eljárással, a mit Bókay János már 15 évvel ezelőtt bemutatott, vagy újabban formalinnal. Azt hiszi, nem lehet a dologgal ártani a betegnek; ha az élősdi tovább nő, nem lesz elég a ventil, vagy pedig haematogen úton fertőződhetik és elgenyed a tartalom.

Grósz Emil: A papillitisben szenvedő beteg körleírása két fontos következtetést enged meg. Azon körülmény, hogy a pangásos papilla nyom nélkül visszafejlődött a decompressio hatására, újabb bizonyíték, hogy nem gyuladós természetű, hanem strangulálás útján jön létre. A másik tanulság az, hogy a pangásos papilla kedvéért indikált a decompressio. Pólya Jenő a szemorvosok egyesületében tartott előadásában újabban is igazolta, hogy mennél korábban történik a decompressio, annál veszélytelenebb. Még az esetben is, ha a műtét nem vezet gyógyulásra, a látás megmentése s a kínzó fejfájások szünetelése az élet hátralevő napjaira, nem ritkán éveire áldásos. De olyan esetek is ismeretesek, a midőn az egyszerű decompressio hosszabb időre megszüntette az összes tüneteket

Pólya enő: Figyelmeztet arra a papillitis pathogenesise szempontjából érdekes tényre, hogy jelen esetben az unilateralis papillitis nem a laesio oldalán, hanem az azzal ellenkező oldalon fejlődött, ellentétben Horsley tanításával.

Manninger felszólalására megjegyzi, hogy az agyechinococcusok egyrekeszűek szoktak lenni, fiókhólyagok nincsenek benne s előreláthatóan az egyrekeszű élősdi a benne levő folyadék kieresztése után elhal, azért az esetet gyógyultnak tartja. Az elődomborodást a beteg fején nem echinococcus, hanem agyhernia okozza.

Vigyázó Gyula: Csak Manninger hozzászólásához akar egy megjegyzést fűzni. Ha a műtét előtt tudta volna a bemutató, hogy echinococcus cerebriről van szó, szóbajöhetett volna az echinococcus-tömlő punctiója mellett antisepsises folyadékoknak a befecskendezése vagy akár a tömlő gyökeres kiirtása is. Esetében azonban csak a műtét után a punctiók folyadék vizsgálatából derült ki, hogy subcorticalis agyechinococcusról van szó. Tekintettel arra, hogy a beteg tünetileg teljesen gyógyult az egyszerű punctióra, antisepsises folyadékoknak utólagos befecskendezése teljesen felesleges és veszélyes kísérlet volna. Az esetet mindaddig definitively gyógyultnak kell tartani, míg az agy részéről esetleg beálló tünetek nem bizonyítják az ellenkezőt.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XIV. szakülés 1913 október hó 18.-án.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Hevesi Imre: Spondylitis ankylopoëtica esete.

II. Szabó József bemutatásai: 1. A conus medullaris és cauda equina traumás laesiója. A 26 éves napszámos folyó év szeptember 2.-án azzal a panaszszal jelentkezett, hogy két hónap előtt fáról leesett. Ekkor elvesztette eszméletét. Nehány napig volt eszméletlen, s a mikor magához tért, alsó végtagjait nem tudta mozgatni, székét, vizeletét nem tudta tartani.

A vizsgálat baloldalt a III., IV. és V. sacralis segmentum beidegzési területén, valamint a bal czomb hátulsó medialis részén a czomb felső harmadában, továbbá jobboldalt a IV. és V. sacralis segmentumnak megfelelő területen az érintés, hideg-, meleg- és fájdalomérzés hiányát mutatja. A nyomásérzés és nyomásfájdalom is csökkent. Az alsó végtagok mozgása szabad.

Ez esetben a bántalom székhelye a conus medullarisban, illetőleg a cauda equinában keresendő.

2. A nervus medianus izolált bénulása. Az 56 éves, nem iszákos férfi, három hét előtt jobb könyökével bal kéztőizületére támaszkodott, mialatt bal keze asztalon feküdt; ilyen helyzetben egy óra hosszat beszélgetett. Ekkor vette észre, hogy bal keze elzsibbadt és fáj. A kezét minden irányban jól tudta mozgatni. A vizsgálat a bal kézen a kéztőizülettől distalisán, a kéz volaris felületén a nervus medianus érző beidegzési területének pontosan megfelelő anaesthesiát talál, a mely

azonban részleges, a mennyiben a nyomás, nyomásfájdalom és helyzetérzés eléggé megtartott. Két heti kezelés után a fájdalomérzés és extrem hideg- és melegérzés már visszatért, csak az epicritikus érzésekkel szemben van még kifejezett hypaesthesia.

III. **Benedek László és Zsakó István** bemutatásai: a) **Juvenilis paralysis progressiva esete.** A 10 éves gyermek atyja és anyja testileg és szellemileg degenerált, izgága, kapkodó, bőbeszédű és hazudozó; a betegnek testvérei testileg kevésbé fejlettek, luesesek; szellemileg átlagos fejlettségűek.

A beteg elemi iskolába járt két évig; jó tanuló volt; két évvel ezelőtt a korábban életvidám, találékony gyermek szellemileg gyorsan hanyatlani kezdett, szórakozott és hanyag lett. Majd kedélydepressio, feledékenység, később közönységi és magabazárkózottság állott be. A szellemi tompasága mellett időnként indokolatlan ingerültsége és erős álmatlansága tűnt fel szüleinek. Folyó év július 20.-án nyugtalan, hozzáférhetetlen, folyton jár-ke, ruháit tépi. Szeptember hónapban már nem ismer fel senkit, heteken át gyakran megismétlődő choreiformis rángások és apoplectiformis rohamok jelentkeznek.

A beteg arczkifejezése egykedvű, diffuse vagy bambán mosolygó, alig megjelölt mimikai centrummal. A beteg mutax, kellemetlen ingerekre artikulálatlan érdes hangokat hallat. Teljes apathia. A közhasználatban lévő tárgyakat nem ismeri fel, a feléje közelített tű és égő gyufa után egyformán kapkod. A szobában magára hagyva, céltalanul, az akadályok mérlegelése nélkül ide-oda tipeg, a tárgyak széléit megfogdosva. A mélyen demens betegekre jellegzően a legkülönbözőbb tárgyak közelítésére a száját eltátja („etetési reflex“). Associációs gondolkozásról alig lehet szó; emlékezése a közelmaltra rendkívül korlátolt.

Az elmondottak szerint a beteg a dementia paralytica progressiva juvenilisnek stuporosus szakában van.

b) **Spasmusos spinalis paralysis esete.** A 38 éves földműves atyja és anyja középkorban előtte ismeretlen betegségben halt el. Testvérei nem voltak. Felmenő ágakon iszákoság, elmebetegség nem mutatható ki. 1907-ben kezdődött a betegsége a jobb alsó végtagján azzal, hogy járásközben, midőn testsúlyát jobb talpának elülső részére helyezte, jobb lábában és lábszárában erős, el nem nyomható remegés következett be. Ezen tünet évekig ezen végtagra maradt lokalizálva és minthogy a végtag erőbeli állapota nem szenvedett, a beteg a munkáját kielégítően tudta végezni 1912. év október haváig, a mikor is a görcsös remegéshez mindkét alsó végtagjának gyengesége és merevsége csatlakozott. Ezekkel együtt járt járásának rohamos rosszabbodása, úgy hogy ez év májusának közepén ágyba került, mert, mint mondja, nem tudott megállni a lábán. Ugyanezen év tavasza óta felső végtagjainak ereje is hanyatlik.

Az izomzat mechanikai ingerlékenysége fokozott. Az elektromos direct és indirect ingerlés normalis reakciókat vált ki.

A patellaris és Achilles-in-reflexek mindkét oldalt excessive fokozottak; utóbbiak gyakran clonusba mennek át. A patellaris clonus kiváltása nem sikerül. Mindkét talp bőréről *Babinski*-tünet váltható ki; az *Oppenheim*-tünet is mindkét oldalon jelen van, a *Schäfer*-tünettel együtt. *Mendel-Bechterew*- és *Rossolimo*-tünet nincs. Az Achilles-inreflex reflexogen zónája annyira megnagyobbodott, hogy a reflex a calcaneus medialis felületéről is kiváltható. Mindkét oldalt jól kifejezett lábclonus, mely nehezen merül ki. A tibialis tünet nem kifejezett. Keresztezett adductorreflex szintén van. A felső végtagokon az erősen fokozott radialis-, triceps- és scapulohumeralis reflexeken kívül a m. brachioradialis és bicepsen rángásokat lehet előidézni. A kéztőcsontok és a metacarpalis csontok basisának dorsalis felszínéről is. A has- és cremaster-reflexek megtartottak, valamint a nyálkahártya-reflexek is.

VI. **Benedek László: Heveny traumás cerebellaris ataxia esete.** A beteg 28 éves, nős, napszámos; szülei és egy testvére előtte ismeretlen betegségben haltak el. Atyja

kis gyermekora óta nagyothalló volt ismeretlen eredettel. Jelen betegsége előtt semmiféle betegségben sem szenvedett. 1913 május hó 14.-én állvány esett munkaközben a fejére, még pedig úgy, hogy koponyáját frontooccipitalis irányban összenyomta. Balesete óta szédül és tántorogva jár; gyakran munkaközben, de olykor attól függetlenül is két-három percig tartó öntudat-borulás állott be. Fejsérülését sebészileg kezelték.

Koponyája közép nagyságú, kis fokban asymmetriás. Lenőtt, elálló fülek; menedékes homlok benőtt hajszállel; ezenkívül a homlokban hypertrichosis. A frontalis táj jobb feléről a haránt homlokredőkkel majdnem párhuzamosan a bal halánték-tájra reáterjedő, kezdetben linearis, majd kissé kiszélesedő bőr- és aponeurosis-heg látható, ill. tapintható, melynek bal szára a csont felett nem mozdítható el. A *Gudden-Wanner*-próba nem mutat csonthegre. A nyelven fibrillaris tremor. A nyelv nem deviál. A VI. és VII. thoracalis csigolya tövisnyulványáról spinalis irritatio váltható ki. Nystagmus horizontalis van jelen balfelé mindkét szemben, a mely a fejnek gyorsabb activ mozgásai által élénkebben váltható ki.

Alláskor és járáskor erős ingadozás, támolygás, a járás mindkét alsó végtagra nézve ataxiás, széles alapú. Alláskor spontan esés jobbra. Járáskor kifejezett lateropulsio jobbfelé. Mindkét felső végtagon dinamikai ataxia.

V. **Ditrói Gábor: A kancsalság orthopaediás kezelése.**

Hozzászól: *Imre József.*

(XV. szakülés 1913 október 25.-én.)

Benedek László előadása: A Noguchi-féle luetinnel paralytikus betegeken végzett bőrreactiókról. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Országos Orvosszövetség pécsi fiókja.

(II. tudományos ülés 1913 november 4.-én.)

Elnök: **Doktor Sándor.**

Jegyző: **Nyitrai Béla.**

1. **Wertán Emil: Lövedék okozta többszörös bélátfúródás, peritonitis diffusa** műtett esetében az aether sulfuricus-öblítést sikerrel alkalmazta.

A 42 éves férfit folyó év október 15.-én este 10 órakor szállítják be a közkórházba. Ismert tettes 8 órával behozatala előtt néhány lépés távolságból 2 lövést irányított feléje. A 9 mm.-es revolverből származott lövedék egyike a köldök-tájon a hasába fúródott, a másik az őt védeni akaró felesége tenyerébe

Status praesens: A köldök magasságában, attól jobbra 2 cm.-nyire véres pörkkel fedett bemeneti nyílás; az egész hasra kiterjedt defense musculaire; a has érzékenysége legkifejezettebb a jobb alhas táján. Nem hányt, nem csuklik. A pulsus szapora, elég telt.

Műtét a sérülés után 9 órával. Behatolás a jobb musculus rectus széle mentén, legnagyobb részben a köldök alatt. A peritoneum megnyitásakor bűzös gáz ömlik kevés zavarosvéres hasüri izzadmány kíséretében. A hasüreget ezután kb. 20 cm.-nyi hosszúságban tárjuk fel, és benne a következő elváltozásokat találjuk: A vékonybelek a felső harmadban 3 helyen, a felhágó vastagbél a coecumtól kb. 10 cm.-nyire átfúrt, a mucosa kifordult, ennek megfelelőleg az ellenkező oldalon is retroperitonealisan a másik nyílás. A lövedék útja tovább nem követhető. A vékonybelek közül kevés híg béltartalom, a vastagbél czeruza vastagságú nyílásán át sűrű pépes bélsár ürül, hasonló bélsár található a szomszédos vékonybelek között is. A vékonybelek legnagyobbbrészt puffadtak, belöveltek. Kétsoros, harántirányú bélvarratok. Az összes beleket egyenként folytatólagosan száraz törlőkkel letöröljük és a hasseb elé hozva izoláljuk. A Douglasban levő beleket a kb. 100 cm.-nyi, vérrel kevert, faeculens szagú zavaros izzadmányból előhúzva, hasonlóképpen látjuk el, a Douglasban levő izzadmányt kitöröljük. A belek visszahelyezése előtt a Douglasba kb. 20 gr.-nyi s a belek visszahelyezése közben még kb. 60 gr.-nyi aether sulfuricus pro narcosi sec. Richter-t

öntünk. A hasüreget teljesen zárjuk, üvegdraint helyezve a körülmetsett bemeneti nyíláson át a roncsolt izmok közé.

A beteg másnap és a következő napokon is állítólag jól érezte magát. Nem hányt, a has különösebben nem érzékeny, nem puffadt. Széke volt. Chininadagolás (napjában 3—4 gr.) dacára az esti hőmérsék napokon át 38·7—39·0° C között váltakozik. A beteg a jobb lábában fájdmakról panaszkodik, különösen a csípőben való hajlításkor. Röntgen-átvilágítás után a lövedéket a jobb csípőcsontban supponáljuk.

Október 28. A széjjelnyitott hasfalvarratokból kevés geny ürül, ez azonban néhány nap alatt megszűnik. A hőmérsék este állandóan 39·0° C körül mozog, míg nem a jobb inguinalis tájon mutatkozó elődomborodás próbapunctiója után a jobb medenczefélben retroperitonealis székeltályogot feltárjuk, a melyből a mutatóujjat befogadó, érdes szélű, kerek nyíláson át a csípőcsont külső oldalán ejtett metszésen a tályogür legalsó pontján a lövedéket megtalálva, eltávolítjuk.

A beteg azóta láztalan, jól érzi magát, az üreg rohamosan kisebbedik, úgy hogy a teljes gyógyulást hetek múlva biztosan remélhetjük.

Az előadó megjegyyezni kívánja, hogy leszámítva az egész hasra kiterjedt défense musculaire-t, a betegnek a műtét előtti állapota nem állott arányban a hasban talált súlyos elváltozásokkal.

2. *Wertán Emil: Tubaris abortus miatt laparotomia útján a tubazsák kiirtását* 2 esetben végezte.

Mindkét esetben a betegek nagyfokú heveny anaemiával, alig tapintható pulussal kerültek az osztályra. Mindkét esetben teljes nyugalomra, konyhasós infusiókra és más eljárásokra az asszonyok állapota rövid időn belül javult, úgy hogy a műtétet néhány nap múlva kedvezőbb körülmények között végezhetette teljes sikerrel. Az egyik esetben a 3½ hónapos magzat a részben levált lepénnyel összefüggőleg a szabad hasüregben feküdt. Mindkét esetben prima gyógyulás.

Megjegyzendő, hogy mindkét esetben az asszonyok terhes voltokról egyáltalában nem bírtak tudomással. Az egyik esetben appendicitis perforativa, a másik esetben genyes tubazsák megrepedésének gyanuja miatt küldettek a kórházba.

Kenessey Aladar szemészeti eseteinek bemutatása után a tárgysorozat utolsó pontja eszmecsere volt *Doktor Sándor* multkori előadásáról az I. K.-ról, a melyben többen vettek részt.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gonorrhoeának és szövödményeinek vaccino-therapiájáról tartott előadást *Nicolle* és *Blaizot* a párisi „Académie des sciences“ október 6.-i ülésén. Sikerült nekik a gonococcus elleni vaccinának mérgező hatását teljesen kiküszöbölni, e mellett készítményük állandó, hatásában nem változó. Adagja ugyanaz, mint a rendes vaccináé és 1—3 naponként fecskendezendő be. Ophthalmia blennorrhoea 24 esete mind meggyógyult 3—10 nap alatt, orchitis gonorrhoea 20 esete 4—6 befecskendezésre gyógyult, gonorrhoeás ízületcsúz 3 esetében 2—8 befecskendezés után következett be a gyógyulás, heveny vagy idősült húgycső-gonorrhoea 127 esetében pedig 7—8 befecskendezés hozott gyógyulást; ez utóbbi esetekben azonban nem szabad mellőzni a helybeli kezelést (húgycsőmosást).

Az idősült ízületcsúz kezeléséről colloidalis réz-zel szólt *Robin* a párisi „Académie de médecine“ november 25.-én tartott ülésén. Néhány esetben feltűnő jó eredményt ért el a jelzett szerrel, a melyet belsőleg adott, még pedig olyan oldatban, hogy minden evőkanálnyi mennyiség 0·20 gramm cuprum colloidalis-t tartalmazott. Kezdetben csak kávéskanálnyi adunk az ebéd és vacsora előtt és később térünk át az evőkanálnyi mennyiségre minden étkezés előtt. Ajánlatos egyidejűleg *Goulard*-vizes borogatást, rendszeres masszálást és fokozatos mobilizálást használni.

PÁLYÁZATOK.

1/I. 1914.

A vezetésem alatt álló gyöngyösi alapítványi közkórháznál a nagyméltóságú m. kir. belügyministerium 179573 1913 VII. b. számú rendeletével **műtőorvosi állás** rendszeresítését engedélyezte.

Ezen állásra a pályázatot azzal hirdetem meg, hogy a megválasztandó először osztályorvosi címet visel, másodsorban hogy állása nyugdíj-jogosultsággal van egybekötve, végül javadalmazása évi 2600 (kettőezer-hatszáz) korona törzsfizetés és 600 (hatszáz) korona lakbér.

Pályázhatnak azon egyetemes orvosdoktorok, akik sebész-műtői képesítéssel és legalább két évi kórházi szakgyakorlattal bírnak.

Pályázati kérvények kelően felszerelt okmányokkal Gyöngyös város polgármesteréhez, mint az alapítványi kórházi bizottság elnökéhez f. évi február hó 15.-éig adandók be.

A választás eredményéről pályázók jegyzőkönyvi kiiraton fognak értesítettetni; a választás pedig akkor válik jogerőssé, ha a bizottság által megválasztott műtő az 1876. évi XIV. t.-cz. 67. §-a értelmében Hevesvármegye főispánja által megerősítették, úgy hogy az állás elfoglalása csak f. évi április hó 1.-én következhetik be.

G y ö n g y ö s ö n, 1914. évi január 14.-én.

Frindt dr., igazgató-főorvos.

80/914. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásában fekvő pilisszántói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi kör Pilisszántó és Pilisszentkereszt községekből áll. A kör székhelye Pilisszántó.

Az állás javadalma:

1600 korona fizetés,

1200 korona helyipótlék, később megállapítandó lakbér és fuvarátalány; szabályszerűleg megállapított látogatási díjak. A kör területén fekvő uradalmaktól és munkáspénztártól szintén állandó fizetésre lehet kilitása.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1908:XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi február hó 13.-ának déli 12 órájáig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást f. évi február hó 14.-én d. e. 10 órakor tartom meg Pilisszántó községházán.

P o m á z, 1914 január hó 3.-án.

A főszoigabíró.

32370/1913. kig. sz.

Baja thjf. város közkórházánál a belgyógyászati osztályon üreseedésbe jött, évi 2900 korona fizetéssel és 600 korona lakbérrel javadalmazott **oszt. főorvosi állásra** pályázatot nyitattik.

Pályázni óhajtok felhívhatnak, hogy kellő minősítésüket feltüntetve okmányokkal felszerelt kérvényüket 1914. évi január hó 31. napjáig méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz Szabadkán nyújtsák be.

B a j a, 1913 december 30.

Polgármester helyett: *Erdélyi*, főjegyző.

127/1914. sz.

Nyitra vármegye nyitra szambokrétai járásához tartozó Nagykolos, Apátkolos, Jaskafalva, Jánosújfalva, Tökésújfalva, Nyitranadány, Turcsány, Ószép'ak, Práznócz, Kerencs, Bacskafalu, Kis- és Nagybossány, Rajcsány, Nádlány, Lévna, Apátlévna kisközségek és Kinorány nagyközségekből álló egészségügyi körben lemondás folytán megüresedett nagybossányi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az 1908. évi 38. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona évi fizetés, és ötvenkint 200 korona nyugdíjban beszámítandó korpótlék, a mely 800 koronáig emelkedik.

2. 700 korona évi fuvarátalány.

3. A m. kir. belügyminister úr 175373/1912. számú rendeletével trachoma kezeléseért a megállapított évi 800 korona kezelési átalány és évi 1000 korona trachoma-fuvarátalány. Ezért köteles a körorvos Nagybossányban egész éven át heti kétszeri, Tökésújfalva, Apátkolos, Práznócz, Kerencs és Ószéplak községekben levő rendelő állomásokon pedig októbertől márciusig heti kétszer, a többi hónapokban pedig hetenkint egyszer a trachomakezelést és gyógyítását ellátni.

4. Rendelési és beteglátogatási díjak.

5. A nagytopolcsányi ker. munkásbiztosító pénztártól évi átlag 1500—1800 korona

6. Ujjonnan épített lakás és kert a törvény rendelkezéseinek megfelelő.

A körorvosi székhely Nagybossány vasuti állomással bíró község; távolsága a járási székhelytől 8 km., Nagytopolcsánytól 8 km.

Felhívom a pályázni kívánó orvosstudor urakat, hogy a felhívott törvény 7. §-ában előírt képesítésüket és az eddigi alkalmaztatásukat és nyelvismeretüket igazoló, okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. évi január hó 31.-éig nyújtsák be, mert a később érkezetteket figyelembe nem veszem.

A választási eljárásnak határidejéül f. évi február hó 10. napjának délelőtti 10 órájára a nagybossányi körjegyzői kivatalba tűzöm ki. Ny i t r a z s á m b o k r é t, 1914 január 7.

A főszoigabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLESEK.

Csohány János: Közlemény a budapesti tud.-egyetem I. sz. női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egy. tanár, udvari tanácsos.) Myomákról 293 operált eset kapcsán. 59. lap.

John M. Károly: Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről. 68. lap.

Purjesz Béla és Perl Ottó: Közlés a kolozvári m. kir. Ferencz József-tudományegyetem belgyógyászati klinikája laboratóriumából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. ny. rendes tanár.) Adatok a nyál ptyalintartalmáról. 71. lap.

Günther József: Újabb adatok a hastyphus járványtanához. 73. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bandelier-Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. — Herrmann Schrötter: Skizzen eines Feldarz-

tes aus Montenegro. — Lapszemle. Belorvosstan. R. Hirsch: A Basedow-kór gyógyítása thyminnel. — Schittenhelm és Meyer-Betz: A sepsises betegségek gyógyítása. — Sebészet. J. Becker: Idősült gyuladós csepleszdaganatok. — Ideg- és elmekörtan. K. Mendel és E. Tobias: A férfi Basedow-féle megbetegedése a női Basedow-kórral szemben. — S. Canestrini: A felnőttek poliomyelitisének klinikai tünetei. — Bolten: A genuin epilepsia pathogenesise és terapiája. — Gyermekorvosstan. Rosenberz: A pachymeningitis haemorrhagica interna a gyermekkorban. — Bőrkörtan. A. Paldrock: A lepra kórokozójának poloskák és svábbogarak által való továbbvitele. — Wickham, Degrais és Belot: A radiumnak bizonyos hámbeli hypertrophiákra való hatása. — Húgyszervi betegségek. Jacques Allmond: A prostatatályogok. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Lauffs: Uteramin Zyma. — Breitmänn: Első- és másodfokú égés esetei. — Lichtenstein: Rosenbach-féle tuberculin. 77-79. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 80. lap.

Vegyes hírek. 80. lap.

Tudományos társulatok. 80-83. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Myomákról 293 operált eset kapcsán.

Írta: Csohány János dr., egyet. tanársegéd.

A myoma terapiájának története legjobban tükrözteti vissza azt a küzdelmet, a melyet a modern operatív terapia a palliatív kezeléssel vívott. A sebészi technika fejlődése, tökéletesedése, a műteti eredmények megjavulása itt-ott túlzásra is ragadta az operateuröket, a kik azután a mutatós műtét kedvéért és a siker reményében a fibromás panaszok teljes megszűnéséért operálták azon eseteket is, melyek a műteti beavatkozásokra tulajdonképpen nem is szorultak. A gyógyításnak nem a minél enyhébb és veszélytelenebb módját keresték, hanem az operatív technika tökéletesítésén dolgoztak. Csaknem elvül lett kimondva, hogy operálni kell és ez alapon csupán a műtét módját igyekeztek tökéletesíteni és annak az eredményeit megjavítani. Az áldozatok és túlkapások ellenére ennek az iránynak is volt mindenesetre hasznos következménye. Megmutatta például azokat a veszélyeket, complicatiókat, melyeket az operateur elkerülni nem tud s egyszersmind megmutatta azokat a körülményeket is, melyek közt e terapiával sem lehet célzt érni. A conservatív irány ezzel ellentétben mindent megkísérel, hogy a beteget — baján segitendő — az operatio accidentalis veszedelmeinek ne kelljen kitenni. A myomás panaszok sokfélesége és az eredmények nem abszolút jó volta magyarázza meg azt a nagyszámú eljárást, a melylyel megpróbálkoztak. A régi edzéses terapiától a mai Röntgen-kezelésig minden therapiái eljárásnak akadt pártolója és mindenki minden eljárással tudott valamely eredményt elérni. Nagy anyaggal rendelkező klinikák kötelesege úgy a palliatív kezelésekkal, mint az operatív eljárásokkal foglalkozni, az elért eredményeket összeállítani és belőlük következtetések útján a tudománynak kritikával, a gyakorló-orvosnak pedig tanácsokkal szolgálni.

Ezen czélnak teszek én eleget, midőn a budapesti I. számú női klinika fekvő és bejáró 10 évi myomaanyagáról és terapiájáról akarok beszámolni. Teljes mértékben kritika tárgyává tenni, s a kezeléseket értékének megítélésére felhasználni tulajdonképpen csakis a fekvő anyagot lehet, a bejáró betegek inkább csak statisztikai adatok gyűjtésére használhatók fel.

A budapesti I. számú női klinikán 1903 január 1.-étől 1912 december 31.-éig felvettünk 4458 fekvőbeteget, ezek közül myomás volt 452 (10.13%). Ambulantián jelentkezett ugyanezen idő alatt 42.195 beteg, ezek közül myomás 864, azaz 2.04%. Klinikai fekvőbetegeinket tehát 10.13% myomát találtunk, a mely percent az irodalomban leközöltek között egyike a legnagyobbaknak. Ugyanilyen százalékot mutat Döderlein a tübingeni klinikáról, míg Tauffer, Hofmeier, Engström, Kleinwächter (Winter szerint) 77.000 nőbeteg közül 4.3-4.7%-ban talált myomát. Cemach a müncheni klinikáról 5%-ot mutat ki. Az ambulantiánk anyaga, melybe a klinikai fekvőbetegeket nem számítottam bele, 2% myomát mutat. Henckel 47.126 betegen 1.9% myomát konstataált. Myomás daganatok azonban jóval gyakrabban fordulnak elő, mint ezen számok feltüntetik, a prosecturák jelentéséből ugyanis azt látjuk, hogy a boncsolások alkalmával körülbelül 10%-ban találunk olyan fibromás és myomás daganatokat, melyek intra vitam semmi néven nevezendő panaszokat nem okoztak.

Klinikai jelentkezésükre a myomák szöveti structurája és elhelyezése nagy befolyással van. Szövetileg megkülönböztetünk adenomyomát, myomát, fibromát és fibromyomát. Az adenomyoma elnevezés fenn van tartva azon ritkábban található, lágy, nagyrészt izomszövetből álló tumoroknak, melyek még vitás eredettel mirigyos szövetalkotást is mutatnak és érdúsak. Az ilyen tumorok részint szöveti structurájuknál, részint elhelyeződésükénél fogva igen korán kerülnek az orvos szeme elé és viszont ezen tumorok azok, melyeknek prognosisa a myomákban különben oly ritka malignus degeneratio tekintetében a legrosszabb. A panaszok, melyekre alább bővebben rá fogok térni, főként a vérzés körül cso-

I. táblázat.

Szám	Kor	Para	Előző partus	Myoma	Szülés	Lepényi szak perczeiben	A magzat		Megjegyzés
							hossza	súlya	
I.	38	I.-P.	—	Myoma subsero- sum multiplex	Sima lefolyás	16	46	2180	Sima gyógyulás
II.	38	II.-P.	3 $\frac{1}{2}$ év előtt 1 abor- tus m. III—IV.	Myoma corp. uteri subserosum	Fejtetőtartás. 4 $\frac{1}{2}$ óras kitolás. Úregi fogó. Szülés után vérzés	15	50	2575	Sima gyógyulás
III.	33	III.-P.	2 abortus	Myoma subsero- sum uteri	Sima	3	52	2700	Magzat halott, macerált, 5-ször nyak körül csa- varodott a köldökzsinór
IV.	34	VII.-P.	6 rendes szülés	Myoma multiplex corp. uteri	Sima	15	47	2700	Sima gyógyulás
V.	40	I.-P.	—	Myoma multiplex uteri	Atonia uteri med. grad. és kezelése	25	52	3700	Sepsis puerperalis. 64. nap távozik
VI.	39	V.-P.	4 rendes, 1 abortus	Myoma multiplex uteri	Artificialis abortus	—	—	—	Vitium cordis
VII.	22	II.-P.	1 rendes	Myoma corporis uteri	Sima	22	50.5	3260	Sima gyógyulás
VIII.	40	IV.-P.	3 rendes	Myoma corporis uteri	Elhúzódó lázas tágulás	25	50	2975	Sima gyógyulás
IX.	43	V.-P.	4 rendes	Myoma corporis uteri	Sima	14	48.5	3175	Sima gyógyulás
X.	45	I.-P.	—	Myoma corp. uteri. Vitium cordis. Nephritis	Tökéletlenül kettőzött farfekvés. Méhszájtágítás és bemetszés. Láblehoza- tal. Extractio	8	46	2750	Szülés után collapsus. 1 óra múlva mors. Sectio: Stenosis ostii ven. sin. Pangásos vese, sárga máj vérzésekkel. Myoma. Szívbenulás
XI.	41	IX.-P.	VII. r. p. 1 abortus	Myoma cervicis uteri	II. fokban egyaránt szűk lapos medence. Pla- centa praevia margin. Halott magzat perfora- tíója. Kephalotripsia. Cranioclasia. Dührssen- tamponade	21	58	3550	Lochiometra, bűzös fo- lyás. 25. nap gyógyultan távozik
XII.	31	III.-P.	II. r. p.	Myoma corp. uteri	Farfekvés. Extractio. Hüvely-gátvarrás	4	52	3275	Sima
XIII.	34	I.-P.	—	Myoma subsero- sum uteri	Sima	1	49	3200	Sima
XIV.	36	I.-P.	—	Myoma corp. uteri	Köldökzsinórelőesés, re- positio-kísérlet. Belső lábrafordítás. Extractio, asphyxia	25	51	3210	Felkel, hirtelen beálló lábszár-embolia, thrombo- phlebitis. 10 nap múlva másik lábszár-embolia 70 nap múlva gyógyultan tá- vozik
XV.	23	II.-P.	1 $\frac{1}{2}$ év előtt ha- rántfekvés	Myoma subsero- sum corp. uteri	II. koponyafekvés. 11 óra alatt spontán szülés. Atonia uteri med. grad.	10	52	3500	Sima gyógyulás
XVI.	38	XI.-P.	VI. r. p. 1 iker- szülés orvosi be- avatkozással. Hydrocephalusos gyermek. 2 abor- tus. 1 lepénylevá- lasztás	Myoma corp. uteri subserosum	8 napja nem érez mag- zatmozgásokat. Sima szülés	A magzat lepénnyel együtt szü- letik	44	2150	Három Röntgen-besugár- zás, az utolsó 5 hóval szülés előtt. Magzat halott, ma- cerált. Sima gyógyulás.

portosulnak. Ezenkívül különböznek még consistentiában és elhelyeződésük tekintetében a myomák. A daganat legnagyobb-részt izomsejtekből áll, főleg eleintén intramuralis, majd submucosus vagy subserosus elhelyeződésű. Ez utóbbiak többnyire kemények. Okát ennek a pathologusok abban vélik adni, hogy a subserosus myomának táplálása aránylag legrosszabb és így a szövete, ha eredetileg izom volt is, metamorphosis útján secundaer módon nagyobb részben kötőszövetes lesz. A kötőszövet és az izomszövet egyenlő vagy egyenlőtlen elosztása a tömött tapintatú tumoroktól a porczkeményekig a változatoknak egész sorát adja. Ez utóbbi fibromák rendszerint subserosusan vannak elhelyezve.

A klinika anyagán elhelyezkedésük szerint következőleg oszlottak meg a myomák:

submucosus volt	140	= 30·97%	; ezek közül
hüvelybe megszületett polypus	89	= 19·69%	
subserosus volt	189	= 41·81%	
intramuralis volt	89	= 19·69%	
multiplex volt	47	= 10·33%	

Az ambulantiái anyagának a daganat elhelyeződése szerint való felosztása nem feltétlenül megbízható. A számok csakugyan elütők. Ennek a magyarázata az lehet, hogy a vizsgálat alkalmával a myomás daganat helyének megállapítására egyik-másik vizsgáló nem fordított különösebb gondot. Az ambulantiái statisztika szerint:

submucosus volt	103	= 11·9%
subserosus volt	253	= 29·27%
intramuralis volt	444	= 51·37%
multiplex volt	68	= 7·86%

Teljesen megfelelően az elhelyeződések különféleségének, változók azok a panaszok, melyekkel a myomások a² orvoshoz fordulnak. Submucosus elhelyeződésű daganatok esetén, sőt az intramuralisak egy részében is a vérzés praevaleál, subserosus daganatok esetén azonban kisebbrészt a tumor maga, nagyobbrészt a tumor közvetlen vagy távolabbi környezetének zavarai az indító ok arra, hogy a beteg magát megvizsgálta. Ritkábban és inkább már a betegség igen előrehaladott stadiumában fordulnak elő azok a panaszok, melyek a daganat subjectiv megérzése vagy éppen annak nagysága folytán készítetik a beteget a consultatióra.

Subserosusan elhelyezkedett myomák csak akkor okoznak tüneteket, ha résztvesznek a környező szövet gyuladással betegségeiben vagy ha helyzetüknél fogva nyomásra érzékeny szerveket működésükben gátolnak. A gyuladással complicatiók közül leggyakrabban jelentkezik a parametritis, salpingitis, oophoritis és appendicitis. A tumor ilyenkor növeli az alabántalom által okozott fájdalmakat, másrészt pedig serosus összenövés helyévé lesz. Az ilyen bélével, adnexumokkal, cseplezszel összenőtt tumor minden legcsekélyebb physiologiás vagy pathologiás insultusra reagál és fájdalmat okoz. A belekkel való összekapaszkodás a nőknél úgyis olyannyira gyakori obstipatiót csak fokozza. A subserosus myomák intraligamentumot és subperitonealis fajtája azonban a szomszédságra, a környező szervekre gyakorol nyomást. Az intraligamentosus alak a medencze nagy ereit, idegeit és az uretert nyomhatja, a subperitonealis göbök pedig hátul a sigmát és a rectumot, elül a hólyagot inkommodálhatják. Ha azonban eme szövödmények nem fejlődnek ki, az ilyen tumorok mellett terhesség is beállhat, mely szabadon, úgyszólván minden kóros tünet nélkül érhet a végére.

Az intramuralis és kiváltképpen a submucosus daganatok már befolyással lévén a méh üregének nagyságára, alakjára és nyálkahártyájának egészségi állapotára, a pete megtapadását gátolják, vagy a mégis megtapadt petét a terhesség előrehaladása közben keletkező vérzéssel leválásra készítetik s a terhességet megszakítják.

Tíz év alatt 16.700 szülés közül 16 myomás szülést észleltünk (I. táblázat), közöttük 5 I.-P. (34, 36, 38, 40, 45 évesek). Simán szült 3 (2 subserosus, 1 multiplex), egy kora, kettő érett magzatot. A negyedik (intramuralis) vitium cordis, nephritis, halott magzat, szülés után kollabált és meg-

halt. Az ötödik esetben (intramuralis) köldökzsínrelőesés, repositio-kísérlet, belső lábrafordítás, extractio, érett magzat, a gyermekágyas a 10. napon felkel, előbb a bal, majd néhány nap múlva a jobb lábszár thrombosisa fejlődött. Az összes 16 eset közt a szülés elhúzódott egy esetben, mikor is 4¹/₂ óras kitolás után üregi fogóműtéttel fejeztük be a szülést, utána kifokú atonia jelentkezett. Egy esetben sepsis puerperalis fejlődött, mely 64 nap alatt gyógyult. Egy esetben pedig egy 40 éves IX.-P.-n, hol egyszermind II. fokban szűk lapos medenczével volt dolgunk, placenta praevia marginalis, halott magzat perforatiója, cranioclasia és craniotripsia, a gyermekágyban lochiometra volt jelen. Tehát a 16 közül egy anyahalál vitium cordissal és nephritissel; 11 érett, 4 kora és 1 éretlen magzat közül 4 halt meg, még pedig 1 érett, 2 kora és 1 éretlen.

A panaszokat véve statisztikai alapul, 452 klinikai myomás közül vérzésről panaszodik 288 = 63·7%. Kor szerint tekintve az anyagot, említésre érdemes, hogy a climacterium idejében, 40—50 év között, 32%-ban, vagyis 145 myomásnak okozott a vérzés erőssége nagyobb kellemetlenséget, míg 30 éven alul összesen csak 13, azaz 2·89% jelentkezett ilyen panaszszal. Fájdalma volt 173-nak = 38·3%. Legtöbb, vagyis 73 myomás, 40—50 év közt jelentkezett fájdalommal főpanaszszal. Vegyes panaszokkal 155, azaz 34·29%. Egészen véve a climacterium idejében — 40—50 év között — 213 = 47·1%, azontúl 50—60 évig 65 = 8% jelentkezett a klinikán myomával.

Ambulantiánk 864 myomása közül vérzéses panasz volt 237-nek = 27·43%, fájdalom és vegyes panaszai 627-nek = 72·57%.

Mint említettem, a 10 év alatt lefolyt 16.700 szülésre 16 myomás szülés esett, tehát ez a complicatio elég kis százalék. A myomás daganatok szövődése rossztermészetű képződményekkel körülbelül hasonló kis százalékszámot mutat. Carcinomát a klinikai anyagon 452 esetre a myomás méhben 7-szer volt alkalmunk látni = 1·8%; közöttük 2 corpus- és 5 portiorákot. Ezek közül 3 esetben a carcinoma oly előrehaladt stadiumban jutott kezeink közé, hogy a radicalis műtét kivihetetlen volt; egy corpuscarcinoma-esetben curettementnél nem mehettünk tovább, a mennyiben a beteg s környezete, minden rábeszélés ellenére, nem egyezett bele a radicalis műtétbe és a proponált Wertheim-féle exstirpatio előtt elhagyta a klinikát; egy corpuscarcinomát nagyfokú cachexiával vetünk fel, ez még a műtét előtt halt meg; egy esetben vaginalis totalis exstirpatiót, egyben pedig Wertheim-féle totalis exstirpatiót végeztünk.

Ambulans anyagunk 864 myomása közül 11 esetben találtam feljegyzését a malignitas gyanujának, ideértve a carcinoma és a sarcoma gyanuját is. Ez a szám 1·27%-nak felel meg. Egyéb tumor klinikai anyagunkban myoma mellett 28 esetben fordult elő = 6·18%, ambulantiánkon 16 = 1·8%. Winter 753 myomás betege közül 10-szer látott corpuscarcinomát = 7·53%. Ugyancsak ő másik 10 esetről is tesz említést, melyet Hofmeier és Fehling 854 myoma között talált = 8·54%. Martin 209 myomásán 7-szer látott carcinomát. Nálunk corpuscarcinoma csak 2-szer fordult elő, míg portio- és cervixrák 5-ször. Winter közöl 25 cervix-carcinomát, melyet Winter, Freund és Hofmeier 1270 myomás beteg között észlelt: 1·96%. Cemach a Döderlein-klinika anyagában corpuscarcinomát egyszer sem talált, cervixcarcinomát pedig kétszer.

A 452 klinikai myomás tumor kor szerint a következőképpen oszlik meg:

II. táblázat.

Kor	Nullipara	Para	Összesen kor szerint
20 évig	1	—	1 = 0·22%
20—30-ig	13	14	27 = 5·96%
30—40-ig	58	84	142 = 31·42%
40—50-ig	55	158	213 = 47·12%
50—60-ig	17	48	65 = 14·31%
60 felett	1	3	4 = 0·88%

Tehát: 142 = 31·42% 30—40 év között,
213 = 47·12% 40—50 év között került észlelé-
sünk alá. 20 éven alul egyszer láttunk myomát, 60 éven
felül pedig 4-szer.

Ambulantiánk anyagát a III. táblázat osztályozza.

III. táblázat.

Kor	Nullipara	Para	Összesen kor szerint
20 évig	2	1	3 = 0·34%
20—30-ig	33	54	87 = 10·06%
30—40-ig	120	196	316 = 36·56%
40—50-ig	105	257	362 = 41·88%
50—60-ig	24	66	90 = 9·25%
60 felett	1	5	6 = 0·014%

Itt szintén 40—50 évig, illetve 30—50 évig terjedő kor-
ban jelentkezett a legtöbb: 678 = 78·5%.

20 éven alul csak 3 és 60 éven felül 6.

Klinikánk anyaga közül 145 = 38·08% nullipara, kö-
zöttük legnagyobb számban 30—40 évig terjedő életkor van
képviselve, 58 = 40·0%-kal. A 307 már szült közül 158,
vagyis több mint a fele jelentkezett a 40—50. évben. Ambuláns
anyagunkon e tekintetben a megoszlás ugyanilyen. Itt is a
nulliparák 30—40 évig (120 = 13·8%), a már szültek 40—50
évig (257 = 29·7%) jelentkeztek a legnagyobb számban. Az
összes klinikai és ambulans beteget kitevő anyagból nullipara
volt 430 = 32·5%. A nulliparák nagyobb száma 30—40 év
között jelentkezett, a multiparák nagyobb száma pedig 40—50
év közt.

Myomás anyagom statisztikai átnézete után vázolni aka-
rom azon gondolatmenetet, melyet klinikánkon követtünk
akkor, midőn egy myomásnak therapiája felett dönteni kellett.
Általában véve a myoma jó természetű betegség lévén,
bármennyire tudatában vagyunk annak, hogy a myomaope-
ratiók kivételükben nagyobb számban egyszerűek és könnyűek,
az előre ki nem számítható következményekre való tekintet-
tel az idők folyamán a conservativebb, vagy legalább is a
meggondoltabb operatív therapia felé hajlottunk. Azon élettani
zsugorodás, mely az egész genitális tractussal együtt a myo-
mának a sorsa a climacteriumban, szinte spontán sana-
ciónak tekinthető. A climacteriumba való átvivése a myomá-
soknak már régi törekvése a nőorvosoknak. E törekvések
következménye, hogy oly eljárások birtokába jutottunk, me-
lyekkel a climax bekövetkezését siettetni tudjuk s ezzel a
spontán sanatiót mintegy bevezetjük. Ez a körülmény is, de
még inkább az, hogy a myomások sorsát illetőleg az annyit
emlegetett malignus degeneratio, a mi anyagunkban alig for-
dul elő (1·02%), tartózkodóbb therapiára készített a minden-
áron operatív állásponttal szemben. Nagy ellentmondást látunk
a mi adataink és az irodalomban leközölt malignus degenera-
tiót feltüntető statisztikák között. *Cemach* közleményében
Olshausen összeállításából, ki 6470 myomaoperatio közül,
melyeket 15 műtő végzett, 77-szer = 1·2%-ban talált sarco-
más degeneratiót, *Hofmeier* 2%-ra, *Winter* 4%-ra teszi a
malignus degeneratiót. Ezekkel ellentétben *Pfannenstiel* 1000
eset közül egyet sem látott. A mi tapasztalásaink alapján
valószínűnek látszik *Torkel* azon állítása, hogy az úgyneve-
zett degeneratiók csak későn diagnoskált sarcomák és nem
sarcomásan degenerált myomák.

De ha még a legnagyobb százalékot, *Winter* 4%-os
degeneratióját vesszük is alapul, még ez is kisebb szám,
mint a myomaoperatiók mortalitása, pedig még a malignus
degeneratio nem egyenértékű a halállal. Teljesen különvá-
lasztandó a myoma cystás degeneratiója, ellágyulása, elnyál-
kásodása, necrosis és gangraenája. Malignus degeneratio
alatt a szövettani rossztermészetűséget szokás érteni.

Az operatív technika haladása a myomaoperatióknak
esélyeit megjavította és a vele elért jó eredmények a műtét
értékét nagyon felemelték. A technikában már nem is volna

hiba, a műtét jóformán bizonyosan jól fog sikerülni, de kér-
dés, hogy a műtéti szenvedett vérvesztés és a keringésbe
iktatott daganat által is fárasztott és éppen ezért degenerált
szív hogyan fogja magát a műtétkor viselni, meg hogy a vál-
tozott képességű szív működése mellett a laesiót szenvedett
erek s a bennük keringő kevesebb vagy hígabb vér mennyire
állják ki a mégis csak nagy beavatkozást, thrombosis és
ebből eredő embolia nélkül. *Krönig* (Beiträge zur Throm-
bosenfrage, 1912) 391 saját myomaoperatiója nyomán
ötször látott lábszárthrombosit, azaz 1·3%-ban, melyek
közül kettő halálos emboliával végződött. *Krönig* ezen be-
számoló közleményében olvashatjuk, hogy *Zurhelle* a bonni
klinikai anyagában 2·75%, *Burckhardt* 236 myomaoperatio
közül 4·6% thrombosit talált. *Krönig* szerint a műtét utáni
thrombosisok myoma eseteiben 5·6%-kal vannak képviselve.
A mi 293 operáltunk közt 11 thrombosit találtunk = 3·75%.

A 293 műtétünk közvetlen halálozási száma 16 = 5·46%,
melyek közül 2 tüdőembolia, 1 anaemia perniciosa maxime
gradus, azonkívül 3 myodegeneratio cordis volt. Leszámítva
e hatot, az összhálozás 10 = 3·4%. *Sarwey* (1906) 26 műtő-
től 3496 myomaoperatióról állított össze statisztikát, hol
az összhálozást 5·4%-ra teszi. (1910) *Kleinhaus* 5·6%;
(1907) *Martin* 6·5%; (1908) *Ott* 9·6%; (1910) *Taufer*
6·0%; (1908) *Wallhardt* 1·0%; (1908) *Winkel* 8·1%; (1908)
Döderlein 9·2%.

Ezeket latolgatva, a műtét indiciójának megállapítása-
kor sok más, a műtőnél szigorúbb kritikával éltünk és erre jo-
gosítanak azok az eredmények is, melyeket a palliatív, semmi
momentan veszélylyel sem járó, tapasztalataink szerint mini-
malis kellemetlenséget okozó kezelésekkal elértünk. A curette
+ jodinectiók, a formalinmosás s újabban a Röntgen-besu-
gárzás, mindegyik egyedül és egymással kombinálva a szé-
pen gyógyult esetek egész sorát tudják felmutatni. Mi, a hol
tehetjük és a hol eredményt remélünk, az operatív therapia
előtt megkíséreljük a palliatív kezelést. Ezen eljárásunk az
esetleges rossz kimenetellel végződő radicalis therapiával
szemben, legalább valamennyire, a lelkiismeretünk megnyug-
tatására is szolgál. Műtéti gyógyulási számunk nem áll mö-
götte azokénak sem, a kik minden válogatás nélkül a kis
myomákat is, tehát a könnyű eseteket is, általában operálni
szokták. Bármennyire megfelelnek is azonban műtéti ered-
ményeink a mások által elért gyógyulási percentuatióknak, mi
csak szorosan vett szükség esetén nyúlunk az operatív
gyógyítási módhoz. A kikocsányosodott submucosus myomák,
a polypusok természetesen nem tartoznak ezen rubrikába.

Palliative kezeltünk 159 myomát. E kezelés a méh
nyálkahártyájának kikaparásából, joddal és formalinnal való ed-
zéséből állott, a mihez az utóbbi években a Röntgen-be-
sugárzás társult. A rendetlen vérzésekkal jelentkezett myomá-
sokon, kiken a műtétet nem tartottuk okvetetlenül indikált-
nak, óvatosan kikaptuk curette-tel már csak azért is a
méhet, hogy a kaparéki mikroskopi képeink is birtokában
legyünk s aztán még 4—5 naponkint jodinectiókat adtunk,
későbbi még mindig erősebb menstruatio ellen formalinos
méhüregmosásokat alkalmaztunk. Az utóbbi években a méh
nyálkahártyájának kikaparása után, vagy ha semmiféle a
malignitásra gyanus tünet nem volt, a nélkül is Röntgen-
besugárzást alkalmaztunk. E palliatív kezeléstől mi, bár
nagy számban végeztük, olyan kellemetlenséget, a mely a
kezelésre lett volna visszavezethető, egyáltalában sohasem
látunk. A kezelés ellenesei a myoma utóbb való netaláni
degeneratióját s főként a kezelés következményeként az ad-
nexumok megbetegedésének gyakoriságát, vagy legalább is
a betegségek lehetőségét szokták argumentumként felhozni.
A degeneratio azonban, bármilyen legyen az, elárulja magát
s a legelső tünetével megadja a műtét indicióját, azt pedig,
hogy az adnexumok a kezelés folytán lettek volna beteggé,
mi nem tapasztaltuk. A ki óvatosan, nem elsielve s gondos
tisztasággal dolgozik, ilyen irányú rossz tapasztalatokat nem
fog gyűjteni.

A Röntgen-kezelés módjait és eredményeit eddig már
számtalan közlemény ismerteti s ezért én csupán a teljes át-

tekinthetőség célzatából vázoló az alábbiakban ezt az eljárást és emlitem fel a mi eredményeinket. *Albers-Schönberg*-nek sikerült Röntgen-sugarakkal mesterséges menopausát létrehozni. Ez a körülmény mindjárt reményt nyújtott arra, hogy a sugarakat a myomás vérzések ellen is fel lehet használni. Valóban a Röntgen-sugár erőteljes hatást gyakorol az ovariumra. Az éréshez, az ovarium felszínéhez közeledő tüszők elnyomódnak és nem érven meg pete, amenorrhoea következik be. Kiváltképpen 40 éven felül az ovulatiót és menstruatiót a sugarakkal lehet dirigálni, fiatalokon e célra hasonlíthatatlanul erősebb dosis szükséges és az állapotot nem mindig végleges, a menstruatio hosszabb-rövidebb időre vissza szokott térni. Azt is tapasztaljuk, hogy a myomák Röntgen-besugárzás után többnyire gyorsan kisebbbednek, sokkal gyorsabban, mint a hogy azt a természetes climacterium bekövetkezése után tapasztalni szoktuk. A sugaraknak tehát magára a myoma szövetére is van zsugorító hatása. A besugárzásra először a subjectiv tünetek (nehéz légzés, szívdobogás, gyengeség) javulnak, a profus vérzés néhány besugárzásra megszűnik, majd állandó menopausa következik be, miközben a myoma gyorsan zsugorodik. 3—4 hó alatt a köldökig érő és nagyobb myomák is ökölnyre besugorodhatnak, sőt sok esetben teljesen eltűnnek. Nagy penetrációjú lámpákkal, nagy dosissal sugározunk és a bőr kíméléseért a sugározások közt 3 hetes pausákat tartunk. Saját tapasztalataink nyomán szerzett ismereteinket a következőkben foglalhatjuk össze (l. *Kelen*: Orvosegyesületi előadás, 1912 április hó): 1. A Röntgen-sugárnak minden myomára kifejezett hatása van. Nem volt egyetlen esetünk sem, a melyben a daganat besugárzás mellett is tovább nőtt volna. 2. Vannak esetek, a melyekben a gyógyító hatás oly lassú, hogy a vérvesztések a röntgenezés abbahagyását és a daganat operatív eltávolítását indikálják. 3. 3—8 besugárzásra (leszámítva a még kezelés alatt levő betegeket) az esetek 80%-ában definitív gyógyulás következett be. Az újabb, javított technikával való besugárzás még kedvezőbb gyógyulási eredményt mutat. A vérzések teljesen megszűntek, a daganat zsugorodott. A gyógyulás megítélésében nem annyira a daganat kisebbedését, mint inkább a vérzések megszűnését vettük tekintetbe. A betegeket a kezelésből a vérzés megszűnése után $\frac{1}{4}$ év multán bocsátjuk el. 4. A kezelt esetek körülbelül 10%-ában hasonló jó eredmények után nemsokára recidiva következett be. Ha a recidiva csak a vérzésekkel illeti, azt újabb Röntgen-kezelés többnyire megszünteti, ha azonban a daganat is újra nőni kezd, akkor malignus degeneratio gyanuja állhat fenn, s a beteget operatióra utaljuk. 5. A 40. életév után az eredmények gyorsak. Sikerült azonban gyakran fiatalokon is gyógyulást elérnünk. 6. Postclimacteriumos növekedő myoma több esetben szintén észleltünk gyógyulást. 7. Túlságosan kövér hasfalak a gyógyulást a nagymérvű sugárelnyelés miatt hátráltatják. 8. A sugárzásnak semmiféle kellemetlen mellékhatása nincsen. A bőrsérüléseket pontos sugármérésekkel el lehet kerülni.

Ezen eredmények után klinikánk az operatio és Röntgen-kezelés tekintetében a következő álláspontot foglalja el: Jó erőben levő fiatal egyénekben a kevés kockázattal járó és gyors eredményt ígérő operatio felé hajlunk. Elgyengült, kiverzett, anaemiás, circulatiós zavarokban szenvedő idősebb betegeken az operatív beavatkozás kockázata nagyobb, viszont a Röntgen-therapia lassubb javulást ígér. Ha a beteg várhat és az operatio nincsen sürgősen indikálva, Röntgen-therapiát alkalmazunk. A röntgenezés első idejében, a mikor hatás még nem mutatkozik, formalin-mosásokkal és jod-injectiókkal igyekszünk a vérzést csökkenteni. 40% haemoglobintartalma a vérnek a műtétet contraindikálja. A malignitas pedig direct indicatiója az operatióknak.

A malignusan nem degenerált fibromyomák csak a menstruatio idején szoktak erősen vérezni. E daganatok tulajdonosai vérszegények, halványak ugyan, de nem soványodnak, sőt nem egyszer vastag zsírpárnával bírnak. A rendetlen időben jelentkező vérzések, soványodás, fakó arcszín keltik a gyanút, hogy a myomához rossztermészetű új-

képződés társult vagy a myoma maga degenerált. Carcinoma gyanújára próbakaparás és mikroskopi vizsgálat adja meg a választ. Sarcomás degeneratio kezdetén hiába kaparunk, a kihozott — rendszerint igen csekély — szövetdarabka a nyálkahártyából származik s nem a daganatból, ennek mikroskopi vizsgálata pedig a valódi tényállást nem derítheti ki, inkább a klinikai tünetekből meríthetünk gyanút. A mely daganatról a kaparás nem hozott le semmit, a mely a menopausa után vagy a climax idején hirtelen nőni kezd, s kiváltképpen, ha e növekedés sötét, barnás, véres folyással van összekötve, méltán kelti fel a malignus átváltozás komoly gyanúját. Eleintén azonban e tünetek néha alig mutatkoznak s éppen azért, mert nem mindig könnyű e betegséget kezdetén diagnoskálni, mintegy praeventive ajánlja némelyik műtő minden fibromás méh kiirtását. Eltekintve attól, hogy a malignitas a daganatok csak elenyésző százalékában szokott keletkezni, mi e kezdő tünetek tendenciájára azért sem fektetünk nagyon különös súlyt, mert az általános tapasztalás szerint a Röntgen-sugarak hatása nemcsak a tiszta myomára, hanem a sarcomás szövetre is nagyon érvényesül (*Kienböck*: Berliner Klinik, 1912. április), sőt az sem lehetetlen, hogy e sugarak az elváltozás ellen mintegy praeventive hatnak. Itt meg kell jegyeznünk, hogy 400-at meghaladó Röntgennel kezelt myomás betegünkön sarcomás degeneratiót egyszer sem láttunk kifejlődni. Ha tehát a statisztika azt mutatja, hogy a myomák 2%-a degenerált sarcomásan, akkor ebből az eredményünkéből azt a következtetést kell levonnunk, hogy a Röntgen-kezelés a myomák sarcomás degeneratióját megakadályozza. Ezt bizonyítja azon tisztán sarcomás betegünk besugárzása is, kiben röntgenezésre a nagykiterjedésű inoperabilis sarcoma gyors visszafejlődésnek indult. Ez a betegünk még kezelés alatt áll és róla, valamint a Röntgen-kezelés legújabb eredményeiről más alkalommal fogunk beszámolni. Egyébiránt kétes esetekben a palliativ kezelésmódok sikertelensége úgyis indikálná a radicalis operatív kúrát. A daganatok sarcomás elváltozásai különben is majdnem mindig a climax idején túl szoktak keletkezni. A climacterium éveiben, vagy annál még fiatalabb években is fájdalmakat okozó olyan daganatokat, melyek a környező szervekre nyomást gyakorolnak, kivált ha a myoma a medence mélyében nagyobb ideg- és értörzseket ér, meg kell operálni, úgyszintén operatio tárgya marad az olyan daganat is, a melyen palliativ kezeléssel — öblítésekkel vagy akár besugárzással — a növekedést vagy vérzést illetőleg eredményt elérni nem tudunk.

Operative kezeltünk 293 esetet, melyek közül 123-szor conservative, 170-szer radikálisan jártunk el. A 123 conservativ műtét közül volt 70 polypuskiirtásunk 20—60 év között, ezek mind gyógyultak.

IV. táblázat.

Polypus fibrosus.

Kor	Klinikai anyag	Ebből lecsavarás	Ambulantia
20 évig	—	—	—
20—30-ig	2	2	5
30—40-ig	24	22	35
40—50-ig	41	36	47
50—60-ig	21	10	13
60 felett	1	—	—
Összesen...	89=19.69%	70 Mind gyógyult	100

Morcellement-t 28-at végeztünk, ezek közül 3 meghalt, a többi simán gyógyult. A 3 letalis kimenetelű eset a következő:

1. 1903/139. 37 éves II.-P. Két év óta érez hasában fájdalmat és görcsöket, ugyanezen idő óta vérzése rendetlen. Bimanualis vizsgálat alkalmával köldökig érő sima, kemény, több dudorú, nem érzékeny, szabadon mozgatható tumort tapintottunk. Ujjnyi méhszájon keresztül a méh üregében kb. ökölnyi submucosus gócz tapintható. Baloldali adnex-

tumor. A vérzés csillapításáért egyelőre a submucosus gócz kiirtását akarván végezni, a könnyebb hozzáférhetőség okából az elülső falon felmetszszük a cervixet a belső méhszaj tájáig. A belső daganat eltávolítása feldarabolással. Harmadik naptól lázas, 8. napon exitus. Autopsia alkalmával myosarcoma multiplex uteri subserosum, peritonitis seropurulenta, myodegeneratio cordis.

2. 1904/259. 50 éves O-P. 3 év óta érzi daganatát, vérzése rendetlen és erős. Vizsgálat alkalmával a hátulsó hüvelyboltozatot elődomborítja köldökig érő, emberfejnyi, kemény, sokgöbű tumor. A méhszaj ujjnyi, a portio elsimult. Diagnózis: Fibromyoma corporis et cervicis uteri. Műtét: Méhszajbemetszés, morcellement. Műtét közben igen erős vérzés, erek leköteése, műtét napján délután collapsus, exitus. Autopsia: Arterio-sclerosis, anaemia.

3. 1910/297. 51 éves. 4 év óta alhasi fájdalom, gyakori nagyobb-mérvű vérzés, bő fehérfolyás. Vizsgálat: Venter propendens. A hüvelyben ökölnyi, gömbölyű, tömött, alsó polusán mállekony, bűzös necrosos cszafatokkal fedett tumor tapintható, a mely a méhet magával lehúzza és kifordítja, a tumor tetején tölcészerű behuzódás tapintható, anaemia maioris gradus. A piros vértetek száma 1,435.000, a fehér vérszám 12.700, a haemoglobin 27%. A szív fölött anaemiás zörejt. Therapia: Egyelőre tüneti kezelés, fekvés, alkoholos és kalium hypermanganos öblítések, az anaemia ellen dürkheimi viz. Később 3%-os H_2O_2 -üregöblítés, subcutan oleum amygdalarum dulcium-injectiók, váltogatva fersan. Két hónapi kezelés után a piros vérszám 3,200.000, a fehér vérszám 11.600, a haemoglobin 29%. Morcellement: óvatos lehámozása a daganatnak az invertált uterusról, méh-, hüvelytamponade. Anaemia továbbbi kezelése, öblítések 33%-os alkohollal, 6 hét múlva második műtét 21% haemoglobin mellett. Vaginalis amputatioja az invertált uterusnak. Lázás lefolyás. Műtét után 9. napon exitus. Autopsia: Anaemia pernicioza, myodegeneratio cordis.

25 esetben végeztünk enucleatiót per laparotomiam.

V. táblázat.

Myoma-enucleatio per laparotomiam.

Kor	Operálva	Gyógyult	Meghalt
20 évig	1	1	—
20—30-ig	6	6	—
30—40-ig	8	7	1
40—50-ig	8	7	1
50—60-ig	2	2	—
60 felett	—	—	—
Összesen	25	23	2

Az enucleatio — mint conservativ műtét — inkább fiataloknak való operatio, a conservativ műtét nem sterilizálja az asszonyi testet, azonban a kedvezőtlen eredmények miatt mi is, mint a hogy mások is, lassanként eltértünk e műtét módjától. Az utóbbi években már majdnem mindig radikálisan járunk el. A 25 enucleált közül kettőt veszítettünk.

1904/15. D. L.-né 42 éves. Egy év óta érzi magát betegnek és hasában daganatot érez. Utóbbi időben könnyen elful a lélegzete. Az uterus emberfejnyi, gömbölyű, göbös felületű, fundusa 3 ujjal a köldök alatt tapintható. Az elülső hüvelyboltozatot egy segmentuma e tumornak erősen ledomborítja. A nagy erek felett hasadt diastolés hang, egyébként a szív normalis. Műtét: laparotomia, a myomás göbök enucleatioja. A méh ürege sértetlen marad, az uterus bennhagyjuk. A műtétet scopolamin-morphium- (4 injectióra 3 decimgr.) chloroform-narcosisban végeztük. Már a műtét alatt nagyfokú cyanosis, szörtyögő légzés mutatkozik, mely állapot a műtét után mindinkább fokozódik, tüdőoedema tünetei jelentkeznek, a pulsus romlik s daczára minden szivstimulálásnak, a műtét után 15 órával meghal. Autopsia: Exstirpatio myomatum uteri. Stenosis ostii venosi sin. in sequelam endocarditis chronicae fibrosae. Hypertrophia atrii sin. et ventriculi dextri. Hyperaemia et oedema pulmonum.

1906/249. S. M.-né 38 éves. A műtét simán folyt le, 3 nap teljesen jól van, 4. nap hirtelen rosszul lesz és embolia tünetei között hirtelen meghal.

VI. táblázat.

Amputatio supravaginalis per laparotomiam sec. Chrobak.

Kor	Operálva	Gyógyult	Meghalt
20 évig	—	—	—
20—30-ig	13	13	—
30—40-ig	57	57	—
40—50-ig	67	61	6
50—60-ig	11	7	4
60 felett	—	—	—
Összesen	148	138	10 = 6.7%

Radikálisan járva el, a legtöbb esetben supravaginalis amputatiót végeztünk, számszerint 148-at.

Supravaginalisan amputáltunk minden olyan esetben, midőn a daganat vaginalis kiirtása nagysága, összenövésük és egyéb akadályok folytán igen nehéznek látszott vagy kivihtetlen volt, vagy pedig a myoma mellett az adnexumok is meg voltak támadva. Előnynek tartjuk, hogy e műtét után megmarad épségben a hüvely és boltozata. 148 esetünk közül meghalt 10, azaz 6.7%. 138 gyógyult műtétünk közül 23 esetben láttunk reactiót a csont környezetében, beleértve a parametriumok diffus, nem érzékeny resistentiáját és a mandulányi-diányi kistokú exsudatiót is, mely bár a teljes gyógyulás idejét némiképp meghosszabbította, számbavehető kellemetlenséget alig okozott. A csont malignus degeneratióját, mint a miről Winter és Olshausen 31 eset kapcsán (Zeitschrift für Geb. u. Gynäkologie, LVII—I. köt. és Veit: Handbuch der Gynäkologie, 1907), újabban Lumpe, Hinterstoesser, Weisse, Garkisch, Ekler és Kubinyi megemlékeznek, egyetlen esetben sem volt alkalmunk látni. A 10 letalis kimenetelű esetünk közül négyet veszítettünk sepsisben (1908/151, 1909/71, 1910/433, 1912/142), ezek közül egyen (1912/142) kétoldali tojásnyit-ökölnyi szorososan lenőtt adnextumorból igen bűzös geny ürül a hasüregbe, ezek szerint tehát tulajdonképpen 3 sepsis esik a műtét rovasára, a mi a 148 esetre számítva 2%-nak felel meg.

A 6 nem sepsises halálesetünk kórtörténete a következő:

1. 1905/161. Cs. J.-né 42 éves. IV.-P. 5 év óta daganatot vesz észre a hasában, mely daganat az utóbbi időben igen fájdalmas. Mensese görcsökkel és igen bő mennyiségben jelentkeznek. Állandó obstipatio. Vizsgálat: A portio 1/2 cm., heges, direct folytatódik emberfejnyi, gömbölyű, kemény tapintatú tumorba, melynek felső határa két ujjal a köldök alatt van, mozgathatósága korlátozott, a hátulsó boltozat infiltrálnak látszik, a mi előző gyuladásoknak volna a tünete. A felvétel után eleinte lázas (38.3°), majd subfebrilis. 42 napi fekvés, Priessnitz-féle borítás alatt hőmérséke napokig nem haladja meg a 37.3°-ot. Érzékenység a hasban nem mutatható ki, miért is 37.5° ellenére is műtétre határozzuk el magunkat. Chloroformnarcosisban supravaginalis amputatiót végzünk, a felhúzott rövid lig. infundibulo-pelvicumot előbb pánba szorítjuk, majd a leszorítás mögött alóltjük. Egyébként a műtét zavartalanul folyik le. Első nap sokat hány, hő 37.3°, érverés 92. Spontan vizelt. 2. napon erős alhasi fájdalom, nem tud vizelni; csapolásra sem kapván vizeletet, supponáljuk, hogy uretert sértettünk, miért is relaparotomiát végzünk. A jobboldali ureter igen kitért és feszes, valamennyi jobboldali öltést kibontjuk, az uretert magasra felhúzza, az infundibulo-pelvicumra alkalmazott kötéssel átöltve találjuk. Az átszúrt helyekből vizelet szivárog. Gangraena még nem lévén jelen, a sérülést selyemöltésekkel összefektetjük. Mivel a baloldali ureter is meg van vastagodva, az ezoldali leköteéseket is leveszszük és itt is hasonló helyen, mint jobboldalt, nem teljes lumenében, csak egy részletében, átfogja az uretert az öltés. A lekötés eltávolítása után a szűrőcsatornából itt is vizelet szivárog. Mindkét oldali ureter a daganat által magasra felhúzza abnormalisan futott, csak ily módon történhetett meg az, hogy az infundibulo-pelvicumra tett öltés érthette a falát. Az uretersérülések bevarása után a has üregét Locke-oldattal bőségesen kimossuk s a hasat zárjuk. A seb alsó csücskén a hasat drainezzük. Műtét után szivstimulansok, hypodermoklysis. Első nap a hő 38.8, a pulsus 132. Nem hányt. Spontan és bőven vizelt. Másodnap a pulsus kihagyó, szapora. Relaparotomia után a harmadik napon szivgyengeség tünetei között exitus. Autopsia: Myodegeneratio cordis, anaemia, embolia art. pulmonalis, oedema pulmonum. A műtét területe, a hashártya tiszta.

II. 1905/176. F. J.-né, 50 éves I.-P. 4—5 éve veszi észre, hogy hasában daganat nő, mely eleinte lassan, de két év óta rohamosan nőtt és az utóbbi két év óta fáj a hasa és dereka. Vérzése rendetlen és igen erős, húslészerű folyása van, mely egy időben bűzös is volt. Az alhasat elődomborítja két-emberfejnyi, göbös, kemény, mozgatható daganat, mely felső határával a köldök felett 4 ujjnyira terjed. A portio magasra felhúzza s direct folytatódik a fent leirt daganatba. Műtét: supravaginalis amputatio sec. Chrobak. A műtét lefolyása sima. Első naptól lázas, hurutos köhögés. Másodnap a tüdők felett érdes légzés, széke volt-szelek mentek. Harmadnaptól subfebrilis 38°-ig. Ötödnap hirtelen rosszul lesz, a pulsus, légzés igen szapora, teljes collapsus, 35 perc múlva exitál. Autopsia: A műtét területe, a hashártya tiszta. Anaemia, myodegeneratio cordis, thrombosis venae spermaticae lat. utriusque et arteriae spermaticae lat. dextri.

III. 1905/312. Özv. P. Gy.-né, 35 éves. II.-P. 9 éve veszi észre, hogy hasa növekedik és valami daganat van benne. 2 év óta a növekedés rohamos. Vérzése 9—10 napig tart és igen bő. Az alhasat kitölti egy óriási nagy, göbös, kemény, mozgatható tumor. Legnagyobb haskerület 115 cm. A portio elsimult, a cervix directe folytatódik a fent leirt tumorba. A hátulsó hüvelyboltozatot a daganat erősen ledomborítja. Műtét: Supravaginalis amputatio sec. Chrobak. Az emberfejnyi daganat eltávolítása simán megy végbe. Műtét után eszméletét nem nyeri vissza. Cornealis reflexe nincs. Csapolásra tiszta vizelet ürül. 24 óra múlva még

mindig eszméletlen. Hirtelen cyanosis áll be, néhány perc múlva meghal. Autopsia: A műtét területe, a hashártya tiszta. Embolia arteriae fossae Sylvii. Thrombosis parietalis in aorta ascendente et arcu. Arteriosclerosis. Myodegeneratio. Oedema pulmonum.

IV. 1907/186. M. S.-né, 41 éves. II.-P. 5 év óta daganatot érez a hasában, mely folyton nő, azóta havi vérzése igen bő. Az alhasat kitölti egy köldökig érő, könnyen mozgatható, dudoros, göbös felületű daganat. A cervix directe folytatódik a fent-leírt daganatba. A daganat alsó polusa a hátulsó hüvelyboltozatot erősen ledomborítja, kökemény. Bejövetelekor nagy anaemia. A piros vértetek száma 2,837.000, a fehér vérszám 8800. A haemoglobin 36%. A rossz vérkép miatt fektetjük az asszonyt, fersant és ergotint szed. Vérzése időben tamponade alatt tartjuk. 50 napi fektetés és vérjavítás után műtétet végeztünk stovain lumbalis anaesthesiában. A műtét sima lefolyású. Első naptól lázas. Pulsus 104. Nem hányt. Szelek mentek, szék volt. 5. napon köhögési inger támad, a pulsus 146, könnyen elnyomható, dyspnoë. A 7. napon cyanosis, fulladásos légzés áll be s az asszony meghal. Autopsia: A műtét területe, a hashártya tiszta, anaemia chronica, myodegeneratio.

V. 1909/119. Özv. K. D.-né, 53 éves. 0-P. 6 éve érzi, hogy daganat nő a hasában, mely különösen vizelési nehézségeket okoz. Vidéken 2 év előtt már laparotomizálták, de csak a daganat egy részét tudták eltávolítani. A daganat azóta is állandóan nő. Belső vizsgálat: a portio a symphysishez nyomott, elsimuló félben, de folytatódik egy jó nagy gyermekfejnyi, a méh hátulsó falából kiinduló sima, gömbölyű, a hátulsó boltozatot erősen ledomborító tumorba. Rajta baloldalt tyúktojásnyi göb. Műtét: supravaginalis amputatio sec. Chrobak. A daganat a cervix hátulsó falából indul ki, a Douglast egészen kitölti, a jobb ligamentum lemezei között foglalt helyet. A daganat igen sok ujjnyi vastag venától átszőtt. A méh amputálása után a daganat tokjából és a csonkból is parenchymás vérzés indul, több lekötés után sem sikerül a törékeny erezetű betegnek a vérzést teljesen csillapítani, azért a daganat óriási ágyát jodoformgázzal szorosan tamponáljuk. A műtétet befejezzük és a hasat zárjuk. Vaginalis incisióval a ligamentum lemezei közé jutva, az itt elhelyezett gazecsikot a hüvelybe hozzuk. Az üreg felől és az incidált hüvelyfalból is vérzik, miért a hüvelyfalat leöltjük, az üreget alulról is és a hüvelyt is tamponáljuk. Egy óra múlva a tampon átvérzik, ekkor új tamponade. A vérzés megszűnik. A pulsus azonban állandóan romlik, 10 órával a műtét után exitál. Autopsia: anaemia universalis majoris gradus. Myodegeneratio cordis, arteriosclerosis.

VI. 1911/372. F. G.-né, 41 éves. 0-P. 3 hó előtt vette észre, hogy hasában daganat van, mely azóta folyton nő és vizeléskor nagy fájdalmat okoz. Belső vizsgálat: A méhtestet elkülöníteni nem sikerül egy újszülöttfönyi, az egész kismedenczét kitöltő, gömbölyű, tömör, sima, nem érzékeny tumortól. A daganat elülső faian tyúktojásnyi külön göb. Műtét: Amputatio supravaginalis sec. Chrobak. A műtét lefolyása sima. A műtét utáni napok teljesen zavartalanok. A has per primam egyesült, az asszony jól érzi magát. Teljes jólét után 9. napon hirtelen rosszul lesz, nehéz légzés kíséretében úgyszólván pillanat alatt beáll a halál. A klinikai kép tüdőembolia. Autopsia: Thrombosis venae hypogastricae, iliaca communis et partim inferioris venae cavae. Embolia arteriae pulmonalis. A peritoneum, a műtét mező reakciómentes.

A daganatos méh teljes kiirtását 20 esetben végeztük, melyek közül 10-szer a hüvelyen, 10-szer a hasfalán át operáltunk. Ezen 20 eset közül a 10 vaginalis exstirpatio per primam gyógyult, a 10 Doyen közül 1 meghalt, tehát 20 esetből 1 mors, mely a következő:

1904/300. G. N. 32 éves. 0-P. 10 év óta rendetlenül vérzik miért is kétszer kaparták. 3 hó óta ismét erősen vérzik, alhasában fájdalmak vannak. Vizsgálatkor kisökölnyi méhtestet találunk, melynek bal oldalán jókora lúdtőjásnyi, göbös felületű, szabadon mozgatható, ante-flektált tumor székél. Vérzés, tamponade. Műtét: Vaginalis műtétet határozzuk magunkat, melynek kivitele közben a méh teljesen mozdu-latlanak, nagyságánál fogva teljesen a kis medenczébe szorulnak bizonyult, miért is a műtétet alulról abbahagyjuk és laparotomiával való totalis exstirpatióhoz fogunk. A műtét lefolyása sima. A műtét után állandóan lázas, peritonealis tünetek. 7. napon embolias tünetek között exitus. Autopsia: Sepsis post laparotomiam. Peritonitis purulenta. Myodegeneratio. Embolia arteriae pulmonalis dextrae.

Két esetben operativ castratiót végeztünk. Az érdekesebb eset körleírása a következő:

1911/512. K. A.-né, 40 éves. II.-P. 2 ab. Igen bő férfifolyása van, rendetlen, igen erős görcsökkel járó bő, 8-10 napig tartó vérzés. Alhasi fájdalmak. Status praesens: lógó, hájas hasfal. Portio 1 cm., a méhtestet elkülöníteni nem sikerül újszülöttfönyi, gömbölyű, sima, tömött, nem érzékeny, alig mozgatható tumortól. Műtét: A hasfal igen vaskos, hájas. A myomát a kis medenczében mélyen fixálva találjuk, a függelék magasan a tumor felső polusán. A daganat a méh alsó szakaszából indul ki és az adnexumokat maga elé tolja. Tekintettel az alig megmozdítható, mélyen a kis medenczében ülő tumorra, a hájas hasfalakra és a szemünk előtt ülő adnexumokra, a könnyen kivihető castratiót választjuk az előre látható igen súlyos és nehezen hozzáférhető radialis műtét helyett. Castratio után hasfalzárás, teljesen sima gyógyulás. Utókezelésként röntgenezés. Időnkint való utóvizsgálatok szerint a daganat teljes visszafejlődése.

Összesen műtéttel kezeltünk tehát 293 esetet. Ezek közül conservative operáltunk 123-szor, radikálisan 170-szer. Ha a conservativ műtétek közül a kézenfekvő polypelecsavarásokat levonjuk, akkor 53 esetben operáltunk conservative a 170 radikális műtéttel szemben. Különösen az utóbbi időben, a submucosus góczoktól eltekintve, úgyszólván csak kivételesen operáltunk conservative, egyrészt, mert a radikális műtét jobb eredményt ad, másrészt, mert a conservativ műtétre leginkább praedisponált subserosus gócz a palliativ, illetőleg Röntgen-kezelésre igen jól reagál.

A 293 myomaoperatiók összmortalitása $16 = 5.46\%$, ebből a sepsis halál $5 = 1.7\%$, mely szám, tekintettel arra, hogy 10 évre visszamenő anyagról van szó, csekélynek mondható és még kisebbnek fog ez a szám feltűnni akkor, ha tekintetbe vesszük azt is, hogy a klinika sokkalta szorosabbra vonja a myomaoperatio indicióit, mint a hogy azt sok más klinikán találjuk. A ki minden kis myomát kiirt és a palliativ kezeléseket azon megokolással, hogy myomából sarcoma fejlődhet, még a climax idejében is háttérbe szorítja, nagy számokkal dolgozhat és e könnyű műtéteknek természetesen könnyen lehet csekély a mortalitása. Mi sűrű szítán szűrjük meg az indiciókat, a climaxhoz közeledő években pl. kényszerítő körülmények híján csak a beteg határozott kívánságára fogunk a műtétbe; pedig ebben az időben látjuk a legtöbb myomát, azonban éppen ebben az időben reagálnak azok a gyógyulásra legtöbb kilátással a palliativ kezeléssel szemben. A klinikai jelentőség szerint e myomások 80% -át rendbe lehet hozni műtét nélkül Röntgen-kezeléssel. Kényszerítő körülménynek vesszük pl., ha degeneratiót van okunk felvenni, vagy ha a daganat igen nagy, vagy ha idegekre, erekre gyakorolván nyomást, fájdalmat okoz, avagy pangásokra, thrombosisra ad alkalmat, továbbá ha előzően lezajlott gyuladások folytán rögzített adnextumorokkal van komplikálva és végül, ha a palliativ kezelésnek nincs meg a várt hatása. Ezek a műtétek bizonyára nagyobb súlyal eshetnek a latba, mint azok a ki nem vérzett, egészséges testben ökölnyi-kétökölnyi, mozgatható daganatot kiirtó műtétek, melyekre lépten-nyomon nyilhatik alkalom, hiszen a climax idején minden tizedik asszonynak van már myomája.

Ezen mortalitási statisztikával kapcsolatban a morbiditási statisztikának egyik igen jelentékeny tételével, a thrombosisal akarnék még kissé részletesebben foglalkozni. A thrombosis nem más, mint a vérnek intravascularis összeállása, megalvadása, dugaszszá való tömörülése. Ezt előidézhetik idegen testek vagy anyagok, melyek a vér egyes alkotórészeinek praecipitatioja, lysis, agglutinatioja útján ezek összetömörülését hozhatják létre, de ez az állapot azáltal is keletkezhetik, hogy a keringő vér a rendestől eltérő viszonyok és körülmények által befolyásoltatik, melyeknek következtében coagulatiós vagy conglutinatiós alvadás jön létre. Az először említett csoport myomákban rendes körülmények között nem szokott beállani. Az utóbbi két thrombusfajta képződéséhez Virchow szerint egyrészt az érfalak sérülései, másrészt a vérkeringés lassúbbodása járulhatnak hozzá. Megsérült érfalhoz vérelemekké kapaszkodnak s e vérelemekkiválásnak a vörös vértetek összetapadása, érlumenszűkülés, elzáródás, conglutinatiós thrombusképződés lehet a fokozatos következménye. A véráram lassúbbodásakor pedig a vérben normális körülmények között is jelenlevő thrombogen, a lassabban mozgó leukocyták által termelt thrombokynase, mézsók jelenlétében a fibrinkiválásnak lehet a megindító oka. A thrombusnak ez a fajtája coagulatiós, alvadásos thrombosis. Ilyenül kell felfognunk a myoma környezetében néha ujjnyi vastagságú, igen vékony falú gyűjtőerekben képződött vérdugaszt. Hogy bacteriumok és ezek termékei folytán thrombus keletkezik, régen ismert dolog, de ezek hiányában is a myoma szövődményeként gyakran találunk thrombosit, a minek egyik okául a fibromyoma igen jelentékeny mézstartalma is joggal felvehető. Ez állítás bizonyítására szolgálnak azon biológiai kísérletek is, melyeket Ehrlich, Neusser, Bruck, Wassermann, nálunk Goldzieher a mézszadagolással végeztek. A vénák leköttése után Baumgarten kísérletei szerint a ben-

nők netalán visszamaradt vér folyékony maradhat, felszívódik és az ér lumene fokozatosan megszűkülve végre eltűnik. Így történik az egészséges falú s aránylag kis lumenű gyűjtőerekben. A nagy lumenű hártvaszerű fallal bíró vénák azonban nem tudják gyenge erezettségük révén a nagymennyiségű vérnek felszívódását végezni s így a stagnáló vér megalvad (Stagnations-Thrombose). Ez az alvadékoszlop a legközelebbi vena beszajadzásáig érhet, sőt azon túl is, a szerint, hogy mennyire fokozott a vérnek megalvadási képessége. Ezen lekötött érben levő thrombus idegen testként hat a még keringő vére s nagy mérszartartalma mellett a vérelemek és a vörös vértettek folytonos ráakódása révén állandóan nőhet. Ezen thrombusoknak sorsa közönségesen szervülés. Ezt megakadályozhatják egyrészt a thrombus egy részének leszakadása, embolia, másrészt a thrombus fertőzöttsége révén annak szétesése, sepsises thrombus. Nem feltétlenül szükséges tehát a thrombus (embolus) képződéséhez a műtét beavatkozása, de képződésének feltételeit az amúgy is többnyire anaemiás testben a megváltozott vérösszetétel mellett a műtét lényegesen emeli. A thrombosis akkor, ha belőle semmi sem szakad le, és ha nem fertőzött, tehát genyesen nem mállik el és ha a kis medence valamely venájában fejlődött, lármás tüneteket nem szokott okozni, éppen ezért nem is mindig lehet diagnoszkálni.

Klinikánkon 11 esetben kaptunk emboliát. A thrombus genyes szétesését, pyophlebitist egy esetben sem láttunk. Az embolusok közül egy műtét előtt keletkezett, 10 esetben műtét után. Emboliás eseteinknek körleírása a következő:

1. 1904/270. Cs. J. 41 éves IV.-P., utolsó partus 7 év előtt. 4 év óta daganata van, másfél éve veszi észre, hogy hasa növekszik. Erős alhasi és deréktáji fájdalmak, a menstruatio rendes. Az alhasat kitölti a kis medenczéből kiinduló jó emberfejnyi, rugalmas, sima tumor, melynek felső határa két ujjnyira a köldök alatt van. A tumor korlátoltan mozgatható. A portio $\frac{1}{2}$ cm, directe folytatódik a fent leírt tumorba. Bejövetelek a bal lábszáron duzzanat észlelhető. A hőmérsék 37,8, a pulsus 72—96. A czomberek mentén nyomásra mindenütt érzékenység, a duzzanat fokozódik, az ujbenyomatokat kis mértékben megtartja. Phlegmasia. 51 napi fekvés és Priessnitz-féle borítás után, midőn hőmérséke már rendes volt, de a duzzanat még fennállott, hozzátartozóinak kívánságára műtét nélkül kibocsátjuk.

2. 1905/82. K. S.-né, 47 éves IV.-P. Egy év óta daganat nő a hasában, mely derekában és alhasában nagy fájdalmakat okoz. A havi vérzés igen bő. A portio folytatódik egy hirtelen kiszélesedő göbcsés, kemény, kis emberfejnyi daganatba, melynek felső határa a köldökig ér. Jobboldalt kisebb, baloldalt pedig nagyobb tömeget mutat s a kettő szélesen folyik össze. Műtét: Laparotomia, supravaginalis amputatio sec. Chrobak. Műtét után a hőmérsék subfebrilis 38^o-ig. A varrat kivételek a hasseb per primam egyesült. A 15. napon a bal egész végtagban szaggató fájdalmak. Priessnitz-féle borítás, aspirin. A 17. napon a bal alsó végtag a nagy erek lefutása mentén igen érzékeny. Felpolcsozás, jég a hasra. A 18. napig állandóan lázas, 38,8, pulsus 112. Baloldalt a csonk szélétől kiinduló ökölyi érzékeny resistentia. A 20. nap hidegrázás. A 42. napon a lábszár duzzanata megszűnt, érzékenység nincsen. A 63. napon hagyja el a klinikát; a csonk mellett diónyi, nem érzékeny resistentia.

3. 1905/93. Özv. N. J.-né, 47 éves II.-P. 1 év óta rendetlen, legfeljebb 1—2 napi teljes szünettel váltakozó erős, többször darabos vérzések. Azelőtt mindig négyhetenkint és kevés vérzése volt. Alhasa fáj. Belső vizsgálat: A portio 2 cm, directe folytatódik egy hirtelen kiszélesedő emberfejnyi, gömbölyű, sima, nagy, kemény, a köldök alatt két ujjnyira érő tumorba. A daganat a hátulsó hüvelyboltozatot is ledomborítja. Bő vérzés. Az asszony igen kivérzett, anaemiás külsejű. Műtét: Laparotomia, amputatio supravaginalis sec. Chrobak. Első naptól subfebrilis. A 7. napon lázas, a hőmérsék 38,6, a pulsus 120. A 9. napon a varrat kivételek a seb alsó pólusából és az öltések helyéről véres savó. A 12. napon lázas, a hő 38,5, a pulsus 106. A hassebet szétveszszük. A 19. napon a bal lábszár megdagad, a vénák érzékenyek. Felpolcsozás. Priessnitz. A láb duzzanata a 36. napra lepad, az érzékenység a vénák mentén megszűnik. Secundaer hasfalvarrás után hagyja el a klinikát.

4. 1906/79. B. J.-né 44 éves I.-P. $\frac{1}{2}$ éve vette észre, hogy hasában daganat van, mely azóta gyorsan nő. Mensese 6—7 napig tart, bő mennyiségű. Belső vizsgálat: A méhtest jó gyermekfejnyi, sima, gömbölyű, kemény. Bal sarkában egy igen jól mozgatható, kis emberfejnyi, hasonló consistentiájú tumor. Myoma subserosum uteri. Műtét: Laparotomia, amputatio supravaginalis sec. Chrobak. Első naptól lázas, a hő 38,2—38,4, a pulsus 104—108. A 3. napon a jobb térd belfelülete kezd érzékeny lenni. Priessnitz. Felpolcsozás. A 4. napon hirtelen roszszul lesz, igen szapora pulsus és légzés. A hő 36,9. A pulsus 128—148. Szívgyengeség tünetei, mely állapotból csak nagynehezen sikerül stimulánsokkal és hypodermoklysisel magához téríteni. A 9. napon a hő

37,7, a pulsus 108, mindkét alsó végtag oedemás, erősen duzzadt és fájdalmas. A bal lábszár egész hosszában duzzadt, feszes, érzékeny, a jobb kevésbé. Állandóan lázas. A 14. napon hidegrázás. A hő 38,6, a pulsus 112. A hasseb feltárása, bő genyedés. A hasat nyitva kezeljük. A 15. napon bő véres-habos köpet. Jégtömlő, ergotin. Többször megismétlődő vérköpés. A 21. napon a hő 37,8, a pulsus 100. A bal lábszár még mindig erősen oedemás, a jobb kevésbé duzzadt. Lassú gyógyulás, a 94. napon távozik a klinikáról.

5. 1906/411. P. J.-né, 35 éves, 0-P. $\frac{1}{2}$ éve veszi észre, hogy hasa nő, havibaja utóbbi időben tovább tart és bővebb. Anaemiás külső, haemoglobin Sahli szerint 56%. Belső vizsgálat: A méhtest hirtelen kiszélesedő, kis emberfejnyi, dudoros, kemény tumor alkot. Myoma corporis uteri. Műtét: Laparotomia, amputatio supravaginalis sec. Chrobak. Műtét után a 11. napig teljesen jól van. A has per primam egyesült. A 12. napon a hő 37,8, a pulsus 92. Mindkét lába igen fájdalmas, bal lába dagadt. A 14. napon köhög, a hő 38,1, a pulsus 112. Véreset köp. Embolia. A csonk és környezete teljesen szabad. Láb-oedemája lassan múlik, az 50. napon gyógyultan távozik.

6. 1907/379. V. A., 42 éves I.-P. Egy éve hasában folyton növekedő daganatot vesz észre. Két hét óta nagy alhasi fájdalmak. Vizsgálat: Az alhasat erősen elődomborítja egy a kis medenczéből kiinduló és fundusával 4 ujjal a köldök fölé érő, kemény, tömött tumor. A méhszaj 3 ujjnyi. Belőle ökölyi nagyságban a myoma alsó polusa dudorodik elő. A cervix a fent leírt tumorba vész el. Myoma multiplex. Műtét: Laparotomia, amputatio supravaginalis sec. Chrobak. Első naptól lázas, a második napon köhögni kezd, véreset köp. Légzése szapora, pulsus 124. Embolia. A 20. naptól láztalan, a hő 37,8, a pulsus 108. A cervix-csonk mindkét oldalán egy-egy kis lapos resistentia. A 40. napon gyógyultan távozik.

7. 1910/66. G. P.-né, 36 éves I.-P. 5 éve fáj a hasa, t. i. ezóta veszi észre, hogy valami daganat van benne, mely igen feszíti. Bő vérzés vagy anaemia jelei nincsenek. Vizsgálat: A méhtestet elkülöníteni nem sikerül az emberfönyi, a köldököt felső határával 4 ujjal meghaladó, kemény, gömbölyű tumortól. Műtét: Laparotomia, amputatio supravaginalis sec. Chrobak. Első naptól lázas, a hő 38,5, nehéz légzés, oldalszúrás, igen szapora pulsus (148—152), véres köpet. Embolia. Gyógyulás. Elbocsátva a 20. napon. A csonk bal szélén diffus, nem érzékeny resistentia.

8. 1910/83. S. F.-né, 45 éves VI.-P. 7 év óta veszi észre, hogy hasa folyton nő. Vizsgálat: Anaemia majoris gradus. A haemoglobin 34%. Vitium cordis. A portio directe folytatódik jókora görögdinnyenagyságú, kemény, gömbölyű, sima tumorba. Műtét stovain-lumbal-anaesthesiában: Laparotomia, amputatio supravaginalis sec. Chrobak. Első naptól lázas, a hő 38—38,8 között ingadozik. A has per primam egyesül. A 13. napon a jobb alsó végtag egészében erősen duzzadt, a nagy erek mentén igen érzékeny. Alkoholos Priessnitz-kötés. Az 50. napon távozik gyógyultan a klinikáról.

9. Az 1911/372. eset a Chrobak-féle műtét utáni halálozások közt van tárgyalva. A műtét után 9 napig jól van, sima lefolyás. 9. nap, teljes jólét után hirtelen nehéz légzés kíséretében úgyszólván pillanat alatt beállott a halál. Az autopsia alkalmával thrombosit és tüdőemboliát találunk.

10. 1912/25. H. Gy.-né 38 éves, előzően két rendes és egy koraszülés, utolsó 9 év előtt. Utóbbi időben havivérzése erősebb, jelenleg 3 hónapja állandóan vérzik. Hasában daganatot és fájdalmat érez. A szív ép, fölötte systolés anaemiás zöreje. A vörös vértettek száma 3,124,000, a fehér véresejteké 8600, a haemoglobin 70%. Anaemia. A hasat elődomborítja emberfejnyi, tetejével a köldököt három ujjal meghaladó, gömbölyű, sima, tömött, nem érzékeny, korlátoltan mozgatható tumor, melybe a portio directe folytatódik. Myoma corporis uteri. Felvétel után néhány napig a hő 37,3^o C.-ig emelkedik, ennek megszüntével laparotomia. Amputatio supravaginalis sec. Chrobak. A műtét utáni napokban láztalan, a 4. napon a hő 38^o C, a pulsus 100, igen szapora légzés, légszomj, véres köpet. Az embolia tiszta képét mutatja. Szívstimulancia, köptető, oxgyenbelégzés. A hasseb per primam egyesül. A 24. napon gyógyultan távozik.

Összefoglalás.

VII. táblázat.

A halálos kimenetelű műtét esetekben talált kórcsonczolástani diagnoszisek	Hány esetben
Sepsis	3
Embolia + sepsis	1
Genyes adnextumor + sepsis	1
Embolia	2
Embolia + myodegeneratio	2
Embolia + myodegeneratio + arteriosclerosis	1
Sactosalpinx purul. + myodegeneratio	1
Anaemia universalis + myodegeneratio	1
Anaemia universalis + arteriosclerosis	2
Anaemia perniciososa	1
Vitium cordis	1

VIII. táblázat.

	Műtét	Végzett műtétek száma	Halálos kimenetel	%	Kórbonczolástani diagnosisek
Conservativ	Enucleatio	25	2	8	1. Vitium cordis, arteriosclerosis, oedema pulm. 2. Embolia
	Polypus-lecsavarás	70	0	0	
	Morcellement	28	3	10.7	1. Sactosalpinx purul., myodegeneratio cordis, peritonitis 2. Anaemia universalis, arteriosclerosis 3. Anaemia perniciososa, myodegeneratio cordis
	Összes conservativ ---	123	5	4.06	
Radicalis	Castratio	2	0	0	
	Amputatio supravaginalis	148	10	6.75	1. Embolia art. pulm., thrombosis v. hypogastr. 2. Embolia art. pulm., myodeg. cord., anaemia univ. 3. Embolia, myodegeneratio cordis, anaemia univ. 4. Embolia art. foss. Sylvii, thromb. art. aortae, arteriosclerosis 5. Anaemia univ. majoris grad., arteriosclerosis 6. Myodegeneratio cord., anaemia univ. 7. Myodegeneratio cord., peritonitis 8. Myodegeneratio cord., arteriosclerosis, peritonitis, anaemia 9. Arteriosclerosis, sepsis 10. Myodegeneratio cord., peritonitis
	Exstirpatio totalis per laparot.	10	1	10	Embolia art. pulm., myodegeneratio cordis, peritonitis
	Exstirpatio totalis per vagin.	10	0	0	
	Összes radicalis ---	170	11	6.47	
	Összes myoma-műtét ---	293	16	5.46	

A fentiekben már említett eredményeit másoknak összehasonlítás okából megismételve, azt látjuk, hogy 1910-ben *Kleinhaus* 5.6%-ot, 1907-ben *Martin* 6.5%-ot, 1908-ban *Ott* 9.6%-ot, 1910-ben *Tauffer* 6%-ot, 1908-ban *Wallhardt* 1%-ot, 1908-ban *Winkel* 8.1%-ot, 1908-ban *Doederlein* 9.2%-ot kapott összhalálzási százalékul, a mi klinikánk anyagában pedig 5.46% halálzást találunk s leszámítva a két tiszta tüdőembóliát, egy anaemia perniciosát, 3 myodegeneratio cordist, összhalálzási százalékunk 3.4%-ot tesz ki.

Mindezekből az tűnik ki, hogy a myomák operatív therapiája terén az asepsis és technika tökéletesedésével az eredmények is lényegesen megjavultak. Azonban az is kitűnik, hogy ha a magunk kezűgyességét, környezetünk, eszközeink és a műtési területnek megtisztogatását a tökéletességig is tudnánk emelni, műtéteink halálzási százalékszámát még sem tudnánk 0-ig lefokozni, mert olyan tényezők is játszhatnak szerepet, melyeket kedvünk szerint befolyásolni nincs módunkban. A vérzéseken szenvedő myomás anaemiássá lesz. A vérkeringésbe beiktatott nagy daganat még nagyobb vérzések híján is fárasztja a szívet, a megerőltetett szívizom pedig az évek folyamán degenerálódik is. A vérszegény vagy beteg szívű test kisebb ellenállású a fertőzéssel szemben, azonfelül mert vérszegény, mert tágultak az erek, mert lassúbb a véráramlás, thrombus keletkezhetik, mely thrombus egyszer, mert nagyon nagy, máskor mert anaemiás, szakadékonnyabb is. Ezenfelül számbavehető az a körülmény is, hogy az egyébként jótermészetű daganat rendszerint a negyvenes években okoz olyan tüneteket, melyek folytán a betegség orvoslásra szorul. E korban meg már élettaniilag is kezd az érfalak rugalmassága csökkenni, azok elmeszesedhetnek, törékenyek lesznek, a mely körülmény megint alkalmat adhat thrombus-

képződésre. Ezek szerint a szép operatív eredmények mellett is fenn fog állani a műtési therapiával parallel a palliatív kezelések jogosultsága annál is inkább, mert hiszen — mint a klinika más közleményeiben* már bebizonyította — a negyven éven felüli myomák 80%-át rendbe lehet hozni conservatív palliatív gyógyítási móddal. Ha pedig ez igaz, ez igazság őszinte feltárása után ugyan melyikünk vetné magát alá az első consultatióra egy nem egészen életbiztos, heroikus operatióknak.

A myomák conservatív kezelésének egyik fajtájáról tárgyalván, találóan jegyzi meg *Stöckel*: „Dass die Kranken sich im allgemeinen — nicht immer — lieber ohne, als mit Operation heilen lassen wollen, ist begreiflich. Dass die Operateure der neuen Forderung gegenüber sich zunächst ablehnend verhielten, hat teils sachliche, teils unsachliche Motive. Eine gute Therapie, deren Erfolge feststehen, aufzugeben, ist schwer. Eine Operationsmethode, die so gut und schön ausgearbeitet ist, wie die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus, ganz fallen zu lassen, ist besonders schwer. Neben diesen wissenschaftlichen und berechtigten Bedenken kommen die nicht wegzuleugnende Eitelkeit vieler Operateure auf ihre technische Geschicklichkeit sowie Erwägungen rein materieller Art als Hemmungsmomente zur Geltung. Die „Nur-Operateure“ sehen sich in ihrer Existenz bedroht . . .“ És tovább: „Abgesehen von Zufallskomplikationen, ist mit der Emboliegefahr etwas mehr als bei andern

* *Prof. Bársony*: A fibromás méhek conservatív kezelésének egy módjáról. (Orvosi Hetilap, 1908, 43. szám.) — *Prof. Bársony*: A fibromáról és therapiájáról. (Orvosképzés, 1912, 6-7. füzet.) — *Kelen dr.*: Über Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. (Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie, 1911, 2. füzet.)

Laparatomien zu rechnen, besonders dann, wenn das Herz durch starke Blutverluste geschädigt und die Zirkulation im Becken durch intensiven Tumordruck schon lange gestört ist. Aber auch da, wo man es am wenigsten erwartet, nach schneller, glatter Operation und bei anscheinend ungeschwächter Zirkulation kann der Embolietod wie der Blitz aus heiterem Himmel kommen. Dann die Gefahr der Peritonitis bei verjauchten Myomen oder bei einem vorübergehenden Fehler im aseptischen Apparat. Wir arbeiten ja bezüglich der Asepsis sehr sicher, aber auch Präzisionsmaschinen setzen manchmal aus. Wir können also eine absolute Garantie für den Erfolg vor der Operation nie übernehmen und müssen zugeben, dass die operative Myomtherapie durch eine, wenn auch nur geringe Mortalität stark belastet ist. Dazu kommt die Möglichkeit postoperativer Komplikationen. Man liest und hört darüber heute kaum etwas, aber völlig „unfrisierte“ Statistiken sind doch auch heute noch nicht völlig frei davon“ stb. stb.

Az elmondottakból az tűnik ki, hogy a myomák gyógyításában is szigorúan individualizálni kell s nem jár el helyesen az, ki minden myomát megoperál, de az sem, a ki a conservatismust a túlságig viszi. Kétségtelen, hogy nagyon sok myomát meggyógyíthatunk kés és olló nélkül, ott azonban, a hol a myomaoperatio szorosán indikált és a therapiának ez activ módja elkerülhetetlen, az eredmények tanulsága szerint a gyógyulás arányszáma e téren is alig remélt fokra emelkedett.

Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr. egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr. egyetemi magántanár és John M. Károly dr.)

A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: John M. Károly dr.

I. A női tej értékéről és értékeléséről.

A tehéntejnek mint csecsemőtápláléknak inferioritása a női tejjel szemben bibliai idők óta tudott dolog. Éppen ezért az esetben, ha az anya nem tudja szoptatni gyermekét, a tehetős szülők a táplálás kérdését rendszerint és a legkényelmesebben úgy oldják meg, hogy dajkát fogadnak a házhoz. És így a legtöbb esetben már kész elhatározással és főleg a dajka egészségi állapotának megvizsgálása végett fordulnak az orvoshoz.

Vannak, kik a dajkavétel erkölcsi jogosságát kétségbe vonják és arról mint nagy socialis igazságtalanságról beszélnek. És elvben ki ne ismerné el minden gyermek jogát anyjához, anyja tejéhez legalább csecsemőkorának első felében, vagyis azon korban, melyet bátran nevezhetünk el az azonosfajú tejtől függőnek.

Ha üzleti szempontból bírálgatjuk a dajkavétel kérdését, azt örökös üzletnek kell tartanunk. Mert a míg keresnek és kínálnak: üzleteket — még ha tiltottak is — mindenkor fognak kötni. Pedig meg fog-e szünni a kereslet, ha arról van szó, hogy a tehetős szülő ezzel gyermekét életben tarthatja? Vagy meg fog-e szünni a kínálat, mikor a terhesség alatt lerongyolódott nőnek (ki saját gyermekének csak ritkán jóakarója) gondtalan életre és az eddigénél nagyobb keresetre van kilátása? Törvénybe nem ütköző üzletről lévén szó, hiábavalónak és kárhaveszetteknak kell tartanunk minden olyan törekvést, mely két független és szabad elhatározással bíró fél között létesített vagy létesítendő egyezség felbontását célozza.

Ha a társadalmat a dajka részéről érné szemrehányás, semmit sem tudna védelmére felhozni; de kérдем azoktól, kik a *gyermek* védelmére kelnek, vajjon hajlandók volnának-e a más gyermeke kedvéért és a sajátjuk rovására más téren önzetlenséget gyakorolni, mások javára a jómód nyújtotta egyéb előnyökről lemondani, melyek lakás, kényelem stb. formájában kínálkozva ugyancsak értékes egészségi tényezőknek tekinthetők.

Ha már most a dajkavétellel kapcsolatban az emberéletben való nyereség és veszteség mérlegét állítjuk fel, az a következőket fogja mutatni. A mikor már eleve nyilvánvaló, hogy az összes költségeket a dajka gyermeke fogja viselni, felületes vizsgálat alapján, az érzelmi és etikai mozzanatoktól teljesen eltekintve, azt mondhatnánk, hogy a csecsemőmortalitás szempontjából elvégre mindegy, ha X vagy Y gyermek marad életben. A valóság ráczáfol ezen feltevésre. A magángyakorlatból tudjuk, hogy mesterséges táplálással is sok esetben jó eredményeket érnek el intelligens szülők, kik nagyobb értelmiségüknél és kedvezőbb anyagi helyzetüknél fogva többet tehetnek gyermekükért, mint a mennyi a dajkaságba adott gyermekért történik. Ha tehát a dajka szoptatná saját gyermekét és az úri osztály a magát mesterségesen táplálná, bár így is volnának veszteségek, a végeredmény bizonyára sokkal kedvezőbben alakulna, mint fordított esetben.

A mi azonban — mert sok esetben fölösleges — a dajkavétel elvi kérdésénél is fontosabb, az az, hogy *egy* csecsemő rendszerint nem *egy*, hanem *egész sorozat dajkát fogyaszt el*.

Mindennapos tapasztalat, hogy az olyan nő, ki kitünő dajkának ígérkezett, új csecsemő mellett 1—2 hét alatt használhatatlanná válik. Hasonló sors éri a másodikat, a harmadikat, a többi, míg végre — hónapok mulnak el ezalatt — talán a nyolczadik a jó. Hét tejforrás apadt el így, de arra, hogy a gyermekben keressék a hibát, még csak gondolni sem akarnak.

Gyakran fordul elő az az eset, hogy fiatal csecsemőhöz, ki addig anyja részéről inanitióban volt, bőven tejelő dajkát veszünk. Ez a csecsemő, mely most egyszerre annyi tejet kap, hogy azt feldolgozni és értékesíteni nem tudja, az ebből származó gyomormegterhelés következtében, melyet, ha a fölösleg kihányásával nem korrigál, rendszerint és hamarosan étvágytalanná válik. Az ebből eredő, a csecsemőre nézve különben előnyös csökkent táplálékfelvétel a tejsecretióra lesz kedvezőtlen hatással. Az emlőben visszamaradó tej a további tejsecretiónak nemcsak térbeni akadálya, hanem a tejképződéséhez az adott esetben szükséges és már megszokott nagyságú inger csökkenését is jelenti. Hasonlóan az elválasztás azon módjához, melyet nagyobb gyermekeken szándékosan, egyes szopások elhagyásával indítunk meg.

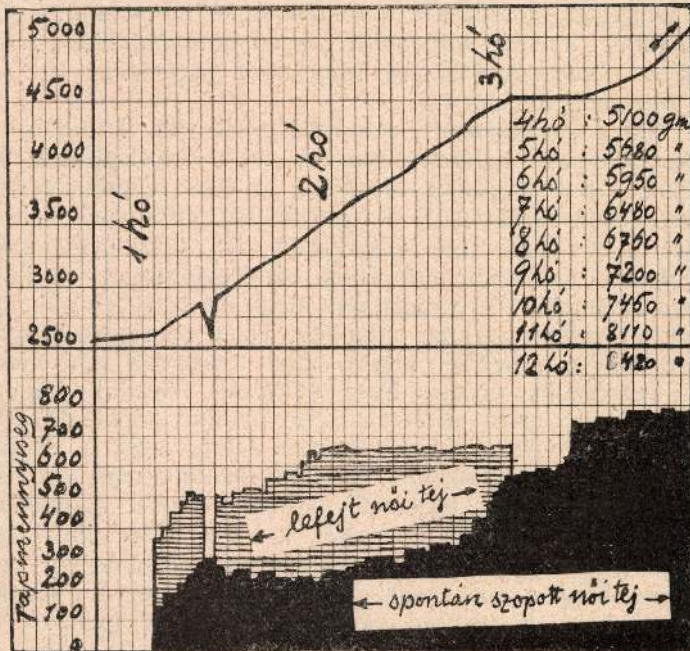
A dyspepsia, a csökkent táplálékfelvétel és végül a tejforrás kiapadása a csecsemő testsúlyának csökkenését fogja eredményezni. Ne csodálkozzunk azon, ha a környezet mind-ezért a dajkát teszi felelőssé. És mindezt elkerülheték volna, ha az emlő teljes kiürítése végett a dajka gyermekét is a házhoz veszik addig, míg a gyengébb és fiatalabb csecsemő étvágya, emésztőképessége és mindenekelőtt táplálékszükséglete oly mértékben megnő, hogy az emlőt most már egy-magában is functióban tudja tartani.

Sokszor olyan csecsemőhöz kerül a dajka, melyet már hosszabb ideig mesterségesen tápláltak. Rendszerint tehéntejjel túltáplált csecsemőkről van szó, melyek egy darabig jól fejlődtek, míg a „tejtálatom“ jelensége és elsősorban a súlygyarapodás megakadása étrendi változtatást tesz szükségessé. Az ilyen gyermek — és ez szabály — női tej mellett kezdetben fog. Fogy azért, mer a női tej sókban szegényebb a tehéntejnél. De ez a fogyás csak látszólagos. Inkább a megelőző gyarapodás egy hányada volt pathológiás. Az a hányad, melyet nem szerves vakolat, hanem a tehéntej sótöbblete és az ennek oldásban tartásához szükséges víz retentiója idézett elő. A női tej adagolására beálló súlycsökkenés tehát inkább reparatióknak tekinthető, hiszen a csecsemő szervezete sóinak és vizének csak fölöslegét adja le. De ne csodálkozzunk azon, ha ez a dajka is távozik.

A debilis, a koraszülött és az ikergyermekek közül sokan nem tudnak vagy nem akarnak szopni. Előfordul, hogy ezen csecsemők a dajkától 20—30 gr.-nyit szopnak csupán, holott ugyanaz a nő saját gyermekének 100—150 gr.-nyi tejet adhatott egyszerre. Különösen akkor történik ez, ha nehezen jár a dajka emlője, de könnyen folyó tej esetében is. A német

„trinkfaul“-nak nevezi őket. Minthogy ilyen gyermekekkel a magángyakorlatban elégszer találkozunk, legyen szabad saját megfigyelésem köréből példa gyanánt egy esetet felhozni. (1. ábra.)

Súly



1. ábra.

Sz. Hanka. Születési testsúly: 2520 gr. Anyja, ki előbbi két gyermekét sem tudta szoptatni, ezt újból megkísérelti — tej nélkül. A csecsemő 14 napos inanitio után dajkájától, kinek bőven van teje, alig szopik. 3 hónapig lefejt női tejjel tartjuk életben.

lefejt női tej; spontán szopott női tej.

A 2520 gr. súlyú, egészséges szülőktől való gyermeket 8 napig anyja szoptatja — tej nélkül. Magam választok dajkát, ki jól fejlett és könnyen járó emlőiből saját és más csecsemőknek — mint arról meggyőződtem — szopásonként 100—150 gr.-nyi tejet adhatott. Napi tejtermelő képessége 1000—1200 gr.-nak felel meg. És ez a mi gyermekünk mindennek dacára két emlőből 30 perc alatt 20—40 gr.-nál többet szopni nem volt hajlandó. 24 óra alatt 6—7 szopás alatt ily módon élvezett 200—250 gr.-nyi tej még az életbenmaradáshoz sem lett volna elegendő, gyarapodásról nem is szólva. Nem javított a helyzeten az sem, ha szaporítottuk vagy csökkentettük a szopások számát. És nem tehetünk egyebet, mint minden egyes szopás után lefejt dajkatejet adni a csecsemőnek hónapokon át. Mert hónapok kellett ahhoz, míg a gyermek saját elhatározásából és erejéből annyit szopott, a mennyire a továbbfejlődéshez és gyarapodáshoz szüksége volt. E hozzátáplálásra (mint az a mellékelt ábrából is kitűnik) a gyarapodás elég szépen indult meg. A gyermek most 1 éves, már áll, osszificatioja jó, testsúlya 8420 gr., tehát a születési súlynak több mint háromszorosa.

Ilyen esetek ismerete a gyakorlat, valamint a dajkazarlás szempontjából fontos. Bizonyos, hogy sokkal gyakoribbak, mintsem sejtenénk, a minek igaz voltáról meg fog győződni az, a ki ez irányban figyelget csecsemőket.

Ha már most kutatjuk, hogy mi lehet az oka annak, hogy egyes csecsemők még a jó emlőből sem szopnak annyit, a mennyi az életbenmaradáshoz szükséges, a következő lehetőségekre gondolhatunk: Arra mindenekelőtt, hogy a gyermek gyenge, erőtlen és a szopással járó munka hamar kifárasztja. Minél nehezebben jár az emlő, annál gyorsabban fog ez bekövetkezni és annál kisebbek lesznek a spontán szopott tejmenntiségek. A koraszülöttekről ezt már régen tudjuk és idáig sem haboztunk ilyeneknek lefejt női tejet adni. De nagy tévedés azt hinni, hogy e jelenséget csak koraszülötteken észlelhetjük. Ha kihordott, de debilis két csecsemőt, esetleg ikertestvéreket olyan nő emlőjére teszünk, melyből saját gyermeke 100 gr. tejet tudott szopni, azt fogjuk tapasztalni, hogy az első gyermek talán 50 gr.-ot szopik, a második pedig (ugyanazon mellből) már semmiesetre sem a még rendelkezésre álló 50 gr.-ot, hanem annak a felét, vagy még kevesebbet. Nem lesz többre képes azért, mert a második tejportio kiszívása már jóval nagyobb munkával jár, mint

annak első fele. Látjuk tehát, hogy a szívó mechanizmus elégtelensége már magában véve is elegendő ok arra, hogy a gyermek a könnyen járó emlővel se boldoguljon. Az emlő kiürítése azonban nemcsak a szívás erejétől, hanem azon ellenállástól is függ, a melyet a tej kifolyása elé, mint gondolom, a kivezető csövek állítanak. Hogy mi az oka annak, hogy az egyik emlő könnyen, a másik nehezen jár, azt nem tudjuk, de valószínű, hogy a kivezető csövek anatómiai felvése, különösen átmérője és hossza különbözteti meg az egyes emlőket egymástól. Annak a minden esetben konstatalható jelenségnek pedig, hogy az egyszeri tejmenntiség második felének kiszívása csak fokozott munka árán érhető el, nyilván az az oka, hogy a mélyebb acinusokban képződő tejcsappcskéknek a felszínre hozatala csak hosszabb úton és nagyobb erő kifejtésével eszközölhető.

Ha az erőtlen csecsemők szopási mechanizmusának elégtelenségét mindjárt kezdetben felismertük és a női tejnek megfelelő mennyiségben és módon való beviteléről gondoskodtunk, a helyzet rendszerint és rövidesen kedvezővé alakul: a gyermek erejében nő, szívni mindjobban tud és 1—2 hét elteltével a hozzátáplálás fölöslegessé válik. De nem úgy a csecsemők azon csoportjában, a kiket, mint kezdeti inanitiótól károsodottakat a második lehetőség körébe vonnánk.

Az újszülöttnak az első 24 óra alatt, nagyon helyesen, csak teát adunk. A második napot 2—3 szopás tölti ki és csak a harmadik napon kezdődik a rendszeres szopatás. Ha az első hét végén sem indult még meg az anya tejszociatioja kellő mennyiségben, a csecsemőt az inanitio veszélye fenyegeti. Éjjel-nappal sír, alig vizek, nyálkás-zöldes, víz-szegény, keskeny vérudivartól övezettek éhezési székei.

Az éheztetés súlyosabb insultus a túltáplálásnál. A túltáplálás ellen a csecsemő szervezete a gyomor-béltractus segítségével kezdetben sikerrel védekezik. Külöki a felesleget magából és csak az esetben, ha a túltáplálás huzamosabb ideig tartott, áll elő a táplálkozási zavar, az ártalomnak a szervezet anyagcseréjét is megbolygató fokozódása. Női tejjel való táplálás esetében ez rendszerint még akkor sem ölt komolyabb formát, ha a túltáplálás hetekig vagy hónapokig tartott. A csecsemőszervezet rendszerint sikerrel védekezik ellene: a fölösleget kihányja, ha nem így — úgy elhízással. Az emésztési functio fokozott igénybevétele és sok minden egyéb természetesen contraindikálja a táplálásnak ilyen módját.

A női tejjel való túltáplálásról, mint relativ ártalmasságról, csak akkor beszélhetünk, ha szembeállítjuk vele az inanitio okozta súlyos károkat. Az inanitio mindjárt kezdettől fogva táplálkozási zavar, mely az anyagcsere rendes menetét megbontja. Csak mellesleg említem az éhezési acidosist (Langstein és Meyer¹), a Rietschel² észlelései szerint beálló glykosuriát és inkább a klinikai jelenségekre: a nagy súlyzuhanásokra és azok még említendő következeiseire figyelmeztetek. Ha Schlossmann³ azt tapasztalta, hogy éhező gyermekek súlyukat egy darabig megtarthatják, ez nem vonatkozhatott újszülöttekre. Mert azokra nézve e tétel nem áll meg.

Az újszülöttek inanitióját súlyosbítja, hogy a csökkent vízfelvétel következtében vízszegénynyé válnak. Fel nem ismert esetekre gondolok, mert fel kell tennem, hogy ha valaki az inanitiót felismerte, nem teát, de tejet nyújt a gyermeknek. Ha rendszerint adnak is apró csecsemőknek néhány kanálnyi teát naponta, ez a kevés folyadék a szervezet vízszükségletét fedezni nem bírja.

Az újszülöttek inanitiója a magángyakorlatban igen gyakori dolog. A tapasztalás azt bizonyítja, hogy főképpen a közép osztály gyermekei, ha anyjuk szoptatja őket, nem a 11—14. napon, hanem annál jóval később nyerik vissza születési

¹ Langstein-Meyer: Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. Wiesbaden, Bergmann, 1910.

² Rietschel: Zur Technik der Ernährung der Brustkinder in den ersten Lebenswochen. Jahrb. f. Kinderh., 25. köt., 1912.

³ Wiener Naturforscherkongress, Sektion f. Kinderheilk., September 1913.

súlyukat. Az inanitióknak enyhébb és átmeneti jellegű alakjai ezek, melyek következtében a csecsemő még nem károsodik és mindössze súlyban halad lassabban előre. Súlyosabb követkevésekkel az éheztetés csak akkor jár, ha a megélhetési minimumnál is kevesebbet szopik a csecsemő.

Az inanitio kezdetét sokszor észre sem veszik. De annál többször ismerik félre az éhezési pseudodyspepsiát. A szopási idő rövidítésével, a közök ritkábbtételével és hogy ki ne hagyjuk: az oleum ricini adagolásával persze nem javul a helyzet. A gyomor és bél üresen jár, fűt- és tápanyag nélkül szűkölködik a szervezet. És esik súlyban lefelé. Ha már most az ilyen csecsemőhöz dajkát fogadunk, abban a meglepetésben lehet részünk, hogy a gyermeknek nem kell a tej, még ha bőven ömlik is az emlőből. Lusta szopók ezek, kik — bár érthetetlen — kevesebbet szopnak, mint a mennyi a megélhetéshez elegendő. Így a közölt esetben is a csecsemő 8 napos inanitio után 4 hónapos koráig 20—40 gr.-nyi, tehát nevetséges mennyiségeket szopott csupán. És atrophia-ban pusztult volna el, ha női tejnek hónapokon át való hozzátáplálásával ennek elejét nem vesszük. Így pedig (most 1 éves) gyönyörű gyermek lett belőle és semmiben sem különbözik hasonló korú, kisebb testsúlylyal született, de normalis gyermektársaitól.

A ki ilyen csecsemőket szoptatás közben figyelget, azt fogja tapasztalni, hogy nem a szívási mechanizmus elégtelenségéről, hanem táplálkozási nembánomságról van szó. A gyermek néhány erőteljes szívás után a szopást abbahagyja. Ha lefejt női tejet öntünk a szájába vagy a könnyen folyó Soxhlet-üvegből adagoljuk, tetszés szerinti mennyiséget készséggel lenyel, gyarapszik, de magától mégsem szopik. E csecsemők a továbbiakban különbözőképpen viselkednek. Egyesek 1—2 hét múlva már maguktól szopnak és feleslegessé válik a hozzátáplálás. A közölt esetben, mint láttuk, három hónapig tartott az állapot.

Megfigyeléseim alapján állíthatom tehát, hogy az első hét vagy hetek inanitioja a későbbi táplálékfelvételt is befolyásolja. Vajjon a gyomor és bél téltlenségi állapota oka-e ennek, azt eldönteni nem tudom. A csecsemőn a hiányos táplálékfelvétel közvetlen oka gyanánt étvágytalanságot vagy idő előtt való jóllakottságot sejtethetünk. Tekintettel azon körülményre, hogy az ilyen gyermek emésztőtractusa a dajka megérkezéséig úgyszólván üresen járt, az utóbbi lehetőség valószínűbbnek látszik és felvehetjük, hogy aránylag kis tejmenyiség is, mely az azelőtti sokszorosan felülmúlja, már a jóllakottság érzését kelti.

Az a körülmény, hogy a csecsemők a lefejt női tejet rendszerint jól tűrik és így súlyban szépen gyarapodnak, a mellett szól, hogy az emésztési és a táplálkozási funkciók körül nincsen nagyobb baj. Nem számítva ide azon ritkább eseteket, melyekben a huzamos éheztetés atrophia-ra és a szervezet táplálhatatlanságára vezet.

Az újszülöttek inanitioja jelentőségénél és aránylagos gyakoriságánál fogva mindenképpen nagyobb figyelmet érdemel, mint a melyben eddig részesült. Azt hiszem, nagyon érdekes adatoknak jutnánk birtokába, ha a szülészeti klinikák 1—11 napos csecsemőanyagát vizsgálgatnánk ebben az irányban, mi tudtommal eddig még sehol sem történt. Talán azért nem, mert a szülész érdekkörén kívül esik és a nagy anyag miatt nehezen is valósítható meg.

Nem tekinthetjük a mondottak után missiónkat már befejezettnek akkor, ha a csecsemő részére egészséges és bőtejtű dajkát választottunk ki és minden esetben meg kell határoznunk azt is, vajjon eleget merít-e a gyermek a kínáló tejforrásból. Ha igen, úgy megnyugodhatunk; ha nem — és ezt és ennek okát megállapítottuk —, lefejt női tejjel kell táplálnunk.

A száj nyálkahártyájának traumás sérülése, az abból eredő gyuladós folyamatok, valamint a soor az a harmadik lehetőség, mely a szopás akadályaként tekintetbe jöhet. A mióta *Epstein* a „szájpolás“ veszélyére rámutatott, nagyobb csecsemőkön stomatitist aránylag ritkán látunk. De nem úgy az újszülötteken. És fel kellett tűnni, hogy a szülőklinikákról

10—12 napos korukban hozzánk (az orsz. anya- és csecsemővédő egyesület II. sz. otthonába) kerülő újszülöttek többsége soorral, stomatitissal és dyspepsiás székkel érkezik és rendszerint a kívánt mennyiségnél kevesebbet szopik. Ismerve klinikáink gondos tisztaságát és a csecsemőknek azokban divó lelkiismeretes gondozását, kóroktanilag két momentumra gondolhatunk: az *első szájoillettere és inanitios állapotokra, melyek az előbbi következtében vagy attól függetlenül az első hét folyamán állanak elő.*

Ha a „szájpolást“, a száznak ujjal való kitörülését a csecsemőkörben egészen elhagytuk, mert fölöslegesnek, károsnak, sőt veszélyesnek bizonyult, az első szájoilette végzésekor sem zárhatjuk ki a nyálkahártya laesiójának lehetőségét és az ezzel járó veszélyeket. Ha újszülöttek száját életük első napjaiban nézegetjük, hámfoszottságot és különösen a hamulus pterygoideusnak megfelelő területen pillangószerű erosiókat gyakran láthatunk. Talán felesleges hangoztatni, hogy e tüneteket másra, mint a száznak kitörülésére nem vezethetjük vissza. Nem habozom felvenni, hogy a nyálkahártya ezen defectusai az inanitio előkészítésében bizonyos szerepet játszanak. Egrészt azért, mert a szopási mozgások erejét csökkentik, tartamát rövidítik, másrészt, mert ily módon a kezdeti tejscretio normalis ingerét alászállítva, a kívánt tejmenyiség termelését későbbi időre halasztják. A tejtermelésre gyakorolt ezen ingerentia jelentőségét csak fokozza, hogy a mai anyák gyermekeit, különösen a magán-gyakorlatban, az inanitio veszélye amúgy is gyakran fenyegeti.

A szájhám erőművi megbántása és az inanitio lehet véleményem szerint az oka annak, hogy e gyermekek soort kapnak, lustán szopnak, dyspepsiássá lesznek, súlyban lassan vagy nem gyarapodnak és mindezek következtetését hosszabb vagy hosszú ideig sínylik. A szülész mindezen dolgokat nem láthatja, mert az újszülötteket csak 8—11 napig észlelheti. És talán ez az oka annak, hogy eddig az újszülöttek megfigyelését gyermekorvosra bízni nem tartotta szükségesnek.

Voltak idők, mikor a rendszeres szájoilolás elhagyását nagy hibának tartották volna. Nem is kerülte el egy csecsemő sem azt, míg *Epstein* bizonyítékok tömegével rá nem mutatott ez évtizedes tévedésre. Az újszülött szájának kitörülését még most is szükségesnek tartjuk. Vajjon joggal, ezt eldönteni nem a gyermekorvos illetékes, ki nem lépi át hatáskörét akkor, ha figyelmeztet arra, hogy e beavatkozás az erőművi insultus jellegével bír, mely a csecsemőre káros következtésekkel járhat. Éppen ezen következtésekre való tekintettel, melyeknek korrigálása már a gyermekorvosra tartozik, vethetem fel azon kérdéseket, hogy 1. *egyáltalában, okvetlenül és minden esetben szükséges-e az újszülött csecsemő szájának a születés utáni kitörése és 2. ha igen, nem végeztethetné-e azt másképpen, kiméletesebben, a száj nyálkahártyájának megsértése nélkül?* E kérdéseket gyermekorvosok még eddig fel nem vetették, a minek oka bizonyára az, hogy újszülöttekhez nem őket hívják. Mint szóbeli közlés útján tudom, *Reuss*, ki a bécsi egyetemi szülészeti klinikán mint gyermekorvos működik, a szájoilólást illetőleg ugyanolyan észleléseket tett, mint *Heim* és *John* az országos anya- és csecsemővédő egyesület csecsemőosztályán. Fölszólalás tehát az ő részéről is várható.

* * *

Visszatérve már most a dajka gyermekére, annak száználmas sorsa felett a jövőjére gondoló társadalomnak, mely az egyént gazdaságilag jobban értékeli, mint annakelőtte, napi-rendre térnie nem szabad. És hathatósan korrigálja a dajkakerdés erkölcsi szépséghibáit, ha a dajka gyermekét oltalmába veszi. E kérdés rendezését a dajkaközvetítés mai rendszerének megváltoztatásával kellene megkezdennünk. A divó rendszer: a dajka és a csecsemő a cselédszerző kezén, teljesen rossz. Még csak a közönség érdekét sem szolgálja. Kiehezett, lerongyolódott és piszkos dajkaanyag kerül rendszerint a házakhoz. A dajkamizériák annyira ismeretesek, hogy azokat részletezni felesleges. Bizonyos csak az, hogy a

dajkaválasztás feladata a mai viszonyok között a legkellenebb házi-orvosi teendők közé tartozik.

A gyermek sorsát, ki Budapesten született és meghal vidéken, jól ismerjük.

Elméletben megállana, de le nem küzdhető nehézségekbe ütköznék a kérdés olyatén rendezése, hogy a csecsemőt is rákényszerítsen arra a családra, a mely a dajkát házához szerződtette. De tetszetősebb a megoldásnak az a módja, a melyet egy felsőmagyarországi község: *Miava* eszelt ki. Az anyák egy ideig szoptatják gyermekeiket, azután elszegődnek dajkáknak. Csecsemőiket más anyák veszik át, kik még a szoptatás elején vannak, vagy már hazakerülve tovább szoptatnak. A miavai dajkák keresettek, jóhírűek és a mi a lényeges, gyermekeiknek sem esik bajuk. Ideális megoldás ez, és kívánatos, hogy sok magyarországi község üzze ezt az iparágat ilyen módon. A miavai dajkák drágák, utaztatásuk sokba kerül, szegényebb családok ilyen kiadásokat nem győznek. Éppen ezért a fővárosnak kellene kezébe vennie a dajkaügyet és házilag szervezni, mint gondolom, a következő módon. Megfosztva a cselédszerzőket a dajkaközvetítés jogától, létesítsen dajkaotthont, mely orvosi felügyelet alatt áll. Ezen otthon vezetőségéhez kellene fordulnia minden nőnek, ki szoptatásra vállalkozik és mindenkinek, ki dajkát keres gyermeke mellé. És a mi a legfontosabb, *ez intézetben helyeztetnének el egy éves korukig a dajkák gyermekei is.*

A dajkát megfigyelnék, van-e elég teje? egészségi állapotánál fogva (Wassermann-reactio stb.) alkalmas-e egyáltalában a dajkaszolgálatra. Két hónapig saját gyermekét tartoznák szoptatni és ezután gyermekének további legalább felerészben női tejjel való táplálásáról a még rendelkezésre álló dajkaanyag gondoskodnék. Ha a dajka a családnál nem válik be, vagy más oknál fogva távozik, az otthonba térne vissza, míg új helyet kap.

E rendszer a fővárosra mindenesetre tetemes költségeket róna, melyek csak részben térülnének meg a dajkaközvetítésért járó és az elhelyezett dajkákra a gyermektartás után kirovandó havidíjakból. Tiszta, jól táplált, kipróbált, orvosi rendhez szoktatott és a csecsemőgondozásban már gyakorlottabb dajkához jutna a közönség, mely eddig mindezeknek hiányát érezhette csak.

Végül: a tehetős szülők sohasem fognak lemondani azon módjuk adta jogukról, hogy szükség esetében dajkát vegyenek. A jog még nem igazság! De kegyetlen igazságtalanság, ha a dajka gyermekét szomorú sorsára bizzuk.

Közlés a kolozsvári belgyógyászati klinika laboratóriumából.
(Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyet. r. tanár.)

Adatok a nyál ptyalintartalmáról.

Irta: *Purjesz Béla* dr., klinikai tanársegéd és *Perl Ottó* dr.

A nyálnak az emésztés alkalmával, mint tudjuk, jelentős szerepe van. Ezen jelentőségre a nyálban jelenlevő egyik fermentum, a ptyalin révén jut.

Mint már ismeretes, a ptyalin a szájba került keményítőféleségekre fejt ki vegyi hatását. A nyálnak, illetőleg a ptyalinnak fermentatív hatása a keményítőfalatnak a szájban a nyállal való közvetlen érintkezése után megindul.

A nyál ezen hatásának nagyságára, gyorsaságára, valamint az elválasztott ptyalin napi ingadozásaira vonatkozólag számos vizsgálati adat áll rendelkezésünkre. A ptyalinhatás legjobban érvényesül gyengén alkális vagy neutralis közegben. *Schierbeck* szerint neutralis közegben CO₂ bevezetése mellett folyik le leggyorsabban a reactio, míg *Chittenden* és *Smith* szerint gyengén savi közegben.

A naponta elválasztott ptyalin mennyiségére vonatkozó vizsgálatok (*Wohlgemuth*, *Hofbauer*, *Schule*, *Müller*, *Fricker*) mutatták, hogy az elválasztás mennyiségére szabályt felállítani nem lehet. A napszakonként való elválasztást illetőleg azt észlelték, hogy leginkább dél-g fokozódik, s estéig sülyed. *Hirata*, *Litomanovricz*, *E. Müller* vizsgálataikban lényeg-

esebb különbséget a napszakonként elválasztott ptyalin mennyisége között nem találtak. Sőt *Hirata* szerint — a ki japánokon végezte vizsgálatait, kik nagyjából keményítőféleségekkel táplálkoznak — sem a táplálék minemiségének, sem a kornak a ptyalin mennyiségére különösebb befolyása nincs. Ugyszintén egészségeseken és betegeken végzett vizsgálatai alkalmával is a nyálptyalin tartalmát illetőleg eltérést nem igen észlelt. A nyál s vele kapcsolatosan a ptyalin-elválasztás nagyságát lényegesen befolyásolja néhány gyógyszer, mint jod, brom, stb.

A ptyalinnak a nyálban való kimutatása nagyon egyszerű. Lemért mennyiségű nyálat néhány köbcentiméter keményítőoldattal s egy-két csepp joddal hosszabb-rövidebb időre thermostatban helyeztek el, s a különböző elszíneződésből, vagyis colorimetriás eljárással igyekeztek az amylo-lysis mértékét megállapítani.

Vizsgálatainkat a nyál nyerése után azonnal végeztük, még pedig oly módon, hogy a nyálat vagy egyszerűen a száj nyitvatartásával igyekeztünk gyűjteni, vagy ha ez nem látszott eredményesnek, igen ritkán gummidarabka rágicsálásával igyekeztünk hozzájutni. A nyál gyűjtése előtt a száját vízzel többszörösen kiöblítettük. Az összegyűjtött nyálat — melyet rendszerint délután 5 órakor gyűjtöttünk — filtráltuk s a filtratummal végeztük azután a vizsgálatokat. Frissen előállított *Merck*-féle keményítő 1%-os oldatának 20 cm³-ét 0.5 cm³ nyálfiltratummal összehoztuk s 15 percig 37° C.-ú vízfürdő thermostatban tartottuk. Ezután a keletkezett cukor mennyiségi meghatározását végeztük *Bertrand* szerint.

Vizsgálatainkkal meggyőződést igyekeztünk szerezni egyrészt arról, hogy vajjon a kor vagy az egészségi állapot kóros megváltozása van-e hatással a nyál- illetőleg a ptyalin-elválasztás nagyságára, másrészt, hogy a fogak állapota és a nyál saccha.ifikáló hatása között van-e valamelyes kapcsolat?

Egyfelől egészségeseken, másfelől a kolozsvári belklinika fekvő betegeken, mintegy 75 egyénen, végeztük a nyál ptyalintartalmának a meghatározását. Meg kell jegyeznünk, hogy a többszörösen végzett parallel meghatározásoknál kapott hibák a kísérleti hiba határain belül estek.

Az I. táblázatból láthatjuk, hogy egészségeseken a nyál ptyalintartalma, illetőleg a képződött cukormennyiség egyénenként különböző; hol kisebb, hol nagyobb. Lényeges különbségeket láthatunk a minimalis (10 mgr.-on aluli) és a maximalis (91.6 mgr.) értékek között.

Heveny toroklob két esetében a nyál ptyalinjának mennyiségi meghatározásakor láthatjuk azt, hogy mind a két esetben a lobos tünetek fennállása idején kis cukormennyiségeket kaptunk, minimalist és 38.7 mgr.-ot. Az egyik beteg a tonsillitis lezajlása után az előző minimalis cukormennyiséggel szemben 39.5 mgr.-ot kaptunk.

Heveny hörgőhurut eseteiben végzett vizsgálatok alkalmával a kapott eredmények 20.8 és 40.4 mgr. cukormennyiség közt ingadoztak.

Heveny gyomorhurut két esetében a ptyalinhatásra keletkezett cukormennyiség 23.8—32.8 mgr. A beteg nyálát néhány nappal később, egészsége teljes helyreállása után megvizsgálva, arra az eredményre jutottunk, hogy szemben az első vizsgálattal, most több mint kétszerese az első alkalommal nyert cukormennyiségnek: 59.2 mgr.

Egyéb gyomorbántalmakban szenvedőkön, mint hyperaciditás, idősült gyomorhurut, a vizsgált 14 esetben a képződött cukormennyiség a betegségtől függetlenül 26.2—78.8 mgr. közt váltakozó értékeket mutatott.

Négy icterus catarrhalis beteg a betegség fennállása idején végzett vizsgálatok alkalmával minimalis 23.5 mgr. volt a képződött cukor. Ugyanezen egyéneken az icterus elmulta után 77.8 mgr. a ptyalin behatására keletkezett cukormennyiség.

Czukros húgyárban szenvedőkre is kiterjesztettük vizsgálatainkat. Hét esetben néztük a ptyalin hatásának fokát: ezek közül ötben vagy alig kimutatható vagy kicsiny, kettőben pedig nagyobb mennyiségben kaptuk a cukrot.

I. táblázat.

Szám	Kor években	Képződött cukor mgr.-okban	Megjegyzések
<i>Egészségesek</i>			
1	22	15.5	
2	17	37.1	
3	43	46.7	
4	38	71.1	
5	19	77.8	
6	41	60.0	
7	16	81.0	
8	40	91.6	
9	29	39.5	
10	45	41.5	
11	36	31.1	
12	17	39.5	
13	27	28.7	
14	22	72.7	
15	25	67.9	
16	21	65.4	
17	20	29.4	
18	14	54.2	
19	22	84	
20	19	27.3	
21	18	31.5	
22	35	54.7	
23	40	69.0	
24	23	48.4	
25	23	73.3	
26	18	34.0	
27	27	51.8	
28	29	26.2	
29	23	36.5	
30	21	67.7	
31	45	72.7	
32	35	78.3	
33	32	73.9	
34	28	78.9	
35	24	48.1	
36	33	54.7	
<i>Heveny toroklob</i>			
1	17	minimalis	Betegség után 39.5 mgr.
2	20	38.7	
<i>Heveny hörghurut</i>			
1	21	39.3	Pulv. Doveri-t szed
2	27	20.8	
3	45	40.8	
<i>Heveny gyomorhurut</i>			
1	18	32.8	
2	26	23.9	Betegség után 59.2 mgr.
<i>Idősült gyomorhurut</i>			
1	17	27.8	
2	32	minimalis	Acidolpepsin tabl. (achylia gastrica)
3	42	93.1	
4	50	57.1	
5	46	64.2	
6	37	77.5	
7	55	31.5	
8	18	36.0	
9	51	47.5	
10	26	78.8	
11	24	61.8	
12	48	44.4	
13	38	26.2	
14	36	63.0	

Szám	Kor években	Képződött cukor mgr.-okban	Megjegyzések
<i>Diabetes mellitus</i>			
1	32	85.4	
2	61	minimalis	Hiányzik 29 foga
3	50	14.4	
4	56	24.5	Hiányzik 31 foga
5	68	71.7	Hiányzik 27 foga
6	48	33.8	
7	51	29.3	
<i>Icterus catarrhalis</i>			
1	38	17.5	Betegség után 28.8 mgr.
2	51	23.8	Betegség után 47.5 mgr.
3	19	minimalis	Betegség után 77.8 mgr.
4	42	minimalis	

A betegségekre, életkorra tekintettel levő csoportosításban eredményeink a másokéitól nem különböznek. Mint *Hirata* stb. vizsgálataiból kitűnik, észleléseink is odakonkludálnak, hogy a ptyalin hatása az életkorral, az egészségi állapot megváltozásával, hacsak nem acute jelentkező megbetegedés alakját mutatja, lényegesebb összefüggést nem mutatnak. Azaz vizsgálataink szerint egészségeseken, összehasonlítólág az egyes betegségekben talált adatokkal, törvényszerűséget a ptyalin hatását illetőleg nem találunk; az acut megbetegedések egy része azonban eltérést mutat az előbbi vizsgálatoktól.

Nézzük már most azokat a vizsgálati eredményeket, melyeket a fogazat állapotával kapcsolatban észleltünk. Az eredményt az alábbi két táblázatban foglaltuk össze. A csoportosítást akként végeztük, hogy az eredményül kapott középértéket vettük az alsó határ felső, illetőleg a sok cukorképződés alsó határértékének.

II. táblázat.

Szám	Kor években	Képződött cukor mgr.-okban	Fogak		Megjegyzések
			hiányzik	lyukas	
1	17	39.5	—	—	
2	19	27.3	—	—	
3	22	15.5	6	—	
4	42	minimalis	7	—	Jodkalit vesz
5	18	36.0	7	—	
6	20	38.7	—	1	
7	18	36.0	—	7	
8	27	27.8	—	11	
9	18	36.0	1	1	
10	48	44.4	1	2	
11	17	28.9	1	4	
12	18	31.5	1	7	
13	20	38.7	1	7	
14	20	35.4	2	2	
15	17	37.1	2	3	Natr. brom.-ot vesz
16	20	29.4	2	6	
17	45	40.4	3	1	
18	24	20.8	3	7	
19	23	36.5	3	9	Részben plombáltak
20	27	26.2	4	9	
21	29	23.4	5	2	
22	36	31.1	6	5	
23	27	27.3	6	8	Urotropint vesz
24	24	28.7	2	24	
25	43	46.7	12	1	
26	38	26.2	16	1	
27	55	31.5	13	2	Részben letört
28	32	41.0	14	2	
29	21	39.3	9	11	
30	38	28.8	17	5	
31	42	minimalis	1	31	

A II. táblázaton feltüntetve látjuk, hogy 31 esetben a fogaknak a vizsgálat alkalmával talált állapotával mily arányban áll a ptyalin hatásfoka. E csoportba osztályozott eseteink közül csak kettőben volt teljesen ép, intact fogazat. Mindkét esetben kevés a képződött cukor (27·3-39·5 mgr.). Három esetben 6-7 hiányzó fog mellett minimalis és 36·0 mgr. között ingadozott a cukormennyiség. Három esetben 1-11 beteg fog volt az illetőnek s a képződött cukormennyiség 27·8-38·7 mgr. között váltakozott. Öt esetben 1 hiányzó fog mellett 1-7 beteg fog volt az illetőnek; a kapott értékek 28·9-44·4 mgr. közt váltakoztak. Három esetben 2 hiányzó és 2-6 beteg fog mellett a képződött cukor mennyisége 29·4-37·1 mgr. volt. Három esetben 3 hiányzó és 1-9 beteg fog mellett való vizsgálatkor az eredmény 20·8-40·4 mgr. A fogak nagyobb destructiója esetén, több fog hiányával kapcsolatban, a ptyalinhatásra irányuló vizsgálatokban a képződött cukormennyiség minimalis és 46·7 mgr. közt ingadozott.

III. táblázat.

Szám	Kor években	Képződött cukor mgr.-okban	Fogak		Megjegyzések
			hiányzik	lyukas	
1	24	61·8	—	—	
2	37	77·5	—	—	
3	51	47·5	—	—	
4	26	78·8	—	—	
5	26	59·2	—	—	
6	23	73·3	—	—	
7	24	48·1	—	—	
8	35	7·3	—	—	
9	25	67·9	1	—	
10	24	61·8	1	—	Ló rúgta ki
11	19	70·7	2	—	
12	41	60·0	4	—	
13	35	63·0	4	—	
14	31	57·5	5	—	6 éve hiányzanak
15	45	72·7	10	—	5-10 éve hiányzanak
16	50	57·1	18	—	30 éve hiányzanak
17	19	73·8	—	2	
18	33	48·4	—	3	
19	17	81	—	4	
20	22	72·7	2	1	6 éve hiányzanak
21	22	84·0	2	2	2 éve hiányzanak
22	20	55·4	3	2	
23	38	63	3	3	
24	37	71·1	1	4	Plombáltak
25	33	54·7	4	1	
26	14	54·2	3	6	
27	46	64·2	6	2	
28	33	69·7	1	8	Részben plombáltak
29	28	78·9	3	9	
30	24	51·8	7	4	4-5 éve hiányzanak, részben plomb.
31	40	69·0	10	2	Pyorrhoea
32	39	67·7	14	1	
33	42	93·1	19	2	
34	32	73·9	15	11	Részben plombáltak
35					
36					

A III. táblázatban a 47·5 mgr.-on felül kapott cukormennyiségeket csoportosítottuk a fogazat állapotával kapcsolatban. Nyolcz vizsgált esetünkben minden fognak épségben fennállása mellett a ptyalinhatásra képződött cukormennyiség 47·5-91·6 mgr. közt ingadozott. Három esetben egy, illetőleg két fog hiánya mellett való vizsgálatkor 61·8-78·3 mgr. közötti cukormennyiségeket kaptunk. Négy fog hiánya mellett két ízben 60·0-63·0 mgr., egyszer öt fog hiánya mellett 57·5 mgr. volt a keletkezett cukor, 10 és 18 fog hiányakor pedig 57·1-72·7 mgr. Három alkalommal 2-4 cariosus foggal bírón egyébként hiánytalan fogazat mellett a képződött cukormennyiség nagysága 48·4-81·0 mgr. között váltakozott. Többi esetünkben több-kevesebb hiányzó és beteg fog mellett való vizsgálat alkalmával a keletkezett cukormennyiség elég nagy variációt mutatott; 54·1 és 93·1 mgr. voltak a szélső értékeink.

Ha tehát eredményeinket összegezni akarjuk, mondhatjuk, hogy a fogakra való tekintettel végzett csoportosítás alkalmával eseteinkben a keletkezett cukormennyiség általában nagyobb ott, a hol jó a fogazat.

Azonban fent kapott eredményeinkből messzebb menő következtetést nem vonhatunk. Ugyanis a ptyalin hatásának megítélésére egyedül csak a keményítőt bontás foka nem használható fel; tekintettel kell lennünk többek között a nyálmirigyek megelőző működésére, a nyál pontos OH- vagy H-ionconcentrációjára is, úgy hogy a végleges következtetést csakis ezeknek a különböző vizsgálati adatoknak együttes felhasználása mellett vonhatjuk le.

Irodalom. Fricker: Archiv für Verdauungskr., 1910, 16. köt. — Hirata: Biochemische Zeitschrift, 1912, 47. köt. — Hofbauer: Archiv für die gesamte Physiologie, 1897, 65. köt. — Litomanovicz és E. Müller: Zentralblatt für die gesamte Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels, 10. köt. — Wohlgemuth: Biochemische Zeitschrift, 1908, 9. kötet.

Újabb adatok a hastyphus járványtanához.

Irta: *Günther József dr.*, Szabadka sz. kir. város tisztii főorvosa.

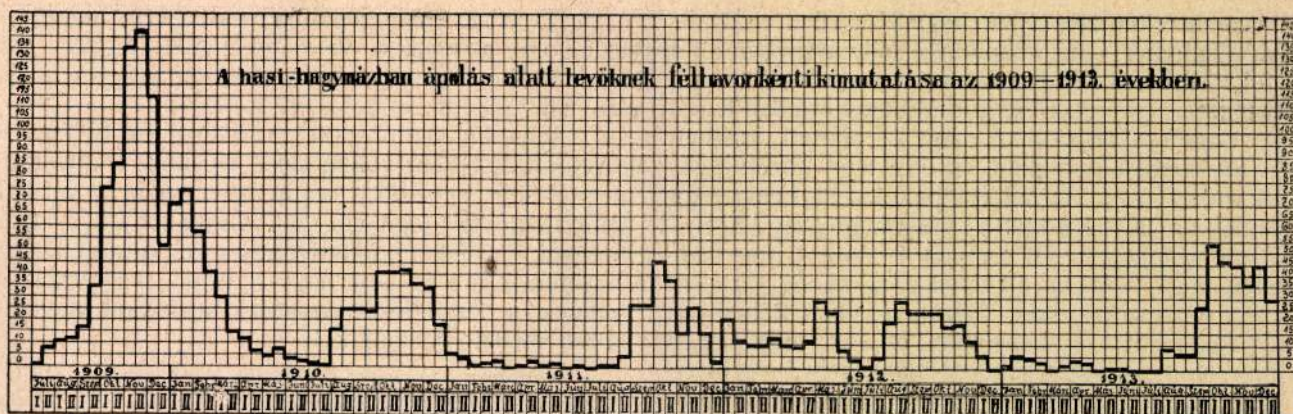
(Folytatás.)

Évek hosszú sora óta, sőt még most is, kerestem és keresem annak a sajátságos tünetnek az okát, hogy Magyarországon, de Európa és Amerika egyéb államaiban, sőt az azonos viszonyú évszakban az Indiákon is augusztus-november hónapokban miért jelen meg rendszeren a hastyphus? Minden higienikus tudja ugyanis, hogy ez a bántalom, minden kimutatható különösebb ok nélkül, július vége, augusztus eleje felé, a viszonyokhoz mérten kisebb-nagyobb mértékben emelkedni kezd, emelkedési tendenciáját november közepé, vége felé éri el; innen fokozatosan esik és december végével visszatér a völgybe, hogy innen a következő év július végéig ne mozduljon ki. És ez a sajátságos tünet nemcsak a vidék nagyobb városaiban, hanem ott is előfordul, a hol a vizsgálat és a csatornázás kérdését a legrigorosusabban már régen megoldották. A higiénie területén sem ez a tapasztalat, sem az ehhez fűződő kérdések nem mai keletűek.

Az az elmélet ma már megdőlt, hogy a hastyphus bacillusa akár a tejben, akár a vízben szaporodni tud. Ez anyagokban azonban napokig él és fertőzőképességét hosszabb-rövidebb ideig különböző intenzitásban meg is tarthatja. Ellenben ma már bizonyos az, hogy iszapban, nyirkosabb talajban nemcsak hónapokig megél, de szaporodni is tud. A talajban állandóan végbemenő rothadási, szétesési és erjedési folyamatok is kedvező viszonyokat teremhetnek számára, mert máskülönben érthetetlen volna az, hogy a nagy városokban és itt különösen azokon a területeken, a hol az illemhelyek kérdése még nincsen teljesen megoldva, a csatornázás ellenére is nemcsak előfordul, de, mint 1911-ben is, járványvá alakul át.

Ma már nem szenved kétséget az sem, hogy a hastyphus bacillusának tulajdonképpeni szaporodási helye az emberi bélrendszer, továbbá az ürülékek és ezzel egyetemben a pöczegődrök. És így végeredményben arra a conclusióra kell jutnunk, hogy a hastyphus terjesztésében elsőrangú szerepet játszik maga az ember, legyen az hastyphusbeteg, vagy bacillusgazda és annak ürüléke.

Mióta, mint tisztii főorvosnak, elég nagy, 100.000 lelket számláló területemen kezembem van a higiénie politikájának irányítása, valóságos harcot indítottam e bántalom ellen. A küzdelem elég szép eredménnyel járt, különösen, ha azt veszem figyelembe, hogy a város belső területéről még az augusztus-novemberi típust is majdnem teljesen sikerült kiszorítanom, annak ellenére, a mit újólág hangsúlyoznom kell, hogy vízvezetékünk nincs és a szennyvizek — nem az ürülékek — levezetésére szolgáló csatorna-rendszer is csak a város legbensőbb területén van meg. Ellenben a város külső periferiáján, valamint a belső és külső öv közötti területen az augusztus-novemberi típus, minden erőfeszitésem ellenére, évről-évre megjelent és megjelenik.



Hogy a hastyphusnak augusztus-novemberi typusa milyen consequensen jelenik meg és hogy *csakis* ez az uralkodó *Szabadkán*, ennek igazolására bemutatom a bántalomnak öt évi görbét.

A diagramm az ápolás alatt lévők számát mutatja félhónapi időközökben. Az 1909. évek csak a második feléről vannak feltüntetve a megbetegedések, amaz egyszerű oknál fogva, mert ezt megelőzőleg a megbetegedésre vonatkozólag feljegyzéseim nincsenek. A mennyire azonban a halotti anyakönyvek adataiból következtetni módomban volt, megállapítható, hogy az állandóan uralkodó bántalom mellett a halálozás szeptember-december hónapokban mindig emelkedett, a miből valószínű, hogy a megbetegedések száma is tetemesen felszaporodott.

Igaz, hogy mindössze csak öt esztendőnek a pontos és megbízható adatai állanak rendelkezésemre, de a typus minden esztendőben olyan törvényszerű consequentiával látszik megjelenni, hogy következtetéseimet jogosan vélem hozzáfűzni. Annál inkább, mert más oldalról is kapok támogatást.

Az 1909. és 1911. évben előfordult hastyphus-esetek legjobban megközelíteni látszanak a Magyarországon otthonossá vált augusztus-novemberi typust. Való az is, hogy úgy az 1909., mint az 1911. év kitűnik abnormis hőségével és ennek következtében rengeteg mennyiségű *legyével*. Ezt azért említettem fel, mert erre a megállapításra a későbbiek folyamán szükségem van. Tapasztaltuk azt is, hogy e két évben a hastyphus-megbetegedések az egész kontinens területén majdnem egyenlő erővel és időben jelentek meg, ugyanígy egyformán sujtotta egész Európát a legyeknek óriási és szokatlanul felszaporodott mennyisége, valamint az abnormis hőség is.

Tizenöt esztendővel ezelőtt egyedül az amerikai belgyógyászok és higienikusok hirdették a meggyőződésnek valóssággal suggeráló erejével azt az elméletet, hogy a hastyphus-fertőzés terjesztésében elsősorú szerep jut a *házi légynek* (*musca domestica*) és ennek révén az élelmiszereknek. „A typhus bacillusa a házi légy közvetítésével a typhusbeteg székleteiből élelmiszerekre is eljuthat.”²³ A feltevés Amerikából jött és így semmi csodálkozni való sincsen azon, ha abban az időben meglehetősen bizalmatlanul fogadták ezt az elméletet, a mely sehogysem volt összeegyeztethető az akkori iskola tanításával. Az újabbkori kutatások azonban mindinkább ezt az elméletet látszanak nemcsak megerősíteni, de igazolni is. A dolog érthető, hiszen a légy könnyű mozgásánál, testének szerkezeténél fogva méltán sorakozik a patkányhoz, szünyoghöz és bolhához, sőt a szobában velünk élve, asztalunknál lakmározván, sokszorosan felül is mulja ezeket.

A légyről mindenki tudja, hogy állandó tanyája a trágyadomb és pöczegödör. Fokozottabb mértékben válik a légy veszedelmessé, ha sűrűn lakott városokban a csatornázás hiánya vagy egyéb körülmények miatt egymás mellett sorakoznak a nyitott emésztőgödörök, a melyeknek a talajjal elvegyült nyirkos anyaga minden kellékével rendelkezik a mikroorganizmusok szaporodásához szükséges feltételeknek.

A nyitott emésztőgödörök kész zsákmányul kínálkoznak a legyek százezreinek, a melyek azután könnyű szerrel hordják szét és viszik a lakásokba a különböző csúrákat. Hogy az ürülék hastyphus-betegtől, vagy bacillusgazdától származik, az egyre megy.

Már 1910-ben és azóta minden évben kifejezést adtam annak a gyanumnak, hogy a hastyphus augusztus-novemberi typusa közeli viszonyban van a házi légygyel. Sőt 1912-ben ezt már határozottan állítottam is.²⁴

Feltevésemet számos körülmény igazolta.

Egy pillantás a szabadkai hastyphus-megbetegedési eseteket feltüntető diagrammra és azonnal feltűnik az a körülmény, hogy a megbetegedések számának emelkedése egybeesik a legyek számának emelkedésével, viszont a legyek pusztulásával nagy mértékben csökken az esetek száma, sőt december elején meg is szűnik.

Kutatásaim közben azt a tapasztalatot szereztem, hogy *Szabadkán*, a város belterületén, a belső övön belül hastyphus-megbetegedés nem fordult elő. Itt ugyanis, ha nincs is minden házban házi vízvezeték, de nincs nyitott emésztőgödör sem, a mihez a legyek hozzáférnének. A belső övön kívül azonban, a mely még szorosán a városhoz kapcsolódik, az egy vagy több családtól lakott házakban nemcsak nyitott emésztőgödörök, de, jobbra marhatenyésztést üzve a lakosság, trágyadombok is vannak. Az pedig köztudomású dolog, hogy Magyarországon, az alsóbb néposztály körében, a trágyadomb részben az emberi ürülékek gyűjtője is, valamint köztudomású az is, hogy a légy kiváló előszeretettel rakja petéit a trágyadombra.

Ezek a tapasztalatok csak feltevésekre adtak jogosultságot, a melyek, ha bármilyen rationalisnak látszottak is, nem merítették ki egészen a bizonyítás anyagát, de a kétkedőknek is elég anyagot nyújtottak arra, hogy az elméletet ne tegyék magukévé.

Az kétségtelen, hogy *Szabadkán*, a város belterületén, viszonyítva a szorosán a belterülethez simuló külvároshoz, megbetegedés úgyszólván nem fordult elő. De kétségtelen az is, hogy a belterületen jóval kevesebb légy van, mint a külső övben. A mennyire figyelemmel kísértem a tavalyi hastyphus-eseteket, úgy nálunk, mint a külföldön is, azt tapasztaltam, hogy mindenütt ez az arány állott fent a megbetegedésekben a kül- és belterületet illetően.

A uralkodó augusztus-novemberi typust pedig mindenütt lehet igazolni.

A gelsenkircheni járványt feltüntető diagramm (1. ábra) igen szépen mutatja ezt. A szeptember elején meredeken felfelé haladó hullám október első felének végén enyhén halad a völgy felé. Ugyanezt az eredményt kapjuk, ha az állítólagos contact fertőzést feltüntető görbét is bekapcsoljuk.

Mindenesetre nagy kár, hogy a magyarországi hastyphus-megbetegedésekről nincsenek pontos és megbízható feljegyzéseink. Ennek a hiányában kénytelen vagyok megelégedni a halálozást feltüntető adatokkal.

²³ J. C. Wilson. 1897.

²⁴ Szabadka egészségügyi viszonyai az 1910., u. a. 1911., u. a. 1912. évben; valamint *Agyag és hastyphus*, Orv. Hetilap, 1911.

Az 1897–1912. években Magyarországon hastyphusban elhaltak száma

Év	H ó n a p												Összesen
	január	február	márczius	április	május	június	július	augusztus	szeptember	október	november	december	
1897	727	557	580	525	464	370	380	586	651	791	771	648	7050
1898	560	466	531	460	388	37	346	476	683	864	817	777	6685
1899	636	526	533	430	336	298	277	373	423	513	538	494	5377
1900	345	348	375	412	324	248	293	305	469	688	873	746	5466
1901	567	435	394	346	351	264	302	353	456	461	533	460	4922
1902	367	339	372	334	344	214	266	320	419	619	561	478	4633
1903	324	305	309	270	257	217	236	322	438	575	638	484	4375
1904	436	334	336	277	253	215	254	357	414	461	387	338	4062
1905	305	225	290	250	224	200	234	407	678	838	817	648	5116
1906	482	314	306	297	249	207	279	352	464	519	464	439	4372
1907	380	299	264	251	227	200	187	228	415	570	763	649	4433
1908	447	350	354	276	270	189	219	302	329	469	439	363	4037
1909	265	231	237	248	210	170	196	263	529	853	1207	904	5313
1910	602	358	347	236	212	238	352	340	358	407	394	328	4172
1911	281	261	215	199	166	166	187	310	493	586	578	430	3872
1912	371	247	257	222	200	179	192	289	375	342	280	251	3205
Összesen	7135	5595	5700	5033	4475	3692	4230	5583	7594	9556	10.060	8437	77.090
Havi átlag	446	350	356	314	280	230	264	349	474	597	628	527	—
Napi átlag	14.4	12.4	11.5	10.5	9.0	7.7	8.5	11.3	15.8	19.3	20.9	17.0	—

Magyarországnak 16 évre terjedő hastyphus-halálozását mutatja a mellékelt táblázat. Ha akármelyik esztendőnek végéig, szeptembertől kezdve a számok mindenütt lényeges emelkedést tüntetnek fel. A megbetegedések augusztus-novemberi típusát itt a halálozás szeptember-decemberi jellege váltja fel. Ha a betegség lefolyásának idejéül nagy átlagban négy hetet veszünk fel, akkor könnyen megérthető a halálozási jelleg eltolódása. A végösszegben pedig, akár az összesítést, akár a havi vagy napi átlagot vesszük vizsgálat alá, a típus még jellegzetesebben domborodik ki. Szeptembertől kezdve határozott, consequens emelkedés decemberig, innen félre nem ismerhető, élesen kifejezett völgymentet. A 16 éven keresztül húzódó logikus megnyilatkozás kétségtelen.

Élénkebben tűnik ez fel, ha a 16 év mindegyik hónapját egybevesszük és a 16 évet mint egy esztendőt tekintjük. A táblázatban közölt számadatoknak megfelelő diagramm érzékelhetőbb.

A görbe characteristikusan fejezi ki az augusztus-novemberi típust.

A halálozást feltüntető adatok alapján megkísérlettem összeállítani a megbetegedések hullámvonalát. Alapul 21.6% halálozást vettem, a mely körülbelül 10 évi átlagnak felel meg. Maga az összeállítás — talán mondanom sem kell — csak *approximativ* és pontosságra egyáltalában nem tart igényt.

A diagramm összeállításakor abból az elvből indultam ki, hogy az emelkedő halálozást a megbetegedések számának szaporodása előzi meg. A szeptemberi halálozás szolgált alapul az augusztusi megbetegedésnek és így tovább. Egyedüli célom az volt, hogy az elosztódás *képét* mutassam be, a melynek valóságát úgy sem vonja kétségbe senki.

A hastyphus-megbetegedéseknek az évszak szerinti határozott megjelenését igazolják a Budapesten előfordult esetek is.²⁵

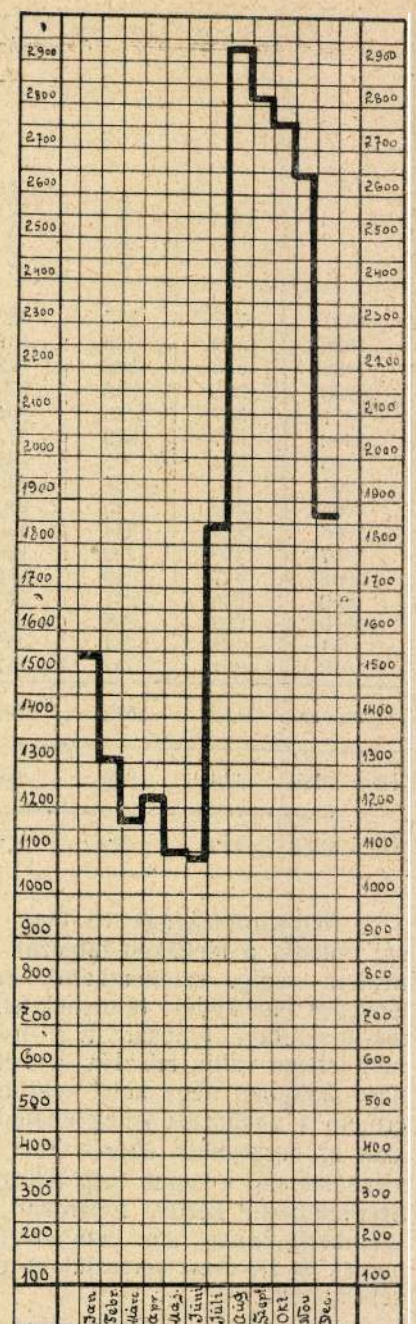
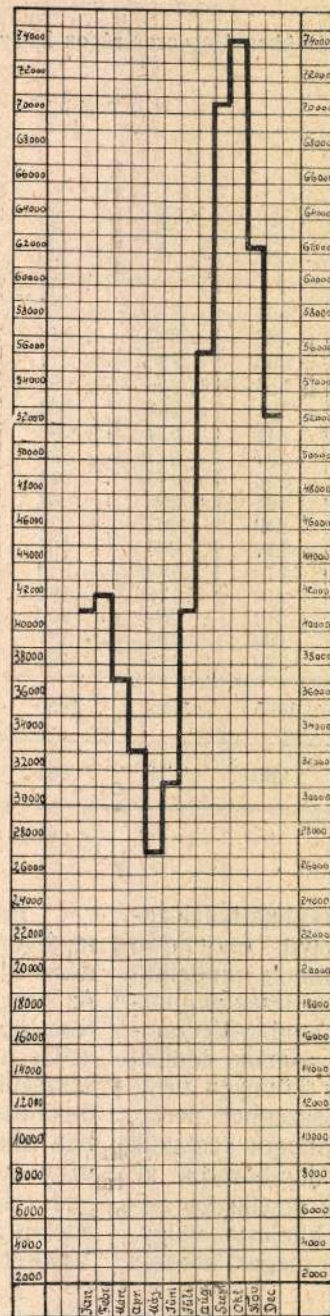
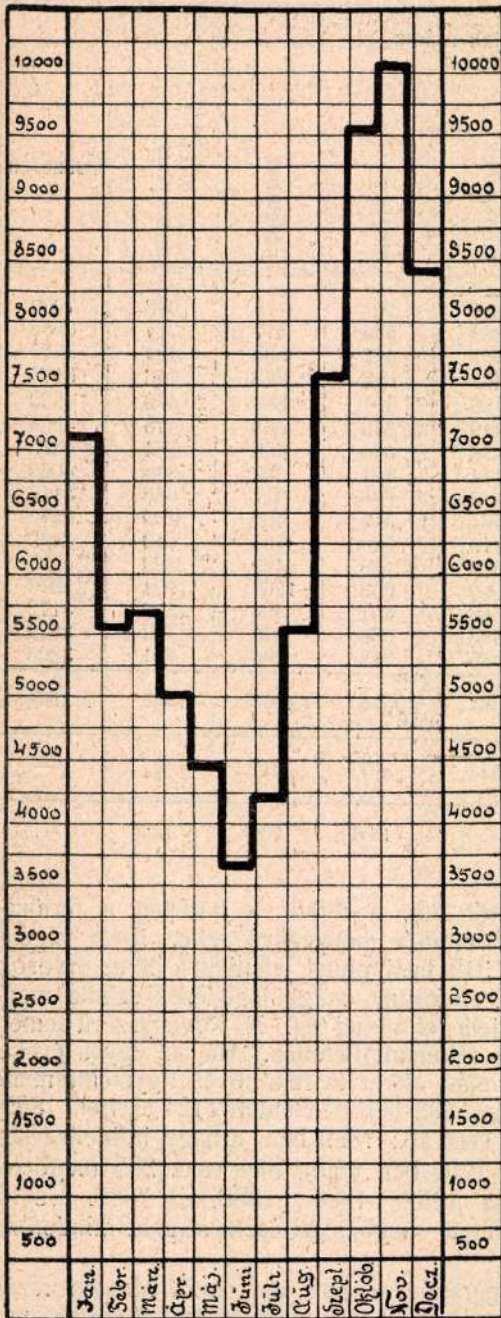
²⁵ Magyarország hastyphus-halálozását kérésre Vargha Gyula, min. tan., a m. kir. központi statisztikai hivatal igazgatója volt szíves elkészíttetni; Budapest megbetegedési adatait pedig Szontagh Felix dr., egyet. rk. tanár volt szíves rendelkezésemre bocsátani. Szabadjon e helyütt is hálás köszönetet mondanom.

Budapest 1882 óta, a mikor a hatóság a fertőzőragályos kórok bejelentését kötelezővé tette, 1912 végéig, tehát 31 év alatt 22.319 hastyphust jelentettek be az orvosok. Az egyes években előfordult megbetegedések száma meglehetősen ingadozó jelleget tüntet fel. A törvényszerű emelkedés azonban itt is félreismerhetetlen. Ha az egyes éveket vesszük vizsgálat alá, akkor is feltűnő és figyelemreméltó ingadozást látunk. Az 1882-ben bejelentett 1121 esettel, 1885-ben mindössze 317 eset áll; 1889-ben, a nagy influenza-járvány évében 3315, 1902-ben pedig már csak 235 megbetegedés fordul elő. Az 1882., 1886., 1888. és 1889. évektől eltekintve, a bejelentett megbetegedések száma mindenkor 1000-en alól van.

A mellékelt diagramm, éppen úgy, mint Magyarország hastyphus-halálozásánál, a 31 év megbetegedését összevonva tünteti fel. Itt is *szigorú törvényszerűséggel nyilvánul meg a nyár kezdetével, június elején a megbetegedés hirtelen, meredek emelkedése*. Látjuk, hogy a hullámvonal enyhe, feltűnően egyenletes esési tendenciával majdnem a völgyben halad. Júniustól szeptemberig meredeken felszökken és közben, augusztusban, közel háromszor annyi megbetegedést mutat, mint két hónappal megelőzőleg, júniusban. Az augusztusi magaslaton marad majd négy hónapig, mert csak novemberben esik ismét, de majdnem olyan meredeken, mint a hogyan felfelé haladt.

Ha végignézzük az öt és a még később bemutatandó diagrammon, lehetetlenség nem észrevenni a közös vonást, a mely mindegyikben azonosan nyilatkozik meg. A vízzel kapcsolatos járványok elmélete azt tanította, hogy azokat az explosioszerű kitörés jellemzi. A szabadkai megbetegedéseknél öt éven keresztül mindig pontosan ugyanabban az időben jelen meg ez a kitörés. Mintha egy vízszintesen és egyenes irányban elhelyezett csőben a magas nyomás alatt haladó víznek egymástól mértani pontossággal kiszámított távolságra, szabad nyílása volna: mint a szökőkútnek középső sugara, úgy vágódik hirtelen a magasba az augusztus-novemberi típus. Pedig ezeknek az eseteknek egyikének sincs semmi köze a vízhez, hiszen Szabadkán pl. és az ország legnagyobb részében nincs is vízvezeték.

És az eseteknek ez a hirtelen magasba ugrása csodála-



tosan összeesik a legyek elszaporodásának idejével, még pedig nemcsak a normalis időben, hanem, a mint majd később látni fogjuk, akkor is, a mikor a legyek uralkodási ideje eltolódott.

A budapesti *hastyphus*-görbének erről a sajátos viselkedéséről mondja *Szontagh Felix dr.*: „Ez csak nem lehet a véletlen dolga! E felett szemet hűnyini csakugyan nem lehet. A görbének ez a viselkedése igen feltűnő, egymaga is hangosan kiáltja felénk, hogy a typhus abdominalis aetiológiájában oly factoroknak van nagy szerepük, melyeket eddig nem ismerünk, a melyek után ma még csak nagyon kevesen kutatnak.“

A már 1911-ben leszögezett ama véleményemet, hogy „a *hastyphus augusztus-novemberi typusa* és a házi légy között okozati összefüggés van“, a külföldön azóta folytatott kutatások eredményei megerősítették.

Stallybrass dr., Liverpool orvosfőnöke vizsgálatokat végzett olyan irányban, vajjon játszottak-e a legyek szerepet abban, hogy az 1911 augusztus-novemberben fellépett *hastyphus*-esetek másképpen és másképpen nyilatkoztak meg a város bel- és külterületén, ez utóbbi alatt a kertvárost értve. Feltett kérdéseire jellegzetesen elütő válaszokat kapott a két területről. Azok az egyének, a kik a belterületen olyan házakban laktak, a melyekben *hastyphus* fordult elő, augusztustól októberig a következő jellemző válaszokat adták: „Igazi légyjárvány! Valóságos pestis!“ „Hetenként 80 fillért költök légy-

papirosra és ezekből három állandóan az ágyon van!“ „Annyira utálatosak és undorítóak, hogy ebédünket sem tudjuk elfogyasztani!“

Hasonló panaszt a külterületen, illetőleg a kertvárosban csak két esetben kapott és mind a két esetben lóistálló volt a közvetlen közelben. A belterületen előforduló megbetegedések mind azokban a házakban fordultak elő, a melyek olyan szabad területek körül csoportosultak, a hol lóistállók és trágyadombok voltak nagy mennyiségben.

A legyekre vonatkozó további megfigyelések úgyszólván testet öltöttek azoknak a kísérleteknek az eredményeiben, a melyeket ugyancsak Liverpoolban végeztek angol bakteriológusok. E kísérletek fontosabb megállapításaiából közlöm a következőket:²⁶

Liverpoolban, 1911 szeptemberében és október második felében a városnak különböző részeiből 450-nél több, természetesen fertőzött házi legyet (*musca domestica*) gyűjtöttek össze abból a célból, hogy a legyek testén és szervezetében lévő bacteriumokat úgy minőségileg, mint mennyiségileg megvizsgálják.

(Folytatása következik.)

²⁶ G. Lissant Cox, Frederick C. Lewis and Ernest E. Glynn: The number and varieties of bacteria carried by the common housefly in sanitary and insanitary city areas. The journal of hygiene, 1912, october.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Bandelier-Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. 7. kiadás. Würzburg, C. Kabitzsch, 1913.

5 év előtt jelent meg (1908-ban) *Bandelier* és *Roepke* ismert munkájának első kiadása 111 oldalon s most a 7. kiadása fekszik előttünk 325 oldalas kötet alakjában, ékes bizonyosságául annak az érdeklődésnek, melylyel az orvosi világ újabban a gümőkór terapiája iránt viselkedik. 5 év alatt 7 kiadás — még német orvosi munkánál is szokatlan. Hogy a mellett angol, francia, olasz, orosz, panyol, portugál és japán fordítások jelentek meg s a magyar fordítás készülöben van, csak további jele annak, hogy immár szükség volt egy a tuberculosis specifikus gyógymódját behatóan tárgyaló munkára.

A mű fokozatos bővülése egész szerkezetének fokozatos tökéletesedése közben ment végbe. Az első kiadás mindjárt a specifikus diagnostikával kezdődött, míg a 7.-ben egy *theoriás részszer* indul meg a könyv, melynek két nagy alfejezete van: A) *A tuberculin-reactio theoriái* és B) *A tuberculinhatás gyógytényezői*. Magát a diagnostikai részt helyesen kétfelé osztották a szerzők: *általános* és *különös* részre. A specifikus therapia fejezete hasonló beosztását megtartotta, de a különböző specifikus gyógyanyagok igen helyesen az *általános* therapiái részben tárgyalatnak s az *active immunizáló*, *passive immunizáló* gyógymód és a *vaccinációs therapia* (*Wright*, *Wolff-Eisner*) mellé függetlenül a *Spengler* „*Immunblut*“-kezelése is hozzácsatoltatott.

A mi már most a *Bandelier-Röpke* könyvének meritumát illeti, jóllehet más orvosok példájára (v. ö. *J. Schröder*: „*Zur Tuberkulinfrage*“, *Brauer's Beitr.*, XXVII, 3) mi sem érthetünk egyet a munkában kifejtett valamennyi dogmával, az tagadhatatlan, hogy a mű úttörő szerepet teljesített, a gümőkór specifikus terapiájának általánosan ismertté válását nem kis részben neki köszönhetjük s ez irányban a 7. kiadás is eredményesen folytatja azt, a mit az első kiadás megkezdett.

Okolicsányi-Kuthy dr.

Herrmann Schrötter: Skizzen eines Feldarztes aus Montenegro. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien, 1913.

88 oldalas füzetben számol be a szerző Montenegróban szerzett hadsebészeti tapasztalairól. Sok érdekeset olvasunk nemcsak egyes figyelemreméltó sebészeti esetekről, a szerzőnek egyes fertőző betegségek körül szerzett észleleteiről, hanem a betegápolás, a betegszállítás viszonyairól, a montenegrói katonák felszereléséről, ellátásáról, a montenegróiak, törökök stb. nemzeti sajátságairól is. A füzetet 62, túlnyomólag a szerző saját fényképfelvételei nyomán készült ábra díszíti. Irodalmi vonatkozásaiban a balkáni háborúban résztvevő magyar sebészek (*Holzwarth*, *Makai*) tapasztalataira is hivatkozik.

P.

Lapszemle.

Belorvostan.

A Basedow-kór gyógyítása thyminnel. Kiindulva abból, hogy a gyermekek a pajzsmirigy-készítményeket sokkal jobban tűrik, mint a felnőttek, továbbá, hogy a gyermekkorban sokkal ritkább a Basedow-kór: *R. Hirsch*, a berlini II. belklinika segéde felvette, hogy talán a thymus ellensúlyozza a pajzsmirigy hypersecretióját s így thymus-készítményekkel esetleg kedvező eredmények lesznek elérhetőek. Thymus-készítmény gyanánt a *Poehl*-féle thymint használta, a mely borju-thymus vizes kivonata és tabletták alakjában kerül forgalomba. Miután állatkísérletek a thymin ártalmatlan voltát bizonyították és azt is, hogy az általános anyagforgalmat kedvezően befolyásolja: eddig összesen 12 Basedow-kóros betegnek adta, naponként két 0.5 grammos tablettát mennyiségben. Az eredmények nagyon kedvezők voltak; az exophthalmus és a struma visszafejlődött, a szívlelet javult,

a betegek nyugodtak lettek, jól aludtak. A betegek közül 2 olyan volt, a kin előzőleg műtéttel akartak segíteni, de a műtét csak kevés, avagy semmi javulást sem hozott. A Basedow-kórban szenvedők alvására gyakorolt feltűnően kedvező hatás folytán más esetekben is próbálták adni a thymint álmatlanság ellen nagyon jó eredménnyel. A betegek között volt diabetes insipidusban szenvedő két nő is, a kiknek nem csupán az álmatlanságára gyakorolt kedvező hatást a szer, hanem a betegségnek egyéb tünetei is visszafejlődtek. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, 44. szám.)

A sepsises betegségek gyógyítására vonatkozó megjegyzéseket közöl *Schittenhelm* és *Meyer-Betz*. Jó eredményeket láttak az elektrargoltól, ha intravenás befecskendezés alakjában adták 5—15 cm³-es adagban, a szükség szerint többször megismételve. Nagyon súlyos septicaemia-esetekben azonban az elektrargol sem tudta megakadályozni a halálos kimenetelt. Az igénybevehető antipyreticumok közül dicsérik a melubrint nagy adagban (legalább 5—6 gramm pro die); előnye a salicylkészítményekkel szemben, hogy az étvágyat nem rontja s a salicylkészítmények ismeretes kellemetlen mellékhatásainak is híján van; adható intravenásan és intramuscularisan is; a vérkeringésre és vesére nem hat károsan. A specifikus antiserumoktól (antistreptococcus-serumok) semmi hatást sem láttak; igaz, hogy csak nagyon súlyos esetekben alkalmazták. Végül még a táplálkozásról emlékeznek meg, mint a mely sepsis eseteiben a betegek teljes étvágytalansága miatt nagy nehézségekbe ütközik, úgy hogy az ú. n. táplálókészítmények használata nem kerülhető el. Ezek közül leginkább a riba nevű fehérjekészítményt ajánlják, a melyet hosszabb időn át is elég szívesen vesznek a betegek s a mely végbelen át alkalmazás esetén is jól kihasználódik. (*Therapie der Gegenwart*, 1914. 1. szám.)

Sebészet.

Az idősült gyuladós csepleszdaganatokról tartott összefoglaló előadást *J. Becker*. Mióta *Braun* Göttingenben a sebészek figyelmét felhívta a fentemlített tumorokra, azóta az irodalomban elég gyakran találkozunk hasonló esetek közlésével. A szerzőnek 38 éves beteget volt alkalma észlelni, a kin előzően jobboldali kizárt lágyéksérv műtétét végeztek csepleszresectióval. Daczára annak, hogy a seb simán gyógyult, a beteg a hegben heves fájdalmakat érzett. Bizonyos idő múlva a Poupert-szalag mentén kemény daganat volt látható, a mely felfelé a köldököt meghaladta. Laparotomia végeztetett pararectalis metszésből; a műtétkor kitűnt, hogy a csepleszben több callosus keményedés képződött, a mely pépes tömeggel volt tele. A megkeményedett csepleszrészletek eltávolításán kívül enteroanastomosist végzett az ileum és colon transversum között. Általánosan elfogadott nézet az, hogy ezek a gyuladós csepleszdaganatok fertőzők következményei, a melyek a leköttésre használt anyagtól származnak és különösen kizárt sérv eseteiben gyakoriak. Néha a nélkül is, hogy csepleszt lekötöttünk volna, észlelhetők ezek a pseudotumorok, valószínűleg a sérvtömlőben előzően végbe ment gyuladás következtében. Vannak, a kik a sérvkötő nyomásának tulajdonítják, mások az appendix, a tubák, az epehólyag tova vezetett gyuladásával hozzák összefüggésbe, ismét mások haematogen fertőzést vesznek fel okul. Ilyen gyuladós pseudotumorok nemcsak a csepleszben, hanem a bélben is előfordulnak, miként azt *Moynihan*, *Robson*, *Lejars* ismételtelen leírta. Különösen kellemetlenek ezek a tumorok, mert malignus daganatokkal téveszthetők össze és esetleg irreparabilis műtétet végzünk feleslegesen. *Küttner* és *Schmieden* tapasztalta, hogy zsír necrosisok körül is állhatnak be hyperplastikai megvastagodások, a melyeket könnyen epehólyagdaganatnak tekinthetünk. A gyuladós csepleszdaganatok prognosisa jó, néha spontán is visszafejlődnek. Therapeutice *Braun*, ha passagezavar áll fenn, természetesen annak megszüntetését ajánlja; néha kéneső-kenőcs bedörzsölésére a tumor teljes visszafejlődését tapasztalta. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1913, 41. sz.)

iff. Háhn Dezső dr.

Ideg- és elmekórtan.

A férfi Basedow-féle megbetegedését a női Basedow-kórral szemben vizsgálta nagy anyagon *K. Mendel* és *E. Tobias*, a következő eredménnyel. Férfin a betegség körülbelül hatszor ritkább, mint nőn, és később, a negyedik évtizedben szokott támadni. A tünetekben nincs lényeges különbség, de kiemelendő, hogy férfin gyakoribb a strumánélküli Basedow-kór. A míg a régebbi szerzők általában hangsúlyozzák a betegségnek férfiakon való rossztermészettségét, ezen szerzők éppen az ellenkező eredményre jutnak; férfiakon gyakori a könnyű s közép súlyos Basedow-kór s így operatióra is ritkán kerül a sor. Gyakori complicatio az arteriosclerosis praecox, ami a női Basedow-kór tünetei között nem szokott előfordulni. (*Neurologisches Centralblatt*, 1913, 23. sz.) L.

A felnőttek poliomyelitisének klinikai tüneteiről ír *S. Canestrini* a stájerországi járvány alapján. Ezen járvány alatt nemcsak gyermekek, hanem felnőttek is nagy számmal betegedtek meg; feltűnő, hogy különösen terhes nők voltak hajlamosak a betegségre. A prodromalis tünetek olyanok voltak, mint a gyermekkorban: láz, catarrhalis jelenségek, erős fájdalom a gerincoszlop, az idegek mentén. A lefolyás rendkívül atypusos volt, egyáltalában nem szorított az előző gerincvelőszarvakra, ugyanazon betegen is mindig az idegrendszer legkülönbözőbb részein mutatkoztak, ha csak futólagosan is, tünetek; encephalitis, bulbaris, spinalis, meningitis formákat s *Landry*-féle paralyssist lehetett észlelni. Így az agyidegek gyakran vettek részt a betegségben, az inreflexek igen gyakran fokozottak voltak, *Babinski*-tünettel vagy a nélkül; futólagos és állandó érzés-zavarok mindenféle alakban jelentkeztek, épp úgy székelési és vizeleti zavarok. Localis keringési zavarok, exanthema s keratosis gyakran kísérték a bñulásokokat, melyeket nem lehetett tisztán trophiás zavaroknak tekinteni, hanem mint toxikusok a bñntalom eredetére is utaltak. Az esetek túlnyomó része meggyógyult, illetőleg jelentékenyen javult. (*Zeitschrift für die gesammte Neurol. und Psych.*, 1913, nov. 30.) L.

A genuin epilepsia pathogenesisével és terapiájával foglalkozik *Bollen*. A szerző a valódi, essentialis epilepsiát toxicosisnak fogja fel, melyet (valószínűleg) táplálékaink normalis szétesési és saját sejtjeinknek normalis anyagcseretermékei idéznek elő, de a mely toxinok mineműsége még nem határozható meg. Kóros esetekben a toxinokat hiányosan neutralizálja (vagy eliminálja, alakítja át) a pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy és így nem védi meg a középonti idegrendszert a toxinok ellen. A pajzsmirigy és mellékpajzsmirigy működésének elégtelensége másodlagos és a ganglion infimum nervi sympathici zavarától függ. A valódi epilepsia eseteiben talált agyvelőelváltozások nem a betegség okai, hanem másodlagosak és a chronikus mérgezés által előidézettek. A valódi epilepsia sok esetben alig különböztethető meg a symptomás epilepsiától, melyet a meningitis (illetve meningocephalitis) okoz és a tünetek nem is dönthetik el, hanem csak az anamnesis, vagy a bonczolás ad felvilágosítást. Az epilepsia tarda, bár sok esetben hasonlít a valódi epilepsiához, de a pathogenesis szempontjából nem azonos vele. A valódi, essentialis epilepsia gyógyítható (vagyis a beteg tünetmentessé tehetjük) a pajzsmirigy vagy mellékpajzsmirigy *friss* kivonatának rectalis adagolásával. Az adag nagysága individualis és minden alkalommal külön kísérletezés tárgya. A szerző ezen eljárással jó eredményeket ért el. (*Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol.*, XXXIII. köt., 119. old.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A pachymeningitis haemorrhagica interna a gyermekkorban czímen értekezik *Rosenberg* 38 eset kapcsán. Klinikai szempontból 3 csoportba osztja őket: 1. A latens kezdődő alak, 2. az acut idegsymptomákkal jelentkező csoport, 3. a foudroyans lefolyású kóralak. A klinikai tünetek

közül kiemeli a szemfenéki elváltozásokat, a melyeket nyolcz esetben talált meg. Ugyanis a retinán, sőt egy esetben az üvegtestben és subconjunctivalisan is, pont- vagy vonalalakú vérvést észlelt. Négy esetben atrophia nervi optici, három esetben pangásos papillát látott. Mint fontos diagnostikai eljárást, kiemeli a nagy fontanella punctióját. Az így nyert folyadék egész jellegzetes elváltozásokat mutat. A punctatum haemorrhagiás, ritkán citrom- vagy borostyánkőssárga. Három esetben kifejezett haemolysist mutatott, s mikor is haemolysises streptococcusokat tudott kitenyészteni. A pachymeningitis vérvészkor jellegzetes, hogy megálvadás sohasem jön létre. Ha igen, akkor a vér artificialis eredetű. Jellemző továbbá a punctatum igen nagy fehérjetartalma, a mely esetében *Esbach* szerint mérve 4—20% között váltakozott. Ezzel ellentétben a lumbalis punctio után nyert liquor majdnem mindig normalis viszonyokat mutat, csak a nyomás fokozott. A betegség lefolyása különböző. A mortalitás 60% 38 esete közül 21 halt meg.

A bonczolás alkalmával igen jellegzetes elváltozásokat észlelt. A vérvést, vérzés utáni membranát mindig a hátulso és középső koponyagödörben találta meg a dura belső felszínén a convexitásra ráterjedve. Nagyon jellemzőnek tartja a mikroszkopos leletet, mert a membranákban gyuladós folyamat nyomát sohasem találta. A dura belső rétegeinek a túlbúrjanzásából jön létre és finom capillariskat és véröblöket tartalmaz. Hogy a kiömlött vér nem tud lefolyni, annak okát azzal az észleléssel magyarázza, hogy a sinus cavernosust és az abba ömlő venákat thrombotizálva találta.

Az aetiologiát illetőleg elveti a szülési trauma és a rachitis szerepét. A kór-okra élénk világot vet az az észlelése, hogy 30 gyermek közül 23-nak az anamnesisében rhinitis haemorrhagica szerepel. 11 esetben diphtheria-bacillust is ki tudott tenyészteni. Hogy azonban mi az összefüggés a sinus-thrombosis és a rhinitis haemorrhagica között, még nincs tisztázva. Ez az észlelése különben megmagyarázza azt is, hogy miért fordul elő relative oly sok pachymeningitis nagy csecsemőosztályon. A csecsemőkórházakban ugyanis igen nagy az influenza- és diphtheria-morbiditas. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1913, 49. sz.)

Reisz dr.

Bőrkórtan.

A lepra kórokozójának poloskák és svábbogarak által való továbbvitelét tanulmányozta *A. Paldrock*. Ez a kérdés főként az utóbbi években vált különösen fontosá, a mennyiben az 1909-ben Bergenben tartott II. nemzetközi lepraconferentia is szükségesnek találta, hogy a férgeknek a lepra terjedésében való szerepét tanulmány tárgyává tegyék. A szerző erre vonatkozóan részletes kísérleteket folytatott s ezek a többi eddig ismertett klinikai és kísérleti adattal feltűnően egyeznek. A legtöbb adat arra vonatkozik, hogy bizonyos insectumok (moskito, poloska, bolha, tetű) gyomortartalmában leprabacillusok találhatók. Ezt nemcsak a dán-francia expedicio (1909-sen az Antillákon), hanem a londoni (1909, St. Croix) is megállapította. Kiderült ez alkalommal azonban az is, hogy a leprabacillusok ezekben az állatokban röviden a csípés után ismét elpusztulnak. Kivételt *T. L. Sandes* szerint csak az *acanthia lectularia* tesz, a melyben a csípés után még 16 nap multán is találhatók saválló leprabacillusok. *E. C. Long* főként a poloskát tartja veszedelmes lepraterjesztőnek s ezt különösen egyik esetével kívánja bizonyítani. A szerző kísérleteit poloskákon és svábbogarakon végezte. A leprás anyagot a *Muhli-leprosorium* szolgáltatta. A legjobb eredményt azok a kísérletek adták, a melyekben a kiéhezett állatok üvegharang alatt kimetszett leprás anyagot kaptak csípésre, illetőleg rágásra. A poloskák béltractusában aránylag könnyen lehet (*Baumgarten*- és *Unna*-féle festés) leprabacillust kimutatni. Fontos lelet azonban az, hogy a bacillusok aránylag hamarosan ismét eltűnnek onnan (rendesen 24 órával a csípés után). 12 órával a csípés után a bacillusoknak már csak szemcsésen szétesett formái láthatók. Ezzel szemben a svábbogarak (*blatta germanica* és *blatta orientalis*) bél-

tractusában még 14 nappal a leprás anyagnak elfogyasztása után is bőven voltak szépen festődő pálczikák kimutathatók, a melyeken kívül szemcsésen szétesett alakok is kerültek észlelés alá. A vizsgálati sorozat tehát azt mutatná, hogy a svábbogár alkalmasint veszedelmesebb lepraterjesztő, mint a poloska. (Dermatologisches Centralblatt, 1913, XII.)

Guszman.

A radiumnak bizonyos hámbeli hypertrophiákra való hatását tanulmányozta Wickham, Degrais és Belot (Paris). A szerzők e kísérleti csoportba a verruca vulgarist, juvenilist, plantarist és a bőrkeményedéseket sorozták. A kísérleti eredmény minden tekintetben fölötte kielégítő volt, mert mindezek a folyamatok aránylag gyorsan fájdalom nélkül teljesen meggyógyultak. Különösen érzékenyek a radium-sugarakkal szemben a verrucae planae, úgy látszik azért, mert keratinképződési folyamatuk teljesen normalis. Erőteljes radio-activ dosisnak kis területre való koncentrálásával elérték azt, hogy minden egyes szemölcs 5—10 percnyi expositio után gyorsan és tökéletesen eltűnt. A közönséges szemölcsök kissé ellentállóbbak. Olyan kis készülék segítségével azonban, mely 1 cgr. tiszta radiumsulfidnak 1 cm²-re való elosztódását megengedi, ezek is minden heg hátrahagyása nélkül tökéletesen meggyógyultak. Hasonló jó eredménnyel járt a repedező, kemény keratodermiák radiumkezelése is. A verruca plantaris kezelése kissé körülményesebb, mert ez olykor mélyen, megvastagodott hámgűrűtől fődve helyezkedik el a talp bőrében. A verruca plantaris radiumkezelésekor — szemben a kiemelkedő közönséges verrucáéval — lehetőleg ki kell zárunk a gyöngén áthatoló sugarakat és szűrés által inkább a penetráló sugarakat kell igénybe venni. Minthogy ezek kisebb mennyiségben alkalmazhatók, a hiányt az alkalmazás idejének meghosszabbításával kell pótolnunk. A radiumtartó ilyenkor 3 cgr. tiszta radiumsulfidot tartalmazott, mely mennyiség 6 cm²-re volt elosztva. A 2 mm.-nyi ólmon keresztül szűrt sugarazás ilyenkor 60 óráig tartott (6-szor 10 éjjeli órán keresztül). A gyógyulás mindenkor pontosan, fájdalom nélkül ment végbe s a mi a fő: a beteg napi munkáját az egész kezelés alatt zavartalanul végezhetette, a mi kimetszés esetén lehetetlen. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. XXI. k., 3. f.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A prostatatályogokról ír Jacques Allmond és azt állítja, hogy ezeket az orvosok nagyon gyakran félreismerik, illetőleg nem körjelezik, mivel a láz, mely pedig a szervezetben keletkezett genyfelhalmozódásnak a főtünete szokott lenni, a legtöbbször csak némi csekély és gyorsan muló hőemelkedéssel párosult borzongással jelentkezik; a hőmérsék tehát csakhamar leszáll a rendes fokig annak ellenére, hogy a genyedés nem zajlott le, sőt esetleg még fokozódott is.

A prostatatályognak legtöbbször az az oka, hogy a húgycsőfertőzés a prostata kivezető csövén át halad felfelé; aránylag nagyon ritka eset az, hogy a húgycsőnyálkahártya — leginkább a pars prostatica — sérülése szerepel mint előidéző ok. A destructiós genyedéses folyamat a legtöbbször spontán elhatárolódik, úgy hogy az abscessus csak ritkán ölt túlnagy dimenziókat.

Ugy az általános, mint a helyi tünetek rendkívül változók s ez utóbbiak leginkább túlgyakori s nagyon fájdalmas vizelési ingerrel kezdődnek, kapcsolatosan különböző fokú, esetleg teljes húgyretentióval. Ezeket a tüneteket újabb jelenségek követik, úgy mint nehézségérzés a gáton, fájdalom s égő érzés a végbélben, főképp székeléskor, a vizelet zavaros és nagyon genyes, sőt véres is lehet, genyes, ha a tályog a húgycső felé tör magának utat. A biztos körjelzést a végbélben keresztül végzett palpato állapítja meg; fluctuatio csak ritkán lesz kimutatható.

Az összes tünetek veszedelmesen fokozódnak, ha a tályog kiterjedt phlegmonevé alakul át; ilyen esetben — ha az idejében való sebészi beavatkozást elmulasztjuk — a geny

sokszor a végbélbe, vagy pedig a perineum szomszédos szövetecibe ömlik; nagyon ritka eset az, hogy a geny az ischio-rectumos avagy praevesicás üregekbe, vagy pedig közvetlenül a peritoneumos ürbe tör magának utat, a mi rendszeren a beteg halálát vonja maga után. Csaknem ugyanilyen komoly a prognosis akkor is, ha phlebitis, thrombosis s ezek utáni pyaemia következik be. A leggyakoribb s egyúttal legkedvezőbb eset, ha a tályog a húgycsőbe vagy rectumba tör át; ilyenkor a legtöbbször már néhány óra alatt lényegesen javul a beteg állapota. Egyébként pedig, ha nem történt sebészi beavatkozás, megeshetik az is, hogy a mirigy teljesen elgenyed, végleg elpusztul, sőt a gáton húgycsősipoly is keletkezhetik, avagy esetleg heregyulladás jöhet létre.

Az eset súlyossága a mikroorganizmusok virulentiáján kívül még az absorbeált sepsises anyagok mennyiségétől és a szövetek ellenálló képességétől is függ.

A prostatatályog leggyakoribb oka a húgycsőfertőzés, még pedig kiváltképp a kankó; Allmond azonban azt hiszi, hogy a gonococcusok virulentiája mellett rendszeren még egyéb kedvező momentumok — trauma, a szövetek gyenge ellenálló-képessége, avagy tisztátalan fecskendő, szonda, nem steril injectiós folyadék által előidézett vegyes fertőzés — is szerepelnek. Ezen utolsóknak említett momentumok csak úgy, mint a húgykövek avagy másféle idegen testek, melyek a húgycsövet megsérthetik, valamint a vesékből, a hólyagból, a rectumból (fissura, sipolyok) eredő fertőzések kankó jelenléte nélkül is idézhetnek elő prostatatályogokat. A gümőkóros prostatatályog már jóval ritkább és leginkább a vese, a hólyag vagy a mellékhere primaer tuberculosisának a következménye.

A prostatatályog gyógyítása a sebészet hatáskörébe tartozik. Hogy melyik úton, a húgycső, a végbél avagy a gát mentén nyissuk meg a tályogot, erre nézve fix indicatio nem létezik, minthogy a műtétnek módja mindig a tályog fekvésétől függ. Mindenik műtétmódnak megvannak az előnyei és hátrányai s így a követői is. (The urologic and cutaneous review, 1913 márczius.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az uteramin Zyma nevű vérzéscsillapító szert, a mely az adrenalinhoz hasonlóan, de gyengébben hat, a melynek hatása azonban hosszasabban tart, ezenkívül sterilizálható is és nem bomlik, eddig csak a nőgyógyászatban használták. Lauffs orrvérzés ellen próbálta használni, még pedig eredménnyel. Egrészt bőr alá fecskendezi 1 cm³ mennyiségben, másrészt gyapotot itat meg vele és ezt helyezi a vérző helyre. Bőr alá fecskendezve mint prophylacticum is jó szolgálatot tesz endonasalis beavatkozások alkalmával. (Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 46. sz.)

Első- és másodfokú égés eseteiben Breitmann nagyon jó eredménnyel használja a 60—70%-os alkoholt, a melybe bemártatja az égett részt, vagy pedig a jelzett oldattal átitatott kompresszellel fedi be azt. A fájdalom és a gyuladás csakhamar megszűnik, a seb heg nélkül gyógyul meg. Fontos, hogy lehetőleg jókor alkalmazzuk az alkoholt. (Ref. La semaine médicale, 1913, 44. sz.)

A Rosenbach-féle tuberculin használatát ajánló közlemények száma nagyon szaporodik. Ujabban Lichtenstein közli a hallei egyetem sebkezelésében a szerrel tett kedvező eredményű kísérleteket. Főképp localisan használták a kóros góczba befecskendezés alakjában. A Rosenbach-féle tuberculin oly módon készül, hogy a gümöbacillus-tenyészetet a trichophyton holosericum album nevű mikrobával hozzák össze, mint a mely a gümöbacillusokat elpusztítja, miközben mérgező alkotórészeik is elpusztulnak, a nélkül, hogy az immunizáló hatásúak kárt vallanának. Az ily módon nem mérgezővé tett tenyészeteket glicerín-carbolkeverékkel összedörzsölik és megsűrítik. (Archiv für klin. Chirurgie, 102. köt., 4. füz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 3. szám. *Sputz Gyula*: A hashártya összenövéséről. *Adler Nándor*: A vesekövek. „Honvédorvos” melléklet, 1. sz. *Tóth Gyula*: Néhány szó a lúdtalpú védőkelesek katonai szolgálatra való alkalmasságának elbírálásához. *Ajkay Zoltán*: Vizellátás a harcmezőn.

Orvosok lapja, 1914, 4. szám. *Borszék Károly*: A májbeli echinococcus-tömlők gyökeres gyógyítása.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 4. szám. *Hatiegán Gyula*: Adatok az alimentaris galactosuria klinikai értékesíthetőségéhez. „Közegészségi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet, 1. szám. *Wagner Károly*: A hasi magyáz elleni védekezés. *Zsiday Dániel*: Öngyilkosság arsénosavval. *Tuszkai Ödön*: Ministeri megbízás az iskolák egészségügyi szolgálata céljából.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Nagy László* dr.-t a gyergyótlgyesi járás orvosává, *Fabritius Károly* dr.-t a beszercei közpórházhoz másodorvossá, *Sarvay Tivadar* dr.-t a nyiregyházi közpórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Reitz Dezső* dr.-t Szabadkán külterületi orvossá, *Jeney Pál* dr.-t Dömsödön, *Szalay Elemér* dr.-t Locsmádon községi orvossá választották.

Új magántanár. *Géber János* dr.-nak a kolozsvári egyetemen a bőr- és bujaktani diagnosztikából egyetemi magántanárként történt kinevezését a közoktatásügyi miniszter megerősítette.

Meghalt. *Sehl György* dr., Csanádmegye tiszteletbeli főorvosa, járásorvos, 45 éves korában. — *Molnár Gyula* dr. járásorvos 52 éves korában Hajduszoboszlón. — *Molnár Károly* dr., Kecskemét városi tisztiorvosa. — *L. Kessler*, régebben a nőorvostan rendk. tanára a dorpaty egyetemen. — *J. Green*, a szemészet nyug. tanára a washingtoni egyetemen, decz. 7.-én 78 éves korában.

Congressus. A IV. nemzetközi sebészcongressus április 14.-étől 18.-áig lesz New-Yorkban. Referátumok: 1. *de Quervain, Hartmann, Lecène, Mayo, Moynihan, Payr*: Ulcus ventriculi et duodeni. 2. *Morrestin*: Ojtás a plastikai sebészetben; *Villard*: Érojtás; *Ullmann és Lexer*: Ojtás és átültetés; *Carrel*: Szervek átültetése. 3. *Witzel*: A csonkítások technikája általában; *Ceci*: Az alkar és lábszár amputációi; *Kuzmik*: A kéz és csomb amputációi; *Binnie, Durand és Ranzi*: Láb- és lábamputiók.

Személyi hírek külföldről. *Grasset* tanár, az általános kör'án tanára a montpellieri egyetemen, nyugalmába vonul. — Torontóban *Fred Marlow* dr.-t a nőorvostan tanárává nevezték ki. — *Aberhalden* tanár Halleban elfogadta a meghívást a dahlemi biológiai kutató intézet igazgatói állására. — *J. Hertle* és *E. Streissler* dr.-ok, a sebészet magántanárai a gráci egyetemen, czímzetes rendkívüli tanárok lettek. — *H. Chalupczky* dr. magántanárt a prágai cseh egyetemen (szemészet) rendk. tanárrá nevezték ki.

Hírek külföldről. *Marey*-nak, a kiváló francia physiologusnak szobrot emelnek a párisi Bois de Boulogne-ban. — Londonban január 12.-én adták át rendeltetésének azt a „The Hearth Hospital” című új épületet, melyben csak szívbajokban szenvedőket ápolnak. A kórház, mely magánjótékonyaság alapján létesült, már 47 esztendeje áll fenn; most csak új épületet emeltek neki. Az új kórházi épület nemcsak a betegek ápolására, hanem tudományos vizsgálatokra is a legmodernebbül van felszerelve s két vezetője közül is csak az egyik, *Fr. Taylor* dr. klinikus, a másik, *A. D. Waller* tanár, physiologus.

Kiseb közlések az orvostudomány köréből. Az elmúlt nyáron egy *Gagey* nevű francia orvos azt állította a „Presse médicale”-ban megjelent cikkében, hogy borivókban ritka az appendicitis. *Hollitscher* dr. e tárgyban kérdést intézett neves klinikusokhoz és orvosokhoz és a kapott válaszokat most közli. Az eredmény egészen egyhangúan az, hogy a borivás és appendicitis között semmiféle összefüggés sincs. Egyébként az egyik válaszban már jelezte, hogy a bortermelek érdekében nem lesz nehéz a bor haszna mellett szóló statisztikát összeállítani, mert az appendicitis éppen a gyermek- és fiatal korban nagyon gyakori, vagyis abban a korban, a melyben a borfogyasztás csak kivételes. (Medizinische Blätter, 1913, 1. sz.) — *A rákos emlő gyökeres kiirtásakor Tansini* szerint az emlő felett levő bőrt is ki kell irtani, mert a recidiva a bőrben szokott beállani. A kiirtott bőrt a hátról vett bőrlebensnyel fedli. (Presse médicale, 1914, 1. sz.) — *Az ellentállóképesség fertőző betegségekkel szemben Emmerich és Löw* szerint chloraliummal fokozható. (Arch. f. Hygiene, 80. köt.) — *A neosalvarsan oldására Schubert* magából a betegből készített serumot használ; 1 cm³ serumban legalább 15 cgr. neosalvarsan oldódik; a serumos oldatnak úgy intramuscularis, mint intravenás befecskendezését feltűnően jól tűrik a betegek (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 52. sz.)

Lapunk mai számához a *Dr. Rudolf Reiss* czég *Charlottenburg* 4 és *Wien VI/2* készítményeinek prospectusa van mellékelve.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01.
Diaetás osztály cukorbetegségeknek, anyagcserebetegségeknek. Hízaló és soványító kúrák.
Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecskó János**, főorvos.

Megjelent:

Magyarország Orvosainak Évkönyve

24. évfolyam
1914.Szerkeszti:
Pesti Alfréd.

Bolti ára K 7.—

„PETŐFI” irodalmi vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

(A helybeli szétküldés folyamatban van, a vidéki már befejeztett.)

Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos,
IV., Ferencz József-rakpart 26.Dr. Doctor Kossuth Lajos-utca 3. sz. (Telefon 697.) Orvosi
laboratoriumában az összes diagn. vizsgálá-
tokon kívül autovaccina előállításával is foglalkozik

DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete

Dr. ZANDER G. eredeti készülékkel teljes sorozatával és rokon physikalis
gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

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

Orvosi labororium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd
VII., Király-utca 51. Telefon 157—71Dr. Batizfalvy-fele Bel-, ideg- és női betegek csa-
ládiás otthona. Vizgyógyimód,
sanatorium és vízgyógyintézet villamos kezelések. Hízaló,
soványító kúrák. Bejáróknak is.

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: Dr. Ullrich Gyula.

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.
Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16 03.Diagnostikai labororium Dr. Székely Imre és Dr. Szilas Jenő orvosi-
sok. Erzsébet-körút 22, földsz. Tel. 34—97.Kopits Jenő dr. orthopaediai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz.
fekvő betegek is felvétetnek.Dr. GÁMÁN BÉLA
diaetás orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■Tátra-Széplak magaslati gyógyhely 1010 m., vízgyógyinté-
zet, sanatorium ideg- és Basedow-betegek ré-
szére, egész éven át nyitva. Hízaló-
kúrák. Vezető orvos dr. Guhr Mihály. Tüdőbetegek nem vétetnek fel.Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11.
Bennlakó és bejáró helbetegek ré-
szére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízaló és soványító kúrák. Nagy
vizgyógyintézet. Labor-torium. Röntgen. Vezető orvosok: Rajnik Pál dr. és Kovács Aladár dr.Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben (Sziv-u 28. sz.
Telefon 93-22.)Dr. Neumann M. vezetése mellett — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és
felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán
az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végezi.Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.
Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, dia-
thermia, vill soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neural-
= giák, arthritisek, tabes dors arteriosclerosis stb. ellen. =Dr. GARA GÉZA, Meran. Sanatorium.
Ujonnán átalakítva.
Prospectus.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinsk*
István dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagymélt. m.
kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terebére
vétetnek fel.Dr. Szontágh Miklós gyógyintézete Ujtátrafüred
Egész éven át
nyitva. — Lakás,
ellátás, orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10 koronától kezdve.

Dr. Grünwald sanatoria Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

Felvétetnek férfi- és nőbetegek
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek
kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.San Remo téli klimás gyógyhely az olasz Rivierán
Sanatorium külön tüdőbetegek és külön
az anyagcsere betegségeiben szenvedők
részére Fekvőcsarnokok. Magyar ápoló-
nők. Meleg tengeri fürdők. Kivánatra pro-
spectusokat küld *Czirfusz Dezső* dr.
kir. tanácsos.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIII. rendes tudományos ülés 1913 november 29.-én.) 81. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1913 november 29.-én)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

(Folytatás.)

Diphtheria-serumra meggyógyult kezdődő panophthalmitis.

Mohr Mihály: *Darier* ajánlotta először a diphtheria-serumot genyedő szemgyulladások ellen (hályogoperálás után is), mert a serum nemcsak olyan gyulladás ellen hat, mely ellen készült, hanem más természetű gyulladás ellen is. Úgy képzeli, hogy valamely állatnak diphtheria vagy tetanus elleni immunizálásakor minden védőanyagot produkáló szerv működésbe jön, úgy hogy nemcsak a diphtheria, hanem más betegségek ellen is képződnek védőanyagok.

Francia és olasz szerzők csakhamar felkarolták az eszmét, de a németek nem fogadták el.

Nálunk tudtával *Goldzieher* tett ilyen kísérleteket, de irodalmi közlésről nem tud. *Goldzieher* egy volt segédjének, *Bajor Dezső*-nek ajánlatára próbálta meg egy esetben az eljárást, még pedig sikerrel. Ezért érdemesnek tartja az esetet bemutatni.

A 18 éves lakatot 1913 szeptember 24.-én vették fel a munkáskórházba, a hol előadta, hogy 23.-án kalapácsolás közben vasdarab pattant jobb szemébe. Elment egy kórházba, a hol semmit sem találtak. A budapesti ker. betegsegélyező pénztár I. szemészeti rendelésén mágnes elé ültették, a mikor nagy fájdalmat érzett és a munkáskórházba utasították.

A bal szemrés kevésbé nyílik, nagy fénykerülés, könnyezés. A kötőhártya alatt vérömlenyek, a szemteke belső, alsó, elülső oktansában a sklerán egy körülbelül 4 mm.-nyi szakított seb, melyet véres kötőhártya borít, a szemhátér borus, a visust nem lehet a fénykerülés miatt felvenni.

Szeptember 25.-én 5⁰/₀-os tonogen-cocain-érzéstelenítés mellett mágnes elé ültetik. A limbustól le- és befelé 10 mm. távolságban domborodik ki az idegen test. A conjunctiva sebet tágitják, de az idegen test nem jelenik meg, csak a mikor a sklera sebet tágitják kissé, jelenik meg a sebben és csipővel kihúzható. Csekély üvegtestelődés.

Másnap a beteg láztalan.

Szeptember 27.-én a szemhéjak és a kötőhártya oedemas, sáncszerű chemosis veszi körül a corneát, az iris borus, a sklera sebébe előesett üvegtestczafat elhalt. A hőmérsék 37⁵/₀ C. A nyelv száraz. Megindult a genyes iridochorioiditis, mely a panophthalmitist bevezeti. 1500 I. E. diphtheriaserum a hátra. Helybelileg a szembe atropin, meleg. Erre subjective jobban érzi magát, az oedema kisebb.

Szeptember 29. Főfájás és szemfájás, a beteg bágyadt. 36⁹/₀ C. 1500 I. E.

Szeptember 30.-án a szemfájdalmak megszűnnek, csekély duzzanat a kötőhártyán. Október 1.-én a beteg felkelt.

Október 3. és 4.-én újra főfájás és szemfájás, duzzanat, 37⁸/₀ C hőmérsék; a beteg bágyadt.

Október 6. Somnolentia, oedema, a chemosis fokozódik. 37⁸/₀ C. 1500 I. E. Erre a hőmérsék leesik 36⁷/₀-ra, a főfájás szűnik, az oedema kisebb.

Október 9.-én megint jelentkezik főfájás, október 12.-én geny van az elülső csarnokban, de ez 3 nap alatt felszívódik. Az üvegtestben jókora homályok. November 8.-án diarrhoeája van, november 11.-én tonsillitis follicularis. A látás javul ⁵/₁₅-re. Így hagyta el a kórházat november 13.-án. Ma v = ⁵/₁₅. Ugy látszik a szem megpihent, de hogy mi lesz a további sorsa, nem lehet tudni, mert a mágnes-operáltak későbbi sorsa gyakran kétséges. Az azonban bizonyos, hogy a diphtheria-serum megállította a kezdődő panophthalmitist, míg egy másik esetben, a melyben a genyes iridochorioiditis már florid volt, semmi hatása sem volt.

A helybeli érzéstelenítés mint a narcosis helyettesítője az általános sebészetben.

Dollinger Gyula: Folyó év április hó 1.-je óta folynak a vezetése alatt álló egyetemi I. számú seb-klinikán a kísérletek az iránt, mennyiben lehet a helybeli érzéstelenítés mai fejlettsége mellett az általános narcosist kiszorítani és feleslegessé tenni. Azóta 761 olyan nagyobb műtétet végeztek, a melyekben azelőtt általános narcosis vált szükségessé. Ezek közül csupán 31 esetben narkotizáltak, míg a többi 730 műtét részint helybeli érzéstelenítéssel, körülírt terület részint vezetési érzéstelenítéssel, a műteendő terület idegtörzseihez való befecskendezéssel történt. Azon esetek között, a melyekben általános narcosist alkalmaztak, van 10 olyan, a melyben ma, a midőn a helybeli érzéstelenítés minden fogását jól kiképezték, az általános narcosis nem válnék szükségessé és így csak 21 esetben, vagyis az eseteknek körülbelül 3 százalékában volt az általános narcosis elkerülhetetlenül szükséges. Érzéstelenítésre a novocainnak ¹/₂—2⁰/₀-os oldatát használták. Voltak esetek, a melyekben a ¹/₂⁰/₀-os oldatból 600 köbcentimétert is fecskendeztek be a nélkül, hogy bármi hátrányát látták volna. Az érzéstelenítés sikerülésének elkerülhetetlen feltétele, hogy a befecskendezés után a műtő 15—20 percig várakozzék a műtét megkezdésével. Azután az érzéstelenítés teljes.

Vetített képeken bemutatja a különböző érzéstelenítő eljárásokat és ismerteti az érzéstelenített betegek végzett műtéteket. Ezek közül itt csupán a főbbeket ismertetjük: 11 koponyafeltárás, 1 antrum mastoideum-genyedés, 2 Denker-műtét, 5 állkapocsresectio, 4 nyelvresectio, 9 szemüregbeli daganat, 31 struma, 20 lymphoma colli, 3 tracheotomia, 1 tracheavarrat, 8 kisebb-nagyobb kiterjedésű bördaresectio részint tüdőgangraena, részint májtályogok miatt, a melyeket a rekeszen keresztül nyitottak meg. Ez utóbbiak közül egy esetben altatni kellett. 16 emlőrák miatt végzett műtét közül altatni csak egyszer kellett. A has-műtétek közül helybeli érzéstelenítésben történt 16 epehólyagkiirtás kő miatt, 2 hasnyálmirigy-tömió-kiivarrás, 9 gastroenterostomia, 6 pylorusresectio, 3 enteroenteroanastomosis, 4 colostomia, 1 lépkiirtás, 18 próbalaparotomia, 52 appendicitis. Legtöbbször a hasüregbeli műtétek alkalmával vált szükségessé az általános narcosis. Ezek mind olyan esetek voltak, a melyekben a műtét csakis a mesenterium vöngálásával volt elvégezhető. 142 hasüregbeli műtét közül 19 esetben tért át az általános narcosisra, míg 123-at a nélkül fejeztek be. Az epehólyag kiirtásakor a máj és a hólyag közé is fecskendez be érzéstelenítő folyadékot, gyomorresectio végzésekor a curvatura minorhoz, a cardia közelében. Sérvert 160-at operáltak helybeli érzéstelenítésben és csak 1-et narcosisban. Végbél-műtét volt 22, közte egy strictura narcosisban. 2 vesefelvarrás, 2 vesekőműtét (pyelotomia), 5 vesekiirtás, 3 magas hólyagmetszés, 6 castratio, 3 hereresectio, 11 hydrocele, 8 varicocele és 2 amputatio periscarcinoma miatt mirigykiirtással történt helybeli érzéstelenítésben. A felső végtag műtétei közül egy esetben az egész felső végtagot a lapockával együtt távolították el, volt 7 idősült vállízület helyreállítása véres úton, 6 könyökízület amputációja, 4 könyökresectio, 6 friss és rosszul gyógyult törés csontvarrata, 2 felsővégtag-amputatio, 5 idegvarrat, az alsó végtagokon pedig 3 idősült és egy veleszületett csípőízület helyreállítása véres úton, 2 cizom-amputatio, 12 rosszul gyógyult törés és álzület, 8 arthrectomia és 2 taluskiirtás.

A felső végtagon legtöbbször a *Kuhlenkampff*-féle eljárást, az alsón a *Keppler*-féle vezetési érzéstelenítést alkalmazták. Körülírt terület befecskendezéssel 2 *Macewen*-féle osteotomiát és 8 ékkivésést végeztek angolkoros elhajlások miatt. A végtagokon végzett 74 nagy műtét mellett narcosisra csupán 5 esetben volt szükség.

Gerinczvelő-érzéstelenítést a klinikán már régóta nem alkalmaznak. A betegeket a műtéthez egyébként úgy készítik elő, mint az általános narcosisban végzett műtétekhez. Kapnak a műtét előtti estén $\frac{1}{2}$ gr. veronalt, a műtét napján reggel ugyanannyit és egy órával a műtét előtt 1—2 centigramm morphiomot subcutan módon. Némely beteg a műtét után némi általános indispositio észlelhető, a mely egy-két napig tartó étvágytalanságban áll. Hányás 2—3 órával a műtét után egynéhány esetben volt észlelhető, de ez inkább a nem egészen friss morphiom-készítménynek volt tulajdonítható. Egy esetben, a melyben paravertebralis érzéstelenítés történt, synkopeszerű tünetek fejlődtek; de nem bizonyos, vajjon novocainmérgezéssel volt-e dolguk vagy pedig synkopeval, a mely általános vagy helybeli érzéstelenítés nélkül is előfordulhat. A beteg a szokott kezelés mellett egy óra mulva teljesen rendbe jött.

Manninger Vilmos: Az előadás nagy jelentőségét abban látja, hogy egyesületünkben ma történt meg először, hogy a sebészet hivatalos képviselője lándzsát tört a helybeli érzéstelenítés nagy fontossága mellett. A másik fontos eredmény az, hogy az eljárásnak principialis alkalmazása által megállapítást nyert a helybeli érzéstelenítés határa, szemben az általános bódítással. Végül a nagyarányú kísérletek bizonyították, hogy az 1%-os novocain-oldat toxikus küszöbértéke magasabban fekszik, mint a hogy az eddigi tapasztalatok bizonyították. (Az eddigi értékekkel szemben: 1%-os oldatból *Nastkolb* 50 cm³-t *Lichtenberg* 50—60, *Axhausen* 170—200, *Dollinger* 350—450 cm³-t is használt mérgezés-tünetek nélkül.) Ezáltal az eljárás szélesebb körben nyerhet alkalmazást. 2%-os novocain már mérgező.

Az eljárásnak a test különböző részein való alkalmazása szempontjából teljesen csatlakozik az előadó felfogásához. A legnagyobb jelentőséget annak tulajdonítja, hogy a végtag, a fej és a koponya részben a nyak sebészete helybeli érzéstelenítésben tökéletesen elvégezhető. Épp így a mindennapos sebészet leggyakoribb műtétei (sérvek, végbél-műtétek stb.) fájdalom nélkül végezhetőek helybeli érzéstelenítésben. Ezen kiterjesztés eredménye az, hogy anyagán az utolsó évek során a helybeli érzéstelenítésben végzett műtétek aránya 35%-ról 78%-ra emelkedett. Legfontosabbnak tartja azt, hogy a szájjarat-üreg körül végzendő legnagyobb műtétek is narcosis nélkül végezhetőek, a minek az eredménye, hogy három év óta egyetlen beteget sem vesztett nyelési pneumonia következtében.

Csak a hassebészet nem nyert sokat az eljárás tökéletesedése által, mert jó anaesthesiát nem érhetünk el. Nem tagadja, hogy nyugodt, értelmes vagy indolens betegen nagyobb typosus hasműtétek végezhetőek kizárólag hasfalanaesthesia mellett. De ez mégsem nevezhető fájdalomtalan operálásnak. Épp ezért évek előtt kísérleteket végzett a ganglion spinale vezetékes érzéstelenítésével. Gyakorlatilag az első esetben teljesen be is vált az eljárás. Az érzéstelenítés teljes volt. De nem merte a kísérleteket folytatni, mert egyrészt kiterjedt, teljes has-érzéstelenítéshez oly nagymennyiségű novocainra lett volna szükség, a mely meghaladta az akkor elfogadott toxikus határt, másrészt mert az oldatnak epiduralis tovaszivárgása folytán távoli anaesthesiákat észlelt. Most, hogy az előadó adatai meggyőzték arról, hogy 1%-os oldatból is jóval nagyobb mennyiséget lehet büntetlenül alkalmazni, folytatni fogja a kísérleteket.

Végül az eljárás hitele és a szenvedő emberek érdekében szükségesnek tartja az indiciók szoros körülírását és utal azon javalatoakra, melyeket e helyen 9 évvel ezelőtt felállított, azzal a módosítással, a melynek a *Verebély*-vel kiadott tankönyvének első kötetében adott kifejezést. Csak így kerülhető el a módszer diszkreditálása és az, hogy nem nagyon gyakorlott műtők tökéletlenül végzett anaesthesiákkal fölösleges kinokat okozzanak betegeiknek.

Pólya Jenő: A localanaesthesiát bizonyos nagyobb műtétekhez is már évek hosszú sora óta kiterjedten alkalmazza. 4 év óta novocaint használ, mérgezés-tüneteket sohasem látott, igaz azonban, hogy 1%-os koncentrációnál töményebb oldatot és 80—100 köbcentiméternél többet nem fecskendezett be. Eminens fontosságúnak és az általános narcosis felett állónak tartja a localis anaesthesiát olyankor, midőn a légző szerveken történik a műtét, vagy a műtét alkalmával a légzőszervek funkciójának megzavarása várható. Ezért szájbéli műtéteket, felső-, alsó-állkapocsresectiót, nyelv-műtéteket, orrműtéteket, gégeműtéteket csak localis anaesthesiában végez, éppen úgy localis anaesthesiában operál empema, tüdőtályog stb. eseteiben. Nyak-műtéteket (struma, mirigykiirtások) is czélszerűbb localanaesthesiában végezni, mert ily műtétek után a nyelés, felköhögés zavarva van s ez fokozza az általános narcosis után általában aránylag könnyebben beálló pneumonia veszedelmét. Koponyaműtéteket, kisebb végbél-műtéteket (nodus, fissura, fistula) szintén előszeretettel végez localanaesthesiában, épp úgy kis és közepnagy sérvek műtévesét. Nagy irreponibilis sérvek esetén jobb narkotizálni, mert a beteg a repositio alkalmával a leggyöngédebb eljárás daczára feszít és ez nehezíti vagy lehetetlenné teheti a nagy sérv visszahelyezését. Általában kerülendőnek tartja a localanaesthesiát ott, a hol a beteg részéről való feszítés, nyugtalanság a belek közt való tapintás, a belek előhúzása alkalmával a műtétet zavarhatja, tehát minden nagyobb, nem teljesen typosus has-műtét alkalmával. Azért legfeljebb csak egészen kis

metszésen át elvégezhető typosus műtéteket (gastrostomia, colostomia), vagy könnyűnek ígérkező tályognyitásokat végez localis anaesthesiában. Cholecystectomy, appendicitis, gyomorműtét esetében, a hol sohasem lehet előre tudni, mily nehézségekkel fogunk a műtét közben találkozni és mily mértékben kell a hasat kitapintanunk, hogy az eset megoldására nézve fontos összes körülményekről tájékozódjunk, elvből kerül a localis anaesthesiát. Epigastrialis sebek esetén még azért is, mert az infiltrációs localanaesthesia után a seb sokkal jobban fájván, mint az általános narcosis után, ez a körülmény hozzájárulhat ahhoz, hogy a beteg felületesen vesz lélegzetet és inkább kap pneumoniát s hozzászólnak is az az impressiója abból az időből, mikor még localanaesthesiában végzett gastroenteroanastomosisokat, hogy speciell ezen műtétnek helyi érzéstelenítésben való végzése után aránylag többször állott be pneumonia, mint ha narcosisban végezte a gastroenteroanastomosis, a mit különben az irodalom tanúsága szerint más észlelők is megfigyeltek. Peritonitis és egyéb acut sürgős beavatkozást igénylő bántalmak (ileus, extrauterin graviditas) eseteiben szintén contraindikálnak tartja a localanaesthesiát (hacsak nem pl. egyszerű colostomia készítéséről van szó), mert az amúgy is elesett betegek állapotát a belek vongálása által előidézett fájdalom okozta shock rontja, az injectio hatására való várakozás pedig, valamint a beteg feszítése által történő akadályozása a műtétnek elnyújtja annak idejét s ez delectaer befolyással bírhat a beteg sorsára. Viszont azt tapasztalta, hogy az ilyen betegek pulzusát az aethernarcosis még megjavítja, nem hogy lerontaná. A végtagokon aránylag kevésszer végez localanaesthesiát és különös óvatosságra int az ujjaknak körülírcskendezés által végzett anaesthesiája alkalmával. Látott egy kartsára által ily módon érzéstelenített esetet (unguis incarnatus eltávolítása céljából), a melyben az egész öregujj elhalt.

Frigyesi József: A helybeli érzéstelenítésben való operálásnak elérése egyik legfontosabb feladata úgy a sebésznek, mint a gynaekologusnak. Sajnos, mint a mai előadásból is hallottuk, a hasúri műtétek és különösen a vongálással és a zsigerek diszlokálásával járó műtétek helybeli érzéstelenítésben nem végezhetőek. A nagy gynaekologiai műtétek pedig többnyire ilyenek. Egyébként is nagy nehézséggel jár a nőgyógyászati műtétek terén a helybeli érzéstelenítés alkalmazása, mert a nőkre a műtetre való előkészítés, a genitáliák feltárása és a műtéttel járó többi manipulatio csaknem olyan kellemetlen, mint a fájdalom elviselése.

Mindennek daczára kiterjedten alkalmazza a lehetőség határára belül a helybeli érzéstelenítést. A betegeket műtét előtt scopolamin-morphium-injectióval teszi kissé kábulttá. Nagyobb műtétek alkalmával az ágyéktáji érzéstelenítést, hüvely- és gátműtétek alkalmával a környéki érzéstelenítést, a méh hüvelyi részén végzett műtétek alkalmával, valamint curettage végzése céljából a *Wernitz* által ajánlott parametranjectiót végzi, úgy mint azt a *Laffer*-klinikán használják.

A mióta a fővárosi Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati kórház egyik osztályát vezeti, a sacralis anaesthesiával, a nervus pudendus érzéstelenítésével és a parametran befecskendezéseknek nagyobb hüvelyi műtétekre való kiterjesztésével kísérletezik. Az utóbbinak eredményei biztatók.

Az indiciókat úgy szabja meg, hogy helybeli érzéstelenítésben azokat a műtéteket végzi, melyekben teljes érzéstelenítést lehet előidézni; ágyéktáji érzéstelenítést végez ott, hol az általános érzéstelenítés (narcosis) ellenjavalt. Így végezte több esetben a *Wertheim*-féle radicalis kiirtást, az arteria hypogastrica körülöltését, a supravaginalis amputatiót, tubakimetszést stb. Az általános érzéstelenítést morphiom-scopolamin-aetherrel való combinált narcosisal végzi.

Grósz Emil: Általánosan ismeretes, hogy a localanaesthesiát a szemészet adta a sebésznek a kezébe. A szemészeknek már évtizedes tapasztalatuk van e téren. A legegyszerűbb alkalmazásmódról, a becsöptetésről nem szól s csak a sebészeket is érdeklő befecskendezések terén szerzett két tapasztalatra hívja fel a figyelmet. A toxikus hatások jelentkezését és az anaesthesia bekövetkezésének időpontját nagyon befolyásolja a testrészt és szöveteinek minősége. Az a dosis, mely a végtagon teljesen veszélytelen, a központi idegrendszer szomszédságában veszélyessé válhatik. Az orbita mélyébe befecskendezett 1 cgr. cocain néha már mérgezés-tüneteket váltott ki, míg a nőgyógyászok gátvarráskor 10 centigrammot s többet is mellékhatás nélkül alkalmazhattak. Ugyanez áll kisebb mértékben a novocainra is. A mi az érzéstelenítés bekövetkezésének időpontját illeti, a conjunctiva alá fecskendezés 1—2 perc alatt érzéstelenítést okoz, a szemhéj bőre 3—4 perc, a könnyömlő környéke 8—10 perc alatt válik érzéstelené, míg arra, hogy az enucleatio fájdalomtalan legyen, 30 percnyi idő szükséges. Utóbbi esetben az orbita külső szélén a bőrön át történik a beszúrás s két cm³ 2%-os novocaint fecskendeznek be.

Minden tájékra tehát külön-külön kell megállapítani a befecskendezendő novocain mennyiségét s az időtartamot, mely az érzéstelenítés bekövetkezésére szükséges.

Holzwarth Jenő: A mi a novocain töményebb oldatainak nagyobb fokú toxicitását illeti, megjegyzi, hogy végtaganaesthesiára, *Kuhten-kampf*- és *Kepler*-féle érzéstelenítésre állandóan 2%-os novocainoldatot használnak 20—30 cm³ s még nagyobb mennyiségben s mérgező hatást sohasem láttak. Csatlakozik *Grósz* véleményéhez, hogy t. i. a mérgező hatás főleg epiduralis és sacralis befecskendezések alkalmával fejlődik ki. A mi az epigastrialis sebek fájdalmasabb voltát illeti, localis anaesthesia után ezt nem tapasztalták. Az epigastrialis sebek egyáltalában a legfájdalmasabb has-sebek. Akár narcosisban történt a műtét, akár localis anaesthesiában, ezekkel lélekenek legrosszabbul a betegek. Ezen fájdalom és ennek folytán felületen légzés legjobb gyógyszere a morphin.

Ujjak elhalását circularis anaesthesia után, habár az ambulantián sok ily műtét történik, nem láttak; azt hiszi, hogy az okot túlságos nagymennyiségű folyadék nagy nyomás alatt való befecskendezésében kell keresni.

Dollinger Gyula: Az előadás kapcsán elhangzott felszólalásokra megjegyzi, hogy 61 nyak-műtétet végeztek helybeli érzéstelenítésben; közöttük sok volt kétoldali, de phrenicusbénulást nem észleltek egyet sem, az óvatosság ebben az irányban azonban mindenesetre ajánlatos. Első eseteiben, a melyekben a helybeli érzéstelenítést laparotomiák alkalmával alkalmazta, a betegek érezték a hashártya átmetszését. A mióta a linea alba alá, közéje és a peritoneum közé is fecskendez, azóta a hashártya átmetszése is teljesen fájdalommentes. Ujra kiemeli, hogy olyan has-műtétekhez, a melyek a mesenterium vongálásával járnak, a helybeli érzéstelenítés még nem használható és általános narcosisra van szükség, de nincsen kizárva annak a lehetősége, hogy a helybeli érzéstelenítést sikerül majd ezen esetekre is kiterjeszteni.

Ureterkő esete.

Fáykiss Ferenc: Az ureterkővek a legtöbb esetben műtéti beavatkozás nélkül gyógyulnak azért, hogy a hólyagba jutnak. Az eseteknek csekély számában vagyunk csak kényszerítve arra, hogy az uretert folytonosságában felkeressük s a követ onnan ureterotomia útján eltávolítsuk, ha már a conservatív eljárásokkal célhoz nem jutottunk s akár a folytonosan ismétlődő rohamok, akár a fenyegető anuria, akár a kő átfúródásának tünetei késztetnek erre, nemkülönben a vese parenchymájának a hosszantartó elzáródás következtében fenyegető tönkremenése.

A 2. sz. sebészeti klinikán a közelmúltban volt alkalomuk egy beteget kezelni, a kin daczára annak, hogy a kő igen kicsiny volt, az ureter lumenét egyáltalán nem zárta el s a vese működése zavart nem szenvedett, mégis kényszerítve voltak a követ ureterotomia útján eltávolítani. A műtéti lelet mindenben igazolta eljárásuk helyes voltát. Az úgy klinikai, mint diagnostikai szempontból érdekes eset a következő:

A 46 éves mozdonyvezető f. évi szept. hó 26.-án betegedett meg typosos vesekő-tünetek között. Egymásután rövid időközökben jelentkezett három rohama volt, a melyek közül az utolsó 32 órán át tartott. Az utolsó rohamot már a klinikán észlelték. A rohamok alatt és különben is rendszeren vizelt, vizelete véres sohasem volt. Okt. 2.-án vették fel a beteget s a szokásos kezelésben részesítették, mire a beteg csakhamar jobban lett. Okt. hó 5.-én Röntgen-felvétel alkalmával kitért, hogy a vese árnyékában semmi concrementum nem látható, azonban egészen lenn a kis medenczében lencsénél is kisebb kerek árnyék van jelen.

Cystoskopiát végeznek, majd ureterkatheterizést. Az ureterkatheter egész könnyen, akadály nélkül hatol fel a vesemedenczéig. Glycerint fecskendeznek be.

Még ugyanazon a napon újabb rohamot észlelnek. Ujra cystoskopozzák a beteget. A hólyagban lencsényi követ találnak. Abban a hitben vannak, hogy a kő az utolsó roham alkalmával távozott s az ureter immár szabaddá vált. Ujabb Röntgen-felvételen legnagyobb meglepetésükre a már jelzett árnyék ugyanazon a helyen változatlanul megvan. Mandrinós ureterkathetert vezetnek fel, ez is egészen könnyen hatol a vesemedenczéig; a készített Röntgen-képen a kő árnyéka a mandrintól oldalt mintegy 2 mm.-nyire foglal helyet.

Időközben még négy rohamot észlelnek s miután okt. hó 24.-én meggyőződnek arról, hogy a Röntgen-felvételen a kérdéses árnyék még mindig ugyanazon a helyen van, a következő napon műtétet hajtanak végre. Chloroformnarcosisban, Trendelenburg-helyzetben ferde metszést ejtenek a Poupert-szalagra a has jobb felében. A peritoneumot félretolva, kipaeparálják az uretert egész lefutásában a vesétől kezdve a hólyagig. Az ureter teljesen normalis, tágulatot sehol sem mutat. Végigtapintva, a hólyaghoz való ütközése helyéhez közel a falba beékelve megtalálják a követ. Az ureter fala e helyen hártyszerűleg elvékonyodott, közel van a perforatióhoz. Hosszirányú metszéssel eltávolítják a követ, a vesemedenczébe ureterkathetert helyeznek, az ureter sebét nem varrják el, mivel a hártyszerűleg elvékonyodott falon nem

tudják beszűkülés veszélye nélkül úgy végezni a varratot, hogy ne penetráljon. A kis medenczébe az alsó sebzúgban jodoformcsíkot vezetnek. Rétegzetes hasfalvarrat.

Lázatlan lefolyás. A vizelet csakis az ureterkatheteren ürül. A seb per primam gyógyult. Az 5. napon eltávolítják az ureterkathetert. A sebből egyáltalán semmi vizelet sem szivárog.

A beteg a 10. napon felkel.

Renalis diabetes esete.

Galambos Arnold: A diabetes mellitusnak a diabetes renalishez és a phlorizinglykosuriához való viszonyának vizsgálása után bemutatja diabetes renalis egy esetét, melyben súlyos acidosis állott fenn. Acidosisal járó diabetes renalis eddig még nem volt közölve az irodalomban. A betegen több irányban végzett anyagcserevizsgálatok alapján új betekintést nyerünk a diabetes renalis körleányegébe.

Az 50 éves, jó színben levő, magát egészségesnek érző férfibeteg 24 órai vizeletében 60 gr. körüli dextrose volt, akár 50, akár 350 gr. szénhidrát volt a 24 órai táplálékban. Nem fokozta a glykosuriát, ha a táplálék szénhidrát-tartalmának jelentékeny részét (100—150 gr.) szőlőcukor alakjában fedezték. A nappali s éjjeli vizelet cukormennyisége is állandó volt. A táplálék fehérjetartalma sem befolyásolta a glykosuriát. A vércukor 5 ízben határozott meg. Úgy éhóra, mint zabliszt-napon étkezés után alacsony vércukorérték találtatott. Rendszerint 0.05% volt, maximuma 0.089%; 100 gr. szőlőcukor felvétele után 0.17% volt a vércukor mennyisége, tehát az alimentaris hyperglykaemia is negatív volt. A vizeletben fehérje nyomokban sem volt.

Az acidosis oka a szervezet nagy szénhidratvesztése, az utóbbit pedig a vesék fokozott cukorátbocsátó képessége okozta, éppen úgy, mint phlorizinglykosuria esetén.

Az acidosisnak volt egyéb oka is, a mit a respirációs vizsgálatok alapján ismerhettek meg. Az esetükben végzett respirációs vizsgálatok a mellett bizonyítanak, hogy a diabetes renalisnak oka a szőlőcukor-égés zavarán alapuló anyagcserebetegedésben rejlik.

PÁLYÁZATOK.

12/1914. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban egy másodorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi miniszter 1913/51.570. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdeték.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr ő nagyméltóságához címzett folyamodványukat 1914. évi február hó 8.-éig alulírottához nyujtsák be.

Pozsony, 1914 január 17.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

A kassai magy. kir. állami bábaképzőintézetnél az I. tanársegédi állás megüresedvén, ezen állásra, illetve esetleges előléptetés esetén a II. tanársegédi állásra ezennel pályázatot hirdeték.

Az ezen állásra pályázók az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket f. évi február hó 5.-éig alulírott igazgatóságához nyujtsák be. A kérvényben határozottan feltüntetendő, vajjon csak az I. vagy I. és II. tanársegédi állásra pályáznak-e.

Az állás f. évi február hó 15.-én, legkésőbb azonban márczius hó 1.-én elfoglalandó.

Javadalmazás: évi 2000, illetve 1400 korona fizetés, valamint természetbeni lakás, világítás és fűtés és I. oszt. teljes ellátás.

Előnyben részesülnek, akik hosszabb sebészeti avagy szülészeti intézeti működést, valamint laboratoriumi munkákban való jártasságot tudnak kimutatni.

Tót nyelv bírása kívánatos.

A kassai magy. kir. bábaképző intézet igazgatósága.

214/1914. ikt. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházánál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom ennél fogva mindazon orvosokat, kik ezen évi 1200 (egyezerkettőszáz) korona fizetéssel s a közkórházban egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással és I. osztályú étellemezzel egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket Szeged szab. kir. város polgármesteréhez címezve **folyó évi január hó 29. napjának déli 12 órájáig** nyujtsák be.

S z e g e d, 1914 január 15.

Boros József dr., közkórházi igazgató-főorvos.

80/914. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásában fekvő pilisszántói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi kör Pilisszántó és Pilisszentkereszt községekből áll. A kör székhelye Pilisszántó.

Az állás javadalma:

1600 korona fizetés,

1200 korona helyipótlék, később megállapítandó lakbér és fuvarátalány; szabályszerűleg megállapított látogatási díjak. A kör területén fekvő uradalmaktól és munkaspénztártól szintén állandó fizetésre lehet kilátása.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1908. XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi február hó 13.-ának déli 12 órájáig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást f. évi február hó 14.-én d. e. 10 órakor tartom meg Pilisszántó községében.

P o m á z, 1914 január hó 3.-án.

A főszolgabíró.

Gömörkishont vármegye közkórházánál, a közkórházban bentlakással kötelezett s az 1914. év február hó 15.-én okvetlenül elfogalando **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés és világítás. A város területén szabad orvosi gyakorlat annyiban, a mennyiben a kórházi szolgálat ezt megengedi. Vidéki gyakorlat nincs megengedve.

Az állás 2 évről 2 évre meghosszabbítható.

Felhívom folyamodni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványaikkal kellően felszerelt kérvényeiket, **Kubinyi Géza** vármegyei főispán úr ő méltóságához intézve, a Gömörvármegyei közkórház igazgatóságánál a **folyó év február hó 10.-éig** nyujtsák be.

R i m a s z o m b a t, 1914 január 15.

Löcherer dr., igazg.-főorvos.

314/914. sz.

Gömör és Kishont t. e. vármegye tornaljai járásban az üresedésbe jött harkácsi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Harkács székhelyen kívül Felsővály, Kisgergelyfalva, Alsóvály, Gömörmihályfalva, Felsőkálósa, Alsókálósa, Kisvisnyó, Felsőfalu, Szkaros, Alsófalu, Felsőrás, Zsór, Otrókocs, Lökös, Levárt, Deresk, Jánkfalva községek tartoznak; megjegyzem, hogy ezen községek mind jókarban tartott törvényhatósági út mellett fekszenek s a legtovábbi község 10 kilométernyire van a székhelytől.

Az évi javadalmazása a következő:

1600 korona kezdő törzsfizetés és négy 200 koronát kitevő ötödéves korpótlék, a m. kir. belügyministerium által engedélyezett évi 1000 korona helyi pótlék. A jóváhagyott vá. megyei szabályrendeletben megállapított 700 korona fuvarátalány s a megállapított látogatás és műteti díjak és négy szobából álló kerttel bíró modern természetbeni lakás.

Felhívom mindazokat, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi február hó 17.-éig** annyival is inkább terjesztsek be, mert az elkésve beadott kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást Harkács községben körjegyzői irodában f. évi febr. 21.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását **folyó évi március hó 1.-én tartozik elfoglalni.**

T o r n a l j a, 1914 január 16.

Főszolgabíró hivatalból távol:

Soldos, tb. főszolgabíró.

Fürdőorvosi állás

töltendő be

a vasas- és iszapfürdő igazgatóságánál

Daruvárott (Szlavonia).

Pályázandók, kik nőgyógyászattal is foglalkoztak, a szerb-horvát nyelv tökéletes tudása mellett a magyar vagy német szót is bírják, kéretnek utóbbi nyelvek egyikében ajánlatukat, eddigi működésük megjelölése mellett, fenti igazgatóságnál benyújtani. Oly urak, kik csak a nyári hónapok alatt óhajtják az állást elfoglalni, szintén pályázhatnak.



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 hatású.

Kellemes ízű.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételű.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

Roboferrin Erényi

és **ROBOFERRIN G. ARSEN. ERÉNYI**

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

Orvos uraknak mintával és irodalommal készséggel szolgát:

a legtökéletesebben felszívódó és legolcsóbb, kellemes ízű **vaspepton-készítmény.**

Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermekeknél.

— Egy üveg ára eseppentővel együtt 1.40 korona. —

Erényi László Fortuna-gyógyszertára Budapest, VII., Dob-utca 80. Telefon: József 13-34.