

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.

Szontagh Félix: A diphtheria és a vörheny epidemiológiájához. 841. lap.

Nyáry László: Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról. (Vezetője: Herzog Ferencz dr., egyetemi ny. r. tanár.) A rekeszalatti gáztályog egy jellemző tünete. 844. lap.

Herzog Ferencz: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A myastheniás elfáradásról az izom működési áramának vizsgálata és a szövettani lelet alapján. 845. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dide: Des idéalistes passionés. — Lapszemle. Bel-

orvostan. Rutkowski: A gyógyszerek hatása arteriosclerosisban szenvedők hypertensiójára. — Karkowski: Az oedemáknak kezelése tökkel. — Sebész. Betker: A laparotomiák utáni bélhüdecsnek sennatinnal gyógykezeléséről. — Gyermekorvostan. Passini: A lumbalis punctióról chorea infectiosa ellen. — Húgyszervi betegségek. J. Dubs: A prostata stenosis atrophijája. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schmitt: A syphilisben szenvedők nyálának rhodan-tartalma. — Frenzl: Cholera. 847–849. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi újság. 849.

Vegyes hírek. 849. lap.

Tudományos társulatok. 850–852. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A diphtheria és a vörheny epidemiológiájához.

Irta: Szontagh Felix dr., egyet. rk. tanár.

Paradigmának a kanyarót tartva szem előtt, a contagiositas tünetneveinek elemzéséből általam levezetett tételek egyike következőképpen szól:

Budapest kanyarómorbiditásának görbéje értelmében a szorgalmi időszak — vagyis az a körülmény, hogy gyermekek zárt helyiségben naponta 4–5 óráig együtt vannak, tehát egy és ugyanazon levegőt lélekezik be — a kanyarómorbiditást legalább is ötszöröse szökteti fel.

Ha Budapesten az orvosok 30 év leforgása alatt 150.000 kanyaróbeteget jelentettek be, akkor csak 30.000 beteg tudtak volna bejelenteni, hogyha ebben az időben — olyan feltevés, a mely persze a valóságban nem képzelhető el — az összes iskolák, kisdudóvódák, árvaházak, internatusok stb. egy napig sem lettek volna nyitva.

Ennek a thesisnek a megállapításából önként következik, hogy ha egy gyakori gyermekbetegség contagiosus bántalom, akkor ennek a ténynek a morbiditásgörbéjében nemcsak félre nem ismerhető módon, hanem igen praegnansul kell kifejezésre jutnia, még pedig abban, hogy a szorgalmi idő a morbiditas görbéjét feltűnő módon felszökteti, a szűnő ellenben feltűnő módon süllyeszti.

Ha ez a feltűnő antagonismus a szorgalmi idő és a szűnő között a morbiditas görbéjében nem jut kifejezésre, akkor bátran eltekinthetünk ennek a betegségnek contagiosus természetétől.

Ez olyan thesis, melyet lehetetlen tudomásul nem venni, mely előtt szemet húnyni valóban nem lehet.

Igy láttuk, hogy Budapest vörhenymorbiditásának görbéje valóban matematikai biztossággal, igazán ad oculos demonstrálja, hogy a vörheny nem sorakozik azoknak a betegségeknek a csoportjához, a melyek egyszerűen a contagiositas révén — bizonyos távolságra, de a lehetet útján — terjednek emberről-emberre.

Ezt a logikai következtetést, hogy a vörheny nem contagiosus betegség, a mai orvosi köztudat nemcsak hogy nem fogadja el, de még el sem tudja képzelni. Mindazonáltal nem kételkedem, hogy a következtetés helyességét a közeli avagy távoli jövő, hogy mikor, nem tudom, de okvetlenül igazolni fogja. Teljesen nyugodt vagyok, hogy nem tévedtem. Mint a ki meg van győződve az ő igazáról, várom a fejleményeket, bár nem nagy a reményem, hogy ebben a nagy horderejű kérdésben, eddig megjelent nagyobb számú dolgozatom daczára, rövidesen lényegesebb fordulat álljon be.

Vizsgáljuk már most, hogyan viselkedik ebben a tekintetben a diphtheria, az a betegség, a mely a vörheny után minden tekintetben leginkább figyelemre méltó.

Analizáljuk, mit hirdet, mire tanít bennünket Budapest diphtheria- és laryngitis crouposa-morbiditásának görbéje?

Ehhez a tanulmányhoz a szükséges számbeli adatokat a székesfővárosi statisztikai hivatal igazgatója, Thirring egyetemi tanár volt szíves rendelkezésemre bocsátani, miért is fogadja hálás köszönetemet.

1882 január 1.-étől 1913 december 31.-éig, vagyis 31 év alatt Budapesten bejelentettek összesen 42.606 diphtheriás beteget.

Annak idején végzett és ismertett epidemiológiai tanulmányaim megállapítják, hogy Budapesten 100 kanyaróbetege jut 39 vörhenybeteg, vagyis hogy a kanyarómorbiditas két és félszer nagyobb, mint a vörhenymorbiditas.

Ha kiszámítjuk, hogy a kanyarómorbiditáshoz hogyan aránylik a diphtheriamorbiditas, kiderül, hogy Budapesten 100 kanyaróra 26.57 diphtheria esik; vagyis a morbiditas diphtheriában négyszer kisebb, mint kanyaróban.

A mai orvostudomány a contagiositas kérdésében nem tesz különbséget a három betegség között; egyaránt contagiosusnak minősíti mind a hármat.

A vörhenynek azonban nemcsak direct, hanem indirect contagiositást (pl. tárgyak révén) is tulajdonít s hirdeti a legújabb vívmányt, és ezt ma már axiomaként, hogy a reconvalescensek is terjesztik a vörhenyt.

Éppen így vannak a diphtheriával; bebizonyítottak vélik, hogy a diphtheriát terjesztik reconvalescensek, sőt

egészséges emberek, ú. n. bacillusgazdák, kik maguk sohasem voltak betegek.

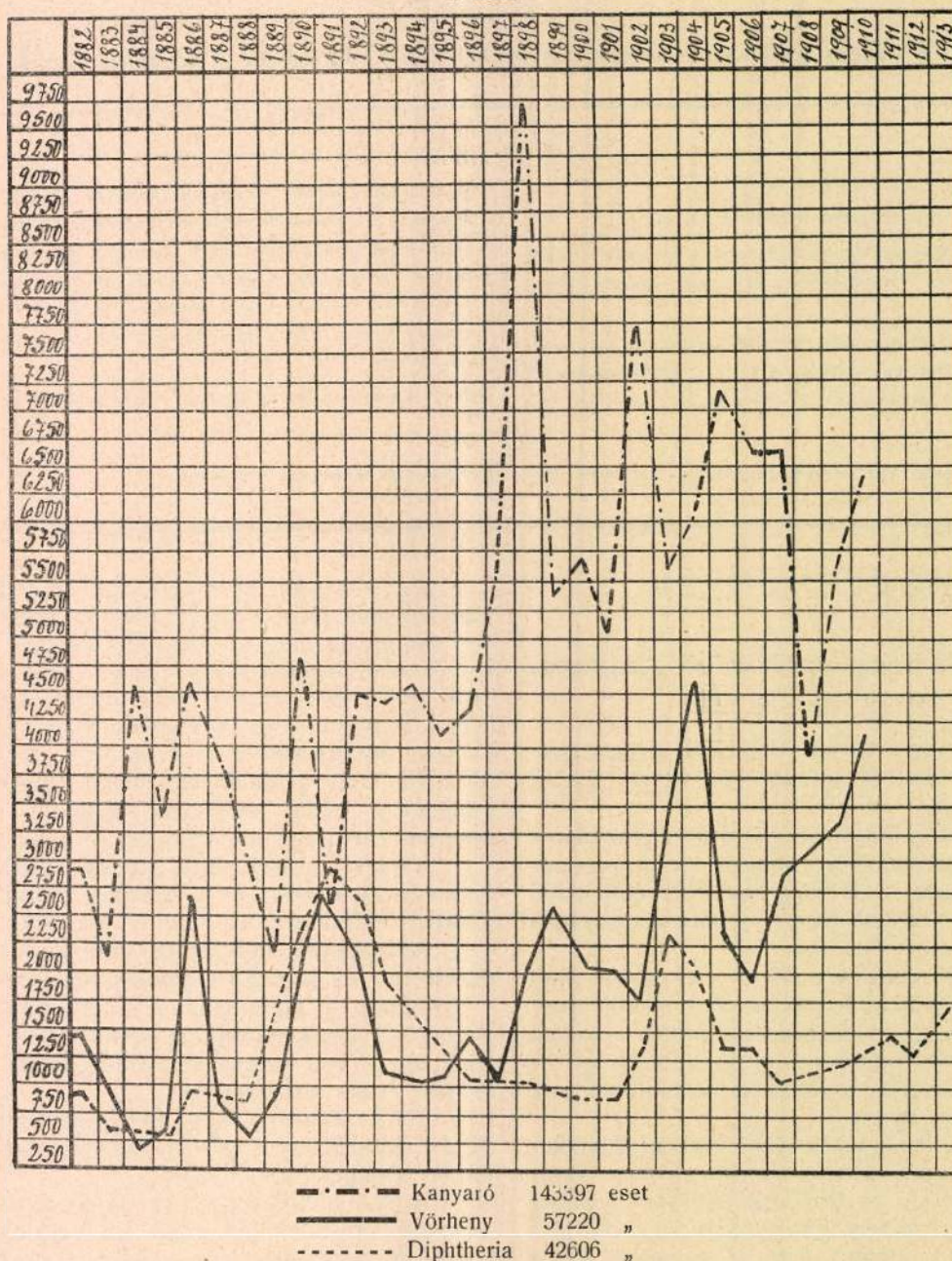
A contagiositas fogalmának ezen nem tapasztalati tények, hanem egyesegyedül deductiv gondolkodás alapján megszerkesztett kitágítására a statisztika rideg, ellentmondást nem tűrő számai avval felelnek, hogy a morbiditas vörhenyben két és félszer, diphtheriában négyszer kisebb, mint kanyaróban! Milyen csodálatos; holott a kanyaró valóban nem terjed indirect úton és a reconvalescensek valóban nem terjesztenek kanyarót. Ellenkezőleg: *kanyarót csak kanyaróban beteg ember terjeszt embertársai között, attól a pillanattól fogva,*

Ha Budapest 31 évi diphtheriamorbiditásának számait az egyes évek szerint nézzük (l. az I. ábrát), láthatjuk, hogy évek szerint a morbiditas nem mutat tulajdonképpen igen feltűnő ingadozásokat. Átlagban egy évnek megfelel 1374 eset.

Legkisebb volt a morbiditas 1885-ben = 560 eset, legnagyobb 1891-ben = 2827 eset.

1882-től 1889-ig a morbiditas menete meglehetősen egyenletes; váltakozik 560 (1885-ben) és 979 (1886-ban) között. 1889-ben a morbiditas emelkedik, még pedig 3, illetve 4 éven át, 1258-, 2368-, 2827-, illetve 2683-ra

I. ábra.



a mikor megbetegszik, addig az időpontig, a melyben a gyógyulás szakába lép. Vagyis: a kanyaróban a contagiositas periodusa teljesen egybeesik a betegség szakával, vagy a mint én mondom, a reactio periodusával. Ennek a megdönthetetlen tapasztalati ténynek a megállapítása óriási jelentőséggel bír nemcsak a kanyaró pathogenesisének, hanem általában a contagiositas problémájának a szempontjából.

A diphtheria, a vörheny, a kanyaró morbiditásának arányszámai, vagyis 27:39:100, valóban már egymagukban is igen valószínűvé teszik, hogy azok a tételek, a melyeket a mai orvosi tudomány tanít, aligha lehetnek helytállóak, mint a hogyan, mint majd alább kifejtjük, a tapasztalati tényeken alapuló kritika súlya alatt valóban össze is omlanak.

(1892-ben); 1893-ban már erősebben esik, 1912-re, és esik következetesen, kis megszakításoktól eltekintve, 841-re (1900-ban), illetve 856-ra (1901-ben). De innen újra emelkedik 1394-re (1902-ben) és 2272-re (1903-ban); azután süllyed 1054-re (1906-ban). Ezután lassú, de állandó (az 1912. évre eső kis megszakítást leszámítva) az emelkedés az 1913. év végéig.

Nagy valószínűséggel mondhatni, hogy az 1914. év diphtheriamorbiditása felül fogja mulni az előző év megbetegedési számát. Diphtheriaosztályom tartós zsúfoltsága még most is, a mikor e sorokat írom, vagyis július hó elején, ezt majdnem biztossággal engedi kilátásba helyezni.*

* Megjegyzés a korrektura alatt (1914 november 30): be is következett.

A morbiditas menete évek szerint nem mutat valami feltűnő különösséget. 31 év különben is nem igen hosszú idő arra, hogy általános érvényű következtetéseket lehessen levonni. Az azonban igen valószínűnek látszik, hogy a diphtheriának megvan a hajlandósága, 10—12 évenként a morbiditásnak 3—4 évre terjedő erősebb felszökkenését produkálni. 31 év alatt ez a tünetmennyiség két ízben félreismerhetlen.

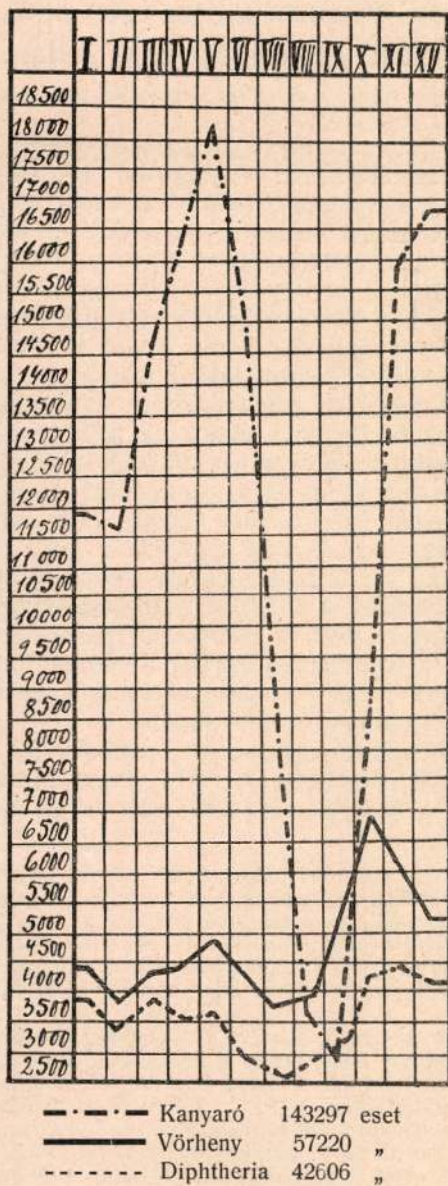
Igen valószínűnek látszik az is, hogy a morbiditas sohasem fog olyan mélyre visszaesni, mint a minő mélyen állott volt 1885-ben. Az emelkedés bár lassú, de szinte törvényszerű, akárcsak a vörhenyben.

Ha az I. ábrán a vörhenyt és a diphtheriát összehasonlítjuk egymással, okvetlenül feltűnik, hogy ennek a két betegségnek évek szerint való menete sokszor milyen párhuzamosan halad egymással. Ez valóban nem lehet csak a véletlen műve. De erről alább még lesz szó.

Vizsgáljuk már mostan, hogy miképpen viselkedik a morbiditas menete az egyes hónapok szerint.

Láttuk annak idején, hogy a kanyaróban minden egyes járványos évben az iskolaszünetes hónapok hatalmasan súlyosztották a havi görbéket. Az iskolaszünetnek súlyosztó befolyása a havi görbére legfeltűnőbbé vált, a mikor 29 év kanyarómorbiditásának 29 havi görbéit egy görbébe összeillesztettük. (L. a II. ábrát.)

II. ábra.



A kanyaró morbiditas-görbéje hirdeti, hogy a kanyaró esetek maximuma — 18.325 eset — május havára, minimuma — 2942 eset — szeptember havára esik.

Májustól szeptemberig a görbe tehát még kevesebb, mint egy hatodára esik vissza. Teljesen realis tehát az a számítás, hogy a szorgalmi időszak a kanyaró morbiditását legablaab is ötszöröse szökteti fel.

(Hogy ez a számítás realis, híven megfelel a valóságnak, megerősíti különben a statisztikának az a tana is, melynek értelmében az iskolaszünet görbét mélyítő hatásának nem egyszeres, hanem ötszörös a jelentősége már azért is, mert a szünet a szorgalmi időszaknak csak ötödrésze.)

A milyen meredeken esik a kanyaró görbéje májustól szeptemberig, épp ilyen meredeken emelkedik szeptembertől — 2942 eset — novemberig — 15.781 eset —, illetve deczemberig — 16.454 eset —, vagyis szeptembertől deczemberig a morbiditas ismét majdnem hatszorosára emelkedik.

Nézzük tehát, hogy az egyes években az iskolaszünet leszállítja-e a diphtheria-morbiditást legalább is egy ötödre, illetve a szorgalmi szak felszökteti-e a morbiditást legalább is az ötszöröse, vagyis: május és deczember hónapban ötször nagyobb-e a morbiditas, mint szeptember havában?

A feleletet megadják a számok:

év	május	szeptember	deczember
1882	66	48	58
1883	48	38	67
1884	43	31	47
1885	50	41	74
1886	57	102	100
1887	63	76	101
1888	56	71	90
1889	77	122	187
1890	161	190	343
1891	238	241	305
1892	262	216	159
1893	208	146	121
1894	145	88	150
1895	110	124	142
1896	99	96	66
1897	63	74	82
1898	101	57	88
1899	91	50	83
1900	89	69	69
1901	80	75	81
1902	146	94	144
1903	214	189	196
1904	200	145	182
1905	114	80	130
1906	94	112	132
1907	85	78	140
1908	71	68	123
1909	104	81	131
1910	107	94	111
1911	143	123	159
1912	122	110	125
1913	152	144	194
Összesen:	3659	3273	4180

Ha ezeket a számokat áttekintjük, hiába keressük, nem találjuk, hogy szeptemberben hatszor kisebb volna a diphtheriamorbiditas, mint május, illetve deczember havában. A május, szeptember és deczember hónapra eső számok közelítőleg egyenlők. Mi több: a 31 év között van 9 olyan év, a melyben a szeptemberre eső szám nagyobb, mint a májusra eső szám.

A havi morbiditas sem az egyes évekre vonatkozó, sem pedig az egyes évek összesítéséből nyert görbében (lásd a II. számú ábrát) tulajdonképpen nem tüntet fel nagy ingadozásokat. A 31 év havi görbéinek összesítéséből nyert számok a következők:

január 3792, február 3332, márczius 3811, április 3515, május 3659, június 2924, július 2641, augusztus 2814, szeptember 3273, október 4285, november 4380, deczember 4180 eset; összegben 42.606 eset.

A legkevesebb diphtheria esik július havára; augusztustól kezdve, a mely hónapban a morbiditas körülbelül olyan nagy, mint júniusban, állandó, elég tetemes az emelkedés novemberig, illetve decemberig; míg januártól júniusig feltűnően egyforma a megbetegedések száma.

Ha, mint ezt a II. ábra föltűnteti, a diphtheria havi morbiditási görbáját a vörheny havi morbiditási görbéjével összehasonlítjuk, már az első tekintetre feltűnő a párhuzamosság. Ez a feltűnő, egyenesen meglepő párhuzamosság mélyen bevilágít a diphtheria pathogenesisének még mindig homályos, rejtélyes problémájába. Ez a párhuzamosság hirdeti, hogy a diphtheria és a vörheny pathogenesisében a megbetegedés föltételei nagyfokú rokonságban kell hogy legyenek egymással.

A feltűnő párhuzamosság messzemenő analogiára enged következtetést.

Ha pedig a diphtheria görbáját összehasonlítjuk a kanyaró görbéjével, előáll az eredmény, még pedig kétségbevonhatatlanul, matematikai biztossággal, hogy a szorgalmi időszak, vagyis az iskola nem terjeszti a diphtheriát.

Ennek megállapításából egészen magától következik, hogy a diphtheria nem terjedhet a direct contagiositás révén emberről emberre és hogy reconvalescensek, illetve bacilluszgazdák sem terjeszthetnek diphtheriát.

Ehhez a két, a diphtheria pathogenesisének szempontjából óriási fontosságú következtetéshez kórházi és magán-gyakorlatomban tett tapasztalataim alapján, tehát egyedül empiria útján, már nagyon régen eljutottam volt. Mert sohasem láttam, hogy valaki terjesztene diphtheriát, még pedig úgy, a hogyan a kanyaróbeteg terjeszti a kanyarót.

Az empiria szolgáltatja tényekből levont következtetések helyességét a statisztika rideg, ellentmondást nem tűrő számai megerősítik s hirdetik, hogy — a kanyarót, mint paradigmát tartva szem előtt — a contagiositás tünetnéyeinek analysiséből levont thesisek, szabályok, majdnem törvények csak úgy nem állanak a diphtheriára, mint a hogyan nem állanak a vörhenyre sem.

S valóban, az életben csak annyit látunk, sem többet, sem kevesebbet, hogy valaki megbetegszik diphtheriában avagy laryngitis crouposában, olyan feltételek között, a melyek ma még teljesen ismeretlenek. Ez bár rideg, de megdönthetetlen igazság.

Ez a száraz igazság, ez a fájdalom, rideg valóság lerombolja azokat a kényelmes — sit venia verbo — tanokat, miket a mai tudomány hirdet.

Nem állhat meg tehát az a suppositio, hogy a diphtheria egyszerűen a contagiositás révén terjed emberről emberre.

Még sokkal kevésbé felelhet meg a valóságnak az a suppositio, hogy a reconvalescensek avagy bacilluszgazdák is terjesztik a diphtheriát.

Az a suppositio, hogy a reconvalescensek avagy bacillushordozók is terjesztik a diphtheriát, analogonját találhatná annak a föltételezésében, hogy vörhenyreconvalescensek terjesztenek vörhenyt, nevezetesen, hogy a kórházból kibocsátott gyógyult családtagok a családhoz visszahurcolják a betegséget. Ők idéznék elő az ú. n. „return cases“-eket (Heimkehrfälle).

Milyen csodálatos, bár könnyen értem, hogy a return cases csalóka tünetnéyének bizonyító erejében ma már alig kételkedik valaki. Bizonyítaná pedig ez a tünetnéy a vörheny contagiosus természetét általában s bizonyítaná nevezetesen azt is még, hogy reconvalescensek sokszor még nagyon hosszú ideig tudják terjesztetni a vörhenyt.

Kétségtelen: első látszatra a return cases tünetnéye meglepő, egyenesen frappáns. Például ha osztályomról ma hazaengedek egy gyógyult vörhenybeteg s öt nap múlva osztályomra hozzák testvérét olyan anamnesis kíséretében, hogy előző nap betegedett meg, ki mer még kételkedni benne, hogy a kórházból kibocsátott reconvalescens „fertőzte“ testvérét? Ilyen esetben természetesen rögtön megvan a következtetés is, hogy a vörheny „lappangási szaka“ négy napra terjed.

Pedig a return cases tünetnéye csalóka tünetnéy, a fantázia szülöttje! Persze, ha én annak a tannak vagyok feltétlen híve, hogy a vörheny egyebek között egyszerűen a contagiositás révén is tud terjedni, mint a kanyaró, akkor a return cases tünetnéyében fényes bizonyítékát üdvözlöm annak, hogy igenis a vörhenyreconvalescens terjeszti a vörhenyt és a tünetnéynek további, még pedig fontos jelentőségét nem is kutatom.

De ha nem vagyok a ma dívó felfogásnak a híve s behatódobban analizálom a tünetnéyt, csodálatos, homlokegyenest ellenkező eredményre jutok, sőt kell jutnom. Mert meg kell állapítanom, hogy a tünetnéy beáll nemcsak az 5., hanem a 3., 4., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12. stb. napon csakúgy, mint beáll akár a 2., 17., 19., 24. stb. napon. Például Baginsky 45 Heimkehrfall-ja közül 18 = 40% a 8.—27. napra esik.

Megállapítom továbbá, hogy a mint osztályomra hozták a gyógyultnak a testvérét a 29. napon, épp így előfordult az is, hogy egy nappal előbb, vagy éppen azon a napon hozták be a gyógyultnak a testvérét, a melyen hazabocsátottuk. Valamint előfordult az is, hogy a gyógyultnak jóval az ő hazabocsátása előtt hozták be a testvérét vagy testvéreit, pl. az ő megbetegedésétől számítva a 3. hét végén stb.

(Vége következik.)

Közlemény a pozsonyi állami kórház belosztályáról.
(Vezetője: Herzog Ferencz dr., egyet. ny. r. tanár.)

A rekeszalatti gáztályog egy jellemző tünete.

Irta: Nyáry László dr., egyetemi tanársegéd.

A rekeszalatti gáztályog körjelzését előben először Leyden állította fel 1880-ban. A nagyobb belorvostani és diagnosztikai tankönyvekben, valamint az azóta megjelent közleményekben az általa megállapított jelekre hivatkoznak. Ujabb diagnosztikai segédesszközként csak a Röntgen-átvilágítás és -felvétel járul a Leyden első közleményében felsorolt klaszikus tünetekhez. Ezen közlemény szerint a következő tünetek bizonyítanak a pyopneumothorax ismert tüneteinek jelenlétében a gáz- és folyadékfelhalmozódásnak rekeszalatti elhelyezkedése mellett: 1. A betegség anamnesisében és kifejlődésében hasbeli megbetegedésre utaló adatok; 2. köhögés és köpet teljes hiánya, legalább a lefolyás hosszú ideje alatt; 3. a lélekzési zörejek teljes hiánya az éles kopogtatási hangot adó alsó mellkasrész felett, míg a felső részek felett normalis, puha sejt sejt lélekzés van; 4. mély légvételnél puha sejt sejt lélekzés hallható ott is, hol azelőtt lélekzési zörejek nem voltak; 5. a mellkas alsó része felett a lélekzési mozgással synchron amphoras fúvás. Ezen kívül a rekeszalatti gáztályog felismerésére szolgál még a manometervizsgálattal összekötött punctio is, ugyanis a manometer nyomásemelkedést mutat belélekzéskor, ha a tüvel rekeszalatti üregbe jutunk.

Az alábbiakban egy tünetre szeretném felhívni a figyelmet, a mely esetünkben, a többi tünet bizonytalan volta mellett már a Röntgen-vizsgálat előtt is bizonyossá tette a körjelzést.

Az 50 éves férfi 1914 június 22.-én vétette fel magát az állami kórház belosztályára. Körülbelül 5 év óta fáj a gyomra időnként, az étkezéstől függetlenül. Ezen idő alatt gyakrabban hányt, széke rendetlenül volt. Véres hányása, szurokszerű széke nem volt. Felvétele előtt négy nappal hirtelen oly erős fájdalom támadt a hasában, hogy munkáját félbe kellett hagynia. Most főleg hasának jobb felében érez fájdalmat.

A közepesen fejlett, gyengén táplált beteg lélekzése kissé felületese, percenként 34. Lélekzéskor a fejbiccentő izmok összehúzódnak, az orrszárnnyak mozognak. A beteg érverése elég telt, száma percenként 80—90. Hőmérsék: 38.2° C. Fekvő helyzetben vizsgálva: a bal parasternalis vonalban a III. bordaközben kezdődik a relativ szívtompulat, a mely balfelé az V. bordaközben a középvonaltól 11.5 cm.-nyire terjed, jobbfelé a bal szegyszélég ér. Absolut szívtompulat nincs. A szívcsúslökés az V. bordaközben a bimbóvonalon kívül egy haránt-ujjnyira tapintható. A szívhangok tiszták. A Traube-féle tér szabad. Jobboldalt a parasternalis és a bimbóvonalon az V. bordán dobos színezetűvé lesz a kopogtatási hang, lejjebb és az epigastriumban mindenütt dobos. Az elülső hónaljvonalban a VIII. bordán tompává lesz a kopogtatási hang. A beteget felülletve, a bal tüdő alsó határa hálul

rendes. Jobboldalt hátul két harántujnyival mélyebbre terjed az éles kopogtatási hang, mely a mellkas alsó része felett dobos színezetű. Elöl jobboldalt az epigastriumban ilyenkor tompává lesz a kopogtatási hang, a bimbóvonalban e tompulat felső határa a VII. borda, a parasternalis vonalban a bordaív, a középső hónaljvonalban a VII. bordaköz. Érczes csengésű kopogtatási hangot nyertünk jobboldalt az epigastriumban és a jobb mellkásfél alsó részén, oldalt és hátul. Loccsanás nincsen. A tüdők felett mindenütt érdes belégzés és hangosabb kilégzés hallható. Az epigastrium jobb fele erősebben elődomborodik, nyomásra igen fájdalmas. Az idegrendszer ép. A vizeletben semmi kóros. A fehérvérsejtek száma 11.400. Röntgen-átvilágításkor a szív kis mértékben balra áthúzódt, a jobb rekeszfél igen magasra fel van tolva, mely légvételnél is alig mozog, alatta légtartó üreg van, melynek alsó határát medialisán a domború, kissé lelapított felületű máj, lateralisán a beteg helyzetváltoztatásával mindig vízszintes nívaut elfoglaló folyadék alkotja.

A beteget jobboldali rekeszalatti gáztályog kórjelzéssel a sebészeti osztályra tettük át, hol Bakay tanár a tályogot megnyitotta. A tályogból nagymennyiségű bűzös gáz és kevés eves folyadék ürült ki. A beteg másnap reggel kimerülés következtében meghalt.

A bonczolási jegyzőkönyvből (Rutich dr.) a következő részletek birnak fontossággal:

„A hasüreg megnyitásakor kitűnik, hogy a hasüreg jobb felének felső részében, a szabad hasür többi részétől teljesen elkülönített hatalmas tályogür van. A folyadékot nem tartalmazó tályogür határai felül a rekesz, melynek domborúlata felér a IV. borda magasságáig, lateralisán a rekesz és a hasfal, medialisán a máj ligamentum falciformeja, alul hátul a máj. Elöl a tályog a máj előtt lefelé terjed a colon ascendens külső felszínén egészen a coecumig és ezen helyen a tályogüreget medialis falát, mintegy a ligamentum falciforme folytatásaképpen, az elülső hasfalhoz odanőtt nagycseplesz, továbbá a gyomor pylorus-része és a balfél eltölt flexura coli dextra alkotja.

A duodenum legfelső részén jobboldalt és közvetlenül a pylorus alatt, kb. 20 filléresnyi, a bélfal minden rétegén lépcsőzetesen áthatoló és a fent leírt tályog üregével filléresnyi nyíláson közlekedő szabálytalan kör alakú fekély van.”

Esetünk klinikai tüneteit a következőkben foglalom össze: Azon tünetek közül, melyek a pyopneumothoraxnak és a rekeszalatti gáztályognak közös tünetei, megvolt a tompulat helyének változása a beteg helyzetváltoztatásakor és az érczes kopogtatási hang, de hiányzott a loccsanás. A rekeszalatti gáztályog és pyopneumothorax megkülönböztetésére fontos tünetek azonban hiányoztak, így a sejtes lélekzés lejjebbterjedése mély légvételnél, amphorás fúvás a mellkas alsó részén egyébként rendes hallgatódzási lelet mellett a tüdő felett. Hasi megbetegedésre utaló jel ugyan volt, de a köhögés nem hiányzott. Valószínűnek tartom, hogy azon tünetek, a melyeknek alapja a rekesz lejjebb szállása belélekzéskor, elég gyakran hiányozhatnak a rekeszalatti gáztályogban, mert egyrészt maga a gáztályog feltolja és akadályozhatja a rekesznek mozgását, másrészt az illető rekeszfél is lobossá lesz és kétségtelenül e miatt is csökken a lélekzés mozgása. Noha ezen megkülönböztetésre szolgáló jelek esetünkben hiányoztak, a kórjelzés mégis már a Röntgen-vizsgálat előtt bizonyos volt az epigastriumban a beteg helyzetváltoztatásakor bekövetkező kopogtatási hangváltozásból. Ülőhelyzetben ugyanis tompa volt a kopogtatási hang az epigastriumban, míg a beteg fekvő helyzetében ugyanitt dobos kopogtatási hangot nyertünk. Ezen hangváltozás a rekeszalatti gáztályogban ugyanúgy keletkezik, mint a pyopneumothoraxban: a levegőt és folyadékot tartalmazó üregben mindig a nehézségnek megfelelően az üreg alsó részében gyűlik meg a folyadék és ezért a beteg helyzetváltoztatásával megváltozik az éles kopogtatási hangnak és a tompulatnak a helye. A lényeges különbség a pyopneumothorax és a rekeszalatti gáztályog tompulata között azonban az, hogy a hangváltozás az előbbiben nem terjed túl a mellkason, míg a rekeszalatti gáztályogban ezen hangváltozás természetesen leterjedhet a hasra, az epigastriumra is. Ez kétségtelenül bizonyítja, hogy a levegőt és a folyadékot tartalmazó üreg a rekesz alatt a hasban van. Valószínű azonban, hogy a kopogtatási hangváltozásnak keletkezése nem egészen ugyanaz a pyopneumothoraxban és a rekeszalatti gáztályogban. Esetünkben ugyanis a tályogban csak kevés geny volt, mint azt a Röntgen-átvilágításkor, a műtétkor és a bonczoláskor láttuk. Fel kell tételeznünk tehát, hogy a folyadék szerepét itt részben a tályogüregben szabadon mozgó máj vette át, a mely épp úgy mint a folyadék, a beteg helyzetváltoztatásakor az üregben a legmélyebb helyet foglalta el.

Az epigastriumban észlelhető kopogtatási hangváltozás igen jellemző tünete a jobboldali rekeszalatti gáztályognak. Ez a hangváltozás ugyan hiányozhatik, ha a tályog nem terjed a hasfal és a máj közé, de jelenléte sokszor bizonyossá teheti a kórjelzést, olyankor, mikor a többi, a pyopneumothoraxtól való megkülönböztetésre szolgáló, úgy látszik, nem nagyon állandó tünet hiányzik és a mikor csak a Röntgen-vizsgálat vezet biztos eredményre.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A myastheniás elfáradásról az izom működési áramának vizsgálata és a szövettani lelet alapján.

Irta: Herzog Ferencz dr., pozsonyi egyetemi ny. r. tanár, a II. sz. belklinika v. adjunctusa.

(Vége.)

Igen szembeötlő módon változott meg a görbe, ha a n. ulnarisnak rövid ideig tartó faradozása folytán élénkebbé vált a hypothenar reactioja és nagyobb s több rángás keletkezett egy ugyanolyan erős inductió ütésre. Ilyenkor az inductió áram okozta kicsiny lengés után (a görbén ellenkező irányú elvezetés miatt mindegyik lengés ellenkező irányban történt) alacsony difázisos lengés következik, a mely után még négy, egyre kisebbedő ívalakú lengés támad. Ezeknek tartama kb. $\frac{4}{5}$ '' (17. ábra.)

Tehát ezek a kórosan élénk és többszörös rángások más villamos jelenségekkel járnak. Difázisos lengésük alacsonyabb, vagyis a rángásnak működési árama gyengébb. Az ezután következő nagy lengések pedig azt jelentik, hogy még a rángás idején is erős potentialkülönbség támadt az izomban, a mely többször egymásután végighaladt az izmon ugyanolyan irányban, mint a működési áram negatív potentialja, a mire a kilengések irányából következtethetünk. A görbének ez a része felel meg az ismétlődő rángásoknak, a melyeknek tehát működési áramuk tulajdonképpen nincsen. Működési árama csak az első rángásnak van, a mi megfelel annak, hogy csak egyetlen egy ingerület érkezett az izomhoz.

Ezen jelenségeknek az oka csakis az izom kóros voltában lehet, mert az ideg ingerlékenységének megváltozása nem okozhat a rángásban qualitativ, hanem csak quantitativ változást, ez nem okozhatná azt, hogy egy ingerre több rángás támadjon rendellenes villamos jelenségekkel. A idegnek kórosan fokozott ingerlékenysége folytán a rángás csak nagyobbá válhatnék, míg az izom kóros állapota megváltoztathatja a rángás milyenségét is.

Ezen a helyen emlitem meg, hogy elfajult izmon körülbelül hasonló lengéseket észleltem a működési áram difázisos lengése után. Egy betegem, kinek plexus brachialis-bénulása volt, a m. flexor carpi ulnarisban direct izgatáskor nemcsak galván áramra, hanem erős inductió ütésre is igen renyhe rángás keletkezett. E rángások rendellenes villamos jelenségekkel jártak. A 18. ábrán az inductió ütése okozta lefelé irányuló lengés után látjuk a működési áram difázisos lengését, a mely után még három, $\frac{3}{5}$ ''-ig tartó kettős lengés következik. Ezek a lengések mindenesetre összefüggnek a rángás renyhe voltával, ezeknek a lengéseknek okát, éppen úgy mint a rángás renyheségeét magában az izomban, annak kóros működésében kell keresnünk. Az elfajult izom villamos görbéje tehát támogatja azt a felfogást, hogy a myastheniás, túlélően reagáló izom villamos görbéjén a működési áram után következő több lengés (17. ábra) az izom kóros voltától származik.

Ha fokozott volt a hypothenar ingerlékenysége, a faradozással kiváltott összehúzódnás villamos jelensége is megváltozott, a difázisos lengések magassága ugyanis az összehúzódnás folyamán 2—3-szorosa is nagyobbodott. (19. ábra.)

A túlingerlékeny hypothenar-izmoknak egyszeri ingerlésére támadó több rángásból és azoknak villamos jelenségeiből tehát arra kell következtetni, hogy nem az idegnek, hanem az izomnak működése kóros. Ugyanekkor azonban a működési áram difázisos lengése is alacsonyabbá vált, tehát ezt a változást is az izom kóros voltára kell visszavezetnünk. En-

nek következtében valószínű, hogy a működési áram gyengülésének, a difázisos lengések alacsonyabbá válásának az oka a hypothénar-izmok kifáradásakor, olyankor is, ha ezek nem voltak túlingerlékenyek, valamint betegünk más izmainak kifáradásakor szintén az izomnak és nem az idegnek kóros állapotában van. Ha pedig a működési áramnak ezen megváltozását az izomra kell visszavezetnünk, akkor az összehúzódás gyengülését, a myastheniás kifáradást szintén az izom kóros működésének kell tulajdonítanunk.

* * *

Esetünk klinikai megfigyelésének és anatómiai vizsgálatának eredményét a következőkben foglalom össze.

Az anatómiai vizsgálat két irányban vezetett eredményre: egyrészt az izmokban olyan elváltozás volt (degenerálás és regenerálás), a mely valószínűleg összefügg a gyors kifáradással, másfelől pedig a már sok esetben észlelt, a kóroktan szempontjából fontos elváltozások is megvoltak esetünkben (apró gömbsejtes beszűrődés, hiányosan visszafejlett thymus).

A szövettani vizsgálat betegünk idegrendszerében semmiféle eltérést sem derített ki, a harántcsikolt izmokban azonban sok helyütt degenerálást és regenerálást találtam, a mely izmonként igen különböző fokú volt. Ép izmok vizsgálatából kitűnt, hogy a különböző izmok szövettani szerkezete nem egészen egyforma, főképpen a külső szem- és a gégeizmok szövettana más, mint a többi harántcsikolt izomé. Ez megmagyarázza a szövettani leletnek izmonként különböző voltát a myastheniában. De ha erre tekintettel vagyunk, akkor is a rendesen több az izomrostok degenerálásával és regenerálásával összefüggő elváltozás betegünk izmaiban. Már sokan írtak le elváltozást a myastheniás izmokon (Csiky⁹ eltérést a rostok vastagságában s a sarkoplasma-magvak megsaporodását, Marburg¹⁰ zsíros elfajulást, myositis degeneratívát, Goldflam és Link atrophíát, Harzer¹¹ az izomrostok magvainak megsaporodását, helyenként gömbölyded magvakat, vakuolákat az izomrostban), míg az idegrendszer vizsgálata sohasem vezetett számbavehető eredményre. Ámbár esetünkben sem volt nagyfokú a harántcsikolt izmokon talált elváltozás, sőt némelyik izomban csak igen csekély eltérés volt, ez mégis jelentőséges a myastheniás kifáradás helyének meghatározására. Nem is várhatjuk ugyanis azt, hogy a myastheniában a gyors kifáradásnak nagyobb fokú anatómiai elváltozás feleljen meg, mert a klinikai tünetek sokszor hirtelen rosszabbodnak, majd gyorsan javulnak. Valószínűnek látszik, hogy a tüneteknek ilyen gyors változása nem járhat durvább anatómiai elváltozással, mert csak így érthető, hogy a betegnek igen nagy gyengesége néhány óra alatt elmúlhatik. A myastheniás kifáradásnak klinikai képe tehát a mellett szól, hogy annak alapja változóan súlyos működés-zavar csekély anatómiai elváltozással. Ezért jelentőséges a myastheniás izmokon talált csekély elváltozás is: az anatómiai vizsgálatok szerint tehát valószínű, hogy az izom beteg és hogy a kifáradásnak helye maga az izom.

A mi végre az izomban talált elváltozásnak kórbonczolástani képét illeti, ez csak az izomrostok degenerálásának és regenerálásának felel meg. Olyan elváltozást nem találtam betegünk izmaiban, a melyből gyulladásra lehetne következtetni, a mi a myasthenia kóroktana szempontjából fontos.

Véleményem szerint ezen izomleletből semmiesetre sem szabad azonban arra következtetni, hogy a myasthenia a harántcsikolt izmoknak betegsége. Számos klinikai megfigyelés szól ez ellen és ezenkívül más jellemző anatómiai elváltozásokat (hiányosan visszafejlett thymus, gömbsejtes góczok) is találtak a myastheniában, a melyek nem származhatnak az izmok megbetegedésétől. Ezek az anatómiai elváltozások éppen úgy, mint bizonyos klinikai észleletek a mellett szólnak, hogy a myasthenia a belső elválasztó mirigyek hibás

működésével függ össze és ezért az izomrostok elváltozását másodlagosnak kell tartanunk.

A myastheniának jellemző anatómiai lelete, mely esetünkben is megvolt, az apró gömbsejtes beszűrődéses góczok és a vissza nem fejlődött thymus.

Az apró gömbsejtes beszűrődésnek, mint már kezdetben említettem, nem lehet helybeli hatása az izmokra, mert a góczoknak elterjedése igen egyenetlen, sokszor a góczok súlyosan bénult izomban teljesen hiányzanak. A gömbsejtes góczoknak jelentősége véleményem szerint egészen más. Nagyon is tekintetbe kell vennünk azt, hogy ezek a góczok nemcsak a harántcsikolt izmokban, hanem — a mit valószínűleg nem is vizsgáltak olyan gondosan — úgyszólván mindenütt a szervezetben, a belső szervekben és az idegrendszerben is előfordulnak. Ezen általános, az egész szervezetre kiterjedő elváltozásnak eredetét illetőleg a gyulladás, a daganat s a hibás fejlődés jöhet tekintetbe. A góczok gyulladásos eredete ellen az szól, hogy azok úgyszólván csak apró gömbsejtekből állanak, továbbá az, hogy a góczoknak szerkezete mindenütt egyforma, pedig ha a góczok lobos természetűek volnának, a lob előrehaladásának megfelelően kellene változnia a szövettani képnek. A góczok másrészt nem viselkednek úgy, mint a daganat, egyik sem ér el tetemes nagyságot, a góczok mind aprók maradnak és a szomszéd szöveteket nem pusztítják el. A mediastinalis tumor áttételeinek már azért sem tarthatjuk e góczokat, mert némelyik esetben nem is volt a mediastinumban daganat.

Az apró gömbsejtes góczokat tehát sem lobos eredetűeknek, sem daganatnak nem tarthatjuk és ez támogatja azt a nézetemet, hogy a gömbsejtes góczok a myastheniás szervezet alkatának jellemző sajátága, hibás fejlődésnek a jele. E felfogást támogatja az is, hogy Schütz János Basedow-kórban szenvedő betegek (4 eset) szemizmaiban egészen hasonló góczokat talált. E betegeken a Basedow-kór egészen jellemző tünetekkel járt, a myasthenia tünetei azonban nem voltak meg rajtuk. Schütz-nek ezen, még nem közölt megfigyelése is arra enged következtetni, hogy a kis gömbsejtes beszűrődéses góczok alkati sajátossága a szervezetnek bizonyos betegségeiben s hogy azok tehát nem egyedül a myastheniának jellemző tünete. Ezen lelet a Basedow-kórban nem is váratlan, ha tekintetbe vesszük ezen betegségnek és a myastheniának aránylag gyakori együttes előfordulását, úgy látszik rokonosságát. Ezenkívül mindkét betegségben gyakori lelet a hiányosan visszafejlesztett thymus és ez arra hívja fel figyelmünket, hogy az apró gömbsejtes góczalakú beszűrődés nem-e a status thymico-lymphaticusnak vagy a status lymphaticusnak egyik anatómiai sajátága.

A betegünk mediastinumban talált diónyi daganatszerű képződmény a szövettani vizsgálat szerint erős rostos kötőszövetes tokkal bír, a tokon belül levő lágy, vérzéses szövet szerkezete pedig olyan, mint a thymusé, a képződmény tokjának réseiben és kívül a tokon s a szomszédos zsírszövetben majdnem ugyanolyan szövetből álló szigetek vannak, melyekben Hassal-féle testek is előfordulnak. Kétségtelen, hogy a thymusból származik az egész képződmény, a mely szöveti szerkezete szerint sokkal inkább rendellenes fejlődésnek, illetve hiányos involúciónak eredménye, mint daganat.

Aránylag gyakori a myastheniában a thymusnak hiányos visszafejlődése s ha ebből nem is szabad arra következtetni, hogy a myasthenia a thymus kóros működésének a következménye, mégis valószínű ezen gyakori leletből, hogy a myasthenia összefügg a belső elválasztó mirigyeknek hibás működésével, ha nem is éppen a thymuséval. E mellett szól az is, hogy Basedow-kórban, melyben szintén gyakran kórosan nagy marad a thymus, nem ritkán látunk myasthenia-tüneteket. Esetünk kórbonczolási leletéből, a hypophysisben talált kis adenomán kívül, mint ugyancsak ide tartozó adatot megemlítem még, hogy a gl. parathyreoideae feltűnő kicsinyek voltak.

A myastheniának a belső elválasztó mirigyekkel való összefüggése mellett sok szerző foglal állást. E mellett szólnak klinikai megfigyelések: nem ritka a myasthenia és a tetania együttes

⁹ J. Csiky: Ueber einen Fall von Myasthenia gravis pseudoparalytica mit positiven Muskelbefund. D. Z. f. N., 37.

¹⁰ Marburg: Zeitschrift für Heilkunde, 1907.

¹¹ A. Harzer: Faradisch-elektrische und histologische Untersuchungsresultate in einem Falle von Myasthenie. D. Z. f. N., 47—48.

előfordulása, Basedow-kóros betegen aránylag gyakran észlelték myasthenia-tüneteket, sőt e három betegség egy emberen is előfordult (*Tobias*¹²). *Stern*¹³ egy betegen tipusos Basedow-kórt és myastheniát észlelt, továbbá *Chwostek*-féle tünetet és mint a mellékvese megbetegedésének jelét, a bőrnek pigmentálását. Végre még *Goldflam*-nak¹⁴ egy igen tanulságos esetét akarom megemlíteni. A myastheniában szenvedő nő háromszor volt grávida és ilyenkor betegsége mindig lényegesen megjavult, ugyanígyra hogy azt mondotta, hogy neki mindig más állapotban kellene lennie, hogy egészséges maradjon. A terhességnek jó hatása ebben az esetben szintén amellet szol, hogy a myasthenia összefügg a belső elválasztó mirigyekkel: ezeknek működését megváltoztatja a graviditas (a mely egyebekben kívül a thymusnak ideiglenes involúciójával jár együtt) és ez okozhatta a javulást.

Betegünk klinikai megfigyelésében az izom működési áramának vizsgálata szolgáltatja a legértékesebb adatokat az idegrendszernek és az izmoknak működéséről. Az idegrendszer működésében nem találtam eltérést: az ideg ingerület terjedési sebessége, a reflexidő, a beidegzés módja — az ideg ingerületek rhythmusa — rendes volt. Ezenkívül megfigyeléseim szerint kétségtelen, hogy a myastheniában a kifáradás nem jár a működési áramnak az egészséges ember kifáradására jellemző megváltozásával. Betegünk izmainak gyengülésekor ugyanis az ideg ingerületek s ennek megfelelően a működési áram difázisos lengései nem ritkultak, szuperponált apró lengések nem jelentkeztek, — betegünk kifáradásakor csak a difázisos lengések magassága csökkent. A myastheniás kifáradás tehát alapjában más, mint az egészséges emberé, a myastheniás izmok gyengülésekor csak úgy változik meg a működési áram, mint hogyha egészséges ember gyengébben idegzi be izmait, az egészséges ember kifáradását jellemző megváltozása a beidegzésnek azonban nem jön létre. A myastheniás kifáradásnak teljesen eltérő volta mellett szol betegünknek az a megfigyelése is, hogy ő voltaképpen sohasem érez fáradtságot, még akkor sem, ha nagyon erőltet.

A hypothenar izmain észlelt jelenségek szerint igen valószínű, hogy a myastheniás izom kifáradásakor a működési áram difázisos lengéseinek megkisebbedése az izom és nem az ideg kóros működésének a következménye. Ezeknek az izmoknak kórosan fokozott ingerlékenységekor ugyanis olyképpen változott a rángás és a működési áram (egy ingerre több rángás, több hosszú lengés a difázisos lengés után), hogy abból az izomnak kóros voltára kell következtetni. De ugyanakkor, noha kórosan élénk volt a rángás, a működési áramnak difázisos lengése alacsonyabbá vált, a mi tehát a legnagyobb valószínűség szerint szintén az izom kóros működésétől származik. Ennek alapján igen valószínű, hogy myastheniás betegünk más izmainak kifáradásakor ugyancsak az izomban van az oka a működési áram difázisos lengései megkisebbedésének s az összehúzóds gyengülésének. A myastheniás kifáradás tehát semmiesetre sem analog az ép ember kifáradásával, a melyre jellemző a beidegzésnek megváltozása, a myastheniás kifáradás igen valószínűen nem is az idegrendszerben, hanem magában az izomban keletkezik.

A klinikai megfigyelésnek ezen eredményét támogatják az anatómiai vizsgálatok: a myastheniás betegek izmaiban sok esetben volt olyan eltérés (degenerálás, regenerálás), mely összefügg a kóros kifáradással, az idegrendszer azonban mindig szövetében épnek bizonyult.

Abramagyarázat.

1. ábra. Apró gömbsejtes beszűrődés. Rekesz.
2. ábra. Izomrost vastagabb részletekkel, a melyeken a harántcsíkolt hiányzik. M. thyreo-hyoideus.
3. ábra. Hosszú sor fiatal mag. M. crico-aryt. post.
4. ábra. Degenerált izomrost sok fiatal maggal. M. crico-aryt. post.

¹² E. Tobias: Über myasthenische Paralyse und ihre Beziehungen zu den Drüsen mit innerer Sekretion. Neurol. Zentralbl. 1912. 9.

¹³ E. Stern: Beitrag zur Pathogenese der Myasthenie. Neurol. Zentralbl. 1914.

¹⁴ S. Goldflam: Weiteres über die asthenische Lähmung, nebst einem Obduktionsbefund (Dr. E. Flatau). Neurol. Zentralbl. 1902.

5. ábra. Mediastinalis tumor. A kötőszövetes tokon belül levő rész.
6. ábra. Mediastinalis tumor. A tokon kívül levő részlet Hassal-testtel.
7. ábra. Nem fáradt, ép alkarfeszítők összehúzódsának működési árama. Akaratlagos beidegzés. A vizsgált egyén kezében dynamometert szorított, a melynek mutatója 55-ig tért ki. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ". Másodpercenként körülbelül 50 difázisos lengés.

8. ábra. Ugyanazon egyén fáradt alkarfeszítői összehúzódsának működési árama. Akaratlagos beidegzés. A dynamometer mutatója 26-ig tért ki. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ". Másodpercenként körülbelül 30 difázisos lengés.

9. ábra. Myastheniás betegünk nem fáradt alkarhajlító összehúzódsának működési árama. Akaratlagos beidegzés. A kezében szorított dynamometer mutatója 20-ig tért ki. Időjelzés $\frac{1}{100}$ ". Másodpercenként körülbelül 50 difázisos lengés.

10. ábra. Ugyanaz, de a beteg nagyon elfáradt. A dynamometer mutatója 10-ig tért ki. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ". Másodpercenként körülbelül 50 difázisos lengés; a lengések sokkal alacsonyabbak.

11. Myastheniás betegünk patellareflex-ideje: 0'02". A felső vonal első kitérése az in megütésének pillanatát jelzi. A középső görbe a m. quadriceps rángásának difázisos lengése. Legalul $\frac{1}{100}$ " időjelzés.

12. ábra. Myasthenia. Hypothenar működési árama; fáradozás (64 szakítás másodpercenként). Fáradozás közben a difázisos lengések megkisebbednek. Időjelzés $\frac{1}{100}$ ".

13. ábra. Myasthenia. Hypothenar rángás görbéje a n. ulnarisnak egy inductiós szakítási ütessel való izgatására. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ".

14. ábra. Ugyanaz, az idegnek $\frac{1}{2}$ percig tartó fáradozása után. Két szakítási inductiós ütés okozta rángások. Mindegyik ingerre több rángás támad. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ".

15. ábra. Ugyanaz, az idegnek 1'5 percig tartó fáradozása után: a rángás kisebb mint a kísérlet kezdetén. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ". A szakítási inductiós ütések a 13—15. ábra görbéinek felvételekor egyforma erősek voltak.

16. ábra. Myasthenia. Hypothenar rángásának működési árama a n. ulnaris egy szakítási inductiós ütessel való izgatására. Az első kis lefelé irányuló kilengés az inductiós ütestől származik. Közvetlenül utána következik a működési áram difázisos lengése. Ezután még egy egészen lapos lengés látszik. Időjelzés $\frac{1}{100}$ ".

17. ábra. Ugyanaz, de 0'5 percig tartó fáradozás után, midőn fokozódott az izmok ingerlékenysége. Az inductiós ütés okozta kis lengés felfelé irányul. Utána alacsonyabb difázisos lengés, ezután még négy hosszú kettős lengés. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ".

18. ábra. Plexus brachialis-bénulás. A m. flexor carpi ulnarisban renyhe rángás direct izgatásra. Ezen rángás működési árama: a difázisos lengés után több lapos lengés. Időjelzés $\frac{1}{5}$ ".

19. ábra. Myasthenia; hypothenar; fokozott ingerlékenység. Fáradozás. A működési áram difázisos lengései időnként megnagyobbodnak. Időjelzés $\frac{1}{100}$ ".

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Dide: Les idéalistes passionés. Paris, Alcan, 1913.
Ára 2.50 fr.

A cím eléggé jellemzi az embereknek azt a fajtáját, a melyekről a könyv szol. Ezek elkülönítésével és tanulmányozásával hálás föladatot oldott meg a szerző. Sorra veszi a szerelem, a szépség, a jóság, az igazságosság idealistáit, kiindulva a neurosis alapjából. A neurosis oldala kissé erősen van hangsúlyozva, az átlagember típusával való összefüggés kissé elhanyagolt. Ez a kifogás nem akar azonban semmit sem levonni a jeles munka érdeméből. Dide fejtegetéseinek egész láncolata érvül szolgálhat a 4 év előtt kifejtett thesisemhez, a mely az idegesség és jellemfajok összefüggését tárgyalja, ha e két szót Dide-nél nem is találjuk egymás mellé állítva. A passionált idealisták ellenében a passionált realisták csoportját állíthatnám föl. Ide tartoznának a pénzszerzésben, élvezethajhászásban és a realis munkában egyaránt túlozó emberek. Itt is meg lehetne találni az összefüggést a neurosisal és az átlagember jellemével. Természetes, hogy a mondottam csoport az előbbtől nincs élesen elhatárolva.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyógyszerek hatását arteriosclerosisban szenvedők hypertensiójára tanulmányozta Rutkewitsch. A mi először is a jodkészítményeket illeti, naponként 1 gramm jodkalium vagy jodnatrium csak lényegtelen nyomáscsökkenést eredményez; csak 2 gramm pro die mondható némi-képpen hatásosnak, a hatás azonban egyenileg nagyon inga-

dozó. A nitritek állandó hypertensio eseteiben teljesen hatás-talanok, a rohamokban jelentkező hypertensio ellen azonban 2—3 óráig tartó hatással bírnak; a natrium nitrosum többnyire kellemetlen tüneteket okoz s azért inkább a nitroglycerin használandó. A vasotonin és a guipsine teljesen hatás-talannak bizonyult. (Zeitschr. f. klin. Medizin, 79. köt., 3. és 4. füzet.)

Az oedemáknak kezelése tökkel Karkowski docens (Kiew) szerint súlyos idősült nephritis eseteiben is eredményes, olyanokban, amelyekben a használatos diureticumok hatástalanok maradtak. Nagy oedemák gyorsan megszűnnek, miközben némelyik beteg 30—50 fontot veszített a súlyából. Nem csupán a kiválasztott víz mennyisége növekszik, hanem a szilárd alkotórészeké is. A hatás a tök használatának be-szüntetése után éppen olyan gyorsan megszűnik, mint a mi-lyen gyorsan beállott. Huzamosabb állás, száradás stb. megszünteti a tök ezen hatását. Izgató hatás a vesékre sohasem volt észlelhető, a gyomor és a bél is hosszú időn át feltűnő jól tűri a tök használatát a megkívánt nagy mennyiségben (naponként 3—6 font). A tök következő módon készíthető el: kis darabokra vágva, lapos edényben annyi vizet töltünk rá, hogy éppen fődve legyen; ezután nem nagy tűzön 2 óra hosszat főzzük, időnként felkavarva, míg sűrű pép keletkezik, melyhez tejet, vaját vagy rizslevest keverünk. Víz helyett tej-jel is lehet főzni a tököt. A szerző megjegyzi, hogy kénye-sebb betegek nem igen tudják nagyobb mennyiségben fo-gyasztani ezt az ételt. (Zeitschr. f. phys.-diät. Therapie, 1914 június—július.)

Sebészet.

A laparotomiák utáni bélhűdéseknek sennatinnal gyógykezeléséről a következőket írja Betker. A laparoto-miák utáni bélhűdéseknek legsúlyosabb alakja az, a melyet Olshausen írt le először, a melyben, bár a műtét incidens nélkül folyik le s a gyógyulás folyamán semminemű gyula-dásos jelenség nincs, a belek peristaltikája mégsem indul meg; már a műtét második napján meteorismus, intestinalis tympanitis fejlődik ki, mely az eddig alkalmazott szerekkel daczol. A sectio is teljesen negativ. A szerző ilyen esetekben több subcutan és intramuscularisan adagolható hashajtó szer-rel kísérletezett. A per os adagolás ellenjavalt, mivel a gyógy-szer az erősen felfuvódott gyomorban és bélben vagy nem szívódik fel, vagy a beteg kihányja azt. A hormonalt a többi vizsgálóval együtt e szer mérgező mellékhatásai miatt nem ajánlhatja. A peristaltin nevű cascara-sagrada készítménnyel néhány esetben jó eredményt ért el. A pituitrin, pituglandol és glanduitrin hatása inkább a szív működés és az általános állapot javítására irányul, mintsem a peristaltika megindí-tására.

E szerekkel szemben a Credé és Dietrich által előállított — a sennaleveleknek összes hatóanyagait magában foglaló — sennatinnak nagy előnye, hogy hígan folyó, tehát könnyen befecskendezhető, hogy gyors hatású, igen olcsó és tartós készítmény, melynek már kis adagja elegendő a peristaltika megindítására; mérgező mellékhatása nincs. A peristaltika enyhe, colica nem fejlődik, az injectio helye nem fájdalmas. A szerző a laparotomiák és a sérvműtétek minden alakjában rendszeresen adja betegeinek a sennatint igen jó ered-ménnyel.

Az adagolás módja a következő: A scopolamin-mor-phin-bódításban operált betegeknek csak 5—6 órával a mű-tét után adandó, mert a morphin a sennatin hatását leszá-lítja. Egyébként közvetlen a műtét után adandó; a fecskendőt használat előtt nem szabad alkohollal keresztülfecskendezni, mert ez vegybontó hatású. Az injectio helye a czombizmok vagy a glutaeusok. Az adag az első napon 2 cm³, melyet másnap meg lehet ismételni. Az injectio helyét masszálni nem szabad. A hatás az injectio után 2—3 óra múlva következik be s a peristaltika megindulását korgás, majd szelek, végül bélsár távozása követi a nélkül, hogy kólikás fájdalmak jelent-keznének. Ha a béltartalom a colonban besűrűsödött, ajánla-tos glycerines vagy szappanos beöntést is adni.

A szerző tapasztalatai szerint, ha a sennatint prophylac-tice — közvetlen a műtét után — adjuk, a bélhűdés súlyos tüneteit elkerülhetjük; ha a bélhűdés tüneteinek kifejlődése után adjuk, nagyobb adagok is válhatnak szükségessé, ezek pedig kissé erős hatást válthatnak ki.

A sennatin a szorosan vett sebészi műtéteken kívül a habitualis obstipatióban szenvedőkön, öntudatlanokon és elmebetegeken is sikerrel alkalmazható. Hasműtétek után használva pedig élénk peristaltikát előidéző hatásával nem-csak a bélhűdést előzi, illetve szünteti meg, hanem egyúttal megóvja a beteget a különben bekövetkező adhaesióktól is, melyek miatt nem ritkán újabb laparotomia válik szüksé-gessé. (Therapeutische Monatshefte, 1914, 11. szám.)

M.

Gyermekorvostan.

A lumbalis punctióról chorea infectiosa ellen ír Passini. A choreát az idegrendszer betegségei közé sorolja s chorea infectiosának nevezi, mert feltehető, hogy ugyanazon faktor okozza mint az endocarditist és polyarthritist. Régóta ismeretes, hogy e három betegség között kapcsolat áll fenn. Újabb vizsgálatok szerint a choreás mozgásokat azon agyvelő-pályák sérülése okozza, melyek a nucleus rubertől a nucleus dentatushoz vezetnek; de hogy mily sérülés, kiderítve nin-csen. Azonigyekezet, ezen hármas betegséget okozó mikro-organismust kideríteni, vezetett a lumbal punctio haszná-latára choreában s a lumbal punctió folyadék vizsgálatára. Első tapasztalat volt, hogy a lumbal punctió folyadék meg volt szaporodva s nagy nyomás alatt ürült. A folyadék nem volt zavaros, hálól nem képződött, kevés fehérjet tartalmazott, mikroszkop alatt kevés polynuclearis leucocyt volt benne és semmiféle bacteriumot sem sikerült kitenyészteni. Tehát egye-dül kimutatható eltérés volt a megnagyobbodott mennyiség és nyomás, mely azonban nem okozhatja a choreás mozgáso-kat kiváltó agyvelő-elváltozásokat. Bizonyára más momentumok játszanak közre, talán chemiai elváltozások vagy bacteriumok által kiválasztott toxinok. A vizsgálatok eredménye volt, hogy néhány esetben figyelemreméltó therapiás hatást ért el. 5 eset közül 3 igen gyorsan gyógyult; 2 esetben, melyek recidivák voltak, nem látott eredményt. Ezen jelenséget úgy magyarázza, hogy azon esetekben, hol a lumbal punctio gyógyulást hozott, a megnagyobbodott agyvelő-nyomás nem okozott még mélyebbreható, tehát nehezen reporálható elvál-tozásokat az agyban. (Wiener klinische Wochenschrift, 1914, 42. szám.)

Ujj Sára dr.

Húgyszervi betegségek.

A prostata stenosis atrophijáról ír J. Dubs. Barth két év előtt egy kórképre hívta fel a figyelmünket, melyet francia szerzők már ennekelőtte „prostatisme sans prostate“, vagyis prostatanagyobbodás nélküli prostatismusos állapot néven ismertettek. Ezzel ugyanis olyan tünetcsoportot jelölnek meg, mely klinikailag a prostatahypertrophia jelen-ségeit utánozva, a vizsgálat vagy pedig a műtét alkalmá-val anatómiaiilag a prostata kisebbedésében nyilvánul meg. Ennek az atrophianak az okairól s tüneteiről egyébként még nagyon eltérők a vélemények. A prostata-atrophias betegen Barth által először gyakorolt radical-operatiós therapia tapasztalatai még nagyon hiányosak; ezen okból a szerző részlete-sen ismerteti a saját esetét, mely 69 éves cipézmesterre vonatkozik, a ki ezt megelőzőleg mindig teljesen egészséges volt s sohasem szenvedett kankóban.

A mostani baja hirtelen, minden különös ok nélkül, körülbelül 4 hét előtt vizezési nehézséggel kezdődött és a második héten már teljes retentio következett be. A vize-let nagyon zavaros volt és temérdek coccust tartalmazott. A csapoláskor feltűnt, hogy a katheter könnyen s simán csú-szott be a hólyagba és hogy nem kellett a kathetert, a hogy azt a prostatahypertrophia kívánja, mélyen sülyeszteni. A belső húgycsőnyíláson való áthaladáskor a pöscsap sem izom-görccsös, sem heges ellenállásra nem talált. A végbélvizs-

gálatkor a prostata helyén apró, kemény, nyomásra nem érzékeny ellenállás mutatkozott, mely sem alak, sem nagyság tekintetében nem emlékeztetett a normalis prostatára. A lebenyekre való elkülönítés már nem figyelhető meg, a nagyság tekintetében pedig alig éri el egynegyedét a rendes mirigynek.

A műtétkor a hólyagfal rendkívül vastagnak mutatkozott, főképpen az izomréteg erősen hypertrophiás, a belfelülete pedig vastag trabeculumok által mintázott. A belső húgycsőnyílás szűk gyűrűvé zsugorodott össze, a prostatát mint önálló mirigyet nem lehetett kitapintani, sem pedig függőszzerű avagy félholdalakú billentyűs képletet a húgycsőnyílás körül nem lehetett megkülönböztetni. A hólyagfenék fokozatos emelkedéssel az atrophias prostata mögött a hólyagnyakba megy át; a belső húgycsőnyílást a bevezetett mutatóujjunk mint kemény, de engedékeny, szűk gyűrűt tapintja ki.

Az orif. intern. nyálkahártyáját kampós késsel körülvágjuk és ezután a szokott módon a végbélbe vezetett és a prostatát elöryomó bal mutatóujjunk segítségével a mirigyet lehetőleg tompán igyekszünk kihámozni. Ez az utóbbi művelet rendkívül fáradságos, mert csak nagy nehezen sikerül a bal prostatalebeny környékéből egy alig babnagyságú kemény tapintatú, a szomszédsággal erősen összenőtt képletet kikaparni; a jobb lebenyből rendesen semmit sem tudunk kihámozni.

A kihámozott képlet, mely többnyire elég kemény, de engedékeny tapintatú, kórboncolástanilag a senilis involutio és a részleges heges zsugorodás képét mutatja.

A beteg rövid idővel a műtét után már panaszmentes, miután a prostatectomia folyamán a kemény, fibromásan degenerált sphincter vesicae internus, a mely a panaszokat okozta, csakúgy, miként a hypertrophiás prostata, tipikus műtéttel eltávolítottat s így az akadály radicalis módon megszüntetett. Ilyenképpen tehát a belső húgycsőnyílás körül képződött kemény gyűrű kivételével a vizelet szabad lefolyást nyert a hólyagból, de másrészt a meghagyott musc. sphincter externus egymagában is elégséges a hólyagcontinentia biztosítására. A szerző meg van győződve arról, hogy a jövőben a prostataatrophia gyógyításában is a prostatectomiának jut a döntő szerep. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1914, 90. köt., 2. füzet.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A syphilisben szenvedők nyálának rhodan-tartalmáról közöl tanulmányt Bettmann tanár klinikájáról Schmitt. A lueses egyének nyálából a rhodan a specifikus kezelés folyamán eltűnik. Minthogy pedig a rhodannak védő ereje van a szájbeli gyuladással és fekélyes folyamatokkal szemben: ily módon érthető ezen folyamatok gyakorisága a specifikus kúrák alkalmával. Czél szerű tehát ilyen kúrákat egybekötni olyan gyógyítással, a mely a rhodan mennyiségét a rendes magaslaton megtartja s erre a célra a szerző a rhodalcidot ajánlja, a mely tabletták alakjában kapható. (Dermatolog. Zeitschrift, 1914, 3. füzet.)

Cholera eseteiben Frendl törzsorvos kitűnő tapasztalatokat tett a kaliumpermanganattal, a melyet belsőleg használt, az 1:10.000 oldatból negyedóránként nyelve egy kortyot. Természetesen olyan esetekben, a melyekben az intoxicatio már nagyon előrehaladott volt, nem ért el eredményt; minthogy azonban annak a biztos megállapítása, hogy az intoxicatio nagyon előrehaladott-e, a klinikai tünetek alapján nem igen lehetséges, valamennyi esetben adja a kaliumpermanganatot, a melynek használatát prophylacticum gyanánt is ajánlja. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1914, 48. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 48. szám. Gájdusek Mátyás: Tetanus sikeres gyógyítása morphiom és chloralhydrat nagy adagjaival.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Mitticzky Géza dr. melcsiczi körorvost Trencsén-megye főorvosává, Heinrich Adolf dr.-t pedig a trencsényi barakkórházak igazgatójává nevezték ki.

Választás. Blum János dr.-t nagymányoki körorvossá választották.

Meghalt. Zápori Nándor dr. szegedi orvos 64 éves korában. — Wurga László dr. székesfővárosi nyugalmazott tisztiorvos 74 éves korában november 27.-én. — Wallerstein Mór dr. 71 éves korában november 28.-án Tenkén. — Sauer Vilmos dr. szilsárhányi körorvos november 27.-én. — Nagy Jenő dr. 26 éves korában a déli harcztéren.

A cholera állása hazánkban. November 25.-étől 30.-áig 61 új esetet jelentettek be, a melyek közül 59 a polgári lakosság, 2 pedig a katonaság körében fordult elő. A megbetegedések a megyék betűrendjében csoportosítva a következő helyeken történtek: Bereg megye (Izsnýk 2, Gorond); Békés megye (Kondoros); Borsod megye (Sály 2, Cserépváralja); Fejér megye (Érd); Kisküül ömgye (Magyarpéterfalva 2, Kisküüllővár 2, Kistóvis 2, Zsidve 3); Pest megye (Budapest, Czegléd); Pozsony megye (Pozsony 5); Sáros megye (Bártfa 6, Felsővízköz 3, Komlóspatak 2, Tótrastlavicza, Sebeskellemes); Szepes megye (Hernádfő 4); Torontálmegye (Törökbecse); Trencsén megye (Turzófalva 2); Zemplén megye (Sátorajúhely); Zólyom megye (Hédel 16). Ezenkívül volt Horvát-Szlavonországban 2 eset (Zimonyban és Rumán). A katonai megfigyelő állomások közül a budapestin 17, a debreczenin 4, a kassain 32, a losonczin 2, a munkácsin 37, a szatmárnémetin 1 és az ungvárin 8 choleras beteget helyeztek el. A csanád megyei Királyhegyes és a nyitra megyei Nyitrafalomszög a nemzetközi egyezmény értelmében nem tekintendő többé cholerafertőzőtnek. Tekintettel az esetek erős megkevesbedésének, a belügyminister december 1.-étől az eddigi napi kimutatások helyett csak heti kimutatásokat fog közrebocsátani.

Személyi hírek külföldről. K. Bertiner (elmekörtan) és A. Weber (belorvostan) giesseni magántanárok rendkívüli tanárok lettek.

Hírek külföldről. Namurban a német katonaorvosok bemutatásával kapcsolatos hadi estéket rendeznek, melyeken részt vesznek a belga orvosok is. — A hamburgi orvosok kiáltványt intéztek az angol orvosokhoz, a melyben felhívják a figyelmüket arra a barbár bánásmódra, a melyben Angliában az ott rekedt német alattvalók részesülnek. A felhozott részletes adatok szomorú képét tárják elénk az angol „kulturá“-nak és sokat hangoztatott humanizmusnak. Egy London melletti versenyterén 1500 német alattvaló van összeszűsítve; istállóban laknak, de úgy, hogy egy ló területére 6—8 ember esik, szalmán alszanak, mosdásra nincs alkalom, tele vannak férgekkel, éheznek stb. Az amerikai konzulátus ezt az iratot eljuttatta a nagyobb angolországi orvosegyletekhez.

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

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

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

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Diaetás osztály cukorbetegségeknek, anyagcsere-betegeknek Hízaló és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: Dr. Dolecskó János, főorvos.

Epileptikus betegek intézete

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

RÖNTGEN-REINIGER

és vill. orvosi készülékek GEBBERT és SCHALL R-T.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.- koronától kezdve.

UJTÁTRAFÜRED.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.- koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A 16. helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 850. lap — Budapesti Kir. Orvos-egyesület (LXXVII. nagygyűlés 1914 október 14.-én). 850. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (XI. szakülés 1914 május 23.-án.) 851. lap.

A 16. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

A budapesti 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház katonarorvosi kara november hó 28.-án tartotta meg első tudományos értekezletét, a melyen az elnöki tisztelet *Schächter Miksa* dr. töltötte be, jegyzője *Nagy Albert* dr. volt.

Az értekezlet első előadója *Feistmantel Károly* dr. törzsorvos volt, a ki a *typhus elleni védőoltó-anyag* előállításáról s a vele végzett gyógyításról értekezett. Kifejtette, hogy a typhus-esetek száma a hadseregben rohamosan emelkedik s míg a német és francia hadsereg egészében védőoltásokat fogantatosítottak, addig nálunk ezirányban csak felterjesztést intéztek a hadügyministeriumhoz, a melynek jóváhagyását minden perczen várják. Az előadó a 16. sz. helyőrségi kórház laboratóriumában állítja elő a typhus-vaccint saját módszere szerint; elsősorban önmagán próbálta ki, nem okoz-e túlerős reactiót. Először $\frac{1}{2}$, egy hét múlva 1 cm^3 anyagot fecskendez be. Gyenge virulentiájú törzset használ; a 24 óras agar-kulturát physiologiás konyhasóoldattal lemosa, $1\frac{1}{2}$ óráig 60° -os vízfürdőben inactiválja és $\frac{1}{2}\%$ -os carbololdatot ad hozzá. 1 cm^3 -ben körülbelül 2 milliárd bacillus van. Ez az eljárás a *Kolle*-féle vaccin-készítésnek a módosítása, melylyel a reactio erősségét igyekszik csökkenteni.

A betegbemutatók sorozatát *Frey Ernő* dr., az idegosztály vezetője nyitotta meg. Bemutatott egy 29 éves káplárt, a ki 2 nap előtt jött az északi harcztérrel az alsó és felső végtagok teljes ataxiájával. Lues, alkohol-abusus nem mutatható ki, a pupillák jól reagálnak, a reflexek és az agyidegek normalisak, spasmusos jelenségek nincsenek, az izomérzés intact, szigetszerű anaesthesia van jelen. A bemutató az esetet, melyben az ataxia nagyobb testi megerőltetés után állott be, *hysteriának* tartja, végleges ítéletet azonban még nem mond.

Groák Ernő szerint a rendkívül erős ataxia hirtelen beállása s a patellaris reflexek jelenléte hysteria mellett szól.

A hadsebészet specialis esetei, az *aneurysmák* kerültek ezután bemutatásra, számszerint 12 beteg. Az aneurysma traumaticum kór- és tünettanát ifj. *Hahn Dezső* ismertette; vázolta az egyes válfajok differentialis diagnostikáját és femoralis aneurysma operált és conservative kezelt eseteit mutatta be.

Keppich József 3 brachialis-, 1 hypogastrica-, 2 femoralis- és 3 tibialis-aneurysma esetét mutatja be. Arra a conclusióra jut, hogy a kifelé vérző haematomákkal kapcsolatos eseteket mielőbb meg kell operálni, különösen akkor, ha lát jelentkezik. Egy ily elgenyvedt femoralis aneurysma-esetét el is veszítette. A műtéti eredmények igen jók s minden eset műtévesét annál is inkább ajánlja, mivel a conservativ kezeléssel, ha időleges eredményt el is érhetünk, a beteg az utóbb rendszerint beálló újabb vérzések miatt a műtétet mégsem kerülheti el.

Wonnesch Frigyes schrapnel-lövés okozta brachialis-aneurysmának *Schächter* által operált esetét mutatja be, a melyben a conservativ kezeléssel gyógyulás nem volt elérhető. Elsősorban megkísérlelné tartja a conservativ kezelést érelenyomás által, mert ha az aneurysmazsákban a vér megalvadása elérhető, teljes gyógyulás áll be. Különös figyelemmel ajánlja, hogy a sérült testrészeket tapintsuk meg, mert az esetleg meglévő aneurysmának fel nem ismerése végzetes következményekkel járhat.

Polacsek Elemér ajánlja, hogy az aneurysma spurium elavult elnevezés helyett használtassék a haematoma communicans elnevezés, míg a másik féleség jelzésére az aneurysma arterioso-venosum maradjon érvényben. *Schächter Miksa* az elnevezésre nem helyez súlyt s a régi nomenclatura mellett érvel.

Schächter Miksa elnök összegezve az előadottakat, hangsúlyozza, hogy a bemutatott 12 eset oly nagy számot tesz ki, hogy az aneurysmát a legfontosabb hadibetegségek közé kell számítanunk, mert kórházakban évtizedek alatt sem lehet ennyi traumás aneurysmát találni. Beszámol három esetről, a melyben amputatiót kellett végezni.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(LXXVII. nagygyűlés 1914 október 14.-én.)

Elnök: *Liebermann Leó*.

Jegyző: *Bálint Rezső*.

(Vége.)

III. A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1912. évi október havában tartott nagygyűlésén a kezelésében lévő *Orvosi Hetilap-díjalap* kamataiból 200 koronás díjat tűzött ki a közegészségügy körébe vágó legjobb eredeti cikk jutalmazására, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az Orvosi Hetilap hasábjain 1908 június hó 1.-étől 1914 május 31.-éig terjedő hat év alatt megjelent.

Az Igazgatótanács f. é. június havában tartott ülésén háromtagú bíráló bizottságot küldött ki, melynek tagjai *Liebermann Leó* elnök, *Hutyra Ferencz* és *Székely Ágoston*. A bizottság egyhangúlag azt találta, hogy *Günther József* dr. „Ujabb adatok a hastyphus járványtanához” című dolgozata legérdemesebb a jutalmazásra.

Az Orvosi Hetilap 1914. évi 2.—8. számában megjelent cikksorozat mindenekelőtt rendkívül tanulságos összeállításban ismerteti a typhus járványtanára vonatkozó régi és újabb elméleteket s azután rátér az ú. n. augusztus—szeptembertypusra, a melyet a legyek elszaporodásával hoz oki összefüggésbe. A házilégy szerepét a typhus abdominalis terjesztésében a szerző már néhány év előtt hangoztatta s a külföldi irodalom is foglalkozik most már ezzel az érdekes kérdéssel. A szerző nagyon ügyesen csoportosította ezeket az irodalmi adatokat és ezeknek, valamint Szabadkán tett önálló megfigyeléseinek eredményeképpen annak a határozott véleménynek ad kifejezést, hogy a hastyphus terjesztésében a légy nagy szerepet visz; ennek megfelelően a typhus elleni védekezésben nagyon fontos a légy elleni küzdés.

A szerző terjedelmes dolgozatában mindenestre nagyon fontos kérdést vetett felszínre és igyekezett azt a megoldás felé vinni. Különösen kiemelendő az a nagy lelkiismeretesség és szorgalom, melylyel dolgozata készült, nemkülönben az a nagy tudással párosult józan kritika, mely a tárgyalás folyamán mindenütt megnyilatkozik.

Az Igazgatótanács f. hó 6.-án tartott ülésén a bizottság javaslatát magáévá tette és az Orvosi Hetilap díját egyhangúan *Günther József* dr. „Ujabb adatok a hastyphus járványtanához” című dolgozatának ítélte oda.

IV. A Budapesti kir. Orvosegyesület 1912. évi okt. 14.-én tartott nagygyűlésén a kezelésében lévő Budapest-Józsefvárosi Orvostársaságnak *Bókay-emlékalapítványa* kamataiból 200 koronás díjat tűzött ki eredeti, önálló, magyar nyelven megírt, a gyermekkorban és gyógytan köréből vett dolgozat jutalmazására, mely 1912 január hótól 1913 december hó 31.-éig magyar folyóiratban vagy önálló monographia alakjában megjelent.

Az Igazgatótanács f. évi június havában tartott ülésén az Orvosegyesület részéről háromtagú bizottságot küldött ki, melynek tagjai *Bókay János* elnök, *Szontágh Félix* és *Preisich Kornél*. Az alapítási oklevél értelmében a bizottságba a Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság *Hainiss Géza* drt.-t küldte ki.

A megalakult bizottság az említett időszaknak magyar orvosi irodalmában, eltekintve némely oly dolgozattól, mely-

nek szerzője más alkalommal már jutalomban részesült, *Demeter György* kolozsvári egyetemi tanársegédnek „Rendellenességek a végtagcsontok fejlődésében születés után és azok jelentősége” című dolgozatát találta olyannak, melyet a Bókay-díjjal való jutalmazásra érdemesnek tart. Ezen dolgozat a Magyar Orvosi Archivum 1912. évfolyamában jelent meg. Megfelelő fejlődéstani és bonczolástani ismeretekkel, számos Röntgen-felvétel segítségével állapít meg újabb tényeket, melyek fejlődéstaniilag, törvényszerű orvostani és pathológiai szempontból egyformán érdeklik a szakembert s tudományos ismereteinket jelentékenyen bővítik.

Ezek alapján az Igazgatótanács f. hó 6.-án tartott ülésén a bizottság javaslatát magáévá tette és a Budapest-Józsefvárosi Orvostársaság Bókay-émlékalapítvány kamataiból való 200 koronás díjat *Demeter György* kolozsvári tanársegédnek „Rendellenességek a végtagcsontok fejlődésében születés után és azok jelentősége” című munkájának ítélte oda.

3. Holzwarth Jenő felolvassa az új pályázatokat.

I. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *Balassa-díjalap kamataiból 600*, azaz hatszáz korona jutalmódját tűz ki az orvostudomány bármely klinikai szakmájából, magyar nyelven, 1913. évi június hó 1.-étől 1915. évi május hó 31.-éig megjelent, eredeti, önálló kutatások alapján készült, tudományos becsű, legjobb értekezésnek vagy hézagpótló monographiának avagy kézikönyvnek jutalmazására. E jutalomra számot tartó művek 1915. évi május hó 31.-éig a czél megjelölésével az egyesület titkárához beküldhetők, de a be nem küldött munkák épp úgy figyelembe kerülnek. A jutalmódj meg nem osztható. A jutalmazott munka kihirdetése az 1915. évi október hó 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen történik és a jutalmódját a szerző jelentkezésekor azonnal kiadjuk.

II. A budapesti királyi orvosegyesület a kezelésében levő *dr. Szenger Ede-féle orvostudományi pályadíj-alapítvány kamataiból* Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvosok részére 800, azaz nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, magyar nyelven írt, még sehol meg nem jelent dolgozatra. A pályamunkák 1915. évi május hó 31.-ig az orvosegyesület első titkárának, a pályázat világos megjelölésével, a szerző nevének és lakásának megnevezésével küldendők meg. A megjelölt lejáratú időn túl beadott dolgozatok tekintetbe nem vétetnek. A pályázatra benyújtott pályamunka a pályázat elintézése előtt vissza nem vonható. A pályázat elintézése után a pályázatra beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. Jelen pályázat eredménye az 1915. év október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen hirdettetik ki és a pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének azonnal kiadatik.

III. A budapesti királyi orvosegyesület kezelése alatt álló „*Orvosi Hetilap*” díjalap kamataiból 200, azaz kétszáz koronát tűz ki a kór- vagy gyógybuvárlat körébe vágó legjobb eredeti czikk jutalmazására, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az „*Orvosi Hetilap*” hasábjain 1910 június hó 1.-től 1916 május hó 31.-ig terjedő 6 év alatt megjelent vagy meg fog jelenni.

A jutalmódj az egyesület 1916 évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadatni.

IV. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő Budapest Józsefvárosi Orvostársaság *Bókay János Emlékalapítvány kamataiból 200*, azaz kétszáz koronát tűz ki eredeti, önálló, magyar nyelven megírt, a gyermekkorban és gyógytan köréből vett dolgozat jutalmazására, a mely 1914.január hó 1.-től 1915 december hó 31.-ig magyar szakfolyóiratban vagy önálló monographia alakjában megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalmódj az egyesület 1916. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadatni.

V. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *Friedrich Vilmos-alapítvány kamataiból 400*, azaz négyszáz korona jutalmódját tűz ki eredeti, önálló, magyar nyelven

megírt, az ipari megbetegedések, vagy a socialis hygiene köréből vett dolgozat jutalmazására, a mely 1914 január hó 1.-től 1915 december hó 31.-ig magyar szakfolyóiratban, vagy önálló monografia alakjában megjelent, vagy meg fog jelenni. A jutalmódj az egyesület 1916. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadatni.

IX. Balassa-előadás.

4. *Lenhossék Mihály* felolvasta „*A fejlődés problémájáról*” című Balassa-előadását, melyet egész terjedelmében közöltünk.

Utána *Liebermann Leó* elnök a következő beszéd kíséretében adta át az előadónak a Balassa-érmet.

Igen tisztelt Kartárs! A Kir. Orvosegyesület azzal, hogy Téged felkért az idei Balassa-előadás megtartására, elismerésének kívánt kifejezést adni azon nagy érdeméért, melyeket a tudomány terén szerzettél s melyek nevedet tiszteltté tették az egész világon mindenütt, a hol biológiai tudományokkal foglalkoznak. Szándékosan szólt biológiai tudományokról, mert búvárlataid oly tág körűek, oly nagy és alapvető jelentőségűek, hogy kihatásukban messze túlhaladják azon kerekteket, azon határokat, melyekben az anatomusok munkái rendszerint mozognak.

Téged magasabb, általánosabb szempontok vezetnek s miután egyaránt mestere vagy a makroszkopos anatómiának, a szövettannak, a fejlődéstannak és az anthropológiának, mindazon előfeltételeknek és eszközöknek birtokában vagy, melyek a szakembert arra képesítik, hogy gondolatait termékeny munkává változtassa és a tudományt örökbecsű igazságokkal gazdagítsa.

Szívünkől kívánjuk, hogy tartsd meg sokáig nagy munkaerődet és munkakedvedet s hogy siker koronázza tovább is, úgy mint eddig, minden léptedet, melyet a tudomány fejlesztése, a haladás érdekében teszel.

Ha valamikor, úgy a te esetekben jogos az a remény, hogy kívánságunk teljesül; hiszen te azon kevesek egyike vagy, a kik teljes erejükben, munkaképességük teljes birtokában élvezhetik és élvezik tehetségük, szorgalmuk, becsületes munkájuk gyümölcseit.

A Kir. Orvosegyesület ezúttal azonban nemcsak tudományos érdemeidet akarja elismerni, hanem köszönetet is mond neked azért, hogy ezen zavaros körülmények között, melyek ránehezednek ólomsúlyként gondolatainkra, kedélyünkre és néha szinte lélekzetünket veszik, időt találtál meseteri előadásod megtartására, s ha csak rövid időre is, elfeledtetted gondjainkat és bajainkat, felemelve minket a tudomány tiszta régióiba, a hova a felfordult világ rémületes zaja fel nem ér.

S most, tisztelt barátom, fogadd kezeimből azt az érmet, melylyel a Kir. Orvosegyesület kitünteti azokat, a kiknek érdemeit látható jellel is el akarja ismerni.

Lenhossék Mihály meghatott szavakkal mondott köszönetet a kitüntetésért.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XI. szakülés 1914 május 23.-án.)

Elnök: **Klumák Adolf.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. **Tatár Koriolán: Syphilis-esetek.** A bemutató megemlíti, hogy a Magurához tartozó havasi falvakban a syphilis endemián fordul elő. A betegek syphilises fertőzésről nem tudnak és orvosnál csak akkor jelentkeznek, a mikor a syphilis már majdnem befejezte romboló munkáját. Ennek demonstrálására négy beteget mutat be.

1. Cachexia syph. A beteg vértelen, lefogyott. A lágy-szájpad átlukadt, a mandulák helyén sugaras hegek. A gégeben perichondritis syphilitica.

2. Kardalakú tibia.

3. Az orrnak egész lágyrészét tönkretette a syphilis. A lágy-szájpad teljesen tönkrement.

4. A nyakon és a gége fölött gummák.

Bemutat egy *lues malignában* szenvedő beteget is. Rámutat a *lues maligna* lényegére: atypusos lefolyású syphilis, a syphilidek már igen korán szétesésre hajlamosak. *Lues maligna* eseteiben a Wassermann-reactio nem mindig pozitív. A beteg sorsára vonatkozólag előadja, hogy éppen ezen esetek alkalmasok a salvasan-gyógymódra, mert a *lues malignában* szenvedő betegek a kénest nem jól tűrik.

II. Imre József: Acut glaucoma esetét mutatja be, mely első érezhető kóros jelenség volt olyan emberen, ki igen magas (180–190 mm.) vérnyomásban, hyperglobuliában s más véralkati és vérkeringésbeli meg táplálkozásbeli rendellenességekben szenvedett. A baj a felvétel előtt 5 nappal rossz látással kezdődött; vizsgálatkor ujjakat olvasott a jobb szem 1 méterről, benne nagyfokú *neurorinitis haemorrhagica* volt. Öt heti kezelés után (hashajtók, növényi ételek, tej, salicyl) semmi javulás; távozik. Ujabb hat hét múlva nagy fájdalom, a látás teljesen elvész. T+3 feszesség; acut glaucoma-roham, melynek csak 14. napján jelentkezik. Az elhízott 49 éves férfi vérnyomását a *Pal*-tól ajánlott papaverinnel csökkentik, megfelelő diétát folytatnak; a beteg soványodik, de a szem nem változik; megelőző csarnokcsapolás, majd iridektomia, ezután *Elliot*-féle trepanálás után a szem csak hónapok múlva nyugszik meg, 30 mm.-re leszállott feszüléssel; a filtrálás ma is látható. A bal szem sorsa is érdekes. Kezdetből fogva pilocarpint kapott s bár látása teljes, látótere a határszélén kissé szűkült, a nyomás 71 mm.-ig felmenő ingadozásokat mutat. A pupillaszűkítő megelőzte a lobos jelenségeket, de a glaucoma maga fennáll s legközelebb iridektomia tárgya lesz. Az esetet annak bizonyítására akarja felhasználni, hogy a lobos glaucomában szenvedő általános állapotát, főleg a vér és a keringési szervek állapotát mindig ellenőrizni kell, mert a glaucomára való általános disponáltság jeleit korán megismerve, ezek idővel annak megelőzésére is, de legalább a gyógyítás megkönnyítésére fognak szolgálni.

III. Demeter György: Az ólom kimutatása lövési sérülésekben. (Megjelenik az „Értésítő” 1914. évf. III. füzetében.)

PÁLYÁZATOK.

3864/1914.

A vezetésem alatt álló Máramaros vármegyei kórházban lemondás folytán megüresedett két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek, melyre orvosgyakornokok is pályázhatnak, annál is inkább, mivel a kötelező gyakorlati időből a szülészeti kivételével az egyéb osztálygyakorlatok kitölthetők kórházunkban.

A segédorvosok javadalmazása egyenként 1400 (egyezer-négy-száz) korona készpénzfizetés, továbbá lakás, fűtés, világítás, kiszolgálás és I. oszt. élelmezés.

Pályázati kérvények méltóságos Nyegre László Máramaros vármegye főispánjához intézve, hozzám nyújtandók be.

Máramarossziget, 1914. november 21.

Lengyel Samu dr., igazgató-főorvos.

5534/1914.

Hevesvármegye pétérvásárai járásában Parád ideiglenes székhely-lyel 6 községből álló körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

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

A választást folyó évi december hó 28.-án délelőtt 10 órakor Parád községében megtartatni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi december hó 24.-éig adják be.

Pétérvására, 1914 november 30.

Drisnyey Béla, főszolgabíró.

12.714/1914. szám.

Gyulafehérvár városnál a főszámvevői, orvosi és rendőrtisztai állások üresedésbe jöven, azokra ezennel pályázatot hirdetek.

A főszámvevői állás évi 3600 kor. kezdőfizetéssel és 780 kor. lakpénzzel, a városi orvosi állás évi 2000 kor. kezdőfizetéssel és 540 korona lakpénzzel és végül a rendőrtisztai állás évi 2000 kor. kezdőfizetéssel és 540 kor. lakpénzzel van egybekötve.

Az orvosi állás a városi köz-kórházi orvosi teendők végzésével és a halottkémléssel kapcsolatos.

A minősítést illetőleg utalok a főszámvevői állásnál az 1912. évi LVIII. t.-cz. 22., az 1883. évi I. t.-cz. 17. és a szervezeti szabályzat 192. §-ára; a városi orvosi állásnál az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7., az 1883. évi I. t.-cz. 9. és a szervezeti szabályzat 192. §-ára és végül a rendőrtisztai állásnál a szervezeti szabályzat 192. §-ában foglaltakra.

A főszámvevői állás 6 évre, illetve a legközelebbi általános tisztújításig, míg az orvosi és rendőrtisztai állás életfogytiglan töltendő be.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényeiket a korukat igazoló születési anyakönyvi kivonatokkal, eddigi szolgálatukat igazoló hivatali bizonyítványokkal, minősítésüket és elméleti képzettségüket feltüntető bizonyítványokkal felszerelve, a közszolgálatban állók hivatalfőnököjük, míg a közszolgálatban nem állók a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján Gyulafehérvár polgármesteréhez 1914. évi december 26.-áig be-
zárólag adják be.

Nagyenyed, 1914 november 19.

Báró Bánffy Kázmér, alispán.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilv. tehénhimlő-termelő intézete, II., Margit-körút 45.

A tehénhimlő oltóanyagán és a m. k. áll. différia ellenes serumon kívül kapható nálam:

- | | |
|---|--|
| 1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) ... K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 cem. 40 A. E. ... K 6.50 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) ... K 5.20 | 4. Tetanus Antitoxin 25 cem. 100 A. E. ... K 16.25 |
| 5. Dysenteria serum 10 cem. K 8.— | 6. Dysenteria serum 20 cem. K 16.— |

Walther's Elixir Condurango peptonat. Immermann's.



Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorban-talonnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Kissingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik időlt bajban szenvednek.” 6759

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktárban, kérem annak hozatalát sürgetni. Miután készítményeim ismételtlen utánzóva lesznek, igen kérjük ezeket Eredeti Walther alatt rendelésnél külön megemlíteni.

— Irodalom és próbautak mindenkor szívesen állnak rendelkezésre. —

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinzelgstr. 12.

Nagybani raktár Magyarország részére Török József gyógyszerésznél Bpsten.

Katarrhusok ellen!

Gleichenbergi

Emma- és Konstantin-forrás

I. Ferencz József Ő cs. és kir. Felség által rendesen használva. Mindenütt kapható, vagy az alulírott igazgatóság által:

Saison:

május 15-től szept. 30-ig.

Brunnendirektion

Gleichenberg.



Legjobban ajánlalom önműködő zárrakkal ellátott és a Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő

Dr Thilo-féle
Chloraethyl

készítményem. Az önműködő üvegek újra töltenek meg. Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH
em. Apotheke, WIEN II. Castellezg. 25.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Leo-Wolf G. Károly: Közlemény a Stefánia gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., magy. kir. udvari tanácsos, ny. r. tanár.) Csecsemőkori haemoptysis esete. 853. lap.

Vas Jakab: Közlemény a Stefánia gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A spasmus nutans keletkezésének magyarázata a Pawlow-féle „közvetett” reflex segítségével. 855. lap.

Balog Artur: A kisvárdai vármegyei közkórház sebész osztályáról. Több okból egy időben keletkezett ileus-esetekről. 856. lap.

Szontagh Félix: A diphtheria és a vörheny epidemiológiájához. 858. lap.

Preisich Kornél: Quarantaine. 861. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Pelnar: Das Zittern. Seine Erscheinungsformen, seine Pathogenese und klinische Bedeutung. — Uj könyvek. — Lapszemle. Belorvos-tan. A. Schmidt: A csúszos betegségek a háborúban. — Hirschel: A túlságos dohányzás az arteriosclerosis aetiologiájában. — Sebészet. Frendl: Az idegek lött sérülései. — Húgyszervi betegségek. Pousson: A traumás veseloból. — Psychologia. Kollarits Jenő: Megfigyelések a mindennapi psychologia köréből. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Deussen: A morphium-oldatok sterilizése. — Berkham: Bolhák. — Schmidt: Dial-Ciba. 861—863. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Magyar orvosi archívum. — Budapesti orvos ujság. 863.

Vegyes hírek. 863. lap.

Tudományos társulatok. 864—866. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., magy. kir. udvari tanácsos, ny. r. tanár.)

Csecsemőkori haemoptysis esete.

Közlő: **Leo-Wolf G. Károly** dr. Buffalóból (U. S. A.)

A következőkben egy esetről óhajtók beszámolni, melyet ez év elején a Stefánia-gyermekkorházban volt alkalmam észlelni s a melyet Bókay János tanár, a kórház igazgatója közlésre érdemesnek talált.

A körlefolyás röviden a következő:

N. Béla 11 hónapos. Felvétetett 1914 február 3.-án. Egy hét óta beteg, bágyadt, eleinte hányás, február 2.-a óta eszméletlenség, tarkómerevség. Tuberculosis terheltég nem mutatható ki. Közvetlenül a felvétel előtt egy másik gyermekkorházban lumbalpunkciót végeztek rajta. Testsúlya 7800 gramm. Mérsékelt fokú angolkór, négyszögletes fej, koronagyorságú nagy kutacska, a bordaporczvégek s epiphysisek duzzadtak. 7 metszőfog. A tüdők fölött kopogtatási eltérés nem mutatható ki, hallgatódzaskor néhány szörtyözeje észlelhető. A szív ép. A has beesett, resistentia nem tapintható. Kifejezett Trousseau-jel. A pupillák jól reagálnak, élénk térdreflexek. A beteg mozdulatlanul fekszik, tarkómerevség. Hőmérsék 37.4°.

Február 4.-én: 37.9—37.6°; az érverés 168. Az állapot változatlan. Baloldali facialis bénulás; lumbalpunkciókor mérsékelt nyomással 15 cm³ folyadékot kapunk, melyben később fibrinháló képződik. A cytologiás vizsgálat alkalmával lymphocyták mellett polynuclearis leukocytákat is találtunk. Tuberculosis-bacillusok kimutathatók. A Pirquet-reactio positiv.

Február 5. Hőmérsék 39.2°, 38.0°, érverés 166. Kifejezett hűdéses szak. Gyakori vérzés a szájból és orrból, a vér élénkpiros, habos; feketés székletek.

Február 6. Hőmérsék 40.0°. Gyakori eclampsias roha-

mok. Kihagyó belégzések: Biot-féle légvétel. Exitus délelőtt 10 órakor.

A boncolást 24 órával a halál után Orsós F. dr. prosector végezte, ki a boncolástani leletet s a makro- és mikroszkopos készítményt is rendelkezésemre bocsátotta.

Mivel részletesebben csak az eset sajátosságát megadó tüdőfolyamattal óhajtók foglalkozni, előre bocsátom a kórboncolástani diagnózisát.

Meningitis basilaris tuberculosa cum hydrocephalo acuto interno maioris gradus. Peribronchitis et pneumonia caseosa ulcerosa lobi superioris sinistri cum cavernis parvulis confluentibus. Tyrosus nodulorum lymphaticorum bronchialium usque ad magnitudinem amygdalae. Pulmorrhagia, pulmomalacia acida lobi superioris dextri. Tubercula disseminata lienis et hepatis. Bronchiectasiae lob. sup. pulmonis sinistri. Inanities.

A bal tüdő szabad, összenövésektől mentes, kivéve a hilus szomszédságát, mely a mediastinummal a hörgőkörűli nyirokcsomók elsaftosodása következtében szorosan összeforrott.

A mellhártya általában mindenütt sima, a felső lebeny külső felszínén azonban helyenként megvastagodott. Az egész felső lebeny meglehetősen tömött, helyenként ellentállóbb, csomós tapintatú és felszínén majdnem mindenütt elszórt sárgás gümők tűnnek át a zavaros mellhártyán. Az alsó lebenyen csak az angularis tájon látható néhány mellhártya alatti tuberculum. A bal tüdőbe Orsós dr. eljárása szerint a törzsök felől minimális nyomás mellett formalint fecskendeztünk. Az ily módon egészében fixált tüdőből később a homloksík irányában körülbelül 0.5 cm. vastag metszetek készültek, melyek felszínén a felső lebenyben a következő kép mutatkozott:

A tüdőcsúcs légtartalma diónyi kiterjedésben csaknem normalis, de egyebütt a tüdőszövet az egész felső lebenyben tömött, egészen légtelen, feltűnően vérszegény, meglehetősen áttűnő, nedvűs és törékeny. Egyes lebenyekben ezen áttűnő s kocsonyásan beszűrődött tüdőszövetben feltűnően apró, az alveolusok nagyságának megfelelő, okkersárga pontozottság (pneumonia desquamativa) látszik.

A hilus közepén át vezetett metszéslap a következő érdekes képet nyújtja: (1. ábra.)



1. ábra.

A hiluson babnyi harántmetszetű, teljesen elsajtosodott nyirokcsomó van a felső lebenyhez odanőve. A vér- és hörgőágak között, de látszólag már a tüdőszövetbe ágyazottan egy második, cseresnyemagnagyságú s egy mogyorónagyságú harmadik elsajtosodott nyirokcsomót látunk. A két utóbbi csomó meglehetősen tömött kötőszövetréteggel van körülvéve, mely a félretolt s ennek következtében összelapított nagy creket és hörgőágakat zárja magába. A középső mogyorónagyságú nyirokcsomó közepében egy különvált, borsónyi, sequesterszerű mag ül, melyet egy meglehetősen friss, sötétvörös vérral telt rés vesz körül, a mely egész terjedelmében halványvörös beivódást mutat. E nyirokcsomó külső oldalán a felső lebeny csúcs-hörgének (br. apicalis) összenyomott résszerű harántmetszete látszik. Az utóbbi s a nyirokcsomó érintkezése helyén már most egy 2—3 mm. széles folytonosságmegszakítás tűnik szembe, mely úgy a nyirokcsomó külső rétegére, mint a vele érintkező hörgőfalra reá-terjed, úgy hogy ezáltal a sajtos sequestert körülvevő rés a hörgő ürével közlekedik. Az áttörés csatornáját azonban finoman szemcsés törmelékkel tartalmazó véralvadék tölti ki, mely már enyhé megérintéskor magától kiesik. Ugyanezen a metszés-lapon a lebeny közepén több hörgőnek átmetszetét is látjuk, melyeknek lumene a sajtos szétesés folytán kiszélesedett.

A lebeny elülső felében azután a már leírt harántmetszeten cseresnyemagnagyságúnak mutató elsajtosodott nyirokcsomónak megnagyobbodott folytatását látjuk, mely itt egy babnyi savós lágyulási gócot mutat. (2. ábra.)

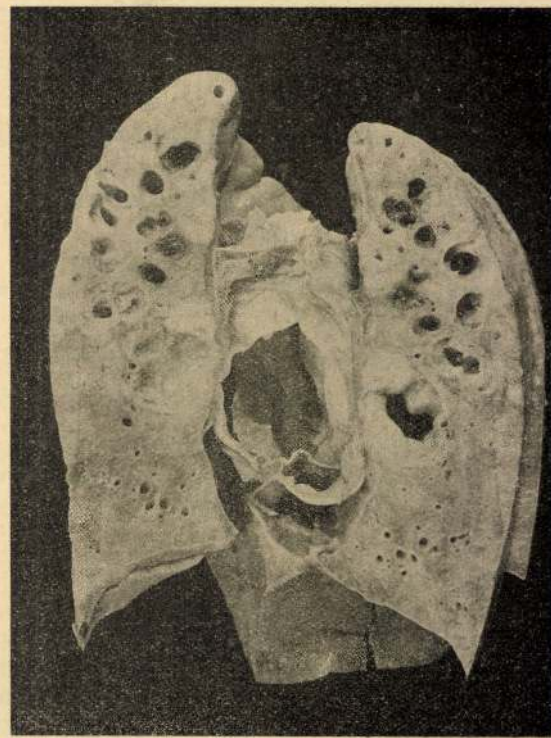
Magában a tüdőszövetben itt egy csoportját látjuk a részint sima falú, részint elsajtosodás folytán még fokozódott öblözetes hörgőtágulatoknak. Ezek némelyike kevés aspirált vért is tartalmaz. Az említett hörgőtágulatok közti tüdőszövet számos gümőt tartalmaz. A hörgőlumenbe történt már említett áttörésen kívül a metszetek leggondosabb átvizsgálása mellett sem sikerül a hörgőkön vagy a szabad szemmel látható ereken több áttörést kimutatni. Feltevésünk ezek alapján az volt, hogy a vérzés ebben az esetben az áttört hörgőfal ereinek arrosiója, illetve átszakadása folytán jött létre s ezt, mint látni fogjuk, a mikroszkopos vizsgálat igazolta is.

A hörgőperforationak megfelelő tüdőrésztlet mikroszkopos képe a következő: A résalakúan összelapított hörgőfal s az elsajtosodott nyirokcsomó érintkezése helyén az előbbinek

falát, az utóbbinak pedig sarjszövetesen áthatott tokját egy a hörgőfalvastagságánál valamivel szélesebb csatornaszerű hiány hatja át, melyen át a hörgő lumene s a nyirokcsomó lágyulós ürege közlekedik. A nyirokcsomó, keskeny szélső rétegét kivéve, egynemű, finoman szemcsézett sajtos anyagból áll, melyben már csak kisebb magrésztetek festődtek. A sajtos tömegben a már említett körkörös lágyulós rés sajtos detritussal keveredett vérral kitöltött.

A peripheriás része a nyirokcsomónak jellegzetes óriás-sejteket tartalmazó sejtű sarjszövetből áll, melynek külső rétege még nyirokcsomóra emlékeztet. A perforatio helyén a nyirokcsomó szélső zónája elvékonyodott, egész vastagságában sarjszövetesen átalakult, s tágult hajszálereket és gyűjtőereket, továbbá óriás-sejteket tartalmaz. A sarjszövetes átalakulás itt a hörgőfalra is reá-terjed. A defectusnak a hörgőlumen felé tekintő nyílását egy rostonyásan átszőtt, vörös vérsejtekből és sajtos törmelékből álló röglemez fedi. A hörgőfal hámrétege a defectus szélén elvékonyodik s menedékesen végződik a hiány falát fedő burjánzó fibroblast rétegen. Az átfúródás csatornájának mélyebb részében több 100—150 μ átméretű gyűjtőér szabadon nyílik a laza gümös sarjszövet felszínén.

A bal tüdő alsó lebenyében, elszórt tömörülések mellett, csak az angularis felületen található friss gümők, a lebeny egyébként egész terjedelmében légtartalmú s régebbi elváltozásoktól mentes.



2. ábra.

A jobb tüdő a felső lebenynek gyomornedv-aspiratiójából származó, friss elpuhulását és az alsó lebeny mérsékelt fokú oedemáját mutatta. A hilus nyirokcsomói ellenben itt is el voltak sajtosodva. Mindkét tüdőben csak néhány elszórt lebenyében volt kevés aspirált vér; a bal főhörgő s a légcső nyálkával vegyes vért tartalmazott. A gyomorban körülbelül 50 cm³, a duodenumban ennél kevesebb, nyálkával kevert vér volt található.

Két mozzanat kölcsönöz ezen esetnek különös érdekességet s indokolja a részletes közlést is. Az egyik a bal felső lebeny kiterjedt hörgőtágulatainak jelenléte. A teljesen sima falú tágulatok aránylag nagy mérete és minősége csak primaer, bizonyára veleszületett affectióra enged gondolni s nem másodlagos állapotra. Ezen bronchiectasiák adták meg nyilvánvalóan a bal felső lebenynek a tuberculosis iránti hajlamosságot is s eredményezték ennél fogva a 11 hónapos csecsemőn a felső

lebenytuberculosisnak azt a képét, melylyel rendszerint csak felnőtteken találkozunk.

A másik főérdekessége pedig ezen esetnek a *haemoptoë*, melynek nagy ritkaságát a gyermek- s főleg a csecsemőkorban mindenki hangoztatja, a ki ezen themával foglalkozott.

Ha a gyermekorvostan irodalmát ezen szempontból áttekintjük, azt látjuk, hogy ott, a hol a haemoptoët a csecsemőkorban egyáltalán említik, mindenütt nagy ritkaságnak tartják és több helyen csak mint terminalis tünetről emlékeznek meg róla, melynek oka vagy egy kis cavernalis aneurysmának szakadása, vagy a tüdőverőér egy ágának erosiója.

Hinz pontosan közli a bonczoláslelettel együtt egy 12 hetes csecsemőn észlelt haemoptysis-esetét s további 44 esetet sorol fel az irodalomból.

Kétségtelen, hogy vannak még ezeken kívül más esetek is az irodalomban feldolgozva, pl. *Ausset*, *Bierbaum*, *Ganjoux* és *Maillet* esetei, de azt hiszem, az irodalom, melyet nagyjában felsoroltam, teljesen elegendő legalább ahhoz, hogy a haemoptoének a gyermekkorban s főleg a csecsemőkorban való nagy ritkaságát igazolja.

Ha még egyszer áttekintjük az elmondottakat, esztünk következő legérdekesebb mozzanatai domborodnak elő: a *veleszületett bronchiektasiák*, melyek itt a felső lebenyek tuberculosisát, vagyis a tüdőtuberculosis olyan alakjának vetették meg alapját, a milyen a gyermekkorban, kivált a csecsemőkorban egyébként ritkán szokott előfordulni, érdekes továbbá a *profus haemoptysis*, melyről kitűnt, hogy egy *elsajtosodott nyirokcsomónak* egy *elsőrendű hörgőágba való betöréséből*, illetve a *hörgőfal véreinek megnyitásából* eredt. Érdekes végül még az a körülmény is, hogy a bal tüdő kiterjedt tuberculosis az életben úgyszólván *semmi* tünetet sem okozott; az utolsó napokban, a megfigyelés alatt, a súlyos meningitis a kórképben mindenesetre nagyon előtérbe került s elhomályosíthatta a kevésbé kifejezett tüdőtüneteket.

Közlemény a Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., m. kir. udv. tanácsos, egyet. nyilv. r. tanár.)

A spasmus nutans keletkezésének magyarázata a Pawlow-féle „közvetett” reflex segítségével.

Irta: Vas Jakab dr., klinikai II. tanársegéd.

A mióta Pawlow az úgynevezett „Bedingungsreflex” (magyarul talán leghelyesebben közvetett reflex) fogalmával gyarapította ismereteinket, azóta a gyermekorvosok is iparkodtak méltó részüket kivenni ezen új fogalom tanulmányozásában és gyakorlati értékesítésében. S érdemük főleg az, hogy ezen reflex segítségével az élettan és kórtan körébe tartozó olyan műveletek, illetve állapotok helyes magyarázatát sikerült adni, melyeket eddig vagy tévesen értelmeztünk, vagy egyáltalán nem tudtunk megfejtetni.

Mit ért Pawlow közvetett reflex alatt? Ha kutyában a szájba tett étel nyáleválasztást indít meg, ezen folyamat Pawlow szerint *közvetlen reflex*, mert itt az izgalom praeformált pályán haladva, rendes reflexkört írt le.

Ha a nyáleválasztás direct szájbetevés nélkül, étel láttára vagy szagára indul meg, akkor ezen folyamat Pawlow szerint már nem közvetlen, hanem *közvetett reflex*, melynél psychés művelet megy végbe. A látás vagy szaglás útján létrejött reflex *természetes* alakja a közvetett reflexnek, ellenben *mesterséges* közvetett reflex úgy fejlődik, ha pl. az étel szájbavitelével egyidőben mindig bizonyos erősségű hangot (csengőt) szólaltatunk meg, akkor egy idő múlva elegendő ezen hang hallása (étel nyújtása nélkül is), hogy a kutyán nyálfolyás induljon meg.

Hogy ezen mesterséges és természetes közvetett reflexek gyermekeken ugyancsak kiválthatók, azt Krasnogorski¹ vizs-

gálataiból tudjuk, míg a közvetett reflex gyakorlati fontosságának felismerése elsősorban Czerny² érdeme. Szerinte a széklet, vizelet ürítésének szoktatása bizonyos a gyermekszobából ismeretes hangokkal, illetve szavakkal nem más, mint közvetett reflexek fejlesztése. Czerny szerint a végbélben felhalmozott bélsár közvetlen reflex, ellenben a klysma közvetett reflex. Ha a gyermeket a gyakori beöntéshez szoktatjuk, akkor ezen közvetett reflexizgalom nagyobb lesz a közvetlen reflexnél. Ha a beöntéseket elhagyjuk és várunk, míg a végbélben a széklet felhalmozódása előidézi a székélést, akkor ezen természetes inger ismét felülkerekedik és mint Czerny mondja: „man heilt in solchen Fällen scheinbar durch Unterbrechung der Therapie“. További példáját említi Czerny a közvetett reflexnek a gyermekkorban előforduló bizonyos fajta hányásban. Az egyik úgy fejlődik, hogy ha túlzott szülők mindenáron bizonyos ételt, pl. sok tejet erőszakolnak a többnyire neuropathiás gyermekekre, akkor bizonyos idő múlva a gyermek annyira megundorodik a tejtől, hogy már látása vagy pusztán említése is hányásingert vált ki. Ugyanígy szerepelhet némely gyermekeken az iskola a reggeli hányás közvetett reflexéül.

Nagy haladás volt a közvetett reflex tanának fejlődésében az Ibrahim³ által tanulmányozott *kóros közvetett reflex* felvetése az irodalomban. Szerinte a *kóros közvetett reflexek* alatt oly tünetcsoportokat értünk, melyek önmagukban is kórosak, pl. spasmusus beidegzések és hasonló folyamatok, melyeknek létrejövetelét és lefolyását azonban könnyebben érthetjük meg, ha feltételezzük, hogy kiváltó okként egy közvetett reflex szerepel. Jellegzetes Ibrahim szerint ezen kórképekre, hogy bizonyos külső befolyások, melyeket a physiologiás élet magával hoz, bizonyos törvényszerűséggel kóros reakciókat váltanak ki. Idetartoznak a különféle foglalkozási neurosisok, az írógörcs, az órásk orbicularis görcse, az alkalmazkodási izomgörcs sok mikroszkopozás után. A magyarázat abban áll, hogy a *kifáradt izmokban a forszírozott munka következtében rendellenes beidegzések történnek*.

Ezen beidegzési zavarok gyakori ismétlésével, az izgalommal (pl. írás) kapcsolatban fejlődik ki a kóros reflex, mely aztán igen nehezen küszöbölhető ki. Hogy a régen kiállott kötőhártyalob soká minden ok nélkül fennálló blepharospasmust tart fenn, ezt másképpen, mint a kórosan kifejlődött közvetett reflex segítségével megmagyarázni nem tudjuk (Ibrahim).

Szép példája a kóros közvetett reflexnek a Lesage és Collin⁴ által leírt „tic coqueluchoide”, a számarhurut-tic, mely abban áll, hogy főleg neuropathiás gyermekek a pertussis kiállása után is sokáig típusos rohamot tudnak produkálni, a mivel aggodó hozzátartozóikon könnyebben tudják kívánságaikat érvényesíteni. Magyarázata az, hogy a számarhurut alatt a közvetett reflexet a kórokozók által termelt toxinok alkották és ezek váltották ki a központban a görcsös köhögést, beidegezve mindazon izmokat, melyek a görcsös köhögés előidézésére szükségesek. Később, midőn a számarköhögés elmúlt, maga a közönséges köhögés-inger szerepel mint kóros közvetett reflexizgalom és idézi elő a görcsös köhögést azon izmok segítségével, melyek hosszú időn át ezen forszírozott köhögésre beidegezve voltak. További példája a kóros közvetett reflexnek azon folyamat, melyet Ibrahim⁵ „respiratorischer Affektkrampf” név alatt írt le. Ez főleg 2—4 éves neuropathiás gyermekeken észlelhető, leginkább olyanokon, a kik csecsemőkorukban hangrésgörcsben szenvedtek, de előfordulhat spasmophiliától teljesen menteseken is, és abban áll, hogy a gyermek erős sírás közben mind kevesebbet léghet, majd apnoés lesz (Wegbleiben!), elkékül, megmerevedik, a mi természetesen nagyon megijeszti a környezetet. Magyarázatául a csecsemőkorban hangrésgörcsben szenvedőkön felhozhatjuk, hogy a gyermek hozzászokott a gégeének ilyen rendellenes beidegzéséhez, a spasmophiliától

² Cit. Moro után: Therapie der Gegenwart, 1912, 151. o.

³ Neurolog. Zentralblatt, 1911, 13. sz.

⁴ Cit. Moro után: Therapie d. Gegenwart, 1912, 154. o.

⁵ Ibrahim: Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychologie, V. 3. füz.

¹ Krasnogorski: Ueber die Bedingungsreflexe im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., 1909, 1. füzet.

menteseken ellenben fel kell tételeznünk, hogy némely gyermekben a sírás maga — mélyebb légvételével — szerepelhet kóros reflexizgalomként az ilyen rendellenes beidegzési zavar előidézésében.

A közvetett reflex irodalmát a gyermekkori pathológiához való vonatkozásaiban ily módon tanulmányozva, felvetődött bennünk a gondolat, hogy a gyermekkori *spasmus nutans* kórlényegére, melylyel huzamosabb időn át sikertelenül foglalkoztunk s melyre az irodalomban sem tudunk kielégítő választ nyerni, nem lehetne-e — az előbb felsoroltak analogiájára — a kóros közvetett reflex segítségével több világosságot deríteni.

Tudvalevőleg a *spasmus nutans* abban áll, hogy 4—12 hónapos csecsemők, ritkábban 1—3 éves gyermekek fejükkel sajátos, akarattól független igenlő avagy tagadó mozgást végeznek, mihez a legtöbb esetben nystagmus társul. Bár a *spasmus nutans* már régen ismeretes (*Ebert* már 1850-ben tesz róla említést), kóroktana még ma sincsen teljesen tisztázva.

Csak megemlítjük, hogy a fogzáson, neuropathián, angolkóron kívül különféle okokat vettek fel, mint a melyeknek ezen kórkép előidézésében szerepük volna. *Raudnitz*⁶ volt az első, a ki helyes nyomon indult, midőn észleleteivel bizonyítani igyekezett, hogy a *spasmus nutans* előidézésének legfőbb oka az illető gyermeknek sötét, egyoldalú, czélszerűtlentől megvilágított lakásában való állandó, illetve hosszabb tartózkodása. Tapasztalatai szerint úgyszólván valamennyi e betegségben szenvedő betegnek lakása sötét és a gyermekek legtöbbször úgy feküdtek, hogy ha az ablak, illetve a fényforrás felé nézni akartak, vagy a kezükbe adott tárgyat jobban megvilágítva kívánták látni, szemüket állandóan egy irányban oldalt vagy felfelé voltak kénytelenek beállítani. A folytonos erőszakolt egy irányba nézés által túlerőltetett szemizmok ganglionjainak izgalma áterjed a functionalis szomszédos területekre s ez okozza a fejmozgást és nystagmust. Utóbbit a bányászokon előforduló nystagmus-szal analognak tartja, melynek kiváltásában a sötétben való hosszas tartózkodás mellett az általános gyengeség (*Nieden* szerint), a *musculus obliquus internus* helytelen tapadása is szerepel. De valamint a bányászokon is csak kb. 4%-ban van nystagmus, éppen úgy nem minden sötétben lakó gyermek kap *spasmus nutans*-t, mert a sötétség mellett bizonyos belső momentumok is szükségesek: az izmok gyengesége, általános kifáradás, angolkór.

Minthogy különösen tél vége felé nagyforgalmú járóbetegrendelésünkre néha halmozódva jönnek a *spasmus nutans*-esetek, még 1909-ben pontosan észlelni kezdtük ilyen betegeinket, főleg a *Raudnitz*-féle gondolatmenet szemmel-tartásával. Tapasztalataink szerint, melyeket részint a betegek lakásán személyes megtekintés útján, részint a szülők ez irányú pontos kikérdezésével szereztünk, általánosságban hozzájárulhatunk *Raudnitz* felfogásához, hogy a *spasmus nutans* kóroktanában kétségkívül fontos szerepet játszik a sötét lakás, mert nem lehet véletlenség, hogy betegeink nagy része hosszabb ideig abszolút sötét lakásban élt s hogy úgyszólván mindig tavasz felé, a sötét téli hónapok után jelentkezik e betegség.

Ezzel szemben azonban a betegek egy része állandóan teljesen jó világítású lakásban tartózkodott és ez eseteket sehogysé tudtuk megmagyarázni még az úgynevezett belső momentumokkal sem, melyek közül elsősorban az angolkórt vették fel, mert ezen betegeink a *spasmus*-os tüneteken kívül teljesen egészségesek voltak. Nagy érdeklődéssel és örömmel olvastuk mindezek után *Pawlow*-nak, *Krasnogorski*-nak, majd *Czerny*-nek s *Ibrahim*-nak a közvetett reflexről szóló fontos észleleteit s a hozzájuk fűzött magyarázatot.

Mert mint alábbi fejtegetéseinkből kivehető, nézetünk szerint leghelyesebb, ha a *spasmus nutans*-t szintén kóros közvetett reflexnek tekintjük. Csak így tudjuk ugyanis egysegesen megmagyarázni a *spasmus nutans* keletkezését sötét és világos lakás mellett egyaránt. Kiemeljük főleg azt, hogy nem a lakás sötét voltában van a főoka a *spasmus* keletkezésének, hanem abban, hogy a gyermek kénytelen bizonyos okokból *forszirozottan beidegezni a fejmozgató izmait*. Erre legtöbb alkalom van a már *Raudnitz* által föltételezett sötét lakásban, ha a gyermekek úgy feküdtek, hogy ha a fényforrás felé akartak nézni, *forszirozott működést* kellett kifejteni a nyakizmokban. *Ugyanezen helyzet beállhat azonban teljesen világos lakás mellett oly esetben, ha a gyermek állandó fekvőhelyéről folytonosan valamely csillogó tárgy, pl. tükör felé iparkodik fordítani tekintetét, avagy pl. hangforrás felé (óraketyegés) fordulni.* Az így állandóan túlerőltetett fejmozgató izmokban rendellenes beidegzések történnek, melyeknek gyakori ismétlődése folytán a közvetett izgalommal (fény, hang) kapcsolatban fejlődik kóros közvetett reflexként az állandó *spasmus*-os mozgás. Hogy ez csakugyan így van, abból látszik, hogy ezen *rhythmusos mozgások* alvás közben szünetelnek s főleg akkor jelentkeznek, ha a gyermek fixálni akar, illetve ha ezen kimerült s helytelenül beidegzett izmait működtetni akarja, akkor túllő a célon s egyszerű működés (oldalfordulás vagy fixálás) helyett görcsös *rhythmusos mozgást* végez.

A nystagmust vagy a szemizmok túlerőltetésével lehet magyarázni, vagy azzal, hogy az csak másodlagos tünete a *spasmus nutans*-nak s azért jön létre, mert a folytonos fejmozgás következtében a retina nem kap éles képeket és így a szem hajlamos a képeknek a retinán való eltolódását, mely a fejforgatáskor beáll, legalább részben saját mozgásaival kompenzálni.

Hogy ezen magyarázat valószínű, abból is látható, hogy *Högyes*⁸ az asszociált szemmozgások idegmechanismusának tanulmányozása alkalmával azt látta, hogy valahányszor a tengeri nyúl feje nyugalmi helyzetéből a horizontalis, median vagy frontális síkban körmozgást tett, mindannyiszor kétoldali nystagmus állott be. Hogy ily utónystagmus emberen is előfordul, arra *Mach* és *Mulder* azon tapasztalatai mutatnak, hogy ha az ember kellő gyorsaságú és számú *activ* vagy *passiv* körforgás közben hirtelen megáll, azt érzi, hogy szemei a forgás irányában tovább akarnak mozogni.

Lehetséges, hogy az említettek analogiájára a *spasmus nutans*-t jellemző fejmozgások másodlagosan nystagmust, mint utómozgást tudnak előidézni. E mellett látszik szólni az, hogy a nystagmust csakugyan akkor látjuk legkifejezettebben, ha a fejet fixáljuk, illetve mozgásaiban akadályozzuk.

Ismételve tehát véleményünket, azt hisszük, hogy a spasmus nutans minden esetében kóros közvetett reflex-szel van dolgunk, melynek okát a csecsemő környezetében levő oly momentumokban (hiányos fényforrás, csillogó tárgy, hang stb.) mint közvetett izgalomban kell keresnünk, melyek a fejmozgató izmoknak kifáradását, rhythmusos mozgásokban nyilvánuló hosszantartó kóros beidegzését vonták maguk után másodlagos nystagmus-szal.

A kisvárdai vármegyei közkórház sebészi osztályáról.

Több okból egy időben keletkezett ileus-esetekről.

Irta: *Balog Artur* dr., műtőfőorvos.

Ismeretes, hogy ileust okozhat a hasban levő lobos folyamat, daganat, mechanikai akadály, esetleg idegen test vagy bélparesis. Ezen okok néha a véletlen folytán vagy pedig egymást előidézve előfordulhatnak egymás mellett is, a mikor a legpontosabb vizsgálat alapján felállított diagnózis dacára is meglepetések érik a műtőt és előre elkészített tervét teljesen megváltoztatják. Ennek ma nem volna szabad előfordulnia, a mikor nemcsak tapintással és a régi primitív vizsgálati módszerek segítségével állítjuk fel a diagnózist, hanem a vér, a vizelet, a hányadék és egyéb váladékok megvizsgálásával. Talán közelebb is jutnánk a diagnózishoz,

⁶ Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1897, 45. köt.

⁸ Az asszociált szemmozgások mechanizmusáról, 1881.

ha a beteg nem volna a szemünk előtt és csak a váladékok kémiai, mikroskopi stb. vizsgálatának eredményét látnók, de a beteget figyelve, senki sem hagyja magát vérsejtszám vagy indicantartalom által vezetni akkor, mikor az ileus gyors beavatkozást kíván. Ilyen esetekben mégis a beteg keltette összbnyomás vezet és a feszes hasat meg a bélsárhányást éppen úgy legfontosabb jelenségnek tartjuk, mint akár a XVIII. század, vagy még régiebb századok orvosai. A legtöbb esetben a műtét sokkal előbb készen van, mint a diagnostikai vizsgálatok sorozata, a beavatkozás pedig ma sokszor kisebb kockázatot, mint a vizsgálati eredmények megvárása.

Felsorolandó eseteim egyikében az ileus egyik oka appendicitis volt, és bár — a később kiderült anamnesis — ebbe az irányba terelhetett volna a diagnózis, a kezelő orvos oly határozottan tagadta az erre valló tüneteket, hogy készséggel nyugodtam meg az ileus okát illetőleg, mikor egy tojáshíj kizárt jobboldali lágyéksérvet találtam.

Az eset előzményei a beteg későbbi előadása szerint: Négy hét előtt lázzal, hányással, székrekedéssel kezdődött a betegség, hasa puffadt volt, az alhas jobb oldalán fájdalmas. Kezelőorvosa gastritist diagnoskál! Kezelésre a beteg lassan javul, felkél és lábbadozó betegként viselkedik. Keveset táplálkozik, igen gyenge, hőmérsékét nem mérik. 1913 október 25.-én este hirtelen rosszabbul lesz, hasa feltűnően puffadt, székrekedés. Másnap, október 26.-án hívnak a beteghez, kinek orvosa aznap délelőtt 65 gramm ricinust adatott be a székrekedés ellen!

A legyengült, bevont nyelvű, rossz pulzusú, 53 éves férfibeteg hasa igen puffadt, kiterjedten feszes. A jobb lágyékhajlatban tojáshíj kizárt sérv. Bár a has puffadtsága sokkal nagyobb volt, mint egy 20 órás sérvkizárádásnál lenni szokott, nem volt semmi támpont arra, hogy más okot is keressék, mert kezelő orvosa a fentebb leírt anamnesist úgy mondta el, hogy az általa felállított gastritist diagnosist felelt meg. A sérv operációját rövid idő múlva megkezdtem. A sérvtartalom kizárt és elhalt cseplesz volt. A sérvkapu felnyitása után, mikor a csepleszt az elhalt rész amputációja céljából előhúztam, a hasból nagy mennyiségű geny ürült. A sérvkapu átbenyúlva, a coecum körül összenövés volt tapintható. Herniolaparotomiával folytatva a műtétet, a vakbél körül fibrinosus összenövés nagy tömege található, mely az appendixet elrejt. Az összenövés bolygatása a sok geny miatt nem látszott célszerűnek, a miért a hasat, a mennyire lehetséges volt, kitöröltem és a sebnek néhány öltéssel való szűkítése után úgy a hasfali, valamint az eredeti sérvműtét seben át megdraineztem. A beteg állapota rohamosan javult, közérzete jó, bélműködése beöntésre megindul, a hőemelkedések subfebrilisek. A 6. napon váratlanul a hasfali seb felső zugában, a hová a draincső közel sem jutott, a jodoformgázetampon bélsártól szennyeződött és ennek eltávolítása után a seb felső zugából ürült a bélsár. A bélsár a colon tartalmának felelt meg. Másnapra már valóságos anus praeternaturalis képződött. A beteg ettől kezdve gyenge, szív működése szapora, a 8. napon a jobb lábszáron embolus keletkezik, hypostasis tünetei jelentkeznek és a 12. napon exitus. A colon kilyukadását, mivel a draincső nem ért oda, nem okozhatta decubitus, hanem valószínűleg az, hogy a geny gyulladás rontotta a bétfal tápláltságát és necrosist okozott.

Az eset érdekességét az appendicitisnek a sérvvel való különös complicatioja adja. Az appendicitis és sérv leggyakrabban leírt combinatioja az, hogy a sérvben van az appendix és ez a változott anatómiai helyzet okozza a processus vermiformis lobját, a mi a lobos térfogatnagyságódás révén a sérv kizárádásához vezet. Másik szokottabb eset az, hogy a szintén a sérvben lévő appendix a sérv elsőleges kizárádása révén lobosodik meg. Jelen esetemben az ileust okozó két bántalom egymástól teljesen különállónak látszik. A beteg állítása szerint gyermekkorában volt baloldalon lágyéksérve, ez azonban begyógyult, jobb oldalon állítólag azelőtt sohasem volt sérve. Ha a betegnek azelőtt lett volna jobboldali szabad lágyéksérve, akkor a két bántalom egymásból való

származására lehetne magyarázatot találni. Akkor ugyanis feltehető volna, hogy a meglevő szabad sérvben lévő cseplesz, a hasüri (appendicitis okozta) lobosodás miatt per contiguitatem, térfogatában megnagyobbodva kizáródott. Ezt azonban nem tehetjük fel, mert úgy a beteg, mint a hozzátartozói tagadták a jobboldali sérv azelőtti fennállását.

Az appendicitisnek a sérvben való előfordulásán kívül aránylag gyakoribb combinatioja az, hogy a női genitáliák lobja kíséri, a mely per contiguitatem keletkezik. Ezenkívül egy pár igen ritka complicatio van az irodalomban felemlítve. Így *Mauclair* és *Amaudont* (Archiv. génér. de chir., 1912) esetében az appendicitisről a genyedés a psoasra terjedt és halálos psoastályogot idézett elő. Egy másik igen ritka és igen súlyos complicatio *Djakonov* esetében volt: az appendicitisről a genyedés a jobb ureterre és vesére terjedt át.

A második komplikált ileus-eset 16 éves leány, a ki három napja szenved az ileus összes tüneteiben, bélsárhányása is van. Felvételekor, 1913 november 25.-én, a rendkívül puffadt, feszes hason, a köldökön, genycesepp látható. Szülői előadása szerint hét évvel ezelőtt hasonló betegségben szenvedett és a köldökből akkor is geny ürült. Ez vezetett a diagnózis felállításakor a *ductus omphalomesentericus persistens* gyuladása felvételére.

Median laparotomia a köldök teljes kiirtásával. A hasban csakugyan találunk egy lobos, centralisan obliterált, a bőr felé cystásan kitágult és genyvel telt *ductus omphalomesentericus*. A bélbe való torkolása nem követhető pontosan, mert körülötte a belek kibogozhatatlan conglomeratumra nőttek össze a régi lobosodás alkalmával. Nagyfokú peritonitis. A szálagos bélösszenövés a colont és a coecumot is takarják. A köldök körüli tömeges bélösszenövés distalis részéről egy cystás, perforált képlet lóg le a jobb medenczefélbe, a mely cystásan kitágult és perforált appendix benyomását kelti. Ennek kocsánya sem követhető végig a szálagos összenövések miatt. Az összenövés alkotta bélcsoporttól balra és felfelé a bal epigastriális tájék medialis szélén egy hegyes-szögű szálagos összenövés okozta szögletű törés van a bélen (Darmabknickung). Ez a többi bélösszenövéstől izolált, teljesen átjárhatatlan, a hozzávezető kacs kitágult. Itt tehát három olyan ok van, a mely ileust okoz.

Bár a peritonitis súlyos foka minden további beavatkozást contraindikál, mégis nehéz lett volna a beteget egy geny *ductus omphalomesentericus*-sal, egy perforált appendix-szel s egy átjárhatatlan bélmegettöréssel sorsára bízni; ezért elhatároztam a beavatkozást, reszekáltam a *ductus omphalomesentericus*-t, az appendixet, a csonkokat az összenőtt bélfalakkal peritonizáltam és a szögletbe törött belet egészen reszekáltam end to end anastomosissal. A mint várható is volt, a varratok nem tartottak a súlyosan peritonitises bélfalakon és ezért már másnap súlyos bélsipolyok voltak. Azonban a peritonitis pár nap alatt elmúlt és a beteg a vékonybél sipolyai dacára gyarapodni kezdett.

Az appendixnek imponáló képlet kórszövettani vizsgálata (*Zacher P.*) azt mutatta, hogy az nem bél, hanem gümős mirigy, melynek közepe ellágyult és a peritonealis boríték átfúródása helyén kiürült.

A beteg további sorsa az volt, hogy kórházunkban fekvő 8 hónapig, miközben a bélsár-sipolyok zárása céljából háromszor végeztem rajta laparotomiát, de minden sipolyát nem sikerült zárni. Az utolsó műtét 1914. április 18.-án történt, a mikor a belek között és a bélfalakon igen nagymennyiségű és különböző nagyságú nyirokmirigyeket találtunk. Sipolyai ekkor sem záródtak mind. A súlyosan kifejlődött gümőkör miatt a további műtét beavatkozásáról lemondtam és folyó évi június hó elején hozzátartozói a kórházból kivitték a beteget.

Az eset érdekessége a többszörös ileus-okokban rejlik. A 7 év előtti peritonitistől fennmaradt nagyfokú összenövés már meglehetősen súlyos helyzetet okoztak, ezt fokozta az újabb peritonitis, melynek eredete nem bizonyos. Nem lehetett eldönteni, hogy a peritonitist a *ductus omphalomesentericus*

recidiváló gyulladás, vagy a gümös mirigy átfuródása okozta elsődlegesen. Bármelyik volt az elsődleges ok, a peritonitis már előidézhette akár a ductus omphalomesentericus újabb gyulladását, akár a gümös mirigy perforációját. Ugyancsak a peritonitis okolható azzal, hogy a tömeges bélösszenövésből külön álló kisebb összenövésből átjárhatatlan bélmegettörést (Darmabknickung) létesített a lobos intumescencia révén. Ennek ellene szól azonban az, hogy a bélmegettöréshez odavezető kacs ki volt tágulva. Tehát nem lehetetlen, hogy az egész betegség kiinduló pontja az volt, hogy a szálagos összenövés heges zsugorodás révén lett hegyes szögű, átjárhatatlan bélmegettöréssé és ez okozta a peritonitist. Mindenesetre az eset ritka complicatio. A ductus omphalomesentericus, de inkább ennek magasabb fejlődési foka, a Meckel-féle diverticulum, mint ileust és peritonitist okozó tényező már többször fordult elő. J. Sil (ref. Zentr. f. Chir. 1910.) leír egy esetet, a hol Meckel-féle diverticulum és perforált appendicitis volt együtt. Guibé (Press. Medic. 1913.) leír oly esetet, a hol a Meckel-féle diverticulum lobja a szomszéd szervek gyulladásából keletkezett. Lobmayer (Orvosi Hetilap 1912) oly esetet említ, a melyikben a Meckel-féle diverticulum czombsérvtben volt incarcerálódva. A felsorolt esetekből úgy látszik, hogy a Meckel-féle gurdély gyulladása aránylag gyakran jár más hasúri szerv gyulladásának a complicatiójával.

Erre a következtetésre jutott Mauclair és Druay (Archiv génér. de chir. 1909); ők több hasonló esetet írnak le és végül azt a következtetést vonják le, hogy a Meckel-féle diverticulum betegsége esetén mindig meg kell nézni a féregnyújtványt is.

A harmadik eset 24 éves férfi kilencz napos kizárt baloldali lágyéksérve. A mint előre is várható volt, a tömlőben necrosisos belet találtunk. E miatt laparotomia útján side to side anastomosist készítettem az oda- és elvezető kacs között. Az anastomosis elkészítése után feltűnt, hogy az elvezető kacs nem mobilis és a serosája lobos. Mobilizálási kísérletek közben a medenczéből váratlanul bélsár tör elő; benyúlva, a recessus intersigmoideusban egy 15 cm. hosszú bélkacsot találók kizáródva, melynek a bélfodorral szemben levő részén 5 cm. hosszú csikban a bélfal necrosisos és egy helyen megnyílt. Ez okozta, hogy az anastomosis után az elvezető kacs nem volt kihúzható. Ez a külső kizáródástól mintegy 40 centiméternyire van. Újabb resectio, melyben az előbb készített anastomosis is benn van, és side to side anastomosis Murphy-gomb segítségével. A has kimosása és kitörése. A beteg másnap peritonitisben meghalt.

Ez az eset ritkább véletlen, a belső incarceratiók különben sem gyakoriak, de külső sérvtel kombinálódva különösen ritkák. Igen súlyos complicatio, mert könnyen elkerüli a figyelmet. Ha ez az eset a kizáródás második napján jön, akkor megoldottam volna inguinalis úton a kizáródást, reponáltam volna az akkor még valószínűleg életképes belet és befejeztem volna a műtétet a nélkül, hogy a belső incarceratio létezéséről tudtam volna. Ilyen esetben egy második műtét, laparotomia válik szükségessé, a melyre még ha el is szánja magát a műtő, már a legjobb esetben is a kizáródás 5. vagy 6. napján történik, a mikor a kilátások már mindig kedvezőtlenek.

A felsorolt esetek arról a fennebb említett tanulásról győznek meg, hogy az ileus-esetek műtétekor érhetik a műtőt meglepetések, a melyeket előre a legtöbbször sejtteni sem lehet és a melyek az amúgy is veszélyes kórképet meglehetősen súlyossá teszik.

A diphtheria és a vörheny epidemiológiájához.

Irta: Szontagh Felix dr., egyet. rk. tanár.

(Vége.)

A return cases tüneténye valóságos experimentum crucisnak volna minősíthető arra a célra, hogy a contagiositas hívei végre valahára a vörheny lappangási szakát meg tudják állapítani. Mert csak természetes, ha valaki a tünetényt a contagiositas bizonyítékának minősíti, kell, hogy a tünetény-

ből egyszersmind a lappangás tartamára következtessen. Más-különbén nincsen semmi értelme a tünetény megállapításának. Már pedig a következtetésnek aképpen kell hangzania, hogy a vörheny lappangási időszaka igen tág határok között, például 1—27 nap között ingadozhatik, a mi egymagában is lehetetlenség. Most más következtetés nem lehet, mint az, hogy a lappangási szaknak ingadoznia kell olyan variációkban, a minő variációkban a return cases tüneténye előfordul. A logice levont következtetés már egymagában megdönti az egész tüneténynek bizonyító erejét.

A dolog ellenkezőleg áll. A return cases tüneténye egyszerűen annyit mond, sem többet, sem kevesebbet, hogy a vörheny olyan betegség, mely családokban való jelentkezésében absolute semmiféle typust sem mutat. A vörheny családokban való időbeli jelentkezésében annyiféle variációt tűnethet fel, a hányféle variációt a mathesis alapján a valószínűségi törvény megenged. Mutathat tehát pl. olyan variációkat is, melyek a contagiositas feltételezésének általában, s mutathat olyan variációkat is, melyek nevezetesen a return cases bizonyító erejének látszanak kedvezni.

Ebben a tekintetben óriási a különbség a vörheny és a kanyaró között. A kanyaró családokban két cyclusban zajlik le, mely két cyclus között 11—14 nap múlik el. Ez a 11—14 napra terjedő időköz által egymástól elválasztott két cyclus annyira praegnans, hogy szinte törvényszerűnek minősíthető, a miért is az inductiv gondolkodás fel van jogosítva a következő két ténynek a megállapítására:

1. A kanyaró olyan betegség, a mely egyszerűen a contagiositas révén terjed emberről-emberre.
2. A kanyaró lappangási szaka 11—14 nap között ingadozik.

Ellenben a vörhenynek családokban, intézetekben stb. jelentkezésében semmiféle typus avagy szabály nem ismerhető fel, a miből magától következik, hogy nem is terjedhet egyszerűen a contagiositas révén emberről-emberre.

Eppen ezért jelentkezésében számtalan olyan esély képzelhető és van is, a mely a contagiositas látszatának általában s speciell a return cases tünetényének is kedvezni látszik s képzelhető evvel szemben számtalan olyan változat is, a mely a vörheny contagiositása ellen bizonyít. Természetes, hogy az utóbbi változatokat csak az látja meg s jelentőségüket csak az értékeli, a ki a contagiositas nagy horderejű problémájában az inductiv, nem pedig a deductiv gondolkodás alapjára helyezkedik.

Az inductiv gondolkodás a return cases tünetényében nem lát feltűnőt és így nem láthatja meg a tünetényben annak a bizonyítékát, hogy reconvalescensek is terjeszthetik a vörhenyt. Az inductiv gondolkodás a return cases tünetényében annyit lát, a mennyit az elfogulatlan empiria kell, hogy benne meglásson; azt t. i., hogy a vörheny nem lévén contagiosus betegség, családokban, intézetekben való jelentkezésében minden, a valószínűségi törvény értelmében elképzelhető változatot mutathat.

Azonban, ha mindezek dacára még mindig volnának, kiket nem sikerült meggyőzni, hogy a reconvalescens nem terjeszt vörhenyt, még másféle érvek is állanak rendelkezésre.

A vörheny morbiditási görbéje azt mondja, hogy a vörheny nem lehet contagiosus betegség, mert a szorgalmi szak nem szökteti fel a morbiditást. Pedig, ha a reconvalescensek terjesztenék a vörhenyt, elsősorban is az iskolában kellene megtenniök. Ezzel szemben a vörheny morbiditási görbéje matematikai biztossággal hirdeti, hogy az iskola, a szorgalmi szak nem terjeszti a vörhenyt, a mivel egyszersmind megczáfolja azt a suppositiót is, hogy a reconvalescensek terjesztik a vörhenyt. A vörhenymorbiditásnak jellegzetes görbéje egymaga is lerontja a return cases tüneténynek bizonyító erejét.

Halle városában Drigalski tisztiorvos és Peters iskola-orvos négy éven keresztül fáradozott azon, hogy minden egyes gyógyult vörhenybetegét szorgos figyelemmel kövessen, vajjon a reconvalescencia szakában nem ragályozták-e tanuló-

társaikat. 1102 vörhenyeset részéről egyetlen egy ízben sem történt ragályozás, sőt ennek gyanúja sem forgott fenn. Pedig több ízben megesett, hogy orvosi segítségben nem is részesített, lemezesen hámoló gyermekek napokon át jártak az iskolába, addig t. i., míg az osztály főnöke az iskolaorvoshoz utasította őket, de az egészséges tanulókra még ebből sem háramlott kár.

Drigalski kénytelen odakövetkeztetni, hogy a vörhenyből gyógyult tanulók az iskolára nem veszélyesek, Peters pedig már egyenesen követeli, hogy a vörhenyreconvalescenseknél tekintsenek el a szigorú óvrendszabályoktól.

A „Heimkehrfälle“ látszólagos talányszerűségének a magyarázatához megadja tehát a kulcsot az az egyszerű tapasztalati tény is, hogy a reconvalescens nem terjeszt vörhenyt sehol sem, tehát az iskolában sem, csak látszik terjesztetni a vörhenyt, de csakis a saját családjában. Ennek a látszatnak, mint bizonyítottuk, egyszerű a magyarázata; abban keresendő, hogy a vörheny, éppen azért, mert nem contagiosus betegség, időbeni jelentkezését tekintve, családokban, intézetekben stb. minden variációban felléphet.

A return cases tüneteinek tehát éppen az ellenkezőjét bizonyítja annak, a mit vele bizonyítani akartak.

Visszatérve már most a diphtheriára, nyugodt lélekkel mondhatni, hogy nincsen természettudományi alapon szolgáltatott érv, és nincsen tapasztalati alapon nyugvó bizonyíték arra, hogy a reconvalescensek avagy bacillusgazdák terjesztenék a diphtheriát.

A diphtheria morbiditási görbéje megcáfolja a suppositiót, hogy a diphtheria akár egyszerűen a contagiositas, akár pedig a contact infectio révén terjedne emberről-emberre, s megcáfolja természetesen azt a suppositiót is, hogy reconvalescensek avagy bacillusgazdák terjesztenék a diphtheriát. Ezt elsősorban is az iskolában kellene tenniük, már pedig arról győződünk meg, hogy az iskolában absolute nem terjeszti a diphtheriát.

És most itt az ideje és itt a helye, hogy szembenézzünk annak a szerfelett súlyos vádnak, hogy a kórházak, illetve ezek fertőzőbetegosztályai a legfőbb „ragályterjesztők“.

Monthogy sem a vörheny, sem pedig a diphtheria nem propagáltatik a contagiositas révén, s minthogy sem a reconvalescensek, sem pedig a bacillusgazdák nem terjesztik a vörhenyt, illetve a diphtheriát, ezt a vádat, mely ha igaz volna, valóban rettenetesen lesújtó volna, a vörhenyre és a diphtheriára vonatkozólag nyugodt lelkiismerettel vissza lehet utasítani. Mondom nyugodt lelkiismerettel, legalább a magam részéről. Mert ha legkisebb kétségem volna, nem tudnám lelkiismeretemmel összeegyeztetni, hogy továbbra is olyan intézménynek az élén megmaradjak, a melyből nemcsak hogy haszon nem, de kár is háramlik.

Tizenhat éve, hogy vezetem a székesfővárosi új Szt. János-kórháznak 2 (fertőző és nem fertőző) pavillonból álló gyermekosztályát. 16 év alatt — szívesen megengedem, hogy sors bona et nihil aliud — a nem fertőző pavillonban igazán vajmi ritkán fordultak elő diphtheria-megbetegedések, még pedig mindenkor sporadice, sohasem halmozottan.

Vörheny-megbetegedések már valamivel nagyobb számban fordultak elő, még pedig leginkább olyan időben, a melyben a városban magában is nagyobb volt a vörheny-morbiditás. De itt egy felöltő különbség mutatkozik a belső betegségekben és a sebészi betegségekben szenvedő gyermekek osztálya között. A sebészi betegek osztályán sokkalta többször fordul elő vörheny-megbetegedés, mint a belső betegségekben szenvedő gyermekek osztályán, még pedig az esetek óriási többségében műtét beavatkozások után. Ez a tapasztalat megerősíti vörhenyelméletem helyességét: az operatív beavatkozás a specifice disponált, sensibilizált szervezetben kiváltja a vörhenyreactiót.

A fertőzőes pavillonban, a hol kanyaró-, diphtheria- és vörhenybetegek gyógyíttatnak, a vörhenybetegek osztályán diphtheriamegbetegedés szerfelett ritkán fordult elő; már vala-

mivel gyakrabban fordult elő, a mi természetes, a kanyaró-betegek osztályán.

Vörhenymegbetegedés a kanyaróbetegek osztályán aránylag ritka, ellenben már nem olyan, fájdalom, a diphtheria-betegek osztályán. Ugy láttam, hogy itt aránylag éppen olyan gyakori, mint a nem fertőzőes pavillonban a sebészi betegek osztályán. Diphtheriabetegeken a seruminjectio váltja ki a vörhenyreactiót.

A mi már most a kanyarót illeti, ezen betegségtől legnagyobb elővigyázat mellett sem tudjuk a gondozásunkra bízott gyermekeket megóvni. Sajnos, ez ennek a betegségnek a természetében rejlik.

A nem fertőzőes betegek pavillonjában 16 év alatt talán mindössze 3 nagyobb kiterjedésű kanyarójárványt kellett elszenvetnünk.

A fertőzőes betegek pavillonjában a diphtheria-osztályon nem volt még kanyarójárványunk, de volt két ízben kiterjedtebb kanyaró-endemiánk a vörhenybetegek osztályán. Dolgozataimban már többször utaltam arra, hogy a vörhenyt követő kanyaró, igen ritka esetekben ugyan, de vészes lefolyású lehet.

Osztályomon nem vonjuk le, és ezt megtenni tiltja elsősorban a törvény, a vörhenyre és a diphtheriára vonatkozólag az én fölfogásomnak a consequentiáit.

Ellenkezőleg: megteszszük mindazt, a mit a tudomány ma még előír, a mi csak szóba jöhet és lehetséges. De ha mindezeket meg nem tennők, még az esetben is nyugodt lelkiismerettel állítanám, hogy a két pavillonban előfordult diphtheria- és vörhenymegbetegedésekért sem mi, sem pedig osztályom berendezése nem vagyunk felelősségre vonhatók. Épp így nyugodt lelkiismerettel állítom, hogy az osztály nem terjeszt diphtheriát avagy vörhenyt kifelé sem.

Ezt a megnyugtató, ezt a boldogító érzést köszönöm annak az immár megdönthetetlen meggyőződésből fakadó tudatnak, hogy sem a diphtheria, sem a vörheny nem tartozik a contagiositas révén terjedő betegségek csoportjába.

A kanyaróról kétségtelenül áll, a mi ma még hihetetlennek hangzik, hogy ritka esetekben autochton úton is, tehát a contagiositas elkerülésével, keletkezik. Igen ritka esetekben autochton eredésű kanyaró-megbetegedések vezethetnek kórházi kanyaró-endemiákra. Legtöbbször azonban a kórházi kanyaróendemiák behurczolt esetekből indulnak ki. Legtöbbször az esik meg, hogy az osztályra hozott valamely más betegségben szenvedő gyermek, a mit nem tudhattunk előre, kanyaróban betegszik meg, vagyis, hogy a kanyaró incubatiós szakában került az osztályra. De megeshetik az is, hogy a prodromalis szakban kerül az osztályra, ha a prodromalis tünetek nem ismertetnek föl a jelentőségükben; megeshetik például az is, hogy téves diagnosis alapján kanyaróban szenvedő gyermek kerül vörhenybetegek közzé. Errare humanum est!

Épp így megeshetik például az is, hogy az osztályról gyógyultan hazabocsátott gyermek otthon megbetegszik kanyaróban és így otthon, de esetleg másutt is, terjesztheti a kanyarót. Későn vettük észre, előbb nem vehettük észre, hogy az osztályon szerzett volt kanyarót. Ezek olyan esélyek, melyek ellen, a kanyaró természeténél fogva sohasem fogunk védekezhetni.

Kanyarót tehát a kórház is terjeszthet, befelé és kifelé. Mégis nem hiszem, hogy van orvos, a ki a kanyaróra és más contagiosus bántalmakra való tekintettel ellene van a gyermek-kórházak és osztályok máskülönbén áldásdús intézményének.

Egészen más kérdés azonban, ha a vörheny valóban nem contagiosus betegség, szabad-e, elsősorban is a kanyaróban való esetleges megbetegedésre való tekintettel, vörhenybetegeket kórtermekbe együvé gyűjteni? Hiszen ismételt hangsúlyoztam, s hangsúlyozom most is, hogy a vörhenyt követő kanyaró sokszor milyen rosszindulatú, vészes befolyású lehet!

Ha ezt figyelemre méltatjuk és szívünkre vesszük, s ha a kérdést így állítjuk fel, nem hihetem, hogy legyen orvos, a ki e kérdés felett gondolkodóba ne esnék. Engem ez a kérdés, a mióta a vörhenyproblemában — meggyőződéseim sugallja — tisztán látok, állandóan foglalkoztat, állandóan nyugtalanítja lelkiületemet.

A mint a mindennapi tapasztalat is megerősíti, a vörhenybeteg kórházban való elkülönítésének, mint óvórendszabálynak, nincsen eredménye. Ez az óvórendszabály nem volt befolyással a morbiditásnak — csak meg kell látni — törvényszerű menetére. Ezt végre valahára itt Budapesten rajtam kívül mások is meglátták, de a magyarázatát, természetét, másutt keresik. S meglátták, bár perhorreskálják, illetve nem is tartják érdemesnek az új fölfogást, az új elméletet figyelemre méltatni.

Ha a vörhenybeteg kórházban való elkülönítésének az általános prophylaxis céljából nincsen is eredménye, mégis kérdés, nincsen-e jogosultsága az egyéni prophylaxis szempontjából? Megvan, úgy hiszem, mert a kérdés eldöntése távolról sem könnyű. Részemről így állítanám fel a mérleget: ha mind az a vörhenybeteg, ki otthon nem részesül kellő ápolásban, ellenőrzésben stb., kórházba kerül, úgy ennek a betegségnek esetleges szövődményei, u. n. utóbajai — nephritis, otitis és ennek szövődményei stb. — inkább elkerülhetők, megelőzhetők, mintha a gyermek otthon marad, kellő gondozás stb. nélkül. Elvégre is a kanyaró-endemia a vörhenybeteg osztályán mégis csak ritka vendég, s még ritkább, hogy vörhenybeteg pusztuljon el kanyaróban, bár mint említém, nagyon is nem szívesen látott jelenség, ha a vörhenyt rögtön követi kanyaró.

A közegészségügyre az én mérlegeléseim értelmében nagyobb haszon származik, ha az arra szoruló vörhenybeteg kórházban gyógyítjuk, mintsem ha otthon hagyjuk, a mikor is kellő ápolásban, gondozásban stb. nem részesítik.

Fokozottabb mérvben áll ez a diphtheriára. Ennek a gégében lokalizált alakja, a gégecroup, a legtöbb esetben otthon ma már aligha gyógyítható. A diphtheriában azonban előáll az a rendkívül fontos kérdés, hogy a ma divó serumtherapia valóban mire képes? Mert ha igaz az, hogy a seruminjectio már egymagában is tud az erre sensibilizált szervezetben vörhenyreakciót kiváltani, kérdés, valóban jogosult-e a diphtheriás beteget azon az áron gyógyítani, hogy rajta — esetleg — egy másik, talán még súlyosabb betegséget idézünk elő.

A mérleg felállítása valóban nem könnyű. Részemről a következőkben állapodtam meg: a betegágyon tett tapasztalataim értelmében a ma divó serumtherapia — hogy ez a terapia valóban antitoxinos, s így specifikus-e ennek a kérdésnek a fejtegetését itt mellőzöm — több hasznot hoz, mintsem kárt okoz, miért is ezt a terapiát fenntartandónak minősítem.

A diphtheriás és gégecroupos betegek kórházba való küldésének és kórházban való gyógyításának a közegészségügy szempontjából nagy haszna van, kára pedig bizonyára nincsen.

Minthogy azonban a mindennapi tapasztalat és a diphtheria epidemiológiája kétségtelenné teszi, hogy ez a betegség nem sorozható azoknak a betegségeknek a csoportjába, melyek egyszerűen a contagiositas útján terjednek emberről-emberre, és nem sorozható azoknak a betegségeknek a csoportjába sem, melyek a contactinfectio révén betegítik meg az embereket, előáll az a rendkívül fontos következtetés, hogy a diphtheria pathogenesise is az orvostudománynak megoldatlan problémái közé tartozik. Vajon ki az, a ki meg tudná mondani, hogy valaki milyen feltételek között betegszik meg diphtheriában avagy gégecroupban?

A diphtheria hirtelen támadása, pl. fulminansan lefolyó laryngo-tracheo-bronchitis crouposa alakjában, csakis hirtelen keletkezett dispositio-sensibilisatio feltételezésével magyarázható meg. S miképpen fejtsük meg, hogy, ha a sensibilisatio bekövetkezett, a diphtheriát előidéző bacteriumok — bacillusok és streptococcusok — rögtön ott teremnek? Egy fulminansan

lefoló, plane felhágó croup esetében más út, mint a haematogen út, elképzelhetetlen. Mentől behatóbban igyekezünk a problémába mélyedni, annál jobban bukkanunk rejtélyekre!

Gyakorlatilag véve a dolgot, a diphtheriát előidéző organismusok ubiquitaer élő szervezetek kell hogy legyenek. A bakteriologia itt is a legnehezebb problémák egyikével áll szemben. De az ő feladata, kutatni és megállapítani, hogy a diphtheriát előidéző élő szervezetek milyen módon és milyen utakon jutnak a szervezetbe. Azonban a gyakorlat szempontjából ez mindenképpen alárendelt jelentőségű feladat.

Az empiriának, az észlelésnek a mindennapi életben és a betegágyon és az erre állapított experimentalis bűvárkodásnak jut az az óriási jelentőségű feladat osztályrészül, ki-kutatni és megállapítani azokat a feltételeket, a melyek között az élő szervezetek kifejthetik pathogen hatásukat. A gyakorlat, az eredményes prophylaxis szempontjából ez a fontos, ez a lényeges.

Mert — ismét mondanom kell, hogy sit venia verbo — azt a primitív felfogást, hogy a diphtheria úgy terjed emberről-emberre, akár a contact infectio segítségével, akár a contagiositas révén — ezt az utóbbi suppositiót a „Tröpfcheninfection és Inhalation“ elmélettel igyekeznek plausibilissé tenni —, mint a hogyan a kanyaró terjed emberről-emberre, avagy pláne, hogy reconvalescensek és bacillushordozók terjesztenek egyenesen diphtheriát avagy gégecroupot, az életben tett tapasztalatok sehogysem igazolják, a diphtheria morbiditási görbéje pedig fényesen megcáfolja. Semmi kétség: mi csak azt látjuk, hogy az életben tett tapasztalatok és a diphtheria epidemiológiájának tanúságai között egyrészt, és a tudományban ma divó tanok között másrészt mély szakadék, be nem töltött ür tátong, a melynek az áthidalására ezek a szerfelett törekeny mankók sántikáló elméletek elégtelenek.

A diphtheriaprobléma is világosan meglátszik, hogy a kizárólagosan aetiologiai, vagy mondjuk exogen gondolkodás egymagában nem elégséges a diphtheria pathogenesisének a megfejtéséhez. Bizonyos tehát, hogy a diphtheria problémájának a megoldását conditionalis, vagy mondjuk endogen gondolkodás alapján kell megkísérlelnünk.

Az endogen gondolkodás alapján a bűvárkodás kifürkészi majdan a dispositiónak általában és a hirtelen beállott dispositiónak, a sensibilisatióknak is a lényegét. Diphtheria esetében, csak úgy, mint vörheny esetében, a sensibilisatióknak a lényegét, chemiai substratumát sensibilizáló test vagy testek kell hogy alkossák, a melyek endogen úton, tehát magában a szervezetben — bár valószínű, hogy exogen ártalmak behatása alatt — fejlődnek. És itt elsősorban is emésztési és anyagforgalmi zavarokra, vagy pedig kóros anyagforgalmi termékekre kell gondolnunk. Mily feltűnő a párhuzamosság a vörheny és a diphtheria morbiditási görbéje között! És milyen szembeötlő a hasonlatosság, a rokonság, a diphtheria és tonsillitis, meg a diphtheria és a vörheny között!

A bakteriologia tanai nem fognak lényegesen csorbulni, legfeljebb módosulni fognak, ha kiderül, hogy specifikus bacteriumok is csak specifikus talajon fejthetik ki pathogen hatásukat, vagyis tehát, hogy a dispositio, illetve a sensibilisatio és a pathogen élő szervezetek is úgy illeszkednek egymáshoz, mint a kulcs a lakathoz — oly hasonlat, a melyet E. Fischer találóan alkalmazott a fermentelméletre.

Ha az a felfogás, melyet az orvosi világ ma már kevésbé fogad idegenkedéssel és melyet számos eddigi dolgozattal iparkodtam megerősíteni, helyes, akkor a különbség az egyszerű genyedéses angina és a vörheny között elsősorban is a dispositio, a sensibilisatio qualitative, esetleg quantitative eltérő különbözőségében van.

Ha ez igaz, akkor bebizonyul, hogy a dispositio általában és az ad hoc dispositio — a szervezetnek, vagy a szervezetben szervnek vagy szervrendszernek a sensibilisatiója — óriási, a pathogen bacteriumokkal legalább is adaequat tényező.

Az empiria talajából fakadó eme felfogást a modern immunitástan is elismeri, sőt megerősíti.

Quarantaine.

Irtá: **Preisich Kornél** dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A cholera és a kiütéses typhus, melyek a mi sebesült és beteg katonáink között szörványosan előfordulnak, sok fejtörést okoznak oly irányban, hogy az ilyen betegek, betegségük fertőző voltának felismerése előtt, társaikat ne fertőzzék, illetve az általuk fennforgó fertőzési lehetőség folytán ne bénítsák a kórházi osztálynak, vagy akár az egész kórháznak tevékenységét.

Choleraival, másrészt kiütéses typhus gyanújával betegdek meg katonák több budapesti hadi kórházban, ezen betegeket a fertőző kórházba szállították és a megfelelő kórházakat teljes személyzetükkel 5, illetve 14 napi quarantainebe helyezték, vagyis ezen kórházakat tétlenségre szorították, míg más kórházakban zsúfoltság származott a fertőzésnek nagyobb lehetőségével vagy teljes helyhiány.

Ezen körülmény arra bírta a hivatalos köröket, hogy betegszűrők gyanánt kórházakat létesítettek a katonai műveletekhez közelebb eső helyeken, itt kellett volna a cholera szempontjából 5 napig figyelni a betegeket és azután továbbítani a különböző kórházakba; ez a cholera való tekintettel és elvben igen jól ment volna, csak hogy ebbe az ellenség szölt bele és a határmenti kórházak sürgős kiürítése vált szükségessé. A kiütéses typhus szempontjából pedig a 14 napig tartó quarantaint betartani a sebesültek és betegek nagy száma mellett lehetetlen.

Felmerült most már Budapestre vonatkozólag az a terv, hogy a 3500 beteg befogadására épült Zita-kórház legyen az a hely, a honnan a betegek megfelelő quarantaine után osztassanak el a különböző hadi kórházakba.

Cholera szempontjából 5 napi quarantaine-t a 3500 ágyas kórházban talán be is lehetne tartani és a város sok hadi kórházát ilyen módon meg lehetne óvni attól, hogy fertőző beteg miatt tétlenségre legyen kárhoztatva; de az idők multak, a cholera-veszedelem csökkent és a helyébe lépett, illetve hozzásegődött a typhus exanthematicus veszedelme, ezen betegség pedig legalább 14 napi quarantaine-t tenne szükségessé, erre pedig a meglevő nagy betegforgalom mellett a 3500 ágyas kórház sem e gendő. A kórháznak quarantaine céljaira való felhasználását a ténylegesen felmerülő cholera- és kiütéses typhus-esetek tennék szükségessé, ilyen megbetegedések tehát a kórház több pavillonjában a quarantaine 1—14 napi tartama alatt történnének, de ez azt jelentené, hogy ezen pavillonokba a betegség felismerésének napjától további 14 napra a felvételt be kell szüntetni. Könnyen megeshet, hogy a kórház legnagyobb része így hamarosan képtelenné válik a betegbefogadásra.

Öt napnál hosszabb quarantaine óriási betegforgalom esetén szerény véleményem szerint képtelenség, de nem is föltétlenül szükséges. A quarantaine tulajdonképpen egészséges embereket megillető rendszabály, ha azok járványos betegséggel való fertőződés lehetőségében voltak; ágyhoz kötött beteg embereket quarantaine-be helyezni nem kell; a betegtől kiinduló fertőzés veszélye kellő gondozás mellett igen csekély. A kellő gondozást mindenesetre hangsúlyozni kívánom; ehhez fűződik az az eljárás, melyet részemről követendőnek tartanék.

A Zita-kórház ne legyen quarantaine, hanem osztályozó vagy rendező kórház. A harctérről vagy a vidéki kórházakból Budapestre érkező összes betegek ebbe a kórházba kerüljenek. Ne a pályaúdvárokról, hanem innen történjék előzetes gondos vizsgálat után a betegek szétosztása a különböző hadi kórházakba; még pedig olyanformán, hogy a fertőző és fertőző betegségekre föltötte gyanús betegek a fertőző kórházba szállíttatnának át azonnal, a lázas, tisztázatlan diagnózisú betegek a szomszéd megfigyelő kórházba jutnának és csak a fertőző betegség gyanújától teljesen mentes sebesültek és betegek osztatnának be a többi hadi kórházba; e tekintetben legnagyobb skrupulositással kellene eljárni azon kicsiny hadikórházakkal szemben, melyek magánházaiban létesültek. A Zita-kórház ezen nehéz feladat teljesítése céljából természetesen sok jól képzett orvost és igen nagy és

jó ápolószemélyzetet igényel. Feltéve, hogy minden kórház gondosan látja el betegeit, minden új és lázas betegét ágyban tartja, úgy tekinti, mint a ki fertőzhet, akkor nem fog kellemetlenül meglepődni, ha netalán egyszer cholera vagy kiütéses typhusban szenvedő betegre is bukkan. Az ilyen betegnek elszállítása és a szükséges fertőtlenítés után az ilyen kórházban sem kell az üzemet beszüntetni; erre okot csak az adhatna, ha az első beteg után ismételt fertőzés fordulna elő.

Nem fölösleges, hanem lehetetlen nagyszámú beteg érkezése mellett a quarantaine-kórház fentartása; helyébe kell léptetni a gondosan vezetett rendező vagy osztályozó kórházat.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Pelmar: Das Zittern. Seine Erscheinungsformen, seine Pathogenese und klinische Bedeutung. J. Springer, Berlin, 1913. Ára 12 márka.

A szerző megfigyeléseinek nagy halmazát közli a reszketésről, csatolva e kérdés irodalmának összeállítását. A nagy szorgalommal készült, adatokban gazdag dolgozat terjedelménél fogva kívánczolt ki a folyóiratok szűkebb köréből a könyvalakba. Az értékes részek dacára nem lehet elhallgatni, hogy a sok adatból és kórtörténetből nem lehet azok tömegének megfelelő értékes eredményeket levonni. A munka mindazonáltal igen hasznos, már azért is, mert egyetlen, eléggé teljes összefoglalása ismereteinknek e kérdésről.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek:

H. Determann: Die vegetarische und fleischarme Ernährung. Halle. C. Marhold. 2 m. — **Schöppler:** Die Geschichte der Pest zu Regensburg. München, O. Gmelin. 5 m. — **G. Jochmann:** Lehrbuch der Infektionskrankheiten. Berlin, J. Springer. 30 m. — **Mettenheimer, Götzky und Weihe:** Klinische Beobachtungen und Erfahrungen aus der Kinderklinik in Frankfurt a. M. Berlin, J. Springer. 4 m. — **Williger und Schröder:** Die zahnärztliche Hilfe im Felde. Berlin, H. Meusser. 3/60 m. — **M. Weingaertner:** Das Röntgenverfahren in der Laryngologie. Berlin, H. Meusser. 17/50 m. — **P. Schilder:** Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein. Berlin, J. Springer. 14 m. — **L. Kaplan:** Grundzüge der Psychoanalyse. Leipzig u. Wien, F. Deuticke. 6 m. — **A. Niemann:** Der Stoffwechsel bei exsudativer Diathese. Bonn, Marcus und Weber. 2/80 m. — **J. Sadger:** Ueber Nachtwandeln und Mondsucht. Leipzig und Wien, F. Deuticke. 4/50 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A csúzos betegségek a háborúban című cikkében **A. Schmidt** tanár a többi között arra a tapasztalatára hívja fel a figyelmet, hogy több esetben az izületek megbetegedését erősebb hasmenés (latens dysenteria?) előzte meg. Ennek a tapasztalatának jelentőséget tulajdonít, mert már ismételt látott kétségtelen dysenteria mellett multiplex izületmegduzzadást, másrészt pedig meg van győződve róla, hogy nem specifikus colitis suppurativa seu gravis esetében az általános fertőzés kapuja gyanánt a bélnyálkahártya sokkal nagyobb szerepet visz, mint a hogyan eddig gondolták. A mi a gyógyítást illeti, újból felhívja a figyelmet arra, hogy elhúzódó myalgia és neuralgia ellen nagyon jó hatásúak a befecskendezések physiologiai konyhasó- vagy $\frac{1}{2}\%$ -os novocain-oldattal; még pedig myalgia eseteiben a legerősebb fájdalommasság helyén, neuralgia eseteiben a nyomáspontok helyén fecskendezünk be, kiterjedt fájdalommasság esetén pedig (kétoldali ischias, súlyos lumbago, vándorló myalgia) epiduralisan vagy intralumbalisan adjuk az injectiót. (Medizinische Klinik, 1914, 49. szám.)

A túlságos dohányzás az arteriosclerosis aetiologiájában **Pawinski** szerint a második helyet foglalja el, míg az első helyen a hájasodás áll. A szív koszorúereinek sclerosisát a legtöbb esetben a túlságos dohányzás okozza. Az angina pectorisban szenvedőknek mintegy a fele mértéktelen dohányzó, vagyis naponként 50—100 cigarettát fogyaszt. (Zeitschr. f. klin. Medizin, 80. kötet, 3. és 4. füzet.)

Sebészet.

Az idegek lőtt sérüléseiről folyt a vita a heidelbergi orvosegyesület november 4.-én tartott ülésén. *Hirschel* szerint ha fertőzött a seb, az idegvarrat mellőzendő az elgenyedés veszélye miatt. Egyébként azonban, ha némiképpen biztos az idegsérülés fenforgása és a conservatív eljárások hatástalanok maradtak, az operatív beavatkozás javalt. 31 idegvarrat-esete közül 5 a plexus brachialisra, 12 a nervus radialisra, 2 a nervus ulnarisra, 5 a nervus ischiadicusra, 2 a nervus peroneus + tibialisra és 5 egyedül a nervus peroneusra vonatkozik. 7 esetben teljes volt a folytonosságmegszakadás. A *Wilms*-féle varrásmód nagyon jónak bizonyult. Abból áll, hogy úgy a peripheriás, mint a centralis csonton egy-egy kis idegnyalábót fonállal körülöltünk, a fonalat csomózzuk és a két fonalat egymással összekötjük; többnyire elegendő 2—4 ilyen varrat. A gelatina- és csontcsővecskék helyett, a melyeket azelőtt használtak az idegek összenövésének megakadályozására a környezettel, jobbak a szabadon transzplantált zsír- vagy fascialebenyek. Jónak bizonyultak a praeparált borjúverőerek is. A frissen leölt borjú nyaki verőereit aseptikus cautelák mellett kiveszszük, 5—10%-os formalin-oldatban megkeményítjük és folyó vízben leöblítés után főzve, alkoholban elteszszük; használat előtt konyhasós vízben leöblítjük. 18 esetben minden reactio nélkül begyógyultak az ilyen arteria-darabok, megakadályozva az idegek összenövését a környezettel. A műtétet végső eredményéről az eddig eltelt idő rövidsége miatt még nem adható vélemény; az orosz-japán háborúból eredő statisztika szerint 76%-ban lényeges javulás következett be; egy esetben a nervus ischiadicus összevarrása után csak 10 hónap elteltével vált teljesen mozgathatóvá az illető alsó végtag. — *Voelcker* eddig 16 esetben végzett idegvarrást, még pedig 4-szer a nervus ulnarison, 5-ször a nervus radialison, 2-szer a nervus medianuson, 1-szer a plexus brachialisra és 4-szer a nervus ischiadicusra. Az idegcsontok felfrissítésekor mindig meg kell győződnünk, hogy vannak-e tengelyfonalak a keresztmetszeten, mert különben esetleg eredménytelen marad az idegvarrat. A környezettel való összenövés megakadályozására zsír-fascialebenyvel veszi körül az ideget. A mi a műtét eredményét illeti: a fájdalmak 2—3 nap alatt megszűntek; a motilitást illetőleg az eltelt idő rövidsége miatt még nem mondható vélemény. — *Erb* szerint súlyos idegsérülések után a javulás első tünetei sokszor csak a 2. hónap végén vagy a 3. hónap elején mutatkoznak; nem kell tehát nagyon sietnünk a műtéttel. — *Heddaeus* szerint a fájdalmak az idegvarrás után úgyszólván rögtön megszűnnek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 48. szám.)

Húgyszervi betegségek.

A traumás veselobról *Pousson* szerint még rendkívül eltérők a vélemények. Igen sok szerző és ezek sorában *Pousson* maga sem kételkedik abban, hogy hevenyész veselob a vesét ért trauma következtében is előállhat. Mások viszont, különösen *Verkoogen*, tagadják, hogy a veseparenchyma traumás sérüléséből Bright-kór jellegével bíró nephritis progressiva alakulhasson ki. Mert ha az ilyen betegekben a korábbi adatok után kutatunk, mindig akadunk olyan toxinos-fertőző okokra, melyek a nephritises folyamatot megmagyarázzák.

Pousson azonban rendületlenül kitart azon meggyőződése mellett, hogy a vesetájékozt ért trauma teljesen tipusos Bright-kórt idézhet elő. Rövid történeti visszapillantás után biztosan megállapított traumás veselob 12 esetét közli az irodalomból és az ezekből merített adatokat egy eddig még nem ismertett újabb eset részletesebb tárgyalásával bővíti ki, melyet *Castaigne*-nal együtt volt alkalma megfigyelni. Ezt a 13 esetet a szerző a legminutiosabban analizálja.

Hogy elülről avagy hátulról érte-e a vesét a trauma, annak nincs fontossága, ellenben a traumás behatás intenzitása már különös jelentőséggel bír. A legtöbb esetben haematuria mutatkozott. Igen fontos szerep jut a láznak is, a mely vagy

azonnal a trauma után áll be, de néhány nappal, sőt héttel ezután is jelentkezhetik. A lázzal egyidőben egyéb általános jelenségek, úgymint hideglelés, hányás, étvágytalanság mutatkozhatnak, később azután már a subacut nephritis jellegének megfelelő quantitativ s qualitativ vizeletváltozások is bekövetkezhetnek, sőt azonnal idősült veselob keletkezhetik.

Nagyon jellemzők a traumás nephritisre a hamar beálló oedemák, különösen az arcvízenyő. Ezek az oedemák duzzadások rendesen csak az egyik testfélén, még pedig mindig a trauma által érintett oldalon jelentkeznek. Csakúgy, mint toxinos és fertőzőes veselob esetén, a traumás nephritisben is az uraemiára jellegzetes tünetek: fejfájás, szédülés, amblyopia, dyspnoë, dyspepsia s mások is előállhatnak. Traumás nephritis esetében a betegség kezdetén a lobos folyamat mindig egyoldali, még pedig a sérült oldalra korlátozódott; később azonban a gyulladás rendszerint átmeleg a másik oldalra is. A kétoldali ureterkatheterismus ezekről a viszonyokról a legpontosabban fog tájékoztatást adni. Ezek után a szerző behatóbban tárgyalja a traumás nephritis pathogenesisét, még pedig különösen a lobos folyamat genesisét a sérült vese parenchymájában.

A trauma következtében előállott vesedislocatio idősült veselobot idézhet elő, csakúgy mint a zsírtok s a veseszövet sérülését is eredményezheti. A sclerosisos zónák, melyek a vese szövetében bekövetkezett szakadások körül keletkeztek, fertőzés folytán nagyobbodhatnak s idővel az egész vesét elfoglalhatják. A trauma után a betegségnek a másik vesére való áttérjedését a reno-renal reflex alapján vagy pedig a plexus renalis anatómiai elváltozásából magyarázhatjuk meg. Végül még a sympathiás ophthalmiához hasonló sympathiás nephritis esélyeit tárgyalja a szerző. (Journ. d'urolog., 1914, V., 6. köt.)

Drucker.

Psychologia.

Megfigyelések a mindennapi psychologia köréből

címen közöl tanulmányt *Kollarits Jenő*. Ismeretes, hogy a mikor tárgyakra, személyekre vagy eseményekre gondolunk, ezek képét magunkban felidézzük. Nem volt azonban még figyelem tárgya, hogy ismeretlen személyekre vagy helyekre való gondolkodásunkat is képzelt képek kísérik. Ezek a képek néha éveken át élnek bennünk változatlanul és sok tekintetben emlékeztetnek álomképekre, a mennyiben sokszor elhalványulnak a valóság előtt, többnyire nem nagyon színesek, sokszor határozatlanok és nem ritkán egy ilyen képelt személy vagy tárgy képe több különféle emlékből van összerakva. Természetes, hogy valamely ismeretlen ember képzeleti képe ritkán felel meg a valóságnak. Ezért hallani olyan gyakran, hogy a mikor valaki olyaskivel ismerkedik meg, a kiről már hallott beszélni, azt mondja, hogy az illetőt egész másként képzelte el magának. Például a szigorúság hírében álló és tekintélyes tanárt tanítványa hatalmas nagy szakállas embernek képzelet és csalódást érez a kicsiny, sovány szakálltalan ember láttára. A gyakrabban emlegetett tudósokról a munkáik által okozott benyomásokból kivehető tulajdonságaik szerint képzeleti képek élnek bennünk. Máskor a nemzetiség, a vallás, a foglalkozás, a név hasonló hangzása, valamint a képzeletben az illetőre reáruházott jellembeli tulajdonság, az iránta való rokon- vagy ellenszenv alakítja át a képzeleti képet. Ugyanilyen szabályok szerint járunk el, a mikor szépirodalmi munkák olvasása közben magunk előtt látjuk a szereplő személyeket. A fantázia e szülöttjeinek létrehozásában az egyetlen lehető módszer az, hogy az ismeretlenek tulajdonságaikat az ismert egyénektől vesszük át. A művészek és írók is így hozzák létre alkotásaikat. Érdekeseke e tekintetben például a magyar népmesék is, a hol a király, a királyné, a török császár, az úristen nagyjában magyar parasztok külsejét viseli, mert a népies elbeszélő e néki ismeretlen fogalmakat a körülötte élő alakok tulajdonságaiból rója össze. Nagyon szépen van megtartva ez a módszer Arany László népmese-gyűjteményében. Az ismeretlen helyek elképzelése ugyanígy történik. E képzeleti képek nemcsak kísérik a gondolkodást, hanem elő is segítik. Ezt bizonyítja az, hogy kel-

lemetlen bizonytalanságérzésünk támad, ha valami olyasmire gondolunk, a mit nehéz elképzelni. Az ideges emberen ez a kellemetlen érzés szorongássá válhatik. Több példára hivatkozom, hogy a látott kép jobban marad meg az emlékezetben, mint a szó. A látott képek könnyebben, biztosabban és gyorsabban kapcsolódnak, mint az üres szavak.

A cikk második része az öntudatlan, ügyetlen mozdulatokkal és felejtésekkel foglalkozik, bírálva Freud nézeteit. Némely ilyen mozdulat vagy felejtés mint rossz omen szerepelhet. Az ilyeneket már nagyon régen így magyarázták. A XI. századból származó *Chanson de Roland*-ban például az áruló Ganelon árulása előtt kiejti kezéből a hatalmi jelvényeket, a mikor Charlemagne kezéből át kellene vennie azokat.

A folyóirat kiadója, *Claparède* professor ezekhez hozzáfűzi azt a megjegyzést, hogy a vezetéknev hangzása is hozzájárul a képzeleti kép megalkotásához például *Patapoufard* más képet támaszt, mint *Flic*. Ő benne azonkívül a színes hallás is szerepet játszik, pl. az *e* betűt sárgának érzi; ezért *Janet* professort a neve végén lévő *et* szótag következtében szőkének képzelte és bizonyos fokú csodálkozással tapasztalta, hogy fekete szakálla van. Ez a képzeleti kép benne olyan erős, hogy ma is felelevenedik, a mikor *Janet*-ra gondol és elnyomja a valódiságnak megfelelő emlékképet. *Claparède* azt is tapasztalta, hogy szótévesztéseknél is ilyen látott kép adhatja a hibát, például mikor jodtinctura helyett laudanumot, bismuth helyett magnesiát mondott, lévén az első kettő barna folyadék, a másik kettő fehér por. Nézete szerint a tárgyal példák bizonyítják, hogy a képzelet kép legalább bizonyos egyéneken majdnem nélkülözhetetlennek látszik a gondolkodásban. (Archives de psychologie, 1914 aug.)

Autoreferatum.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A morphium-oldatok sterilizésére vonatkozólag végzett kísérleteket *Deussen*, a melyek eredményeképpen kimondja, hogy az oldatok készítéséhez felforralt destillált vizet és lehetőleg frissen átkristályosított morphiumchloridot kell használni, mert a nem egészen tiszta készítmények a sterilizáskor változáson mennek át. Azt ajánlja, hogy a mint például az aetherből, chloroformból stb. tiszta és kevésbé tiszta készítmények hivatalosak, úgy a morphiumból is a kevésbé tiszta készítményen kívül a bőr alá fecskendezés céljára szolgáló oldatok készítéséhez beforrasztott üvegcsövekben tiszta készítményt is kelljen tartani a gyógyszerárakban. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 49. szám.)

Bolhák ellen, a melyek a hadba vonultak éjjeli nyugalmát sokszor nagyon megzavarják, *Berkham* dr. a 2%-os carbololdatot ajánlja, a melylyel az ingnek több részét körülbelül 2 koronányi területeken megnedvesítjük. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 49. szám.)

A dial-Ciba használatáról psychosisokban ír *Schmidt*, a következőkben foglalva össze tapasztalatait. 5—10 centigramm ($\frac{1}{2}$ —1 tableta) adagban a dial (diallylbarbitursav) megbízható sedativum. Kevésbé kedvező a hatása paralysis, dementia arteriosclerotica és nagyfokú mániás izgalom esetében. Mint allatószer 10—20 centigrammos adagban (1—2 tableta) csaknem kivétel nélkül jól hat; az alvás átlag $\frac{1}{2}$ óra múlva köszönt be és 7 óra hosszat tart; kábultság, szédülés, hányás, reszketés csak elvétve fordult elő a felébredés után; a legtöbb esetben huzamosabb használat mellett sem mutatkoztak kellemetlenségek. Egyébként pedig nagyon ajánlható a szer kombinálása codeinnel. (Medizinische Klinik, 1914, 41. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 49. szám. *Lévy Lajos*: Szívbj és öröklése.

Magyar orvosi archivum, 1914, 5. füzet. *Szász Alfréd*: Olcsó bacteriumtenyésztő anyag vértelenpénzből. *Berczeller László*: Néhány élettanilag fontos felszíni jelenségről. *Róna Péter* és *Bien Z.*: A vérben

végbemenő ester-, illetőleg zsírhasításról. *Róna Péter* és *Tóth Kálmán*: A szőlőcukor absorptiójáról.

Klinikai füzetek, 1914, 11. füzet. *Szabóky János*: Vizsgálati eljárásaim értékesíthetősége a tüdőgümőkór prognózisában.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Grósz Emil* dr. egyetemi tanárt a háború tartamára I. osztályú főorvossá, *Tutsek Géza* dr. járásorvost Brassó vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Meghalt. *Ottava Ignác* dr., a szemészeti műtét magántanára a budapesti egyetemen, december 4.-én 63 éves korában elhunyt. Egész generációt vezetett — részben mint *Schulek* professornak hosszú éveken át segédje, részben mint magántanár — a szemészeti műtét elemeibe. Fiatalabb éveiben az orvosirodalom terén is működött, de nem annyira ez a munkássága, hanem nagy gyakorlati tudásán alapuló megbízhatósága és lelkiismeretessége, párosulva sajátos egyenes, de korántsem durva modorával, tették őt egyik legkeresettebb szemorvosunkká. Nyugodjék csendesen! — *Lux Emil* dr. ezredorvos, a Ferencz József-rend hadiékítményes lovagkeresztje, a Kárpátokban folyó harcokban. — *Róth Alfréd* dr. székesfővárosi orvos 43 éves korában november 26.-án. — *Rácz Miksa* dr. Rákoskeresztúron november 26.-án. — *L. Kohtrausch* dr., rendk. tanár, a freiburgi radiológiai intézet vezetője, hősi halált halt a franciaországi harctéren.

Hírek külföldről. Októberben mult 10 éve, hogy a kölni Akadémie für praktische Medizin fennáll; az Akadémia ez alkalommal ünnepi kötetet fog kiadni. — Az ismert Apollinaris-savanyúvíz árusítását betiltották a porosz és hesseni vasúti állomásokon, mert a vállalat tulajdonosai angolok. — A lille-i Hópital St.-Sauveur-ben minden szerdán tudományos összejövetelt tartanak a német katonáorvosok. Az első összejövetelen sok ismert német egyetemi tanár volt jelen, így *Perthes* (Tübingen), *Gerhardt* (Würzburg), *Krönig* (Freiburg), *Henke* (Boroszlo), *Borst* (München), *Schittenhelm* (Königsberg), *Schmieden* (Halle). Sajátságos volt ez a német orvosi congressus Franciaország szívében. — A *Liebig*-féle kivonatot készítő délamerikai részvénytársaság, mely angol kezében van, valamennyi német alkalmazottját, olyanokat is, a kik már évtizedek óta állanak a társaság szolgálatában, elbocsátotta. Pedig ez a jövedelmező vállalat valóban csak a német geniusnak köszöni a létezését!

VIDÉKI BETEGEKNEK BUDAPESTEN

kiválóan alkalmas hely, a klinikák mellett, Mária-utca 30 alatt fekvő és külön e célra berendezett **SANITAS PENSIO.** Gondos ápolás, speciális diéta, ideg-, gyomor-, vese- és csukorbeteg részére. Különösen alkalmas azoknak, kik orvosi megfigyelés vagy diagnózis megállapítása miatt néhány napot töltenek a fővárosban. Állandó háziorvos. Consultatiók. Telefon József 42—08.

Budapesti medicomechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

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

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

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

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes elektroterapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. sóványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen. =

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

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.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kurák. Nap- és léghűdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (VII. és VIII. bemutató szakülés 1914 április 1.-én és április 15.-én.) 864. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1914 április 1.-én.)

Elnök: Elsler Hugó.

Jegyző: Szinnyi József.

Atrophia rubra hepatis esete.

Goldzieher Vilmos: A heveny májsorvadás későbbi szakát tünteti fel a készítmény, a melyen az erősen megkisebbedett máj (súlya 750 gr.) legnagyobb részét szívós vörös szövetből áll. Mikroszkop alatt ezen szövet dúsan erezett kötőszövetnek, azaz a máj strumájának felel meg, a mely a májparenchyma pusztulása után visszamaradt. Ezen szövetben csak elvétve vannak májszövetből álló szigetek, a melyek makroszkopice sárga göbök alakjában kiemelkednek.

Az anatómiai kép megfelel a klinikai lefolyásnak, a meny-nyiben az illetőt *Székkács* főorvos osztályán mintegy 5 hétig észlelték. A bántalom aetiológiája teljesen homályos.

Hypernephromák csontáttételei.

Goldzieher Miksa: Két esetben apró, klinikai jelenségeket nem okozó vesebeli hypernephroma kapcsán hatalmas csontáttételek képződtek. Az egyik esetben emberfőnyi áttétel volt a jobb felkarcsontban, a melyet elsődleges osteosarcomának diagnosztáltak, a másik esetben multiplex áttételek voltak következményes spontán törésekkel, a minek alapján a klinikai diagnoszt osteomalaciára tették.

Elsődleges mellékvesetuberculosis.

Goldzieher Miksa: A 18 éves leány, a ki acut meningitis tuberculosában pusztult el, egész szervezetében sehol sem mutatott elsődlegesnek tartható, régibb gümös elváltozást. Csak a jobb mellékvesében volt sajtos, rostos, régi tuberculosis. Az eset érdekességét emeli az a körülmény, hogy thymus persistens mellett kifejezett status lymphaticus volt jelen.

Retrobularis daganatnak Krönlein-Franke-műtételt eltávolítása.

Keppich József: A 16 éves nőt beteget f. é. március 6.-án vettük fel *Hüttl* főorvos osztályára. Egy év óta jobb szemén exophthalmus fejlődését veszik észre; az exophthalmus az utolsó hónapokban rohamosabban növekszik. Látása nem romlott, fájdalmai alig vannak. Lues az anamnesisben nincs, a Wassermann-reactio negativ. A beteg jelen bajáig mindig egészséges volt. Szervezete különben ép. A jobb szemén nagyfokú exophthalmus, a szemmozgások szabadok. A szemteke és az orbita felső fala között, valamint a külső szélénél kemény, göbös, nem érzékeny daganat érezhető.

Szemészeti lelet (ifj. Imre József): Visus mindkét szemén $\frac{5}{5}$. Mérés exophthalmometerrel j. o. $22\frac{1}{2}$ mm., b. o. 15 mm. Jobb papillán pangásos jelek, 2 dioptriányi kiemelkedés, táguló vénák.

Március 11.-én műtét chloroform-aether-narcosisban. Typusos Krönlein-Franke-műtét csont-izomlebeny kihajlításával. A periorbita megnyitása után retrobulbaris zsírszövet tolul elő. A musculus rectus externust félrehúzával, a zsírszövet között találjuk a szilvanagyságú, kékes-fekete, tömött daganatot, mely az egész orbita jobb felét kitölti s hátrafelé a foramen opticumig terjed. A daganat külseje után ítélve melanosarcomának kellett tartani, miért is a daganatot tokon kívül igyekeznek kifejteni, a mi minden vérzés nélkül sikerül is.

A nervus opticus nem került a látótérbe. A szemüregbe vékony draincsövet helyeztek. A periorbitát csomós catgut-öltésekkel egyesítették; a csont-izomlebenyt visszahelyezve, fölötté a periosteumot catgut-öltésekkel varrták össze. Bőrvarrat, kötés.

A kiirtott daganat méretei $34 \times 24 \times 16$ mm.; a szövettani vizsgálat haemangioma cavernosumot mutatott ki. (Kovács József.)

A gyógyulás teljesen reactionmentesen folyt le, a draint a harmadik napon távolították el. A műtét után jelentkezett strabismus convergens állandóan javult, a látás a jobb szemén $\frac{5}{20}$, mely +30 d.-vel $\frac{5}{5}$ -re javítható. A papillitis, exophthalmus teljesen visszafejlődött.

A penis egész bőrének diabeteses gangraenája.

Keppich József: Az 55 éves rajzoló penisén viszketés kíséretében kiskókú balanitis fejlődött. Orvosa igen híg cuprum sulfuricum-oldattal való mosogatásokat rendelt el. Másnap a fityma megfeketedett, rázóhideg jelentkezett, a beteg lázas lett. Február 26.-án vettette fel magát *Hüttl* osztályára.

A beteg elmondja, hogy 30 éves kora óta hízásnak indult, mindig egészséges volt. Diabeteses tünetekre kikerdezve, csupán azt mondja el, hogy mintegy 1 év óta iszik valamivel több vizet, s kissé gyakrabban kell vizelnie. Néhány év óta psoriasis van.

A beteg állapotából kiemelendő az adipositas. A penis distalis harmada az egész fitymával együtt fekete. Az egész penis duzzadt, oedemás. Demarcatio nincsen. A vizeletben 2-3% cukor; acetone, acetecetsav nincs.

Az előadó a beteget Sudeck-aetherbódulatban azonnal megoperálta, a gangraenás bőrt eltávolítva. Antidiabeteses étrendre a vizelet cukortartalma 1-5%-ra szállott alá, március 20.-án pedig már teljesen cukormentes volt a vizelet.

Ezenközben a penis egész bőre gangraenás lett és lelködött, a penis tövén a folyamat elhatárolódott. Március 25.-én a sebfelület már tisztán sarjadt; a penisből csupán az egész glans és a corpus cavernosum urethrae maradt meg, míg a két corpus cavernosum distalis vége erősen megvékonyodott.

Penis-gangraena gyuladással kapcsolatos kapcsán az irodalomban több van leírva; a diabeteses penis-gangraena nagyon ritka. Ily esetekben több ízben a penis amputációját végezték, leirtak azonban eseteket, a melyekben a scrotum bőréből vett lebenynyel sikerült a penist fedni. A scrotum bőrét megfelelő hosszúságban tunellezve, a beléhúzott penist oda-gyógyítják, majd néhány hét múlva a lebenyeket átvágva, körül összevarrják. Ezt tervezik a bemutatott beteg is.

(VIII. bemutató szakülés 1914 április 15.-én.)

Elnök: Meisels Vilmos.

Jegyző: Szinnyi József.

Invertált myomás uterus operált esete.

Frigyesi József: A méhnek inversiója úgy puerperalis állapotban, mint azon kívül is létrejöhet. Az előbbi legtöbb-szor a szülés harmadik szakaszában, az úgynevezett lepényi időszakban, ritkábban a gyermekágyban keletkezik; főtünete a vérzés. A nem gyermekágyi inversiónak az oka csaknem mindig myoma, mely a méh belfelülete felé növekedvén, lassanként maga után húzza és invertálja a méhet.

A puerperalis heveny inversiót kézzel vagy ballonok alkalmazásával igyekezünk visszahelyezni; az időszült inversiót, *Küstner* szerint operálva, rendszeren sikerül a méh megtartásával meggyógyítani. A myoma által okozott inversio gyógyításában teendőinket nem annyira az inversio, hanem a myoma nagysága szabja meg.

Ebbe a csoportba tartozó ritka és rendkívül súlyos esete a következő:

47 éves asszonyt szállítanak be hozzánk a szt. István-kórház egyik belgyógyászati osztályáról március 22.-én.

Az asszony 12-szer szült, utolsó szülése 11 év előtt volt és mindig rendes körülmények között, rendes gyermekágygyal folyt le. Fél év óta beteg. Hasában daganatot vett észre. Hasának bal oldalában erős fájdalmai voltak. 4 hét óta bűzös folyása is van. Az asszony hőmérséke az első napokban 37.3° és 39.2° között változik, pulsusa 120—126.

A has puffadt, érzékeny, a hüvely tág, belőle bűzös genyes folyás; a hüvelybe lenyomul és az egész kis medenczét kitölti egy csecsemőfőnyi, dudoros felületű, puha képlet. A daganat felett elül magasan a symphysis mögött feszes vastag gyűrűt tapintunk, melyről nem tudjuk megállapítani, hogy méhszáj-e vagy nem.

A hüvelybe megszületett daganat folytatódik egy a kis medenczéből kiemelkedő, majdnem a köldökig érő, csecsemőfőnyi daganatba, mely a bal hasfélben helyezkedik el és a melyet a méhnek tartunk.

Diagnosis: Multiplex myoma, melynek csecsemőfőnyi submucosus részlete a hüvelybe megszületett; ennek a széteséséből magyarázzuk a sepsises állapotot. Tekintettel a magas hőmérsékre, az asszony elesettségére, a peritoneum izgalomára, a daganatnak vaginalis úton eltávolítását határozzuk el. A műtétet márczius 26.-án végezzük narcosisban. Mindenekelőtt a hüvelybe megszületett széteső, bűzös daganatot darabokban távolítjuk el. Darabolás után feljutva a daganat tövéhez, látjuk, hogy széles alapon ül a teljesen invertált méh fundusának belfelületén. A daganat alapjának ellátása, az eset inficiált volta, valamint és főképpen az inversio tölcserén levő kisebb lúdtőjásnyi subserosus myomagócz miatt nem is gondolhattunk más megoldásra, mint a méh teljes kiirtására. Fellezzük e célból a kifordult méhnek előbb a hátulsó, majd az elülső falát; így az inversio tölcserébe jutva, átvágjuk a hashártya elülső áthajlási redőjét és visszatoljuk a hólyagot. Ezután felülről lefelé haladva, érszorítók között vágjuk át előbb az egyik, majd a másik oldalon a széles méhszalagokat, a lig. ovariit, a parametriumokat és végül harántirányú félkör alakban a mindkét méhféllel összefüggő hüvelyboltozatot. Az érszorítókat catgut-körülöltéssel váltjuk fel és a cardinalis szalagok csomóit a hüvelyboltozat két zugában rögzítjük. Vastag gaze-pamattal drainezzük szélesen a peritonealis ürt a hüvely felé. A műtétet lényegesen nehezítette a teljesen megváltozott anatómiai helyzet.

A lefolyás zavartalan, a hőemelkedések az első napokban fokozatosan multak el.

Neosalvarsan-infusio után halál; status thymicolymphaticus.

Basch Imre: A 22 éves elárúsítónő 1913 szeptember havában a Szt. István-kórház bőrgyógyászati osztályán állítólag fejfájás és positiv Wassermann-reactio miatt 30 kénesbedörzsölést végzett; a kórházból távozva főfájásai rövidesen újra jelentkeztek, torka is fájt s ezért saját lakásán újból 30 bedörzsölést végzett. Újév után, a második bedörzsölő kúra után rövid idővel, vagyis osztályunkra való felvétele előtt állítólag 8 héttel, újra erősebben fájt a feje és a torka. 1914 márczius 2.-án felvétette magát a Szt. Rókus-kórház bujakóros osztályára.

A középtermű, jól fejlett és jól táplált nő mellkasi, hasi és érzékszerveiben rendellenesség nem volt megállapítható. Csak a nyakmirigyek voltak mérsékelten megnagyobbodva, különösen jobboldalt volt egy mogorónyi mirigy. A garatíven, az uvulán és mindkét tonsillán keskeny vörös szegélylyel élesen határolt, felhámtól fosztott, részben felületes, részben mélyebb, szürkés lepedékkel borított fekélyedés. A nemi szerveken semmi elváltozás. Havi baja állítólag rendszer időben jelentkezett. Vizelete rendes, sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmazott. Wassermann: +++.

Kórjelzés: *Lues II. recidivans. Plaques tonsillarum, arcus palatini et uvulae.*

Márczius 3.-án délelőtt 10 órakor kapott 0.7 gr. neosalvarsant 70 cm³ frissen destillált, kétszer sterilizált és filtrált vízben oldva endovenás infusio alakjában. Az infusio után 2 órával a beteg egyszer hányt, a délután folyamán kétszer volt magától bő széke. Közérzete az első 24 órában zavartalan, hőmérséklete déli 12 órától este 8-ig 2 óránként mérve 36.3, 37.1, 37.0, 37.0°.

Márczius 4.-én a beteg hasában fájalmakról panaszkodott, fejfájása fokozódott. A méh tája nyomásra is fájalmas. (A bonczoláskor kiderült, hogy II. hónapban terhes volt.) Hőmérséklete reggel 8-tól este 8-ig 2 óránként mérve 36.9,

37.6, 38.9, 38.8, 38.8, 38.6, 37.8°. Délután 4 órakor kapott magas beöntést, mely után bő ürülése volt.

Márczius 5.-én fokozódó fejfájás, fülzúgás és többször hányásinger. Az érverés 120. Délelőtt 10 órakor hirtelen, a végtagokban rángó görcsök, végre az állkapocs-izmokban is. A görcsök körülbelül 2 perc múlva megszűntek s többször ismétlődtek; eszméletlenség. Napközben kétszer magas beöntés; délután 3 órakor lumbalpunctióval kibocsátott kb. 10 cm³ tiszta sárga savó. A hőmérséklet reggel 8 órakor 36.9°, az első görcsök után 38°, később 38.4°, a lumbalpunctio és a II. magas beöntés után este 8 órakor 37.2° C.

Márczius 6.-án subfebrilis állapot, maximalis hőmérséklet reggel 8 órakor 37.6°, a beteg reggel részvétlenül fekszik, de rászólásra reagál, délfelé ismét görcsök és eszméletlen, comaszerű állapot. Az érverés 120 és 90 között váltakozik, gyengült, néha kihagyó. Este 7 órakor venaepunctióval 220 cm³ vér eltávolítása és konyhasóoldat infusiója; utána az érverés teltebb. Az eszméletlenség tovább tart. Újabb magas beöntések. A vizelet rendes mennyiségű és minőségű. Márczius 7.-én déli 12 órakor a nélkül, hogy az eszmélet visszatért volna, halál.

Ha az egyes mozzanatokat figyelembe vesszük, ki kell emelnünk, hogy 0.7 gr. neosalvarsant azért adtam már I. infusióképpen, mert a beteg jól táplált, egészséges külsejű volt, semmiféle alkati rendellenességnek vagy szervi bajnak nyoma sem volt kimutatható és már két ízben ment keresztül kénesbedörzsölési kúrán, tapasztalataim pedig azt mutatták, hogy előző kénesókúrák után az infusio utáni közvetlen reactio el szokott maradni. Ebben az esetben is úgy volt, a mennyiben az első 22 órában a maximalis hőmérséklet 37.1° C volt. Az infusio utáni 22 óra alatt a legcsekélyebb tünet nem mutatkozott, mely a salvarsan iránt túlérzékeny egyének bizonyos %-ában jelentkezni szokott. Nem mutatkozott sem a vérnyomás csökkenésével járó vasoparalysises állapot, mint az ajkak, arc, fülek, nyelv duzzadása, cyanosisa avagy a felső, illetőleg az egész test gyorsan változó és múló erythemája. Csak 24 órával az infusio után mutatkozott 37.6°-kal kezdődő és 38.9°-ig emelkedő hőmérséklet, fokozódó főfájás és fülzúgás. Ilyenkor magas beöntésekre a hőmérséklet csökkenni szokott; itt is így volt. Csak 48 órával az infusio után fordult a helyzet válságosra s halálra vezetett dacára annak, hogy többszörös magas beöntésekkel igyekeztünk eltávolítani a bélcsatornába jutott és ott pangó neosalvarsant és hogy lumbalis és venaepunctiót, konyhasóoldat-infusiót alkalmaztunk.

Ez a kórkép az, mely a közölt halálesetek legnagyobb részében — ott, a hol technikai hiba ki van zárva — mutatkozik s a mely beavatkozások nélkül is vagy beavatkozások után enyhülve megszűnik s a beteg ismét teljesen jól érzi magát, vagy a jelen esetben is alkalmazott beavatkozások ellenére is nem szűnik meg és halálra vezet. Ez az a kórkép, melyet a szerzők legnagyobb része s magam is arsenmérgezésnek tartottunk s bár elenyésző csekély számban, de mégis, sajnos, a salvarsannal és neosalvarsannal szemben egyaránt való túlérzékenység következményének tartottunk s a melyet az előzetes leggondosabb klinikai vizsgálattal sem tudtunk véglegesen kikerülni; ezt újabban *Milian* a bonczoláseletek alapján „apoplexie sereuse” névvel jelöli s tekintettel arra, hogy a vérnyomás csökkenésével járó vasoparalysises állapotnak minősíti, a milyen amylnitrit belégzése után szokott következni, „crise nitritoide”-nek is nevezi.

Ehrlich kísérletei alapján *Milian* sem tartja az arsenobenzolt neurotropnak s az emberen eddig alkalmazott legnagyobb adagokban sem mérgező hatásának, hanem „nocive”-nek, kártékony hatásának crise nitritoide, illetőleg „apoplexie sereuse”re hajlamos egyéneknek.

Ezen *Milian* szerint az arsenobenzol mechanikai káros hatást fejt ki az által, hogy a vérnyomás csökkentése következtében a peripheriás részekben „crise nitritoide”-ot okoz, az agyban, illetőleg a középponti idegrendszerben pedig „apoplexie sereuse” útján agygyulladás-tüneteket és halált.

Magyarázatával kapcsolatban most már a remediumot

is ajánlja, a leghatásosabb vasoconstrictort, az adrenalinat úgy praeventive, mint a már beállott tünetek ellen abortive.

Végtelenül sajnálom, hogy *Milian* eredeti közleménye, mely negyed évvel ezelőtt jelent meg, végzetes véletlen folytán csak 3 hét előtt került szemem elé, mert különben a jelen esetben meg kellett volna kísérelnem az adrenalinat.

A mi már most a bonczoláskor kiderült status thymicolymphaticust illeti, melyhez hasonló bonczoláseredményt mutatott egy 1912-ben észlelt halálos végű neosalvarsam-eset, véleményem az, hogy a salvarsanról és neosalvarsanról egyelőre még nem tarthatom bebizonyítottak azt, hogy velük szemben a status thymicolymphaticusban szenvedők túlérzékenyek volnának, mert akkor az eddigi bonczoláseletek között nagyszámú status thymicolymphaticusra kellene akadnunk. Evvel nem akarom mondani azt, hogy a klinice status thymicolymphaticusnak avagy hypoplasiajának felismert esetekben adhatunk arsenobenzolt, sőt óva intek tőle, csak rá akartam mutatni arra, hogy ezeknek a constitutióknak túlérzékenysége az arsenobenzollal szemben az eddigi statisztikákkal nem bizonyítható. Hogy miért tartjuk eddig contraindikálnak a salvarsannal szemben a status thymicolymphaticust, annak a thymushaláltól való aggodalom az oka, a milyen erős lelki felindulás, infectio, mérgezések stb. következtében állhat be.

Ha *Milian* előbb említett magyarázatai megerősítést nyernek, akkor ilyen esetekben ezek alapján is ellenjavalt a salvarsan, mert a velejáró mellékvese-hypoplasia következtében a normalisnál kevesebb adrenalin termelődik s így a symphaticust tonusozó anyagnak hiánya folytán a vagus hypertonusa áll be, a mi vérnyomás-csökkenést, görcsöket stb., vagyis oly tüneteket vált ki, mint a milyeneket némely esetben a salvarsan vagy a neosalvarsan.

Mi lesz azonban a felfogásunk akkor, ha *Milian* remediuma — az adrenalin — minden esetben beválik?

Jelen esetben tehát a halált az adag nagyságával és a szervezetnek a salvarsannal szemben való túlérzékenységgel magyarázom, mert hiszen az eddigi statisztikákból látjuk, hogy kisebb adagok: 0.6, 0.5, sőt 0.3 neosalvarsan mellett is beállott hasonló tünetek között a halál a nélkül, hogy ezekben az esetekben bebizonyosodott volna status thymicolymphaticus fennállása.

Mindenesetre mindaddig, míg a salvarsan és neosalvarsan alkalmazása után halálesetek vannak, kötelességünk azokat nyilvánosságra hoznunk, de kötelességünk fokozott óvatossággal is eljárni, hogy az ily rendkívül szomorú kiemenetelt lehetőleg elkerüljük. Erre van biztató eljárásunk nemcsak akkor, ha *Milian* észleletei minden oldalról megerősítést fognak nyerni, hanem *Leredde* és *Jamin* alább közölt statisztikai összeállítása alapján is, mely szerint a salvarsan-, illetőleg neosalvarsan-injekciók számának óriási szaporodásával szemben a halálesetek száma lényegesen csökkent.

1910-ben volt	50.000	infectio és 16	haláleset
1911-ben	800.000	" " 92	"
1912-ben	1,200.000	" " 66	"
1913-ban	2,000.000	" " 37	"

Ezek a szempontok azok, melyek az egyes, szerencsére mindinkább elvétve észlelt szomorú tapasztalatok ellenére is arra buzdítanak, hogy az *Ehrlich*-szert fokozott körültekintéssel tovább is alkalmazzam, mert a lues tüneteivel szemben ennél hatásosabbat nem ismerünk s ha az irodalmat figyelemmel kísérjük, meggyőződhetünk róla, hogy különben tudományos multjuknál fogva is tiszteletreméltó szerzők, kik kezdetben ellene voltak, az arsenobenzolt a lues ellen való küzdelemben most mind kiterjedtebb mértékben alkalmazzák.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3864/1914.

A vezetésem alatt álló Máramaros vármegyei közpórházban lemondás folytán megüresedett két segédorvosi állásra pályázatot hirdetek, melyre orvosgyakornokok is pályázhatnak, annál is inkább, mivel a kötelező gyakorlati időből a szülészeti kivételével az egyéb osztálygyakorlatok kitölthetők kórházunkban.

A segédorvosok javadalmazása egyenként 1400 (egyezer-négy-száz) korona készpénzfizetés, továbbá lakás, fűtés, világítás, kiszolgálás és I. oszt. ételmezés.

Pályázati kérvények méltóságos Nyegre László Máramaros vármegye főispánjához intézve, hozzám nyújtandók be.

Máramarossziget, 1914. november 21.

Lengyel Samu dr., igazgató-főorvos.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett másodorvosi állásra, mely évi 1200 koronától 1600 koronáig emelkedő javadalmazással, szabad lakással, fűtés, világítással és I. osztályú ételmezéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyar honos orvosdoktorokat, illetve orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelükkel és egyéb esetleges működési bizonyítványaiknak hitelesített másolatával felszerelt, egy koronás bélyeggel ellátott s a belügyminister úrhoz címzett folyamodványokat hozzám legkésőbb 1914. évi december hó 15.-éig küldjék be.

Kecskemét, 1914 december 1.

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

A hódmezővásárhelyi közpórházban vezetésem alatt álló szemosztályán alorvos-helyettes jelentkezhetik. Fizetés havonta 125 korona, ételmezés, lakás, fűtés és világítás. A kérvények hozzám nyújtandók be.

Hódmezővásárhely, 1914 december 8.

Genersich Margit dr., szemész-főorvos.

111/1914. eln. sz.

A nagyszebeni m. kir. állami elmeorvóintézetnél megüresedett, évi 1600 K fizetéssel, I. osztályú ételmezéssel, 2 bútorozott szobából álló lakással, fűtéssel és világítással javadalmazott másodorvosi állásra az 189.285/1914—VII b. sz. B. M. rendelet alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon magyarországi illetőségű orvosdoktorokat és orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy igazoló okmányaikkal felszerelt, egykoronás bélyeggel ellátott és a m. kir. belügyminister úrhoz címzett folyamodásaikat hozzám 1915. évi január hó 15.-éig nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy alkalmas jelentkezővel az állás ideiglenesen is azonnal betölthető, a mely esetben szigorló orvos, illetve orvosnő is felvétetik.

Közelebbi felvilágosítást ad az igazgató.

Nagyszeben, 1914 december 6.-án.

Pándy Kálmán dr. s. k., igazgató.

191/1914. eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórháznál ezidő szerint a belgyógyászati osztályon üresedésben lévő évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és első oszt. ételmezéssel javadalmazott másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek, felhívom ennél fogva az érdekelteket orvosdoktorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi december hó 31.-én d. e. 11 óráig annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy később fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1914 december 10.

Velits Dezső dr., egyetemi tanár, igazgató.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilv. tehénhimlő-termelő intézete, II., Margit-körút 45.

A tehénhimlő oltóanyag és a m. k. áll. difteria ellenes serumon kívül kapható nálam:

1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) ... K 5.50	3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. ... K 6.50
2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) ... K 5.20	4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. ... K 16.25
5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.—	6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.—

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A therapeutikus légmell helyes technikájának alapelvei. 867. lap.

Báron Sándor és Bársony Tivadar: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem általános kórtani intézetéből. (Igazgató: Tangl Ferencz dr., ny. r. tanár.) A chloroform- és aethernarcosis hatása a gyomorra. 870. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. F. Neufeld: Seuchenentstehung und Seuchenbekämpfung. — Uj könyvek. — **Lapszemle. Belorvostan. A. Wagner:** Ujabb vérpróba. — **Kall:** Másodlagos anaemia. — **E. Adler:** Halálos végű kalium hypermanganicum-

mérgezés. — **Sebészet. Unger:** Tetanus kezelése. — **Lewandowsky:** Tetanus kezelése. — **Roux:** A végbélelőesésnek egyszerű műtéti kezelése. — **Hüszgyervi betegségek. Riedel:** A vesézületett húgycsőszűkületek. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wiener:** Cholera. — **Klíma:** Dysenteria. — **Schwering:** Fagyásdaganat. — **Hirschberg:** Lavonat. 873–875. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvos ujság. 875.

Vegyes hírek. 875. lap.

Tudományos társulatok. 876–878. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A therapeutikus légmell helyes technikájának alapelvei.*

Írta: **Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.**, egyetemi magántanár.

Tudvalevő, hogy az unilateralis súlyos phthisis-esetekben ma már — legyen bár a betegnek hektikus láza s kifejezett cavernisatioja — tudunk rationalisan cselekedni.

Megszüntetjük vagy legalább tetemesen alászállítjuk a méregfelszívódást a súlyos beteg tüdő felől s ezzel a szervezetnek módot nyújtunk egy már különben alig remélhető restaurációra: a kór által legyűrt védekező erőinek feléledésére, sőt felülkerekedésére. A gyógyulás útjára kerülhet, még munkabíróvá is válhatik ily módon a máregyébként menthetlennek látszó tüdővésztes.

Ezt, mint ismeretes, azzal érjük el, hogy a nagyon beteg tüdő oldalán művi pneumothoraxot létesítünk, melynek neve ennél fogva méltán therapeutikus légmell.

A művi pneumothorax technikájáról már sokat írtak és vitatkoztak a legutóbbi 8 év alatt, a mióta a *Forlanini* által 1894-ben először ismertetett eljárás 1906-tól kezdve általánosabb figyelmet keltett s az orvosok fokozott érdeklődésének tárgya lett.¹

Méltán foglalkoztak és foglalkoznak a szakemberek a mesterséges légmell technikájával behatóan, mert az eljárás haszna itt is, mint minden művi beavatkozás alkalmával, részünkről kettőn fordul meg: a helyes indicatio-állításon és a megfelelő technikán.

Ez utóbbi van egyszersmind hivatva a minimumra leszállítani a művi beavatkozás netalán előfordulható kellemetlen esélyeit, a kis műtét rizikóját. Ennek a rizikónak pedig evidenter annál kisebbnek kell lennie, minél kevésbé infaust esetet óhajtunk művi beavatkozásunk körébe vonni.

* Előadatott a Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének Budapesten 1914 április 21-én tartott II. nagygyűlésén.

¹ Nálunk róla 1912-ben jelent meg először önálló dolgozat *Lobmayer Géza*-tól a Budapesti Orvosi Ujság jelzett évfolyamának 19. számában.

Ismeretes, hogy a művi légmell kétféle methodussal alkothatjuk meg: a *Forlanini*-féle punctiós és a *Brauer*-féle incisiós eljárással. Az előbbinél éles, rövid hegyű kanüllel directe beszúrunk a pleurarésbe s így vezetjük be a mellhártyalemezek közé a művi légmellét primaer létrehozó steril nitrogent; utóbbinál a fali pleurát előbb sebészileg feltárjuk s aztán a *Salomon*-kanüllel tompán átfúrva, juttatjuk a pleuraüregbe az első gázmennyiséget. A későbbi N-insufflatiók a két eljárásnál körülbelül egyformán történnek, egyszerű punctiós methodussal.

Mint hogy régebben azt hitték, hogy a művi légmell esetén műtéti rizikóról csak az első gázbeömlesztéskor lehet szó, a technika kérdése sokáig a körül forgott, hogy „*Forlanini*“-e vagy „*Brauer*“?

Forlanini punctiós módszerű első insufflatióit, főleg a gázembolia eshetőségére hivatkozással, a szerzők egy része veszélyesnek mondotta, a *Brauer-Küttner*-féle incisiós eljárásról pedig azt vélték, hogy általa a pneumothorax-kezeléssel járható veszélyek lényeges része el van háritva.

Ámde mindinkább halmozódtak azok az észleletek, a melyek mutatták, hogy a kellemetlen eshetőségek (súlyos dyspnoé, szívdzavarok, paresisek, hemiplegia, sőt halál) egyáltalán nincsenek az első N-beömlesztéshez kötve. Magam pl. kellemetlen incidenst első insufflatio alkalmával egyáltalán nem láttam s csak N-utántöltéskor éltem meg (elég lassan múlt hemiplegia egy *Brauer* szerint operált betegen). A *Sundberg* által 1913-ban közölt 3 haláleset mindegyike N-utántöltéskor fordult elő: az egyik a 6., a másik a 8., a harmadik a 22. insufflatio kapcsán.

Mivel, mint tudjuk, az incisiós eljárás is csak az első alkalommal hatol be tompán a pleuraüregbe egy bőrmetszéssel át s azontúl ugyanúgy szúr be éles-hegyes csöves tűvel az összes lágyrészeket át, mint azt *Forlanini* kezdte, tanította és egyre nagyobb számú követője gyakorolja: nyilvánvaló volt már a fentiekből, hogy nem az a tulajdonképpeni punctum saliens, hogy „*Forlanini*“-e vagy „*Brauer*“, hanem az, hogy bizonyos rationalis óvatossági és kíméletességi kautelákkal a gázbeömlesztésekkor betartsunk.

E kautelák egy része, mint látni fogjuk, független nemcsak a methodustól, melylyel az első insufflatio történik, de független magától az első insufflatiótól is egyáltalán.

Az eddigi irodalmi tanulságok és saját tapasztalatom alapján a helyes légmell-technika alapelveit illetőleg a következőkre kell ügyelnünk.

1. A műtét idejét úgy tűzzük ki, hogy az olyankorra essék, a mikor az időnk nincs nagyon kimérve, hogy *sietnünk ne kelljen*, teljes nyugodtsággal dolgozhassunk.

2. A beteg az insufflatio idején idegrendszerileg *nyugodt* állapotban legyen. Előzőleg psychice megnyugtunk (legjobban hat egy már insufflált beteg megnyugtató szava), sedativumot adunk, nőknél a menstruatio időszakát kerüljük, általában lehetőleg délelőtt insufflálunk.

3. A kis műtét lehető *fájdalommentessé* tételéről gondoskodunk (előzetes morphiuminectio, „Brauer“-nél local anaesthesia).

4. Műtét közben a beteg *subjectiv állapotát* élénk figyelemmel kísérjük. Óvakodunk attól, nehogy (pl. adhaesiók túlmerész bolygatása által) élénkebb fájdalmat okozzunk, kifejezettebb dyspnoét, szívjáti sensatiókat vagy éppen ájulásszerű tüneteket váltsunk ki. Mihelyt ilyenek jelentkeznek, azonnal szünetet tartunk a gázbeömlesztésben akkor is, ha a manometer-állás ennek folytatására feljogosítana, esetleg a tűt is haladéktalanul eltávolítjuk a pleuraüregből.

5. Előzőleg már mindent elkövetünk arra nézve, hogy a befűvés helyéül lehetőleg *adhaesiomentes* pontot válasszunk.

Remélhetünk ilyen helyet találhatni ott, a hol:

a) az anamnesis előző pleuritistről nem tud;
b) az inspectio positiv *Litten*-tünetet ad, ellenben retractionis tüneteket, inspiratorius visszamaradást és epigastriasis behúzódnást nem mutat;

c) a hol a tapintás pleuralis resistenciát nem érez és mellhártyafájdalmat kiváltani nem bír;

d) a stabil percussio (főleg resistens) tompulatót nem ad, a mobil percussio a tüdőszélek kellő inspiratorius kimozdulását jelzi;

e) az auscultatio feltűnően gyöngült légzést nem mutat (pleuralis dörzsölő zöreje jelenlétét *Deneke* igen talpraesetten éppen a behatolásra alkalmas hely bizonyítékául említi fel);

f) a hol — ha tompulatmentes hely nem állana rendelkezésre — a kimutatott tompulat fölött az általam „*dissociációs tünet*“-nek nevezett symptoma lehetőleg kevésbé kifejezett vagy egyáltalán nincs meg, azaz a hol *nem* találjuk a *pectorális fremitust* a fokozott bronchophonia mellett meggyöngültnek;

g) a hol a Röntgen-kép főleg elmosódott vagy köteges characterű homályokat, továbbá úgynevezett „*sátorképződést*“ a diaphragmán és *Williams*-tünetet nem mutat, ellenben ha van is pathológiás árnyék, ennek mély belégzéskor konstataható felvilágosodását jelzi.

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy ezidőszereint egyik vizsgáló módszerünk, sőt valamennyi együttvéve sem biztosíthat bennünket a felől, hogy a beszűrés pontján valóban szabad pleurarést fogunk találni s nem-e kerülünk mégis (sokszor egészen körülírt) adhaesiók közé. Másrészt vannak leírva esetek, a hol pl. a Röntgen-ernyőn az egész operálandó oldal sötét volt s mégis akadálytalanul sikerült a szabad pleuraüreg föllelése. Ilyen volt pl. a *Zink* (Davos) által tavaly ismertetett két (42. és 72. számú) eset s ilyent észleltem néhány hét előtt magam, közösen *Irsay* tanárral.

6. A sterilitás követelményeinek a műtét előtt és alatt természetesen mindenben eleget teszünk a behatolás helyén, kezünkön és eszközeinken, de nem látszik indokoltnak a túlságos aggályosság arra nézve, hogy a körlevegőnek a pleuraüregbe való esetleges behatolását absolute kizárjuk. Ha ez indokolt volna, akkor úgy a *Brauer*-, mint a *Forlanini-Saugman*-methodus használhatatlannak volna minősítendő, mert amannál a kiproeparált pleura tompa átfűrésakor keletkező repesztett seben át rendszeresen beszippantja a körlevegőt a szabad pleuraüreg negatív nyomása, emennél pedig a szondázások alkalmával hatolhat be levegő a mellhártyalemezek közé.

7. A *Brauer-Küttner*-féle tompa pleura-átfűrés is nem bebőkéssel, hanem óvatos lassúsággal kell végezni. A punctiós tűt hasonlóképpen *lassan*, annak fokozatos előretolásával vezetjük a mélybe, a pleurahasadék felé. Részemről a subcutan szövetben pár pillanatra megállapodom, hogy a bőr átszúrásának fájdalmát ne kövesse mindjárt a pleurafájdalom és finomabb tapintási benyomásom is legyen: külön érzem a bőr és a fali pleura resistenciáját, miáltal a topographiai tájékozódás nagyfokban megkönnyítettik.

8. A behatolást a még érintetlen pleuraüregbe úgy igyekezzünk végezni, hogy:

1. tüdőt ne sértsünk;

2. a befűvott N a kanül kihúzása után in toto bennmaradjon a mellhártyaüregben;

3. ha nem akadtunk volna mindjárt az első ponton szabad pleurarésre, egy ülésben más helyen kísérthessük meg az insufflatiót.

Az első követelménynek jobban látszik megfelelni az incisiós eljárás, de a valóságban csak akkor van ez így, ha elég ép, átlátszó, vagy legalább áttetsző pleurára talált a bemetszés helyén az operateur. Ha a fali mellhártya átlátszatlanul vastagodott, akkor a *Brauer*-eljárás is sötétben dolgozik tovább.

Világosan mutatja ezt, hogy *Weiss* Görbersdorfbán 2 év előtt hasonló esetekre nézve szükségesnek látta proponálni, hogy a *tüdősértés elkerülése végett* az átlátszatlan pleurát vagy csípővel megemelve fúrjuk át, vagy „egy kis laesiót“ ejtsen az ember előbb rajta és ezen át vezesse be a kanült.

A második fenti követelménynek a *Brauer*-féle methodus már kevésbé tesz eleget, mint a punctiós eljárás, mert nála a durvább pleuraseben keresztül és a szétválasztott izomzaton át a leggondosabb összevarrás mellett is könnyebben ömlik vissza a gáz: a subcutan emphysema gyakoribb.

Schmidt már 1908-ban ráutalt a *Brauer*-methodus alkalmával ejtett sebész gázbiztos elzárásának nehézségeire. *Weiss* utóbb leírta, hogy a fali pleurának a tompa kanüllel való átfűrésa után a kanül körül tamponálnia kellett, hogy az igazi manometerkilengések előálljanak. *Keller* (1912) a *Brauer*-eljárással dolgozván, szövé teszi a „minden igyekezet mellett is gyakori, erősen köhögő betegeken szinte elkerülhetetlen“ bőremphysemát. *Deneke* a tompa kanül által ejtett lebenyes pleurasebet okolja a peripleuralis és subcutan emphysema könnyű előállásáért, *Wellmann* pedig e miatt módosította is a *Brauer*-eljárást s az intercostalis izomzatot már *nem választja szét*, hanem azon is átfűrja a kanült — feláldozva ezzel az incisiós eljárás főcéljának elérését: a pleura *láthatóvá* tételét! —, csak hogy a gáz visszaömlését a thoraxból lehetőleg elkerülje.

A fentjelzett *harmadik* követelménynek, hogy ha egy helyen szabad pleurarést nem találtunk, egy ülésben máshol kísérthessük meg az insufflatiót, kimételesen már éppen csak a punctiós methodus tud megfelelni.

9. Az insufflatio egész művelete alatt, kezdve a beszűrástól a kanül eltávolításáig a pleurarésből, *állandó* összeköttetésben tartjuk a gázbevezető kanült a manometerrel; az érzékenyebb *vízmanometert* használjuk s még arról is gondoskodunk, hogy a manometer és a kanül között, valamint ez utóbbi és a N-tartó edény között minél rövidebb csővezeték legyen (*Würtzen*), hogy levegőembolia e vezetékekből se indulhasson ki valamiképpen. A *Bang*-féle kimographionos eljárást, melylyel a vízmanometernél is érzékenyebb módon határozhatjuk meg a tű végének helyzetét, legfeljebb klinikai használatra tartanám alkalmazandónak; a praxisban a vízmanometer teljesen kielégítőnek bizonyul.

10. A gázcsapot — ez a leglényegesebb — nem nyitjuk meg rendes körülmények között előbb, mielőtt a manometeren a *szabad pleurarést kétségtelenül jelző nagy respiratorius kilengések* (6—10 cm.) meg nem jelentek.

Gáz átáramoltatása a beszűrés alatt a manometer kellő kimozdulása előtt: absolut könnyelmű eljárás, melyet tavaly ugyane helyen *Geszti* is igen helyesen bélyegzett meg. Hogy ezt a teljesen elítélendő eljárást *Lexer* ajánlhatta, csak az által

menthető, hogy propositiója még 1907-ben történt, a mikor a művi pneumothorax technikája terén a tapasztalatok még igen kezdetlegesek voltak.

11. Ha nincsenek elegendő nagy manometer-kilengések a beszűrés után, akkor különös gonddal ügyeljük meg, vajjon szabad térben érezzük-e a kanülünk végét, továbbá óvatosan szondázunk, az ú. n. biztonsági record-fecskendővel kiméletes aspirációs kísérleteket végzünk s csak ha kétséget kizárólag meggyőződünk róla, hogy nem szövetben, hanem légüres szabad térben (pleura-tasakban) vagyunk, akkor nyitjuk meg successiv a gázcsapot, hogy lassan N-t bocsásunk be.

Az esetben, ha kellő bizonyosságot a fenti eljárásokkal nem szerezhettünk volna, vagy visszahúzzuk a tűt s másutt szúrunk be, vagy ha ez már előzőleg ismételt történt s a beteget további punctio-kísérleteknek kitenni nem akarjuk (a pleura gyakori megsűrése ugyanis némely betegen nem közömbös — pleurashock!), akkor a *Holmgren*-féle steril physiologiai konyhasóoldat-infúzióhoz folyamodunk s ezzel készítjük elő a N útját, megállapítva vele egyszersmind — mint ezt a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1914 február 21.-i ülésén vázoltam s érdeklődő kartársak előtt demonstrálni is volt alkalmam — az experimentum biztosságával azt, hogy a tűnk vége hol van: intrapulmonalisán, intrapleurálisán vagy extrapleurálisán-e?

12. A gázt *lassan* ömlesztjük be, *mérsékelt mennyiségben*. (Ennek szükségét *Forlanini* már legelső közlésében, a XI. nemzetközi orvosi congressuson Rómában — akkor még érthető túlzással — hangsúlyozta; ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1894, 15.) Eleinte csak aspiráltatjuk a nitrogént a negatív nyomású pleuraüreg által, nyomást nem alkalmazunk, mint a hogy azt *Brauer* is tette első insufflatiója alkalmával, a mit 1905 október 29.-én végzett, *Saugman* tanár pedig az általa tökéletesített *Forlanini*-eljárásnál előírja. Utóbb is lehető kis nyomás alatt hajtjuk be a gázt a pleuraüregbe. (*Brauer* első esetének második befúvásakor pl. mindössze 8 cm. víznyomás szerepelt az insufflatio alatt.)

Két cautela kell tehát, hogy itt betartassék: lassú, successiv gázbevezetés és nem túlsok nitrogénnek egy ülésben való befúvása. Mindkettő a végből szükséges, hogy a *mellkasbeli nyomásviszonyok* kiméletlenül meg ne változtassanak.

A kiméletlen intrathoracalis nyomásváltoztatással ugyanis a művi pneumothorax *közelednék a természetes pneumothoraxhoz*, mely részben e miatt szerepel mint a tüdővész igen súlyos complicatiója.

A mellkasbeli nyomásviszonyok hirtelen, durva megváltoztatása ugyanis az alábbi következményekkel járna:

a) A hirtelen bekövetkező féloldali tüdőcollapsus gyorsan áthárítaná a munkát az ellenoldali tüdőre (*Breccia*), miáltal ennek esetleges nyugvó góczait a fellobbanásra hajlamosítaná.

b) Az operált thoraxfélben a tüdő tömegesen ürítene ki váladékát a bifurcatio felé, honnan aspirációs pneumonia fejlődhetnék a másik tüdőben (*Forlanini*, *Lexer*).

c) A gyors tüdőcollapsus közben a súlyosan beteg tüdőből rohamos toxinfelszívódás történne, mely, mint egy túl nagy dosisú tuberculin-injectio, viharos reactiót kelthetne s a másik tüdő esetleges gümös góczait (ilyenek rendszerint jelen vannak akkor is, ha őket előzőleg ki nem mutathattuk) reactiválhatná. Példát nyújt erre *Brauer* és *L. Spengler* 83. és 98. számú esete, *Weiss* görbersdorfi tapasztalata és egy saját esetem.

d) Főleg a hirtelen, erőszakos töltés a jobb szívet jelentékenyen megterhelné. Annyival nyilvánvalóbb ez, mert, mint *Carlström* kimutatta, a jobb szívre a túltöltésekből akkor is hátrány fejlődhetnék, ha a gázbevitel nem éppen gyorsan történt.

e) Kiméletlen, túl nagy dosisú N-insufflatióknál adhaesio-mentes esetben praktikus értelemben szinte azt lehetne mondani, hogy azok mellett a légmell mintegy eltér attól a legeslegfőbb követelménytől, hogy egyoldali legyen. Az ilyen túltöltött pneumothorax annyira áttolja a mediastinumot a másik

oldalra, hogy valóságos mediastinalis herniát létesíthet. Ilyen eset vízszintes thorax-metszete *Brauer* és *Spengler* terjedelmes casuistikájában le is van rajzolva. Ekként a másik tüdőnek, melytől éppen hyperactivitást követelünk, a megengedhetőnél nagyobb fokban megszűkül a helye a thoraxban, sőt ő maga is nyomás alá kerül, a mi súlyos dyspnoëre vezethet (*Zink*, *Sundberg*).

f) Adhaesióktól komplikált esetekben viszont a túltöltés a pleuratasakban túlerős nyomás alá helyezi a gázt, mely így a betegnek kellemetlen feszüléserzést, sőt tartós fájdalmakat okozhat, továbbá felszínes és mély emphysemákat fejleszthet s ha a túltöltött tasak a szív szomszédságában van, akkor, mint azt *Brauer* és *Weiss* tapasztalta, még nagyobb kellemetlenségek (dyspnoë, dolor, cyanosis, kicsiny meglassudó pulsus) állhatnak elő.

Akkor fogunk tehát a fenti cardinalis jelentőségű pontokban helyesen eljárni, ha *lassan, kiméletesen alkotjuk meg és fejlesztjük tovább a légmell* és azt *nem töltjük túl*. Sem az egyes insufflatiók közben, sem az egész kezeléssel *nem szabad sietnünk*, sem az igyekezettől, hogy minél teljesebb, komplettebb pneumothoraxot teremthessünk, *nem szabad* magunkat *túlzásra* ragadtatnunk.

Fontos szerep jut e tekintetben önként érthetőleg az alkalmazott gázmennyiségnek és a nyomásnak, melyet vele a kezelt thoraxfélben létesítünk.

Adhaesio-mentes esetekben az első befúvás és a kellő intervallumokkal végzett későbbi insufflatiók átlag 400—600 cm³ nitrogénnel történhetnek. A *Forlanini* által eleinte ajánlott 200—300 cm³-es quantumot a későbbi tapasztalások kevésnek, a *Brauer* által használt mennyiségeket (legelső befúvása alkalmával, a mit eszközölt, mindjárt 1600 cm³ N-t ömlesztett be egy ülésben) túlsoknak mutatták.

A nyomás, a mit az operált thoraxfélben hagyunk, adhaesio-mentes esetben az első insufflatio alkalmával ne legyen még positiv, míg ± 0 -ra sem kell mindjárt első ízben törekednünk, elég, ha az eredetileg uralkodott erősen negatív nyomást jelentékenyen leszállítottuk s a ± 0 -hoz közelítettük. Utóbb törekszünk mindjobban — folytonos successivitással — a + nyomás felé, ez azonban összenövések nélküli esetekben sohase legyen 2—3 cm. vízoszlop nyomásánál jelentékenyebb. Nagyobb nyomást csak adhaesiv esetekben, partialis pneumothoraxnál hozhatunk létre az illető tasakban vagy tasakokban (részemről itt sem szeretek 10 cm. víznél magasabbra menni, sőt lehetőleg — főképp a szív szomszédságában — ezen is alul maradok).

Ugy az esetenként alkalmazható gázmennyiség, mint a nyomásviszonyok irányítása körül egyébként a manometeren kívül fontos támogatónk a beteg subjectiv állapotának megfigyelése is. Arra kell törekednünk, hogy a beteg közérzetét egész beavatkozásunk minél kevésbé zavarja, azzal neki jelentékenyebb fájdalmat vagy egyéb már érintett kellemetlenséget ne okozzunk. Ez egyik fő jellemvonása a helyes, mert kiméletes művi pneumothorax-kezelésnek.

Természetes, hogy ha + végső nyomást („Schlussdruck“) hagyunk a mellhártyaüregben, a kanül bevezetésekor és kihúzása alkalmával rigid fali pleurát éreztünk, vagy e nélkül is, ha a végső nyomás partialis pneumothoraxnál 2—3 cm. víznél tetemesebb volt, nyomókötetést teszünk — *Saugman* módja szerint vízzel töltött kis gummipelottával megerősítve azt — az insufflatio befejeztével a beszűrés helye fölé s a betegnek 24 órás teljes nyugalmat (ágyban fekvés, hangos beszédtilt tartózkodás) rendelünk a gáz visszaömlésének megakadályozására.

A fentiekben javasolt eljárás mellett az is lehetségesé válik, hogy a befúvások *intervallumait* célirányosan szabhasuk meg.

Sem a *Forlanini*-féle túlrövid (első eseteiben másodnaponként, sőt naponta insufflált), sem a *Brauer*-féle túl hosszú (első esetének három intervalluma: 24, 54 és 20 nap volt) befúvási időköz nem tartjuk helyesnek, mert az előbbi eljárás túlgyakori insufflatiókat tenne szükségessé s a túlgyakori pleura-izgatás pleurashocknak készíthetné elő az útját;

az utóbbi pedig könnyen túltöltésekre csábíthatna, hogy ezzel biztosítsuk magunkat az esetleges teljes gázresorptio ellen. Részemről az első insufflatio után körülbelül 5 nappal végzem a 2. befúvást, ezután 1 héttel a 3.-at, ezt követőleg 10 nappal a 4.-et, majd 14 nap után az 5.-et, mire a 3 hetes és 1 hónapos terminusok következnek. Hogy ezen átlagokat a beteg klinikai észlelése mi módon befolyásolhatja, annak fejtegetése már nem tartozik jelen tárgyam körébe.

Örvendenék, ha e szerény fejtegetésekkel némileg hozzájárulhattam volna a művi pneumothorax technikája fontos kérdésének tisztázásához.

Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem általános kórtani intézetéből. (Igazgató: Tangl Ferencz dr., ny. r. tanár.)

A chloroform- és aethernarcosis hatása a gyomorra.

Irta: Báron Sándor dr. és Bársony Tivadar.

Régi klinikai tapasztalat az, hogy narcosis után a betegek egy részének gyomorpanasza van. Ez a legtöbb esetben csak futólagos, de néha napokig tart. Vannak esetek, mikor narcosissal végzett beavatkozás után az acut gyomorileusnak nevezett körkép fejlődik ki, melyben az igen súlyos tünetek középpontjában a gyomor súlyos functiozavara van. A szerzők az ily esetek egy részének keletkezésére vonatkozólag felveszik, hogy narcosis következményeként a gyomorizomzat bénulása jön létre s ez az egész körkép kiindulási alapja. Ez esetek szerepelnek az irodalomban a „postnarkotische Magenlähmung” elnevezéssel.

Hogy mily szerep jut a gyomortünetek létrehozásában a narcosisnak s hogy vajon létrejöhet-e narcosis következményeként gyomorbénulás, kellőképpen tanulmányozva még nincs.

Mangold állatkísérleteiből kiderült az, hogy narcosisban a gyomor peristaltikája megszűnik, madarakon végzett kísérleteiben ugyanis a gyomorban levő ballonszondával kimutatható rhythmusos nyomás-ingadozás a narcosisban megszűnt.

Kelling, majd Braun és Seidel gastrostomiás kutyákon kimutatta, hogy éber állapotban már bizonyos kis intraventricularis nyomáskor távozik a gastrostomiás nyíláson át beszajtott levegő a cardián át, míg narcosisban a gyomor erős tágulatával kapcsolatban ez vagy csak igen nagy nyomás mellett következik be, vagy egyáltalában nem. Braun és Seidel ezt úgy magyarázza, hogy narcosisban a gyomorizomzat bénulása jön létre, a gyomor az intraventricularis nyomásnak engedve, kitágul, a gyomor tágulásával a cardia szelepszerűen elzáródik s meggátolja a levegő távozását.

Rendszeres klinikai vizsgálatokat a narcosisnak a gyomorra való hatására vonatkozólag Payr végzett; kimutatta, hogy narcosis után kissé tágult a gyomor, mely tágulat 12—24 óra múlva szokott visszafejlődni; azokban az esetekben, mikor a postnarcosisos gyomortünetek jelentékenyek voltak, tágulat még napok múlva is kimutatható volt.

A klinikai vizsgálatok és az állatkísérletek e hiányos adatai indítottak arra, hogy rendszeres vizsgálatokat végezzünk e kérdés tisztázására.

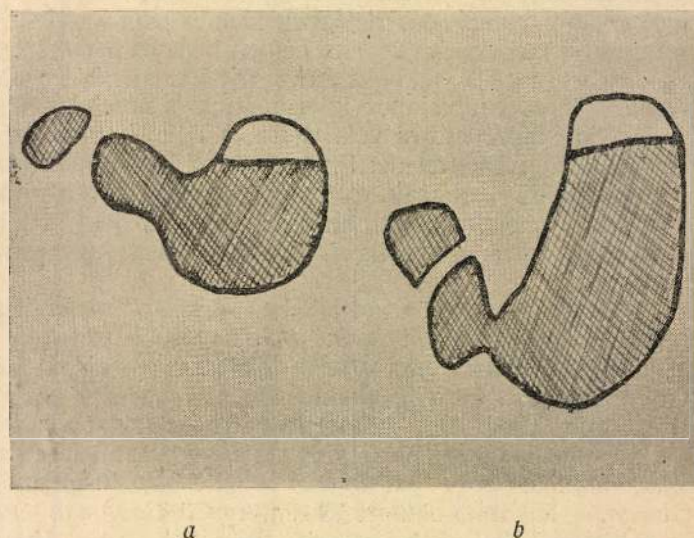
Kísérleteinket kutyákon végeztük. A gyomrot a vizsgálat különböző szakáiban Röntgennel vizsgáltuk meg, mely methodus legjobban felel meg a physiologiás viszonyoknak. A lelet függélyes helyzetben állapítottuk meg; a tonusváltozás megállapítására ugyanis ez a helyzet a legalkalmasabb mind anatómiai, mind mechanikai viszonyoknál fogva. A vizsgálatok javarészt bismuth-péppel végeztük, melyet az állatok, egy kísérletsorozat kivételével, spontán ettek meg. A Röntgenvizsgálat minden fontosabb mozzanatát vagy pauzálás, vagy felvétel útján rögzítettük.

Kísérleteink első sorozatában a kutyagyomor alakját, peristaltikáját és a lemért mennyiségű bismuth-pép kiürülése tartamát vizsgáltuk. A kutyagyomor alakja függélyes helyzetben a mellékelt ábrán (1. ábra a, b) feltüntetett két határalak között változik.

A gyomor kifejlésének módja és ideje nagyjában a jó tonusú emberi gyomoréhoz hasonló. Peristaltika csak a már kifejtett gyomron kezdődik kb. 10—15 percczel a pép elfogyasztása után. A mély peristaltika kb. két harántujjal a pylorus előtt veszi kezdetét — sokszor e helyen a nagy curvaturán állandó mély behúzódnás van —, a peristaltika tovahaladásának módja az emberiéhez hasonló, periodusai 8—12 másodperczesek. Psychés ingerek egyes esetekben megszüntették a peristaltikát. A különböző kutyákon 5—7 óra alatt ürült ki a következő összetételű bismuth-pép: 150 gr. tej + 15 gr. dara + 30 gr. Bi carb. + 20 gr. lactose.

Ez eredmények megegyeznek Schüller ezirányú kísérleti eredményeivel.

1. ábra.



Kísérleteink második sorozatában a chloroform- és aethernarcosisnak a gyomor tonusára való hatását vizsgáltuk. A tonusváltozás megállapítására a bismuth-péppel megterhelt gyomor alakváltozását használtuk fel. Az üres gyomor ugyanis, mint ez alább kitűnik, a tonusváltozás kimutatására nem alkalmas. E sorozat 16 kísérletből állott. Minden kísérletben úgy jártunk el, hogy a bismuth-pép megetetése után megállapítottuk a normalis viszonyokat, azután elaltattuk a kutyát, s 10 perc—1¼ óráig chloroform-, illetőleg aethernarcosis után még mély narcosisban megvizsgáltuk az állatot. Mind chloroform-, mind pedig aethernarcosis után minden egyes esetben azt találtuk, hogy a gyomor igen erősen kitágult, a tágulatban az antrum nem vett részt, de a pars mediával együtt lejjebb sülyedt. Peristaltika és ürülés nyoma egy esetben sem volt látható. E sorozat teljesen megegyező eredményei közül csak egy chloroformos kísérlettel nyert lelet képeit kívánjuk közölni (2. ábra a, b).

Az állatokat ébredésük után figyelemmel kísértük, azt kívánva megállapítani, hogy mennyi idő múlva szűnik meg a tágulat. A leletek nem voltak egyformák. Egyes esetekben már az ébredés után negyed óra múlva visszatért a rendes alak, rendes peristaltika, sőt némelyikben ürülés is volt konstatalható a duodenum felé, máskor meg 1 óra múlva is változatlan volt a lelet s csak 3—4 óra múlva mult el a tágulat. Egy kutya a chloroformnarcosis befejezése után rövid idővel keveset hányt, a hányás után a tágulat azonnal megszűnt.

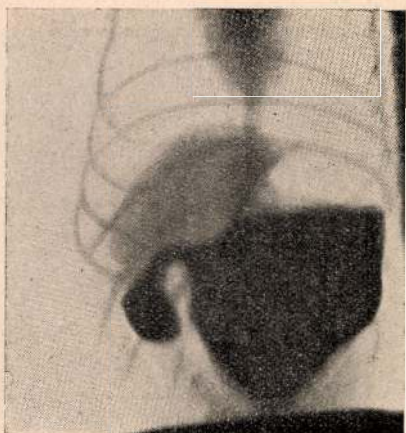
Megállapítani kívántuk ezek után, hogy a narcosis mely szakában és mily módon jön létre a tágulás. Erre irányuló vizsgálatot két kutyán végeztünk.

Az egyik kutyán a Bi-pép megetetése után a kutyát két hátulsó lábára állítva rögzítettük a gyomor teljes kifejlése után a normalis alakot. Ezután a kutyát függélyes helyzetben kikötöttük. A kikötés alkalmával igen nagy ellenállást fejtett ki, vonított. A közvetlen ezután végzett átvilágításkor a peristaltika teljes megszűnésével a gyomor az antrum kivételével kiskokú verticalis tágulatot mutatott. Az azonnal megkezdett

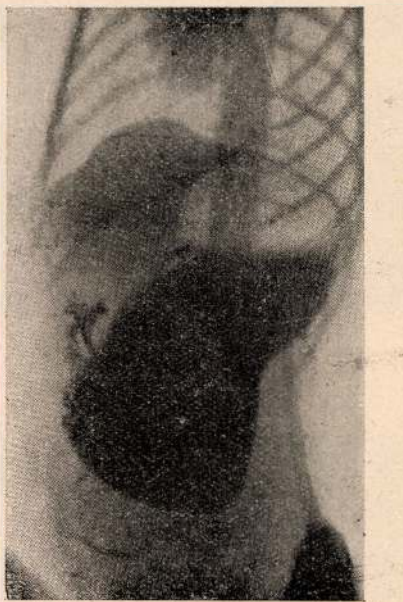
aethernarcosissal az igen nagy excitatio stadiumában folyton tágult a gyomor, mely tágulat a mély narcosisban érte el tetőfokát.

A másik kísérletben a normalis viszonyok megállapítása után szintén kikötöttük függélyes helyzetben a kutyát. A kutya semmi ellenállást sem fejtett ki. A gyomor alakjában elváltozás nem jött létre. Ezután az állandóan nyugodtan viselkedő állatot rövid időre lehető legnagyobb mértékben kifeszítettük, változást a gyomron ekkor sem tudtunk kimutatni.

2. ábra.



a



b

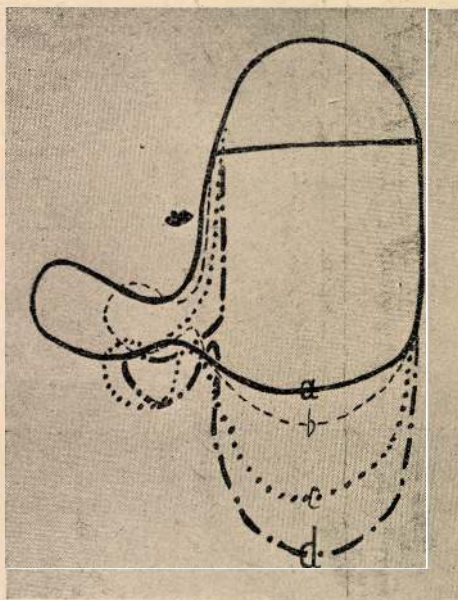
Ekkor a gyomoralak pontos hossz- és harántméretét az átvilágító ernyőn rögzítettük (3. ábra, a vonal), ezután megkezdtük a chloroformnarcosist. Az első pár csepp adagolása után igen erősen ellenkezett az állat, vizelt. Ekkor a gyomor hirtelen tágulása jött létre a peristaltika teljes megállásával. E lelet contourjait ismét rögzítettük az átvilágító ernyőn (3. ábra, b vonal), fix pontul véve az előbbi pausa felső és bal contourját (a lámpa és a kutya helyzete, meg az átvilágító ernyő távolsága természetesen változatlan maradt). A mély narcosis beálltával jelentékeny újabb tágulat jött létre, melyet e vonallal rögzítettünk. A 10 perces narcosis után kb. $\frac{1}{4}$ óra múlva ébredt fel az állat erős nyáladzás kíséretében. Ekkor a gyomor tágulata még fokozottabb volt (d vonal).

E kísérletek mutatják, hogy kisfokú tágulat már közvetlen a narcosis megkezdése után kimutatható. E tágulatot shockhatásnak kell minősítenünk. Analogiát látunk ebben

azokkal a már említett tapasztalatokkal, hogy psychés és somatikus insultusokra a gyomor peristaltikája egyes esetekben megszűnik s hosszabb ideig szünetel. Ugy látszik, hogy a mikor az insultus igen nagy, nemcsak a peristaltika szűnik meg, hanem kisfokú tágulat is jön létre a gyomron. Első kutyánkon, mint ezt a kutya erős ellenkezése mutatta, ez insultus a kikötéssel következett be, a másodikon a narcosis megkezdésével; mindkét esetben ez insultussal egyidejűleg állott be a kisfokú gyomortágulás. A második kutyán a végzett erőltetett kinyújtás az oka a tágulásnak. A narcosishatástól független eme kezdeti kisfokú tágulat a mély narcosis idején jelentékenyen válik, esetenként még fokozódik a narcosis befejezése után.

Annak eldöntésére, hogy a gyomor alakváltozása segítségével üres gyomor esetén is kimutatható-e a gyomorizomzat tonusának csökkenése, Kaestle-féle capsulákat adtunk be az állatoknak s így figyeltük meg őket narcosis előtt és narcosis után. Bár az esetek egy részében a gyomor alsó határa a narcosis után kissé lejjebb szállott s a gázhólyag is megnagyobbodott, határozott következtetést e kísérletekből az eredmények kevésbé kifejezett volta miatt nem vonhatunk.

3. ábra.



Nem várhattunk eredményt az üres gyomor tonusváltozásának kimutathatóságára vonatkozólag attól a kísérleti berendezéstől sem, melyet Groedel és Seyberth más irányú kísérleteik alkalmával alkalmaztak, a mikor a gyomor kis és nagy görbületét fémgöngyök felvarrásával tették Röntgennel láthatóvá. E kísérleti berendezésben ugyanis egyrészt a műtét szerepel mint zavaró tényező, másrészt a göngyök súlya is befolyásolja a leletet. Jelen vizsgálati berendezéseinkkel tehát a narcosis hatására létrejött tonusváltozást az üres gyomron határozottan kimutatni nem tudjuk.

Eddigi kísérleteink értelmében tehát mind chloroform-, mind aethernarcosis hatására a gyomor tonusa jelentékenyen csökken, e tonuscsökkenés csakis a gyomor megterhelésével mutatható ki. Ez eredmények megegyeznek Braun és Seidel kísérleti eredményeivel, melyeket ők kevésbé physiologiás berendezéssel nyertek s megfelelnek Payr klinikai vizsgálatainak is.

A gyomortágulat rövid idő alatt visszafejlődik, a gyomor tonuscsökkenése tehát csak múló jellegű. E múló jellegű hatás nem magyarázza azokat az eseteket, melyekben narcosis után több napig is tartó kifejezett gyomortünetek vannak jelen.

Szükségeseznek tartottuk e miatt vizsgálatunk tárgyává tenni azt, hogy vajon a gyomor motoros funkciójára nincs-e hatása a narcosisnak.

Erre vonatkozólag az irodalomban klinikai vizsgálatokat egyáltalán nem találtunk, állatkísérleteket is csak Cannon és

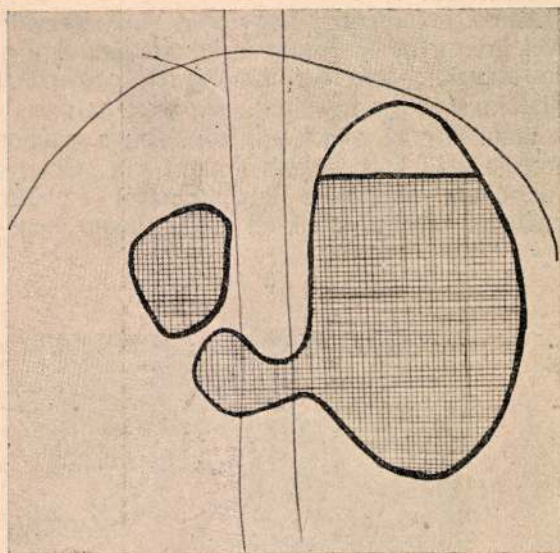
Murphy végzett ez irányban. Kísérleteikben az $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ óráig tartó aethernarcosis után beadott Bi-pép továbbadását figyelték a bélcsatornán keresztül s arra az eredményre jutottak, hogy a Bi a normalisnál kissé lassabban ürül a gyomorból a bélbe s később jelenik meg a coecumban. Az aethernarcosisnak hatását a gyomorbélrendszer motoros funkciójának csökkentésére a műtétek alkalmával szereplő egyéb tényezők hatása mellett jelentéktelennek találták.

Mi egyik kísérleti sorozatban szintén az aether-narcosis hatását vizsgáltuk a gyomor motoros funkciójára s azt találtuk,

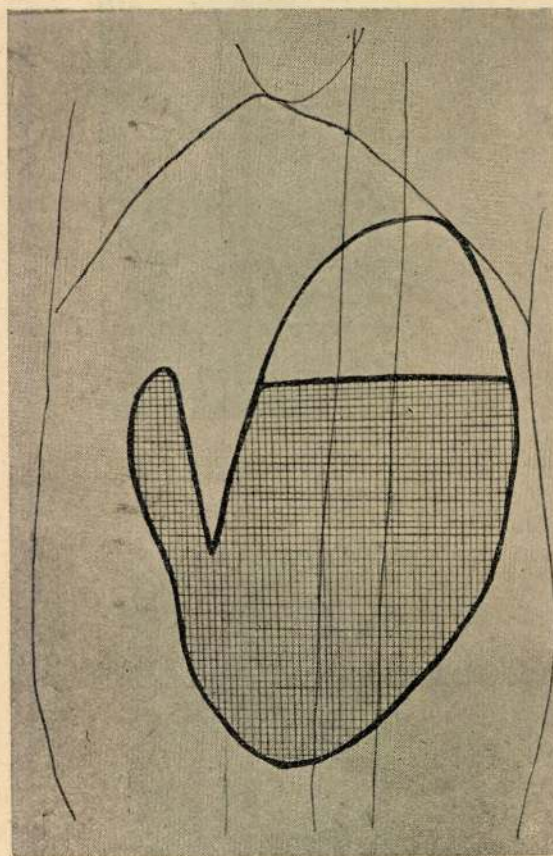
E sorozatból csak két kísérletet kívánunk részletesen leírni.

1. Középnagy kutya. A próbapép spontan elfogyasztása után a normalis lelet megállapítása (4. ábra a), ezután $1\frac{1}{2}$ óráig tartó mély chloroformnarcosis. A narcosis beszüntetése után még mély narcosisban a lelet: igen nagy tágulat a gyomron, peristaltika nincs (4. ábra, b). $\frac{1}{2}$ óra múlva a kutya teljesen ébren van, erősen nyáladzik, a hasfalak vizsgálatkor feszesek, a gyomorlelet változatlan, 1 óra múlva a gyomor alakja a normalishoz közel álló, a peristaltika is rendes, de ürülés

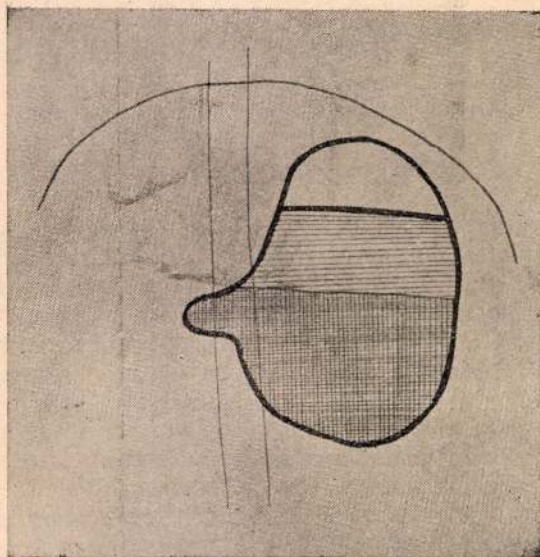
4. ábra.



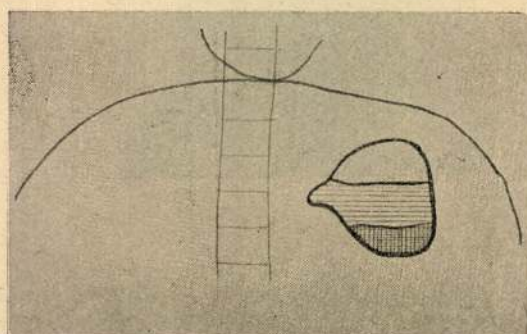
a



b



c



d

hogy a motoros funkcióban **jelentékeny** csökkenés nem jön létre; 5 kísérletet végeztünk s minden egyes esetben az $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ órás narcosis után a fentebb említett próbaétkezés 14 óra alatt kiürült a gyomorból, sőt már a vékonybelek is üresek voltak.

Egészen ellenkező eredményt adott az a kísérleti sorozat, melyben a chloroform hatását vizsgáltuk a gyomor motoros funkciójára. 9 kutyán a $10'$ — $1\frac{3}{4}$ óráig tartó chloroformnarcosis után azt találtuk, hogy 14 óra múlva **minden vizsgált esetben volt maradék a próbaétkezésből a gyomorban**, mely 3 eset kivételével még 24 óra múlva is kimutatható volt.

a duodenum felé nem konstatálható. $1\frac{1}{2}$ óra múlva a duodenumban és 1—2 felső vékonybélkacsbán kevés töltés. 14 óra múlva a normalis alakú gyomorban jelentékeny 3 rétegű maradék, legfelül kissé nagyobb gázhólyag, középen $1\frac{1}{2}$ harántujjnyi intermediaer réteg, alul 1—2 harántujjnyi Bi (4. ábra, c). A peristaltikában a rendestől eltérés nem látható. 24 óra múlva igen kevés 3 rétegű maradék (4. ábra, d).

E lelettel nagyjában megegyező leletet nyertünk a többi, $\frac{3}{4}$ órától $1\frac{3}{4}$ óráig tartó chloroform-narcosis után.

2. Középnagy kutya. A $\frac{3}{4}$ órás chloroformnarcosis után a lelet az előbb leírttal megegyező. 14 óra múlva kevés

maradék a gyomorban, 24 óra múlva a gyomor és a vékonybelek is üresek.

Ilyen volt a lelet még másik két kísérletben, az egyikben a narcosis tartama 10 perc volt, a másikban a kutya röviddel a 1 $\frac{1}{2}$ órás narcosis befejezése után hányt. E kísérlet-sorozattal tehát kétségtelenné lett, hogy *chloroformnarcosis után a gyomor motoros funkciója jelentékenyen csökken.*

A következő kísérletsorozatban azt vizsgáltuk, hogy vajon a chloroformnarcosis káros hatása a narcosist követő napokra is kiterjed-e? E végből az este éhomra narkotizált állatoknak másnap reggel, tehát 14 óra múlva szondán át próbapépet adtunk s az találtuk, hogy aznap este, tehát a próbapép elfogyasztása után 12 órával kevés maradék még kimutatható volt a gyomorban. A harmadnap megismételt vizsgálat alkalmával még mindig találtunk 9 órás igen kevés maradékot.

A chloroformnarcosis tehát a gyomortonus futólagos csökkentésén kívül az aethernarcosissal ellentétben több napra terjedő motoros funkciócsökkenését hozza létre a gyomornak.

E kísérleti eredmények megegyeznek azzal a klinikai tapasztalattal, hogy chloroformnarcosis után a gyomorpanaszok kifejezettebbek és hosszantartóbbak, mint aethernarcosis után.

Az eddigi eredmények alapján:

1. szükségesnek tartjuk a postnarcosisos gyomorbántalmak tanulmányozásakor az aether- és chloroform hatás közt fennálló különbség figyelembe vételét;

2. hangsúlyozni kívánjuk azt, hogy a chloroformnarcosisban végzett műtétek utáni súlyos gyomortünetek aetiologiájában a chloroformnak jelentős szerepet kell tulajdonítanunk;

3. ajánlatosnak tartjuk különösen gyomor-, de általában has-műtétek alkalmával a chloroform használatának lehető korlátozását.

Kísérleteink közben alkalmunk nyílt azzal a kérdéssel is foglalkozni, hogy narcosis után beáll-e hypersecretio, vagy nem. A Kaestle-capsulákkal üres gyomron végzett kísérletekben folyadékot kimutatni nem tudtunk. Bi-pépes kísérleteinkben az esetek egy részében 1—2 harántujnyi intermediaer réteg volt kimutatható röviddel a narcosis befejezése után; hogy ez azonban hypersecretio volt-e, vagy a petyhüdt, mozdulatlan gyomorban könnyebben létrejövő sedimentálódásnak volt-e a következménye, azt eldönteni nem tudtuk. Azokban a chloroformos kísérletekben, melyekben másnap maradékot találtunk a gyomorban, az intermediaer réteg minden esetben jelentékeny volt, a mi nagyobb mennyiségű gyomorsecretum jelenlétére utalt. Hogy azonban ez hypersecretio volt-e, azt bizonyítani nem lehet, mert lehetséges az is, hogy a csökkent kiürülés miatt a normalis secretum nagyobb mennyiségben gyűlt meg a gyomorban.

Hogy mi a mechanizmusa a kísérleteinkkel nyert gyomorelváltozásoknak, arra nézve határozott magyarázattal nem rendelkezünk.

Az acut hatásra vonatkozólag, mely a gyomor jelentékeny tonuscsökkenésében és a peristaltika teljes megszűnésében áll, fel kell vennünk, hogy ez főleg a narcoticumoknak a circulatio útján a gyomor motoros idegeire és az izomzatára gyakorolt direkt befolyására jön létre; a gyomor nyálkahártyájáról kiinduló oly reflexnek, melyet a narcosis közben a nyállal lenyelt narcoticum izgató hatása vált ki, ez acut hatás létrejöttében szerepet nem tulajdoníthatunk. E reflexhatás szerepére vonatkozólag a két idevonatkozó kísérlet-sorozatban a 8—10 kilós kutyáknak 4 gr. chloroformot adtunk szondán át a gyomorba s ezután az állatokat a szokott Bi-péppel megettük. Rövid idő múlva a gyomor kitágult, a peristaltika megszűnt. Kétségtelen tehát, hogy a gyomorba jutott chloroform izgató hatására létrejöhet a gyomor acut bénulása. Hogy azonban az inhalatiós narcosis alkalmával esetleg lenyelt narcoticum az acut hatás létrejöttében jelentős szerepet mégsem játszik, arra a másik kísérletsorozatunk enged következtetni. Ebben az előbbivel különben azonos berendezés mellett 1 gr. chloroformot adtunk a kutyáknak,

mely után változást sem a tonusban, sem a peristaltikában kimutatni nem tudtunk. Már pedig az inhalatiós narcosis alkalmával a lenyelt chloroform mennyisége az e kísérletsorozatban adott mennyiséget mindenek szerint nem haladja túl, úgy hogy e kísérletsorozat eredményét irányítónak vehetjük. A narcoticum lenyelésének az acut hatásban már csak azért sem kell jelentőséget tulajdonítanunk, mert intravenás narcosis alkalmával is az inhalatiósával teljesen megegyező gyomorbénulás képét kaptuk.

A chloroformnarcosisban talált késői hatásra vonatkozólag szintén azt kell felvennünk, hogy ez a circulatióval a gyomor motoros idegeihez és izomzatához jutott narcoticumnak direkt hatására jön létre. Az imént említett nagyobb dosissal végzett kísérleteinkben ugyan a gyomorba adott chloroform hatására a gyomor acut bénulásán kívül késői hatás is létrejött, mely 14 órás jelentékeny maradékban nyilvánult. Hogy azonban nem ily mechanizmus okozza az inhalatiós narcosisban talált késői hatást, a mellett a kis dosissal végzett kísérleteink szólnak, melyekben sem acut, sem késői hatás nem jött létre.

A chloroformnarcosisnak e késői hatásában analogiát kell látnunk azzal a deletaer hatással, melyet a chloroform a szívre és a parenchymás szervekre gyakorol. E káros hatás anatómiai substratumát a histológiai vizsgálatok felderítették, de a gyomorizomzatra és a gyomoridegekre vonatkozólag ily leletekkel nem rendelkezünk.

Fel kell vetnünk végül még annak a lehetőségét, hogy narcosis közben és a narcosis befejezése után a kilehelt chloroform a nyálban oldódva oly mennyiségben jut lenyelés folytán a gyomorba, mely azoknak a kísérleteinknek felel meg, melyekben a gyomorba vitt nagyobb mennyiségű chloroform kifejezett késői hatást váltott ki. Ha ez így volna, akkor az inhalatiókor talált késői hatást gyomorrhurutal magyarázhatnánk, mint azt a gyomorba vitt chloroform késői hatására vonatkozólag fel kell tennünk.

Jelen kísérleti berendezéseinkkel e kérdést véglegesen nem tudjuk tisztázni, mert az intravenosus és subcutan chloroformozáskor a kilehelt narcoticumnak a gyomorba jutását kizárni nem tudjuk, azok a methodusok pedig, melyek a lenyelt chloroformnak a gyomorba jutását megakadályozzák (ballon-szonda, oesophagus-fistula), oly nagy behatások, melyek a kísérleti eredményeket jelentékenyen befolyásolhatják.

Irodalom. Kelling: Ueber den Mechanismus der akuten Magendilatation. Arch. f. klin. Chirurgie, 64. köt. — Braun und Seidel: Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur Frage der akuten Magenweiterung. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie, 1907, 17. köt. — A. Payr: Die postnarkotische Magenlähmung. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chirurgie, 1911. — Groedel u. Seyberth: Tierexperimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Röntgenmahlzeit auf die Magenform. Arch. f. Verdauungskrankheiten 1912. — Cannon and Murphy: The movements of the stomach and intestines etc. Annals of Surgery, 1906, 4. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. F. Neufeld: Seuchenentstehung und Seuchenbekämpfung. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 5 K 40 f.

Az ismert nevű szerző e kis, csak mintegy kétszáz lapra terjedő munkájában azt a célt tűzte ki, hogy a gyakorló orvos igényeit kielégítő módon ismertesse meg a legfontosabb fertőzőbetegségek terjedésmódjára és leküzdésére vonatkozó ismereteket, mellőzve mindazt, a mire tulajdonképpen csak a bakteriologusnak van szüksége, de a mit az eddig rendelkezésünkre állott hasonló munkák éppen a legkimerítőbben szokták tárgyalni. Ez a oka, hogy e munkákat — nagy hátrányára a köznek — a gyakorló orvosok nem igen tanulmányozták. A munkát, mint a mely kitűzött célját igen jól megoldotta és a mely éppen napjainkban nagyon alkalomszerű, melegen ajánljuk olvasóink figyelmébe.

Új könyvek:

B. Möhring: Zur Indikation und Technik der Unterkiefer-Resektionsprothese. Berlin, H. Meusser. 3 m. — *Pierre de Benoit*: Alkoholiker-Fürsorge. Bern, G. A. Bäschlin. 3.75 m. — *Borgmann und Fischer*: Die Bekämpfung der Milzbrandgefahr in gewerblichen Betrieben. Berlin, J. Springer. 1.80 m. — *J. Berze*: Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörung der Dementia praecox und der Hydrophrenen überhaupt. Leipzig u. Wien, F. Deuticke. 16 m. — *H. Vollbrecht u. J. Wieting-Pascha*: Kriessärztliche Erfahrungen. Berlin, H. Kornfeld. 18 m. — Beiträge zur Kriegsheilkunde. Aus den Hilfsunternehmungen der deutschen Vereine vom Roten Kreuz während des italienisch-türkischen Feldzuges 1912 und des Balkankrieges 1912/13. Herausgegeben vom Zentralkomitee der deutschen Vereine vom Roten Kreuz. Berlin, J. Springer. 40 m. — *E. Baur*: Einführung in die experimentelle Vererbungslehre. 2. Auflage. Berlin, Gebr. Borntraeger. 14.50 m. — *Elschnig*: A ugenpflege. Berlin, S. Hirschwald. 1.20 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Újabb vérpróbát ajánlott *A. Wagner* a „Zentralblatt für Chirurgie“ ez évi 28. számában. Késhegyeni benzidint 2 cm^3 jégezzel és 20 csepp 3%-os hydrogensuperoxid-oldattal keverve, ebből egy cseppecskét teszünk a száraz tárgyüvegre helyezett vizsgálódó anyaghoz, például bélsár-részletecskéhez; czélszerű fehér alapra (papírra) helyezni a tárgyüveget. Vér jelenlétében többé-kevésbé sötét-kék szín áll elő. A próbát *Zengerle* is nagyon ajánlja. (Medizinische Klinik, 1914, 50. sz.) Kiemeli a próba érzékenységet (vér 1:100.000 hígításban még adja a reakciót), egyszerűségét; elszenesedett vagy hamúvá vált anyaggal is sikerül, ha az elszenesítés vagy elhamvasztás előtt vér volt rajta. Rozsda, tej és vaschlórid nem adja a reakciót, s ebben is előnyösen különbözik a guajakpróbától.

Másodlagos anaemia eseteiben *Kalt* jó eredménnyel használta nagyszámú betegen a salvarsant, illetve neo-salvarsant kicsiny, 0.05—0.075 grammos adagban 3—4 naponként megismételve; egy-egy beteg 10—15 befecskendezést kapott. Ily módon nagymennyiségű arsenit vihetünk a szervezetbe s gyakorolhatunk ezzel ingerlő hatást a vértképző szervekre minden károsító mellékhatás nélkül, a mi más arsenkészítményekről nem mondható. Így az arsen belsőleg adva nagyon sokszor okoz emésztés-zavarokat; az intravenás atoxyl-injectiókat a neuritis optica veszélye miatt elhagyták; a kakodyl-készítmények bőr alá fecskendezése után türethetetlen fokhagyma-íz szokott támadni, más arsenkészítmények bőr alá fecskendezése pedig rendkívül fájdalmas. A szerző többnyire intravenásan adta a salvarsant, de adható különösebb zavar nélkül subcutan is, legczélszerűbben $\frac{1}{2}\text{ cm}^3$ physiologiai konyhasóoldatban a glutalis vagy subscapularis tájon. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 27. szám.)

Halálos végű kalium hypermanganicum-mérgezés esetét közli *E. Adler* (Wien). Az eset 37 éves nőre vonatkozik, a ki öngyilkossági szándékból 10 gr. kaliumhypermanganatot vett be substantiában. A mérgező tünetek hamarosan kifejlődtek. Ezek a következők voltak: Heves fájdalmak a torokban, a nyelőcsőben és a gyomor táján. A nyak erős puffadása, az állkapocs szöglete táján bőremphysema, mely egyre tovább terjedt a törzsre. Rendetlen légzés (nagy szünetekkel), cyanosis; 90 órával a mérgezés után fokozódó szívgyengeség kíséretében beállott a halál. A boncolás a szájgaratüretnél, valamint a gégefőnek genyesen-rothadó gyuladást állapította meg. A nyakon tovaterjedő phlegmonet találtak. A vékony- és vastagbél nem volt beteg. A gyomorban is csak helyenként apró fekélyek. A kaliumpermanganat-mérgezés állaton részletesen van vizsgálva. Embereknél aránylag kevesen észlelték. Hasonló halálos végű esetet a szerző csak kettőt talált az irodalomban. *Thomsen* esetében a 20 éves ember 15—20 gr.-ot vett be, *Bux* és *Buzzard* esetében pedig a 47 éves nő egy marékka nyelte a szert. Az első esetben a halál 7 óra múlva, a másodikban 35 percz múlva állott be. (Medizinische Klinik, 1914, 33. sz.)

Sebészet.

A tetanus kezelésére *Unger* — minthogy az eddigi eljárások szerint nem kielégítő — a következő módot ajánlja: Az arteria radialist vagy ulnarist kiproeparáljuk és kissé bemetszve, gőzben sterilizett és konyhasóoldattal átmosott katethert vezetünk bele centralis irányban oly magasra, hogy a belső vége az aorta ívéig ér. Ekkor a katether külső végére helyezett fecskendő segítségével az antitoxint egyenesen az aortába fecskendezhetjük, melyből azután a carotisok útján részben az agyba, részben az aorta descendens ágai útján a gerincvelőbe jut. A radialis sebét bevarrjuk. A szerző ezt az eljárást sokkal egyszerűbbnek találja a Heddaeus ajánlotta carotis internába való direct serumbefecskendezésnél, sőt már egy betegen meg is próbálta. A beteg a beavatkozás dacára életben maradt! (Berl. klin. Wochenschr. 1914, 42. sz.)

Tetanus eseteiben *Lewandowsky* szerint az antitoxinnal talán jobb eredményeket érünk el, ha az arachnoidealis zsákba fecskendeznénk be, úgy a mint az a Jonnesco-féle magas gerincvelőérzéstelenítés alkalmával szokásos. Ily módon elegendő töménységben jutna el a gerincvelő nyaki részéhez és a nyúltselhöz, a melyeket a tetanus mérge a legerősebben támad meg. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 50. szám.)

A végbéllelőesésnek egyszerű műtéti kezelését ajánlja újból *Roux* tanár. Az eljárás, melyet 1895 óta használnál jó sikerrel, úgy a felnőttek elhanyagolt eseteiben, mint kis gyermekeken egyaránt kitűnően bevált, a következő: Az előesett végbél környékének gondos fertőtlenítése és a végbél visszahelyezése után narcosisban a bal kéz mutatóujjával a lehető magasan behatol a végbélbe, hogy a rétegek eltolódását megállapíthassa. A bevezetett ujj ellenőrzése mellett azután 6—10 cm. hosszú tüvel felszerelt Pravaz-fecskendővel párhuzamosan a végbél falzattal több helyen $\frac{1}{2}$ —1 cm^3 abszolút alkoholt fecskendez be a tü lassú kihúzása közben a pararectalis kötőszövetbe, a végbél nyílás körül körkörösén,

Gyermekeknek 4—6 cm^3 abszolút alkohol fecskendezhető be minden körös következmény nélkül. Kötésül tapasztal rögzített gaze-tekercs alkalmazható, melybe Nélaton-kathetert tehetünk. (Therap. Monatshefte, 1914, 8. szám.)

Húgyszervi betegségek.

A veleszületett húgycsőszűkületekről ír *Riedel* jenai tanár 19 operált esete alapján. A betegség klinikai lefolyása szempontjából különösen nevezetes, hogy a betegek ezeket a szűkületeket a legtöbbször csak a későbbi években, sőt néha egyáltalán nem is veszik észre. Az ő esetei közül is egy 16 éves fiú kivételével, a többi mind 30 s ennél idősebb egyénekre vonatkozik. A betegek többsége úgy vallott, hogy már kora gyereksége óta nehezen vizelt, míg 7 csak az utolsó években, sőt az egyik csak az utolsó 6 hónap óta vette észre, hogy erőltetéssel, illetőleg vékonyabb sugárban megy el a vizelete. Nagyon valószínű tehát, hogy a veleszületett stricturák idővel mindjobban megszűkülnek, a mi alkalmasint a szűkület mögött felhalmozódott váladéknak a következménye. A szerző ugyanis azt gondolja, hogy a strictura környékén sorvadásos folyamatok játszódnak le, melyek eredményeképpen a stricturás helyek mind szűkebbek lesznek, míg a környék egyelőre még gyuladástmentes marad.

A kórjóslatot tehát ezek alapján általában véve kedvezőnek kellene mondani, miután a lobos jelenségek — a betegség elején legalább — hiányoznak; a valóságban azonban a prognoszt mégis inkább rossznak minősíthetjük, minthogy a betegek rendszeren elég későn kerülnek orvosi megfigyelés alá. Ennek az oka pedig az, a mit már előbb említettünk, hogy a betegek legtöbbször csak későn figyelik meg ezt a rendellenességet. Gyermekekoruk óta ugyanis azt észlelték, hogy lassabban csurog a vizeletük; ezt megszokják s addig nem is törődnek vele, míg az állapotuk rosszabbra nem fordul. Idővel ugyanis a húgyhólyag s a vesék a vizelet-pangás következtében betegek lesznek; a betegek vizeletében

ilyenkor már fehérje és geny mutatkozik, a vesemedence pedig már erősen dilatált állapotban van.

A szerző által megoperált 19 beteg közül 6 halt meg elég rövid idővel a műtét után. A betegeket minél korábban kellene gyógyítás alá fogni, lehetőleg azonnal, mielőbb az első tünetek mutatkoznak. Ezt azonban sohasem fogjuk elérhetni. A gyermekek ugyanis nem adhatnak kellő felvilágosítást; akárhány enuresisben szenvedő fiúcskán bizonyára veleszületett strictura áll fenn. Bebizonyosodott továbbá, hogy az orific. extern. szűkületével egyidőben a pars bulbosában is sokszor strictura van jelen; ezen okból tehát az olyan gyakori előlő szűkületek gyógyítása alkalmával tapogassuk végig az egész urethrá, nehogy az esetleges hátulso szűkület elkerülje a figyelmünket.

A therapia természetesen ahhoz fog igazodni, hogy milyen fokú s milyen kiterjedésű a strictura. Az esetleges vékony, körkörös nyálkahártyaredőt elégséges, ha a Roser-féle szondával repesztjük szét. A ki az urethroskopiában jártas, az az ilyesféle ráncoskát hamar fel fogja ismerni és egykönnyen el fogja távolítani. A míg a falon nem észlelünk genyedéses folyamatokat, addig a dilatációs eljárás feltétlenül javulva van; s ha ez sikerül, akkor a beteg ennek nagy hasznát fogja venni. A legtöbbször azonban a szondázás nem fog kellő eredménnyel járni, minthogy ezek a stricturák rendesen nagyon szűkek s aránytalanul hosszúak; ilyenkor azután már csak a külső húgycsőmetszésre számíthatunk, melynek azonban úgy az előnyei, mint a hátrányai nagyon is ismeretesek. Nagyon szűk s ritka hosszú szűkület esetén plasztikát kell csinálnunk s erre a legalkalmasabb eljárás, ha az urethrá *Lexer* módszere szerint a processus vermiformisszal pótoljuk. (Archiv für klin. Chirurgie, 101. kötet, 3. füzet.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Cholera eseteiben *Wiener* ital gyanánt kalium hypermanganicum híg oldata helyett 1—3%₀₀-s hydrogensuperoxyd-oldatot ajánl, a melyből 1—1.5 liter kifogástalanul tűr el a szervezetet. (Wiener klin. Wochenschrift, 1914, 50. sz.)

Dysenteria 141 esetében nagyon jó eredménnyel használta *Klima* a Jaroschka-Richter-féle élesztőkészítményt. Valamennyi betege meggyógyult. Eleinte 3—4, később 2—3 kávéskanálnyi adott naponként vízben, tejben, teában elkeverve, avagy még célszerűbben ostyában. (Prager mediz. Wochenschrift, 1914, 46. szám.)

Fagyásdaganat ellen *Schwering* a következő, állítólag egészen biztos hatású eljárást ajánlja: a beteg területét minden előkészítés nélkül, csak gondosan megszáritva, jodtincturával bőven beecseteljük, a jodtinctura megszáradása után tiszta ichthyolt kenünk reá s bőven vattát nyomunk bele, a mennyi tapadva marad; további kötés nem szükséges, a harisnya vagy a keztyű eléggé megvédi ezt a kötetést, a mely az eset súlyossága szerint 3—8 napig marad ott és szárazon tartandó. (Med. Klinik, 1914, 47. sz.)

A **lavonat** nevű hydrogensuperoxyd-készítményt ajánlja hüvelyöblítésekre *Hirschberg*. A lavonat fehér, kristályos, szagtalan por; natriumperborat és natriumpyrophosphat keveréke kb. 10% ozet-tartalommal. Egy irrigáláshoz mintegy kávéskanálnyi használunk. A szerző kiemeli, hogy a lavonat-irrigálásnak nem csupán antisepsis hatása van, hanem a hüvely nyálkahártya ereit, valamint a hüvely és medenczefenek izomzatát rhythmusos összehúzódásra is bírja s ezzel tonusozó hatást fejt ki; nem szabad megfélekezni továbbá a fejlődő ozet-hólyagocskák mintegy mechanikai tisztító hatásáról sem. A lavonat olcsó; 5—6 öblítésre elegendő mennyiséget tartalmazó zacskókban kapható, a melyek ára 25 német fillér. (Med. Klinik, 1914, 46. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 50. szám. *Szászy István*: Tetanus halálos esetei. *Lenhossék Mihály*: A fejlődés problémájáról.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 51. szám. *Konrád Béla*: A nephritis gyógykezeléséről.

Vegyes hírek.

A **cholera hazánkban** úgylátszik végképpen kialvóban van, csak elvétve fordul elő egy-két eset. A cholerafertőzöttnek nyilvánított torontálmegyei Lukácsfalvát december 4.-én, a nyitrai megyei Berencset december 9.-én és a zólyom megyei Hédeft december 11.-én a nemzetközi egyezmény értelmében cholera mentesnek nyilvánították. A december hó 1.-étől 7.-éig terjedő héten 112 cholera megbetegedést (18 halálozást) jelentettek be. És pedig: Városokban: Budapesten 3, Debreczenben (katonai betegmegfigyelő állomáson) 2, Miskolcson (katonai betegmegfigyelő állomáson) 12, Kassán (katonai betegmegfigyelő állomáson) 2, Pozsonyban 1, Zomborban 2. Vármegyékben: Beregvármegyei Alsó-vecerekén 5, Munkács (katonai betegmegfigyelő állomáson) 43, borsód-vármegyei Sályon 2 (1), hevesvármegyei Hatvanban 3, jász-nagy-kún-szolnokvármegyei Szolnokon 1, kisküküllővármegyei Kisküküllőváron 2, Kistövén 1, Kesztlén 1, máramarosvármegyei Huszton 1, nógrádvármegyei Losoncson (katonai betegmegfigyelő állomás) 2, nyitra vármegyei Nyitraivánkán 1, pest-pilis-solt-kiskúnnvármegyei Czeglén 1, szabolcs-vármegyei Nyiregyháza (katonai betegmegfigyelő állomáson) 6, szepes-vármegyei Hernádfőn 3, túróczvármegyei Túróczremetén 3, ungvármegyei Ungvárott (katonai betegmegfigyelő állomás) 10, zalavármegyei Lapányban 1, zemplénvármegyei Csicsvaalján 1, Telekházán 1, Varannón 1, Olaszliszán 1. A felsorolt 112 megbetegedés közül 95 az északi harc-térrel érkező személyek között fordult elő, 17 pedig a polgári lakosok sorában. A horvát-szlavon-dalmátországi bán átirata szerint december hó 5.-én Ruma községben (Szerémvármegye) 1, Szerbiából érkezett katonai fuvaros cholera-ban megbetegedett.

Meghalt. *Taritzky Ferencz* dr., a kolozsvári tüdőbeteg-gondozó-intézet vezetője, rövid szenvedés után 38 éves korában december 15.-én.

„Coom“ néven egy kopenhágai intézet iszákoság elleni titkos szert hozott forgalomba. Minthogy ez a szer szakértői megállapítás szerint tejczukorból áll semmi sabadillae kivonatanyagának nyomával és teljesen értéktelen, az osztrák belügyministerium betiltotta az árusítását.

Személyi hírek külföldről. A königsbergi egyetem szemészeti tanszékére *Birch-Hirschfeld* dr. lipcsei rendkívüli tanárt nevezték ki. A jelöltek listáján hazánkfi, *Szily Aurél* dr. is szerepelt. — Prágában *W. Anton* (német egyetem, oto-rhinologia) és *J. Jansky* (cseh egyetem, elmekörtan) magántanárok címzetes rendkívüli tanárok lettek.

Hírek külföldről. *Doyen* dr., az ismert párisi sebész, a háborúban is hű marad önmagához: változtatlanul üti a reklám dobját. A lapokban közzé teszi, hogy automobiljában sorra látogatja az észak-nyugat-franciaországi hadikórházakat és mindenütt operál. 36 óra alatt 130 nagy műtétet végzett. — *Roux*, az ismert lausannei sebész-professor, a francia hadvezetőségnek ajánlta fel szolgálatait s jelenleg Besanconban teljesít szolgálatot. — A Berliner Klinische Wochenschrift december 7.-i számában közli, hogy egyik munkatársától, *Jeger* dr.-tól, Küttner boroszlói tanár segédétől, a przemysli várból repülőgépet útján kapott közlésre egy cikket az érvarratról.

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

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

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

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81-01. **Diaetás osztály** czukorbetegségeknek, anyagcserebetegségeknek. Hízaló és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: Dr. Dolecskó János, főorvos.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kúrák. Nap- és léghűzők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10,— koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: V. hadsebészeti értekezéslet (1914 december hó 3-án a II. és III. számú sebészeti klinikán). 876. lap. — Közkórházi Orvostársulat (VIII. bemutató szakülés 1914 április 15.-én.) 877. lap.

V. hadsebészeti értekezéslet.

(1914 december hó 3-án a II. és III. számú sebészeti klinikán.)

1. *Gerlőczy Zsigmond a typhus exanthematicusról* tartott előadásában kiemeli, hogy nagyon időszerű a kartársak figyelmét fokozottabb mértékben reáirányítani a kiütéses typhusra, mert néhány hét óta mind szaporábban érkeznek a budapesti fertőző betegek kórházába az északi harctérről typhus exanthematicusban szenvedő katonák és mert Budapestnek már sok hadi kórházából szállítottak át a Szent Gellért-kórházba kiütéses typhusos katonát. Minthogy egyrészt nincs fertőző betegség, mely annyira gyorsan járványossá válhatnék, mint a typhus exanthematicus, másrészt pedig most a sebesült és egyéb módon beteg katonák nagy része nem olyan kórházakban fekszik, a melyek tervszerint kórháznak épültek és a hygiene követelte feltételeknek megfelelnek, hanem más célokra készült helyiségekben, a melyeket csak a háború teremtette kényszerűség alakított át kórházzá és a melyek túlnyomó része zsúfolt is, a typhus exanthematicus megjelenését hadi kórházainkban aggodalmas jelenségnek tartja, a melynek komoly következményeivel már előre is számolni kell.

Mindenesetre nagy jelentőségű kérdés az ellene való védekezés kérdése, a melynek legfontosabb része a betegség minél gyorsabb felismerése. Ez azonban sokkal nehezebb feladat, mintsem gondolnók, mert azok, a kiknek nem volt alkalmuk typhus exanthematicusos beteget, valamint hastyphusban szenvedőket és kiütéses egyéb fertőző betegeket nagyobb számban észlelni, legfeljebb a jól kifejezett, typhusos eseteket fogják felismerni, a rendes typustól eltérőket ellenben nem. Pedig nagyon sok betegséggel van a kiütéses typhusnak több közös vonása, még pedig leginkább olyanokkal, a melyek lázzal avagy kiütéssel járnak. Fokozza a nehézséget az is, hogy nem ismervén ezidőszert a betegséget okozó mikroorganizmust, sem a vérvizsgálat, sem az excrementumok vizsgálata nem támogathat bennünket a diagnózisban.

Részletesen foglalkozik az előadó a typhus exanthematicus minden symptomájával, számos érdekes adattal támogatván előadását azokból az észleléseiből, a miket az 1908. és 1910. évi budapesti typhus exanthematicus-járvány alkalmával mintegy 500 esetben tett. A Szent Gellért-kórházba a harctérről egyenesen és a különböző kórházakból beszállított mintegy 40 katonát, a kin a typhus exanthematicust meg lehetett állapítani, különböző csapatonemekből került elő. Valamennyi a szabad levegőn, a hidegben tartózkodott. Arra gondolt az előadó, hogy talán a lövészárokban szorosan egymás mellett fekvő katonák férgek közvetítésével inficiálódnak, mert a tetveknek már az 1908. évi typhusjárványban is hajlandó volt jelentőséget tulajdonítani. Azonban sajátos módon a most beszállított 40 katonát tiszta volt, csak egynek a fején találtak tetűt. Ezért, ha továbbra is jelentőséget tulajdonít a betegség terjesztésében a tetveknek, még sem mer most már nekik akkora jelentőséget vagy pláne kizárólagos jelentőséget tulajdonítani. Ezt a kérdést különben, bármennyire valószínűnek lássák is, definitive csak akkor lehet majd eldönteni, ha sikerülni fog a typhus exanthematicus okozóját felderíteni.

A mennyiben nehézségekkel jár sok esetben az élőkben felismerni a typhus exanthematicust, éppen olyan, sőt fokozottabb nehézségekkel állunk szemben a betegség kórbonczolástani diagnosztikájában, mert a bonczolás mást, mint sepsisnek megfelelő elváltozásokat, ezidőszert még nem ismert fel.

Hogy milyen lesz a lefolyása a harctéren szerzett typhus exanthematicusnak, azt előre tudni nem lehet, de tart attól, hogy magasabb mortalitás várható, mert csupa kimerült

szervezetet ér a fertőzés. A kimerült szervezet ellenálló erejének nagyfokú csökkenését egyébként már is szomorúan tapasztalta a typhus abdominalisban szenvedett katonákon. Több mint 500 hastyphusos katonát került már a fertőző betegek kórházába, a kik között a halálozási arányszám fölülte magasnak ígérkezik. Az 1908-ban és 1910-ben szerzett tapasztalata alapján arra a következtetésre jut, hogy azok a typhus exanthematicusos betegek, a kiknek a hőmérséke a 40.7 C°-ot elérte, illetőleg túlhaladta, nem gyógyulnak meg. Figyelmeztet még arra, hogy a typhus exanthematicus a vele foglalkozókra, orvosokra, ápolókra, fertőtlenítők stb. jóval nagyobb veszedelemmel jár, mint akármilyen más fertőző betegség. Így 1908-ban mindössze 203 typhus exanthematicus beteget volt és a velük foglalkozottak közül egy orvos, 10 ápolónő, 1 kórházi fürdőző, 2 kórházi szolgáló és egy fertőtlenítő kapta meg a bajt.

Bálint Rezső abban látja a veszedelmet, hogy a baj reáterjedhet a polgári lakosságra is. A katonák piszkosak, férgekkel van tele a ruhájuk, fehérneműjük, a mit néha még a fertőtlenítőtől is tetvesen kapnak vissza. Az előadóval szemben nagy jelentőséget tulajdonít a tetveknek, minthogy kétségtelenül be van bizonyítva, hogy ruhájukkal át lehet vinni a betegséget állatokra (majmokra); de fertőzhet a közvetlen érintkezés is. A betegség, ellentétben a choleraival, a télnek járványa, a zsúfoltság terjeszti a bajt. Nagy izoláló kórházak felállítását tartja szükségesnek, de nem a határon, a honnan az izolálás idejének letelte előtt kellett többször elhelyezni stratégiai szempontból a betegeket, hanem a központban, a hol 14 napig kellene tartani elkülönítve a katonákat.

Torday Árpád azon kérdést intézi az előadóhoz, vajon a fehérveresetek különböző viselkedését nem vizsgálták-e a hastyphus és a kiütéses typhus közötti különbség megtételére.

Coca ugyanis azt találta, hogy a betegség első hetében a fehérveresetek megfogynak, később azonban 14.000-ig terjedő hyperleukocytosis szokott beállani. Az egyes fehérvereseti-féleségek közül a nagy mononuclearisok szaporodnak meg, a lymphocyták pedig megfogynak. Wild észlelete szerint a leukocytosis és a mononuclearisok megsaporodása még a reconvalescencia szakában is észlelhető, az eosinophilok pedig a lázas szak alatt hiányozni szoktak. Ezen vizsgálatok azonban nem minden szerző részéről adtak egyöntetű eredményeket, mert némelyek a lymphocytákat találták megsaporodva. Fel kell említeni még Prowazék észleletét, ki 54 esetben a leukocytákban Gram szerint piroosan festődő, kis gömbalakú képleteket látott, a melyeket a polynuclearisok neutrophil szemcsézetségétől határozottan meg tudott különböztetni. Ugyanekkor a polynuclearisok magvai fragmentációt mutattak.

Donagány Zakariás a két hetes izolálást is kevésnek tartja; a pénzintézetek fehérvári-úti kórházában megtörtént ugyanis, hogy egy katonát a 17., a másik meg a 19. napon kapta a typhus exanthematicust.

Preisich Kornél a typhus exanthematicust sepsises megbetegedésnek tartja. Hasonló kiütéseket minden fertőző betegen látunk, sok meningitis cerebrospondialisban van exanthema; szerinte a normalis typhusfertőzés mellett más fertőzés is előadja magát, előáll parotitis, otitis media; sokszor társfertőzést szenvedett typhus abdominalissal van dolgunk. Legtöbbször a lázmenetben van a typhustól eltérés és ezek a más fertőzéssel kombinált esetek. Helyesnek tartja azonban, ha az eseteket typhus exanthematicusnak vesszük fel és megteszszük az óvintézkedéseket. A mi a fehérveresetek viselkedését illeti, megjegyzi, hogy leukopenia csak az első napokban van, de mikor már fertőző kórházakba kerülnek a betegek, rendszerint több nap telt el és így nem értékesíthető kellőleg ezen lelet.

2. Árkövy József ismertette a stomatológiai klinikán ápolt száj- és állcsontizületsérülések statisztikáját, felhívta a figyelmet arra, hogy a bal arczfél sérülései gyakoribbak, valószínűleg a fedezett állásból való lövés miatt. Azután áttért a jobbadán saját maga szerkesztette sebészeti műszerek bemutatására, melyek a szájsebészetben és az állcsontok törése esetén, főleg az első segélynyújtás szempontjából értékesek. Új fajta tűi, a szájzár megszüntetését célzó szájtagítók, a csontollók, a vérzéscsillapító csipetűk általános érdeklődést keltettek.

3. Rottenbiller Ödön az utóvérzésekről értekezik. A Kocher-Fonio-féle coagulen megbecsülhetetlen. A klinika egyébként is mint legelső próbálta ki hatását a szájsebészetben gyakori utóvérzésekre (főleg foghúzás után). Az állcsont-

sérüléseket kísérő fokozott nyálevlasztás megszüntetésére, mint kipróbált klinikai módszert, a $\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ -os vizes eumydrin-oldat óránként való adagolását ajánlotta (20—30 cseppenként). A szájbeli fertőzésekben a chininum bisulfuricumnak használatát ajánlja; ez a prophylacticum is előnyös. Adható bőr alul vagy 0.30 gr.-os adagokban 2-szer naponta per os. A szájüreg fertőtlenítésére az $1\frac{1}{100}$ -s chlór-vizet, az $5\frac{1}{100}$ -os H_2O_2 -t, és a klinikán igen jól bevált formamint- és pergenol-tablettákat használják. Túlságos bő, nagy, kiterjedt csonthegek felszívódására igen alkalmas a Matzenauer tanár ajánlata szerint készült jód- és kéneső-ebaga, melyek rendkívül gyorsan felszívódnak.

Közkórházi Orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1914 április 15.-én.)

(Folytatás.)

Neosalvarsan-infusio után halál; status thymicolymphaticus.

Goldzieher Miksa: A jól fejlett női hullában lényegesebb anatómiai elváltozások nem találtak, nevezetesen a központi idegrendszerben semmiféle elváltozás nem volt megállapítható. Mint toxikus jelenség egyedül néhány apró, savós hártya alatti vérzés fogható fel. A boncoláslelet nevezetessége: a hatalmas thymus persistens, valamint a nyirokmirigyek megnagyobbodása, a lép Malpighi-tüszőinek és a bél tüszőinek túltengése, azaz a status thymico-lymphaticus jellegzetes képe. A méh korai, talán második hónapbeli terheség állapotát mutatja.

A boncoláslelet negatív volta dacára a halál okát a salvarsan hatásában kell keresnünk, a melynek számára a status thymico-lymphaticus és talán a graviditas is locus minoris resistentiae jelentett.

Mohr Mihály: A nélkül, hogy a bemutatott esetben a status thymico-lymphaticust mint halálokat kétségbe vonná, meg kívánja jegyezni, hogy a súlyos szövödmények oka igen sok esetben a neosalvarsannak mint készítménynek megbízhatatlansága. Osztya Mentberger nézetét, hogy a szövödmények arsenmérgezések. A betegek egyszer jól tűrik a salvarsant, máskor pedig az egy csomagból infundált neosalvarsan ugyanazon betegen súlyos tüneteket okoz; ezt másképp, mint a szer összetételének megváltozásából, nem lehet magyarázni. Mert hogy ugyanazon beteg egyszer érzékeny a neosalvarsan iránt, máskor nem, mégsem lehet feltenni.

A szóelő eleinte 0.90 neosalvarsant is adott, mostanában csak 0.45-öt ad, de többször. Figyelmeztet még egy tünetre: ha a neosalvarsan oldáskor nagyon bűzös, akkor nem alkalmazza, hanem előnti.

Sötér Elek: Osztyáyonon 811 betegen 1106 salvarsan-injectiót végeztek.

A kénesővel kombinált kezelés alatt 552 esetben 1, 223 esetben 2, 33 esetben 3, 2 esetben 4, 1 esetben 5 injectiót adtam. Ezen esetekben 1622 Wassermann-reactiót végeztünk. A controllra jelentkezett 186 eset közül $2\frac{1}{2}$ év alatt negatív klinikai tünetek mellett 67 esetben a Wassermann-reactio positiv maradt, míg 119 esetben negatív lett. A mi az injectiók utáni reactiókat illeti, azt hiszi, hogy azok nagyrészt az egyén arsen iránti intoleranciájának tudhatók be, másrészt azon elektív hatásnak tulajdoníthatók, a melyet a salvarsan a spirochaetákra gyakorol s így az endotoxinok és szétesett fehérjék resorptiójának tudhatók be; ezt bizonyítani látszik az, hogy rendszeren ott a legkifejezettebbek — függetlenül az adagolt salvarsan mennyiségétől —, hol a leg súlyosabb manifest tünetekkel állunk szemben. **Mohr**-ral szemben azt tartja, hogy a készítmény állandó.

Basch Imre: **Mohr**-ral szemben **Sötér** nézetét osztja, hogy a készítmény megbízható. A szóelő 4000 infusiót adott már és az oldatokat egy tömegben készíti el, vagy 3, vagy 12 fiolából; ha a praeparatum volna a hibás, egész sor intoxicationnak kellene lennie, ezt pedig nem tapasztalta. Inkább azt hiszi, hogy a beteg túlságos érzékenysége játszik szerepet, mely néha már 0.10 grammra is jelentkezik és 0.30 grammra már halálos lehet. A kénesővel kapcsolatos salvarsankezelés értékét még nem lehet megítélni, ez a jövő feladata. A lázas tüneteket a spirochaeták szétesése okozza és csak az első injectio után jelentkeznek, később nem.

Placenta praevia miatt végzett császármetszés esete.

Frigyesi József: A placenta praevia terapiája már magának a betegségnek természeténél fogva arra törekszik, hogy a szülés befejezése minél kevesebb vérvesztéssel történjék. Különösen áll ez ott, hol centralis vagy marginalis placenta praeviáról van szó, a hol a szülésnek per vias naturales befejezése gyakran különösen nagy vérvesztéssel jár.

Ez indított sokakat arra, hogy a placenta praeviás szüléseket lehetőleg szülőintézetekbe tereljék, hogy az esetleg szükségessé váló sebészi beavatkozás minden pillanatban megtörténhessék. Többen nem inficiált, centralis placenta praevia esetén, hol mindjárt a szülés megindulásakor nagyobb fokú haemorrhagia áll elő, sectio caesarea útján oldják meg a szülést.

A sebészi eljárás egy másik indiciója állhat fenn azokban az esetekben, a melyekben a szülőnő oly kivérett állapotban kerül megfigyelés alá, hogy a még hozzájáruló rendes szülési vérvesztéseket sem bírja el veszély nélkül. Ilyen esetekben a szülésnek az uterus extirpációját útján való befejezése bizonyult a legkevesebb vérvesztéssel járó beavatkozásnak. Ez utóbbi igazolására szolgáljon a következő eset:

1913 december 23.-án 28 éves II.-P.-t szállítanak be Erzsébetfalváról. Már 2 nap előtt kezdett vérezni, de orvos csak a beszállítás előtt 2 órával látta, tamponálta és beszállította.

Baloldalt megtartott portio, szűken ujjnyi méhszáj, mindenütt placentaszövet tapintható. A hőmérsék 36.6°, a pulsus 100, jó, telt.

Minthogy a tampon eltávolítása után vérzés nincs, gyenge fájásai vannak, a szülést magára hagyjuk.

Négy órával a beszállítás után renyhe fájások mellett kevés vérszivárgás indul meg, a méhszáj 2 ujjnyi és még mindig mindenütt placenta-szövet tapintható. Ballont helyezzünk a hüvelybe. A pulsus 112, jó, telt.

Másnap délelőtt, vagyis 16 órával a beszállítás után még mindig állandó vérszivárgás mellett a pulsus 120-ra emelkedik, a fájások pedig igen ritkák, a méhszáj még mindig csak két ujjnyi, benne mindenütt placenta tapintunk.

Minthogy a további várakozás a spontan szülésig a különben is már kivérett asszonyra életveszélyes lehetne, a szülést a sebészi útra tereljük és sectio caesareát, **Chrobak**-féle supravaginalis amputációt végzünk.

Hogy minden nagyobb vérvesztéseket elkerüljünk, a méh kibuktatása után rögtön lefogjuk a nagy ereket s így végezzük a sectio caesareát, amputálva utána a méhet.

A műtét simán folyik le, a beteg láztalanul gyógyul s a gyermekágy 26. napján gyógyultan hagyja el a kórházat.

A kivett praeparatum itt is bebizonyította, hogy ott, a hol a szülés megindulása után mindenütt placentaszövet tapintható, sem lehet teljes biztonsággal megállapítani, hogy totalis vagy partialis placenta praeviával van-e dolgunk.

A jelen eset is partialis (marginalis) placenta praevia.

Fischl Ármin: Az előadónak azon megjegyzésére, hogy a kívülről hozott, tamponálással kezelt esetektől félnék — és ezt a külföldi irodalom is hangsúlyozza —, az a megjegyzése, hogy a tamponade nem mint olyan veszedelmes, hanem az, hogy a többnyire nem szülész, a vérzés által megriasztott orvos által végzett tamponade rendszeren nem aseptikus. Mert a szülész által végzett aseptikus tamponade mindig kiváló eszköz a placenta praevia kezelésében.

Frigyesi József: A magyar irodalomban éppen a szóelő volt az, a ki a placenta praevia kezeléséről írott dolgozatában a külföldi irodalommal szemben hangsúlyozta, hogy a **Tauffer**-klinika 25 éves anyagán szerzett tapasztalatai szerint a tamponade nem ad olyan rossz eredményt, mint künn, a szegényes praxisban hiányosan és nem aseptikusan végzett tamponade. A tamponálásra legalkalmasabb a colpeurynter, mert tiszta, rugalmas és megbízható.

Exostosisos szűk medencze miatt végzett császármetszés esete.

Frigyesi József: Azok a medenczeszűkületek, melyeket a csontos medenczéből kiinduló daganatok okoznak, igen ritkák; bizonyos fokú nagyságra növekedve, mint a szülés akadályá igen súlyos complicatiót alkotnak.

Ebbe a csoportba tartozik az a szülőnő, kit 1914 márcz. 27.-én operáltunk.

21 éves, másodszor szülő nő. Előző szülése két év előtt — elhúzódó szülés, kora, halott magzattal — spontán folyt le.

Alacsonytermű nő, a felső és alsó végtagcsontok kissé elhajlottak, egyéb rachitises jelek nem kifejezettek. Medenczeméretei: D. s. 25, d. cr. $28\frac{1}{2}$, conj. ext. 18 cm.

Általánosan szűk, lapos, rachitises típusú medencze. A keresztcsont felső felén széles alapon ülő, elmozdíthatatlan,

csontkemény, mérsékeltén érzékeny, elég sima felületű, kis almányi daganat ül, mely a keresztcsont bal felének legnagyobb részét elfoglalja, a középvonaltól jobbra csak lejtős széle terjed.

A daganat a medencze bemenetét és ürét nagyfokban szűkíti. Az egyenes átmérő a daganat legkiemelkedőbb pontja és a symphysis között mérve 9 cm. A kiviselt magzat koponyafekvésben helyezkedik el, a fej a bemenet fölött mérsékeltén prominál.

Minthogy az említett daganat a medencze ürét annyira szűkíti, hogy a kiviselt magzatnak per vias naturales keresztülhaladását lehetetlenné teszi, azért a szülőnővel való megbeszélés után a szülésnek sectio caesareával befejezését határozzák el.

1913 márcz. 27.-én d. e. 10 órakor fájásokkal jelentkezik a szülőszobára; az említett indicatio alapján classikus sectio caesareát végzünk tuba-sterilizéssel, sagittalis uterus-sebzeéssel.

Kiviselt élő fiúmagzatot hozunk a világra.

A méhsebet muscularis, majd seroso-muscularis varratokkal egyesítjük, a tubákat reszekáljuk.

Az újszülött hossza 52 cm., fejkerülete 35 cm., test-súlya 3000 gr.

A gyógyulás sima lefolyású volt, a has sebe elsődlegesen gyógyult.

A nő a gyermekágy 12. napján fölkel.

A medenczefal csontos kinövései — melyek a medencze ürét szabálytalanul szűkíthetik — lehetnek exostosisok és osteophyták. Exostosisról beszélünk akkor, ha a porcburjánzás csontosodik el. Osteophytáknak hívjuk a csontthártya gyuladással termékeit.

Az exostosisok a medenczén ott keletkezhetnek, a hol porc van, így a symphysisen, a csípőkeresztcsont izesülése helyén, a promontoriumon, gomb- vagy gombaalakú kinövések alakjában, vagy éles szélű léczek gyanánt. Nagyságuk ingadozó, lehetnek borsónyiak, babnyiak, galambtojásnyiak; előfordulhatnak vagy egy helyén a medenczének, vagy többszörösen az egész csontvázon. Mint a rachitis részjelenségei szintén előfordulhatnak.

Szülészeti szempontból nagy jelentőséggel bírnak az exostosisok; ha mélyen nyomulnak a medenczébe, súlyos complicatiót okozhatnak. A megítélésük annál is nehezebb, mivel ezen exostosisok szűkebb medenczéken szoktak előfordulni. Legtöbbszörre az általánosan szűk rachitises medencze jön tekintetbe.

PÁLYÁZATOK.

20/1914. szám.

Belügyminister úr Öngyméltóságának f. évi 183.314. számú magas rendelete alapján a vezetésem alatt álló budapest-angyalföldi m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett **másodorvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetéssel, egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezzel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés 2 évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az egykoronás bélyeggel ellátott s Belügyminister úr Öngyméltóságához címzett folyamodványok orvostudói oklevéllel, honossági bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelten hozzám bezárólag **1915. évi január hó 15.-éig** nyújtan-dók be.

Budapest, 1914 december hó 10.

Epstein László dr. s. k., igazgató.

111/1914. eln. sz.

A nagyzebeni m. kir. állami elmegyógyintézetnél megüresedett, évi 1600 K fizetéssel, I. osztályú étellemezzel, 2 bútorozott szobából álló lakással, fűtéssel és világítással javadalmazott **másodorvosi állásra** az 189.285/1914 - VII. b. sz. B. M. rendelet alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon magyarországi illetőségű orvosdoktor urakat és orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy igazoló okmányaikkal felszerelt, egykoronás bélyeggel ellátott és a m. kir. belügy-minister úrhoz címzett folyamodásaikat hozzám **1915. évi január hó 15.-éig** nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy alkalmas jelentkezővel az állás ideiglenesen is azonnal betölthető, a mely esetben szigorló orvos, illetve orvosnő is felvételik.

Közelebbi felvilágosítást ad az igazgató.

Nagyzeben, 1914 december 6.-án.

Pándy Kálmán dr. s. k., igazgató.

33317/1914. kig. sz.

Baja város közpórházának elmeosztályán a hadiállapot folytán üresedésben lévő, 1200 korona évi fizetés, 300 korona pótlék, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellemezzel díjazott **napidíjas alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a bajai közpórház igazgatójához legkésőbb **1915. évi január hó 5. napjáig** nyújtsák be.

Orvosszigorló, esetleg V. éves orvostanhallgató is pályázhat.

Az állás legkésőbb **1915. évi január hó 10.-én** elfoglalandó.

Baja, 1914 december 12.

Erdélyi, h. polgármester.

191/1914. eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórháznál ezidő szerint a belgyógyászati osztályon üresedésben lévő évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és első oszt. étellemezzel javadalmazott **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám **1915. évi december hó 31.-én d. e. 11 óráig** annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1914 december 10.

Velits Dezső dr., egyetemi tanár, igazgató.

A munkácsi állami gyermekmenhelynél a **másodorvosi állás** megüresedvén, mely 1200 koronától 1600 koronáig emelkedő javadalmazással, szabad lakás, fűtés és világítással és első osztályú étellemezzel egybekötött, felhívom azon magyar honos orvosdoktorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelüknek és egyéb esetleges működési bizonyítványaiknak hitelesített másolatával felszerelt és egykoronás bélyeggel ellátott a nagyméltóságú M. Kir. Belügyminister Urhoz címzett folyamodványaikat hozzám legkésőbb **1915. évi január hó 10.-éig** küldjék be.

Munkács, 1914 december 10.-én.

Csatári Nuszer Lajos dr., igazgató-főorvos.

2308/1914.

A nagykararási **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A kör két községből áll, melyek egymástól két kilométer távolságban vannak.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés, 400 korona lakbér, 800 korona személyi pótlék, 1000 korona belügyministeri pótlék és a kézi gyógytártól várható jövedelem.

Pályázni szándékozó orvosok felhivatnak, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1915. évi január hó 31.-éig** küldjék be.

Elek, 1914. évi december hó 14.-én.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilv. tehénhímlő-termelő intézete, II., Margit-körut 45.

- A tehénhímlő oltóanyag és a m. k. áll. différia ellenes serumon kívül kapható nálam:
- | | |
|---|---|
| 1. Kolera ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.50 | 3. Tetanus Antitoxin 10 ccm. 40 A. E. K 6.50 |
| K 5.50 | 4. Tetanus Antitoxin 25 ccm. 100 A. E. K 16.25 |
| 2. Typhus ellenes oltóanyag (Pfeiffer-Kolle) K 5.20 | 5. Dysenteria serum 10 ccm. K 8.- |
| K 5.20 | 6. Dysenteria serum 20 ccm. K 16.- |

INJECTIONES „ERI”

STERIL
SUBKUTANINJEKCIÓK.
Rózsavölgyi Imre gyógyszerész
speciál laboratóriuma
 BUDAPEST VI. ARÉNA UT 124. ÁRJÉGYZEK és MINTA BÉRMENTVE.

MERAN

Saison September-Junius. Remek fekvésű, csendes őszi és téli állomás száraz levegőjével, tiszta égboltozattal és majdnem teljes szélcsenddel őszkor és télen.

Városi gyógy- és fürdőintézet, Zanderterem, vízgyógyintézet, szén-savas és mindennemű gyógyszeresfürdők, temperálható úszómedence, lég- és napfürdők, pneumatikus kamra, teljes belégzési therapia. — **Szőlőkúrák, ásványvíz-ivókúrák, terepkúrák, szabad légkúrák. Javalatok: szív- és edénybajok, a légzőutak megbetegedései, idegbajok, vesebajok, lábbadozási időszak.**

Csatornázás, 4 hegyi ivóvízvezeték. Újgyógyház belorvosi, sebészeti és szemgyógyászati osztálylyal. Sanatoriumok, valamennyi szálloda, és pensio teljes üzemben. Színház. Sport. Hangversenyek.

Prospectusokat díjmentesen küld a

KURVORSTEHUNG.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Péteri Ignác: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika Röntgen-laboratóriumából. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi nyilv. rendes tanár, magy. kir. udvari tanácsos.) A Schlatter-féle betegségről (a tuberositas tibiae részleges törése). 879. lap.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfevárosi Szt. Margit-kórházból. A cseesemőkori lues hereditaria terapiája permanens kezelés útján. 882. lap.

Szölös Henrik: Közlemény a Szt. Rókus-kórház urológiai-sebészeti osztályáról. (Főorvos: Illyés Géza dr., egyetemi tanár.) Gonorrhoeás mellékheregyulladás esetében arthrigonnal elért eredmények. 884. lap.

Sugár Kálmán: Közlemény a Köllner Károly dr. igazgatása alatt álló Borsod vármegyei

Erzsébet-kórház elkülönítő osztályáról. (Osztály-főorvos: Szánthó Bertalan dr.) Serummal és serum nélkül kezelt tetanus-esetek. 885. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Stransky: Ueber krankhafte Ideen. Eine kurzgefasste Abhandlung. — **Lapszemle. Belorvostan. Leschke:** Dysenteriahoz hasonló bélbetegségek. — **Moro:** Typhusellenes védőoltás. — **R. Meyer:** A larson használatáról a felnőtt korban. — **Sebészeti. Melchior:** A fagyásról és kezeléséről. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Jacob:** Seborrhoea o'ozta hajhullás. — **Epstein:** A narancslevelek kivonata mint gyógyszer. — **Kayser:** Az asthma bronchiale calcium-kezelése. — **Miloch-nich:** Tabes dorsalis és sclerosis multiplex. 886—888. lap.

Vegyes hírek. 888. lap.

Tudományos társulatok. 889—892. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika Röntgen-laboratóriumából. (Igazgató: Bókay János dr. egyetemi nyilv. rendes tanár, magy. kir. udvari tanácsos.)

A Schlatter-féle betegségről (a tuberositas tibiae részleges törése).

Irta: Péteri Ignác dr., a Röntgen-laboratórium vezetője.

C. Schlatter és vele egyidejűleg Osgood 1903-ban egy addig ismeretlen és eléggé ritkán jelentkező kórkép leírását adta, mely betegség eredete — jóllehet azóta ez a kérdés több szerző közleményének volt tárgya — még ma is felderítetlen s keletkezésének körülményeiről a szerzők nézetei eltérők.

A Schlatter-féle betegség a kórjelzés szempontjából nem csekély fontossággal bír, mert típusos esetek ezek, melyek egymáshoz hasonlítanak, tüneteikben megegyeznek; lényege a tuberositas tibiae inkább fiukon a pubertas korában egy- vagy kétoldalt jelentkező megvastagodása és oka Schlatter szerint az epiphysisnyújtvány nem teljes leszakadásában rejlik („... es sind dies die Absprengungen des das Caput tibiae vorn schnabelförmig umfassenden Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse“). Ezek azon esetek, mondja Schlatter, mikor a betegek sérülés, ütés vagy ugrás után, de sokszor kiderítetlen okból spontán jelentkező fájdalmat éreznek a térdben, a nélkül, hogy a tub. tibiaera gyakorolt nyomásra beálló fájdalomon kívül valamely más tünet is mutatkoznék. Nem tévesztendő össze ez a kórkép a tuberositas tibiae teljes fracturájával, a mi tudvalevően akkor következik be, ha térdre esés és erős flexio folytán vagy a m. quadriceps túlerős contractiója következtében az egész tuberositas letörik, mikor is a betegoldali térdkalács magasabban áll, a tuberositas tibiae pedig szintén a rendes helyénél magasabban mint mozgatható képlet tapintható, erős fájdalmak, vérömleny és teljes functiozavar kíséretében.

A tuberositas tibiae részleges letörésének jelentkezése és beálltának körülményei Schlatter szerint a következőkben foglalhatók össze:

A baj kevés kivétellel a férfinemet, még pedig a 12—20 éves, rendszeren azonban 13—14 éves, a serdülő korban levő fiúkat támadja meg, kik térdre esés vagy ott elszenvedett ütés, vagy a m. quadriceps erősebb összehúzódása következtében, tehát sokszor jelentéktelen trauma után nem intenzív, de sokáig eltartó fájdalmat éreznek a térdben. A fájdalom oly kisfokú lehet, hogy a betegek a baj származását és keletkezésének időpontját jóformán meg sem tudják jelölni. A beteg láb működés-zavarai jelentéktelenek, maximalis flexio és extensio könnyen végezhető, csak akkor újulnak ki, illetve erősödnek a fájdalmak, ha a láb működésében erősebben vétetik igénybe. Típusos az intenzívebb fájdalmat okozó és a tuberositas tibiae-re gyakorolt nyomás, mely fájdalmas terület ujjhegygyel elfedhető és kb. 2½ cm.-rel a térdizületi árok alatt fekszik s ugyane helyen csontos megvastagodás tapintható ki. Friss esetekben még ezenkívül kis térsztatapinthatú duzzanat van a patella alatt. Mint kísérő tünet említendő a beteg végtagon az inaktivitási izomsorvadás (quadriceps-atrophia). A betegség lefolyása inkább chronikus, mert hónapokig sokszor 1—2 évig is elhúzódhatik, de végre is elváltozások hátrahagyása nélkül gyógyul.

Hogy a betegség eredetére vonatkozó nézeteket kellőképpen érzékelhessük, szükségesnek tartom a tibia epiphysisnyújtványának csontosodási folyamatát kissé megvilágítani. Ezen tárgyról értékes adatokat találunk W. Bergemann tanulmányában, ki számos Röntgen-felvétel alapján arra az eredményre jutott, hogy a porcizos praeformált tuberositas tibiae csontosodása egybeesik a pubertas idejével, az időpont azonban constitutio és faj szerint ingadozásoknak van alávetve. A szerzők túlnyomó többsége az ossificatiót a 12—14 éves korban észlelte, de volt eset, hogy 8—10 éves korban, viszont, hogy a 15.—16. életévben indult meg az ossificatiós folyamat. A csontosodás befejezése a 18.—20., ritkán a 25. évre tehető.

Bergemann-nak húsz 13—14 éves fiú térdéről készített radiogramján kettő kivételével a csontosodási folyamat már kezdetét vette, a csontosodás foka egyenes arányban volt az általános fejlődés fokával. A csontosodás menete Bergemann, Schlatter, Kienböck stb. leírása szerint úgy megy végbe, hogy a tub. tibiae a 13.—14.—15. életévben egy nyújtványból áll, melyet a felső korongszerű tibia-epiphysis előre mintegy áthidalásként bocsát a tibia diaphysisére; ezen egészében porczos csőr- vagy nyelvszerű nyújtványnak közepében több részből összetett csontmag jelenik meg, mely lefelé, felfelé, jobbra és balra növekszik. Evvel egyidejűleg az epiphysis-korongból is egy nyelvszerű csontmag nő lefelé, mely végül is az előbbivel találkozik és egyesül vele.

A csontosodási folyamat ezen typusa azonban nagy változatosságot mutat, a mennyiben mellécsontmagok mutatkozhatnak, behúzódnások, megvastagodások stb. jöhetnek létre.

Említettem volt, hogy a Schlatter-féle betegség jelentkezése egybeesik a csontosodás időpontjával, és éppen Schlatter volt az, a ki a fent leírt ossificatiós folyamattal hozta összefüggésbe a baj eredetét, a mennyiben szerinte az alulról felfelé és a felülről lefelé növekedő csontmagvak összetalálkozási helye „locus minoris resistentiae” mindenféle traumával szemben; ez az a hely, a hol a lig. patellae tapad és így eltekintve a direct traumáktól, indirecte is jöhetnek létre laesiók, a m. quadriceps erős contractiója folytán. A sérülés helye így az epiphysisnyújtványnak a csontmagot magába záró csúcsa és ez vagy dislokált, elemelt helyzetben van, vagy későbbi Röntgen-felvételeken callosusan megduzzadtnak látszik.

Éppen a csontmagok laza összetapadása, a „locus minoris resistentiae” az oka annak, mondja Schlatter, hogy már jelentéktelen traumák (idesorolható a quadriceps erős összehúzódása is) a tub. tibiae részleges fracturáját tudják előidézni s ez magyarázza meg a betegség jelentkezésének idejét (13.—15. életév). Hogy a baj nagyobbbrészt fiúkon jelentkezik, azzal magyarázható, hogy a fiúknak nagyobb az izomerejük, nagyobb izommunkát végeznek, mint a leányok.

Schlatter ezen magyarázatával szemben Jakobsthal tagadja azt, hogy általában fracturákkal van dolgunk, mert erre sem az anamnesis, sem a baj lefolyása, vagy a Röntgen-kép nem nyújt elég támpontot, hanem valószínűleg úgy áll a dolog, hogy a serdülő korban spontán fejlődő fájdalmas duzzanatok a tub. tibiaen (egy- vagy kétoldalt) a csontképződésben fennálló zavarokra vezethetők vissza és a typusos ossificatiós folyamat képe helyett a Röntgen-lemezen rendellenességek látszanak a csontosodó képletekben, még pedig a csőrszerű nyújtványnak a rendestől eltérő elhatároltsága úgy a porczos részek, mint a periost felé (pathológiás folyamatok a porczhatáron) és így ezen folyamatok a késői rachitis-szel hozhatók összefüggésbe.

Bergemann-nak egészséges fiúgyermekéről készített és a tub. tibiae csontosodását mutató Röntgen-képeinek nagy részén úgy látszott, mintha a csőrszerű nyújtvány infractiót szenvedett volna, mert lerepedt vagy kiszakított csontdarabkák voltak láthatók, minden külső klinikai tünet vagy functiozavar nélkül. Ezt előrebocsátva, a rendellenes csontképződésre vezeti vissza a „Schlatter-eseteket” is, mert, úgy mond, tudvalevő, hogy a csontképződés székhelyei az epiphysisvonalak, melyek erősen reagálnak mindenféle inge, rezekre, melyekre majd erősebb, majd gyengébb csontképződéssel felelnek; ez főleg az epiphysisekre vonatkozik, melyek traumás ingereknek könnyebben hozzáférhetők. A tub. tibiaen a trauma nem a megvédett helyzetben fekvő csontmagot vagy csőrszerű nyújtványt, hanem elsősorban a porczréteget éri, mely magában rejtegeti a csontképződés csíráját. A Röntgen-lemezek is azt mutatják, hogy a klinikailag is észlelhető duzzanat nem a csonttól, hanem a porcztól feltételezett. Fel kell tehát tennünk, hogy a fokozásra birt physiologiai produkálás ezen módja az apophysisporczban eredményezi a jelzett pathológiás folyamatot; hogy ez gyulladásos, vagy a késői rachitissal rokon folyamat-e, ez még eldöntetlen kérdés,

de kétségtelen, hogy számolnunk kell az egyéni dispositióval is.

Kienböck, ki szintén néhány „Schlatter-esetről” tesz említést, Röntgen-lemezein egyrészt a conturoknak elmosódott feltisztulása, másrészt az epiphysis-nyelv és tuberositas-mag belsejének elmosódott foltos feltisztulása, részben szét-esése vagy elszakadása látható. A képen t. i. elsősorban a csont destructiója, és csak helyenként mutatkoznak esetleg a csontképződés jelei, mert a csontárnyéknak feltisztulása, vagyis halványodása destructiót jelent, másrészt pedig az elmosódott conturok és elmosódott structura-kép még meglévő, florid destructióra, tehát ostitisre mutat. Kienböck tehát a Schlatter-féle eseteket osteochondritis-szel hozza kapcsolatba, vagyis chondritist vesz fel a bursa practibialis gyulladásos folyamatával egybekötve. Eseteinek egyikében operatív beavatkozás történt, mikor is a bőr alatt abscessus ült törmelékes tartalommal, ez alatt ellágyult csontgóc volt, melynek törmelke tbc. bacillusokat hordott magában.

Értékes adatokat találunk Schultze közleményeiben, kinek 8 esetében a betegség feltűnően mindkét oldali térdet támadta meg, szemben Schlatter észleleteivel, ki inkább csak a jobb végtagon észlelte a bajt. Schultze betegek közül csak 2 tudott csekély traumára visszaemlékezni, és valószínűnek tartja, hogy ilyen enyhe trauma csak praedisponált, betegesen fejlett csontrendszerben okozhat sérülést, vagyis csak úgy jöhetett létre a betegség, hogy az epiphysis-porcz beteg, illetve laza volt, a viszonyok tehát itt ugyanazok, vagyis legalább hasonlóak, mint a coxa vara-nál, vagyis itt is és ott is dislocatio van az epiphysis-vonalban. Schultze szerint főérv a gyulladásos-osteomyelitis folyamat theoriájával szemben az a körülmény, hogy a csont sohasem adja az osteoporosis csont képét, az elváltozások inkább a csont-mag körül, mint a csontmagban jelentkeznek, s a csontmag mindig megőrzi structuráját. Schultze Röntgen-képein kifejezett fracturák láthatók az epiphysisen, de valószínűnek tartja, hogy fejlődési rendellenességek mentek előre és ezek a periosteumban, vagyis utóbbinak hiányos tapadó képességében keresendők. Ezért vizsgálatait kiterjesztette a többi csont izomtapadási helyére is és hasonló elváltozásokat talált az ulnán, a radiuson és a fibula trochanterén is, mely elváltozások periostalis megvastagodások, csontthártya-megvastagodások, mintegy csontthártya-reactiók az izom tonusa következtében. Schultze tehát felveszi, hogy a Schlatter-féle betegség olyan serdülő korban lévő egyénekben áll be, kik normális ingerekre abnormalisan reagálnak és kiken a hosszanti növekedés ezen periódusában fokozott dispositio áll fenn periost-kiszakadásokra; ez a dispositio a csontthártya gyenge tapadó képessége, mely az alapján könnyen enged, erre a tuberositasnak csontos-porczos lemeze meglazul, most a tuberositasnak erősebb igénybevétele alkalmával a porcz egészen leemeltetik, vagy csak alsó vége emelkedik fel, mire kisebb vérzések folytán a kötőrészek fellazulnak és a tuberositas tibiae végre spontán leválik.

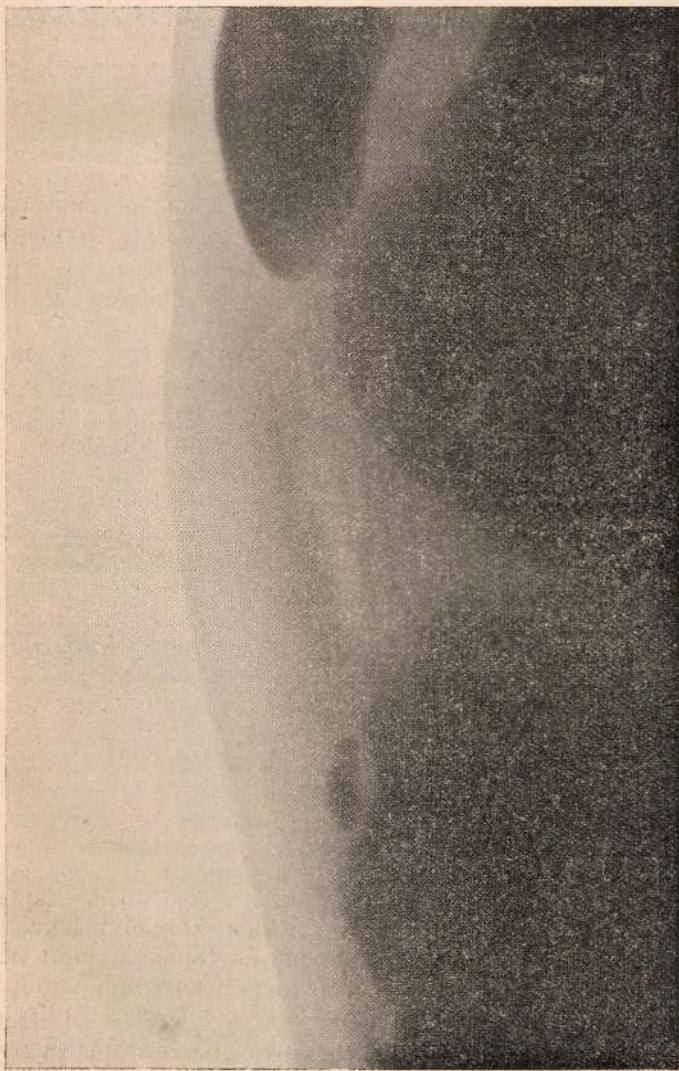
Ime ötféle magyarázatát adtuk a Schlatter-féle betegségnek, de még ma sincs megállapítva az, hogy ezek közül melyik az, a mely elfogadható.

Schlatter második ezirányú közleményében is megmarad nézete mellett és hangsúlyozza, hogy éppen a nem erős, de sokáig tartó fájdalom, mely térdreesés vagy erős quadriceps-megfeszülés után jelenik meg, gyanus a tub. tibiae részleges fracturájára; s évek múlva egy ismételt quadriceps-összehúzódás vagy kisebb ütés megint fájdalmat és duzzanatot tud előidézni. Sokkal közelebb fekvő ilyen recidiváló fájdalmak okául traumát és fracturát, mint periostitist, vagy fejlődési rendellenességet felvenni. Ossificatiós rendellenesség ellen szól az a körülmény is, mondja Schlatter, hogy a baj többnyire erőteljesen fejlett fiúkon és inkább csak a jobb térdben jelenik meg.

A „Stefánia”-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika Röntgen-rendelésén rövid időn belül 2, a Schlatter-féle betegség tüneteit mutató beteg jelentkezett; az esetek közlését azért tartom érdemesnek, mert a baj ritka megjelenésű és nálunk még kevésbé ismeretes.

H. F., 16 éves fiúbeteg úgy emlékezik, de nem tudja biztosan, hogy ezelőtt kb. 3 évvel kezdett a bal térdé fájni, talán ütés következtében. Ezelőtt 2 évvel érzett először duzzanatot a bal térd alatt, mely nyomásra erősebben fájdalmas; panaszkodik, hogy a hosszabb ideig tartó járás után nagyon elfárad. A beteg, ki intensive üzi a sportot (football, kerékpár stb.), a térd-fájdalmak miatt ezt kénytelen mérsékelni, sőt az iskolában is kénytelen volt magát a tornagyakorlatok alól felmentetni. A fájdalmak egyébként nem olyan nagyok, hogy őt a járásban zavarnák. Ellenoldali térdére sohasem panaszkodott.

A beteg korához képest erőteljesen fejlett, a jobb fülkagyló difformitásán és úgy a külső, mint a belső hallójárat korcsosan fejlett voltán kívül (ezen fülén semmit sem hall) a normalistól eltérés sehol sem észlelhető. A bal térd alatt az ízület-árokától 3 cm.-nyire a tub. tibiae felett erősebb duzzanat tapintható ki, mely kb. a térdkaláccsal egy niveau-ban fekszik. A tub. tibiae az ellenoldalihoz képest nem látszik diszlokáltnak. A daganat felett a bőr ép, rendes színét megtartotta. Fluctuatio nincs. A térdnek 90°-on túl való flexiójára a beteg fájdalmakat jelez a térdben. A bal térd Röntgen-képe a következő elváltozásokat mutatja: A tub. tibiae éles conturokat mutat, a csőrszerű nyújtványnak csontosodása még nem fejeződött be, szabadon fekszik a tub. tibiae egyik csontmagja. A tub. tibiae alsó vége, mely a diaphysissal érintkezik, le van emelve, mintegy ki van szakadva a diaphysis periostjából, a tub. tibiae alatt tisztán látható az a kis öböl, melyből a tuberositas kitörött (1. ábra).

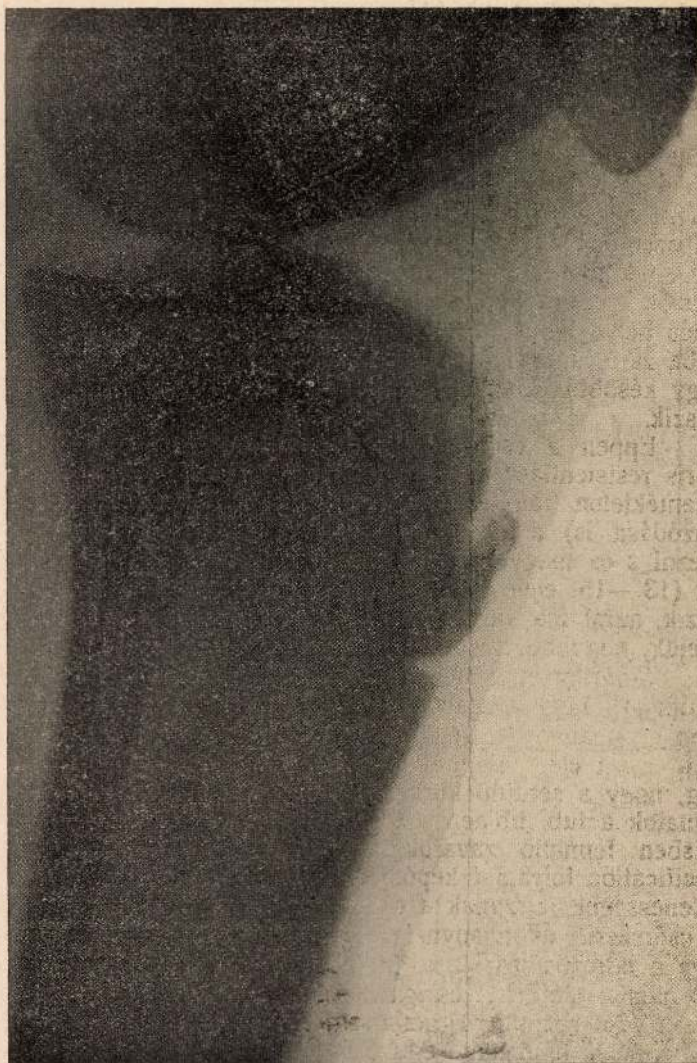


1. ábra.

M. N., 13 éves leánygyermek, kb. 1 év előtt nagyobb séta után fájdalmat érzett jobb térdében, mely fájdalom néha alig érezhetően, máskor erősebben jelentkezett, de egy év

óta sohasem maradt ki teljesen. Ütésre, esésre nem tud visszaemlékezni. Ezelőtt 4 hónappal a jobb térd alatt daganat jelent meg, mely nyomásra fájdalmas volt.

A korához képest igen jól fejlett beteg szervezete, a jobb térd elváltozásait leszámítva, semmi rendellenes nem mutat. A jobb térd alatt az elülső felszínen az epi- és diaphysis határán mogorónagyságú, nyomásra fájdalmas duzzanat tapintható, felette a bőr ép, szabadon mozgatható. A jobb térd Röntgen-lemeze azt mutatja, hogy a tuberositas tibiae alsó, már a diaphysisre tapadó csúcsa le van emelve és a csont-hártyából ki van szakítva, az elválási felszínek egyenetlenek. A csőrszerű nyújtvány előtt fekszik a homályosan látható és szemcsésnek mutatkozó csontmag. A contourok inkább elmosódottak (2. ábra). Műtét (végezte Verebely Tibor dr., ny.

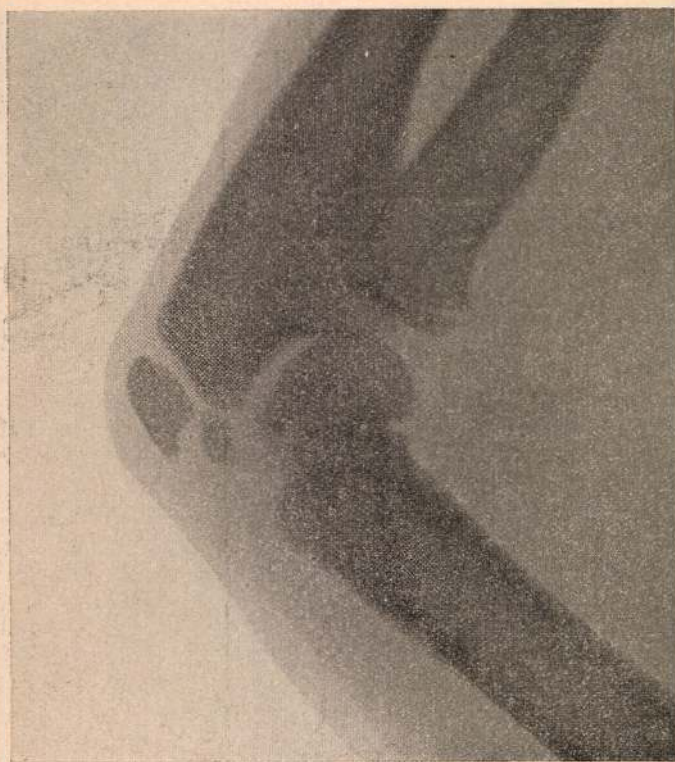


2. ábra.

r. tanár): Kissé hajlott ívmetszés a tub. tibiae külső oldalán, a fascia átmetszése után nyálkás savóval telt igen feszes bursa nyílik meg, a mely az említett levált tuberositas-részbe és a quadriceps-in közé húzódik be. A két csontfelszín közötti terület laza, vérbő kötőszöveti sarjakkal telt, ezen anyagot onnét kitisztítva, a levált osteoperiostalis lebenyt a tibiára visszavarrjuk, s az említett bursát egészében kiirtjuk.

Az első eset tehát 16 éves fiúbeteg, ki 3 év előtt érzett első ízben fájdalmat bal térdében, a nélkül azonban, hogy valamely traumára pontosan tudna visszaemlékezni. A fájdalom hol erősebben, hol gyengébben, de kihagyás nélkül fennáll. A tub. tibiae nyomásra fájdalmas és erősen duzzadt a túloldalihoz képest, de nem diszlokált és nem fluktuál. A Röntgen-lemez azt mutatja, hogy valódi „Schlatter-féle esettel” van dolgunk, a mennyiben a tuberositas tibiae részleges fracturája, illetve kiszakadása kétségtelen. Hogy a baj eredete traumára vezethető-e vissza, azt az anamnesisből csak sejtethetjük, de

nézetem szerint nem igen lehetett nagy trauma az, melyre egy már idősebb korban lévő fiú ne tudna visszaemlékezni, fel kell tehát venni azt, hogy kisebb, de többször egymásután beható trauma idézte elő a fejlődésben és a csontosodási periódusban lévő tuberositas tibiae-n a leírt elváltozásokat. Valószínűnek tartom ezenfelül még azt is, hogy nemcsak a normalis csontosodási processus szolgáltatja a dispositiót a baj keletkezésére, hanem *Bergemann* és *Schultze* magyarázata szerint rendellenesség a csontosodásban és a periost laza tapadása is. Talán hozzájárul ezen feltevéshez azon körülmény, hogy a beteg családjának rajta kívül még két tagján mutathatók ki rendellenes csontosodások, így egy fiatalabb fiútestvéren, kin az olecranon epiphysismagjai mindkét oldalt ketté osztottak (3. ábra) és a ki ugyancsak a humerus exostosisa miatt



3. ábra.

12 éves korában operáltatott, továbbá egy leánytestvéren, ki 14 éves korában trauma következtében sokáig fájditotta jobb térdét, melyet ekkor rögzítő kötésbe helyeztek és kin a tub. tibiae jobboldalt ma is kissé promineál és a Röntgen-lemezen a periosteum a tub. tibiae felett megvastagodottnak látszik. Ezen esetben tehát, nézetem szerint, a baj előidézésében nemcsak a trauma és az ossificatioval egybeeső kor disznált, hanem *Bergemann* és *Schultze* szerint a csontosodás és a periosteum abnormitása is, mely körülmények mind összevéve hozzájárultak ahhoz, hogy a tuberositas tibiae a jelentéktelen traumához képest ilyen nagy mértékben sérüljön.

A második esetem, a melyben 13 éves leánygyermek szerepel, ki hosszabb séta után jobb térdében érezte az első fájdalmakat, melyek kb. 1 év óta kis kihagyásokkal állandóan fenforognak, klinikai tüneteiben megegyezik az első esettel és a Röntgen-lemezen szintén „*Schlatter*-eset”-nek bizonyult. Ezen esetben a tub. tibiae a műtét alkalmával inkább gyuladással elváltozásokat mutatott. A levált tuberositas és quadriceps ina között ugyanis sarjakkal kibélelt bursa foglalt helyet. A bursa tartalma, sajnos, mikroskopi vizsgáltnak nem lett alávetve, de a makroskopi képből is eléggé következtethetünk arra, hogy itt valamely kóros folyamat (tuberculosis, ostitis, osteomyelitis) székelt, mely a periosteumot fellazította és erőteljes tapadásában akadályozta. Ezen esetben tehát inkább *Kienböck* és *Winslow* magyarázatát kell elfogadnunk, kik az egész folyamatot gyuladásosnak, osteitisnek, ossifikáló periostitisnek, osteochondritisnek vagy jóindulatú osteomyelitisnek tartják.

A *Schlatter*-féle betegséget tehát nézetem szerint, a menyire két esetből határozott következtetés vonható, háromféle körülmény okozhatja:

1. A 13.—16. életév normalis csontosodási folyamata mellett erősebb trauma,

2. rendellenes csontosodási folyamat esetén már kisebb trauma is a jelzett elváltozásokat tudja előidézni,

3. ha kóros (gyuladással) folyamatok a csonthártyát fellazítják, már igen enyhe trauma, nevezetesen a quadriceps erősebb összehúzódása folytán is leválik a tuberositas a tapadása helyéről.

Irodalom. *Schlatter C.*: Verletzungen des schnabelförmigen Fortsatzes der oberen Tibiaepiphyse. Beiträge zur klinischen Chirurgie, XXXVIII. köt., 874. old., 1903. — *Schlatter C.*: Unvollständige Abrissfracturen der Tuberositas tibiae oder Wachstumsanomalien. Beiträge zur klinischen Chirurgie. LIX. köt., 518. old., 1908. — *Schultze E.*: Zur Schlatter'schen Krankheit. Symptom einer Systemerkrankung. Arch. f. klin. Chirurgie, 100. köt., 2. füz., 453. old. — *Bergemann W.*: Über die Entwicklung der Tuberositas tibiae und ihre typische Erkrankung in der Adoleszenz. Arch. f. klin. Chirurgie, 89. köt., 477. old., 1909. — *Jakobsthal H.*: Ueber die in der Adoleszenz auftretende Verdickung der Tuberositas tibiae. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 86. köt., 493. old., 1907. — *Kienböck R.*: Ueber Osteochondritis an der Tuberositas tibiae und die sogenannte Osgood-Schlatter'sche Erkrankung. Fortschritte auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen, XV. köt., 135. old., 1910. — *Winslow*: Cit. Bergemann nyomán.

Közlemény a székesfővárosi Szt. Margit-kórházból.

A csecsemőkori lues hereditaria therapiája permanens kezelés útján.

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

Bár a salvarsantherapia értékét illetőleg az akták koránt sincsenek még lezárva, az azonban már ma is megállapítható, hogy ezen szer a csecsemőkori lues therapiájában alig fog olyan általános elterjedtségnek örvendeni, mint a melyet ezen különben nagyon értékes gyógyszer megérdemelne. Nemcsak a legnagyobb asepsis mellett is jelentkező fájdalmas infiltrációk, sőt suppurációk, kiterjedt necrosisok, melyek olykor követik ezen szer alkalmazását, ha azt intramuscularisan vagy subcutan adagoljuk, nemcsak a rendkívüli technikai nehézség akadályozza ezen szer kiterjedt használatát, ha azt intravenásan akarjuk applikálni, hanem ezek mellett különösen azon tapasztalat, hogy ritkán látjuk ezen gyógyszer használatától azt, a mit vártunk, a „therapia sterilisans magna”-t, és éppen nem ritkák az utána észlelhető recidívák.

A csecsemőkori lueset pedig, nézetem szerint is, akkor kell lehetőleg tökéletesen kiirtani a szervezetből, a mikor az még aránylag legkönnyebben kiirtható, tehát a kezdeti stadiumban, mert recidívák esetén, különösen ha a recidiva egy-két év után jelentkezik, a gyökeres gyógykezelés valószínűsége az idő előhaladtával arányosan csökken.

A csecsemőkori lues therapiájában annyival könnyebben nélkülözhetjük a salvarsant, mivel a kénésőben olyan szert bírnak, melylyel, ha kellő módon használjuk, a therapia „magna” a szó valódi értelmében megvalósítható, a mennyiben, ha nem is egy beavatkozással, de legalább egyetlen egy félbe nem szakított kúrával előreláthatólag véglegesen meggyógyítható. És mégis, ha végigtekintjük az irodalmat, azt találjuk, hogy a kénésővel kezelt csecsemőkori luesesek között is még mindig 30—40% a recidiva. Mi ezen feltűnő sok recidívának az oka? Talán van valamely különbség a vírus erejében, úgy hogy vannak esetek, melyekben a bántalmat előidéző kórokozó nagyobb életképességgel bírva, azoknak elpusztítása nehezebben sikerül? Kétségtől van olyan lues-esetek, midőn a folyamat gyógyulásában bizonyos elhúzódtást észlelhetünk, a kezelés további folyamán azonban ezek az esetek is gyors gyógyulást mutatnak. Vagy talán a kénéső az egyik esetben kevésbé hatásos mint a másikban? Nem. A kénéső a csecsemőkori lues minden alakjában egyformán jól és egyformán alaposan kifejti a hatását, jelentkezik a lues egyszerű coryza, vagy maculo-papulosus syphili-dek, vagy papulopustulosus syphili-dek, vagy pseudoparalysis,

vagy phalangitis luetica stb. alakjában. Mely körülmény idézi tehát elő a tetemes mennyiségű recidivát? *Tapasztalataim szerint a nem helyes, a nem kielégítő módon véghezvitt gyógykezelés.*

A csecsemőkori lues ellen a kénesőtherápia már a régi gyermekgyógyászati irodalomban is élénk szerepet játszik azon fegyverek között, melyekkel a lues elleni küzdelmet sikeresen lehet folytatni. Hogy adott esetben mily hosszú ideig folytassák a luestherápia, természetesen a tudomány akkori állása miatt nem lehetett megállapítva. A mennyiben erre nézve az akkori irodalomban útmutatások lelhetők, azok is eltéréseket mutatnak. Például *Hutchinson* azon véleményen van, hogy a kénesőtherápia alkalmazása addig szükséges, míg a syphilisnek lényegesen látható tünetei vannak jelen. *Fournier* már azt kívánja, hogy a terapia a luestünetek teljes eltűntéig folytatandó, sőt a kénesőtherápiának az első év betöltése után a második vagy harmadik évben való ismétlését is kívánatosnak tartja. Ezekkel szemben *Hirschberg* valóságos heroikus kúra alá vetette a lueses csecsemőket: egy évig állandóan végeztette a betegeknek az inunctiót s pedig naponta 5×0.5 gr.-ot 3—5 napig, öt napi megszakításokkal. *Hensch* szívesebben használta a kénesőt belsőleg, elég mérsékelt adagokban, a luestünetek eltűntéig. *Heubner* inkább *Fournier* módszerét alkalmazza, vagyis a hosszabb ideig tartó kezelést, legalább is addig, míg a bántalomnak utolsó látható jelenségei is eltűntek, sőt még utána 14 napig. Ajánlatosnak tartja egy évvel később — ha ugyan már előbb nem állott be recidiva — a kúra megismétlését. *Biedert* szerint „a kezelés a fenyegető recidiva miatt a tünetek elmúltá után még néhány héten át tartson“.

Az újabb szerzők közül *Hochsinger* a gyermekgyógyászatra a *Förster* és *Pollitzer* által bevezetett hydrarg. jodat. flavumot adagolja naponta kétszer napi $0.005-0.01$ cgr.-os adagokban a tünetek tökéletes eltűntéig, illetve még utána 14 napig. Teljesen azonos eljárást követ *Moro*: a kénesőtherápiát a luestünetek teljes eltűntéig alkalmazza, esetleg még 14 napon át folytatja a terapiát; bizonyos idő elteltével ezen kúrát ismételteti.

A *Bókay-Flesch-Bókay*-féle tankönyben a következőképpen nyilatkoznak a szerzők a csecsemőkori lues terapiájáról: „bármely kénesőkészítmény adagolásánál a legfontosabb, hogy a szert kellő kitartással adagoljuk mindaddig, míg a lues manifest tünetei teljesen el nem tűntek, midőn is még hónapokon át időről-időre a kénesőkészítmények adagolását megújítjuk recidivák meggátlása céljából“. *Lesage* a kénesőtherapiáról a következő módon emlékszik meg tankönyvében: „ha — mint rendszerint történni szokott — a luestünetek gyorsan visszafejlődnek is, mégis ajánlatos a gyógykezelést időről-időre ismételni.“

A szerzők részéről megnyilatkozó felfogás tehát abban kulminál, hogy a csecsemőkori luest a manifest tünetek eltűntéig kell gyógykezelní, illetve ezen időn túl még 10—14 napig s azután bizonyos számú hónap, esetleg egy-két év múlva a kénesőtherapiát ismét alkalmazni, feltéve, hogy addig nem áll be a recidiva. A gyakorlatban ugyancsak ezen eljárás szokásos, azon különbséggel, hogy a kénesőkezelés csak addig van alkalmazásban, míg a luestünetek eltűntek s azután esetleg időről-időre keresztül megy a kis beteg rövidebb-hosszabb ideig tartó kénesőkúrán vagy jodkúrán. Az általánosan elterjedt felfogás szerint tehát a csecsemőkori lues terapiájában az időről-időre való kezelés, vagyis az intermittáló gyógykezelés az otthonos.

Részemről éppen ebben látom az aránylag nagyszámú recidivák egyik főokát.

Kétségkívül vannak esetek, melyekben az ilyen módon eszközölt, 6—8 hétig tartó kéneső- és az utána végzett 6—8 hétig esetleg hónapokon át tartó jodkúrának befejezése után recidiva egyáltalában nem jelentkezik, a mikor is a csecsemőkori luesnek kezelése 3—4 hónap alatt eredményesen befejezhető; az eseteknek jelentékeny részében azonban az ilyen módon törént gyógykezelés nem elegendő.

A syphilis kórokozójának biológiájából folyik, hogy sok

esetben az intermittáló kezeléssel nem értünk célra, mert ezen kezelésmód mellett a kórokozók nem pusztulnak el teljesen, úgy, hogy korábban vagy későbbben recidivára számíthatunk. Való igaz, hogy a csecsemőkori lues, illetve az általa létrehozott tünetek a kénesős gyógykezelésre csakhamar reagálnak, hiszen alig fordul elő, hogy a coryza, vagy syphilidek, vagy pseudoparalysis, vagy pemphigus stb. tüneteiben a kezelés megkezdésétől számított 8—10 nap alatt ne látnánk lényeges javulást, sőt a kénesős kezelés megindítása után 5—6 hét múlva a lues tünetei teljesen el szoktak tűnni, annyira, hogy azoknak nyomát is alig lehet fellelni. De 5—6 hétig tartó kénesős gyógykezelés után rendszerint a csecsemő közérzetében sem találhatunk olyan eltérést, mely a legtávolabbról is sejteni engedné, hogy a kis beteg antilueses kúrán ment keresztül: az arc elvesztette fakó színét, kezd rózsás árnyalatot öltetni, a közérzet teljesen zavartalan, a dyspepsiás tünetek, melyek a folyamatot annak kezdeti stadiumában kísérni szokták, megszűnnek, a táplálék áthasolítása jól történik, a testsúly is emelkedik, a hasonló korú egészséges csecsemő testsúlyát megközelíti, esetleg el is éri. Szóval, a csecsemő mindenképpen teljesen egészséges gyermek benyomását kelti. És mégis sok esetben a gyógyulás csak látszólagos, mert nem kevés azon esetek száma, melyekben még két-három hónapi kénesős kezelés és utána végzett egy-két hónapi jodkezelés befejezésével is a „gyógyult“ syphilidek helyein spirochaetákat találhatunk.

Vizsgálatok azt mutatták, hogy az antilueses kúra előhaladtával pusztul a spirochaeták mennyisége is a szervezetben, még pedig annál inkább, minél hosszasan alkalmaztuk az antilueses kezelést. Mert akár úgy fogjuk fel a kénesős szerepét a lues kezelésében, hogy vele a szervezet ellenálló képességét növeljük a spirochaetákkal szemben s így módot nyújtunk a szervezetnek ezen protozoonok elpusztítására, akár pedig úgy fogjuk fel a kénesős hatását, mint directe spirochaetölőt: való, hogy vannak igen erős ellenállóképességű csecsemőkori luesesetek, melyekben bár a luestünetek 5—6 heti kénesős kezelés után teljesen eltűntek, mégis ha ennek ellenére a kénesős gyógykezelést még 3—4 hétig folytatjuk s csak ezen idő, vagyis két-három hónapig tartó kezelés után vizsgáljuk a syphilidek helyét, olykor még lehetünk spirochaeták. Ha most — mondjuk — nyolcz-tíz heti kezelés után a kénesőt abbahagyjuk s jodkálira térünk át, melynek, mint tudjuk, már nincs olyan intenzív hatása a spirochaetákra, mint a kénesőnek, vagy jodkálitherápia nélkül félbehagyatjuk a kezelést, hogy azt néhány hónap múlva ismételtessük, akkor az ellenállóképességében meggyengített, de a gyógykezelési szünet alatt ismét megerősödött s megsaporodott spirochaetákat ezen újjól alkalmazott kénesőtherápia már alig fogja a szervezetből véglegesen kipusztítani tudni. Ilyen körülmények között a recidiva lehetősége tehát folytonosan fenyegeti a gyermeket, mely előbb vagy később csaknem teljes bizonyossággal be is fog következni. Mire mutat ezen tapasztalat? Arra, hogy ezen úgynevezett intermittáló kezelésmódja a csecsemőkori luesnek, mely általánosan szokásos, sok esetben nem felel meg a célnak. Mert, mint fentebb említettem, vannak esetek, még pedig elég sok, melyekben ezen kezelésmód mellett spirochaeták még találhatók a szervezetben.

Hogy ezen kellemetlen következményt elkerüljük, permanens kezelésre van szükség. S mivel sohasem tudjuk előzetesen megmondani, mely esetekben találkozunk erősebb ellenállóképességű spirochaetákkal, szabály gyanánt tekintsük, hogy minden csecsemőkori lues-esetben permanens kezelést alkalmazunk. Mit értek permanens kezelés alatt? Azt, hogy minden lues-esetet megszakítás nélkül 6—7 hónapig kezeljünk kénesővel s csak ezen idő után térjünk át a jodkálitherápiára. A joddal való folytatólagos kezelés ugyancsak ne legyen intermittens, hanem permanens, szintén 6—7 hónapig tartó. Vagyis a csecsemőkori lues kezelése 12—14 hónapra át megszakítás nélkül történjék. A kéneső-, illetve a jod-adagokat is folytonosan fokoznunk, kell és pedig olyan mennyiségre, mely tapasztalat szerint teljesen elegendő arra, hogy a szervezetből a spirochaeták véglegesen kipusztuljanak. Ezen célra legjobb

a régen bevált calomel, esetleg a hydrarg. jodatum flavum. Mert az inunctiókhoz szükséges kénese mennyiségnek tetemesebb fokozása nem vihető keresztül, de különben is a csecsemő köztakarója a 6—7 hónapon át tartó dörzsöléseket reactio nélkül alig tűrné el. A fürdők vagy injectiók alakjában szokásos gyógyszerek, valamint a francziák által kedvelt *Swieten-liqueur* (1% alkoholos sublimatoldat) fokozatos emelése által, sok egyébtől eltekintve, a mérgezés veszedelmének tennők ki a csecsemőt. Marad tehát a hydrarg. jodat. flavum és a calomel. Az előbbi nálunk kevésbé van használatban, bár kétségkívül sokkal erősebben ható kénese készítmény, mint a calomel; hátránya a calomellel szemben, hogy fiatal csecsemőkön még kis adagokban is hamarabb okoz diarrhoeákat, mint a calomel. Ezért legszívesebben a calomelt alkalmazzuk, melynek adagját napi 1 cgr.-on kezdve, 6—7 hónap alatt fokozatosan emeljük egészen 4—4½ cgr. napi adagig. Ha nem gyorsan haladunk előre az adagok emelkedésében, hanem megtartjuk a kellő fokozatos emelkedést, a calomel diarrhoeákat majdnem sohasem szokott okozni. Intercurrens betegségek esetén a félbeszakított calomeladagolást a szokott módon nem folytatjuk, hanem újrakezdekör vissza kell térnünk kisebb adagokra s ismét fokozatosan kell emelkednünk velük.

A 6—7 hónapon át megszakítás nélkül folytatott s fokozatosan emelkedő calomelkezelés befejezése után térjünk át a jodkáli-adagolásra, a melyet 1%-os oldattal kezdve, 6—7 hónap alatt felemelkedünk egészen 5—6%-os oldatig.

Gyakorlatomban évek hosszú sora óta az úgynevezett permanens kezelést folytatom, miután az azelőtt általam is gyakorolt intermittáló kezelés mellett a recidivák elég gyakoriak voltak. Körülbelül 10—12 év előtt tértem rá a permanens kezelésre. Ezen idő óta az általam részben kórházi, részben magángyakorlatban ily módon kezelt mintegy 48—50 eset közül recidivát egyetlen egy esetben sem láttam, a nélkül tehát, hogy az egy év után bevégeztet kezelést hónapok múlva, vagy évek múlva megismételtem volna. Megjegyzem, hogy az összes ily módon kezelt betegeimet alkalmam volt időről-időre észlelni. Tudom, hogy 48—50 eset nem olyan tekintélyes szám, mely súlyával hathatna, ha azonban tekintjük, hogy a legjobb observátorok esetei között is a recidivák még mindig 15—20%-kal szerepelnek és az én 50 esetemben egyetlen recidivát sem észleltem, akkor ezen szám is elegendő arra, hogy a csecsemőlues gyógykezelésében az intermittáló methodussal szakítsunk és áttérjünk a permanens kezelésmódra.

Összefoglalás.

1. A csecsemőkori lues hereditaria teljesen eredményes gyógykezelése annak kezdeti stadiumában legkönnyebben sikerül, és pedig annál nagyobb valószínűséggel, mennél intenzívebben hajtottuk végre a gyógykezelést. A recidiváknak végleges gyógyulása sok esetben kétséges.

2. Az általánosan gyakorolt intermittáló kezeléssel szemben — melyet sem a theoria, sem a gyakorlat nem igazolt — csak egyetlen egy, de legalább egy évig tartó kúrát alkalmaznak csecsemőkori lues hereditaria eseteiben, mely abból áll, hogy a csecsemő megszakítás nélkül 6—7 hónapig emelkedő adagokban calomelt és azontúl jodkalit szed. Az ezen módszer szerint 10 év óta kezelt s később is megfigyelt betegeimen recidivát egyetlen egy esetben sem észleltem.

Közlemény a Szt. Rókus-kórház urológiai-sebészeti osztályáról.
(Főorvos: Illyés Géza dr., egyetemi tanár.)

Gonorrhoeás mellékheregyulladás eseteiben arthigonnal elért eredmények.

Közli: Szöllös Henrik dr., kórházi alorvos.

A gonorrhoeás szövődmények modern aetiologiás terapiája mint általában a fertőző megbetegedéseké — két úton halad: az egyik a sero- a másik a vaccinatiós therápia. Az első kerülő úton jár, antitesteket vívén a szervezetbe, míg a másik directe halad a cél felé. Vagyis ha a szövetek

localis védekező képessége nem elegendő, előlt bacteriumok bevitelével valamennyi egészséges szövetet, az egész organismust bevonjuk a bacteriummérgek elleni küzdelembe.

A gonorrhoea szövődményei ellen eleinte a serotherapiával próbálkoztak. Christmas gonotoxinját csakhamar egész sora a különféle módosításokkal előállított „antigonococcusserum“-oknak követte. Cornell, Vannod, Moskalew, a londoni Parke Davis cég egymásután hívta fel a figyelmet ezen készítményekre, és egész sora az európai, de főleg amerikai kutatóknak néhány — nem számos — esetben jó eredményekről is beszámolt. Végül Define, alapos vizsgálatokat végezve a Parke Davis, Vannod és az Amici nápolyi klinikáján maga által előállított serumokkal, 55 esetből azt a következtetést vonta le, hogy ezen serumok az egyszerű acut és chronicus kankóban teljesen hatástalanok, míg a gonorrhoea szövődményeiben, ha gyógyulást nem is, de lényeges javulást idézhetnek elő. Nem jöhetnek azonban általános alkalmazásba, részben a használandó serum nagy tömege, részben a sűrűn jelentkező kellemetlen mellékjelenségek (toxikus erythemák, elesettség) miatt.

Bruck volt az, a ki a passiv immunisatio helyett activ immunisatiót, vaccin-kezelést alkalmazott. Analog volt ez a Wright által már 1902-ben ismertetett opsininkezeléssel. De míg az opsinin-methodus első sorban a genyeltő coccusok okozta betegségekre (acne, furunculosis, stb.) volt alkalmazható s minden általános és localis reactiót kerülni igyekezett, addig Bruck csak olyan adagú vaccintól várt eredményt, a mely a localis recatio mellett egyszersmind általános reactiót is kivált, s mely a beteg hőmérsékét az injectio után legalább egy fokkal emeli.

1909-ben Bruck utasítása szerint a berlini Schering-gyár állított elő gonococcus-culturákból polyvalens gonococcus-vaccint, mely arthigon név alatt került forgalomba; azóta a francia, de különösen a német sajtóban hétről-hétre jelennek meg hol dicsérő, hol elítélő közlemények, de a melyek az alapvető dolgokban is ellentmondanak egymásnak.

Mivel a vélemények ennyire eltérők, szükségesnek látszott, hogy osztályunk nagy anyagán mi is kísérletezzünk ezen vaccin-therapiával, egyrészt, hogy meggyőződjünk annak therapeutikus értékéről, másrészt, hogy ezek alapján pontosan megállapíthassuk az indicatiókat, mely esetekben helyén való az alkalmazása, mely esetekben nem.

Két évvel ezelőtt Illyés tanár osztályáról Farkas Ignác dr. az Orvosi Hetilap-ban számolt be a kankós ízületi gyulladásokban arthigonnal elért eredményekről. A gonorrhoea egyéb szövődményeiben, legfőképp az epididymitisben, Illyés tanár felszólítására folyó év márczius hava óta próbáltam ki ezen gyógyeljárást, s a következő eredményekre jutottam.

Az arthigont összesen 64 esetben alkalmazva, nagyjában Bruck methodusát követtem. Négy esetben intramuscularisan, 60 betegen intravenásan adtam a vaccint. Már itt kijelenthetem, hogy az intravenás injiciálás mindenben felette áll az intramuscularis alkalmazásnak.

A beteg a felvétel napján, tekintet nélkül arra, hogy lázas-e vagy sem, megkapja az első dosis, 0.2 cm³ arthigont. Ez úgy történik, hogy a vaccint jól felrázva, kifőzött és tüvel felszerelt 2 cm³-es Record-fecskendőbe felszívok 0.2 cm³ vaccint és hozzá 1.8 cm³ steril. physiologiás konyhasóoldatot. Összesen tehát 2 cm³ folyadékot injiciálok a könyök-hajlat valamely gyűjtőerébe.

Az injectio után 10 perc, legkésőbb 1 óra múlva erős borzongás, majd hidegrázás jelentkezik, az esetek egy részében főfájás is, a hőmérsék 39-ig és ezen felül — egyes esetben egészen 40.5-ig — emelkedik. A pulsus szapora, a beteg néha sápadt, de a közérzése mindig tűrhető. A hidegrázás tartama átlag félóra, egy esetben sem tartott egy óránál tovább. A maximális hőemelkedés 3 óra múlva áll be, utána bő izzadás kíséretében kritikus esés és az injectio utáni negyedik órában a beteg már láztalan és az is marad. Néha — az én eseteim közül 12 esetben — 12—16 óra múlva újabb hőemelkedés jelentkezik, mely nem éri el az első magasságát, 1—2 óra hosszat tart, majd ismét nor-

malis lesz a hőmérsék. *Bruck* ezt a kettős hőemelkedést a grafikonon feltüntetve „Doppelzacke“ néven jelöli.

Az első injectióval kapcsolatosan és az erre következő lázas tünetekkel egyidejűleg néha fokozódnak a lobos jelenségek, a duzzanat, a feszülés, a pír, a fájdalmasság, de ezen exacerbatio gyorsan elmúlik, a fájdalmak megszűnnek és az injectiót követő napon többnyire teljesen elmúltak. Ha a hidegrázás túlságosan intenzív, a hőemelkedés 39 fokon felüli volt, akkor kétnapos szünetet tartunk, ellenkező esetben egy napig szünetelünk, a beteg fekszik és felmelegedő borogatásokat kap. Másodízben 0.4 cm³ arthigont injiciálunk, felhígítva ugyancsak 2 cm³-re. A második injectiót követő reactio legtöbbször kisebb mint az első, néha ugyanolyan, de sohasem erősebb. A legtöbb esetben a 2. injectiót követő, tehát a beteg felvétele óta a 4. napon a duzzanat leapadt, kedvező esetekben klinice teljesen eltűnik, vagy pedig csak kicsiny, puha beszűrődés marad vissza, mely a környezettel éles határ nélkül olvad össze; a beteg ismét munkabírónak érzi magát s távozni akar a kórházból.

A 3. injiciálás előtt két napos szünetet tartunk. Harmadszorra 0.6 cm³ arthigont adunk a fentjelzett 2 cm³-es hígításban. Három dosis a legtöbb esetben elegendő volt, 8 esetben kellett négy és egy esetben öt injectio, mikor is a maximalis dosis 0.8 cm³ volt.

Maga az injiciálás, intravenásan adva, teljesen fájdalomtalan. Nem úgy intramuscularisan. Itt az első dosis 0.5 cm³ és minden következő 0.5 cm³-rel nagyobb. Minthogy pedig így alkalmazva legalább 5—6 injiciálás szükséges, 2.5—3 cm³ lesz a maximalis dosis, az intravenás alkalmazás 0.8 cm³-ével szemben.

A reactio lefolyása ugyanaz, csak kisebb intenzitású, az injiciálás helye 1—2 napig is fájdalmas.

Betegeink közül 18-nak volt az epididymitis legfőbb 3 napos. Ezek közül 3 beteg 1—1 injectióra gyógyult, tehát mindössze 3—3 napig kezeltetett, 1 beteg két injectio után távozott és 14 kapott 3 injectiót. Ezek közül csak két-ton maradt vissza csekély, teljesen fájdalomtalan beszűrődés a caudában.

Negyvenhat esetben 3 nap—5 hét óta állott fenn a betegség. Ezek közül 37 beteg kapott három, 8 beteg négy és csak 1 öt injectiót. Klinice teljesen gyógyult 32, csekély, fájdalomtalan beszűrődéssel távozott 12 és alig észlelhető javulással 2 beteg.

A legrövidebb ápolási idő volt két esetben 3 nap, a leghosszabb 14 nap. Megjegyzendő, hogy a betegek mind saját kívánságukra távoztak.

Eltekintve a kedvező gyógyeredményektől, a betegség tartamának lényeges megrövidítése óriási előnyt jelent az eddigi kezelési eljárásokkal szemben.

Az utolsó években éppen az epididymitis behatóbb aetiológiai és therapiái tanulmányok tárgya volt. Megállapították, hogy a mellékherelob keletkezése a gonococcusok bevándorlása által okoztatik, *Oppenheim* és *Löw* pedig *Finger* wieni klinikáján kísérletekkel bizonyította be, hogy ezen bevándorlás a funiculus spermaticus antiperistaltikás mozgása útján jő létre, miáltal a ductus ejaculatorii szájadékaiba jutott gonococcusok gyorsan, megállás nélkül tolatnak a caudába. Így magyarázható az epididymitis szokványos kezdete a caudában, klinice ép vas deferens mellett, s a folyamat retrograd ascendálása a caudából a funiculusbá.

A gyógykezelésben a jeges borogatások ártalmassága felösmertetett — durva fibrosus csomók képződése a caudában és ez által az ondócsatornácskák elzáródása —, azért a mellékherelob therapiája majdnem kizárólag expectativvá alakult, a here nyugalmahelyezésére és nedves meleg alkalmazására fektetvén a főszűrt. Bár ezen kezelés mellett a caudában visszamaradt csomók lényegesen kisebbek, mégis elégségesek az ondócsatornácskák elzáródásának előidézésére.

Lényeges haladást jelentenek már az újabb methodusok, a duzzadt mellékherének *Baermann* és *Schindler* által ajánlott punctiója és az *Asch* által ajánlott electrargol-injec-

tiók. De a vaccina-kezelés alkalmazására mindezeknél jóval kedvezőbb lefolyást mutat a mellékherelob.

Nem szabad azonban elhallgatnunk egy több oldalról — *Buteau*, *Dorn*, *Geber*, *Klaue* által — közölt és általunk is két ízben tapasztalt megfigyelést, hogy t. i. egyik-másik betegen az első arthigon-injectio után, néha már a lázas reactio ideje alatt, további szövödmény áll be, funiculitis, heveny prostatitis vagy az egészséges oldali mellékherelob lobosodása alakjában. Ezen jelenségek azonban a kezelés folytatására épp oly gyorsan tűnnek, a milyen gyorsan jelentkeztek. Ez úgy magyarázható, hogy azon a helyen, ahol az újabb complicatio jelentkezett, már behurcoltattak volt a gonococcusok, s pl. a mellékherelob ezen az oldalon is valószínűleg beállott volna, de az injectióhoz csatlakozó rövid ideig tartó exacerbatio a lappangó folyamat hevenyülésére alkalmat nyújtott.

Összefoglalva tehát: mennél korábbi a folyamat és minél korábban alkalmazzuk a vaccint, annál kedvezőbbek a kihatások a gyors gyógyulásra.

Az arthigon intravenásan teljesen veszély nélkül adagolható. Leszámítva az általa okozott hidegrázást és hőemelkedést, semmiféle kellemetlenséget sem okoz, s tekintet nélkül a beteg hőmérsékére, bátran alkalmazható.

Közlemény a Köllner Károly dr. igazgatása alatt álló Borsod vármegyei Erzsébet-kórház elkülönítő osztályáról. (Osztályfőorvos: Szánthó Bertalan dr.)

Serummal és serum nélkül kezelt tetanus-esetek.

Irta: *Sugár Kálmán* dr., kórházi segédorvos.

A háborúban szerzett sérülések, sok minden más orvosi problema mellett, állandóan felszínen tartják a tetanus-therapia kérdését is. Sajnos, e kérdés eléggé actualis, mert különösen a háború kezdetén gyakran láttunk néha egészen jelentéktelen sérülésekhez társuló, halálosan végződő tetanus-eseteket. Nem csoda, hogy újabban alig van hét, mikor a különböző szaklapokban ne látnának napvilágot a tetanus gyógyítására vonatkozó közlemények. E közlemények egy része határozottan a tetanus-antitoxin hatékonysága mellett tör lándzsát, míg egy másik része, ebben nem sokat bízva, főleg a különböző narcoticumoknak tudja be az elért jó eredményeket. E narcoticumok közül a morphin és chloral játszza a vezérszerepet, míg újabban a lumnalt, különösen annak subcutan adható natriumsóját is nem kis mértékben dicsérik. Mint nem érdektelen kísérletek említhetők fel azon törekvések, melyek bizonyos állati transsudatumok befecskendezését igyekeznek bevinni a tetanus therapiájába, sőt legújabbban hangok hallatszanak a salvarsan alkalmazása mellett is.

A mi a tetanus gyógyítása érdekében a localis sebészi kezelést illeti (a sebzés kiégetése, kimetszése), erről sok szó nem eshetik, hiszen a mikor a tetanus-beteg kezelés alá kerül, akkor már feltétlenül manifest tünetei vannak, vagyis ilyenkor a termelt toxinok már régen a megfelelő idegsejtekhez kötöttek. Éppen ezért a sérült végtag amputatióját, a melyet a tetanus gyógyítása érdekében szintén javaslatba hoztak, csak a legmerészebb sebészi phantasia tudná megindokolni.

A következőkben pár esetet igyekszünk szembeállítani, mely esetek egyik csoportjában intenzív serumtherapiát folytattunk, míg a másik csoportban a narcoticumokra helyeztük a főszűrt.

I. B. L. cigányzenész. Állítólag felvétele előtt 3 héttel szájkába lépett, a sebzés régen begyógyult. Nagyfokú trismus, opisthotonus, a hasizmok deszkakemények. Igen intenzív görcsös fájdalmak. Hőmérséklet 39°. Rögtön felvétele után 100 egységet kap subcutan s a fájdalmak enyhítésére kétszer napjában 0.02 gr. morphint. Másnap és harmadnap az állapot nem sok változást mutat, a trismus kissé enged. Harmadnap este újra 100 egységet kap, erre negyednap a görcsös fájdalmak teljesen megszűnnek, a hasizmok tonusa enged, a trismus még fennáll.

A hatodik napon újra 100 egységet kap, mire másnap a trismus teljesen megszűnik, fájdalmak nincsenek, az izomtonus, hőmérséklet normalis s a beteg a 2. hét végén gyógyultan távozik.

II. K. F.-né, napszámosné. 39°50-os lázzal, erős trissussal s majdnem az egész törzs- és végtagizomzat erős tonusos görcsével vétetik föl. Másodnaponként kap 100 egységet összesen háromszor, e mellett az első napokban 0·02 morphint. Már a 2., de főleg a 3. seruminjectio után a súlyos tünetek fokozatosan visszafejlődnek és a 3. hét végén gyógyultan távozik.

III. E. F. sebesült katona. Karját gránátszilánk érte. A helybeli sebészeti osztályról az első tünetek jelentkezése alkalmával rögtönösen áthelyezték és kezelés alá vették. Kifejezett trismus mellett görcsös nyelési nehézségei vannak. Rögtön 100 egységet kap subcutan. Harmadnap a trismus teljesen visszafejlődik, a nyelési nehézségek is megszűnnek, semmiféle tetanus-tünet többé nem jelentkezik. Ez utóbbi narcoticumokat egyáltalában nem kapott.

Ezekkel szemben áll két másik esetünk, a hol a serumtherapiát nem vihettük keresztül, nem pedig azért, mivel mind a két esetet a háború elején kaptuk, a mikor tetanus elleni vérsavóhoz semmiképpen sem tudtunk hozzájutni.

IV. Sz. L. 16 éves fiú, sarlóval vágta meg a lábát. Két nap óta nagy „görcsei” vannak. Nagyfokú opisthotonus, 39°50-os hőmérséklet. Fogsorait alig 1 cm.-re tudja egymástól eltávolítani. 3-szor naponta kap 0·02 morphint és egyszer 4 gr. chloral klysmában, majdnem teljesen hatástalanul. A súlyos tünetek változatlanul fennállanak, a beteg a 3. napon meghal.

V. E. L., sebesült katona. Hátába kartács-szilánk fúródott. Trismusa, heves görcsös fájdalmak vannak, hőmérséklete 38°—39° között ingadozik. Felvétele előtt kapott már kezelőorvosától 20 egységet. Erélyes morphin- és chloralkezelés ellenére a betegség lefolyása három napon át változatlanul súlyos, a 4. nap exitus letális.

Ha a vázolt eseteknek ezt a két csoportját szembeállítjuk, lehetetlen belőlük következtetést nem vonni a tetanus-serum hatékonyságára. Valamennyi esetünkben a serum nagy adagjait használtuk, sohasem adtunk kevesebbet 100 egységnél és ha kellett felmentünk 300 egységig is. Ezek ellenére a serumbetegség tüneteivel sehol sem találkoztunk. Az intenzív serumtherapia mellett a fájdalmak enyhítésére természetesen narcoticumokat is adtunk; de ha szembeállítjuk azokat az eseteket, melyek a serum alkalmazása mellett gyönyörűen meggyógyultak, azokkal az esetekkel, melyek serum nélkül, nagy dosis narcoticum mellett is halállal végződtek, akkor nem csatlakozhatunk azok csoportjához, a kik a tetanus elleni vérsavót egyszerűen azzal akarják elintézni, hogy „a nélkül éppen úgy meggyógyult volna a beteg!” De ha el is kell ismernünk a tetanus elleni vérsavó hatékonyságát, azért természetesen a narcoticumokra is állandóan súlyt kell helyezni, mint a melyek nélkül a tetanus gyógykezelése el sem képzelhető, csak ne tekintsük őket az egyedüli eszköznek, mikor a serumban nagyon sokszor frappánsul ható gyógyszerrel rendelkezünk.

Végezetül még csak annyit, hogy valamennyi esetünkben a Meister Lucius höchsti gyára által előállított serumot használtuk, és hogy a hol a sebzés, illetőleg a fertőzés kapuja még fennállott, következetesen keresztülvittük a hyperolobilitéseket, tekintettel az esetleg a seb mélyében még rejtőző tetanusbacteriumok anaërob természetére.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Stransky: Ueber krankhafte Ideen. Eine kurzgefasste Abhandlung. 49 lap. 1 m. 60 f. Bergmann, 1914.

A bécsi kutató e könyve jól érthetően, gondosan és eredeti ötletekkel fűszerezve adja elő nézeteit. Egynéhány,

részben elvi megjegyzésem volna munkájára. Azoknak a gondolatoknak egy részét, a miket *Stransky* betegnek mond, az endogen normás variációk közé sorolnám. *Stransky* azt mondja, hogy a beteg gondolatok a jellemet megváltoztatják. A mennyiben endogen dolgokról van szó, nézetem az, hogy a jellem nem változik meg, hanem hatalmasan kifejlődnek olyan tulajdonságok, a melynek előbb csak *in nuce* voltak meg. Ezt tapasztaltam olyanokon, a kiket a baj kitörése előtt jól ismertem. A pszichiater sajnos az előző szakot nem látja és annak megítélésében a rokonok szerető szemére támaszkodik. *Stransky* a gondolat kiindulópontját az affektusban látja. Ez az állítás helyes ugyan, de a jellem minémisége választja meg az érzésszínezet és affektus minőségét. Az utolsó pont szerintem itt van. (*Ribot* a felületes affectusok mögött a tendenciát, az ösztönt keresi a mélyben.) Nem érdektelen, hogy *Stransky* a latin népeknek az északnémetek ellen való antipathiáját abban keresi, hogy a németek az intelligentiát túlfejlesztik az iskolában és az érzést elnyomoritják. Nézetem szerint az iskola erre képtelen és ez az intelligentiabeli túlsúly — ha megvan — csak világhozott lehet. *Kollarits Jenő* dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A dysenteriához hasonló bélbetegségekről ír *Leschke* 8 idetartozó eset kórtörténete kapcsán. Ezek az esetek úgy a maga, mint mások tapasztalatai szerint a mostani háborúban meglehetősen gyakoriak. A klinikai kép nagyon hasonlít a valódi dysenteriához, a lefolyás azonban rövid idő alatt szerfelett kedvező és a valódi dysenteria eseteiben meglevő bakteriologiai lelet sincs meg. Ezen esetek származását illetőleg négy eshetőséget vesz fel: 1. Enterogen fertőzés valamilyen bélbacteriummal vagy bélpárisitával. 2. Enterogen intoxicatio romlott étellel stb. 3. A bélfalzat mechanikai megkárosodása durva, nehezen emészthető, a belet izgató ételek útján. 4. Parenteralis infectio, például meghűlés után a mandulából vagy a felső légutakból kiindulóan. Feltűnő, hogy a szerző észlelte valamennyi esetben a betegek többé-kevésbé lymphatikusak voltak, a mivel kapcsolatban felemlíthető *Czerny* észlelete, hogy lymphatikus gyermekeken enyhe infectiók kapcsán is sokszor észlelhető véres-nyálkás hasmenés. A dysenteriához hasonló bélbetegségek gyógyítása ez: ágynyugalom, folyékony vagy pépes koszt, meleg borogatás a hasra, enterogen infectio esetén magnesiumperhydrol, a belet izgató anyagok adsorptiójára pedig szénpor nagyobb mennyiségben (naponként 15—25 gr., óránként ostyában beveendő adagokra elosztva); a hasmenés megszűnte után hamar visszatérhetünk a rendes kosztra. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1914, 49. sz.)

A typhusellenes védőoltáshoz szolgáltat adatot *Moro*. Egy esetében a beoltás után egy órával erős rázóhideg kíséretében a hőmérsék emelkedni kezdett és 4 óra múlva 40° C-t ért el; az illető egyúttal fejfájásról és émelygésről panaszkodott; a láz néhány napig tartott. Az egész kép nagyon hasonlított az anaphylaxiás reactióhoz. Utólag kiderült, hogy az illető egy év előtt typhuson esett át. *Moro* azt ajánlja, hogy minden esetben iparkodjunk előbb megtudni, hogy az oltandó nem szenvedett-e valamikor typhusban; ha igen, akkor véleménye szerint mellőzendő a védőoltás. (*Kriegs-mediz. Abend des Naturhistorisch-mediz. Vereins zu Heidelberg*, 1914 nov. 24.)

A larosan használatáról a felnőtt korban ír *R. Meyer*. Különösen gyomorfekély eseteiben vette jó hasznát ennek a casein-calciumelegynek, a melyet eddig csak a csecsemőkorbant használtak. A larosannal ugyanis egyfelől a tej caloriatartalmát növelhetjük, a mi nagyon fontos friss esetekben, a mikor nagyon kímélni kell a gyomrot, úgy hogy csak tejet adhatunk s azt is csupán mérsékelt mennyiségben; másfelől a larosan casein- és calciumtartalma folytán savkötő hatású és a vér alvadéskéességét is fokozza, a mely körülményeknek szintén nem csekély a jelentősége a gyomorfekély gyógy-

gyításában. 5–6% larosant kell a tejhez keverni, tehát jóval többet, mint a csecsemőkori szokásos (2.5%). A larosant-tejet többnyire szívesen fogyasztották a betegek; ha azonban kivételesen ellenszenv mutatkozott vele szemben, cacaót és cukrot is adott hozzá; különben tapasztalatai szerint ezekben az esetekben a tiszta tejjel szemben is ellenszenv állott fenn. Az a félelem, hogy a larosant talán erősebb szorulást okoz, alaptalannak bizonyult; az obstipatio nem volt nagyobb fokú, mint a milyen egyszerű tejdiaeta és ágynyugalom mellett lenni szokott. A gyomorfekélyen kívül még más betegségekben is kedvező hatásának bizonyult a larosant; így idősült bélhurut, typhus, hyperaciditas eseteiben; hizláló kúrák alkalmával, valamint bélgümőkör eseteiben is várható tőle némi haszon (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 32. sz.)

Sebészet.

A fagyásról és kezeléséről Melchior a következőket írja. A téli hadjárat megkezdődése folytán e kérdés igen fontossá vált. A krími háborúban 309.000 francia katona közül 5290-en fordult elő fagyás, közülük 1178 halt meg. A német-francia háborúban 1870/71-ben 1014 súlyosabb fagyás fordult elő.

A localis fagyás előáll, ha valamely testrész huzamosabb ideig erősebben lehül, a fagyás tehát nem a szöveteknek jéggá fagyása. Fagyáspont alatti hőmérséken az élő szövet a melegét csak sugárzás útján adhatja le; nedves közegben azonban a hőkiadás vezetés útján történik, s minthogy ez utóbbi esetben a hőkiadás az előbbinél sokkal nagyobb mérvű, ezért jönnek létre a háborúban tömeges fagyások a 0 fokhoz közel álló, de pozitív hőmérséken, midőn a katonák lába napokon át a lövészárkokban vagy az utakon levő sárban és pocsolókban áztatva erősen lehül. A boszniai háborúban nyáron észlelték egyes katonákon, hogy a lábuk megfagyott, midőn hosszabb ideig patakok vizében kellett állaniok, jöllehet a víz hőmérséke $+8^{\circ}$ -nál nem volt alacsonyabb. Ezzel ellentétben középhideg vagy hideg télen nem a láb, hanem a fül, az orr, a kéz és a penis fagy meg.

Egyénileg hajlamosít a vérszegénység, rosszul tápláltság, alkoholizmus, más betegség folytán elgyengültség. A testileg elgyengült sebesültek, ha mozogni nem tudnak, a rosszul fűtött tábori kórházakban vagy a szállítás alkalmával is elszenvedhetnek localis fagyást, míg a környezetükben levő kísérő személyzetnek semmi baja sem esik. Különben jelentősége van a hideghez való hozzászokásnak is. Helybeli praedisponáló körülmény a vérkeringést akadályozó szűk ruházat.

A localis fagyás vagy a szövetekre ható direct ártalom, vagy a vérkeringés akadályozása folytán keletkező indirect hatás folytán keletkezik. Miként az égésnek, a fagyásnak is 3 fokát különböztetjük meg. Legenyhébb az egyszerű bőrpír avagy pernio képében jelentkező alak; másodfokú a hólyagképződéssel járó; legsúlyosabb a fagyás-gangraena, mely vagy csak a bőrre szorítkozik, vagy a mélyebben fekvő szövetekre is ráterjed.

Az erősebb hideg hatásának kitett testrész halavány, érzéstelen — ha már az idegvégek izgalmasan nyilvánuló első stadiumon keresztülment, a mi hevesen égető, szűró érzésben nyilvánul. Az érzéstelenség igen káros azért, mert a megfagyott lábú egyén a hidegben továbbra is órákon át tartózkodhatik s ezzel a hideg hatása csak fokozódik. A fagyás legenyhébb alakjában az erek összehúzódásának e szaka után erősebb pirosság áll be heves viszketéssel és bizsergéssel. A végtag gyakran megduzzad, pl. a kézhát oedemás lesz. E tünetek nyomtalanul eltűnhetnek, de járulhat hozzájuk hólyagképződés is, melyet a fülön a felhám leválása követ. A bőr korpádzóvá is válhatik, a mi hiányos láb-ápolásnál rhagasók, erysipeloid vagy phlegmone képződésének lehet kiinduló pontja.

Ismételve beható hideg a hólyagokból torpid fekélyeket hoz létre, melyek a trophoneurosis ulceratiókra emlékeztetnek. — A fagyás súlyos alakjában a végtag kék, oedemá-

san duzzadt és érzéstelen. Gyakran láthatunk rajta véres folyadékkal telt kékes színű hólyagokat, melyek alatt a cutis véresen beivódott. Ha e cyanosisos végtag a megfelelő gyógykezelés megkezdése után szobahőmérséken is hideg marad, akkor ez a gangraenába való átmenet jele. Billroth szerint egy másik, hasonlóan rossz jel az, ha a végtag a megfagyás után 24 óra múlva a mélyebb szűrésokat nem érzi meg; ilyenkor már nem lehet megmenteni.

A megfagyott testrész további sorsa az, hogy tőle proximálisan gyulladás keletkezik, mely az elhalásnak induló részletet az ép szövetől elhatárolja, s a gangraenának vagy a nedves, vagy a száraz alakja (mumificatio) következik be. Az előbbi jóval kedvezőtlenebb a szervezetre, mert phlegmonét, tetanust, sepsist, sőt duodenalis ulcust is idézhet elő.

A fagyás elleni védekezésben nagy szerepe van a meleg ruházatnak, a mely azonban ne legyen szűk.

A fagyott testrészek kezelésében fontos, hogy a végtag felmelegítése lehetőleg lassan történjék. Ezt hideg vízbe mártott ruhával való dörzsöléssel eszközölhetjük. Ezután a végtagot vattába pólyázva, a beteget ágyba helyezzük. Melegítő palackokat ne használjunk, mert ez igen káros.

A szerző kísérleteket tett annak megállapítására, vajjon az erősen megfagyott testrész csakugyan oly törékeny-e, mint az üveg? E célból — 16° , majd — 30° -ra lehűtötte egy tuberculosis miatt amputált végtag ujjait s egy szintén lehűtött acélkalapáccsal akarta szétörtni, ámde ez nem sikerült. A szerző ebből arra következtet, hogy fagyott testrészek letörésekor nem a fagyás mint olyan szerepel, hanem az, hogy a már demarkált elhalt testrészek leválnak, mintegy letörnek.

Második fontos teendő a cyanosisos pangás kezelése, mert a míg ez fennáll, addig a bántalmazott szöveteknek arteriosus vérrel való erőteljes táplálása nem történhetik meg, s e miatt necrosis áll be. Bergmann a stasis megszüntetésére a végtag felfüggesztését ajánlotta, mire a duzzanat és a cyanosis csakhamar megszűnik. Noesske bemetszést végez a bőrbe s így távolítja el a venosus vért. Ez utóbbi eljárás, mint-hogy a nagy feszülést is megszünteti, a lábujjak szélén asepsises körülmények között ajánlható.

Ha gangraena indul meg, akkor arra kell törekedni, hogy az elhaló részt szárazon tartsuk; ezt legcélszerűbben úgy érhetjük el, ha az epidermist a gangraeneskáló részről korán eltávolítjuk s ezáltal a szövetek kiszáradását idézzük elő. Ugyanezen célú szolgálják a jó nedvszívóképeségű száraz kötések, a szárító porok (dermatol, stb.), az abszolút alkohol. Ajánlható még, hogy a gangraena kezdetén keletkező bűzt finomra tört csontszénnel megszüntessük, melyet bőven hintsünk rá. Jó szárító hatása van a forró levegőnek is, a mely ezenkívül a demarkáló gyuladást és a sarjképződést is siettetni fogja.

Műtéti beavatkozásnak csak ott van helye, a hol a nedves gangraenát megszüntetni nem tudjuk, úgy, hogy az phlegmonét vagy az életet fenyegető általános infectiót okozhasson. Különben minden más esetben meg kell várni legalább a lágyrészek demarcatióját. A kiálló phalanxok kiízesítendők, a metatarsus kiálló gumója Luer-fogóval lecsipendő. Kedvezőtlen gyógyulás esetén a Chopart-, Lisfranc- vagy Pirogoff-műtét javíthatja meg a végtag használhatóságát. (Berl. klin. Wochenschr., 1914, 48. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Seborrhoea okozta hajhullás ellen Jacob nagyon jó eredménnyel használja az euresolt vagy hajszesz (Rp. Euresoli pro capill. 10.0, Spiritus vini 125.0, Aquae destill. ad 250.0), vagy hajkenőcs (Rp. Euresoli pro capill. 5.0, Ungu. pomadin. alb. ad 50.0) alakjában. A hajszeszhez a szükségnek megfelelően adható tannin, chinin, salicylsav, sublimat stb., ha pedig nagyon száraz a hajzatos fejbőr, 2% tiszta paraffinolaj keverhető hozzá. A szert eleinte minden második este alkalmazzuk a fejbőrre az ujjakkal vagy puha kis kefével. Ha kenőcs alakjában rendeljük, az ágynemű bepiszkításának megelőzésére beköttetjük a fejet. Körülbelül 4 hét után

eleendő hetenként kétszer alkalmazni. Ajánlatos időnként megmosatni a fejbőrt kénes szappannal, a szappan túlgyakori használata azonban kerülendő. (Dermatol. Wochenschrift, 1914, 27. szám.)

A narancslevelek kivonata Epstein szerint kifejezett sedativ hatást fejt ki; Olaszországban és Délfranciaországban a narancslevelek ezen hatását már régóta ismerik és a nép kiterjedten igénybe is veszi. A berlini Henning-czég a kivonatot tablettá alakban most már forgalomba is hozta. E tablettákat Walko tanár Prágában mintegy 60 beteg próbálta ki. 0.1—1.0 grammos adagban az esetek többségében kifejezett sedativ hatást látott, 1.0—1.5 grammos adagban pedig mint altatószer hatott. Legjobb meleg cukros vízben oldva bevenni a pastillákat. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1914, 43. szám.)

Az asthma bronchiale calcium-kezeléséről irt cikében Kayser sósav hozzátételét ajánlja a vérsavóhoz, mert ilyen módon sokkal jobban szívódik fel a mész és kellemesebb a szer bevétele. Rendelés módja a következő: Rp. Calcii chlorat. puriss. sicci 20.0; Acidi hydrochlorici dil. 4.0; Sir. simpl., Aqu. destill. aa ad 400.0. M. D. S. Kétóránként evőkanálnyit fél pohár vízben. (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther., 1914, 3. f.)

Tabes dorsalis és sclerosis multiplex néhány esetében a merlusan nevű újabb kénes-készítménnyel elért kedvező eredményeiről számol be *Milodnich*, a bécsi Erzsébet-kórház főorvosa. Több hétig adta a nevezett szert, még pedig naponként 1 tablettán kezdve, három naponként 1-gyel emelkedve, 5 tablettáig s azután ugyanígy vissza 1 tablettáig. Természetesen nem gyógyulásról beszél, már csak az eddig eltelt idő rövidsége miatt sem; a subjectív panaszok azonban megszűntek és objective is javulás volt megállapítható. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1914, 19. és 20. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 51. szám. *Moravcsik Ernő Emil*: A dementia paralytica atypikus formái.

Vegyes hírek.

A „Stefánia-gyermekekórház” igazgató-választmánya megválasztotta *Findly György* és *Koós Aurél* műtőorvosokat sebész-főorvossá, *Bókay Zoltán* gyermekklinikai tanársegédet pedig rendelőorvossá.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről az 1914. december 8.-ától 14.-éig terjedő hétről 81 cholera megbetegedést (18 halálzással) jelentettek; és pedig: *Városokban*: Budapesten 4, Miskolcson (katonai betegmegfigyelő-állomáson) 19. *Vármegyékben*: Bereg vm. Munkács 6, Szolyva 8; Borsod vm. Sály 1, Mezőkeresztes 1; Heves vm. Eger 2; Hunyad vm. Déva 1; Jász-nagykunszolgán vm. Szolnok 1; Liptó vm. Rózsahely 1, Liptótelep 2; Máramaros vm. Huszt 3; Nógrád vm. Losoncz (katonai betegmegfigyelő-állomáson) 1; Szabolcs vm. Nyíregyháza (katonai betegmegfigyelő-állomáson) 2; Turóc vm. Turóczermete 5; Ung vm. Ungvár (katonai betegmegfigyelő-állomáson) 24. A felsorolt 81 megbetegedés közül 4 a déli, 66 az északi harcztérrel érintett katonára vonatkozik.

Meghalt. *Winkler Albert* dr., Nagyenyed városi tiszt főorvosa, a Ferencz József-rend lovagja, december 12.-én 60 éves korában. — *Környei Ferencz* dr. 87 éves korában december 19.-én Budapesten.

Benczecz Gáman Béla dr. orvosi gyakorlatát Volosca-Abba-ziában ismét megkezdte.

Az állati (vér) szén gyógyszerül való forgalomba hozatala tárgyában a belügyminister a következő rendeletet adta ki: Az állati (vér) szén újabb elterjedten alkalmazza némely bélbántalmak, különösen vérhas és cholera gyógyítására, mert jelentékeny felszívóképessége van, a melylyel — úgy látszik — a bacteriummérgeket megkötni, azok felszívódását és így mérgező hatását megakadályozni képes. Az állati (vér) szénnek azonban csak akkor van kedvező hatása, ha lehető finom apró szemcsékből áll és ha tisztáltságtól mentes. Minthogy a gyógyító célokra forgalomba hozott állati szénkészítmények e kívánalmaknak nem mindig felelnek meg, sőt gyakran az egészségre ártalmas anyagokkal is szennyezve vannak, szükséges, hogy a gyógyító célokra forgalomba hozni kívánt állati (vér) szén felszívóképességére és tisztaságára nézve megvizsgáltsék.

A prágai német egyetem tanára: *Wiechowski Vilmos* dr. egészségügyi tanácsos, kísérletileg megállapította azokat a kívánalmakat, a melyeknek a gyógyító célokra alkalmazandó állati szénnek meg kell felelnie.

A vizsgálati eljárást ezen rendeletemhez csatolt utasításban közlöm.

Felhívom Czimet, hogy ezen rendeletemet és az ahhoz csatolt utasítást a törvényhatósága területén lévő valamennyi hatósági és ma-

gánorvossal, úgyszintén gyógyszerári jogot élvező valamennyi gyógyszerészszel, továbbá a gyógyszer-kereskedőkkel haladéktalanul közölje, azzal a megjegyzéssel, hogy a Magyar Gyógyszerkönyv 3. kiadásában foglalt „Általános Szabályok” 10. pontjának 2. kikezdése szerint: „azon gyógyszereknek is, a melyek a gyógyszerkönyvben nincsenek felvéve, de a gyógyszerárakban tartatnak, hamisítatlanoknak, tisztáknak és legjobb minőségűeknek kell lenniök.”

Utasítás az állati (vér) szén vizsgálatára. 1. A felszívóképesség megállapítása: a) 0.1 gr. finomra szitált és 120° C-on szárított állati szén egy perc alatt teljesen elszintelenítsen legalább 20 cm³ mennyiségű 1.5%-os methylenkék chlorhydrat (Merck) vizes oldatot zárt edényben való rázás közben. b) Az a) alatt említett methylenkék chlorhydrat 65 cm³ oldatában rázott 2.3 gr. állati szén megivása után a következő 24 órában belül kiválasztott vizelet zölde színűvé nem mutasson. 2. A sósavban oldható szennyeződés meghatározása. 5 gr. szén 5—10 percig 150 cm³ kettős normal sósavban felfőzve és kihűlés után 200 cm³-re kiegészítve megszűrünk és a szűrletből 150 cm³-t lemerít csészében szárazra bepárolunk. A 110° C-on szárított maradék súlya 0.05 gr.-nál több ne legyen. 3. A vízben és a lúgban oldható szennyeződés meghatározása. A párolt vízzel rázott szén szűrleten salétomsavas ezüst hozzáadására zavarodásnak legfeljebb nyoma nyilvánuljon; a szén a forró lúgot ne színeze.

A harcztérrel sebesülten visszaérkezett, szabadságon levő, magánápolásban álló katonák után felmerült gyógy- és kötszer-költségek fedezése tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: Több törvényhatóság kérdést intézett hozzám az iránt, hogy a harcztérrel sebesülten visszaérkezett, szabadságon levő, magánápolásban álló katonák részére kiszolgáltatott gyógy- és kötszerek után felmerült költségek az országos betegápolási alap avagy a hadi kincstár terhére számítandók-e fel. Tudomás és esetleg szükségesnek mutatkozó további intézkedés végett — a honvédelmi miniszter úrral egyetértőleg — értesítem Czimet, hogy a magánápolásban álló szoban-levő katonák a honvédelmi miniszter úr folyó évi 15.568/eln. sz. a. kiadott rendelete értelmében napi 2 (kettő) korona átalányban részesülnek, mely összegből a felmerülő gyógykezelési költséget, tehát a gyógy- és kötszereket is fedezni tartoznak.

Személyi hírek külföldről. *E. Ehrendorfer* dr., a nőorvostan rendes tanára az innsbrucki egyetemen nyugalomba ment.

Hírek külföldről. *Millerand* hadügyminiszter feleségének elnöklete alatt „kék kereszt-egyesület” alakult Franciaországban, mely a háborúban megsebesült és megbetegedett lovak ápolásával és gyógyításával foglalkozik.

Budapesti medico-mechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

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

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

DR. GÁMÁN BÉLA diétás-gyógyintézete **VOLOSCA-ABBAZIA.**

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

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 Václav Viktor* dr., operateur.

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

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

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete **UJTÁTRAFÜRED.** Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium. Fekvő- és hízaló-kurák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10. — koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: VI. hadsebészeti értekezéslet (1914 december hó 10.-én a II. és III. számú sebészeti klinikán). 889. lap. — Közkórházi Orvostársulat (IX. bemutató szakülés 1914 május 13.-án.) 890. lap.

VI. hadsebészeti értekezéslet.

(1914 december hó 10.-én a II. és III. számú sebészeti klinikán.)

Salamon Henrik: Az állkapocstörések prothesises kezelése. Az állcsonttörések prothesises kezeléséről szóló általános elvek kifejtése után tizenkét beteget mutat be a stomatológiai klinikáról, a kik ezen elvek szerint kezeltettek és részben már meggyógyultak, részben a gyógyulás útján vannak.

Fischer Aladár: Tangentialis és áthatoló koponyalövés-esetek. A koponyasérülések sebészi kezelésében a legutóbbi háborúk tapasztalatai alapján az az álláspont kristályosodott ki, hogy áthatoló lövés eseteiben a várakozó, conservativ álláspont, tangentialis lövés eseteiben pedig az activ beavatkozás jogosult.

Két áthatoló koponyalövés-esetet ismertet, melyekben utóbb a kifejlődött tünetek alapján mégis be kellett avatkozni. Mindkét esetben a sérülés a koponya elülső részén, a homloklebeny területén volt; a tünetek, a melyek a beavatkozásra kényszerítettek, türethetetlen fejfájás, szédülés, a sensorium sajátos nyomottsága és az egyik esetben ezek mellett apró hőemelkedések voltak. A kilövés és belövés helyének feltárása után mindkét esetben, úgy a belövés, mint a kilövés táján az agyállományban roncsolásos góczok és az agyállományba beékeltszálakok találtak; abban az esetben, a melyben apró hőemelkedések is voltak, a belövés nyílásánál lévő roncsolásos gócz nyelvet is tartalmazott. Mindkét eset teljesen gyógyult, a súlyos agyvelőtünetek visszafejlődtek. A feltárást illetőleg az egyik esetben osteoplasztikai lebenyt készített, azonban helyesebbnek tartja, ha a belövés és kilövés nyílását egyszerűen tágtjuk, minthogy ilyen esetekben az agylaesio biztosan lokalizálva van és az utókezelés is sokkal egyszerűbb.

Tangentialis koponyalövést négyet ismertet. Az egyik a sérülés után 17 nappal került a bemutatóhoz; kifejezett homloklebeny-tünetek (Witzelsucht) és meningealis izgalmak miatt végezte a feltárást. A feltárást genyeredő löcsatornát, a homlokcsont baloldalán lévő koronányi defectust és a bal homloklebenyben diónyi tályogüreget derített ki, a tályogüregben nagyobb csontdarabokkal. Váltakozó lefolyás után ez az eset is kedvezően alakult, azonban kis almányi agyprolapsus fejlődött ki, mely még jelenleg is fennáll. Az ilyen agyprolapsusok spontán szoktak fejlődni, mint az egy másik tangentialis koponyalövés esetében történt, a melyben a diónyi nagyságban előesve volt baloldali occipitalis lebeny teljesen visszahúzódott és a seb simán begyógyult.

A harmadik tangentialis koponyalövés a homlokcsont jobb oldalára és a jobb homloklebenyre vonatkozott. Körülbelül 5 nappal a sérülés után került az eset a bemutatóhoz. Itt azonban az agyállomány oly fokú roncsolása és oly súlyos infectiója volt jelen, hogy a feltárást sem tudta a halál bekövetkeztét megakadályozni.

A negyedik tangentialis koponyalövés azért érdekes, mert dacára a dura sértetlenségének, a genyesen beivódott diploë vonái útján tályog keletkezett a bal parietalis lebenyben. A tályog igen heves Jackson-typusú epilepsiát váltott ki. Feltárása után az epilepsiás rohamok megszűntek, azonban a beteg még mindig nagyon somnolens, apróbb hőemelkedései vannak, úgy hogy ezidőszereint a sorsa még kétségesnek látszik.

Fischer Aladár: Operált aneurysma-esetek. Négy esetet ismertet. Közülük az első aneurysma spurium, vagy a *Ve-rebely-féle* nomenclatura szerint haematoma communicans volt, a mely a jobb oldali arteria cubitalissal közlekedett. Ez az aneurysma egy alkalommal éppen a beteg kötözésekor pontan repedt meg. Az arteria cubitalist a heges szövetben

kipraeparálták és lekötötték, mire a vérzés elállott. A végtag peripheriás része annyiban szenvedett, hogy az alkar-izmok egy része atrophias lett és így a kéz ereje gyengült.

A második eset aneurysma arterio-venosum, a melyben a carotis externa közlekedett jobboldalt a vena jugularis internával. Ebben az esetben részint a lövés, részint az aneurysma nyomása, részint pedig — mint azt *Sarbó* tanár felvette — a keringés-zavar okozta rossz tápláltsága folytán a medulla oblongatának igen érdekes idegtünetek voltak. Nevezetesen: baloldali facialis-paresis, jobboldali hypoglossus- és sympathicus-hűdés, jobboldali facialis-paresis és keresztezett érzéscsökkenés a bal arcfélen és jobb mellkason. A bemutató először a jobboldali carotis communist praeparálta ki és ideiglenes összenomással biztosította. Azután tovább haladva kikészítette a carotis bifurcatióját. Kiderült, hogy a közlekedés a carotis externa és vena jugularis interna között van. Sorban lekötötte a carotis externa ágát, a carotis externát eredésénél, a vena facialis communist és a vena jugularis törzset az aneurysma alatt. A kitágult vena és a hegesen elváltozott arteria-részletet azután kiirtotta. A vena jugularis kiirtásakor a koponyaalap felől erős vérzést kapott, ezt azonban sikerült csillapítani és a jugularis internát a koponya-alapon is lekötöni. A carotis externa végén egy pince-t hagyott 48 óráig fekve. A beteg meggyógyult, az idegtünetek azonban, kivéve a keresztezett érzéscsökkenést, eddig még nem fejlődtek vissza.

A két következő aneurysma-eset aneurysma arterio-venosum az arteria és vena femoralis között. Az egyik esetben jobboldalt volt a közlekedés, és a műtét alkalmával a bemutató az arteria és a vena femoralist a közlekedés alatt és felett lekötötte. Még ezután is erős vérzés volt az arteria profunda femoris felől, a collateralisokból. A másik esetben a baloldali arteria femoralis csak szűk lyukon közlekedett a vénával, a fővérmennyiség a vénába az arteria profunda femoris felől jött. Ebben az esetben nagy nehézségekbe ütközött a venaszák mögött levő collateralis ágaknak és a közlekedő arteria profunda femorisnek lekötése. Az arteria femoralison levő kis nyílást a bemutató bevarrta, úgy hogy ezen éren át a vércirculatio szabad maradt. Mindkét esetben a végtag tápláltsága és vérrel való ellátása teljesen sértetlen maradt.

Sarbó Artur: Schrapnell- és gránát-robbanás okozta u. n. „idegchoc”. Előadásában azon esetekre tér ki, melyekben külső sérülés nélkül a légnyomás okozta rázkódás váltja ki az idegrendszer részéről a tüneteket. Irodalmi adatok alapján sorra veszi a rázkódás esélyeit, a mennyiben azok a koponya tartalmára: az agyvelőre, a liquorra, a vérre stb. vonatkoznak. Utal azokra a halálosan végződő esetekre, melyekben a robbanás okozta légnyomás testi sérülés nélkül agyvérzés útján hat. Ettől a szomorú végtől az egyszerű pillanatos megtántorodásig a lehetőségek beláthatatlan sorozata fordul elő.

Előadásában két kórállapotot kíván kiemelni. Az egyik az, hogy a robbanás következtében eszméletlenül összeesett egyén magához térve azt veszi észre, hogy hallása megromlott, feje zúg, szédül, más esetben a hallás rosszabbodásán kívül vagus-hűdés tünetei is mutatkoznak. Rendetlen, szapora, kihagyó szív működés, kétoldali recurrens-bénulás s ennek megfelelőleg hangtalanság.

Két ide tartozó esetet demonstrál. Magyarázatul azt veszi fel, hogy a nyúltvelői acusticus-magvakban székel a bántalom; a nyúltvelői sérülését úgy képzei, hogy egyrészt a robbanás okozta rázkódás folytán a nyúltvelői beékelődik a foramen magnumba, másrészt a liquor fokozódott nyomása a IV. agykamarában bénítja az acusticus-magvakat és a vagus-

magot. Kifejti, hogy miért nem gondol extramedullaris okra vagy agykérgi bántalmazottságra.

Mindkét esetben javulás máris tapasztalható, a mi szintén az előadó felvételét igazolja.

A másik kórkép gyakoribb és röviden így jellemezhető: robbanás okozta légnyomás hatására az egyén eszméletlenül elterül, rövidebb-hosszabb idő múlva magához térve közökhelyen vagy kórházi ágyon találja magát s nem tud visszaemlékezni, hogy miként került oda. Beszédbeli nehézségek, az egyik vagy másik oldali végtagok merevgörcsös bénulása, daczára e merevgörcsös állapotnak semmi spasmusos tünet. A szemgolyók oldalfixálásakor némi nystagnus. Kisfokú, a bÉna végtag oldalának megfelelő facialis- vagy hypoglossus-paresis. A bÉnult végtagokon agykérgi jellegű (a végtagok végei felé fokozódó) érzés-zavar. Eleinte agynyomás-tünetek: hányás, bradycardia. A bÉnult végtagokkal ellenoldali *falcson-érzékenység ütögetésre* minden esetben jelen van s utal a bántalom helyére.

Sorra veszi a lehetőségeket a kórtani magyarázatot illetőleg s felsorolja az érveket, melyek ellene szólnak annak a felvételnek, hogy hysteria szerepelne ezen esetekben. Kifejti, hogy a *Charcot-féle* molecularis eltérések és az organikus laesiók között kell hogy legyen egy oly állapotnak, mely több mint a sem szemmel, sem mikroskoppal nem érzékelhető molecularis elváltozás, de kevesebb mint az idegrendszer szövetének nyilvánvaló szerkezeti megváltozása. Azt hiszi, hogy az idegrendszernek robbanásos légnyomás okozta megrázkódtatása bizonyos esetekben a molecularis változásokat meghaladó, de a súlyos organikus sérüléseket el nem érő elváltozásokat hozhat létre, melyek a *szöveti szerkezetben, az idegsejtek és idegrostok egymáshoz való viszonyában oly állapotokat teremtek, hogy kiesési tünetek keletkeznek ugyan, de az állapot nem vezet az idegszövet degenerálásához s így az organikus bÉnulás külső formája jön létre, de hiányzik az egyéb megszokott kísérő tünetek*. Adott esetben merevgörcsös bÉnulás nagyfokú rigiditással, de spasmusos inreflex, *Oppenheim-Babinski-tünet* nélkül.

Ezen idegrendszeri elváltozásokat, melyek mikroszkopi eltolódásokban, vérzéseken, zúzódásokban állhatnak, nevezi az előadó *mikroorganikus sérüléseknek*.

E mikroorganikus sérülések az idegrendszer különböző helyein jöhetnek létre; a vázolt két kórállapot a nyultvelő és az agykéreg centrális gyrusainak ilyenmő sérüléseit demonstrálja.

Idetartozó esetet eddig hatot észlelt, kettőt be is mutat. A prognosis jó.

A *mikroorganikus elváltozások* fogalmát szeretné az orvosi köztudatba belevinni, mert azt hiszi, hogy szolgálatot tesz vele hasonló esetek megítélésében.

Ma azt tapasztaljuk, hogy az idetartozó könnyebb esetekben nagyon kísért a simulatio gyanúja, míg a súlyosabb polysymptomás esetek a hysteria hamis bÉlyegével lesznek ellátva.

Előadását azzal fejezi be, hogy utal arra, hogy a mostani súlyos idők szállóigéjévé vált az értékes fogalmak átértékelődése. Az orvosi fogalmakkal, megfigyelésekkel is így vagyunk. Gondoljunk csak arra, hogy békeidőben mily gomba módra teremnek az u. n. traumás neurosisok, és ma, a súlyos nélkülözések, a súlyos testi sérülések korszakában traumás neurosisokat alig látunk!

Azt hiszi, hogy a mikroorganikus sérülések fogalmának alkalmazása segítségünkre lesz nemcsak a kórállapotok helyes megítélésében, hanem gyógyító eljárásaink helyes irányát is megszabja.

Szabó József: Az állcsonttörések kezeléséről. Beszámol 19 állkapocs-törésről. E számból négy a pénzintézetek hadikórházában, egy a poliklinika sebészeti osztályán, egy a Szt. István-kórházban, 13 Budapest Székesfőváros hadikórházában ápolgatott. A 19 állkapocstörés közül 5 spontán, azaz *minden szakszerű kezelés nélkül* gyógyult; az állkapocs az angulus táján szenvedett törést. A többi 14 eset közül 5 kiter-

jedt lágyszövet-sérülésekkel szövődött, és ezekben az esetekben az állkapocs testének (vízszintes és felhágó) nagyobb része is hiányzott. Az 5 eset közül 4-et már operálva kaptunk és ezekben az esetekben új műtét (a nagyon szűkített szájnílás és hegek zsugorodása miatt), továbbá a hiányzó állkapocsrészek pótlása vált szükségessé; egy esetben az állkapocstörés alkalmas rögzítő sín behelyezésével gyógyult, a plastikai műtét és a prothesis is megtörtént. Mindezek felül a megmaradó 9 esetben a törésvégek alkalmas módon reponáltattak és alkalmas (többször a régi *Weber-féle* kaucsuk)-sínnel immobilizáltattak. Csak egyetlen esetben nem sikerült a repositio, mert a törés már több mint egy hónapos volt és a törésvégeket már callus rögzítette. Minthogy azonban ily állapotban az állkapocs és azzal a fogak nagyon is nagy eltolódást szenvedtek, kénytelen volt a törésvégeket alkalmas módon egymástól eltávolítani és így beállítani az állkapocsot régi, rendes helyzetébe. Minden egyes esetről pontos Röntgen-reproduktiókat is bemutatott, melyek a Budapest Székesfőváros hadikórházában működő Röntgen-laboratorium (*Gergő* összeállította Röntgen-auto) kifogástalan és minden kritikát megálló felvételei.

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1914 május 13.-án)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Szinnyi József.

Pancreatitis acuta műtett és gyógyult esete.

Klein Alfréd és Keppich József: A 44 éves pinczért 1913 szeptember 24.-én vették fel a Szt. István-kórház *Dieballa* főorvos vezetése alatt álló belgyógyászati osztályára. Anamnesiséből csupán 12 éves korában kiállott sárgasága emelendő ki; különben mindig egészséges volt. Mérsékelt, foglalkozásával összefüggő alkoholizmust vall be. Az utolsó hetekben kissé köhögött, 2 nap óta melle erősen fáj, kínzó köhögése van. Bejövetele napján hirtelen nagyon rosszúl lett, hasa mindkét oldalt rendkívül fáj, rendkívül gyakori hányás és hányásinger kínozza, lázas lett, a hideg rázta. Gyakori vizelésinger (reggel óta 8-szor). Azelőtt polyuriája nem volt, gyomorpanaszai sem voltak. Néha székrekedésben szenved, legutolsó széke 2 nap előtt volt.

Középtermű, elhízott férfibeteg. A tüdő felett hurutos zörejek, a szívhangok tiszták. A bal lábszáron tenyéryn, renyhe sarjadzást mutató fekélyek.

A has diffuze elődomborodó, feltűnő meteorismussal az epigastriumban. Az alhasban kétoldalt erős defence. Az epigastrium benyomható, a bordaív alatt a májszél kitapintható. A has mindenütt rendkívül erősen érzékeny, leginkább az epigastrium jobb felében és a coecum tájékán. Folyadék a hasban nem mutatható ki. A vizeletben cukor nincs. A fehér vérszám 30.000. Pancreatitis acuta diagnossal teszik át *Hüttl* tanár sebészeti osztályára d. u. 6 órakor. A pulsus 120, kishullámú, üres, a hőmérsék 37.6°.

A rendkívül erős alhas-defence, a nagy érzékenység a Mac Burney-ponton, a has colon transversum feletti részén a defence hiánya miatt az előadó az acut appendicitist kizárni nem tudja. A beteget *Keppich*, *Hüttl* megbízásából azonnal megoperálja. Chloroform-aethernarcosis. Az appendix állapotról meggyőződést szerzendő, előbb appendicularis metszéssel hatol be. A hasban haemorrhagiás savó, a belek erősen belőveltek, az appendixen súlyosabb elváltozás nincs. A pancreas zsírnecrosisára utaló foltokat a coecum körül nem találtak. Most median bemetszés a köldök felett. A belek erősen belőveltek, közöttük haemorrhagiás savó, melyben fibrinosus pelyhek is úszkálnak, úgyszintén fibrinosus felrakódások az erősen puffadt gyomron és colon transversumon. A lig. gastrocolicumon nyílást készítve és a pancreas fejéhez hatolva, a pancreas fejében ötkoronás nagyságú necrosisos részletet talál kezdődő genyes beolvadással. A mesocolon transversum, lig. gastrocolicum zsírján és főként a pancreason és pancreas körül számos kendermag-lencsényi, sárgás fehér, a pancreas-zsírnecrosisra jellegzetes foltot talál. A mállékony szövetet kitakarítva, a pancreasban lévő üreget tágitja. A pancreas

