

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Schütz János: Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., udv. tan., nyilv. rendes tanár.) A lymphogranulomatosis pathológiája. 85. lap.

John M. Károly: Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemő-osztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemő-táplálás fontosabb kérdéseiről. 88. lap.

Winter Mária: Közlemény a „Stefánia”-gyermekkorházhoz kapcsolatos egyet. gyermek-klinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udv. tanácsos.) Kanyaró 16, illetőleg 18 napos csecsemőn. 92. lap.

Günther József: Újabb adatok a hastyphus járványtanához. 93. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Benczur Gyula:* Hydro- és thermotherapie orvostan-hallgatók és orvosok számára. — *Lapszemle. Belorvostan. Schücking:* Az idősült vese-gyulladásnak vassal való rendszeres kezelése. — *Sebészet. P. Ewald:* A condylus medialis femoris typusos sérülései. — *Szülészeti és nőorvostan. Graff:* A rossztermészetű daganatok fejlődése és az egyidejűleg fennálló terhesség kölcsönös befolyása. — *Gyermekorvostan. R. O. Clock:* A bacillus lactis bulgaricus. — *Húgyszervi betegségek. Charles Eastmond:* A vese- és ureterkövek pontos diagnosisa. — *Kisebb közlések az orvos-gyakorlatra. Borchardt:* Asthma-rohamok. — *Klemperer:* Atophan. 95–99. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 99. lap.

Vegyes hírek. 99. lap.

Tudományos társulatok. 100–103. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., udv. tan., nyilv. rendes tanár.)

A lymphogranulomatosis pathológiája.*

Irta: **Schütz János** dr., klin. gyakornok, volt kórbonczolástani tanársegéd.

A lymphogranulomatosis (*Paltauf-Sternberg*), *granuloma malignum* vagy *lymphomatosis granulomatosa* nevű betegséget mint önálló kórképet nem régen ismerjük. Egészen a múlt század végéig klinikailag és kórbonczolástaniilag is beletartozott a *pseudoleukaemia*, illetve *Hodgkin-féle betegségcomplexumba*, vagy a *lymphosarkoma* egy fajának mondták (lymphosarkoma durum, lymphoma malignum).

A betegség kórjelzése csak klinikai megfigyeléssel, esetleg próbakimetszésnek szövettani vizsgálatával állapítható meg teljes bizonyossággal. A gyakorló orvosnak tehát nem igen lehet alkalmát a kórképet tanulmányozni, a miből magyarázható, hogy a lymphogranulomatosis ismerete, a pseudoleukaemiától és lymphosarkomától való különbözősége még nem ment át eléggé a köztudatba.

Hogy mi a II. sz. belklinikai részéről ehhez a kérdéshez hozzászólunk, erre talán eléggé feljogosít bennünket az a körülmény, hogy 4 év leforgása alatt több lymphogranulomatosis-esetet észlelhettünk, melyek közül 10 bonczolásra került, 5 esetben pedig próbakimetszés történt, úgy hogy 15 olyan esettel rendelkezünk, melyben a lymphogranulomatosis szöveti elváltozásait is behatóan tanulmányozhattuk. A lymphogranulomatosis kórbonczolástaniának és kórszövettanának tárgyalásakor is — az irodalom figyelembevétele mellett — elsősorban saját vizsgálataimra fogok támaszkodni; az idő rövidsége miatt természetesen csak vázlatos képét adhatom ezen baj anatómiájának.

A lymphogranulomatosis kifejezett kötőszövet-újképződéssel járó, idősült gyulladásos megbetegedése a nyirokcsomóknak.

* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1913. decz. 6.-i ülésén.

Valamely tájéki — többnyire valamely oldali — nyaki nyirokcsomónak megnagyobbodásával kezdődik, egyidei helybeli fennállás (*helybeli stadium*) után éptappeszerűen terjed át más tájéki nyirokcsomóira, sokszor az összes nyirokcsomókra (*generalizálás stadiuma*), sőt elég gyakran granulomás szöveti elváltozások keletkeznek a legkülönbözőbb szervekben. Előfordulhat azonban, hogy a betegségnek még többé-kevésbé lokalizált stadiumában mechanikai okok miatt bekövetkezik a halál (pl. mediastinumtumorok esetén fulladás).

Általános lymphogranulomatosis typusos eseteiben majdnem az összes nyirokcsomók, a nyaki, hónalji, trachea- és hörgőkörüli, a retroperitonealis és inguinális nyirokcsomók mogyoró-dió-tyúktójásnyira meg vannak nagyobbodva, s rendszeren egymással összekapaszkodott, többnyire azonban a bőrrel össze nem nőtt, nagy dudoros daganatokat alkotnak. Egy-egy tájéki nyirokcsomócomplexumai ökölnyinél is jóval nagyobb daganatot alkothatnak. Gyakran találjuk, hogy az egyes régiók nyirokcsomódaganatai a nyirokutak mentén fekvő egészen kicsiny nyirokcsomók megnagyobbodásából származott csomós kötegek útján egymással összefüggnek, úgy hogy egymástól nem is határolhatók el.

Az egyes nyirokcsomók rendszeren igen tömött tapintatúak, vagy még aránylag puha, a metszéslapon áttűnő halványvöröses szürke, vagy szivósabb, kevésbé áttűnő fehéres szövetből állanak. A metszésfelületen gyakran látható, a mint szürkésfehér szivósabb kötegek hálózata áttűnő vörössesszürke (fiatalabb sarjadzásos szövet) szigetekre osztja. Egyes nyirokcsomók egészen kérges, száraz, fehéres szövetű alakultak át, mások metszéslapján fakósárgás, eléggé éles, sokszor mappaszerű határokkal bíró elhalásos foltok láthatók. Az elhalt szövet azonban sokkal tömöttebb, mint a gümös sajt; az elfolyósodás pedig a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Nem mondhatjuk, hogy a szabad mozgathatóság a granulomás nyirokcsomók sajátja s megkülönböztetésül használható fel a lymphosarkomával szemben. A granulomás szövetképződés épp úgy, mint a rossztermészetű daganatos burjánzás

reáterjedhet a szomszédos szövetekre, infiltrálhatja a zsírszövetet, a bőrt, az erek falát, a szomszédos szerveket, pl. a tüdőt, a bázis vagy a légcső falát. Egyik esetünkben pl. (29 éves nő) az egyik légcső körüli granulomás nyirokcsomó átnőtt a trachea falán, kifeléyesítette a nyálkahártyát s ellágyulva beletört a légcső ürébe, fulladásos halált okozva. Ugyanebben az esetben a granulomás szövetűjképződés a jobb kulcsfeletti árokából per continuitatem et contiguitatem áterjedt a tüdőcsúcsra, másfelől a mediastinumból a gerincoszlop csontjárájára, kerges szövetbe ágyazván be a n. sympathicust. Másik esetünkben (30 éves nő) a mediastinum heges, daganatszerű szövege részben a bordaközi izmokat infiltrálta, másrészt a szívburók falán lemezén keresztülbujánzott, annak belső felületén, de a szívburók visceralis felületén is daganatszerű csomókat alkotva; azonkívül a tüdő hilusából kiindulva, a bal tüdőnek is terjedelmes infiltrálását támasztotta. Egy betegünkben (29 éves férfi) a mediastinum granulomás szövege baloldalt a sternum szélén, az egyik bordaközben átnőve, a szív táján féltényrnyi kiterjedésű, az alappal összekapaszkodott, a bőr alatt vaskosan elterülő daganatot alkotott. Egy esetben (27 éves férfi) pedig a granulomatosisos szövetnek a csigolyákra való reáterjedése folytán myelitis transversa keletkezett.

Mint a lymphogranulomatosisra jellegzetes, a leukaemiás elváltozásoktól megkülönböztető vonást kell kiemelnem azt, hogy a míg a nyirokcsomók elsődleges és másodlagos megbetegedése a baj lényegéhez tartozik, addig a nyálkahártyák nyirokapparatusa elsődleges módon talán sohasem, másodlagosan is csak felette ritkán betegszik meg. A gyomor- és bélcsatorna granulomás elváltozását csak egyetlenegy esetben találták (La Roy). De nagyon ritkának kell mondanunk a tonsilla megbetegedését is; a szerzők általában ezen szerv érintetlen voltát mint a betegség sajátosságát említik. Mi a magunk részéről bonczolástanilag egy esetben találtuk a mandulák granulomatosisos elváltozását.

Sok esetben, mint már említettem, a lymphogranulomatosisos elváltozások a nyirokcsomókra szorítkoznak s legfőleg a velük szomszédos szervekre terjednek át. Azonban ezekben az esetekben is többnyire mérsékelt fokú máj-, de még inkább lépduzzadást találunk specifikus lymphogranulomatosisos elváltozás nélkül. A lép tokja feszes, állománya tömött, a metszéslapon barnavörös, pulpája nehezebben kikaparható (idősült infectiós léptumor). Ritkán amyloidosis is okozhatja a májnak és lépnek megnagyobbodását, mint azt egyik esetünkben találtuk a lépnek vonatkozóan.

A közvetlen (per continuitatem et contiguitatem) terjedésén kívül a betegség a nyirokerek útján is áterjedhet közeli szervekre, sőt elég gyakran előfordul, hogy a véráram közvetítésével képződnek áttételek. Mindjárt meg kell jegyezni, hogy a metastasisképződést itt nem szabad úgy felfognunk, mint a rossztermészetű daganatok eseteiben, t. i. hogy a vérárammal elhurcolt s a szervekben lerakódott sejtek burjánzása folytán támadnak a granulomás csomók, hanem a véráram útján odajutott ismeretlen kórokozónak behatására más szervekben is ott helyben a reája jellegzetes sajátos sarjadzások szövet képződik. Jóllehet áttételeket úgyis szólván az összes szervekre vonatkozóan leirtak — talán a központi idegrendszer állományát kivéve —, mégis leggyakoribbak azokban a szervekben, a melyek a vérképző rendszer systema-betegségeiben (leukaemia, pseudoleukaemia) is elsősorban szoktak megbetegedni: lép, máj és csontvelő.

A metastasisos-granulomatosisos szövetűjképződések egészen hasonló tulajdonságokkal bírnak, mint a granulomás nyirokcsomók állománya: a fiatal szövet halványvöröses szürke, puhább és áttűnő; a régiebb részletek szivósak, szürkés, szárazak. Külön tárgyalást csakis a lép, máj és csontvelő granulomatosisa igényel.

A granulomás lép rendszeren tetemesen megnagyobbodott, felülete durván dudoros tapintatú; ha nagyobbak a csomók, fehéresen áttűnnek a lépnek rendszeren kissé megvastagodott tokján keresztül. Felmetszés után a lépnek a normalisnál tömöttebb barnavörös állományába különböző nagyságú (akár

tyúktojásnyi) tömött granulomás csomókat látunk beágyazva. A nagyobbak többnyire nem különálló csomók, mint a daganatátételek, hanem rendetlen határuak, löherelevélszerűen vagy csillagszerűen ágazatosak, gyakran hidakkal függnek össze egymással. Már szabad szemmel is látható, hogy különböző stadiumban levő szövetekből állanak. A lépnek ezen egyedül granulomatosisra jellegzetes elváltozását porphyr lépnek nevezték el (az angolok „hardbake spleen“-nek). Egyes esetekben — nyilván a betegségnek a hasúri nyirokcsomókban való kezdődése esetén — a lép granulomás elváltozása oly nagyfokú, hogy nemcsak a klinikai, hanem a bonczolástanai képnek is előtérben áll. Ilyenkor a lymphogranulomatosisnak splenomegalia alakjáról is szoktak beszélni.

A májban a lymphogranulomatosis többnyire nem jut akkora kifejlődésre, mint a lépben, nagyobb — diónyi-tyúktojásnyi — csomók ritkán fordulnak elő. Kezdődő szakában felületes megtekintéskor a metszéslap nagyon hasonlíthat kezdődő hepatitis hypertrophica képehez: periportalisan szürkés áttetsző szövetből álló kötegeket látunk. Gondosabb megtekintéskor azonban kitűnik, hogy a kötegek helyenkint feltűnően szélesek, elszórtan pedig hasonló szövetből álló, sokszor intraacinosus elhelyezésű csomókat is látunk, a melyek, ellentétben a gümövel, sajtosodásnak nyomát sem mutatják.

A csontvelőben foltosan vagy diffuse a granulomás nyirokcsomók szövetéhez hasonló beszűrődések keletkeznek, melyek növekedésének és terjedésének többnyire határt szab a csontállomány; előfordul azonban, hogy a csontfelszívódás folytán a granulomás szövet áttör a szomszédságba, sőt állítólag a csontállomány elpusztítása után igen nagy, a csontsarkomákhoz hasonló daganatok is jöhetnek létre. K. Ziegler ezek alapján a lymphogranulomatosisnak ostitis-periostitis megjelenés-alakjáról is beszél, a melyben a nyirokcsomók megbetegedése csak kistokú volna, vagy latens maradna. Hogy ilyen létezik-e, nem tudjuk. Magunk nem láttunk s az is bizonyos, hogy a Ziegler felsorolta eseteknek a lymphogranulomatosishoz való tartozása legalább is nagyon kétséges. Maga a csontvelő nem mutat lényeges elváltozást, legfőleg a csöves csontok zsíros veleje változik át néha vörös csontvelővé.

Térjünk át a lymphogranulomatosis szövettanának tárgyalására. Első benyomásra a különböző esetek, de egy és ugyanazon esethez tartozó különböző szövetrészek vizsgálatakor is rendkívül változatosak a képek. De a látszólag egymástól nagyon különböző szövettani képekben is megtaláljuk a közös alapjellegét: a sejteknek rendkívüli nagyság- és alakbeli változatosságát feltűnő gyuladós természetű burjánzást, mely durva rostos kötőszövet képződésére, elhegesedésre hajlamos. Nem ismerjük egészen pontosan a lymphogranulomatosisos szövetelváltozás legkezdetlegesebb szakát. Ziegler szerint a folyamat a nyiroksejtek degenerálásával kezdődik. Azt sem tudjuk, hogy a kezdeti elváltozások góczos természetűek-e vagy mindjárt diffusak. Bizonyos, hogy akármilyen friss granulomás mirigyet vizsgálunk, azt egész kiterjedésében, vagy legalább is nagyobb terjedelemben diffuse elváltozva találjuk. A nyirokcsomó szerkezete, csiracentrumokra és velős kötegekre való tagolódása többé nem ismerhető fel. Nagyon sejtű szövetté alakult át, melynek alapváza kezdetben nem nagyon kifejezett, vagy itt-ott már a collagen festést mutató finom rostok hálózataiból áll. Ebben egymás mellett a legtarkább vegyületekben találjuk a következő sejtalkokat: különböző fejlettségű fibroblastokat; lymphocytánál 2—3-szor nagyobb sejteket világos, durva chromatinvázal bíró kerek, ovalis vagy karélyos maggal, elég nagy, jól festődő magvacskával, fellazult keskeny protoplasmával (ú. n. Sternberg-féle sejtek); durván polymorph magvú vagy több maggal bíró otromba nagy sejteket: granuloma-óriássejtek; kis és nagy lymphocytákat, lymphoid plasmasejteket s rendszeren elég nagy mennyiségben valódi plasmasejteket is; elszórtan durván basophilan szemcsés sejteket (hízósejtek). Feltűnő ezenkívül, hogy a granulomás szövet már korai szakában kisebbrészt neutrophil, nagyobbbrészt eosinophil leuko-

cytákkal bőségesen beszűrődött. Az élénk sejtburjánzás kifejezőképpen sok sejtoszlási alakot látunk. Elhalás a friss lymphogranulomatosisos szövetben csak kivételesen fordul elő, de gyakran találunk a sejtek között majdnem homogen, kissé szemcsés fibrinszerű anyagot (nyilván gyuladássos izzadmány.)

Előbbre haladva a folyamat, a sejtek száma mindjobban csökken, különösen a lymphocyták pusztulnak nagyobb mértékben, a fibroblastok szaporodnak, mind sűrűbb és vastagabb collagen rostokból álló hálózat jön létre. Ebben a stadiumban gyakran találunk sejteket zsugorodott maggal, acidophil (fuchsinophil) homogen gömböcskékkel megrakott protoplasmával, vagy magnélküli homogen gömböket (*Russel-féle testecskék*); valamivel ritkábban ú. n. *Charcot-Leyden-féle* kristályokat. Gyakran találunk ilyenkor elhalásos területeket is. A nekrosis, a mint makroszkoposan, úgy mikroszkoposan is lényegesen különbözik a sajtosodástól; erek elzáródása folytán jön létre, területén a szerkezet rendesen még jól felismerhető, esetleg még a collagen rostok is jól festődnek, csak a magfestődés hiányzik. A granulomás szövet végül durván rostos vagy rögös kötőszövetté alakulhat át, melynek hézagaiban csak elszórtan található ama sejtdús szövetnek gyér maradványai. Meg kell jegyezni, hogy a különbözőképpen előrehaladott elváltozásokat gyakran találjuk egymás mellett, úgy hogy az elváltozásnak három stadiumba való osztása mesterkelt és önkényes.

Milyen a betegség tovaterjedésének szövettani képe? K. Ziegler szerint a megbetegedett nyirokcsomókból a sarjadházhoz hasonlóan apró lymphás csomók (kompenzációs folyamat?) nőnek ki, a melyek másodlagosan szintén megbetegednek, de a szomszédos szövetekben, pl. a zsírszövetben, is előzetes nyiroksejtes beszűrődés keletkezik s ebbe terjed át az elváltozás. Más szervek megbetegedésére is általában az a véleménye, hogy előzetes lymphás beszűrődés, nyirokcsövetté való átalakulás talaján fejlődik a lymphogranulomatosis. A granulomás nyirokcsomókkal szomszédos szövetek nyiroksejtes beszűrődését s azután granulomás megbetegedését valóban mi is gyakran láttuk.

Itt említhetem meg azt is, hogy olyan esetekben, melyekben a parenchymás és egyéb szervekben granulomás elváltozások nem voltak, a duzzadt lépnek bőséges plasmasejtes beszűrődését találtam, vagy szabadon szigetes halmazokban, vagy az erek mentén elhelyeződő kötegekben. Csak egy esetben hiányzott ez az elváltozás, ebben azonban nem is volt megnagyobbodva a lép. Véleményem szerint a plasmasejtes beszűrődés legalább is részben anatómiai alapja a lymphogranulomatosisos időszült léptumornak.

Nem kell külön tárgyalnom a metastasisos granulomás szöveti elváltozásokat, mert azok, mint makroszkoposan, úgy mikroszkoposan is megegyeznek a nyirokcsomók granulomás szövetével. Elég rámutatnom arra, hogy a friss metastasisos elváltozások dissemináltak gócosak s az erekhez való viszonyuk (adventitia szövetében) többnyire igen kifejezett. A szövettani vizsgálatkor még inkább meggyőződhetünk arról, hogy a parenchymás szervek granulomás elváltozásai annyira diffusak (illetve diffuse dissemináltak), így pl. a májban az egész periportal szövetnek granulomás beszűrődése, hogy azok keletkezését másképpen nem magyarázhatjuk, mint a szervnek valamely mikroorganizmussal való elárasztása folytán.

Néhány szót a granulomás sejtek származásáról a mai felfogás szerint: A fibroblastok a reticulum s erek adventitiájának sejteiből származnak; a nagy egymagvú sejtek részint szabaddá vált és átalakult (megduzzadt) fibroblastok, részint endothelsejtek származékai. Az óriássejtekre vonatkozóan felveszik, hogy az előbbi sejtekből keletkeznek vagy oly módon, hogy a mag durva, sokszor bunkós nyúlványok képződése folytán polymorph-fá lesz, vagy oszlás útján több mag képződik. Vizsgálataim alapján nagyon valószínűnek tartom, hogy a hólyagos egymagvú sejtek erős burjánzása alkalmával óriássejt ezen sejtek úgyis kevésbé differenciált protoplasmájának összeolvadása útján is képződhetik. A plasmasejtek

kétségtelenül legnagyobbbrészt lymphocytákból származnak, azok magasabb fokú differenciálása folytán, kisebbbrészt talán átalakult fibroblastokból (klastmatocyták). A fuchsinophil sejtek s a *Russel-féle* testecskék a legtöbb szerző véleménye szerint a plasmasejtek degenerálási termékei. A hízósejtek is nyilván helyben képződnek. Az eosinophil sejteket a vérből, illetve in ultima analysi a csontvelőből kell származtatnunk, megjelenésük tehát exsudatiós természetű. Elég gyakran található egymagvú eosinophil sejt. A mag azonban többnyire ugyanúgy festődik, mint a polymorph mag, sokkal kisebb is, mint a myelocytá magva, úgy hogy a leukocytamag zsugorodásából származónak tekintik.

Említettem már, hogy a különböző esetek histologiai tanulmányozásakor rendkívül változatos képeket kaphatunk. Ennek oka mindig valamely sejthalaknak túlsúlyra jutása, miáltal a mindenütt egyforma alapszövet kissé módosult jellegét nyer. Nagyon gyakori, azért az irodalomban sokat hangoztatott, az eosinophil sejtekkel való bőséges beszűrődés; máskor rendkívül sok a fibroblast, avagy nagyon sok, a legbizarrabb alakzatot mutató óriássejtet találunk. Ritkábban fordul elő, hogy a plasmasejtek vannak olyan nagy mennyiségben, hogy valóságos plasmasejtdaganat képét nyerjük („granuloma plasmocellularis”; ilyen esetet mi is észleltünk). Vagy a nyiroköblök endotheljei burjánzanak oly nagy mértékben, hogy *alveolaris endotheliomához* hasonló képek jöhetnek létre (egy saját eset).

Mielőtt a betegség anatómiájával végeznék, meg kell említenem, hogy nem ritkán tuberculosissal társul. Nekünk is volt két betegünk, a kik a granulomás elváltozásokon kívül tüdőgümőkórban s a parenchymás szervek subacut miliaris tuberculosisában szenvedtek, de azonkívül a nyirokcsomókban is gümőkóros elváltozások voltak a granulomatosisos elváltozások mellett. Egyik betegünk nyirokcsomói háromféle típust mutattak: a) csak granulomáson, b) csak gümőkórosan, c) granulomáson és gümőkórosan elváltozott. A kétféle szövetnek egymásba való átmenetéről szövettani képeken meggyőződni nem tudtam. Természetes, hogy a gümőkór rendkívüli gyakoriságánál fogva elég sokszor fogunk helyi gümőkóros elváltozást (tüdőcsúcsinfiltrálást) is találni betegeinkben.

A lymphogranulomatosis anatómiai körjelzése — még a klinikai adatok híján — sem ütközik nagyobb nehézségbe, ha tekintetbe vesszük a granulomás szövet makroszkopos tulajdonságait. Legkönnyebb talán akkor, ha előrehaladott lépgranulomatosis is van jelen, mert a porphyrlép egyedül granulomatosisban fordul elő. Egyedül a nyirokcsomókra szorítkozás esetén szóba jöhetnek a lymphosarkoma általánossá vált alakja (*lymphosarcomatosis Kunderat*), esetleg a *leukaemia* és *pseudoleukaemia lymphatica burjánzó alakjai*. Ezekről is elkülöníti azonban a granulomás szövetnek jóval tömöttebb, helyenként heges volta s a sajátos elhalásos foltok. Általános nyirokcsomótuberculosistól való elkülönítése — a milyen nehéz lehet klinikailag — oly könnyű körboncolástaniilag. Nehéz lehet a megkülönböztetés általános *lueses lymphadenitistől*, ha ez a lymphogranulomatosis anatómiai képében egyáltalában előfordul. (Eltérő nézetek az irodalomban.) Nagyon nehéz, sőt makroszkoposan lehetetlen a körjelzés lokalizált lymphogranulomatosis egyes eseteiben (mediastinumtumor) sarkomával szemben. De ilyenkor is eldönti a diagnosist a gondos szövettani vizsgálat, a mely — ha alkalmunk van több mirigyet vizsgálni — véleményem szerint sohasem hagy kétségben valamely elváltozás lymphogranulomatosisos természetét illetőleg, hacsak nem helyezkedünk K. Ziegler-nek túlzó álláspontjára, a ki a lymphogranulomatosisnak *lymphás hyperplasiás* alakját is elfogadja s a *mycosis fungoidest* és a *myeloma* egyes alakjait is idesorolja. A míg a lymphogranulomatosisnak más betegségektől való elkülönítése egyedül klinikai és morphologiai s nem aetiologiai alapon nyugszik, addig igazán mesterkelt és nagy mértékben zavaróan hat némileg hasonló elváltozásoknak idesorozása.

Gyakorlatilag fontos, hogy a próbakimetszés alapján is

úgyis kivétel nélkül meg tudjuk állapítani a körjelzést. Nagy diagnostikai értékkel bír a gyakran jelenlevő nagyfokú eosinophilia. Egyes esetekben talán szükség lehet arra, hogy több (esetleg különböző stádiumban levő) nyirokcsomót vizsgáljunk, azért ajánlatos is próbakimetszések mindjárt 2—3 nyirokcsomót eltávolítani.

Kérdés, hogy a lymphogranulomatosis a kóros elváltozások mely csoportjába oszlik: *hyperplasia*, *daganat* vagy *gyuladás*? Semmi esetre sem állíthatjuk egy sorba a vérképző szervek hyperplasiás elváltozásaival (leukaemia, pseudoleukaemia), a melyek valamely szövetspeciesnek (a lymphás vagy myeloid szövetnek) az egész vérképző rendszerre egyszerre kiterjedő egyszerű burjánzásai. De nem illik bele a valóságos daganatok csoportjába sem. *Degenerálási és proliferálási jelenségek ilyen egymás mellett való lefolyása a gyulladásos folyamatok sajátossága*. Ehhez járul a *leukocytás* és részben a *plasmasejtes beszűrődés* is. *Idősült lépduzzanat* képződése, *amyloidosis* előfordulása is a folyamat fertőzőes-gyulladásos volta mellett szól. A rossztermészetű burjánzás sem lehet ok arra, hogy daganatnak tartsuk, mert ez éppúgy előfordulhat a fertőzőes granulomákban, pl. luesben és tuberculosisban is. A különböző szervek granulomás elváltozásai sem bírnak a daganatos áttételek tulajdonságaival, nem körülírt, többé-kevésbé gömbalakban növekvő csomók, hanem rendetlen, sokszor ágazatos határu infiltratumok. S ha daganatos az elváltozás, a sok sejtalak közül melyiknek emboliája magyarázza a granuloma-metastasisok képződését? A szerzők valóban meg is egyeznek abban, hogy idősült gyulladásos természetű elváltozással van dolgunk s igazán alig van szerző, a ki a daganatos elmélet mellett kardoskodik (*Tsunoda*), vagy a lymphogranulomatosisnak sarkomábavaló átmenetéről beszél (*Dietrich, Yamasaki*).

Messze vezetne azon kérdésnek tárgyalása, hogy szigorúan morfológiai szempontból itélve, a *lymphogranulomatosis* elváltozásokat tekinthetjük-e *specifikus szövetreakciónak*, a milyen pl. a *tuberculosis* szövet, vagyis *önálló betegségforma-e* a *lymphogranulomatosis*, avagy *egy másik betegségnek csak különös megjelenési alakja*? Külön-külön valóban egyik sejtalak sem kizárólagosan jellegzetes a lymphogranulomatosisra, de mondhatjuk, hogy ezeknek a sejteknek mindig ebben a kombinációban való előfordulása, az elváltozásoknak a nyirokcsomókban való sajátos kezdete, terjedésének módja, a betegségnek mindig halálos volta, mind olyan tulajdonságok, a melyek arra kényszerítenek, hogy a *lymphogranulomatosis* mint a *fertőzőes granulomának egy önálló kórformáját fogjuk fel, melynek kórokozója is valószínűleg egységes*.

Ezzel elérkeztünk az aetiológia tárgyalásához. Az ez irányban végzett kutatások közül csakis azok említésre méltók, melyek a tuberculosisnak aetiológiai szerepét igyekeztek kideríteni. A lymphoma malignumot már *Billroth* gümösnek gondolta, a múlt század 90-es éveinek elején pedig *Baumgarten* befolyására keletkezett a pseudoleukaemia gümös alakjának felvétele. 1898-ban megjelent munkájában *Sternberg* a szövettani képből itélve (gyakori kombinatio tuberculosisal) a lymphogranulomatosis a nyirokcsomótuberculosis sajátos alakjának mondotta. A későbbi szerzők mind több, gümőkórral nem társult esetet írtak le és állást foglaltak *Sternberg* ellen, a ki azután maga is helytelennek jelentette ki álláspontját a tiszta lymphogranulomatosis-esetekre vonatkozóan. Három évvel ezelőtt *Much* és *Fraenkel* tuberculosisal nem kombinált granulomatosis-esetek egy sorozatában az elváltozott szövetekben antiforminnal való kezelés után *Ziehl* szerint nem, de módosított *Gram*-eljárással festhető, pálczika-alakban elrendeződött granulákat mutatott ki, a melyek morfológiai tulajdonságait tekintve azonosak voltak a *Koch*-bacillusnak *Much* felfedezte granulák alakjával. *Much* és *Fraenkel* ennek a leletnek aetiológiai jelentőséget tulajdonított. Nyílt kérdésnek hagyták, hogy ezek a mikroorganizmusok a tuberculosis-bacillus granulák alakjai-e, vagy különbözők attól. Az utolsó időben nagyon sok vizsgálat történt ez irányban s a szerzők nagy része ezt a leletet meg is erősítette. Az antiforminos

anyaggal állatoltásokat is végeztek s a kísérleti állatban néha gümös elváltozások is keletkeztek, a melyekben újra vagy granulákat, vagy saválló bacillusokat lehetett kimutatni. Különben saválló bacillusokat találtak kivételesen a granulomás szövetben is. Részint ezekre a vizsgálatokra, részint a granulomatosisnak a gümőkórral való gyakori kombinálására támaszkodva, a szerzők egy része a lymphogranulomatosis a tulajdonságaiban megváltozott tuberculosisbacillus és a szervezet sajátos reakciójának eredőjeképpen támadt különös természetű és lefolyású tuberculosisnak mondja. Mások azt állítják, hogy a *Much*-granulák kórokozói ugyan a granulomának, de különböznek a tuberculosisbacillustól.

Ma még nehéz tisztán látni ebben a kérdésben. Nekünk az a meggyőződésünk, hogy a *Koch*-bacillust vagy a *Much*-féle granulákat nem fogadhatjuk el kórokozónak addig, míg nem látunk elegendő bizonyítékot, nevezetesen addig, míg nem sikerül velük a típusos granulomás elváltozásokat kísérletileg előidézni, vagy a míg ki nem mutatják a fent említett theoria hívei, hogy melyek azok a tényezők, a melyek vagy a tuberculosisbacillus tulajdonságait, vagy a szervezet reakcióját változtatják meg oly módon, hogy tulajdonképpen egészen más betegség támadjon. Különben a *Much*-féle granulák nyilván nem is egyebek, mint a tuberculosisbacillus különös megjelenési formái (degenerálási terméke), ha a továbboltásban gümös elváltozások támadhatnak. Azokhoz csatlakoznám, a kik egy annyira elterjedt bacillusnak éppen a szervezet szűrőapparatusában, a nyirokszövetben (még pedig megbetegedett nyirokszövetben) való előfordulásának nem tulajdonítanak mindjárt kóroktani jelentőséget. A tuberculosisal való gyakori együttes előfordulás pedig könnyen magyarázható a hosszas sínlődés alatt másodlagos fertőzés, vagy a nyirokcsomókban lappangó, vagy a gyakorlati értelemben gyógyultnak mondható gümőkórnak életre keltése útján. Nem mondhatunk ma még egyebet, mint hogy a lymphogranulomatosis ugyan klinikailag meglehetősen egységes lefolyású s anatómiailag is jól jellemezhető betegség, azonban kórokozója, kórokozójának behatolási kapuja, a betegség keletkezésének módja még ismeretlen, tehát éppen azokat a tényezőket nem ismerjük, a melyek megismerése a betegség mélyebb lényegének megértésére vezetne s — a mi gyakorlatilag legfontosabb volna — az orvoslás vagy a betegségtől való védekezés szempontjából leginkább gyümölcsöző volna.

A rendkívül gazdag irodalom feldolgozása megtalálható *Fabian* referatumban (*Zentralblatt f. allg. Path.*, 1911, 22. köt., 145. l.). *K. Ziegler* monographiájában: „Die Hodgkin'sche Krankheit“, 1911, Jena; az aetiológiai kutatásokra vonatkozólag *H. Hirschfeld* és *O. Meyer* referatuma, „*Fol. haematologica*“, 1913, Arch. 15. köt., 2. füz.

Közlemény az országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. számú otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyet. magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.)

A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: John M. Károly dr.

II. A mesterséges táplálás újabb formáiról.

A csecsemőkori anyagcsere physiologiájának megismerése, annak vegyi, physicalis és energetikai szempontokból való megvilágítása a csecsemőt a felnőttől sok tekintetben eltérő egyéniségnek tüntette fel szemünkben. Ezen ismeretek, valamint a csecsemő physiologiai fejlődésének beható megfigyelése tették azután lehetővé a csecsemőnek normalis és pathologiai viszonyok között való észszerű táplálását. E tanak alapelemei *Czerny* és *Keller*¹ ismert munkájában vannak letéve.

Ezen tudományos vizsgálatok erősítették meg újból, a mit a gyakorlat már régóta igazolt, hogy az egészséges és beteg csecsemők legmegfelelőbb tápláléka a női tej. Az a női tej, melyet vegyi, physicalis, bacteriális és biologiai különbségek minden a csecsemőkori első felében szóba jöhető,

¹ *Czerny-Keller*: Des Kindes Ernährung etc. I. 1906.

sőt még a jövőben felfedezendő legjobb tápláléktól is, örökké és áthidalhatatlanul meg fognak különböztetni.

Keller² azt állítja, hogy a csecsemőkori halálesetek 70—80%-a közvetlenül és közvetve a női tej hiányára vezethető vissza. Ha ez az arányszám a valót nagyítva is tükröztetné vissza, már akkor sem beszélhetnénk többé a mesterséges táplálás *jogosultságáról*, hanem csak *szükségességéről*.

A körülményekből adott kényszerhelyzet a gyermekorvosokat már régen arra ösztökélte, hogy más, a női tejet hatásában legalább megközelítő és az eddigieknél jobb eredményekkel kecsegtető táplálási methodusokat eszeljenek ki. Sajnos, a női tejjel egyenlő értékű táplálék felfedezéséről már eleve le kellett mondani, mint olyan tervről, mely örökös akadályokba ütközik, akárcsak az aranykészítés háladatlan mestersége annak idején. De kárba vesztett munkáról mégsem beszélhetünk. Sőt: e törekvéseknek a csecsemődietaetika és a diéta terén olyan újításokat köszönhetünk, melyek a jelen idők orvosának helyzetét a multakéhoz képest lényegesen megkönnyítik.

Az empiria már régen meggyőzhette az orvosokat arról, hogy csecsemőket koncentrált állati tejjel táplálni nem lehet. Ez annyira elintézett kérdés, hogy beszélni sem kellene róla, ha nem akadnának még olyanok is, kik egyenesen a kecske emlőjére akarják tenni a csecsemőket.

Az a tapasztalat tehát, hogy a teljes állati tejet a csecsemők legnagyobb része nem tűri, bírta elődeinket arra, hogy adott esetben hígított tehéntejjel kísérleljék meg a táplálást. A tehéntejnek 1:3—4-es arányban vízzel vagy teával való hígítása mind a mai napig érvényben maradt. Ez eljárás Biedert-ben talált értelmezőjére, ki a hígítás hasznát abban látta, hogy ezzel egyidejűleg a szerinte „káros tehéntejcaseint” is felhígítottuk.

$\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ hígítású tehéntejjel csecsemőket életben tartani nem lehetett, a mi természetes is, ha meggondoljuk, hogy a literenként 700 caloriás női tejjel szemben az $\frac{1}{3}$ -os tehéntej csak ⁶⁸⁰/₃ caloriát képvisel. Az akkor uralkodott felfogás szerint, mely a csecsemő szervezetét a tehéntej caseinjétől féltette csupán, mint hozzátéhető energiaforrás csak a zsír és a szénhidratok jöhettek tekintetbe. Mindkét eljárásnak akadt pártolója: Biedert, ki „Rahmgemenge”-jében a tej zsírtját alkalmazta, és Jakobi, ki a hígított tejhez szénhidratokat, tehát cukrot és lisztet javasolt tétetni.

A tehéntej hígításának, valamint a hiányzó tápérték cukorral való pótlásának szükségessége azóta annyira átment a köztudatba, hogy a mesterséges táplálásnak ezen módja — legalább minálunk — általánosnak mondható. És el kell ismernünk, hogy ezen módon ezer és ezer gyermeket tartottak életben, de be kell vallanunk azt is, hogy nem volt kisebb az a szám sem, mely a veszteség rovatában szerepelt. Boeck³ Berlinre nézve megállapíthatta, hogy a szoptatott csecsemők a tehéntejjel, illetve liszttel táplált csecsemőkhöz viszonyítva 1:7:10 halálozási arányt mutatnak. De ne felejtjük el azt sem, hogy az életbenmaradás legelemibb követelésünk, melyet valamely csecsemőtáplálékkal szemben támasztunk. Így az életbenmaradás ténye egymagában a sikeres táplálkozás fogalmával még nem azonosítható. Qualitásbeli különbségek éles vonala választja el a szoptatott és nem szoptatott csecsemőket egymástól. És alul marad a mesterségesen táplált csecsemő, kinek csont-, izom-, ideg-, vér-, nyirokrendszerét és immunitását tehéntej okozta káros behatások érhetik és többnyire érik is, kinek tömeggyarapodása különösen az első évnegyedben, de később is, a normalis gyarapodási átlagot rendszerint meg sem közelíti. Ez utóbbi jelenség már azon okból sem kelthet meglepetést, mert az $\frac{1}{3}$ -os tehéntej még $\frac{5}{10}$ -os cukorhozzáadásra is mindössze 426 caloria értékű és így energiában a 700 caloriás női tejtől messze elmarad. A hiányzó tápértéket cukorral, liszttel pótolni nem lehetett, mert fiatal csecsemők a még több szénhidratot nem bírták el, hasmenést kaptak, melyet rendszerint

csak a női tej tudott meggyógyítani. Ugyancsak komoly bajokat okozott a Biedert-féle zsírdús tej is, ártalmakat, melyeknek lényegét Czerny és iskolája tisztázta később.

Azon furcsasággal állunk tehát szemben, hogy a női tej, a melyet $\frac{3.5}{10}$ zsír- és $\frac{6.6}{10}$ tejcukor-tartalmával az $\frac{1}{3}$ -os tehéntejjel szemben zsírosabb és cukrosabb tápláléknak kell tartanunk, a csecsemő komoly károsodását úgyszólván sohasem okozza. Holott ugyanolyan zsírról és (ha tejcukrot használtunk) ugyanolyan cukorról van szó. Ha ezek után (az adott tehéntejben a női tej zsír- és cukor-concentrációjának vagy azon alóli értékeknek megfelelő zsír- és cukor-mennyiséget gondolván) zsír- és cukortartalom *jelenségéről* beszélhetünk inkább, mint ezen tápanyagok önálló ártalmasságáról, akkor olyan időkben, a melyekben a tehéntej casein-veszélyességéről szóló tant már véglegesen megdőntöttek kell tartanunk, csöppet sem csodálkozhatunk azon, ha Finkelstein és iskolája a női tej és a tehéntej savóinak különbözőségében sejtí és keresi a táplálkozási eredmények különbözőségének okát. Több okból e felvétel mellett lehetne állást foglalni, de éppen annyi érvet is felhozni ellene. Minthogy e kérdés megvitatása inkább „a táplálkozási zavarok pathogenesise” című dolgozat keretébe való, e helyt csak azt akarom felemlíteni, hogy a közhangulat újabban a tehéntej egyes componenseinek izolált ártalmasságának lehetőségét mellőzve, inkább egy complex tehéntejártalom felvételére hajlik. És főleg azon individualis tulajdonságok alapján, melyek az egyes állattajok tejére nézve jellemzők. Az egyes tejfeleségek között fennálló individualis különbségek structurája még ismeretlen. Nem elhanyagolható, de nem is determinálóan döntő az a különbség, mely a tejek szerves és szervetlen alkotórészei között minőségi és mennyiségi tekintetben fennáll. E tényállásnak talán legkevésbé jelentős következése, hogy ebből differentiák származnak az egyes tejek caloriaértékét illetőleg és bár el kell ismernünk, hogy az adott energiaforrás nagysága az illető állattypus természetadta fejlődési viszonyaihoz alkalmazkodik: a hígított tehéntejnek a csecsemőtáplálásban megállapított inferioritása a fenti jelenségben egymagában nem leli magyarázatát.

A fiatal csecsemő szervezete csak egyetlenegy táplálékra, a tejre van utalva. Gyomrának és béltractusának physiologiai berendezése (és nem gyengesége!) csupán ezen táplálék feldolgozására képesíti. Minthogy a táplálkozásnak a csecsemőkorban sincsen más szerepe, mint a veszített anyagok pótlása, a test felépítéséhez szükséges anyagok bevitele és a szinte pazarlásszerű fűtéshez szükséges szén szállítása: grammokban ismerve a csecsemőszervezet szerves és szervetlen veszteségeit, azt hihetnénk, hogy tehéntejszükségletét grammokban és energetikai alapon caloriákban kiszámítva (a mire a csecsemődietaetikában mindenkor gondolnunk is kell, ha inani-tiót elkerülni akarunk) a csecsemő megélhetését és zavartalan fejlődését biztosítottuk. Mesterséges táplálás esetében a táplálkozási folyamat azonban rendszerint már az első fokon is megakad azon többé-kevésbé kifejezett összeférhetlenség következtében, mely az emésztési funktiók és a tehéntej mint csecsemőtáplálék között fennáll. De ez még egyáltalán nem minden. Ha sikerül is a tehéntej egyes componenseinek megfelelő variációjával helybeli, tehát gyomor-bélzavarok keletkezésének elejét venni és szolid súlygyarapodást létesíteni, arra a meggyőződésre kell jutnunk, hogy a tehéntejnek a csecsemőszervezetre gyakorolt kedvezőtlen befolyását, mely ez esetben mint távolhatás a táplálkozási folyamatnak későbbi, a resorptio utáni phasisában nyilvánul meg, el nem hárítottuk. A csecsemő ideg- és izomrendszerében megfigyelhető functionális zavarok, pathologiás jelenségek, melyek a csecsemő csontképleteiben, vérében, mirigyeiben és a csökkent immunitás folytán bőrén és a nyálkahártyáin mutatkoznak, olyan jelenségek, melyeket megállapítva, a tehéntej káros hatásáról beszélhetünk csupán. Káros hatásokról, melyek bár fokozati különbséggel, olykor alig észrevehetően vagy csak fokozott megfigyeléssel, de minden esetben megállapíthatók.

A hígított tehéntejjel való táplálásnak sok esetben eredménytelen volta, az alimentaris megbetegedések óriási száma

² Finkelstein könyvéből: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.

³ Finkelstein könyvéből: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.

és a mesterséges táplálással különösen csecsemőkórházakban és otthonokban hatványozott számmal észlelhető balsikerek érthető módon kelthették fel a táplálkozás problémájára a gyermekorvosok figyelmét és érdeklődését.

Soxhlet azon feltevésből indulva ki, hogy a tehéntej, a míg a házhoz kerül, mindig tartalmaz bacteriumokat és a tej káros hatását e körülményben sejtve, ismert sterilizáló eljárását ajánlotta. Bár senki sem vonja kétségbe a romlott tej ártalmasságát, a nagy népszerűségnek örvendő *Soxhlet*-féle eljárás különösebb javakat nem eredményezett és a mesterséges táplálás szintjét semmivel sem emelte. A romlott tejet a *Soxhlet*-féle eljárás sem javíthatta, a tiszta tejet pedig tiszta edényben való felforralás és jégen való eltevés éppen úgy konzerválta, mint a *Soxhlet*-féle sterilizálás. Ezt azért tartottam szükségesnek felemlíteni, mert lépten-nyomon „*Soxhlet*-féle tejről” hallunk beszélni, holott ez csak „eljárás”, mely a mesterséges táplálás esélyeit, legalább $\frac{1}{3}$ -os arányban ki-fejezhetően, nem korrigálta.

A *Czerny-Keller*-féle malátaleves az az első nagyjelentőségű lépés, melyet a gyermekorvosok a modern csecsemődietaetika terén tettek. A *Czerny*-féle zsírtartalom anyagcserejének és kóroktanának felismeréséből önként adódott a tehéntej zsírreduktójának szükségessége. A tehéntej zsírtartalmának leszállításával, s az így előálló tápértékcsökkenésnek szénhidrátokkal: liszttel és a *Loeflund*-féle alkalizált malátakivonattal való pótlásával keletkezett az említett malátaleves. E tápszert, melyet nem az empiriának, de exact anyagcserevizsgálatoknak köszönhetünk, feltalálói mint gyógytáplálékot ajánlották az általuk leírt zsírtartalom eseteiben 4–6 heti használat céljából. Mint normalis táplálék már csak azért sem jöhetett tekintetbe, mert nagy szénhidrátartalmánál fogva a csecsemő szervezetét a „lisztartalom” (*Czerny* és *Keller*) veszélyeivel fenyegette.

Még fokozottabb zsírreduktiót jelent az író adagolása, melyet zsírtartalomban szenvedő csecsemőknek, tehát ugyanolyan indicatio alapján mint a malátalevest, az esetben alkalmazunk, ha az utóbbinak $\frac{1}{3}$ -os zsírtartalma még mindig soknak bizonyul.

Mint gyógytej az író pompásan bevált, a mesterséges táplálás kérdésén azonban nem oldotta meg. Még akkor sem, ha *Birk* koraszülötkeket sikerrel táplált vele. A zsírhány pótlására az íróba tett lisztet és cukrot sok csecsemő nem bírta el. Ha igen, akkor meglepő súlygyarapodásokat észlelhetünk ugyan, de ezekről mihamarabb kiderült, hogy nagyobb-részt vízretentio útján létesültek. Hogy ez esetekben az író sói és szénhidrátjai létesítette laza vízmegkötésről lehetett csak szó és nem szolid gyarapodásról, bebizonyosodott par-enteralis infectiók és a csecsemő szervezetét a kánikulában fenyegető kedvezőtlen hőbehatások alkalmával. Néhány nap alatt olyan súlyingadozásokat láthattunk, melyeket víz és só leadása okozhatott csupán. Néhány nap alatt oda volt a szép eredmény és oda sokszor a gyermek maga is.

A csecsemődietaetikában és diaetás terapiában addig elért minden eredményt hirtelen háttérbe szorított a *Finkelstein*- és *Meyer*-féle fehérjés tej. E szerzők azon feltevésből indulva ki, hogy 1. a tehéntej fehérjei az íróval tett tapasztalások szerint a csecsemő szervezetére nézve nem károsak; 2. a tehéntej zsírja (*Czerny* felfogásával szemben) mint pathogenesises tényező csak másodsorban jöhet tekintetbe; 3. a tej-cukor, de főleg a tejsavó sói és még inkább a tejcukor a tehéntejsavó szolgáltatja milieubben, tehát cukor és só együttesen káros tényezők lévén: olyan tejet konstruáltak, melynek 1 literje a normalis tehéntej fehérjeit és zsírját tartalmazza, de a savónak és így a sóknak csak felét, a tejcukornak pedig csak töredékét. A cukorhiányt a kevésbé erjedő *Soxhlet*-féle tápcukorral pótolták. E tejet eleinte dyspepsia és alimentaris intoxicatio eseteiben ajánlották, később fiatal csecsemőknek normalis táplálék gyanánt is adták. Az eredmények meglepőek voltak: dyspepsiák 1–2 nap alatt elmúltak, intoxicatio alimentaris alkalmával pedig a fehérjés tej a női tejnél jobbnak bizonyult. *Benfey*⁴ (*Finkelstein* osztályán) e tej-

jel, mint állandó táplálékkal, 100%-os eredményeket tudott elérni. De megjegyzi, hogy olyan esetekben, melyekben a csecsemőket másféle ártalmak (infectiók) nem érték. Mint-hogy női tejjel sem érhetünk el soha ilyen sikereket, más-részt egészen kiváló csecsemőknek kell tartanunk az olyanokat, melyeket a csecsemőkori folyamán (különösen intézetekben!) ártalmak nem érnek, a 100%-os eredményeket — mint azt *Benfey* maga is elismeri — nem vonatkoztathatjuk a csecsemőkorra általában.

Lázás sietséggel kísérleteztek a fehérjés tejjel minden-felé és a közölt cikkek egybehangzóan oda konkludálnak, hogy a fehérjés tejet a csecsemődietaetika egyik legnagyobb vívmányának kell tartanunk.

A fehérjés tejnek magas ára (egy német gyár készíti *Vilbelben*), valamint elkészítésének körülményes volta lehetlenné tette volna ezen értékes gyógy- és tápszernek hazánkban való alkalmazását. Drága gyári készítményekkel, melyek árán akár dajkát is fogadhatunk, a szegény néposztály csecsemőin, kik elsősorban szorulnak olcsó tápszerekre, nem segítettünk.

A fehérjés tej házilag elkészítésének főnehézsége az, hogy ahhoz kifogástalan író kell, a mennyiben az eredeti előírás szerint 1 rész íróba 1 rész tehéntejből oltóval kicsapott casein-zsír kell tenni. *Heim Pál* dr.-ral tettük fel már most azt a kérdést, vajjon lényeges és a hatást determináló alkotórésze-e ezen tejösszetételnek az író és vajjon nem ér-nénk-e el ugyanolyan eredményeket, ha 1 rész tehéntejbe 1 vagy 2 rész tehéntejből kicsapott casein-zsír: édes túrót tennénk 1 vagy 2 rész vízben suspendálva? Már eleve is valószínűnek látszott, hogy az író bátran mellőzhetjük, ha arról van szó, hogy e tejet egészséges csecsemőknek állandó táplálékként adagoljuk. Gyógytej gyanánt ilyen formában azonban csak azon feltevés alapján, mely nem a savóban látja a megbete-gítőt, hanem a túróban az erjedést gátló és ez okon a has-menést gyógyító tényezőt. E gondolatmenet alapján készítettük azután *Heim Pál* dr.-ral a „túros tejet”. Még pedig a csecsemő korának és kórállapotának megfelelően $\frac{1}{3}$ -os, $\frac{1}{2}$ -es és $\frac{2}{3}$ -os relatióban.

Az $\frac{1}{3}$ -os túros tej a következő előírás szerint készül: $\frac{2}{3}$ liter nyers tehéntejet meleg vízbe állítunk, (40° C-ra) felmelegítünk, majd 2 kávéskanálnyi *Simon*-féle oltóessenciát⁵ teszünk bele. Az edényt a meleg vízből kivéve a tej hamarosan megalvad. Az így megalvadott tömegbe most kanállal keresztben utakat vágunk, hogy a savó kiválását siettes-sük. Ha ez megtörtént (10 perc), a túrót finom szűrőszitára tesszük, a magától átfolyó savót pedig kiöntjük. A puha túróban némi savó vissza-marad. Ezt abból kipréselni nem szabad! A túrót most $\frac{2}{3}$ liter forró (80° C) vízbe tesszük és szétkeverjük. Majd szűrőszitára téve fakanál lapos végével a szitán átnyomkodjuk és a forró vizet (a szitára) rá-öntjük. Ha több tej készül, a túrót tenyérrel nyomhatjuk át a szitán. Ezen eljárást 5–6-szor ismételjük, míg a majdnem homogén folyadék szinte magától folyik át a szitán. Ezen tejszerű folyadékot tápcsékel-t tűzön folyton kavarva 3 perczig hevítjük. (Az erélyes kavaráss megaka-dályozza a keverék felforrását, mely 88° C-nál melegebb nem lesz és így a túró nem alvad meg.) A $\frac{2}{3}$ liter forró túros vízbe most $\frac{1}{3}$ liter forró tehéntejet öntünk, 3–5%-nyi arányban *Soxhlet*-féle tápcukrot teszünk hozzá és az így nyert keveréket (esetleg egyes adagokra szétosztva a *Soxhlet*-féle készülékben sterilizálva) hűvös helyre, vagy a mi még jobb, kihűlés után jégsekénybe tesszük. Használat előtt a túros tejet fel-melegítjük és felrázzuk.

A feles túros tej úgy készül, hogy $\frac{1}{2}$ liter tehéntejbe teszünk $\frac{1}{2}$ liter tejből való túrót, melyet előzetesen $\frac{1}{2}$ liter vízben suspendál-tunk; a $\frac{3}{4}$ -es túros tej pedig úgy, hogy $\frac{2}{3}$ liter tejből teszünk $\frac{1}{3}$ liter tejből való túrót, $\frac{1}{3}$ liter vízben elosztva. Végül 5–7%-os mennyiség-ben *Soxhlet*-féle tápcukrot.

A tej elkészítése, bár türelem kell hozzá, nehézséggel nem jár. Egyszerű napszámosasszonyok hiba nélkül készí-tették el. A tej megalvadását a rendelkezésünkre demonstráltuk, a többi szóval magyaráztuk meg és óvatosságból a készí-tési formulát még írásban is átadtuk. Az anyáknak a házilag ké-szült tejet néhány napig el kellett hozniuk magukkal, a mikor is az üveg alján látható üledékből nagyjában meg lehetett ítélni, vajjon betartották-e az előírást vagy nem. Az Országos Anya- és Csecsemővédő Egyesület II. számú otthonának *Heim Pál* dr. és e sorok írójának vezetése alatt álló csecsemő-osztályán hasznosnak bizonyult a túros tejnek időnkint vegyi

⁴ *Benfey*: Zur Ernährung Neugeborener mit Eiweissmilch. Jahrb. f. Kinderh. 75. 25. 280. old.

⁵ Kapható Budapesten Kerpel gyógyszer-tárában.

analysis útján való megvizsgálása, különösen akkor, ha a táp- és gyógyeredmények nem voltak kielégítőek.

A következő tabella a túrós tejnek és egyéb tejeknek vegyi összetételét és a kaloriaértékeket tünteti fel:

I. táblázat.

	‰			Hozzávetőleges caloria-értékek 1000 grammonként
	fehérje	zsír	czukor	
$\frac{1}{3}$ -os túrós tej Heim és John	2.14	2.35	1.8	+ 3‰ Soxhlet- czukor: 500
$\frac{1}{2}$ -es túrós tej Heim és John	3.05	2.9	2.7	+ 5‰ Soxhlet- czukor: 700
Tehéntej	3.41	3.8	4.9	680
$\frac{1}{3}$ -os tehéntej	1.13	1.27	1.63	+ 3‰ Soxhlet- czukor: 350
$\frac{1}{2}$ -es tehéntej	1.70	1.90	2.45	+ 5‰ Soxhlet- czukor: 540
Fehérjés tej Pelka szerint	2—2.5	2.8—3.2	1.2—1.6	500
Női tej	1.5	3.5	6.6	700

Mint e táblázatból kitűnik, a $\frac{1}{3}$ -os túrós tej olyan tápkeverék, melynek fehérjetartalma a fehérjés tejjel majdnem egyező, melynek czukortartalma valamivel nagyobb, zsírtartalma azonban kisebb, mint a fehérjés tejé. Minthogy az $\frac{1}{3}$ -os túrós tej caloriaértéke literenként (30 gr.-nyi tápcukorral együtt) nem több 500 caloriánál, a csecsemő energiaszükségletét csak az esetben fedezzük, ha 1 kilo testsúlyra naponként 200 gr. tejet számítunk.

A feles túrós tej, mely nagyjában ugyanannyi zsírt tartalmaz, mint a fehérjés tej, de fehérjéből és genuin czukorból már jóval többet, 5‰ tápcukorral caloriadús (700 C) tápláléknak nevezhető.

II. táblázat.

CaO ‰

$\frac{1}{3}$ túrós tej	$\frac{1}{2}$ túrós tej	Tehéntej, Söldner	Fehérjés tej, Pelka	Női tej, Schloss, átlag
Heim és John, átlag				
1.020	1.208	1.72	0.927	0.3785

A II. számú tabella a túrós tej és egyéb tejek CaO-tartalmát mutatja.

Összehasonlítva az $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ túrós tejet $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ hígítású tehéntejjel (a táblázatok értelmében) kitűnik, hogy egyforma savoreductio mellett a túrós tejben jóval több a fehérje, a zsír, a mész és a caloriák száma.

A túrós tejet mint gyógy-, majd mint táptejet az Irgalmasok kórházának ambulans csecsemőanyagán próbáltuk ki. Az itt elért kitűnő eredmények biztattak fel arra, hogy az Országos Anya- és Csecsemővédő Egyesület keretében 30 ágyas csecsemőosztályt létesítsünk és ugyanott a túrós tejet mint standard-táplálékot alkalmazzuk.

Csecsemőknek zárt intézetekben való gondozása ugyanis

— még nem is olyan régen — oly nehézségekbe ütközött és a mi a döntő, olyan rossz eredményekkel járt, hogy minden további kísérletezés szinte hiábavaló fáradozásnak látszott. Nem gondolok itt a hospitalismus régi és rettegett formáira, melyeket a mai orvosi generatio a régi irodalomból ismer csupán, hanem azon károkra, melyeket a csecsemők a mesterséges táplálás kapcsán szenvedtek el. Le nem győzhető hasmenések, a leromlott anyagon ágyról-ágyra járó infectiók pusztították az ilyen otthonok lakóit. 50—60‰-nyi és még nagyobb arányú mortalitás elkerülhetetlennek látszott.

Az utolsó évtizedben a csecsemőgondozás terén soha nem remélt haladás észlelhető. A hygienés viszonyok javulása, a gondosabb és hozzáértőbb ápolás, de *elsősorban és determinálóan* az orvosi tudománynak a csecsemőtáplálás terén tett óriási haladása közelebb juttattak bennünket a problema megoldásához. E téren minden érdem Finkelstein-é és Meyer-é, kik a fehérjés tejjel oly fegyvert adtak a gyermekorvos kezébe, melyet ha biztosan kezel, sikerrel küzdhet a csecsemőmortalitás ellen. A midőn Heim Pál dr.-ral túrós tejünk használatát ajánljuk, nem vindikálunk magunknak más érdemet, mint azt, hogy mesterséges táplálásra szoruló csecsemőink számára a fehérjés tejet hozzáférhetővé tettük. Túrós tejjel több száz esetben elért eredményeink bizonyítják, hogy a túrós tejnek a fehérjés tejjel egyenlő értékű. Sőt állíthatjuk, hogy a túrós tejnek a fehérjés tejjel szemben bizonyos előnyei vannak. Ilyenek: 1. casein-zsírtartalmát a csecsemő kora, betegségének minősége és foka szerint változtathatjuk, holott a kész fehérjés tejet csak in toto hígíthatjuk; 2. az átmenetet más tápformákra lassan előkészíthetjük; 3. a tej olcsó, házilag otthon bárki elkészítheti.

Táplálás és gyógyítás túrós tejjel csak az esetben sikerül, ha a túró hiány nélkül kerül bele a tejbe. Ha erre nem figyelünk, a csecsemő nem kap egyebet, mint $\frac{1}{3}$ -os hígítású tehéntejet, melybe némi zsír is került. A zsír könnyebben hatol át a szitán, míg a caseinrészek csak már nehezebben. Az a tej tehát, melybe a túrónak csak zsíros része jutott, minthogy csakis a teljes túró gyógyítja a hasmenést és véd is ellene, alkalmatlan a táplálás céljaira. Ezt csecsemőosztályunkon tett megfigyeléseink alapján állíthatjuk. Midőn egy alkalommal az a gondozónő, ki a tejet készítette, megbetegedett és helyét egy másik töltötte be, csecsemőink magatartása azon naptól kezdve megváltozott. Nyugtalanná váltak, dyspepsiájuk támadt és súlygörbéjük esni kezdett. Csecsemők, melyek több hónapos megfigyelés alatt mindig normalisan gyarapodtak, a túrós tejeire jellemző szappanszékeket ürítettek. A tejet vegyileg meganályszálva kitűnt, hogy az $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ túrós tejnek vélt táplálék a vízzel felhígított $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ tehéntejtől csak annyiban különbözött, hogy valamivel több zsírt tartalmazott. Megállapíthattuk, hogy a gondozónő a túrónak a szűrőn való áthajtását felületesen végezte el és a némileg fáradságos munkán (30 liter túrós tej készítéséről volt szó) oly módon könnyítette, hogy a szűrőn megakadó túró eldobta. De megállapíthattuk még azt is, a mi eleve is plausibilisnek látszott, hogy a szitán előbb a zsír hatol át és hogy a szitán való átpréselés tulajdonképpen akadály a casein. Ilyen módon zsírdús, de casein-szegény táplálék készült. Az ok megszüntével a bajnak is hamar vége lett. A csecsemők megint gondosan készült túrós tejet kaptak; erre megnyugodtak, székük rendbejött és gyors súlyemelkedéssel korrigálták a hibás napok veszteségét.

A kórházi és magángyakorlatban újabban azt teszszük, hogy az anyákat X., Villam-u. 25. sz. alatt létező csecsemőotthonunkba küldjük, hogy a tej készítését ott tanulják meg. Mégis csak többet ér, ha hozzáértő mutatja meg az eljárást. Ez azért fontos, mert táplálni és gyógyítani csak előírás szerint készült túrós tejjel lehet.

⁶ Az oltó és Soxhlet-féle tápcukor egy hónapban 6—10 koronánál többre nem kerül.

Közlés a budapesti Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., magy. kir. udv. tan., egyet. ny. r. tanár.)

Kanyaró 16, illetőleg 18 napos csecsemőn.

Irta: Winter Mária dr., klinikai segédorvos.

Általánosan ismeretes, hogy a fiatal csecsemőknek nagyon csekély a fogékonysága a kanyaró iránt, sőt a régebbi észleletek egyenesen a mellett látszanak szólani, hogy az első hónapokban a morbilli iránti fogékonyság teljesen hiányzik s az újszülöttek a kanyarót illetőleg csak placentaris infectióra hajlanak, exogen infectióra azonban nem (*Pirquet*). Erre mutatnának azon észleletek, melyekben az anya és az újszülött egyszerre, vagy csak röviddel egymásután betegedett meg morbilliben, úgy hogy a morbilli incubatiója, illetőleg a fertőzés lehetősége beleesett az anya terhességi idejébe.

Ily észleleteket többen közöltek, mint: *Ballantyne*, *Kien*, *Kohts*, *Moser*, *Hoff*, *Telesforo Fiori*, *Kunze*, *Hedrich*, *Wisnig*, *Campbell*, *Tyler*, *Smith*, *Underhill*, *Mason*. *Ballantyne* esetében az ötödik terhességi hó végén az anyán jelentkező infectio az exanthemás stadiumban koraszülést indított meg s a 30 cm. hosszú magzat testén szintén látható volt a kiütés.

Kien két esetről számol be, melyekben az újszülött exanthemája később jelentkezett, vagyis a melyekben a gyermek fertőzése az intrauterinalis életben később történt, mint az anyáé.

Kohts esetében a nő betegségének nyolczadik napján szült, az újszülött azonban csak életének ötödik napján mutatta a morbilli-exanthemát.

Moser esetében a kilenczedik terhességi hóban a floritió stadiumában fogóval világra hozott gyermek semmi jelét sem mutatta a fertőzésnek; azonnali elkülönítés daczára a tizennegyedik napon jelentkezik az exanthema.

Kunze esetében a floritiós szakban született gyermek életének ötödik napján mutatta az exanthemát.

Hedrich esetében a szülés az exanthema negyedik napján következett be, a gyermek tipusos exanthemával jött a világra.

Wisnig esetében az anyán a szülés után huszonnégy órára jelentkezett az exanthema s körülbelül tizenkét óra múlva az újszülöttön szintén.

Campbell esetében az exanthema negyedik napján történt a szülés s daczára az azonnali elkülönítésnek, hat nappal a szülés után a gyermek is megjelent az exanthema.

Ezen eseteket jól átvizsgálva láthatjuk, hogy az anya és csecsemő vagy a betegség ugyanazon stadiumában volt, jelölül annak, hogy a fertőzés egy időben történt (*Wisnig*, *Ballantyne*); vagy az újszülött, illetve csecsemő pár nappal később mutatta az exanthemát (*Kien*, *Kohts*, *Moser*, *Hoff*), bizonságául annak, hogy a gyermek infectiója az intrauterinalis életben később történt, mint az anyáé, esetleg már annak exanthemás stadiumában (*Moser*).

A fertőzés időpontja azonban, figyelembe véve a kanyaró lappangási időszakát, minden esetben csak a méhenbelüli életben lehetett.

Ezen most felsorolt észleletek mellett rá kell mutatnunk a következő megfigyelésekre is: *D'Espine*-nek egyik családjában az összes tagok megbetegedtek morbilliben, csak az újszülött nem.

Pirquet statisztikai összeállítást közöl, melyben kimutatja, hogy egy csecsemőosztályon negyven morbilli-infectiónak kitett csecsemő közül melyik élethónapban hány inficiálattott s hány maradt ment az infectiótól. Ebből a statisztikából láthatjuk, hogy az első hónapban öt infectiónak kitett csecsemő közül mind az öt ment maradt a megbetegedéstől, míg a többi hónapban minél idősebb volt a csecsemő, annál több kapta meg a morbillit.

Sperk a Wiener medizinische Gesellschaft 1909 január 21.-i előadásán (Wiener medizinische Wochenschrift, 1909. évfolyam, 534. oldal) beszámol észleleteiről s végső conclusióként összefoglalja, hogy az első hónapban morbilli nem fordul elő s a fertőzésnek kitett egy hónapnál fiatalabb cse-

csemők nem betegednek meg morbilliben; az 1.—3. hónapokban csak kivételesen betegednek meg a fertőzésnek kitett csecsemők; a 3.—6. hó között ugyanannyi betegszik meg, mint a mennyi ment maradt a betegségtől, az arányszám tehát 1:2; az első év második felében pedig a fertőzésnek kitett gyermekek majdnem kivétel nélkül megbetegednek.

Minthogy tehát újszülöttön, illetve egész fiatal csecsemőn olyan kanyarót alig észleltek, hol a fertőzést a méhenkivüli életre lehetett volna visszavezetni, nem csodálkozhatunk, ha ezek alapján azon nézet erősödött meg mindinkább, hogy az újszülött, illetőleg az egy hónapnál fiatalabb csecsemő nem hajlik exogen infectióra. S valóban az irodalomban nem is találunk olyan eseteket, a hol be volna bizonyítva, hogy újszülöttön exogen infectio folytán keletkezett a kanyaró.

Csak az 1882.-i iországi epidemia ad néhány esetet. Ezek azonban nem bizonyítók, mert nincs részletesen közölve, hogy az újszülöttek életüknek hányadik napján mutatták a megbetegedést, tehát hogy az egy hónapnál fiatalabb megbetegedések nem placentaris infectióból származtak-e.

Az elmondottak alapján érthető, hogy miért tulajdonítunk jelentőséget két esetünknek, melyeket a Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika járóbetegrendelésén észleltünk.

1911 október 10.-én bemutatják N. M. 16 napos csecsemőt tipusos kanyaróexanthemával, conjunctivitissal, coryzával, tüsszögéssel s 39.2 C° végbéltemperaturával. Előadják, hogy a gyermek már előző nap, október 9.-én jelentkezett a kiütés az arczon s hogy a tüsszögés és nátha már pár napja fennáll. A körelőzményi adatok pontos felvételéből kiderül, hogy a gyermek 1911 szeptember 25.-én született s hogy 5 éves fiútestvérén szeptember 30.-án hasonló kiütéssel járó megbetegedés folyt le, melyet a gyermekklinika tanársegéde kanyarónak nyilvánított s hogy otthon a gyermek anyja ugyanezen betegségben fekszik, rajta a kiütés október 8.-án jelentkezett, tehát csak egy nappal előbb, mint a 16 napos csecsemőn.

A gyermeket és az anyát rendesen észleltük s a kanyaró mindkettőn simán folyt le. Október 13.-án a kiütés már elhalványult, a hurutos tünetek engedtek s október 16.-án mindkettő láztalan, kóros tünetek nélkül.

A második csecsemő, Sz. J., 18 napos, 1913 április 12.-én mutatott be járóbetegrendelésünkön. Kikérdezve az anyát, előadja, hogy a gyermek már körülbelül 5 napja beteg, náthás, sokat tüsszög s hogy már előző nap, április 11.-én délután vették észre, hogy testén kiütése van s lázas. Bemutatáskor egész testén tipusos foltos kanyaróexanthema látható, Koplik, coryza, tüsszögés s általános hurutos tünetek, 38.5 C° végbéltemperatura. Április 13.-án a kiütés változatlan, a temperatura 38.0 C°, a coryza, a conjunctivitis engedett. Április 14.-én a kiütés halványulóban, hurutos tünetek alig észlelhetők, a temperatura 37.4 C°. Április 15.-én a kiütés elhalványult, láztalan, hurutos tünetek nélkül.

Ha röviden összefoglaljuk két esetünket, látjuk, hogy két egészen fiatal csecsemőn, életének 16., illetve 18. napján kanyarós kiütést állapíthattunk meg, mely már egy nappal előbb, tehát a 15., illetve a 17. napon jelentkezett a tipusos előkészítő tünetek után.

Minthogy tudjuk, hogy a kanyaró tappangási + előkészítő időszaka átlagban 13—16 nap s csak kivételesen több, bizonyosnak kell tartanunk, hogy két esetünkben a fertőzés a méhenkivüli életben történt; második észleletünkben pedig egész bizonyossággal, mert hiszen ez esetben az anyán előzően hasonló megbetegedés nem is volt. Nem lehet azonban eldöntenünk, hogy a fertőzés az újszülött hányadik életnapján következett be. Legvalószínűbb, hogy az első esetben az első életnapon, a második esetben az 1.—3. napon.

Eseteink tehát nemcsak azért érdemesek a közlésre, mert hozzájuk hasonlót az irodalomban alig találunk, hanem azért is, mert ez a két eset is megdönti azon téves feltevést, mely szerint az újszülött nem hajlamos exogen infectióra.

Irodalom. Tyler, Smith, Underhill, Mason, idézve Lesage-Fischl nyomán: Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings, Leipzig. 1912. — Telesforo Fiori, D'Espine, idézve Grancher-Comby nyomán: Traité des Maladies de l'Enfance, Paris, 1897, I. kötet. — Wisnig: Refer. Jahresbericht, 1891. — Campbell: Brit. med. Journ., 1906. — Thomas idézve Ziemssen nyomán: Handbuch der spez. Pathol. und Therap., I. köt., 1874. — Ballantyne, Kien, Kohls, Moser, Irszági epidemia, idézve Pirquet nyomán: Masern (Nothnagel: Spezielle Pathol. u. Therap.), 1911. — Sperk: Ref. Wiener med. Wochenschrift, 1909.

Újabb adatok a hastypus járványtanához.

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

(Folytatás.)

A folyadéokban vergődő házi légyről leváló bacteriumok száma rendkívül nagy lehet; a kísérlet szerint a legkevesebb az első 5 perczen: 2000; legtöbb a 30. perc végén: 350.000. Ez a szám körülbelül mértékül vehető ama képeseknek, a melylyel legyek folyékony anyagot hánnyadék, excrementum, vagy benne vergődéssel megfertőzni tudnak. A légy szervezetében lévő bacteriumok száma még nagyobb.

A városnak egészségtelen vagy zsúfolt területeiről összefogott legyek aránytalanul több bacteriumot hordanak, mint azok, a melyek egészséges, vagy éppen kertvárosból származnak. Az előbbiektől hordott aërob bacteriumok száma 800.000 és 500.000.000, míg az utóbbiak által hordott bacteriumok száma csak 21.000 és 100.000 között váltakozik.

A légy által hordott bacteriumok legnagyobb része az emberi bélrendszerben, tehát az ürülékben is tanyázó bacteriumokhoz tartozik.

A bélrendszerben élősködő és ehhez a csoporthoz tartozó és a legyek által hordott ezen bacteriumok száma az egészségtelen és a zsúfolt területeken 10.000 és 333.000.000, míg a tiszta városrészen csak 100 és 10.000 között váltakozik.

Szeméti-telepeken és a vágóhidakon tartózkodó legyek megszámlálhatatlan mennyiségben hordanak bacteriumokat.

Pathogen és az élelmiszerekben toxinokat előidéző bacteriumot csak a zsúfolt és mérsékeltén zsúfolt területekről származó legyek hordtak, ellenben sohasem a kertvárosból való legyek.

Tejkereskedésekben tartózkodó legyek úgy testükön, mint szervezetükben több bacteriumot hordanak, mint azok, a melyeket azonos területről, fedetlen élelmiszereket áruló boltokban fogtak el. Ennek valószínűleg az a magyarázata, hogy a tej, különösen a nyári hónapokban és ha hozzáférhető, kiválóan alkalmas tenyésztőhely a bacteriumoknak, a legyek először beoltják a tejet, később újraoltják önmagukat, majd ismét a tejet, úgy, hogy valóságos circulus vitiosus jön létre.

Városokban, a hol van elegendő élelmiszer, a legyek ritkán vonulnak el arról a helyről, a honnan táplálékukat szerzik és így jogos az a következtetés, hogy a legyek által hordott bacteriumok száma egyenesen a helyiség általános tisztaságától függ. Ezt a következtetést meggyőzően igazolja az a tény, hogy egy a műveltebb gyári munkások által lakott utcában, a mely valóságos oázis a legegészségtelenebb városrész kellő közepén, az itt fogott legyek aránytalanul kevesebb bacteriumot hordtak, mint a közvetlen szomszédságban lévő legyek.

Az a tény, hogy a városnak zsúfolt és viszonylag egészségtelen területéről fogott legyek testükön és szervezetükben több bacteriumot hordanak, mint az egészséges területről származók, könnyen megmagyarázható azzal, hogy az egészségtelen városrészekben fekvő házakban, utcákon és úttesten a lehető legalacsonyabb fokon állanak a tisztasági fogalmak, sőt az itt fekvő nyílt területek állandóan fedve vannak emberi és állati excrementummal.

Az egyes helyiségekben, a legyek által hordott és a bacteriumok számában kifejezett piszok mennyisége állandó viszonyban van az emberek szokásával és az utca állapotaival.²⁷

²⁷ Bővebben Günther József dr.: A házi légy és a fertőző megbetegedések. Budapesti Orvosi Újság, 1913.

Ezek a realis alapon álló megállapítások részben kiegészítői, részben helyesbítései a Torrey által New-Yorkban, I. C. G. Ledingham, William Nicoll és Graham-Smith által Angliában végzett kísérletek eredményeinek. Az összes kísérletezők vizsgálati eredményei megegyeznek abban, hogy a legyek igen sok, lactoset nem fermentáló bacteriumot hordanak úgy testükön, mint szervezetükben. A kísérleteknek egy tekintélyes részét a csecsemők hasmenése — cholera infantum — szempontjából végezték, de nem hiányzanak adatok a hastypusra vonatkozólag sem.

A. Celli²⁸ volt 1888-ban az első, a ki az Eberth-féle bacillusokkal legyeken kísérletezett. Fogásában tartott legyekkel tiszta typhus-kulturát etetett és a legyek ürülékéből kimutatta a typhusbacteriumot.

A Columbiában 1895-ben fellépett hastypus-járvány alkalmával G. M. Kober hirdette elsőnek azt a lehetőséget, hogy a typhus vírusát legyek hordják szét az ürülékről az élelmiszerekre.

Az 1898-ban lefolyt spanyol-amerikai háborúban annyira dühöngött a hastypus az amerikai csapatok között, hogy a legénység egy ötöde szenvedett benne. Az orvosi bizottság jelentésében²⁹ ezt mondja a legyekről: „Ez a pestis³⁰ nagyobb kárt okozott az amerikai hadseregben, mint a spanyol fegyverek.” Ellenére annak, hogy az emésztőgödrök tartalmát naponta háromszor friss földdel, hamuval vagy oltott mészszel öntöttük le, a legyek milliárd számra tanyáztak ezeken a helyeken. Veeder³¹ igazolja, hogy a táborban, a teljesen friss excrementumokon miriádjai lakmároztak a legyeknek; innen alig néhány lépésnyire voltak a nyitott konyha- és étkező sátrak. A latrinákban lévő oltott mészszel fehér lábú legyek ott mászkáltak az élelmiszereken és megfigyelni lehetett, hogy a legyek állandó közlekedést tartottak fenn a konyha és az emésztőgödrök között. És csakugyan igaza van a jelentés minden sorának, a mikor ezeket mondja: „Van-e kínálkozóbb alkalom a typhusbacillus szertehordására, mint a heveny vagy lábbadozó typhus-betegektől állandóan használt emésztőgödrök, a melyekben a legyek megszámlálhatatlan legiói lakmároznak és a melyek alig néhány lépésnyire vannak az étkező helyiségektől. A hol az étkező sátrakat szúnyogháló védte a legyekről, ott alig, vagy éppen nem fordult elő typhus. A hűvös időjárás beálltával eltűntek a legyek és megszűnt a typhus is.” A jelentés ezzel a kategorikus kijelentéssel végződik: „A legyek kétségtelenül terjesztői a ragálynak.”

Néhány évvel később hasonló tapasztalatokra tettek szert az angol-búr háborúban.

Tooth és Calverley írja: Egy betegekkkel telt sátorban a legyek tömege mellett megtörténhetik, hogy egyik-másik ápoló hastypus-fertőzést szerez. Élénken megfigyelhető volt ez a Modder River melletti táborban, a hol a napszúrásban szenvedő súlyos betegek között volt néhány, a ki hastypusra volt gyanus. Sajátságos volt a legyek viselkedése, a mint rőptükben irány nélkül keringözve a betegek felett, egyszer csak a typhusbetegre szállottak. A mikor egy ilyen beteg kinyújtotta száraz, cserepes nyelvét, abban a pillanatban egy vagy több légy röppent rája... Lehetetlenség volt nem megállapítani, hogy a legyek jelentékeny tényezők a hastypus elterjesztésében. Véleményünkben csak megerősített az a tény, hogy a bántalom a hűvös időjárás beköszöntével megszűnik Dél-Afrikában, így történt a bloemfontaine-i táborban is... Ugy látszik, hogy a hideg időjárással beálló légypusztulással megszűnik a ragály is.

Ugyancsak az angol-búr háborúban érdekes és majd-

²⁸ Transmissibilita dei germi patogeni mediante le deiectione delle mosche 1888. Azokat az angol riportokat, a hol nem nevezem meg külön a forrást: G. S. Graham-Smith: Flies in relation to disease, Cambridge 1913, című munkája után közlöm.

²⁹ Reed, Vaughan and Shakespeare: Report on the spread of typhoid fever in the United States military camps during the Spanish-American war of 1898 to the Surgeon-General of the U. S. army, Washington, 1899.

³⁰ Az angol és amerikai a legyet pestisnek nevezte el.

³¹ Veeder: Flies as spreaders of disease in camps.

nem azonos megfigyelésről számolnak be *Smith* és *Austen*, a tábori pöczegödröket illetően. Az elhanyagolt, be nem fedett nyitott emésztögödör az egész környék felületét megfertőzi. A legyek nappal ott nyüzsögnek, éjjelre pedig bevonulnak a sátrakba. Egy-egy elhagyott táborban megszokott dolog volt fedetlen latrinákat találni, telve bűzös excrementumokkal és légy-nyüvekkel. *Austen* így festi a tábori életet: „Még nézve egy rövid ideig igénybe nem vett emésztögödört, innen, a megzavarás pillanatában, legiói a legyeknek röppen fel olyan zümmögő, dongó lármával, a mely egy csekély képzelődéssel a percussió s hrappel szétpattanásához hasonlít. Az emésztögödör alig volt 100 yardnyira a sátraktól és így nagyon természetes, hogy ebéd idején a legénység leveses csajkája és más edénye feketéllett a legyektől. Egy doboz jam (lekvár), a melyet véletlenül nyitva felejtettek, egy pillanat alatt tele lett legyekkel.

Sedgwick és *Winslow*³² híressé vált dolgozatukban a következő eredményre jutnak: „A typhus elterjedésének három legfőbb segítője, a kéz ujjai, az élelmiszerek és a legyek közül, az évszakot véve figyelembe, kétségtelenül az utóbbi játsza a főszerepet. Alig lehet kétség, hogy az ú. n. *sporadikus* eseteket, a melyeknek okait olyan nehéz kifürkészni, a legnagyobb valószínűséggel egy fertőzött árnyékszékéről az étkező asztalra, vagy az élelmiszerkamrába kerülő légy okozza. Ennek a tényezőnek a viszonya az évszakhoz teljesen kifejezett és a *hastyphus*nak erősebb őszi megnyilvánulása minden bizonynyal a legyek nagy számának rovására írható.

Ficker 1903-ban megismétli *Celli* kísérletét és fogságban tartott legyeket tiszta typhuskultúrával etet. A fertőzés után 5—23 nap múlva a legyekben kimutatja a bacillust. *Lipcsében* olyan házból fogott legyekről választja le a bacillust, a hol nyolcz izolált *hastyphus*-beteg volt.

Hamilton asszony Chicagóban 18 légy közül ötről tenyészt ki az *Eberth*-bacillust. Ezeket a legyeket két leveztést nélkülöző árnyékszékben, a háznak a falán és egy typhusbetegnek a szobájában fogta. Az a véleménye, hogy a város egy részében fellépett járványt a legyek okozták.

Klein 1908-ban egy beteg házában fogott 12 legyet steril vízbe fullaszt s a vízből kitenyésztí a typhus-bacillust.

Faichnie 1909-ben *Kamptee*-ben kitört kisebb járvány okát kutatva, egyéb forrás hiányában a legyeket volt kénytelen gyanuba venni. Mindössze 40 darabot fogtak; huszat-huszat a tüzéség és a gyalogság konyhájáról. A leválasztási kísérlet végeredményét a következőkben foglalja össze: Bár a kísérlet azt látszik igazolni, hogy a legyeknek lábai által közvetített fertőzés eléggé természetesnek látszik az ennek lehetőségét igazoló kísérletekből, de ez nem olyan mindennapi, még kevésbé jelentőségteljes oka a *hastyphus* elterjedésének.

A kísérlet céljaira szolgáló culturákról a *kassauli*-i laboratórium kétségtelenül megállapította, hogy typhus-culturák.

Faichnie később így ír: „Utolsó jelentésem óta typhus-bacillust találtam legyekben: *Sehore*-ben egy esetben; *Kamptee*-ben két esetben; *Nasirabad*-ban egy typhusban szenvedő katonatiszt bungalójában és a tiszt étkézében fogott egy-egy légyben. *Nowgong*-ban két esetben; egy, a tüzéség kávéüzletében fogott légyben, egyszer az emésztögödörök mellett fogott légyben vagyis három hónap alatt összesen kilenc esetben állapítottam meg, hogy a légy szervesetében tényleg typhusbacillus volt.

Graham-Smith 1910-ben nagyon sok legyet nyolcz óra hosszat typhusemulsióval kevert syrruppal etetett, majd később steril syrrupot adott nekik. A bacillusokat a steril syrrupból és a legyekből még hat nap elmúltával is ki tudta mutatni.

Cochrane 1912-ben egy mindössze nyolcz esetre szorít-

kozó járványról számol be a [Bermuda-i Szt. Györgyből: „Az első 1911 április 15.-én, a második 21.-én, a harmadik 23.-án, a negyedik 24.-én, az ötödik és hatodik május 7.-én, a nyolczadik 8.-án betegszik meg.”

„Az április 30.-án megejtett kutatás nem hozott semmi pozitív eredményt. Egyedül az derült ki, hogy 1910 szeptemberében a közelfekvő *Alexander Battery*-ben³³ egy benszüllött asszony typhusban meghal. Deczemberben megbetegszik az ágyútelep felügyelője.”

„1911 május 3.-án öt-hat legyet fogtak a harmadik és az első beteg konyhájából, és a benszüllött asszony mosókonyhájából, a mely közvetlen közelében volt a ház cselédjei által használt emésztögödörnek.”

„A mosókonyhából fogott legyekből ki lehetett tenyészteni a typhusbacillust. Valószínű, hogy a háznál levő legyek fertőzött anyaghoz jutottak és ezt lábaikkal vagy csápjukkal továbbhurcolták. Kétségtelen, hogy a fertőzés forrása a benszüllött asszony háza volt és alig szenved kétséget, hogy a mindössze 30 yardnyira fekvő első beteghez a legyek hurcolták a bántalmat.”

*Howard*³⁴ az Egyesült Államok mezőgazdasággal foglalkozó vidékeiről beérkezett jelentések és megfigyelések alapján annak a véleményének ad kifejezést, hogy a *hastyphus* a legyek terjesztik. Ő egyébként annyira ment, hogy a „*typhoid fly*” elnevezést ajánlotta, hogy a nép figyelmét felhívja a házi légy veszedelmességére.

Colorado állam egészségügyi hatósága a *Denverben* kitört *hastyphus*járványról hivatalosan a következőket állapította meg.³⁵

Augusztusban egy majoros felesége typhusban megbetegszik és korházba szállítása előtt három hétig otthon ápolják. Szeptemberben a város északi részéből számos megbetegedést jelentenek és a vizsgálat kideríti, hogy a betegek mind a jelzett majorból kapták a tejet. Kiderül, hogy a majoros is könnyű lefolyású typhusban szenvedett és betegsége alatt is foglalkozott a tej szétosztásával. A majorban levő kutak vize kifogástalan volt. Megállapították azt is, hogy a majoros és felesége ugyanegy nyitott emésztögödört használtak, mely alig harminczöt lábnyira volt a fedetlen és a legyeknek tárva-nyitva lévő tej-elosztó házhoz. A pöczegödör mögé és a tej-elosztó házban a kannák közé gelatinlemez helyeztek 30 perczre. A lemezeken számos typhus- és colon-bacillus-colonia keletkezett. A majorosné fertőzése felderítetlen maradt.

„Meg vagyok győződve — mondja tovább a hivatalos jelentés —, hogy mindazok az esetek, a melyek ennek a tejnek a rayonjában fordultak elő, úgy történtek, hogy a bacillusokat a pöczegödörből szertehordta a légy, lerakta a tejeskannákra, a tejszint leválasztó gépre (separator) és az eszközökre, megfertőzve így a tejet.” A majoros 143 házat látott el. Ötvenöt megbetegedés és hat halálozás fordult elő. Ez az eset önmágáért felel és egyedül is igazolja, hogy a legyek milyen nagy szerepet játszhatnak a typhus széthurcolásában. Ez az eset élénken emlékeztet a *Korányi F.* és *B. Fischer* által közölt esetre, de ennek a magyarázata kézen fekvőbb.

Nagy általánosságban nem hiányzanak adatok a városokról sem. Természetesen nem szabad a csatornázásban és egyéb egészségügyi intézményekben szűkölködő magyarországi városokra gondolni. A nagy európai és amerikai metropolisokban többnyire hiányzik az alkalom arra, hogy a legyek fertőzött dejectumhoz juthassanak, részben, mert vízvezetési closetek vannak, részben, mert a betegek hamarosan korházba kerülnek. Ha azonban a nagy gyári és ipari központok proletárnegyedét veszszük vizsgálat alá, a hol a zsúfolt lakások ezrei sorakoznak egymás mellé, a hol hihetetlen a piszok és a rondaság és az ezzel járó, matematikailag ki nem fejezhető légyinvasio uralkodik, itt hamar megtaláljuk a régi higienikusok „*typhus-házait*.” Ha ezekben véletlenül bacillusgazda vagy bacillusszóró van, kész a veszedelem.

³³ Ágyútelep.

³⁴ *Howard, L. O.* The house-fly, disease carrier, New-York 1911.

³⁵ *C. G. Hewitt:* House-flies and how they spread disease, Cambridge 1912.

³² *Sedgwick, W. T. and Winslow, C. E. A.:* Statistical studies on the seasonal prevalence of typhoid fever in various countries and its relations to seasonal temperature, 1902.

A kérdés egyik legalaposabb ismerője *Howard*, így nyilatkozik: Az Egyesült-Államoknak, a közfelfogás szerint, legtisztább és leggondosabban csatornázott városa *Washington*. És még itt is megtörténik, hogy a nyári reggeleken emberi ürülékre akadnak a fasorok, vagy a jártabb utcák sétálói; napközben azután ezeken a „maradékokon” ezernyi-ezer légy lakmározik. A proletárnegyedek felügyeletet nélküli-gyerkőcsei ott könnyítenek magukon, a hol eszükbe jut.

Newstead-nek³⁶ sem sokkal jobb a véleménye abban a jelentésben, a melyet *Liverpool* viszonyairól terjesztett be a városi tanácshoz, a mikor a házi-légy és a csecsemők hasmenése közötti viszonyt tanulmányozta: Kutatásaim közben számtalanszor tapasztaltam, hogy különösen meleg nyári napokon az úttesten fekvő emberi ürülék felett rajzottak vagy rajta mászkáltak a legyek ezrei. Az ürülékek rendesen az ajtó előtt, az udvaron, vagy a folyosón voltak és mint a vizsgálat kiderítette, többnyire gyermekektől származtak. Egy alkalommal öt ilyen halomra akadt, a melyek mindegyikét ellepték a legyek. Egyáltalában nem lehetetlen, hogy az ürülékek hátrahagyói között bacillusgazda is volt.

Nagy a száma azoknak a higienikusoknak, a kik a városokban az összefüggést keresték a legyek felszaporodása és a hastyphus elterjedése között. 1904-ben *Niven* nagyarányú vizsgálatokat végzett *Manchesterben*; *Rosenau*, *Lumsden*, *Kastle* és *Howard* az egész *Columbia* államban és *Washingtonban*, valamint *Hamer* *Londonban*. A vizsgálatok eredményeképpen azt szűrték le, hogy a megvizsgált városokban nagyon kevés vonatkozást találtak a légy és a hastyphus között. De nagyon helyesen jegyzi meg *Graham-Smith*, hogy nagy városokban sok más tényező is szerepet játszik és *Niven* valószínű helyes uton jár, a mikor azt hiszi, hogy a nyár végén *Londonban* és *Manchesterben* a légy uralma szabályozza a hastyphus-eseteket.

Lennden és *Anderson* vizsgálatai azt derítették ki, hogy nyáron, a légyinvasio alatt, *Washingtonnak* mindig abban a részében a legnagyobb a hastyphus-megbetegedések száma, a hol a lakosság nyitott emésztőgyödröket használ.

Rendkívül érdekesek és tanulságosak azok a hivatalos és magánjelentések, megfigyelések és tapasztalatok, a melyekről az angol-indiai gyarmatok katonáorvosai számolnak be. *Ainsworth* *Poonából* írja:

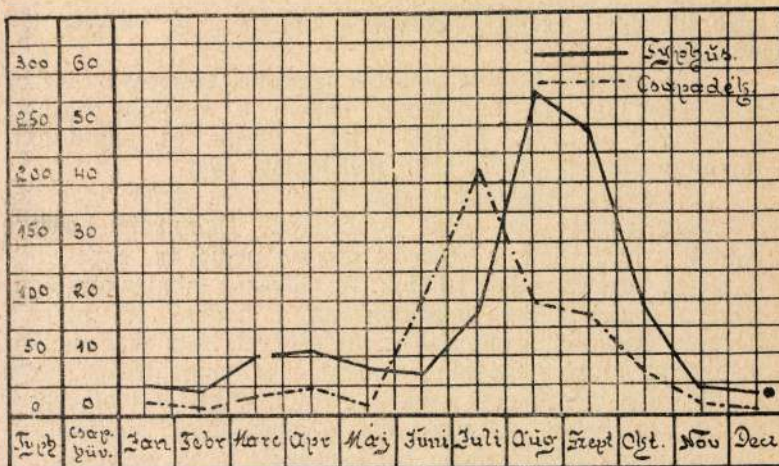
Évről-évre tapasztaljuk, hogy *Poona* és *Kirke*-ben júliusban köszönt be a hastyphus, maximumát eléri augusztusban. A magaslaton időzik szeptemberben, szűnőfélben van októberben és november-decemberben majdnem eltűnik. Az esetek számának augusztus-szeptemberi növekedése elvitázhatlanul nagyobb, mint a többi tíz hónapé együttvéve, valamint a betegség uralkodásának négy hónapja alatt, július, augusztus, szeptember és októberben $2\frac{1}{2}$ -szer annyi, mint a megmaradt nyolcz hónapban. Ez a kétségtelen tény félreismerhetetlenül mutat rá a szabályos megjelenésre és a visszatérésre.

Az említett négy hónapban a monsoon³⁷ fujdogál és az első időben arra gondoltunk, hogy a járvány oka a vízben van. A meglehetősen távolságra fekvő cisterna csővezetéke nem fertőzhető, különben is úgy a bakteriologiai, mint a vegyvizsgálat kifogástalanul tiszta vizet igazolt. Ezt tehát nem lehetett gyanuba venni. Különben is kétségtelen, hogy ha a víz lenne az előidéző, a bántalomnak akkor kellene kitörni, a mikor a monsoon eléri tetőfokát, vagy ezután legkésőbb 14 napra; a legmagasabb pontot pedig akkor kellene elérnie, a mikor a száraz hónapok alatt összegyűlt piszkot az első eső lemossa a cisternákról. De ez, a mint a diagramm is mutatja, nem így van.

A mellékelt diagramm a *Poona* és *Kirker* kórházában ápolt hastyphus-betegek számát 1894 január 1.-étől 1908 október végéig és az 1905 januártól 1908 október végéig leest összes csapadékot tünteti fel.

³⁶ *R. Newstead*: Second interim report on the house-fly, as observed in the city of *Liverpool*, 1909.

³⁷ Az esős évszakot meghozó passat-szél.



A monsoon rendesen június közepén éri el a csúcst, a hastyphus pedig augusztus előtt nem alakul járvánnyá.

Viszont azonban a nyirkosságot követő forró nyár, kedvező létfeltételek mellett bizonyára alkalmas a légy szaporodására. Sajnos, csak egy olyan évszakról tudok beszámolni, a mikor a benszülöttek nem panaszkodtak túlságosan a legyekre, bár 1908 júliusában a legyek egyszerűen tűrhetetlenek voltak.

Az egyik katonáorvos, a ki rendkívül kényes volt bungalovja belsejének és környékének tisztaságára, mondotta nekem, hogy két nap alatt hat óriási nagy üveg légyfogóból kiürített döglött legyekkel egy istállóvödört töltött meg. A legyeket a konyhában és a verandán fogdosta össze.

Ez terelte a figyelmemet a legyekre.

Három különböző konyhában hat-hat keskeny enyves papírszalagot függesztettem fel, a melyeket minden 24 órában újjakkal cseréltem ki. Alapul vettem, hogy a kísérleti konyhák légytől védettek, a mennyeiben szúnyoghálóval voltak ellátva és másodsor, hogy a kórház konyhájában fogott legyek átlagos napi mennyisége 30, míg a három konyha közül a legrosszabban 200 volt.

Megjegyzem, hogy a benszülöttek között mindig több volt a hastyphus, mint a mennyiről tudomásunk volt. Az 1908 első tíz hónapjában általam összegyűjtött 92 eset közül nem kevesebb, mint 40 typosos eset volt, a kiknek véréből ismételtelen kitenyésztettem a typhus-bacillust. Ha figyelembe vesszük a bentlakók szokásait, akkor a veszedelem eléggé komoly.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Benczur Gyula: Hydro- és thermotherapia orvostan-hallgatók és orvosok számára. Átnézte és előszóval ellátta: báró *Korányi Sándor*. Budapest, 1914. Mai Henrik és Fia kiadása. Nyolczadrét, 144 oldal, 30 ábra. Ára 5 korona.

Régen érzett hiányt szüntet meg *Benczur Gyula* könyve. Nem volt modern magyar könyv, mely a tudományos és gyakorlati jelentőségében rohamosan fejlődő physicalis therapia legfontosabb fejezeteit, a vízzel és hővel gyógyítás tudományát tárgyalta, tanította volna. Örvendetes, hogy az első munka igazán nem viseli magán az úttörés nehézségeinek jelét, hanem teljesen elérve célját, tökéletes a maga nemében.

A könyv tankönyv, s a szerző ezt sohasem felejté el. A hydro- és thermotherapia számtalan problémája körül zajló vita hullámain az olvasó meg sem érzi. mert a könyv csak arról szól, a mit bebizonyított az elméleti kutatás és approbált a gyakorlat. Különösen a gyakorlat szempontjai dominálnak, s épp ezért fektet a szerző nagy súlyt az egyes beavatkozások technikájának leírására, még pedig kellően indokolva s megmagyarázva az egyes fogások jelentőségét. Jól

sikerült képek teszik érthetőbbé a különben is világos leírásokat.

A szerző a tárgyat szélesen határolta. Nemcsak a vízzel gyógyítást tárgyalja részletesen, hanem a villamos fürdők, orvosságos fürdők, homok-, lép-, iszap- és napfürdők, thermopenetratio stb. is kellő méltánylást nyer.

A könyv beosztása olyan, hogy a bevezetés után az általános részben az egyes procedurák technikáját, hatás-módját s indicatióit, a részletes részben pedig az egyes betegségek kezelésmódját találjuk. Az olvasó mindenkör érzi, hogy a szerző teljesen tisztában van a hydro- és thermotherapia értékével, gyakorlati jelentőségével. Nem akar minden betegséget ezzel gyógyítani, s mindenkör hangsúlyozza, hogy a physicalis therapiának csak a therapia többi beavatkozásai között van helye. A gyakorlat követeléseinek megfelelően megemlékezik persze olyan betegségekről is, a melyekben a hydro- és thermotherapia igazán nem nagy hatású (paralysis agitans, epilepsia, diphtheria, variola, tüdőgangraena, tüdő-tályog stb.), de itt éppen kellő értékére redukálja a beavatkozások jelentőségét.

A könyv megérdemelt elterjedése bizonyára hasznára válnék úgy az orvosoknak, mint a betegeknek. *Dalmady.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Az időszült vesegyuladásnak vassal való rendszeres kezeléséről ír *Schücking* (Pyrmont). *Kutner R.* már ezelőtt nyolcz évvel ajánlotta a vasat az időszült vesegyuladás gyógyítására. Szembeötlő ugyanis, hogy a szívárányhártya és a reczehártya erei már akkor megbetegedhetnek, mikor a vese működése még alig tér el a normalistól és csak a szem-betegség után jelentkező vesebaj alapján kétségtelen a kettő között lévő összefüggés. Tudjuk azt is, hogy a vese erei és a bőr erei között igen szoros a működéses kapcsolat; a vesebajos vizenyője is a mellett szól, hogy vesegyuladás esetén nemcsak a vese, hanem általában az érrendszer is beteg.

A vese vér- és nyirokér-rendszere rendkívül nagy kiterjedésű és minden a vérből származó ártalmas anyaggal szemben igen érzékeny. Ezen ártalmas anyagok részint az elválasztó működés, részint a vese szövetében lejátszódó hasadási és synthetikus működés közben, nemkülönben a szerv belső elválasztásának módosulása révén érhetik azt. A vese vérér-rendszerét érő physicochemiai ingerek és káros behatások következményeképp szétesnek a vörös véresejtek is és ez alapon érthető az időszült vesebajosnak a bajával párhuzamosan fokozódó szegényvérűsége és szívéváltozása. Ez alapon javult az időszült vesegyuladásnak vassal, szénsavas aczélfürdővel és az alább ismertetett étkezésszeggel való kezelése.

Kutner 1905-ben egy reménytelennek látszó vesegyuladásos beteget vassal gyógyított s mintegy hat heti kezelés után a fehérjevizelés lényegesen csökkent, a beteg külseje jobb lett és ereje visszatért. Ez alapon fogott a szerző szembeötlően halvány, rendkívül szegényvérű fiatalok vesebajosoknak vassal való rendszeres gyógyításához: alapgondolata, hogy a Bright-kór tulajdonképp dyskrasia, melynek legszembeötlőbb tünete a vese megbetegedése és a vér összetételének megváltozása. Hogy e mellett a vese szövetének megbetegedése elsődleges, vagy csak másodlagos következmény, a felett a szerző nem vitatkozik, ámbár azt hiszi, hogy inkább másodlagos, vagy talán helyi és általános jellegű zavarok kölcsönös hatásának eredménye. Az azonban kétségtelen, hogy a Bright-kór nem pusztán a veseparenchyma megbetegedésének következménye, hanem az egész szervezet baja; csak így érthető a vassal gyógyítás eredményessége: e kezelés annál inkább figyelemre méltó, mert az időszült vesegyuladásban ugyancsak kevés eredményt érhetünk el minden más egyéb gyógyítómóddal. A szerző a vasat nemcsak Pyrmonthban a nyári hónapokon át, de otthon is szedette a beteggel s a kúra tulajdonképp évekre terjedt. Összesen 47 esetről számolt be, melyek közül az első csoport 17 esetében már évek óta

teljesen eltűnt minden vesegyuladásra valló tünet. A második csoport betegein rövidebb vagy hosszabb ideig tartó javulást ért el kezelésével; a harmadik csoport 14 betegén az teljesen eredménytelen volt. Az első csoportba tartozók a baj kezdeti szakában polyuriával váltakozó oliguriával, változó fehérjetartalommal, különféle fajta cylinderekkel, hámsejtekkel és vörös véresejtes lelettel kerültek kezelése alá; a betegek vérnyomása azonban még nem volt magas; az eredmény teljes gyógyulás.

A hol a fentebb jelzett tünetekhez már szívtúltengés, magas vérnyomás és kisebbfokú vizenyő is társult, csak múltó javulást tudott elérni; az előrehaladott esetekben pedig semmit sem. Fontos tehát, hogy a bajt korán ismerjük fel és korán kerüljön kezelés alá.

Az oki gyógykezelés megértésére a szerző a vesékben lejátszódó biológiai folyamatot illetőleg azt tartja, hogy a vese sejteit, még az állatvilágban is, ideg-befolyás alatt állanak s e befolyás hatása alatt azok működése nem egyszer a szűrés és az osmosis törvényeivel ellenkező. A vese sejteinek hártái sem nem semipermeabilisak, sem nem dialyzálók. Bizonyos ingerekre, melyek határozott physico-chemiai folyamatoknak felelnek meg, autonom idegközpontok működése következtében szabályozódik a vese kettős hajszálérrendszerének és hámsejtjeinek életműködése: ez szabályozza a sejthárták megfeszülését és elernyedését, a hajszálerek megszűkülését és kitágulását s ez úton a vérnyomást, a vér átáramlását és a hárták átjárhatóságát. Az elválasztott vizeletnek a vérenél magasabb hőmérséklete a vese szövetében az autonom központok befolyása alatt lefolyó chemiai változások mellett szól: ha pusztán szűréssel és osmosisos nyomással, nemkülönben contractilis elemek működésével állnánk szemközt, úgy nem volna az állandó oxygen-bevitel a veseműködés zavartalanságának elengedhetetlen alapfeltétele; hiszen az izolált szív is hosszú időn át oxygen híján is tovább tud működni: a veseműködés azonban az oxygen hiányát semeddig sem bírja el. Mint minden állandó működésű szerv tevékenységében, úgy a vesében is alapfeltétel a szénsav azonnali eltávolodása, ez adja magyarázatát a szénsavtartalmú italok gyors kiválasztásának is. A vese működésének a szabatos légcserével való szoros összefüggése is támogatja a szerző elméletét.

A vesegyuladás gyógyulásának lehetőségéről *Schlayer-Tilp* vizsgálatai alapján a következőket mondja:

A vese bonczolástani elváltozásait rendszerint a konyhasó-, tejczukor- és jodkalikiválasztás zavarán kívül más egyéb változások is megelőzik. A túlérzékeny vese káros behatásokra a vizelet megsaporodásával felel: ilyenkor, de még akkor is, ha a vizelet mennyisége már csökkent és a vese erei is betegek, lehetséges a gyógyulás. A parenchyma megbetegedését rendszerint a glomerulusok változása előzi meg; elsődleges zsugorodó vesében pedig legelőször a kicsiny verőerek betegszenek meg. Ha elfogadjuk, hogy időszült vesegyuladásban az egész szervezet meg van mérgezve, hogy közbülső és átmeneti jellegű anyagcseretermékek és talán ma még ismeretlen mérges anyagok képződnek, úgy feladatunk az lesz, hogy ezeket a szervezetből minél előbb kiküszöböljük és képződésüket a lehetőség szerint meggátoljuk. Fontos tehát a vesének ártalmas anyagokat nem tartalmazó vérrel való bő átáramoltatása; csakhogy ennek a vérképző szervek zavarai, a vesebajos vérének haemoglobin-szegénysége útját állja. A haemoglobinszegény vér az átmeneti anyagcsere termékeinek elégetésére és a toxinok elpusztítására már nem képes. A hogy a vesebajos bőre hideg és halvány, épp olyan vérszegény a veséje is.

A gyógyítás feladata tehát a szegényvérűség megszüntetése és minden, a veseműködést kedvezőtlenül befolyásoló tényező távoltartása.

Ha a beteg vérnyomása nem magas s erei nincsenek elmeszesedve, a közepes mennyiségű szénsavat tartalmazó vasas fürdőknek (32–34° C) jó hasznát vehetjük. A bőrön át a szerző szerint nemcsak a szénsav, de a fürdővíz vasvegyületei is felszívódhatnak, a hogy a szerző ezt állatkísérletekkel akarja igazolni. A vesebajosnak épp úgy, mint a

szegényvérűnek és sápkórosnak ajánlatos a szabadban való tartózkodás; a megerőltető izommunkát azonban kerüljük, nehogy a vér savtartalma növekedjék; gyengébb betegeknek a fekvőkúrárt ajánlhatjuk. Adott esetben a rendszeres tornázás is jó lehet, melyet természetesen, ha az érverés szaporább lesz vagy ha szívdobogás és elfáradás jelentkezik, azonnal abbahagyunk; ha a vizelet kevés, jó eredményt lát a natriumsaccharatos konyhasóoldat subcutan és intramuscularis befecskendezésétől, melylyel a szövetnedvek savtartalmát akarja a szerző csökkenteni. Ezen oldatot egyébként a szerző rectalis instillatiók alakjában 1—2 liter mennyiségben is alkalmazza és úgy veseizgalmi tünetek mellett, mint anuriában, uraemiában és eklampsiában is jó eredményt látott tőle. A szerző kevés gyenge bort megengedhetőnek tart. A dohányzást és a hosszú ideig való ülést eltiltja. *Kuttner*-rel közösen megállapított étkezérend alapján nemcsak az erős fűszereket, húskivonati anyagot, füstölthúst, de minden egyéb nehezen emészthető ételt és a kávé is eltiltja. Megengedi a tejet, halat, szárnyast, zöldfőzeléket, puha sajtfajokat és gyümölcsöt, naponta egy-két tojást és híg teát. Ha e diatával nem ért el kellő eredményt, ú. n. fehérjementes napokat iktat közbe, melyeken csak rizst, burgonyapürét, kelvirágot, gyümölcsöt ad betegeinek. A főzelék elkészítéséhez olajat használ, s azokat paradicsommal, majorannával, citromhéjjal és vaníliával fűszerezi. E diatából tehát a húson kívül minden erős fűszer, alkohol, kávé, sőt a kenyér, tej, sajt, vaj és tojás is hiányzik, úgy hogy mellette a növényi fehérje mennyisége is csekély. Célja tulajdonképpen az, hogy a fehérje és az állati zsír lehető elvonásával a bél bacteriumos flóráját módosítsa. Ezen étkezést megelőzőleg hashajtót ad a betegnek. Ilyen fehérjementes diatát hetenként egyszer tartat, a mikor is délig ágyban marad a beteg.

Egyébként a vesebajos, megfelelően öltözködve, sokat időzzen a szabadban, kerülje a nyomasztó hatású kedélyizgalmakat s minden komoly foglalkozást. A szerző e gyógyító-móddal legalább is oly jó eredményt ér el, a melyet az egyptomi téli kúra ad. (*Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung*, 1913, 19. sz.)

Halász Aladár.

Sebészet.

A condylus medialis femoris typusos sérüléseiről értekezik *P. Ewald*. A térdizületnek X-alakban túlhajtása és kifelé való rotálása folytán jön létre. Az esetek legnagyobb többségében a trauma csekély jelentőségű, a subjectiv és objectiv symptomák nem kifejezettek. A Röntgen-lelet először negatív, három-négy hét elmúltával azonban rozsszemnyi árnyék látszik azon a helyen, a hol a condylus medialis áthajlik a czomb diaphysisére. A szerző hat esetet észlelt, a hol hasonló természetű sérülés már sokkal jelentékenyebb klinikai tüneteket hozott létre. A betegek valamennyijén az ízületben vérfelhalmozódás áll be, a tünetek azonban két-három hét múlva visszafejlődtek. Az ízület mozgékonyasága javult, azonban további két hét múlva ismét rosszabbodott, úgyanyira, hogy teljes merevség jött létre. Medico-mechanikai beavatkozásra javult az állapot, de nem lényegesen. A sérülés után három-négy héttel a condylus körül megvastagodás képződött, a mely sovány egyéneken különösen szembetűnő volt. A röntgenezés alkalmával látható árnyék jöhet létre azáltal, hogy a lig. collaterale leszakítatik, miáltal subperiostalis vérzés jön létre, a mely a periostiumot csontképződésre izgatja. A legtöbb esetben azonban a csontújképződés sokkal nagyobb, semmint hogy az oldalszalag és a kis epicondylus medialis sérülésével azt megmagyarázhatnók. A szerző ezen esetekben az ízület mozgathatlanságát myositis ossificanssal magyarázná, a mely a könyök- és egyéb ízületekben is traumák után szokott létrejönni. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1913, 30. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Szülészeti és nőorvostan.

A rossztermészetű daganatok fejlődése és az egyidejűleg fennálló terhesség kölcsönös befolyását vizsgálta *Graff*. Tudvalevő dolog, hogy általánosságban elterjedt

hit, hogy a rossztermészetű álképletek prognózisát a hozzájuk társult terhesülés kedvezőtlenül befolyásolja; különösen vonatkozik ez a méhrákra. Sokan állítják, hogy a terheseken az egész szervezet olynemű elváltozáson megy át, a mely a viszonyokat a rossztermészetű álképlet burjánzására (s különösen vonatkozik ez a méhrákra) alkalmasabbá teszi. Ennek következtében, ha a méhrák és terhesség együtt fordul elő, akkor a terhesség alatt rapide növekszik a carcinomás tumor s a terhességgel kapcsolatban radikálisan műtött betegek biztos kigyógyulását is befolyásolja a terhesség, melyen közvetlenül átestek. Vannak szerzők, mint *Wertheim*, *Zweifel* s mások, kik az imént vázolt felfogást tagadják éppen azon tapasztalatok alapján, melyeket a méhrák és terhesség együtt előfordulása esetén végzett műtétek kapcsán szereztek. A szerző szintén ennek a felfogásnak a híve s kísérleti úton próbálta a bizonyosságot megszerezni. Elméletileg az *atreptikus immunitas* tanára hivatkozik, a melynek értelmében t. i. ha egy szervezetben egyszerre kétféle daganat indul fejlődésnek, vagy ha kísérletileg állatokba egyszerre kétféle tumort oltunk be, az egyik gyorsabb fejlődésnek indul, a másik visszamarad a növekedésben, esetleg resorbeálódik. Ha már most a terhességet csak megközelítőleg is daganatnak vesszük fel (ilyen tulajdonságai csakugyan közösek, pl. a biológiailag kimutatható anyagcsereváltozások, a chorionbolykok destructiv beburjánzása a méhfalba stb.), a felfogás elég kézzelfoghatónak látszik.

A szerző, sajnos, csak 7 kísérletet közöl, holott 200-nál több állattal próbálkozott, de vagy a tumor fejlődése nem volt megfelelő, vagy időközben elpusztultak az állatok stb. A közölt 7 eset közül 5-ben feltűnő a daganat-növekedés különbsége terhes és nem terhes állatokon. Kísérleteit ugyanis úgy csinálta, hogy egyidejűleg két fehér patkányt vett elő. Mindkettőt beojoztotta sarcomával; a terhes patkányon átlag kevésbé fejlődött ugyanaz a daganat-alapanyag, mint a nem terhesen. S bár az állatkísérletek eredményeit nem lehet mindenkor átvinni az emberre, mégis a fenti kísérletek érdekesek annál is inkább, mivel e kérdésben a klinikai tapasztalások sem tudtak megdönthetetlen bizonyítékkal szolgálni. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1914, 1. szám.)

Scherer dr.

Gyermekorvostan.

A bacillus lactis bulgaricus hatásáról a bélhurutokra számol be 177 eset kapcsán *R. O. Clock* (New-York.) Hivatkozik 1912-ben megjelent közleményére, melyben ugyancsak a bacillus lactis bulgaricus adagolását ajánlotta és az éhez-tetés teljes kiküszöbölését, a mit mint merész és czéltalan próbálkozást sokan elvetettek. Ezzel szemben *R. S. Hayness* közreműködésével 1912 nyarán ismét felvette a kísérletek fonalát s a newyorki Babies-Hospital ambulans anyagán 117 esetben adagolták a bacillus lactis bulgaricust, még pedig az ambulantiát vezető orvosi személyzet több tagja, úgy hogy személyes elfoglaltság az észlelést nem befolyásolhatta. Az eseteket nem válogatták, a bélhurutnak minden alakját egyformán azonnal ezen bacterium adagolásával vették kezelésbe, minden különös diatás kezelés mellőzésével, mely kezelés keresztülvitele annál könnyebb volt, minthogy a beteganyag legnagyobb része a népesség legszegényebb és legkevésbé intelligens részéből való volt, a mely tudvalevőleg a diatára vonatkozó utasításokat úgyis vagy egyáltalán nem, vagy nagyon pontatlanul tartja be.

Az észleletek csak klinikai megfigyelésekre szorítkozhattak, ambulans-anyaguk lévén; így a bakteriologiai osztályozás és ellenőrzés sem volt keresztülvihető. A súlymérések másodnaponként végeztek és a székletek minősége is lehetőleg ellenőriztetett.

A 117 eset közül 116 gyógyult, 1 meghalt. 72 esetet volt alkalmuk látni a 116 gyógyult közül még a téli hónapokban is, midőn más természetű megbetegedéssel keresték fel az ambulantiát s a többi 44-et „visiting-nurse”-eik keresték fel hónapok múlva, úgy hogy az eredmények tartós voltáról minden esetben meggyőződést szereztek.

A gyermekek kora 6 hét és 2½ év között váltakozott, 1 éven aluli volt 85, 2 évnél idősebb 5. Közöttük 16 szopós csecsemő, 101 mesterségesen táplált gyermek, utóbbiak között különböző tejkészítményekkel és hígításokkal, malátalevesszel és árpakásalevesszel és vegyes táplálékkal táplált gyermekek keverten voltak. A megbetegedések típusa 113 esetben gastro-intestinalis volt, 4 esetben enterocolitises. 47 esetben enyhe, 52 súlyos és 14 már toxikus volt. A betegség átlagos fennállása 1 hét volt, a legidősebb 3 hetes. A székletek száma 46 esetben napi 10–15, 71 esetben 6–10 széklet között variált. A székletek minősége híg, vizes és zöld, 63 esetben nyálkás, 18 esetben pedig véres volt. Hányás 70 esetben, láz 49 esetben volt jelen.

A kezelés abban állott, hogy a tabletta alakjában forgalomba hozott bacillus lactis bulgaricus (Yoghurt A-typus, Grigoroff és Massolt által ismertetett alak) per os nyújtott, 2–3 óránként 1–3 tabletta az eset súlyosságához képest, mindig evés előtt és után.

A diétát illetőleg 70 gyermek meghagyatott azelőtt is folytatott diétáján, ezek közül 23 tejet és főzeléket kapott, 12 anyatejet, 35 hígított vagy tiszta tejet. 4 gyermek (12–15 hó között) elválasztott az emlőtől. A többi 43 beteg koplaltatott 24–28 óra hosszat, illetve árpakásalét kapott, ezek közül 29 kapott megelőzőleg ricinusolajat. A 74 nem koplaltatott gyermek közül egy sem kapott hashajtót.

A javulás jelei, úgy mint 1. súlygyarapodás, 2. a székletek színének és minőségének megváltozása, 3. az általános állapot javulása, azaz az étvágy javulása, a láz és hányás megszűnése csakhamar minden esetben beállottak.

A székletek száma rendszerint gyorsan csökkent, noha némely esetben a székletek színe megváltozott ugyan, de számuk tovább is magas maradt, a nélkül azonban, hogy a súlygyarapodásra befolyással lettek volna. Rendszerint 3 nap alatt normalissá váltak a székletek, a nyálka és vér mindenkör már a második napon eltűnt. A hányás szintén megszűnt másodnapra. Az étvágy szintén azonnal visszatért s a láz még a székletek megváltozása előtti 24 órában leesett.

Legfeltűnőbb volt a súlygyarapodás, mely csak egyetlen egy esetben nem következett be. A gyarapodás mindig állandó volt, átlag 4 oz (kb. 19.81 gr.) naponta. A maximális napi gyarapodás 2 oz (56.68 gr.) volt. A legnagyobb súlycsökkenést egy koplaltatott gyermekben észlelték. Az egyetlen, a ki meghalt. A nem koplaltatott gyermekeken a súlygörbe azonnal és rapide emelkedett, a 43 koplaltatott gyermek közül 24-en emelkedett, de lassabban, mint az előbbieken, 17-en eleinte esett, de később szépen emelkedett. Megjegyzendő, hogy ezek között voltak azok, a kik ricinust kaptak. A két csoport közötti különbség oly nagy, hogy a nem koplaltatott gyermekek napi átlagos súlysziporulata csaknem eléri a koplaltatott gyermek első heti súlysziporulatát. Az arány 1.2 oz napi és 6.1 oz heti és 0.2 oz napi és 1.7 oz heti súlysziporulat. Ennek okát Clock abban látja, hogy a hashajtás és koplaltatás által létrejött nagy erővesztésen kívül hiányzik a béltractusban a megfelelő mennyiségű felhasználható szénhidrát, mely a bacillus bulgaricus gyarapodásának egyik főfeltétele. A nem koplaltatott gyermekben a súlygörbe az első 3 napon igen meredeken emelkedik, a minék az okát pedig abban keresi, hogy a bacillus bulgaricus igen gyorsan megszüntetvén az erjedő folyamatokat a bélben, a táplálék assimilálódása azonnal a szükséges és pótlandó caloriamennyiségnek megfelelő mértékben történhetik. Körülbelül a 3. napon a hiány és veszteség, mely a táplálkozási zavar következtében beállott assimilatio csökkenése által állott elő, pótolva van, s innen kezdve a súlygörbe kevésbé meredeken emelkedik.

Clock megemlíti, hogy midőn 1912-ben első ízben ajánlotta a kezelést, a discussióban úgy tüntették fel, hogy ő a táplálkozási zavarokat előidéző diaetahibáknak a gyermekkori bélhurutnak létrejöttében nem tulajdonít fontosságot. Ezzel szemben ő azt állítja, hogy a bakteriologiai factornak a szerepe gyakoribb s a bacillus bulgaricus a bakteriumos ártalmak megszüntetésével akkor hathat, ha a táplálék azelőtt

is megfelelő volt. Hivatkozok Morse-ra, a ki szerint a gyermekori diarrhoeák egyik alakját kétségtelenül bakteriumos fertőzés hozza létre, mely alak a tejsavbacterium és lactose hatására meggyógyul.

A bacillus bulgaricus-szal kezelés előnyeit összefoglalva, a következő pontokat sorolja fel:

1. Súlygyarapodás az első naptól kezdve a székek számától függetlenül.
2. A székletek színének gyors megváltozása.
3. Láz azonnali megszűnése.
4. A vér és nyálka azonnali eltűnése.
5. Az anya intelligenciájának és a hygienés rendszabályoknak csekély befolyása a kezelésre.
6. A koplaltatás káros mellékhatásainak megszűnése a koplaltatás kiküszöbölése által.
7. A gyermeki béltractus emésztőképessége még láz mellett sem szűnik meg a tejjel szemben.
8. A bacillus bulgaricus nagy mennyiségben sem lehet ártalmas.
9. A kezelés egyszerűsítése.

Végül figyelmeztet arra, hogy jó eredmények eléréséhez mulhatatlanul szükséges, hogy a valódi bacillus lactis bulgaricus használtassék. Az Oroszországban, Egyiptomban, Armeniában, Syriában izolált hasonnemű bacillus hatása távol marad az igazi bolgár savanyú tejből nyert bacillustól, annyira, hogy a vele elért rossz eredményeket csakis ezen körülménynek hajlandó betudni. (Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1913.)

Bosányi dr.

Húgyszervi betegségek.

A vese- és ureterkövek pontos diagnosizáról ír Charles Eastmond. Sok esetben a röntgenographia sem ad biztos jelzést, minthogy a lemezen a kőárnyék elkerülheti a figyelmünket és pedig 1. a beteg fekvése, 2. tökéletlen előkészítése (bélár által okozott árnyék) s 3. a kő vegyi összetétele következtében. A láz nagyon ritka, tiszta húgysavból álló kövek esetén ugyanis a kőárnyékot a szomszédságtól alig tudjuk megkülönböztetni. A kőárnyék észre nem vételének további okai: 4. a kő nagysága, illetőleg kicsinysége és olyan laza összetétele, hogy árnyékot nem is vet a lemezen; 5. a kő fekvése, a mi ugyan elég ritkán és csak akkor okoz nehézséget, ha a kicsi s puha kő egy nagyobb csonton fekszik (pl. a hólyagban az os sacrum felett). Ha a klinikai tünetek következtében különösen nagy a gyanunk kövek jelenlétére, akkor negatív Röntgen-lelet mellett a felvételeket meg kell ismételni.

Ureterkövek esetén a helyzet ritkán ilyen kedvezőtlen, de tartsuk mindig szem előtt, hogy a kő sokszor egész másutt fekszik, mint a hol azt a klinikai tünetek alapján gyanítjuk, néha a másik testfélben. Minden esetben tehát az egész húgyszervrendszert alaposan át kell vizsgálni.

További csalódásokat okozhatnak a Röntgen-lemezen az idegen árnyékok, még pedig a) elmeszesedett mesenterium-mirigyek (főképp jobb oldalon a IV. ágyékcsigolya nyúlványa előttiek), b) az ureter alsó vége körül a medence alján fekvő ileusmirigyek s c) különösen hosszú feregnyúlvány jelenlétében az appendixben fekvő concrementumok által előidézett árnyékok. Szükség szerint tehát az uretereket kateterezni kell s ne feledjük el azt, hogy más vesebajok is előidézhetnek a vesekövek által okozottakhoz hasonló fájdalmat s tüneteket. A gümőkóros elmeszesedések a Röntgen-lemezen rendszeren elég jól megkülönböztethetők.

Vesemedenczebeli elváltozások, veseatrophia, dilatatio és hydronephrosis a röntgenographia által rendszeren igen jól körjelezhetők.

A szerző a következő tételeket állítja fel: 1. A biztos diagnosist a vesekövek klasszikus tüneteire sem alapíthatjuk. 2. Az egész húgyszervet teljes lefutásában alaposan át kell vizsgálni, mielőtt negatív kőképzést állapítunk meg. 3. Bizonyos körülmények mellett kövek elkerülhetik a figyelmünket. 4. A tünetek valódi belső vesebaj s nem kő mellett szólhatnak. 5. A colonból olyan tünetek indulhatnak

ki, melyek a vesebetegségekéhez hasonlóak. 6. A Röntgen-methodus, bár nem csálhatatlan, de mégis a legmegbízhatóbb diagnosztikus segédeszközünk. (Journal d'urologie médicale et chirurgicale, IV. kötet.) *Drucker.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Asthma-rohamok ellen *Borchardt* jó eredménnyel használja a hypophysis-kivonatot. 1 cm³ pituglandol bőr alá fecskendezése többnyire megszünteti a rohamot. Némely esetben egy ilyen befecskendezés után hónapokig nem jelentkeztek újabb rohamok. Felnőttekre teljesen ártalmatlan a befecskendezés; gyermekeken ájulás-rohamokat okozhat. (Therapie der Gegenwart, 1913, 12. füzet.)

Az atophant *Klemperer* suppositorium alakjában adja köszvény és izületcsúsz azon eseteiben, a melyekben a gyomor túlságos érzékenysége miatt nem ajánlatos a szájon át adás. 1 gramm atophant tartalmazó suppositoriumokból 3—5 darab alkalmazható naponként. (Therapie der Gegenwart, 1913, 12. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1913, 6. füzet. *Vámosy Zoltán*: Tanulmány a basisos narcoticumok lipotropiájáról. *Dienes Lajos*: A formaldehyd hatásáról a mélységbe. *Galambos Arnold*: A renalis diabetesről.

Gyógyászat, 1914, 4. szám. *Alexander Béla*: Egy csonttörés története. *Wurmfeld Zoltán*: A syphilis gyógyítása embarinnal.

Orvosok lapja, 1914, 5. szám. *Genersich Gusztáv*: Az elkülönítés fontossága a fertőző bántalmak elleni küzdelemben. *Wosinski István*: A roboransokról az epilepsia gyógykezelésében.

Budapesti orvosi újság, 1914, 5. szám. *Polyák Lajos*: A felső légutak és a nyelőcső rákos megbetegedéseiről. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Nádory Béla*: A hypophysis cerebri kivonatának (glanduitrin) alkalmazása a gynaekológiában. *Danninger Ádám*: A méh helyzetváltozásainak, főleg a méh hátrahelyeződésének gyógykezelése a gyakorlatban.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Konrád Márk* dr.-nak, a nagyváradi bábaképző nyugalmazott igazgatójának a magyar nemességét *tornyosi* előnévvel, *Lichtschein Adolf* dr.-nak, Gömörmegye tiszteletbeli főorvosának pedig a királyi tanácsosi címet adományozta.

Új egyetemi magántanár. *Szabó József* dr.-nak a kolozsvári egyetem orvosi karán az idegbetegségek kör- és gyógytanából magántanárrá történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter megerősítette.

Kinevezés. *Entz Béla* dr. egyetemi magántanárt a székesfővárosi szűt. István-kórház, *Goldzieher Miksa* dr.-t pedig a székesfővárosi szűt. Rókus-kórház boncoló főorvosává, *Olsavszky Viktor* dr. nagysomkúti járásorvost vasúti orvosi tanácsadóvá, *Rapcsák Lajos* dr.-t Békésmegye és *Tóth Ödön* dr.-t Abauj-Tornamegye tiszteletbeli főorvosává, *Belopotoczky György* dr. szarvasi községi orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Megbízás. *Bakody Aurél* dr.-t a budapesti büntetőtörvényszéknél felmerülő elmeorvos-szakértői teendők állandó végzésével törvényszéki orvosi minőségben, *Gerendás Sándor* dr.-t a temesvári gyermekmenhelynél a másodorvosi teendők ellátásával bízták meg.

A budapesti poliklinika rendeléseinek december hónapban 4253 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 14052 volt.

A székesfővárosi Szent Erzsébet-apáczarend női kórházában 1913-ban 561 beteget ápoltak, a kik közül 72 halt meg (27 marasmus senilisben). Egy betegre átlag 29.8 ápolási nap esett. Műtétet 102 esetben végeztek. A már 129 év óta fennálló, 60 ágyas kórházban mint főorvos *Vladár Márton László* dr. és mint osztályos rendelőorvos *Diescher Ferencz* dr. működik.

Meghalt. *Szentgyörgyi Ferencz* dr., volt orsovai városi tisztiorvos, 73 éves korában Temesvárott. — *G. Cesari*, a gyógyszer-tanára a modenai egyetemen. — *A. Hirschl* dr., az idegkór-tan címzetes rendkívüli tanára a bécsi egyetemen. — *F. M. Openchovsky*, a belorvostan tanára a charkowi egyetemen. — *G. H. Torney*, az Egyesült-Államok hadseregének főorvosa 1913 december 27.-én 63 éves korában.

Congressus. A 16. francia belorvostani congressus (Páris, szeptember 30—október 3) referaturnagyjai a következők: 1. A szív saját ereinek syphilise. 2. A lipoidok szerepe a kórban. 3. A mester-

séges légmell gyógyértéke. 4. A vaccinothérapie értéke általánosságban s különösen a rák és typhus gyógyítása terén. — A német sebész-társaság 43. congressusán (Berlin, április 15—18) a következő témákat fogják tárgyalni: 1. A műtét utáni bronchitisek oka és kezelése (*Sprengel*, Braunschweig). 2. A pajzsmirigy átültetésének maradandó eredményei az emberen (*Kocher*, Bern). 3. Hólyagdaganatok (*Hillebrand* és *Joseph*, Berlin).

Személyi hírek külföldről. Hazánkfia *Szily Aurél*, a freiburgi egyetemen a szemészet magántanára, rendkívüli tanári címet kapott. — Hasonlóképpen tanári címet nyertek a következő magántanárok: *W. Vorkastner* (Greifswald, elmekór-tan), *W. Löhlein* (Greifswald, szemészet), *J. Hertle* (Grätz, sebészet), *E. Streissler* (Grätz, sebészet). — *H. Chalupsky* dr.-t, a szemészet rendkívüli tanárát a prágai cseh egyetemen, rendes tanárrá léptették elő.

Hírek külföldről. Amerikából a legnagyobb szerű orvosi alapítványok egyikének híre érkezik. Egy névtelen jötevő 15 millió dollárt adományozott 20, az Egyesült-Államok különböző részeiben szervezendő kórházra, melyekben rákban szenvedőket ingyen fognak radiummal kezelni. — A münsteri csonka egyetemen teljesen kiépítik az orvosi fakultást, melyen eddig csak a két első évfolyam tárgyai vannak meg. A klinikák építéséhez azonnal hozzáfognak 4 millió márka előirányzott összeggel; az új fakultás 1916 őszén fog megnyílni.

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

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

DR. REICH MIKLÓS Budapesti ZANDER-gyógyintézete

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

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

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

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

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.

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

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. BUDAPEST, VIII., Rákóczi-út 19. sz. RÖNTGEN- ÉS VILLAMOS ORVOSI KÉSZÜLÉKEK.

Dr. GÁMÁN BÉLA diaetás orvosi intézete ■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■

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

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhez.

„LÁPSÓ” száraz kivonat ládákban 1 kiló

LÁPLUG folyékony kivonat üvegekben 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIV. rendes tudományos ülés 1913 december 6.-án.) 100. l. — Közkórházi Orvostársulat (X. bemutató szakülés 1913 november 12.-én.) 101 l. — Budapesti Orvosi Kör (havi ülés 1913 december 2.-án.) 101. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (XVI., XVII., XVIII. és XIX. szakülés 1913 november hó 8.-án, 15.-én, 22.-én és december 6.-án.) 102. l. Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 103. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1913 december 6.-án.)

Elnök: **Salgó Jakab.**Jegyző: **Bence Gyula.****A csecsnuyjtványból kiinduló ritka nagyságú osteoma műtett esete.**

Neubauer Adolf: A csecsnuyjtványon daganatok általán ritkán fordulnak elő. Leginkább cholesteatomát, dermoidcystát, sarcomát és carcinomát látni.

Esetét 1911 szeptember 27.-én látta először a kerületi betegsegélyző pénztár fülosztályán, hova a beteg azon panasszal jött, hogy a bal füle mögött hónapok előtt kis gombostűfejnyi kemény daganatot észlelt, mely az utóbbi hetekben rohamosan nagyobbodott. Vizsgálatkor a bal retro-auricularis tájon diónagyságú, kemény tapintatú, teljesen körülírt fájdalommentes képletet talált, mely a külső hangvezetőbe nem terjedt, a dobhártya nem mutatott elváltozást, a hallóképesség normalis volt. Másnap a betegről két Röntgen-felvétel készült. Csak 1913 április 29.-én jelentkezett másodszor a beteg nagy diónyi daganattal, fejfájásról panaszkodva, melyet a daganattal hozott összefüggésbe.

Az ajánlott műtétbe csak októberben egyezett bele, mely időben a daganat hirtelen nagyobbodott, úgy hogy fülkagylóját teljesen előrenyomta. Eme panasszal vette fel a Munkáskórház fülészeti osztályára. Felvételekor a bal fülkagyló teljesen előre volt nyomva, a fülkagyló mögött nagy almanagyságú, kemény tapintatú, teljesen sima felületű, nem mozgatható képlet volt, mely pár napi kórházi tartózkodása alatt is szemlátomást adott s a külső hangvezető bejáratát szűkíteni kezdte.

A műtétet október 14.-én aether-chloroform-narcosisban végezte. A bal fülkagyló insertiójával párhuzamosan a daganat közepén áthaladó 10 cm. hosszú hosszmetstést ejtett, melyet a daganat kifejtése céljából egy keresztmetsszel toldott meg. Így szabaddá téve a daganatot, köröskörül vékony fűrészszel befűrészelte, a közepét pedig Gigli-fűrészszel fűrészelte át. A csecsnuyjtványból mintegy kinövő részletet és a corticalis egy részét vésővel távolította el. A feleslegessé vált bőr egy részének kimetszése után a sebszéleket egyesítette. A lefolyás teljesen sima volt, 8 nap alatt per primam gyógyulást.

A 120 gramm súlyú daganatot a kórboncolástani intézetben *Entz* magántanár volt szíves szövettanilag megvizsgálni, a daganat tiszta *osteomának* bizonyult.

A hasfalból és hasüregből eltávolított rendkívüli nagyságú sarcoma.

Pólya Jenő: A 24 éves földmívest *Dieballe* osztályáról 1913 május 9.-én tették át.

Anamnesis: 1 év előtt hasában daganatot vett észre, mely azután mind jobban nőtt, de semmiféle kellemetlenséget sem okozott. 2 hét óta azonban rosszul érzi magát, étvágytalan, feltűnően soványodik, ugyanezen idő óta erős derékfájdalmak vannak.

Status praesens: Erősen lesoványodott halvány férfi. Mindkét csúcs felett megnyúlt hangos kilégzés. Kopogtatási eltérés nincs. A szív rendben. A has mindenütt feszes, kemény, elődomborodó, körfogata a köldök körül 90, a legnagyobb domborulata 92 cm. A processus xiphoideus és köldök között ökölnyi, kemény, sima felületű, nem fájdalmas, halvány bőrral fedett s a bőrral összekapaszkodott, fluctuatiót nem mutató nagyobbodás, mely nem mozgatható, azonban a hasfal megfeszítése alkalmával még jobban elődomborodik. A hasban fluctuatio mutatható ki, az egész has felett tompult-dobos kopogtatási hang, a máj- és léptompulat rendes. A vizelet kóros alkotórészeket nem tartalmaz. A jobb láb-szár oedemás. A Wassermann- és echinococcus-complement-

reakciók negatívak, ennek dacára, mivel a fiú apján tertiaer syphilidek láthatók, antilueses kúra kíséreltetik meg (kénéső-inunctio), azonban a beteg állapota a kezelés alatt csak rosszabbodott. Bár a diagnoszt ezek után valószínűleg metastasisokat okozó malignus tumorra kellett tenniök, mégis megkísérelte az exploratívnek szánt műtétet, a melyet 1913 június 10.-én hajtott végre aethernarcosisban.

Először a hasfalban tapintott tumorba metszenek be. Ez nyilván malignusnak látszik. Egy darabot próbára kimetszenek. Bár úgy tűnik fel, hogy a hasüri folyadékfelhalmozódást a hasfallal összekapaszkodott tumornak peritonealis metastasisai okozzák, mégis megnyitják a hasüreget a daganat alatt. Kitérnek, hogy közvetlenül a peritoneum alatt egy vékony, teljesen áttűnő hártya van, melyet első pillanatban magának a peritoneumnak tartanak. Ezt megnyitva, kb. 6—7 liter haemorrhagiás folyadék ürül. Ennek eltávolítása után kitérnek, hogy a peritoneumnak gondolt hártya egy tömlő fala s hogy az összes belek ezen hártya mögött vannak. A tömlő fala csak a colon transversummal és a ligamentum gastrocolicummal van összefüggésben, továbbá a máj táján az elülső hasfallal, magával a májjal nem, csak a máj függesztő szalagjával, ligamentum falciforme- és teres hepatisal. A csepleszadhaesiának ligaturák közt való átvágása után körülvágják a tumort a hasfalban és a hátizmok és bőr egy darabjával együtt eltávolítják. Most a daganat már csak a ligamentum teres és falciforme májbeli csomkján lóg, melyet szintén levágnak és eltávolítanak. A tumor tömör részletének helye tehát a ligamentum teres lefutásának felel meg. A hasüreget réteges varratokkal teljesen zárják. Collodium-kötés.

A beteg a műtét után meglehetősen collabált, de hamarosan összeszedte magát. A műtét után harmadnapra megindultak a szelek; a seb per primam egyesült és június 22.-én teljesen gyógyulva, jó közérzettel hagyta el a kórházat. Jelenleg is teljesen jól érzi magát, meghízott, azonban a hegvonall felső végében a bőr alatt egy mandulányi keményedés tapintható, melynek újjalagos kiirtását ajánlották.

A daganat makroszkopos leírása (Entz): Az emberfőnél jóval nagyobb tömlő formolban való konzerválás után összelapult állapotban mérve 26 cm. hosszú, 23½ cm. széles. Külső felszíne vékony savós hártýára emlékeztető réteggel van beborítva, mely mindenütt vékonyfalú erekkel van behálózva. A tömlő külső felszínén vékony hártýás és fonalas növedékek lógnak le, a melyek kevés zsírszövettel vannak átszőve és erekkel vannak átjárva; nyilván a daganattal összenőtt és szalagszerűen elvékonyodott cseplesz részletei. A tömlő fala a legtöbb helyen egészen vékony, hártýaszerű, áttűnő, sok helyen beszakadozott, rendetlen alakú, fillérnyi-ötörönányi likakkal. E hártýás fal hol sötétvörös, hol barnászöröses vagy rozsdasárga színű.

Egyik részéről 10 cm. hosszú, 3½ cm. széles, 1½ cm. vastag, rendetlen, dudoros felszínű, laposra nyomott daganat-részlet lóg le, mely tömöttek tapintatú, de nagyon törékeny szövetből áll. A hol ez a nyúlvány ered, a tömlő falán ötörönás nagyságú, rendetlen négyszögletes, mintegy cm. vastag lapos dudor van, különben csak a tömlőnek a bőrral összekapaszkodott féltényérnyi részletén kapunk vastagabb daganatrészt. Az említett összekapaszkodás helyén 12 cm. hosszú, 6½ cm. széles, szabálytalan négyszögű területen mintegy 2—3 cm. vastag, tömöttek szövetrészt kapunk, mely részint szívós, fehéres kötőszövetből, részint szürkésvörös, áttűnő izomrétegből áll, mely utóbbi szürkésfehéres, némileg áttűnő daganatszövettel van beszűrődve. A bőr 6 cm. hosszú és 4 cm. széles, ovalis, éles szélű darabja a daganattal elválaszthatatlanul összekapaszkodott s a daganattal együtt kiirtott.

Diagnosis: Sarcoma cysticum parietis abdominis.

Szöveti lelet (Entz): A beküldött daganatrészlet orsósejtekben igen dús kötőszövetből áll, melynek sejtjei hol párhuzamos, hol szabálytalan lefutású kötegekbe rendeződtek. A sejtdús szövet bőven van áthatva vérerekkel, a melyeknek falát sok helyütt tisztára daganatsejtek alkotják; terjedelmes daganatrészletek elhaltak; a daganatot sarcoma fusocellularenak kell tartani.

A tömlő falának különböző részeiből készült metszeten mindenütt az izomzatba és zsírszövetbe behatoló, szerfelett sejtdús daganatszövetet találunk, a mely részint párhuzamos kötegekbe, részint szabálytalan lefutású gerendákba rendeződött orsósejtekből áll, a minek alapján kétségtelen, hogy az egész tömlő egy óriási nagy, legnagyobbbrészt szétesett orsósejtű sarcoma, mely az első ízben beküldött daganatszövettel teljesen megegyező szerkezetű.

Farkas Ignác: A bemutatotthoz hasonló hasfali sarcomát operált 2 év előtt IV. hónapban terhes nő. A daganat kis gyermekfej-nagyságú volt, a csipő-tarjától kiindulól kb. a köldökig terjedt. A hashártyával erősen össze volt növe, ezért a hashártyából egy tenyérynnyi darabot eltávolított a daganattal együtt. A hashártyát csak nehezen sikerült zárni. A hasfalat rendes csomós varrattal zárta. A nő a terhességet jól állotta ki és a IX. hónapban fejlett gyermeket szült. A hasfal a terhességet és a szülést jól elbírta. A műtét óta 2 év telt el, az egyén teljesen egészséges, sem recidiva, sem hasfali sérv nem észlelhető rajta a nagy kiterjedésű hasfal- és hashártya-részlet eltávolítása dacára.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(X. bemutató szakülés 1913 november 12.-én.)

Elnök: Ángyán Béla.

Jegyző: Szinnyi József.

A rák kóroktanáról és morphológiájáról.

Krompecher Ödön: Rövid bevezetés után rátér a rák-elméletekre, szól a Broca-féle blastoma-elméletről, a localisatiós teoriáról, a Thiersch-féle antagonismusos, a Verneuil-féle diathesis, a Cohnheim-, Ribbert-elméletről s részletesebben tárgyalja a parasítás teoriát, főleg a híressé vált Fibiger-féle vizsgálatokkal kapcsolatban. Fibiger kopenhágai tanár ugyanis évekre terjedő kísérletekkel első ízben bizonyította be, hogy a rákot, nevezetesen patkányok gyomorrájkát, férgek, még pedig spiropterák okozhatják. E parasiták a svábogár szervezetében élőködnek, s ennek megfelelően főleg oly patkányok betegednek meg rákban, melyek svábogarakkal táplálkoznak. Előadásának második részében a rák viszonyát tárgyalja a többi daganathoz és részletesebben foglalkozik a rák kezdeti szakában észlelhető szöveti elváltozásokkal. Szól továbbá a rák mikroszkopos diagnosizálásának kriteriumairól s arról, mennyiben szabad a mikroszkopos szerkezet alapján a rák jobb vagy rosszabb természetére következtetni. Előadása végén Fibiger-től kapott készítményeket demonstrál.

Budapesti Orvosi Kör.

(Havi ülés 1913 december 2.-án.)

Elnök: Cs. Papp Samu.

Jegyző: Mohr Mihály.

A bergonizálás mint soványító eljárás.

Hoffmann Jenő: A bergonizálás a soványító kúrák azon kategóriájába tartozik, mely a kiadás fokozásával állítja be a szervezet anyagforgalmi mérlegét a deficittel való dolgozásra. Az eljárás a fárados áramnak az izmokra gyakorolt érelyes ingerlő hatásán alapszik s nem egyéb, mint ennek generalizált alkalmazásával előidézett intenzív, szabályos, rhythmusos és harmoniás izomgymnastika. Az eddig alkalmazásban volt fárados áramok fájdalmasságuk miatt nem feleltek meg a célnak, azért Bergonié az inductió viszonyok pontos tanulmányozása után olyan gépet szerkesztett, mely alacsony feszültségű és teljesen szabályos hullámú fárados áramot szolgáltat, a melylyel tehát igen intenzív általános izomgymnastika hosszú ideig s huzamos időn keresztül is véghezvihető a nélkül, hogy az izomzat kifáradna. Ez pedig akként történik, hogy egy tetanusozó fárados áramnak percenként 120-szor

való megszakítása által 120 izomcontractio létesítetik percenként oly módon, hogy minden egyes contractio után ugyanolyan hosszú idejű szünet következik, mely alatt az izomzat teljesen kinyugodja magát. A kezelés lényege az, hogy lehetőleg nagy felületű és sok electrod elhelyezésével az egész test izomzatában rhythmusos és intenzív izomtánczot létesítünk, mely egyáltalán nem fájdalmas. Ezen izomtáncz természetesen munkával jár, mely 100 kg.-ig menő s a testre ráhelyezett homokzsákokkal még fokozható. Ezen nagy izommunkával az oxydatiós folyamatoknak óriási mértékben való erősödése, az anyagforgalom, a vér- és nedvkeringés, evvel párhuzamosan a belső secretiónak intenzív módon való élénkítése, az el- és kiválasztásnak fokozódása jár, még pedig — a mi fontos — physiologic, mert physiologiai úton és a physiologiai határokon belül történik. A kezelésnek óriási előnye, hogy az izomzat kifejlődik s megerősödik, ezzel pedig mindenkinek hatalmas fegyvert adunk a kezébe, hogy ennek felhasználásával a további elhízásnak elejét vehesse. A kezelés a szívre teljesen ártalmatlan, mert a vérnyomás alig emelkedik az egyes ülések alatt, a szívre pedig nagyobb munkát nem ró, mivel a légzés erősödésével fokozódik egyszersmind az oxygen-felvétel s a szénsav-leadás; ez a két tényező magyarázza meg a bergonizálás teljesen ártalmatlan voltát szívbetegségeken s emphysemásokon.

A kezelés után euphoria áll be, az egyén üdének, ruganyosnak érzi magát.

A kezelésnek, illetőleg a kúrának végeredménye egyénenként változó nagyságú súlyfogyás, mely 1.5—4 kilóig terjedhet hetenként.

A rheumás, neuralgiás tünetek, a dyspepsiás zavarok, a cephalalgia, az insomnia és általában mindazon tünetek, melyek a meglassúbbodott anyagcserének a következményei, már az első 10—14 kezelés után eltűnnek. Az izomzat kifejlődésével párhuzamosan pedig az aktivitás fokozódik. Egyének, kik azelőtt teljesen képtelenek voltak a mozgásra, egész könnyen tesznek még meg 1—2 km.-es sétákat. Eme physikai ujjászületéssel karöltve halad a psychés is. Az idegesség, depressió, melancholia eltűnésével fokozódik az életkedv, a tehetetlenségi érzés megszűnésével az egyén visszanyeri energiáját, ismét kedvet kap foglalkozni saját dolgaival s visszafoglalja elvesztett helyét a társadalomban. Mindez pedig onnan van, mert az intenzív izommunka az idegrendszer közvetítése nélkül, sőt annak direct kikapcsolásával történik. Az izomcontractiohoz az impulsust nem az idegrendszer, hanem az elektromos áram adja.

Minthogy az eljárás a kiadás fokozásán alapszik, ha az egyén ugyanakkor fokozza bevételeit, az anyagforgalmi mérleg ismét egyensúlyi helyzetbe jön. Mivel pedig az ilyen egyének rendszerint jól s bőven szeretnek étkezni, diétájukban egy kis megszorítást kell alkalmazni. Minél jobban szorítjuk meg a bevételeit, annál intenzívebb és gyorsabb lesz a súlyfogyás. Ezen megszorítást a betegek nagyon jól tűrik, sőt a tapasztalat azt mutatja, hogy a kezelés folyamán a diétát ők még jobban megszorítják s mindannak dacára sem érzik az étkezés hiányát s nem szenvednek, mint a diétás kúrák alatt. Ez pedig onnan van, hogy az intenzív izommunka mobilizálja s beolvasztja a felhalmozódott zsírt és glykogent s ez úton kisebbedik a szervezet külső tápanyag-szükséglete, mert saját raktárát fogyasztja.

Jakab László: Az előadó felfogását nem osztja abban, hogy a Bergonié-készülék alkalmazása 15—20 perc alatt, de egy óra alatt is valami jelentékeny izommunkát váltana ki, s így ezzel az izommunka fokozásával jelentékeny befolyást lehetne elérni. Véleménye szerint a diéta a döntő, a bergonizálás csak mint kellemes (?) adjuvans alkalmazható. Az anyagcserébántalmakban pontos vizsgálatok alapján lehet csak kimutatni, melyik factor milyen hatású. Sem az előadó, sem a kik az irodalomban a Bergonié-eljárásról írtak, nem közöltek pontos, kísérletileg beállított és objective megítélhető adatokat. A Bergonié-készülék véleménye szerint használható szívbetegségeken mint adjuvans a fogyasztó kúrának, de azt a nagy értéket, a melyet az előadó tulajdonít neki, bebizonyítottak nem látja.

Sümegi József: Szintén meg akarta szerezni a bergonizáló gépet, de tudakozódására azt hallotta, hogy nem nagy kedvvel használják és nincsenek vele megelégedve. Ezért lemondott róla. Szívbetegségeken

óvatosnak kell lenni a soványítással. A diaeta mellett a massage is fontos. A hasmassagét az emésztés előmozdítása végett végzi. Lesoványodni csak erélyes diaetával és erélyes mozgással lehet, sokkal olcsóbban.

Nem lehet igaz az előadó azon állítása, hogy a bergonizálás után a szív kisebb lesz, csak átmenetileg talán, mert a végtagokban nagyobb a vérbőség. A Bergonié-készüléknek hűdések esetében lehet szerepe, mert activ összehúzódásokat vált ki. Ezért ezen a téren nagy vívmánynak tartja.

Hoffmann Jenő: Sümege nagy vívmánynak tartja a bergonizálást a hűdések kezelésében, de ez nagyon költséges eljárás volna, mert a hűdéseket olcsóbban is lehet villamozni. Rögtön nem is szabad faradizálni, ez műhiba volna. Hogy a diaeta volna az egyedüli helyes soványító eljárás, ehhez kétség fér, különben is a diaeta néha nehezen vihető keresztül, a bergonizálás jókora izommunkát végez passiv s ez előnyös, mikor 120 kg.-os egyén nem tud sportolni, vagy a szigorú diaeta nem vihető keresztül. A bergonizálás az izomzatot fejleszti s így a betegnek fegyvert ad kezébe a további hizás ellen.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XVI. szakülés 1913 november hó 8.-án.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Géber János bemutatásai: a) *Lupus erythematosus*. A 19 éves leánynak majdnem az egész arcára ráterjedő lupus erythematosus van, mely kb. 2 éve áll fenn és lassan terjed. Feltűnő az igen nagyfokú elszarusodás, mely főleg az orrháton tetemes. Foglalkozik a folyamat aetiologiájával és annak a tuberculosishoz való viszonyával. Szembeállítja az ez irányban végzett vizsgálatokat és arra az eredményre jut, hogy azt a kóros folyamatot, melyet mi lupus erythematosusnak nevezünk, s a mely lassan terjedő idősült gyulladás és exulceratio nélkül hegszerű atrophia-ra vezet, gyakran idézi elő a tuberculosibacillus, azonban más különböző okok is előidézhethet. Mint ilyen nem tartja egységes betegségnek.

b) *Rupia syphilitica*. A 22 éves emberen a fertőzés 4 hó előtt történt, mely után már 2 hó múlva állottak be a most is meglévő súlyos elváltozások. Főleg a therapiával foglalkozva kiemeli, hogy mily bámulatos hatással van ilyen esetekben a salvarsan, melyet kis dosisokban (0.2—0.3 neo-salvarsan) adtak.

II. Apáthy István: A kiválasztó szervek különleges festődése resorcin-fuchsinnal.

III. Ács-Nagy István: A tüdőtuberculosis korai diagnosisa a Koch-féle tuberculinnal.

(XVII. szakülés 1913 november 15.-én.)

Elnök: Davida Leo.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Hatiegán Gyula: Egyoldali dobverőujjak az arcus aortae és arteria anonyma aneurysmája esetében. Esete kapcsán ismerteti az egyoldali dobverőujjak keletkezésének és előfordulásának viszonyait. Ezen ujj-deformatio kifejezett esetét észlelte 41 éves férfin, kin a physikai és Röntgen-vizsgálat az arcus aortaeről az arteria anonymára reáterjedő aneurysmát derített ki. Az eddigi irodalomból 15 hasonló esetet gyűjtött össze, de ezek közül is csak öt van klinikailag bebizonyítva; a többi esetben az egyoldali dobverőujj nem áll közvetlen oki összefüggésben az aneurysmával.

II. Hatiegán Gyula és Döri Béla: Adatok a pellagra tünettanához. Beszámolnak azon gyomor-bélvizsgálatokról, melyeket az utóbbi két évben a klinikán előfordult pellagrás betegek végeztek. A gyomornedvelválasztás csökkenésével kapcsolatosan teljes achlorhydriát és aepsziát és az összes nagymértékű megkevesbedést észlelték, ezzel szemben a pancreas- és bélfunctio rendes viszonyokat mutatott.

Hozzászól: Benedek László.

III. Benedek László és Zsakó István: A Brown-Séquard-féle bénuláshoz.

(XVIII. szakülés 1913 november hó 22.-én.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Feszt György: Lövési sebzés néhány esete. Az első eset emberölés volt. A halott fekvőhelyén a földön alig tenyér-nagyságú vékonyrétegű vérnyom volt s a ruhának bevérző-

dése sem árult el nagyobb vérvesztést, ennek nyomait a halottvizsgálat sem állapította meg, sőt a halott belső részei úgyszólván rendes vértartalmúak voltak s a sérülés az elvérzésre kellő nagyságú kaput nem nyitott. A löcsatorna ugyanis az egyik bőr-gyűjtőér megszakítása után a nagyobb vérekek sértése nélkül haladt keresztül a nyakon, útközben a légcső hátulsó falát közvetlenül a gyűrűpercz alatt roncsolva. A fenforgó körülmények között három halál-okkal kellett számolni, nevezetesen a levegőemboliával, a fulladással és az ú. n. shockkal. Levegőembolia nem jöhet szóba. A fulladásra volt alkalom, tekintettel azonban a halál beállásának hirtelenségére, a vérömlés csekélységére, a sérülés vérbeszűrődésének kis fokára, a harmadik halál-ok vált valószínűbbé.

A másik eset gondatlanságból okozott testi sértés. A sérülés alakja egészen szokatlan: a hasnak jobb oldalán a bordaív szélén a fehér vonaltól pár haránt ujjnyira legfelül egy hosszirányban elnyúlt horzsolás, azután egymástól 15 cm.-nyi távolságban egy vonalban két kb. egyforma nagyságú kerek anyaghiány tűnik fel. A sérülés úgy keletkezett, hogy a sértett a lövés pillanatában ült a sértett oldala felé meghajolva, a terhelt pedig mellette állott.

Képen bemutat egy esetet, mely évekkel ezelőtt került észlelésre: a 14 éves fiúnak farán lévő sértést seréttel töltött fegyver, állítólag véletlen sérülés okozta. Azonban a terheltnek ez a védekezése gyanus színben tűnt fel, a mikor megállapítást nyert, hogy a végbélnyílás mellett is van egy második különálló sértés. Az alaposabb vizsgálat kiderítette, hogy a két sértés összefügg, hogy a végbélroncsolás a faron lévő sértés löcsatornájába esik.

A másik három esetnek különösebb érdekessége nincs, mind a három öngyilkosság.

II. Lechner Károly előadása: Az impressiókról és a revelatiókról. Hosszú évek során eszközölt megfigyelések és kísérletek alapján a következő eredményekre jutott:

1. Az impressiók olyan perceptiós érzések, a melyek elégtelen vagy hiányos ingerfelvétel mellett, túlerős, de összevágó reflexvisszahatások okából érzéki csalódásként keletkeznek.

2. A revelatiók hasonló jelenségek, csak hogy tökéletlen reproductiós képzetekből erednek, ha azokat igen heves re-actiók kísérik. A re-actiók többnyire affectusos visszahatások alakjait öltik, a melyek tévedésnek minősítik az eredményt.

3. Mindkét jelenség élettani határok között is előfordul, a mikor úgy a csalódás, mint a tévedés korrigálható.

4. Mihelyst ez a correctio már nem lehetséges, kóros tünetekkel állunk szemben.

5. A kóros impressiók és a kóros revelatiók az ingert-felvevő szervek beteges gyengeségéből, valamint a re-actiós szervek túlságos ingerlékenységéből származnak, a mi többnyire öröklött ideges alkat vagy szerzett ideges hajlandóság alapján fejlődik ki.

6. A kóros impressiókból és a kóros revelatiókból könnyen téves eszmék keletkeznek, a melyek correctio hiányában állandósulnak, a belátás számára hozzáférhetetlenné válnak, az őket felhasználó értelmi munka által rendszerbe fűződnek, az öntudat összes tartalmába belekapcsolódnak és végre az egész egyént lelkileg átalakítják.

III. Imre József: Tehén szarvától okozott szemsérülés esetét mutatja be. Idősebb földműves november 5.-én heves ütést szenvedett jobb szemén tehene szarvától; nagy szikrázást látott szeme előtt, heves fájdalmat érzett, vér szivárgott hosszabb ideig a szemrésből, de nem szédült el s nemsokára folytatta a dolgát. Szemhéjai azonnal bedagadtak. Másnap a szem-klinikán jelentkezett, a hol a következőket találták: A felső szemhéj igen vastag, nagy véraláfutástól feketés, lelóg az alsóra; a belső zug közelében a szemhéj szélén tépett felszínű, mintegy 4 mm. mély szakadás (coloboma); a szemhéjak széthúzásakor a conjunctiva bulbi felül, a szaruszélről 3—4 mm.-nyire eső félkörben beszakadt, reáfekszik a szaruhártyára, a kötőhártya sebe szélesen tátong; a sclera ép. A

szemgolyó 15 mm.-nyire áll előre, teljesen mozdulatlan minden irányban; kézzel is alig mozdítható az orbita feszes kitöltése miatt. A szaruhártya ép, a pupilla középtág, nem reagál, fényérzete van; a szemgolyó belseje tiszta, a háttérben semmi kóros, a látóidegfő erei talán kissé szűkebbek, mint a másik oldalon. A három súlyos változás: az exophthalmus (szemgödörbeli vérzés), a szemizmok teljes bénulása és a vaktság bizonyosan egy anatómiai okból keletkezett, de nem lehet könnyen megjelölni, miből. Az előadó nem hiszi, hogy mind a három mozgató ideg megbénulhatott volna csupán a vérzéstől, vagy a tehénzarnak a bulbus és a szemgödörfal közé való behatolásától; valószínűbbnek tartja, hogy az orbita csúcsában csontrepedés történt. Mintegy 2 hét alatt a bemutatásig az exophthalmus csökkent, a látás kézmozgás észrevételéig javult, de a mozgás nem tért vissza.

(XIX. szakkülés 1913 december 6.-án.)

Elnök: **David Leo.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. Imre József: Az anisometropia jelentősége. Az előadó a felemás fénytörés fontosságát abban látja, hogy leghathatósabb előmozdítója a kancsalságnak s a két szem fénytörésbeli különbsége miatt kancsalság nélkül is igen gyakran az egész életen át tartó egyszemes látást okoz, mely az egyént sokféle foglalkozásra alkalmatlanná teszi. Az egyetemi szemklinika forgalmából vett adatok közlése után megállapítja, hogy a gyermekkorban (körülbelül 15 évig) mindenki elfogadja a két szemet egészen javító, tehát különböző üvegek rendelését s hogy a legtöbb felemás szemű egyénnek nincs jó kétszemes látása, de ez a fénytörés pontos kijavítása után fiatalokon helyreáll; ezt a kijavítást az egész életre kiható, a szemek teljes használhatóságát biztosító rendszabálynak tekinti. Előadja, mily szabálytalanul, rendszertelenül látszik kialakulni a két szem használatának módja a felemás szeműeken, a két szem szabályos működése, az egyik szem képeinek kizárása, a váltakozó használat, kancsalitás; de a helyzet fejlődése, a fénytörési hiba minősége s a látás különböző élessége mellett leginkább a szemizmok egyenletes vagy aránytalan fejlettségétől, ú. n. egyensúlyi állapotától függ. Ismerteti az izom-egyensúlyt és a szemek úgynevezett nyugalmi helyzetének megállapítására szolgáló módszereket és eszközöket, melyekkel azt találta, hogy a 6—20 év közti korban levő egyéneknek $\frac{2}{3}$ része *nem bír* jó kétszemes látással s az ilyenek tetemes részének, főleg az anisometropiásoknak nincs arányos izomműködése a két szemben. Minthogy pedig felnőtt egyéneknél a különböző fénytörésű szem sokszor már nem javítható teljesen: minél előbb kell a helyes szemüveg használatát megkezdni s ebből az érdekből sürgősen ajánlja, hogy a tanulók szemének megvizsgálására, sőt általában érzékszerveik hibáinak kutatására az iskolaorvosok a részükre tartott tanfolyamon rendszeresen gyakoroltassanak.

II. Hatiegán Gyula: Az alimentaris galactosuria klinikai jelentősége májmegbetegedésekben. 41 esetre vonatkozó vizsgálatai alapján kimondja, hogy 1. az alimentaris galactosuria az icterus catarrhalis állandó kísérő tünete; a kiválasztott tej-cukor mennyiségének ismerete alapján még az elkülönítő körjelzésre is felhasználható; 2. a tej-cukor beadása utáni hőemelkedést cholangitis eseteiben nem tartja szabályszerűnek és állandónak.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A natrium bicarbonicum subcutan infúziójáról tartott előadást *Magnus-Levy* a berlini „Verein für innere Medizin“ november 17.-i ülésén. Főleg coma diabeticum eseteiben már ismételt megkísérelték natrium carbonicum és natrium bicarbonicum subcutan bevitelét, de elhagyták ezt az eljárást a beállott necrosis miatt. Az előadó szerint azonban sohasem áll be necrosis, ha a következő módon készült oldatot használjuk: natrium carbonatnak magas hőmérséken sterilizált oldatához kevés phenolphthaleint adunk, úgy hogy a folyadék erősen vörös színű lesz; most aseptikus módon addig vezetünk át rajta szén-savat, a míg az oldat elszíntelenedik. Coma

diabeticum, uraemia stb. eseteiben már sokszor használta az előadó az ilyen módon készült oldatot és csekély fájdalomsságon, meg mérsékelt duzzanaton kívül semmiféle kellemetlenséget sem látott; 1000 cm³ is adható belőle egyszerre. Intravenás infúzióhoz is ajánlja ezt az oldatot.

Pravaz-tűket az alsó végtagokban talált *Goldstern* egy beteg, a ki 20 év óta morphinista s a ki a morphium-befecskendezéseket többnyire az alsó végtagjain végezte, sokszor sebtiben, úgy hogy a tűk beletörték. Röntgen-felvételeken mintegy 160 ilyen letört tűt lehetett látni. Az illető az utóbbi időben már 2 gramm morphiumot használt el naponként. (Gesellschaft für innere Medizin in Wien, 1913 december 18.-án tartott ülés.)

PÁLYÁZATOK.

420/1914. szám.

Hódmezővásárhely város törvényhatóságánál az 595/1912. kgy. sz. határozat és az azt jóváhagyó 167.442/III. a. 1913. B. M. sz. rendelet értelmében újonnan rendszeresített s törvényhatósági közgyűlés által választás útján betöltendő **kerületi tisztiorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állás javadalmazása a IX. fizetési osztályban (évi 2600 korona törzsfizetés és évi 600 korona lakbér) van megállapítva és a szervezési szabályrendelet által meghatározott mellékjárandóságok szedhetési jogával, valamint nyugdíjjogosultsággal van egybekötve, ezenkívül a magánorvosi gyakorlat folytatása is megengedett.

Felhívom tehát mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket a 80.099/1893. sz. belügyministeri rendelet értelmében tisztiorvosi képesítésüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérelmüket **1914. év február 12. napjának délutáni 5 órájáig** a polgármesteri hivatalhoz nyújtsák be.

Hódmezővásárhely, 1914. január 22.-én.

Soós István dr., h. polgármester.

300/1914.

A pécsvárosi közkórház elmeosztályán megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Az elmeosztály másodorvosának javadalmazása 2000 korona fizetés, természetbeni lakás és I. osztályú élelmezés. A bentlakás kötelező.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoctorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló, valamint egészségi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos *Visy László* úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához címezve, alulírt kórházigazgatóságához legkésőbb **f. évi február hó 12.-éig** nyújtsák be.

Megjegyeztetik, hogy kellő minősítésű pályázó hiánya esetén a másodorvosi állásra ideiglenesen kötelező kórházi évet töltő orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

A kinevezendő másodorvos helyét csak a lemondástól számítandó 4 hét letelte után hagyhatja el.

Pécsen, 1914. évi január hó 27.-én.

A pécsvárosi közkórház igazgatósága.

4754/1914. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskunvármegye kiskunfélegyházi járásához tartozó Kiskunmajsa nagyközségben újonnan szervezett **másod községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján 1400 korona kezdő fizetés, ötvenként 200 korona korpótlék, továbbá 600 korona lakbér.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz **f. évi február 20.-áig** adják be.

Kiskunfélegyháza, 1914. január 26.

A főszolgabíró.

A **kassai magy. kir. állami bábaképzőintézetnél** az **I. tanársegédi állás** megüresedvén, ezen állásra, illetve esetleges előléptetés esetén a **II. tanársegédi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek.

Az ezen állásra pályázók az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi február hó 5.-éig** alulírott igazgatóságához nyújtsák be. A kérvényben határozottan feltüntetendő, vajjon csak az I. vagy I. és II. tanársegédi állásra pályáznak-e.

Az állás **f. évi február hó 15.-én, legkésőbb azonban márczius hó 1.-én elfoglalandó.**

Javadalmazás: évi 2000, illetve 1400 korona fizetés, valamint természetbeni lakás, világítás és fűtés és I. oszt. teljes ellátás.

Előnyben részesülnek, akik hosszabb **sebészeti** vagy **szülészeti** intézeti működést, valamint **laboratoriumi** munkákban való jártasságot tudnak kimutatni.

Tót nyelv bírása kívánatos.

A kassai magy. kir. bábaképző intézet igazgatósága.

314/914. sz.

Gömör és Kishont t. e. vármegye tornaljai járásban az üresedésbe jött harkácsi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Harkács székhelyen kívül Felsővály, Kisgergelyfalva, Alsóvály, Gömörmihályfalva, Felsőkálóska, Alsókálóska, Kisvisnyó, Felsőfalva, Székáros, Alsófalva, Felsőrás, Zsór, Otrókocs, Lőkös, Levárt, Deresk, Jánkfalva községek tartoznak; megjegyzem, hogy ezen községek mind jókarban tartott törvényhatósági út mellett fekszenek s a legtávolabbi község 10 kilométernyire van a székhelytől.

Az évi javadalmazása a következő:

1600 korona kezdő törzsfizetés és négy 200 koronát kitevő ötöd-éves korpótlék, a m. kir. belügyministerium által engedélyezett évi 1000 korona helyi pótlék. A jóváhagyott vármegyei szabályrendeletben megállapított 700 korona fuvarátalány s a megállapított látogatás és műtői díjak és négy szobából álló kerttel bíró modern természetbeni lakás.

Felhívom mindazokat, hogy a kik ezen állást elnyerni óhajtják, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7 §-ában előírt képesítésüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **flyó évi február hó 17.-éig** annyival is inkább terjeszszék be, mert az elkésve beadott kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást Harkács községben körjegyzői irodában f. évi febr. 21.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott körorvos állását **flyó évi március hó 1.-én tartozik elfoglalni.**

Tornalja, 1914 január 16.

Főszolgabíró hivatalból távol:
Soldos, tb. főszolgabíró.

254/1914.

Máramarosvármegye taracsvízi járásához tartozó dombói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Tereselpatak, Pelesalja, Gánya, Alsókálínfalva, Dombó, Taraczkaszna, királymező, Brusztura, Oroszmokra és Németmokra. Székhelye: Dombó.

Az állás javadalma:

1. 1600 korona évi fizetés és 5 évenként négy ízben ismétlődő 200 korona korpótlék.

2. Természetbeni lakás felépítéséig 500 korona lakbér.

3. 400 korona fuvarátalány.

4. 600 korona helyi pótlék.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási, rendelési, műtői és távolléti díjak, melyekből 400 korona jövedelem várható.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7 §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1914 február 26.-áig** nyújtásák be.

A választást a pályázati határnap lejártá után fogom kitűzni.

Taraczköz, 1914 január 17.-én.

A főszolgabíró.

Gömörkishont vármegye közkórházánál, a közkórházban bentlakással kötelezett s az **1914. év február hó 15.-én** okvetlenül **elfoglalandó alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés és világítás. A város területén szabad orvosi gyakorlat annyiban, a mennyiben a kórházi szolgálat ezt megengedi. Vidéki gyakorlat nincs megengedve.

Az állás 2 évről 2 évre meghosszabbítható.

Felhívom folyamodni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal kellően felszerelt kérvényeiket, **Kubinyi Géza** vármegyei főispán úr ő méltóságához intézve, a Gömörvármegyei közkórház igazgatóságánál a **flyó év február hó 10.-éig** nyújtásák be.

Rimaszombat, 1914 január 15.

Löcherer dr., igazg.-főorvos.

12/1914. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi miniszter 1913/51.570. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1600 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt és a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr ő nagyméltóságához címzett folyamodványukat **1914. évi február hó 8.-éig** alulírottához nyújtásák be.

Pozsony, 1914 január 17.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

80/914. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásában fekvő pilisszántói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvosi kör Pilisszántó és Pilisszentkereszt községekből áll. A kör székhelye Pilisszántó.

Az állás javadalma:

1600 korona fizetés,

1200 korona helyipótlék, később megállapítandó lakbér és fuvarátalány; szabályszerűleg megállapított látogatási díjak. A kör területén fekvő uradalmaktól és munkáspénztártól szintén állandó fizetésre lehet kilátása.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi február hó 13.-ának déli 12 órájáig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást f. évi február hó 14.-én d. e. 10 órakor tartom meg Pilisszántó községében.

Pomáz, 1914 január hó 3.-án.

A főszolgabíró.

KEFIR

Teléfono: 20 — 19. Sürgőnyezim: PÁPAY oltóintézet.

legtökéletesebb tápszer, ajánlva különösen tüdő-, gyomor- és vesebajoknál, sápkór- és vérszegénységnél s minden nagyobb betegség alatt és után. Gyors erő- és súlyszaporodás. Kellemes üdítő íze miatt azok is szívesen használják, kik a tejet nem tűrik. —

Budapesten naponta házhöz szállít és vidékre kefir-gombát küld a

Kefir-intézet

Budapest, Teréz-körút 31.



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

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

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Húgyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és 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.

Engel Károly: Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., udv. tan., nyilv. rendes tanár.) A lymphogranulomatosis pathológiája. 105. lap.

Szedlák Ödön: Közlemény a székesfevárosi szent János-kórház elmebeteg-osztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyetemi magántanár.) Az antilueses gyógy-móddal nem kombinált tuberculin-kúra eredményei paralysis progressiva eseteiben. 109. lap.

John M. Károly: Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemő-osztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemő-táplálás fontosabb kérdéseiről. 111. lap.

Günther József: Újabb adatok a hastyphus járványtanához. 115. lap.

Dollinger Gyula: Semmelweis-beszéd. 117. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Hutyra-Marek: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. — **Lapszemle. Belorvosan. W. Arnoldi és G. Brückner:** Calciumchlorid. — **Sebészet. J. Philippovics:** A magasabb korban jelentkező appendicitis diagnosisa. — **Ideg- és elmebetegségeknél. O. Rössle:** Az elmebetegségekre vonatkozó complementtartalom, különös tekintettel a paralysisesekre. — **A Rochon-Duvigneaud és J. Heitz:** A tabesek pupillaris zavarainak fejlődése. — **Szülészeti és nőorvosok. R. Michaelis:** Ovarialis daganatok a végbélnyíláson való kiürülése szüléssel kapcsolatban. — **Gyermekegyorvosok. Eichholz:** Az anaphylaxia veszélyének csökkentése serumnak száraz alakban való adagolásával. — **Húgyászati betegségek. H. L. Kretschmer:** A vesekövek gyógyítása. — **Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Dohnal:** Thymobronchin. — **Roeder:** Episan. — **Nottebaum:** Gyomorból és bélből eredő vérzések. — **Grisslich:** Veronal. 119—121. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 122. lap.

Vegyes hírek. 122. lap.

Tudományos társulatok. 123—125. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A lymphogranulomatosis klinikája.*

Irta: Engel Károly dr., egyetemi magántanár, tanársegéd a II. belklinikán.

Sehütz előadásában a lymphogranulomatosis kórtanáról és kórbonczolástani képéről beszélt, lássuk már most, milyen ezen betegségnek klinikai képe. Magamnak is azt kell mondanom, hogy egy rövid előadás keretén belül ezen tünetekben igen dús betegség klinikáját részletesen előadni nem lehet, egészen röviden, vázlatosan fogok csak foglalkozni vele és kissé részletesebben csak azon tüneteket fogom előadni, amelyek a mi tapasztalataink alapján a kórjelzés és a kórjóslat szempontjából fontosnak kell mondanom.

Mint hallottuk, a lymphogranulomatosis a nyirokmirigyek, illetve a nyirokszövet betegsége. Az esetek túlnyomó számában a betegség első tünete a nyaki nyirokmirigyek megduzzadása. A nyak egyik oldalán a fül alatt, a fül mögött, a fejbícczentő izom szélén vagy a kulcscsont feletti árokban egészen lassan és észrevétlenül, és a mi a fő, minden fájás nélkül, nyirokmirigydaganat fejlődik. Éppen mivel semmi fájást sem okoz, a betegek nagy része nem is tulajdonít neki jelentőséget, csak akkor, amikor a mindinkább növekvő mirigy tetemes nagysága vagy ezzel együtt megjelenő más tünet, gyengeség, sápadtság kezd aggodalmat kelteni. A beteg sokszor csak akkor fordul orvoshoz, miután mindenféle háziszert, hideg, meleg, pépes borítást siker nélkül kísérelt meg. Az orvos a nyak egyik oldalán több kisebb-nagyobb babnyi, mogyorónyi, sőt diónyi, tömött, többé-kevésbé gömbölyű mirigyet talál, mely a bőrrel összekapaszkodva nincsen, szabadon mozgatható. Sokszor már ilyenkor

összekapaszkodottak a mirigyek és a gondos vizsgálat esetleg már a másik oldalon is, habár csak egészen apró borsónyi mirigyeket tud kideríteni. Természetesen éppen olyan a kép akkor, ha az első mirigydaganat nem a nyakon, hanem a test bármely más helyén, a hónaljban, a lágyéktájon jelenik meg. Más elváltozás a szervezetben nincsen, a beteg közérzete, erőbeli állapota, munkaképessége teljesen jó lehet, előfordul azonban az is, hogy már ilyenkor fokozódó gyengeséget, esténként megjelenő forróságot említ a beteg. Ritkán történik meg, hogy a betegnek már ilyenkor kellemetlen, néha kínzó viszketése van az egész testén, vagy testének némely helyén, pl. a végtagok feszítő oldalán, vagy hogy hasmenés mutatkozik. Betegeink közül csak kevesen mutatkoztak ezen a korai kórjelzés szempontjából rendkívül fontos tünet.

Hetek és hónapok múltán, melyek alatt a mirigyek lassan növekszenek, a beteg mind bágyadtabbá válik, nem bírja a munkát, étvágya megromlik, esténként forróságérzete van, a hőmérő apró, 37,3—37,6°-ig terjedő hőemelkedéseket derít ki. Közben első megjelenési helyükön a mirigyek mindinkább növekszenek és ott diónyira, tyúktójasnyira és még nagyobbra is megnőnek, egészen szabálytalan módon ezen helyhez közel másutt is mutatkozik mirigydaganat, lejjebb eső helyen, a nyak másik oldalán, az egyik vagy a másik hónaljban. A beteg sápadt lesz, a gyengeség, a láz mindinkább fokozódik, bár viszont megtörténik az is, hogy a subjectív betegség-tünetek eltűnnek és a beteg több hónapig, a mirigyek változatlan fenmaradása, sőt növekedése dacára, teljesen jól érzi magát. Sokszor fordul elő, hogy e stádium kezdetén, a mikor mirigydaganat csak a nyak egyik oldalán vagy mindkét oldalon, de csak kis terjedelemben van, a beteg sebészt keres fel, a ki a nyirokmirigydaganatot el is távolítja. Eseteink közül ez négyszer fordult elő. De a sebészi beavatkozás nem vezet eredményre, már néhány hét múltán a beteg a műtét helyén vagy annak szomszédságában újból növekedő mirigydaganatokat tud megállapítani.

Ez volna a granulomatosis első, a helybeli betegség idő-

* Az Orvosegyesület 1913. évi december hó 6.-i ülésén tartott előadás.

szaka, a melylyel szemben áll a második, az *általánossá válás*, a *generalisatio időszaka*, mely időszakokat azonban egymástól élesen elválasztani természetesen nem lehet. Az első stadium tünettanát azonban az előbb vázolt képpel nem mérítettük ki. Az imént hallott előadásban tudomást vettünk a lymphogranulomatosis oly gyakori mediastinumos alakjáról. Természetes, hogy ilyen esetben a mellkas felső részében, a gátörüregben tértfoglaló daganat tünetei fognak mutatkozni már a betegség kezdetén. A beteg nyomást, fájást érez mellében, sokat és mindinkább izgatottan köhög, lélekzete nehezülni kezd. Az objectív vizsgálat nagy tompulatot derít ki a szegycsont markolatának megfelelőleg és attól kétoldalt, a mellkas bőre duzzadt, a mellkasbeli gyűjtőerek összenyomása folytán tág, kanyarulatossá gyűjtőerek látszanak a mellkas bőrén. Egy ilyen esetben jobboldali n. recurrens-hűdést tudtunk megállapítani. A Röntgen-átvilágítás a középárnyék felső részének nagyfokú, egyenetlen szélű kiszélesedését derítette ki. Ezen mediastinumos alak egyáltalában nem ritka, sőt a mi tapasztalatunk alapján azt kell mondanunk, hogy a nyaki lymphogranulomatosis terjedésének útja rendszerint az, hogy a nyak-mirigyek megduzzadását nyomon követi a gátörüreg mirigyeinek megnagyobbodása. Sokszor előfordul azonban az is, hogy a mediastinum mirigyeinek megbetegedése a nyak-mirigyek megbetegedése nélkül van jelen, gátörüri daganat esetén éppen ezért granulomatosisra mindig gondolnunk kell. Eseteink közül 12-ben tudtuk a mediastinumos mirigyek duzzanatát klinikailag kimutatni, ezek közül 8-ban az elváltozás okozta tünetek — nevezetesen köhögés, stenosisos lélekzés — állottak a betegség képének előterében.

Rendkívül fontos úgy a körjelzés, mint a körjóslat szempontjából, hogy ezen helybeli betegség stadiumában úgy kikerdezés, mint objectív vizsgálat útján kutassunk az idegek megbetegedésére utaló tünetekre. Schütz előadásában hallottuk, miképpen nyomják össze, illetve kapaszkodnak össze a megbetegedett mirigyek a szomszédságban levő idegekkel. Éppen azért igen nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk annak, ha egy hozzánk forduló beteg, a kinek nyakán néhány, nem is túlságosan megnagyobbodott mirigy van, karjába kisugárzó zsibbadás érzéséről vagy fájásról panaszkodik, vagy arról, hogy egyik keze gyengébb, ügyetlenebb. Eseteink közül négyben mutatkoztak az első stadiumban ilyen ideges tünetek, az egyik esetben oly csekélynek látszó mirigymegnagyobbodás mellett, hogy a különben is nagyon ideges nő orvosai hysteriának minősítették ezen tüneteket. Természetes, hogy éppen olyan nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk a gyűjtőerek összenyomódására vagy a nyirok-mirigyek megbetegedése folytán létrejövő helybeli nyirokpangásra utaló vizenyőnek, mely két esetünkben az egyik karnak és más 2 esetünkben körülírtan az egyik hónaljterületnek felelt meg.

A granulomatosis második stadiuma, az általánossá válás stadiuma akkor kezdődik, a mikor a test távolabbra eső helyein lehet a mirigyszövet megbetegedését kimutatni. E helyek legtöbbször a betegség okozója a nyirokpálya útján kerül el, van azonban olyan is, pl. a lép, a hova csakis a vérpálya útján kerülhet el. Megbetegednek tehát, rendszerint hónapok folyamán, a lágyéktáji, a mesenteriumos, a hashártyamögötti mirigyek, melyek ha a daganatok elég nagyok, tapinthatóvá is válnak. Az esetek mintegy 70%-ában megduzzad a lép, mely lassan fokozódólag azután oly nagygyá lesz, hogy a bordaívét 3—4 harántujjnyira meghaladja; néha azonban akkora, mint a leukæmiás lép, a has bal felét szinte kitölti. A lép megbetegedését sokszor a bal bordaív alól kisugárzó fájás jelzi, egy betegünk ezen mindinkább fokozódó fájás miatt kereste fel klinikánkat. Egy másik esetünkben a hashártyamögötti mirigyek megbetegedésére utalt a czombokba kisugárzó erős fájás. Az esetek mintegy 60%-ában erősen megduzzad a máj is.

Ezen stadiumban már a súlyos és mindinkább rohamosan súlyosbodó betegség képét látjuk magunk előtt. Az erősen megsoványodott beteg feltűnően sápadt, néha jellemző módon valósággal cachexiás, ezzel azután kirívó ellentétben

van arcának a láz okozta körülírt pirossága. Az étvágya igen rossz, táplálkozni nem tud, álmatlan, gyakori a kínzó hasmenés. Az érverés állandóan szapora, sokszor találunk láztalan állapotban is 116—120 pulzust. A láz rendszerint szabálytalan remittáló, a hőmérsék gyakran emelkedik 39° C fölé. A vizeletben gyakran mutatkozik fehérje, melynek mennyisége 1—1½⁰/₁₀₀-t is tehet, igen sokszor positiv a diazoreactio. Ha a mirigyek bizonyos helyen való localisatioja folytán szövödmény nem következik be, akkor a beteg gyorsan előrehaladó, gyakran kiterjedt vizenyővel bekövetkező kimerülésnek válik áldozatává. Természetes, hogy e stadiumban még többször állanak előtérben a betegség helyétől függő szövödményes tünetek, a melyek a halál okozójává is válhatnak. Két esetünkben a betegségnek a gerinczsatornába való betérése, illetve e helyen támadt áttételtől folytán *Brown-Séquard*-typussal kezdődő és végül a myelitis transversa képében lefolyó spasmusos paraplegia fejlődött ki. Más 2 esetünkben a halált egy-, illetve kétoldali csapolás után igen gyorsan visszatérő mellkasi folyadékfelgyülemelés sietette, melyet az irodalom is gyakorinak mond. Egy fiatal asszony betegünk halálát granulomatosisos mirigynek a lélekzöcsöbe való betérése okozta, egy másik betegünk halálát pedig a komplikáló tuberculosis létesítette, többször ismétlődő erős vérköpés sietette.

A betegség lefolyásának ezen vázlatos előadása után néhány fontosabb tünetről külön is kell szólanom, nevezetesen a mirigyekről, a vérelváltozásról és a lázról.

A mirigydaganatokról Schütz előadása után nem sok a mondanivalóm. Hallottuk, és ezt klinikai szempontból is jelentősnek tartom, hogy a mirigyek megduzzadhatnak ugyan ökölnyire és még nagyobbra is, de a bőrrel felette ritkán kapaszkodnak össze, nem genyednek el. A mirigydaganatok néha óriási nagysága valósággal eltorzítja a beteget; azt hiszem, mindnyájunknak emlékezetében lesz egy-egy ilyen beteg, a kinek nem volt nyaka, mert nagy mirigydaganatok töltötték ki az állkapocstól a kulcsontig érő tért. A granulomatosisban gyakran fordul elő, hogy a hetekig vagy hónapokig egyforma nagyságú mirigyek, mirigy csoportok hirtelen megduzzadnak, a mikor a különben teljesen fájdalommentes mirigy igen intenzív helybeli vagy kisugárzó fájdalmat okoz. Egy betegünknek, a kinek ilyen periodusában nyak-mirigyei és lépe is igen fájdalmasak lettek a fossa ovalis tájékán és kisugározva le az egész alsó végtagba oly heves fájása támadt, hogy morphium-injectióval alig tudtuk csillapítani. A mirigyek ezen hirtelen megduzzadásának oka lobos bővérűség, kevésbé gyors a nyirokmirigynek nyirokpangás folytán való megduzzadása. Ezen hirtelen megduzzadás néha párhuzamos a láznak erősebbé válásával vagy újból való megjelenésével, erős leukocytosisal. De előfordul épp úgy a nyilvánvalóan erős bővérűség folytán megduzzadt mirigyek spontán megkisebbedése is, a mi azért fontos, mert esetleg az alkalmazott therapia hatásosságának hibás megítélésére vezethet. A mirigyek nagysága különben sem marad változatlan. Schütz előadásából hallottuk, hogy a mirigymegbetegedés természetében van az előrehaladó kötőszöveti zsugorodás, innen van, hogy régebbi mirigyek minden therapiái beavatkozás nélkül is kisebbé, tömöttebbé, valósággal porckeménynyé válhatnak, a mivel szemben a friss mirigyek inkább puhábbak. A mirigy megbetegedése folytán a mirigy működése kétségen kívül szenved, innen azon erős nyirokpangás, a mely a megbetegedett mirigyek körül levő bőrnek vizenyős beszűrődését hozza létre, a mely sok esetben annyira tömött és ellenálló, hogy igazán arra kellett gondolnunk, hogy ez esetben a bőrnek lymphogranulomatosisos beszűrődésének is szerepelnie kellett, a mely elváltozásról az irodalomban sokszor találunk feljegyzést. Mi magunk erre irányuló histologiai vizsgálatot nem végezhetünk.

A vér vizsgálatát illetőleg azt kell mondanunk, hogy jellemző, fajlagos elváltozás nincsen. A vörös vörsejtek száma és a haemoglobin mennyisége a betegség előrehaladásával fokozatosan csökken, a betegség végső stadiumában súlyos anaemiát lehet kimutatni, a vörös vörsejtek száma egy millió

körül van. Gyakran fordul elő azonban, hogy a betegség aránylag erősen előrehaladott stadiumában sem válik a beteg nagyobb fokban szegényvérvűvé. A fehér vérsejtek sem mutatnak tipusos viselkedést. Leggyakoribb és diagnostikai jelentőséggel is bír a neutrophil leukocytosis, a midőn a fehér vérsejtek száma 30—40 ezret tehet ki 80—85% neutrophil leukocytával. A legnagyobb fehérvérsejtszám, a mit észleltünk, 58.000 volt. Előfordul azonban a fehér vérsejtek csekély megszorodása, 10—15.000 leukocytá, teljesen normás száma, sőt megkevesbedése is. Volt olyan esetünk, és ez gyakran fordul elő az irodalmi adatok közlése szerint is, a hol az igen erős leukocytosis a későbbi lefolyásban rendes fehérvérsejtszámmal adott helyett, de volt olyan esetünk is, a hol a betegség kezdetétől fogva a fehérvérsejtszám mindig rendes volt. A neutrophil leukocytosis oly módon jelenik meg, mint azt fertőző betegségben vagy erősebb lobosodással járó betegségben megszoktuk. *Nägeli* ebben a szervezetnek a lobos betegséggel szemben való biológiai reakcióját látja s fontos érvenként tekint a lymphogranulomatosis lobos eredetét illetőleg. Rendellenes fehérvérsejthalak, elsősorban myelocytá, ritkán fordul elő. Csak olyankor jelenik meg a vérpályában, a mikor a neutrophil leukocytosis igen nagyfokú, vagy a mikor a bonczolás a csontvelőben számos áttételt derít ki. Diagnostikai szempontból fontos, hogy úgy látszik kivált a betegség elején relativ lymphocytosis mutatkozhat, nyilvánvalóan a megbetegedett mirigyek helyett működő más nyirok-mirigyek túlkompensálása folytán. Ilyen lymphocytosis volt *Bence* tagtárs egy bemutatott esetében — 29% lymphocytá 14.000 fehér vérsejt mellett —, a melyben épp ezen tünet alapján a betegségnek a lymphás pseudoleukaemiához való tartozandósága látszott valószínűnek, holott a próbaexcisio kétségtelen lymphogranulomatosiszt igazolt be. Egyes szerzők szerint a relativ lymphocytosis a betegség kezdetén az okozhatná, hogy, miként azt *Ziegler* véli, a betegség kezdetén tiszta lymphocytás hyperplasia mutatkozhatik. Miként *Schütz* előadásában hallottuk, a mi eseteink közül egyben sem látunk ilyen stadiumnak megfelelő histológiai képet. *Schütz* előadásából hallottuk és a vetített képeken láttuk, hogy a lymphogranulomatosisos szövetben felette gyakran eosinophil sejteszűrődést lehet kimutatni; az eosinophil sejtek száma néha óriási. Daczára annak, hogy a kivétel e szabály alól aránylag ritka, erősebb eosinophil leukocytosis a keringő vérben nem sikerült kimutatnunk még oly esetben sem, a hol a próbaexcisio vagy a sectio után végzett histológiai vizsgálat a mirigyekben igen erős eosinophil sejteszűrődést derített ki. Egyetlen egy esetünkben volt az eosinophil sejtek száma 12·2%, egy másik esetünkben 7% volt, különben teljesen a rendes határok között mozgott. *Schütz* előadásából hallottuk, hogy a histológiai körjelzés szempontjából az eosinophil sejteknek habár nem is döntő, de nagy a jelentősége; a klinikai körjelzés szempontjából sajnálatosnak kell mondanom, hogy a vérben megfelelő elváltozás hiányzik.

Lássuk már most a láz megjelenésének típusát.

Már említettem, hogy a láz rendszerint szabálytalanul remittáló jellegű. Gyakran fordul elő azonban az intermittáló jellegű láz, a hőmérséknek sokszor 39—40 C°-ra való felemelkedését gyakran vezeti be intenzív rázóhideg. Rendkívül fontos a láznak recurrens, visszatérő alakban való megjelenése. A láz rövidebb-hosszabb idei fennállás után elmúlik 8—10—14 napra vagy még hosszabb időre és minden kimutatható ok nélkül hirtelen újból beköszönt. A lázzal párvonalosan rendszerint megduzzadnak a mirigyek, a lép; a láz elmúlásával a mirigyek, a lép megkisebbedhetnek annyira, hogy látszólag normás állapot következik be. Sokszor bizonyos szabályosság mutatkozik ebben; 8—10—14 napi lázas állapot körülbelül ugyanolyan hosszú láztalan állapottal váltakozik. Ezek voltak azon esetek, melyeket *Pel* és *Ebstein* már 1887-ben *febris recurrens chronica* néven írt le. Egy esetünkben — egy szerencsétlen kollega esetében — 9 hónapon belül 14-szer következett be a láznak ily alakban való visszatérése, a betegség végstadiumában azután több héten keresztül remittáló, illetve állandó jellegű volt a láz. A lázas

időszakban rettentően lesorványodott és elgyengült a beteg, a láztalan időszakban azonban bámulatos módon annyira összeszedte magát, hogy felkelt és szinte egészségesnek látszott. Ritka kivételeket nem tekintve, csak granulomatosisban fordul elő a visszatérő láz ez alakja, a mi diagnostikai szempontból igen fontos. Az előbb említett esetben sehol egyetlen mirigyét sem lehetett kimutatni, a láz idején megduzzadt a lép és mi a körjelzést mégis egész határozottan lymphogranulomatosisra tettük, mely körjelzést a bonczolás beigazolta. Élénk emlékezetemben van egy másik ilyen eset, a melyet mintegy 10 év előtt boldogult báró *Korányi Frigyes* tanár klinikáján észleltem. Egy ugyancsak a 30-as években levő férfiról volt szó, a kinek ilyen visszatérő láza volt minden tapintás útján kimutatható mirigynagyobbodás nélkül. *Korányi* tanár a beteget mint *Pel-Ebstein*-féle febris recurrens chronicában szenvedőt mutatta be a hallgatóknak, a mirigyeket a gerincoszlop kopogtatása révén a mediastinum posticumban találta meg. Nem tipusos visszatérő lázat többször észleltünk ezenkívül, úgy hogy megerősíthetjük *Ziegler* véleményét, hogy a febris recurrens a granulomatosisban gyakori, 40 esete közül 12-ben volt ilyen jellege a láznak.

A betegség lefolyását és ennek képét elsősorban az elsődlegesen megbetegedett mirigyek helye szabja meg. A mediastinumos alakról, a leggyakrabban előforduló generalisatio alakról már szoltam. *Ziegler* a lefolyás alapján a lymphogranulomatosisnak ezenkívül még több alakját különbözteti meg. Ilyen a *typhoid* vagy *larvált alak*, a midőn remittans vagy recurrens láz mutatkozik előrehaladó szegényvérvűséggel és cachexiával, lép- és májmegnagyobbodással, kimutatható mirigymegnagyobbodás nélkül. A megbetegedett mirigyek ez esetben a gerincoszlop mentén, illetve a hasbát mögött vannak. Ezen alaknak felel meg azon eset, melyről mondtam, hogy tipusos febris recurrens chronica mutatkozott. *Splenomegalia*s alakot, melyben a lép megnagyobbodása áll a tünetek előterében, szintén láttunk. *Ziegler* ide azon eseteket sorolja, a melyekben a retroperitonealis mirigyek betegszenek meg elsősorban, melyek azonban nem tapinthatók, és ezt követi a lép rendkívüli módon való megnagyobbodása. A mi esetünkben a bordaívét jó négyujjnyira meghaladó lép-daganaton kívül csak a jobb hónaljban volt mirigymegnagyobbodás, melynek próbakimetszése igazolta a lymphogranulomatosis körjelzését. Ritkábbnak mondja *Ziegler* az ostitis-periostitis alakot, a betegségnek a *Mikulicz*-betegség képében, a köny- vagy nyálmirigyek infiltrálása alakjában való megjelenését, a milyen alakokat mi nem észleltünk.

A betegség lefolyása meglehetősen gyors. Az első mirigy megjelenésétől a halálig rendszerint 1½—2½ év szokott lefolyni. A betegség tartama elsősorban az első stadium idejétől függ, mely kivételes esetben több évre is elhúzódik. A generalisatio tartama ½ évnél nem szokott hosszabb lenni, körülbelül ennyinek kell tehát megszabnunk a betegnek még hátralevő életét, ha már az elsődleges betegség helyétől távolabb eső helyen is tapintunk mirigymegnagyobbodást vagy ha már jelentékenyebb lépduzzanatot tudunk megállapítani. Meglepetésszerűen azonban nem egyszer következik be, még a generalisatio időszakában is, hosszabb időre elhúzódó remissio, mely csalogó reménnyel kecsegteti a beteget és az orvost egyaránt. Sokszor azonban a betegség lefolyása sokkal gyorsabb. Még a generalisatio előtt bekövetkezik a betegnek halála, ha az elsődleges betegség az életet fenyegető módon alakul ki. Gyakran fordul ez elő a gátorüreg mirigyének megbetegedése esetén, a midőn a megfulladás veszélye fenyeget. Egy betegünk, a kit már említettem, a betegség látszólag kevésbé előrehaladt állapotában nyirokmirigy-daganatnak a lélekzöcsöbe való átfúródása folytán halt meg. Le van írva az irodalomban olyan eset is, a melyben egészen akut betegség képében 4—6 hét alatt okozott a lymphogranulomatosis halált.

A betegség körjárata a legrosszabb; mai ismereteink szerint ezen betegséget halálosnak kell tartanunk. Hosszabb remissio bekövetkezik, bekövetkezik ez úgy spontan, mint

gyógyító beavatkozásra, gyógyult esetet azonban az irodalom nem ismer.

A betegség gyakoriságát illetőleg pedig azt kell mondanunk, hogy egyáltalában nem tartozik a ritka betegségek közé. *Morawitz* a *Mohr* és *Stähelin* belorvostani tankönyvében meglepetésének ad kifejezést, hogy *Ziegler* szerint a lymphogranulomatosis előfordulása gyakori. Mi a klinikán azt mondhatnánk, hogy minket ez egyáltalában nem lepott meg. Kétségtelen, hogy a nyakmirigyek tuberculosus megbetegedését nem tekintve, a lymphogranulomatosis a nyirokmirigy-rendszer leggyakoribb megbetegedése, mely összehasonlíthatatlanul gyakoribb, mint a leukaemia, az igazi pseudoleukaemia vagy a lymphosarcoma. 4 év alatt 10 eset került a II. belklinikán bonczolásra, 5 esetben azonkívül a próbakimetszéssel nyert mirigy histológiai vizsgálata erősítette meg a kórjelzést. Ezen 15 eseten kívül még 3 esetben a klinikai lefolyás alapján vettem biztosra a lymphogranulomatosis diagnózisát és mondhatom, hogy még egész csomó eset áll előttem úgy a klinikai anyagból, mint magángyakorlatomból, a melyben a lymphogranulomatosis kórjelzését tartom valószínűnek, a melyeket azonban, mert teljesen biztosan még sem tudtam megállapítani a kórjelzést, nem vehettünk előadásunk anyagába.

A betegség többnyire fiatal embereket támad meg, esetünk túlnyomó része 15 és 30 év között volt.

A betegség kórjelzése egyáltalában nem könnyű, kiváltképpen nem a betegség elején. Jól tudjuk, hogy számos mirigymegnagyobbodással járó betegség van, mely úgy a kezdeti, mint előrehaladottabb stadiumában hasonlít a lymphogranulomatosishoz. Elegendő, ha ráutalok arra, hogy az egyszerű lobos mirigymegnagyobbodás, a tuberculosus, a lueses mirigymegnagyobbodás, az igazi lymphás pseudoleukaemia, a lymphosarkoma e betegségek. Nagyon is érezhetővé válik minden elkülönítő kórjelzés kísérlete alkalmával, hogy nem ismerjük a betegség kórokozóját, hiszen talán felesleges mondanom, hogy minél inkább megszoktuk a szigorú kór-oki gondolkozást, annál kevésbé tudunk a tisztán csak a klinikai kép szerint való elkülönítésbe belenyugodni.

Az első, a lokalizált stadiumban az elkülönítő kórjelzés ritkán sikerül teljes bizonyossággal. Újból idézhetem *Billroth* sokat citált mondását, hogy senki sem tudja előre, hogy a nyakon levő kis mirigydaganatból mi fejlődik. Daczára annak, hogy azóta nagyot gazdagodott az ezirányú tapasztalat, a kérdés eldöntésében ma sem jutottunk tovább. Symptomás lobos mirigynek, tuberculosus, pseudoleukaemiás, lymphosarcomás és lymphogranulomás mirigynek biztos elkülönítése a kezdeti stadiumban a legtöbbször úgyszólván lehetetlen, ha csak a ritkán mutatkozó pruritus, hasmenés nem tereli a figyelmet a lymphogranulomatosis irányába. Biztosan az elkülönítő kórjelzést ilyenkor csak valamely felületes mirigy eltávolításával és pontos szövettani vizsgálatával lehet megállapítani, azon elvek alapján, melyeket *Schütz*-nek alkalma volt kifejtetni. Mi magunk a klinikán már régebb idő óta le is vettük ezen tapasztalatunk következményét és minden ilyen esetben próbakimetszést és szövettani vizsgálatot végeztetünk. A betegség kezdetén az elkülönítés leginkább az egyszerű lobos, valamint a tuberculosus mirigygyel szemben jó szóba; ha nagy lokalizált daganatképződésről van szó, akkor a lymphosarcomával szemben nehéz az elkülönítés. Említettem már a tünetek tárgyalásakor, hogy lymphogranulomatosisban már aránylag kis mirigydaganatok esetén fájás, zsibbadás mutatkozhat a felső végtagban, ez persze roppant fontos elkülönítő jel a tuberculosus és az egyszerű lobos mirigymegnagyobbodással szemben. Ha a betegség a mediastinumba húzódik le, elsősorban lymphogranulomatosisra kell gyanakodnunk, a mediastinum daganatai között a lymphogranulomatosis gyakorisága a lymphosarcoma, pseudoleukaemia és tuberculosus, valamint gömbsejtű sarcomás daganatokkal szemben oly nagy, hogy elsősorban a lymphogranulomatosisra gondoljunk és csak azután másra. Ugy az első stadiumban, mint kezdődő generalisatiókor az elkülönítő kórjelzés szempontjából a leg gondosabban kell szemügyre vennünk minden tünetet. Ne

mulasztunk el soha vérvizsgálatot. Myelaemia, lymphoemia persze eldönti a myeloid, illetve lymphás leukaemia kórjelzését. A subleukaemiás lymphás vérkép az igazi — azt kell mondanom, felette ritka — lymphás pseudoleukaemia mellett szól, de nem zárja ki a lymphogranulomatosis sem, melyben, mint már említettem, szintén előfordulhat. Erősebb neutrophil leukocytosis lymphogranulomatosis mellett szól, de nem zárja ki a lymphosarcomát, a tuberculosus granulomatosis sem. A felette ritka, generalizált lymphosarcomatosis szemben fontos elkülönítő tünet, hogy az utóbbiakban a lép- és májduzzanat rendszeren hiányzik. A még szóba jövő elkülönítésről az acut pseudoleukaemiától, a chloromától, a myelomától ezen betegségek felette nagy ritkaságánál fogva részletesebben nem szölok, csak annyit mondhatok, hogy rendkívül nehéz, sokszor lehetetlen. Egy subacut, halálos lefolyású betegség esetében lymphogranulomatosis diagnózisunk, tapintható, bár nem nagy, generalizált nyirokmirigydaganatok, nagy lép, visszatérő láz, hasmenés, nem jellemző vérkép alapján. A kórbonczoló kórjelzésünket a bonczolás alkalmával elfogadta, a szövettani vizsgálat ezzel szemben az összes nyirokmirigyek, valamint a lép lymphás hyperplasiáját derítette ki, lymphogranulomatosisra tipikus elváltozást sehol sem lehetett kimutatni. E leletek alapján tehát subacut lefolyású lymphás pseudoleukaemiának kell az esetet értelmeznünk.

Előrehaladt stadiumban a kórjelzés összehasonlíthatatlanul könnyebb és biztosabb. Ilyenkor az egész kép pontos végigtekintése, a mirigydaganatok fájdalomtalan növekedése és terjedésmódja, a lép- és májduzzanat, a remittens vagy recurrens lázmenet, az előrehaladó cachexia, a vérlelet az esetek túlnyomó részében lehetővé teszi a kórjelzést, mely még leginkább eldöntetlen maradhat a generalizált tuberculosus granulomatosis szemben, melynek mirigyei azonban rendszerint nem oly nagyok, sokszor genyesen beolvadnak, összekapaszkodnak a bőrrel, lép- és májdaganatot, visszatérő lázat nem okoznak.

A mi a betegség gyógyítását illeti, erre vonatkozólag szomorúan kell bevallanunk, hogy igen keveset tehetünk. Oki terapiáról persze szó sincsen. A mily érdekes és elméleti tudományos szempontból fontos az elkülönítő kórjelzés, azt kell mondanunk, sajnos, oly kevés, kivált az előrehaladottabb időszakban, a terapiát illető gyakorlati jelentősége. Ugyanazokat a szereket és gyógyító eljárásokat, a melyeket leukaemia, pseudoleukaemia, lymphosarcoma ellen szoktunk alkalmazni, kell igénybe vennünk a lymphogranulomatosis szemben is. Az orvosszerek közül elsősorban az arsen jó szóba, melyet a klinikán úgyszólván kivétel nélkül *Pearson*-oldat bőr alá fecskendése alakjában szoktunk alkalmazni. Kisebb-nagyobb hatás ritkán marad el, néha a mirigyeknek megkisebbedése igazán feltűnő; nagy mirigyek úgyszólván eltűnnek, maradandó eredményt azonban daczára annak, hogy sokszor hosszabb időn keresztül már mérgezési tüneteket okozó adatban — napi 30 milligr.-ot adva — alkalmaztuk, nem láttunk. Az arsen felváltva alkalmaztuk a Röntgen-be sugárzással, melynek, épp úgy mint *Ziegler*, szemben *Nägeli* és más szerzők tapasztalataival, igen kifejezett hatását láttuk. Tyúktójasnyi, ökölnyi mirigyeket sikerült megkisebbiteni annyira, hogy a mirigyeket alig lehetett tapintani, a remissio azonban néhány hétnél tovább sohasem tartott. Sósavas cholinnal való sensibilizálással már 4 év előtt kísérleteztünk, újabban a bórsavas cholinnal (enzytollal) tettünk kísérletet minden eredmény nélkül. *Bence* benzollal elért igen jó eredményről számolt be; a hatás azonban, a mint azt megfigyelni alkalmunk volt, néhány hétnél tovább itt sem tartott. Egy betegünk a benzolt nem tudta venni, két más esetünkben, igaz hogy megelőző arsen- és Röntgen-kezelés után, a hatása kedvezőnek látszott. A sublimat, az elektrargol intravenás alkalmazását minden siker nélkül kíséreltük meg.

Azt kell tehát mondanunk, hogy az orvosszerekkel való kezelés tüneti javulást tud ugyan létrehozni, ezen javulás azonban nem tartós, meggyógyítani pedig egy esetünket sem sikerült.

Említettem már, hogy 4 esetünkben a lokalizált stadiumban sebészi úton távolították el az elsődlegesen megbetegedettnek látszó mirigyeket, de minden esetben bekövetkezett a recidiva. A sebészek tapasztalatai az operatív beavatkozást illetően oly rosszak, hogy már *Billroth* és *Winiwarter* elvetették az általuk lymphoma malignumnak nevezett esetekben az operatív kezelést, kiváltképp azon tapasztalat alapján, hogy műtét után gyakran gyorsabban haladt elő, gyorsabban generalizálódott a betegség, úgy látszik mirigyutak megnyitása révén. Mindazonáltal még az utolsó években is ajánlotta *Grawitz* a nyakon levő mirigyeknek az elkülönítő kórjelzés nehézsége, illetve lehetetlensége miatt minden esetben már az egészen kezdődő állapotban való eltávolítását. Magamnak is az az érzésem van, hogy ilyen módon talán sikerülhet némely esetben a betegség tovaterjedésének útját vágni. Mivel azonban az esetek túlnyomó részében mégis csak egyszerű lobos mirigyről van szó és így a műtét szükségtelen és felesleges, elvileg ezen eljárást keresztülvinnünk nem lehet. A magam részéről nem haboznék azonban minden esetben, még igen kis mirigyek esetén is próbakímetszést végeztetni és ha ez granulomatosist bizonyít, az igen radicalis műtétet ajánlani. Tapasztalatom ez irányban még nincs; sajnos, attól félek, ilyen korai stadiumban ritkán fogunk beteget látni, sőt lehetséges, hogy talán még ily módon sem sikerül a betegség tovaterjedésének útját vágni; de oki therapia híján ily teljesen rossz kórjóslatú és a mellett annyira kínzó betegséggel szemben indikálnak vélném a lehető legkorábbi és leg-radicalisabb eljárást. Diónyi, tojásnyi daganatok eltávolítása már nem vezet célra, a betegség kórokozója ilyenkor már egész bizonyosan oly nyirokutakban és nyirokmirigyekben van, melyeket eltávolítani nem lehet. Ily esetben a műtéti beavatkozás csak indicatio vitalis esetén, elsősorban a lélekzűrő-összenyomatásakor jönne szóba mint palliatív műtét.

Közlemény a székesfővárosi szent János-kórház elmebeteg-osztályából. (Főorvos: Hudovernig Károly dr. egyetemi magántanár.)

Az antilueses gyógymóddal nem kombinált tuberculin-kúra eredményei paralysis progressiva eseteiben.

Irta: Szedlák Ödön dr.

A dementia paralytica progressiva eseteiben használatos tuberculin-kúrát osztályunkon eddig kéneső- és jodkali-kúrával kombináltuk; az elért eredményekről *Wachsmann Alvin* collegám az Orvosi Hetilap f. évi 26. számában beszámolt, hangsúlyozván *Hudovernig* nézetét, a ki az elért eredményeket nem óhajtja kizárólag a tuberculin-kúrának betudni, hanem erősen számításba veszi az egyidejűleg végzett antilueses kúra hatását is. Ennek elbírálására, illetve eldöntésére főnököm, *Hudovernig* tanár megbízásából tuberculinkúra-sorozatot végeztem kéneső és jodkali nélkül. A kezelés alá vett betegek nem elégedtem meg azzal, hogy a kúra utáni somatikus és psychés statust összehasonlítsam a kúra előtti állapottal, hanem vizsgálat alá vettem a vért és a cerebrospinalis liquort is, mely utóbbira vonatkozóan a Wassermann-vizsgálaton kívül különösen a fehérjereakciók és a sejtszám felé fordult figyelmem. Ezeknek egybevetése a beteg testi és szellemi állapotával adja eredményeinket, melyek távolról sem oly jók, mint azok, a melyeket az egyidejűleg antilueses kúrával végzett tuberculin-kezeléssel értünk el, a mint ez az alábbi táblázatból is kitűnik:

Tuberculin-kúra Hg- és JK-mal kombinálva	Tuberculin-kúra Hg és JK nélkül
Munkaképesség elnyerése --- 7·70%	---
Tetemes javulás --- 7·70%	3·34%
Csekély javulás --- 30·80%	23 32%
Semmi javulás --- 15·40%	50·00%
Halál --- 19·20%	20·90%
Félbeszakított kúra --- 19·20%	3·34%

A kezelés alá vett 30 betegünk a tuberculin-kúrát jól tűrte. Phlegmone, magas lázak miatt a kúrát senkin sem kellett félbeszakítanunk. Csupán egy betegünkön nem fejeztük be azt, mivel hozzátartozói időközben kivitték.

Az a javulás, a mely ezen tuberculin-kúra után az esetek igen csekély %-ában megállapítható volt, csak a psychés statusra vonatkozott. A beteg dementiája, desorientáltsága a kúra után nem volt már oly kifejezett, nyugtalan-sága múlt, visszatért az álom, talán az emlékező tehetség nagyfokú hiányai, fogvatékosságai is kevésbé voltak szembe-tűnők már, azonban a somatikus tünetek, a pupillaris zavarok, a fennálló facialis paresis, az ín- és bőrreflexek zavarai megmaradtak. Az esetek túlnyomó részében pedig az előrehaladó testi és szellemi rosszabbodásnak a tuberculin-kúra sem tudott gátat vetni, a fokozatos dementia, az erőbeli hanyatlás a betegségi állapot fejlődésével mindinkább előrehaladt és csakhamar beállott az exitus.

Feltűnő még, hogy a kúra utáni vér és cerebrospinalis liquor sem mutat kedvező eredményeket; a Wassermann, a liquor fehérjereakciói megmaradnak pozitívnak, a fehérje-quantum, a cerebrospinalis folyadék sejttartalma is túlnyomóan nagyobb.

A kúra hatásának illusztrálására elégségesnek tartom egy tetemesen javult és két csekély javulást mutató paraly-sis statusának összehasonlító ismertetését a kúra előtt és után, míg a többi esetnek csak rövid kórrajz-kivonatát közlöm.

Kúra előtt.

1. P. A., 47 éves napszámos. Egyenlőtlen, szabálytalan, fényre és alkalmazkodásra nagyon renyhén reagáló pupillák. Jobboldali facialis-paresis, hiányzó térd- és hasfal-reflexek, hiányzik továbbá a jobboldali Achilles-inreflex is. Romberg erősen +. Clonus 0. Hiányos időbeli tájékozódottság, depresszív hangulat, könnyen sírva fakad. Luest tagad, potust bevall, dysarthria.

Wassermann vérben +, liquorban -. Liquor-nyomás 40, fehérje-quantum 5, forralás, Nonne-Appelt, carbol +, sulfosalicyl-próbák az 1%-os oldat kivételével +ak. Sejtszám 68·3.

2. P. S., 42 éves ruhatáros. A pupillák egyenlőtlenek, szabálytalanok, a fény- és az alkalmazkodási reactio hiányzik. Jobboldali facialis paresis, erős nyelvtremor és -deviatio, fokozott térdreflexek, élénk bőr-reflexek. Romberg +, clonus 0. Helyre és időre desorientált. Gondolatmenete lassú. Közömbös, részvétlen arc kifejezés, akaratnélküliség, aluszékonyság, félelmi izgalom.

Wassermann vérben ++, liquorban ++. Liquor nyomása 32, fehérjequantum 7, forralás, Nonne-Appelt, Ross-Jones +, carbol +, sulfosalicyl-próbák az 1%-os oldat kivételével +ak. A liquor sejtszáma 76·2.

3. S. Á., 46 éves m.-hivatalnok. A pupillák egyenlőtlenek, szabálytalanok, fényre a jobboldali nem, a baloldali alig reagál. Az alkalmazkodási reactio renyhe. A facialisokon eltérés nem észlelhető. Nyelv- és kéztremor. Alig kiváltható ín- reflexek, pozitív Romberg. Időről és helyről elég jól tájékozódik, betegségébe belátása nincs, lassú, dünnögő beszéd, morosus magaviselet, nagyfokú nyugtalan-ság, álmatlanság. Később lehangolt, hypochondriás téveszmék, folyton azt hangoztatja, hogy nem lát semmit.

Kúra után.

Pupillák fényre nagyon renyhén, alkalmazkodásra valamivel jobban reagálnak, egyenlőtlenek, szabálytalanok. A facialis paresis nem kifejezett. A reflexek viselkedése ugyanaz. Bizonytalan, rossz járás. Időről és helyről elég jól tájékozódik, könnyen sírásra hajló hangulat. Beszéde elég jó.

Wassermann vérben +, liquorban -. Liquor-nyomás 35, fehérje-quantum 3, forralás, Nonne-Appelt, carbolpróbák +ak, sulfosalicyl-próbák közül már a 2%-os oldat sem ad + reactiót. Sejtszám 12. Eredmény: tetemes javulás.

Egyenlőtlen, szabálytalan pupillák, fényre minimalisan, alkalmazkodásra semmit sem reagálnak. A facialis paresis fennáll. Romberg kevésbé kifejezett, nyelvdeviatio és kéztremor. Időről és helyről elég jól tájékozódik. Beszéde nem oly szintelen. Az izgalmi tünetek elmúltak, nyugodt. Az étvágy, az alvás rendben.

Wassermann vérben ++, liquorban ++. Liquor nyomása 38, fehérjequantum 8, a többi reactio ugyanaz. A liquor sejtszáma 81·6. Eredmény: csekély javulás.

Egyenlőtlen, szabálytalan pupillák, mindkettő fényre minimalisan, alkalmazkodásra semmit sem reagál. Jobboldali facialis-paresis. Nyelvdeviatio; tremor a kezeken és nyelven nincs. A reflexek állapota ugyanaz. Időre és helyre orientált. Kérdésekre bátrabban és értelmesebben felel. Teljesen nyugodt, csendes, álmatlansága elmúlt, téves eszméit nem hangoztatja.

Wassermann vérben +, liquorban +. Liquor nyomása 55, fehérjequantum 7, forralás, Nonne-Appelt, Ross-Jones, carbol- és a sulfosalicyl-próbák az 1^o-os oldat kivételével +-ak. Sejtszám: 54.

4. Sch. J., 53 éves kocsis. Felvétetett 1913 január 21.-én.

Előzmény: 3 év óta beteg, potator, luesről nincs tudomásunk. Status: anisocoria, renyhe fényreactio, jobb facialis paresis, kézreszkedés, fokozott patellaris reflexek, nagyfokú dementia, tájékozatlanság, nyugtalanság.

Wassermann vérben +, liquorban -. Liquor nyomása 38, fehérjetartalma 3, a forralás, Ross-Jones, Nonne-Appelt és carbol-próbák +-ak, a sulfosalicyl-próbák a 2^o-os oldat kivételével +-ak. A liquor sejtszáma 32.5.

Április 3. Tuberculin-kúra, mely után kissé összeszedi magát, testi és szellemi erősödés, nyugtalansága múlik.

Május 6. Felesége hazaviszi. Eredmény: csekély javulás.

5. Sz. J., 46 éves szolga. Felvétetett 1912 december 27.-én. Előzmény: egy éve beteg, szédül, feledékeny, zavart. Status: a pupillák szabálytalanok, alig reagálnak, jobb oldali facialis paresis, fokozott térdreflexek nyelvdeviatio. Hiányos tájékozódás, némi betegségi belátás, demens, dysarthriás.

Wassermann vérben -, liquorban -.

1913 márczius 26. Tuberculin-kúra. Nyugtalansága múlik, demenciája nem oly szembetűnő.

Június 14. Hazabocsátjuk. Eredmény: csekély javulás.

6. J. K., 51 éves ács. Felvétetett 1913 április 29.-én. Előzményben lues és erős potus. Egyenlőtlen, fénymerev pupillák, jobb oldali facialis paresis, alig kiváltható térdreflexek, hiányos tájékozódás, emelkedett hangulat, logorrhoea, nagysági téveszmék.

Wassermann vérben -, liquorban +. Liquor nyomása 36, fehérjequantum 2, forralás +, Ross-Jones, Nonne-Appelt -, carbol -, sulfosalicyl-próbák a 3^o-os kivételével +-ak. A liquor sejtszáma 21.3.

Május 7. Tuberculin-kúra, utána jobb tájékozódás, a téveszméket nem hangoztatja, testileg erősödött.

Június 5. Hazaviszik. Eredmény: csekély javulás.

7. H. E.-né, háztartásbeli. Felvétetett 1913. május 2.-án. Előzményi adatok nincsenek. A pupillák jól reagálnak, baloldali facialis paresis, komponált, kissé tájékozatlan.

Wassermann vérben -, liquorban +. Fehérjequantum a liquorban 5, a sejtszám megsaporodott.

Május 7. Tuberculin-kúra. Elég tájékozott, nem nyugtalan, jól alszik és eszik.

Május 25. Férje hazaviszi. Eredmény: csekély javulás.

8. K. Sz., 30 éves varrónő. Felvétetett 1913 április 25.-én. Előzmény nincs. Szabályos, jól reagáló pupillák, fokozott térdreflexek. Nehéz perceptio, teljes tájékozatlanság, roppant labilis hangulat, badar nagysági téveszmék, dementia, nyugtalanság.

Wassermann vérben -, liquorban -, fehérjetartalom nem szaporodott meg, a liquor-reactiók +-ak.

Május 7. Tuberculin-kúra; látható javulás, zavartsága múlik, nem oly nyugtalan, azonban demens. Jelenleg is osztályunkon van. Eredmény: csekély javulás.

9. Ny. P., 48 éves hirlapíró. Felvétetett 1913 január 2.-án. Középtág, szabálytalan, fényre és alkalmazkodásra renyhén reagáló pupillák. Jobb oldali facialis paresis, spasmusos térdreflexek, hiányzó bőrreflexek, pozitív Romberg. Időről jól, helyről rosszul tájékozódik, betegségébe belátása nincsen, deprimált, dysarthriás, kis fokban demens.

Wassermann vérben +, liquorban -. A liquor fehérjequantuma 8, sejtszáma 31.3, az összes liquorpróbák az 1^o-os sulfosalicyl-oldat kivételével +-ak.

Márczius 26. Tuberculin-kúra. Pár napig tartó javulás után ismét visszaesés. Jelenleg rendkívül gyenge, fekszik, beszéde alig érthető, nagy fokban demens. Eredmény: semmi.

10. R. J., 41 éves póstás. Felvétetett 1913 márczius 3.-án. Szabálytalan, fényre minimalisan, alkalmazkodásra valamivel jobban reagáló pupillák. Baloldali facialis paresis, nyelvdeviatio, spasmusos térdreflexek, hiányzó Achilles-inreflexek, kisfokú Romberg. Hiányos tájékozódás, szótagbotlás, nehéz perceptio.

Wassermann vérben +, liquorban +. A fehérje és a sejtszám megsaporodott, a liquor-reactiók pozitívak.

Márczius 26. Tuberculin-kúra, mely az állapotában semminemű változást sem hozott létre. Eredmény: semmi.

11. N. J., 37 éves kereskedő. Felvétetett 1912 márczius 13.-án. Előzményi adat nincs. Szabályos, elég jól reagáló pupillák, nyelven, kezeken durva tremor. Az inreflexek rendben, a talpreflex hiányzik. Helyről hiányos tájékozódás, lassú gondolatmenet, szótagbotlás. Emelkedett hangulat, azt állítja, hogy teljesen egészséges.

Wassermann vérben ++, liquorban ++. Fehérjequantum a liquorban 4. Az összes liquor-reactiók +-ak. Sejtszám 36.

1913 márczius 26. Tuberculin-kúra; jelenleg is osztályunkon van, testileg hanyatlás nincs, azonban demens és dysarthriás. Eredmény: semmi.

Wassermann vérben ++, liquorban +. Liquor nyomása 40, fehérjequantum 8, liquor reactiói ugyanazok. Sejtek száma 168. Eredmény: csekély javulás.

12. K. I., 32 éves napszámos. Felvétetett 1913 január 25.-én. Fénymerev pupillák, jobboldali facialis paresis, a nyelven, a kezeken erős remegés, spasmusos térdreflexek, pozitív Romberg; nagyfokú dementia, az arcizmokban fibrillaris rángások, erős dysarthria, nehéz perceptio.

Wassermann vérben ++, liquorban +. Liquor nyomása 60, fehérje quantuma 8; a liquor-próbák +-ak. Sejtszám 33.

Márczius 26. Tuberculin-kúra. Jelenleg is ugyanaz a status. Eredmény: semmi.

13. S. T.-né, 41 éves varrónő. Felvétetett 1913 április 25.-én. A pupillák szabálytalanok, fényre és alkalmazkodásra minimalisan reagálnak. Baloldali facialis paresis, hiányzó térdreflexek, renyhe Achilles-inreflexek; teljesen desorientált, nehezen percipiál, demens.

Wassermann vérben ++, liquorban ++. Fehérjequantum liquorban 7, sejtszám 168, pozitív liquorreactiók.

Május 7. Tuberculin-kúra, mely után kisfokú feltisztulás és erősödés. Csakhamar visszaesik azonban demenciájába. Jelenleg fokozatos hanyatlás. Eredmény: semmi.

14. H. L.-né, timár neje. Felvétetett 1912 márczius 26.-án. Kissé szabálytalan, renyhén reagáló pupillák. Baloldali facialis paresis, fokozott térdreflexek, renyhe bőrreflexek. Az időre teljesen desorientált. Euphoriás, betegségébe belátása nincs, kis fokban dysarthriás.

Wassermann vérben, liquorban ++.

1913 márczius 26. Tuberculin-kúra. Demenciája súlyosbodott, nagy fokban dysarthriás, álmatlan. Eredmény: semmi.

15. V. J.-né, 50 éves háztartásbeli. Felvétetett 1913 április 25.-én. A pupillák fénymerevek, baloldali facialis paresis, hiányzó térdreflexek, mozgási bizonytalanság, a végtagok remegése, hólyag- és végbélzavarok, dementia.

Wassermann vérben +, liquorban +. A liquor, a fehérje és a sejtszám megsaporodott.

Márczius 26. Tuberculin-kúra; fokozatos hanyatlás. Eredmény: semmi.

16. P. P.-né, 29 éves szabó neje. Felvétetett 1912 november 8.-án. Előzmény nincs. A pupillák elég jól reagálnak. Baloldali facialis paresis, a nyelven, a kezeken durva tremor, a térdreflexek alig válthatók ki. Időről nem, helyről tájékozódik, összefüggéstelen, akadozó beszéd, dysarthriás, demens.

Wassermann vérben ++.

1913 május 7. Tuberculin-kúra, mely után testi erősödést észleltünk ugyan, de a psychés status rosszabb. Eredmény: semmi.

17. P. K., hajadon. Felvétetett 1913 május 5.-én. Előzmény: egy év előtt elmeegógyintézetben volt, feledékeny, zavart. Renyhén reagáló pupillák, baloldali facialis paresis, normalis inreflexek, renyhe bőrreflexek. Teljes tájékozatlanság, hiányos visszaemlékezés, gondolkodásbeli gátoltság, dementia.

Wassermann vérben -, liquorban +.

Május 7. Tuberculin-kúra; változatlan állapot. Eredmény: semmi.

18. K. B., 41 éves könyvelő. Felvétetett 1913 április 25.-én. Szabálytalan, renyhén reagáló pupillák. Bal facialis paresis, a térdreflexek hiányzanak.

Romberg +, helyről és időről tájékozott, betegségébe belátása nincsen, badar nagyozások, nyugtalan, álmatlan.

Wassermann vérben ++, liquorban ++. Liquor nyomása 40, fehérje mennyisége 7, sejtszáma 19.6, a liquorreactiók +-ak.

Május 17. Tuberculin-kúra; euphoriás, álmatlan, demens.

Eredmény: semmi.

19. Sz. K., 36 éves nyomdász. Felvétetett 1913 április 10.-én. Az anamnesisben 15 év előtt lues. Másfél éve lábaiban szűró fájdalmak, vizelési nehézségek. Szűkült, fénymerev pupillák, jobboldali facialis paresis, hiányzó térd- és Achilles-inreflexek, ataxia, hiányos tájékozódás, dementia, dysarthria (taboparalysis).

Wassermann vérben +, liquorban -. A liquor fehérjetartalma nem mutat szaporodást, sejtszáma csekély, a liquorreactiók úgyszólván negatívak.

Május 17. Tuberculin-kúra. Jelenleg is osztályunkon van, állapota rosszabbodott. Eredmény: semmi.

20. H. E., 36 éves hivatalnok. Felvétetett 1913 április 15.-én. Előzmény: hét éve ideges, álmatlan, egy testvére epilepsiás. Középtág, alig reagáló pupillák, bal facialis paresis. A térdreflexek kiválthatók, a bal Achilles-inreflex renyhe; desorientált, badar beszéd, dysarthria, nyugtalanság.

Wassermann vérben, liquorban ++. Fehérjetartalom 8, sejtszám 91.6, az összes liquor-próbák pozitívak.

Május 7. Tuberculin-kúra, mely után nyugtalansága múlik ugyan, de testileg, szellemileg hanyatlík. Jelenleg is osztályunkon van. Eredmény: semmi.

21. V. J., 38 éves szabó. Felvétetett 1913 április 11.-én. Fénymerev pupillák, baloldali facialis paresis, spasmusos térdreflexek, clonus. Időről tájékozott, helyről nem. Egészségesnek tartja magát, szótagbotlás, kisfokú dementia.

Wassermann vérben, liquorban ++. A liquor-fehérjetartalom és a sejtszám megsaporodott.

Május 7. Tuberculin-kúra; jelenleg erősen demens, önmagával tehetetlen. Eredmény: semmi.

22. K. V., 35 éves czipész. Felvétetett 1913 február 13.-án. Előzményben lues. Status: szabálytalan, renyhén reagáló pupillák, facialis paresis, erős kéz- és nyelvtremor, spasmusos térdreflexek, mindkét lábbon clonus. Teljesen demens, desorientált, alig beszél, tisztátalan, álmatlan.

Wassermann vérben, liquorban +. Liquor fehérjequantuma 8, sejtszáma 77, pozitív liquorpróbák

Március 26. Tuberculinkúra, mely után fokozatos hanyatlás, ágyba kerül, négy napon át egymást érő paralytiiform rohamok.

Július 10. Exitus.

23. B. K., 36 éves szabó. Felvétetett 1913 március 28.-án. Előzményi adatok nincsenek; alig reagáló pupillák, nyelvdeviatio, jobboldali facialis paresis, hiányzó térdreflexek, pozitív Romberg. Időről rosszul, helyről hiányosan tájékozódik. Némi betegségi belátás, nyugtalan, demens.

Wassermann vérben ++, liquorban +. Fehérjetartalom a liquorban 6, sejtszám 323, liquorpróbák +-ak.

Április 3. Tuberculinkúra, melynek daczára a beteg rohamosan hanyatlik.

Július 4. Exitus.

24. G. H., 42 éves napszámos. Felvétetett 1913 január 7.-én. Behozatalakor szabálytalan, renyhén reagáló pupillák. Baloldali facialis paresis, a kezek, a nyelven durva tremor, spasmusos térdreflexek. Romberg +. Desorientált, demens.

Wassermann vérben +, liquorban ++. Fehérjequantum a liquorban 4, sejtszám 316. A liquor-reactiók a 2%-os sulfosalicyl-oldat kivételével +-ak.

Március 26. Tuberkulin-kúra; hanyatlás.

Április 21. Exitus.

25. Z. J., 39 éves boltiszolga. Felvétetett 1913 január 3.-án. Egy testvére elmebajos. Behozatalakor demens, gyenge, testében erős remegés, pupillái még elég jól reagálnak, baloldali facialis paresis, spasmusos térdreflexek. Tájékozatlan, személyi adataival nincs tisztában. dysarthriás, álmatlan.

Wassermann vérben +, liquorban ++. A liquor fehérjereakciói +-ak.

Március 26. Tuberculinkúra, fokozatos hanyatlás.

Május 9. Exitus.

26. Sch. F., 51 éves főpinczér. Felvétetett 1913 április 26.-án. Szabálytalan, fényre és alkalmazkodásra renyhén reagáló pupillák. Baloldali facialis paresis, nyelv-deviatio és remegés, a kezek is durva tremor. A térdreflexek spasmusosak. Desorientált, demens, akadozó beszéd.

Wassermann vérben +, liquorban ++.

Május 7. Tuberculinkúra, mely semmit sem használt.

Május 27. Exitus.

27. Sz. I., 38 éves palafedő. Felvétetett 1913 január 15.-én. Előzményben lues és potus. Status: szabálytalan pupillák, melyek fény-merevek; jobboldali facialis paresis, a nyelven, a kezeken tremor. A térd- és Achilles-inreflexek hiányzanak, a bőrreflexek élénkek, pozitív Romberg. Hiányos tájékozódás, betegségébe belátása nincs, badar, téves eszmék.

Wassermann vérben ++, liquorban +. A liquor fehérjetartalma és sejtszáma megsaporodott, a fehérje-reactiók +-ak.

Március 21. Tuberculinkúra után kiskókú feltisztulás és testi erősbödés észlelhető, de pár hét múlva hirtelen visszaesés. Rendkívül nyugtalan, izgatott. Állandó nyugtalanság közepette:

Június 20.-án exitus.

28. S. Á., 36 éves pékmester. Felvétetett 1913 április 19.-én. Egyenlőtlen, szabálytalan, fénymerev pupillák, baloldali facialis paresis, remegő nyelv, fokozott térdreflexek, a jobb lábon clonus, pozitív Romberg. Teljesen tájékozatlan, személyi adatait nem tudja, nagyfokú dementia.

Wassermann vérben, liquorban ++.

Május 7. A tuberculinkúra daczára egyre gyengül.

Május 26. Exitus.

29. K. B., 47 éves fakereskedő. Felvétetett 1913 április 19.-én. Előzményi adatokban lues; 3 éve veszik észre zavartságát, okatlan költekezését, feledékenységet. Status: szűk pupillák, melyek fényre és alkalmazkodásra minimalisan reagálnak; a külső szemmozgató izmok bénultak, partialis ptosis; jobboldali facialis paresis. Spasmusos térdreflexek, renyhe bőrreflexek. Elég jó tájékozódás. memoria, perceptio kielégítő, betegségébe belátása van, dysarthria, dementia nincs.

Wassermann vérben +, liquorban -. Liquor nyomása 40, fehérjetartalma 3, a sejtszám kissé megsaporodott, forralásra opalescentia, Ross-Jones, Nonne-Appelt -, sulfosalicyl-próbák a normalis liquorletet mutatják.

Május 7. Tuberculinkúra; fokozatos hanyatlás.

Június 3. Exitus.

30. B. G., 38 éves vasutas. Felvétetett 1913 március 31.-én. Somatikus eltérés: szűkült, egyenlőtlen pupillák, renyhe reakcióval, jobboldali facialis paresis, nyelv-deviatio, élénk és spasmusos térdreflexek, pozitív Romberg. Hiányos tájékozódás, teljesen egészségesnek tartja magát, akadozó beszéd, álmatlan.

Wassermann vérben ++, liquorban +, fehérjetartalom 9, sejtszám 65, a liquorpróbák +-ak.

Április 1. Tuberculinkúra, melyet azonban nem fejezhettünk be, mert felesége időközben kivitte.

Az osztályunkon végzett nem kombinált tuberculinkúrák eredményeiből tehát a következőket állapíthatjuk meg:

1. A tuberculinkúra egymagában alig jár számbavehető eredményekkel. A betegség physicalis tüneteire semmiféle, a psychés állapotra pedig alig gyakorol befolyást; a vérben és cerebrospinalis folyadékban a kúra után változás nincsen. A tuberculinkúra önmagában csak olyan változást létesít a betegségben, mint a spontán remissio.

2. A tuberculinkúrának kénesóval és jodkalival való combinatiojakor az elérhető eredmények határozottan a kéneső javára irandók. Ugy látszik azonban, hogy a tuberculinnal előidézett hyperpyresis, az élénk anyagcsere támogatja az antilueses gyógyítás hatását, fokozza azt.

3. Paralysis progressiva kezelésekor a remissiók kitolását illetőleg még mindig az antilueses gyógymód vezet, ha ezen kezelés indicatiójának felállítása helyes megfontolás útján történik.

Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr. egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr. egyetemi magántanár és John M. Károly dr.)

A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: John M. Károly dr.

III. Csecsemőknek csecsemőotthonokban való gondozásáról. A társas tejről, mint egészséges csecsemők táplálékáról.

Valamely csecsemőtáplálék használatosságáról csak akkor nyilatkozhatunk, ha annak értékéről hónapos megfigyelések alatt meggyőződhetünk. Ezen Czerny és Keller¹ által felállított követelésnek az Országos anya- és csecsemővédőegyesület csecsemőosztályán, melyben fiatal csecsemők 9—10 hónapig gondoztatnak, eleget tehettem. Ha sikerül nagyobb számú csecsemőt valamely adott táplálékkal 10 hónapig át egészségesben megtartani, fejleszteni és gyarapítani, átsegítettük azokat a női tejtől való függés kényes korán. Az első év utolsó negyedétől kezdődően az addig egészséges, vegyi összetételében normalis gyermek táplálása már nem jár nehézséggel és józan vegyes táplálás mellett a további gyarapodásnak nincsen akadálya.

Hogy valamely adott táplálék csecsemőtáplálás céljaira egyáltalában alkalmas-e, a következő szempontokból kell megbírálni:

1. *Elbírná-e a gyermek gyomra és bele?* Azt hiszem, ez a legfontosabb szempont és csak ennek teljesülése után jöhet szóba a többi. Elsősorban tehát localis jellegű események döntenek el a kérdést; egyrészt a gyomorban, de még inkább a vékonybélben. Így mindenekelőtt magának a tápláléknak a sorsáról van szó: a tápláléknak normalis szétbontásáról és felszívódásról alkalmasságáról. Ha a táplálékosztási folyamat már az emésztés phasisában, tehát első fokon megakad: emésztési zavar keletkezik, mely az emésztési funkciókat egyelőre megbénítja. A táppéből lehasadt és nem kívánt vegyületek (alacsony zsírsavak) a bél peristaltikájára, de magának a bélnek anatómiai berendezésére gyakorolt kedvezőtlen befolyásuk által további complicatiókat idéznek fel.

A csecsemők egy része a hígított tehéntejet is jól tűri és táplálható vele. Ha ezeket normalis csecsemőknek nevezzük, hangsúlyoznunk kell, hogy ilyen normalis csecsemőre annál ritkábban akadunk, minél fiatalabb az.

Az élet első napjaiban ez egyenesen ritkaságnak mondható. Arról pedig egyáltalában nem lehet szó, hogy egy esetben is felelősséget vállaljunk azért, vajon a normalisnak látszó csecsemő a tehéntejet el fogja-e bírni vagy nem. Mert nem ismerünk olyan stigmát, mely azt velünk előre sejtetné, a hogyan azt sem tudhatjuk, hogy a tehéntejnek ezen vagy azon componense lesz-e az emésztési vagy táplálékosztási zavar okozója. Ha kényszerűségből a táplálást mégis tehéntejjel kezdjük meg, azt fogjuk tapasztalni, hogy sok esetben —

¹ Czerny und Keller: Des Kindes Ernährung etc. I. 1906.

a csecsemő korával fordított arányban — elő fog állani az említett helyzet: a csecsemő a tehéntejet nem fogja *elbírn*i és az üzem ezen irányban többé nem tartható fenn.

2. *Gyarapszik-e a csecsemő az adott táplálék mellett a kívánt mértékben?* Nem olyan mértéket értek ez alatt, melyet sok szülő szerénytelen, de érthető és főleg más gyermekekkel való összehasonlításon alapuló követelése ír elő, hanem olyant, melyet az individualis fejlődési energia, mint veleszületett erő enged meg. A gyarapodást mérleg segélyével grammokban fejezzük ki. Be kell vallanunk, hogy a gyarapodás megítélésének ezen kényelmes módját annyira megszoktuk mindnyájan, hogy az elért gyarapodás finomabb structurájára gondolni nem is tartjuk szükségesnek. Pedig még nem gyarapodás, a mi gyarapodásnak látszik. Különösen a csecsemőkorban nem, hol a pathológiás vízretentiónak akár sókhoz, akár szénhidratokhoz kötve annyi példáját láthatjuk. *Schloss*-nak² érdeme, hogy újabban a kellő hangsúlyval szólalt fel e kérdésben, mely a gyakorló orvost is közelről érdekli.

A kik csecsemődiatetikával behatóbban foglalkoznak, tudják, hogy ha addig higitott tehéntejjel táplált csecsemőnek írórt vagy malátalevest adunk, ez étrend kezdetén sokszor meglepő (80—100 gr.-nyi) súlygyarapodást észlelhetünk. A ki e csecsemőket pontosabban figyeli, észreveheti, hogy ha a köztakaró nem is mutatkozik oedemásnak, az mégis sajátoságos téisztás tapintású. Nem is lehetséges, hogy a csecsemő szervezete ilyen mennyiségű szerves anyagot retineálhasson, mert a szerves anyagok felépítése és szétbontása ilyen arányokban soha sem következik be. Nem lehet tehát ez esetben másról szó, mint víznek a szövetekben való felhalmozódásáról, melyet íróval való tápláláskor annak nagy só- és COH-tartalma, malátaleves adagolásakor pedig az abban levő szénhidrattömegek (1 rész glycogen 3 rész vizet bir lekötnei) létesítenek.

Ezen álgyarapodásokból, de különösen, ha só létesítette azokat, a szervezetnek semmi haszna, csak kára van, mert szervetlen vegyi összetétele a normalistól eltér, mely jelenséget *Schloss* correlatiónak zavarnak nevezi. Az ilyen gyors gyarapodástól, mely rosszabb, mint a nagyon kevés vagy semmi gyarapodás, a csecsemő szervezetét minden körülmények között meg kell óvni az addigi étrend megváltoztatásával. Ha ezt megtenni elmulasztjuk, hibát követünk el. Az ilyen csecsemők, kik sápadt arcukkal, rossz kedvükkel, puffadt hasukkal inkább a beteg gyermek látszatát keltezik (a mi meg is felel a valóságnak), az első próbamegterhelés alkalmával, legyen az enterális vagy parenterális féleségű, hirtelen összeroppannak. És néhány nap alatt oda lesz az a sok 100 gr.-nyi súlygyarapodás, melylyel a csecsemőt hetek alatt szolgálalni véltük, experimentális bizonyítást szolgáltatva arról, hogy az eddigi súlynövekedés só- és vízretentióból állott, tehát irreális volt. *Schloss* e súlyingadozásokat reversiónak nevezi.

Hirtelen súlyingadozásokat, víznek és sónak a szervezetből nagyobb tömegben való távozását a belorvostani pathologia is ismer. A circulatións zavarokból eredő víz- és sóretentióra gondolok ezúttal, melynek fokozott diuresis mellett való kiegyenlítését tulajdonképpen reparatións folyamatnak kell tartanunk. A mi esetünkben a csecsemő szervezete nem a circulatións erőtlensége következtében lett hydraemiássá; a sejteknek a sókhoz és a vízhez sokkal intímabb viszonyáról van szó, melynek következtése, hogy a víznek és a sóknak távozását a sejt szerves alkotórészeinek katastrophalis leromlása követi.

A midőn az elmondottakkal jelezni akartam, hogy a különben kíváncsi súlygyarapodásnak is van felső határa, továbbá, hogy a pathológiás súlynövekedés távolabb esik az optimalistól, mint az igen szerény vagy semmi gyarapodás: most azon alakulásra térek át, a midőn a hirtelen súlynövekedés (mely természetesen ez esetben sem más, mint só léte-

sítette vízretentio) nem válik kárára a csecsemő szervezetének, sőt ez alakulás extrem phasisában mint sótherapia egyenesen életmentő. Ez az alakulás áll elő akkor, ha a csecsemő szervezete *normalis só- és víztartalmából veszített*. Lappangó kifejlődéssel láthatjuk ezt dyspepsia esetében és katastrophalis gyorsasággal kibontakozni az alimentaris intoxicatio (a cholera infantum) alkalmával. Dyspepsia esetében ennek látható jele a testsúly megállása, csökkenése vagy hetek alatt való hanyatlása; intoxicatio alkalmával a csecsemő szervezetének napok alatt bekövetkező exsiccatioja. A sóvesztesség — a vízhez való nexusánál fogva mindig a konyhasó értendő — mindkét esetben a bélen át történik és természetes, hogy a vízvesztésnek is ez az útja. Habár intoxicatio alimentaris esetében az eszméletlenséggel járó comaszerű állapotot kísérel „mély légzés”, mint a tüdő felületéről kiinduló hatalmas víz- (és súly-) vesztesség okozója (*L. F. Meyer*) másodlagosan szintén tekintetbe jön.³

A csecsemő szervezetének ezen klinice is észrevehető vízreductiónjából és valószínű sóvesztességéből, melyet előbb *Freund* és *L. F. Meyer*, majd anyagcserekísérleteivel *Jundell*⁴ bizonyított be újból, önként adódott, hogy ilyen esetekben minden therapiának legsürgősebb feladata a vízrestitutio elérése. E követelésnek sós hypodermoklysisek adagolásával már régóta meg is felelnek. Hasonló célból ajánlottuk annak idején a *Heim* és *John*-féle sótherapiát is,⁵ melynek elvi jogosultságát a hypodermoklysis alkalmazásának évtizedes gyakorlása kellőképpen igazolja.

Sóoldatok alkalmazásának csakis az alimentaris intoxicatio eseteiben van jogosultsága. Tehát a csecsemők nyári megbetegedéseinek azon eseteiben, melyekben az elszorított vízvesztesség, az exsiccatio az életet közvetlenül veszélyeztető mozzanat; melyekben a csecsemő semmiféle táplálékot (még egy kanálnyi tejet sem) nem bír el és így sőt csak vizes oldatban: bőr alá, orálisan (*Czerny*-klinika, *Strassburg*, *Pfaundler*-klinika, *München*) vagy rectálisan (*Finkelstein*!) vihetünk szervezetébe. De nem lehet szó causalis sótherapiáról és nem várhatunk attól semmit a csecsemőkön télen észlelhető toxikus megbetegedésekben, a mikor primaer víz- és sóvesztességről szó nem lehet, a mikor bacterialis termékek megkárosították a sejteket, ily módon csökkentve azok oxydatións energiáját.

De nincsen jogosultsága a sótherapiának, mint azt *Heim*⁶ egyik dolgozatában világosan kifejtette, dyspepsia esetében sem. A dyspepsia, bármily sokáig áll is fenn, soha sem jár olyan vízreductiónnal, hogy azt drastikus eljárásokkal korrigálni kellessen. És így sóoldatok adagolásával nem vízrestitutiónt fogunk elérni, hanem hirtelen súlyemelkedéssel járó, a csecsemő szervezetére káros hydraemiát. A dyspepsia gyógyításában ilyen fegyverre nincs szükségünk. Ha sikerül a bélbeli erjedést megfelelő táplálék (esetleg túros tej) adagolásával megszüntetnünk, eleget tettünk és képesítettük a csecsemő szervezetét arra, hogy a táplálékból annyi sót és vizet retineálhasson, a mennyire szüksége van. Ez a restitutio már most az elszorított reductio arányában lassabb vagy gyorsabb menetben be is következik. A mondottakból kitű-

³ Arról, hogy a tüdőn át való vízvesztesség mekkora lehet, tracheotomizált gyermekek adnak tanulságos példát. Ezek a tracheotomiát követő 24 óra alatt 500 gr.-ot és ennél többet is veszíthetnek súlyukból a kanülön át való fokozott perspiratión következtében. A következő napokban a testsúly rendszerint nem változik. (E jelenséget a strassburgi gyermekklinikán észleltem.)

⁴ *Jundell*: Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der Dyspepsie und alimentären Intoxikation. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1913, VIII., 3.

⁵ *Heim* és *John*: Physiologiás oldatok belső adagolása stb. Budapesti Orvosi Újság, 1907, 51. szám. — *John*: Az exsiccatio jelentősége és annak kezelése stb. Budapesti Orvosi Újság, 1908, 51. szám. — *Heim* és *John*: Ueber die Anwendung von Salzlösungen. Monatsschrift für Kinderheilkunde, VI. kötet, 11. szám. — *Heim* und *John*: Die Behandlung der Exsiccation... Jahrbuch für Kinderheilkunde, LXX. kötet, 1. füzet.

⁶ *Heim Pál*: Kann die Theorie, dass das Salzfiel durch Wärmestauung verursacht wird, als widerlegt betrachtet werden? Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1913, VIII. kötet, 4. füzet.

² *Schloss*: Die Pathologie des Wachstums im Säuglingsalter. Karger, Berlin, 1911.

nik, és éppen ezért kellett mindezekre kitérnem, hogy a csecsemőkorban a súlygyarapodásokból egymagukból az eddigi táplálási siker szempontjából következtetéseket vonni még nem lehet. Sokszor még a gyakorlott szemet is félrevezeti a látszólagos, de nem realis tömeggyarapodás. Levonva ebből a tanulságot, azt mondhatjuk, hogy a prophylaxis szempontjából helyesebben fogunk cselekedni, ha mesterséges táplálás esetében beérjük azzal, hogy kerülő úton és hosszabb idő alatt érjük el azt a testsúlyt, a melyet az egészséges és női tejjel táplált csecsemőtől (adott korban) megszoktunk és kerüljük a hirtelen gyarapodások süppedő talaját.

3. Megkivánjuk még valamely tápláléktól, hogy tegye lehetővé a csontrendszernek és (a mit nem egészen logikusan egy időben szoktunk említeni) a statikai és motoros funkciók normalis kifejlődését. Minta gyanánt ilyenkor mindig az emlőn táplált egészséges csecsemő csontrendszere szolgál. A csontrendszer fejlődését mindenekelőtt faji, öröklött és így egyéni tényezők befolyásolják. A születés után kifejlődő motoros és statikai funkciók sorrendben: a végtagok mozgatása, a fej emelése, az ülni, állni, járni tudás nem csupán a csontoktól, hanem a szövetturgortól,⁷ a szalagok, az izmok munkájától és a beidegzéstől, tehát az elhatárolástól és akarattól, valamint a reflexektől függő valami. Így tapasztaljuk, hogy a hülye ép csontjai és normalis izomereje dacára sem áll vagy jár a rendes időben.

A mondottak mitsem lazítanak azon szoros kapcsan, mely egyrészt a táplálás, másrészt a csontrendszer kifejlődése, valamint azon funkciók között tagadhatatlanul fennáll, a melyek gyakorlásában a csontképleteknek is szerepük van. Az inanitiótól eltekintve, melylyel az egész szervezet fejlődését mesterségesen visszatartjuk, a táplálás kapcsán jelentkező emésztési és táplálkozási zavarok azok, melyek a csont- (és izom-) rendszer fejlődése és munkaképessége szempontjából tekintetbe jönnek. A csontképletek a nem megfelelő táplálék következtében — ha közvetve is — a normalistól eltérő fejlődést mutatva, megbetegednek. Az angolokorra, melyet természetesen nem nevezhetünk táplálkozási ártalomnak, mert létrejöttében öröklésnek, hajlamnak és még egyéb tényezőknek is van szerepe, külön fejezetben még visszatérek.

4. A csecsemőkorra, sőt a 2. életév első felére egyenesen jellemző az az összefüggés, mely a táplálék minősége és a gyermek idegrendszere között fennáll. Homály fedí e kapocs mibenlétét, valamint azt is, hogy a későbbi gyermekkorban miért emancipálódik a szervezet a táplálék ezen befolyása alól. Anatómiai laesiók hiányában functionalis zavarokra kell gondolnunk. E hitünkben megerősít az a biztonság, melylyel a női tej a spasmophilía úgy latens, mint manifest stadiumában hatni szokott. A spasmophilía, valamint az angolkór súlyos formáit a szoptatott csecsemők körében hiába keressük, mert ez a mesterségesen tápláltak privilegiuma. Propositiókról, melyek segítségével a spasmophiliát elhárítani igyekszem, egy későbbi fejezetben lesz szó.

5. A mesterséges táplálás összes formáira az a panasz, hogy a csecsemő szervezetének infectiókkal szemben természetből való védelmi berendezését, tehát immunitását csökkentik. A tapasztalás valóban azt bizonyítja, hogy ezen rejtett erő, melylyel az újszülött veleszületetten, tehát örökségképpen rendelkezik, a mesterséges táplálás következtében sokszor hamarosan elvész. Ha nem is ismerjük e berendezés mibenlétét, mégis feltehetjük azt a kérdést, hogy mi az oka annak, hogy ezen ellentálló erőt, ezen immunitást, mely már veleszületetten is különböző, a tehéntej rontja és mi az oka annak, hogy a női tej ezt nem teszi? Csakis két eshetőségről lehet szó. Vagy káros anyagok kerülnek a tehéntejjel a csecsemő szervezetébe, vagy védőerőket jelentő egységek vannak a női tejben. A tehéntej zsírja és a női tej zsírja között lényeges különbség nincsen. A tehéntej csukra semmiben sem tér el a női tejétől. A savókban sem látom azt a különbséget, melyből az im-

munitás csökkenését ki lehetne magyarázni. Az idegenfajú tehéntejcasein mérgezőhatásáról szóló (Hamburger-féle) hypothesist a fehérjés tejjel tett tapasztalások után többé el nem fogadhatjuk. Mert a fehérjés tej és a túrós tej a legcaseinesebb táplálék, a mely valaha létezett és ha valamit, úgy azt állíthatjuk biztonsággal, hogy tehéntejcasein-ártalom nem létezik. Ezek előrebocsátásával tudásunk utolsó foszlányával a complex női tejben kell sejtünk invisibilis tényezőket, melyek mint specialis védőanyagok jutnak a csecsemő testébe, mint a hogy azt egyes szerzőknek, így Salge-nek,⁸ experimentalis úton kimutatni is sikerült. E tetszetős felvételben való megnyugvást érthető módon megzavarta az a tapasztalás, mely szerint a forrált női tejjel elért táperedmények semmiben sem különböztek a nyers női tejjel elérhetőktől. Ha ez valóban bizonyul (a mit nagyszámú csecsemőn tett hosszas megfigyelések dönthetnek el csak végképpen), kezdetjük a kutatást elülről és irigylendő érdemeket szerez majd az, ki e kérdést és vele a csecsemőtáplálás legfontosabb problémáját megoldja.

Sajnálattal kell kijelentenünk, hogy az immunitás szempontjából a női tejhez közelálló mesterséges táplálék eddig nem létezik. De negatív értelemben véve: kevésbé veszélyes lesz az a táplálék, mely a csecsemő normalis vagy ahhoz közelálló gyarapodását teszi lehetővé és garantálja az immunitásnak, mint ismeretlen erőnek azon töredékét, mely a jó tápláltságból és a normalis erőbeli állapotból adódik. Ezt azért merem hangoztatni, mert infectious betegségek modern kezelésében nemcsak az immunitásra bizzuk a küzdelmet, hanem segítségünkre jó a beteg addigi tápláltsága és a betegség alatt való táplálása is.

6. A táplálkozásnak a vérképzésre is van befolyása. Ez a befolyás közvetlen és közvetett. A tapasztalás azt bizonyítja, hogy az emlőn táplált egészséges csecsemő bőrszíne rendszerint rózsás a többé-kevésbé halvány mesterségesen táplálthoz képest, a nélkül, hogy a vér haemoglobin-tartalmában vagy a vörös vérszámában a normalistól lényeges eltérések kellene lennie. Ezen pseudoanaemia okát a vér rendellenes elosztódásában kell keresnünk. Előidézi a vérnek a vena portae rendszerében való pangása vagy — a mint arra még visszatérek — a bőr erein átáramló vér mennyiség egy részének angioneurosis vagy angiospasmus útján a test belseje felé való terelése. Szó sincs róla, colorimetriával és vérszámolással kimutatható chloro-anaemiák alakokat is látunk kifejlődni a mesterséges táplálás kapcsán a csecsemőkorban, de rendszerint a csontrendszer egyidejű laesójával egyetemben, úgy hogy bajos annak a megállapítása, hogy magának a táplálkozásnak az erythropoiesis megzavarásában mennyiben volt önálló szerepe.

Annál szembetűnőbb úgy a női, mint az állati tejnek a vérképzésre, de különösen annak haemoglobintartalmára gyakorolt káros befolyása, ha a kizárólagos tejjel való tápláláshoz még egy bizonyos időn túl is ragaszkodunk. E korhatárt női tejjel való táplálás esetében az első életév végére tenném, állati tejjel való táplálás mellett azonban már a 9—10. hónapra. Ezen idő alatt elfogy a szervezetnek a májban elhelyezett (és öröklött) vasdepótja (Bunge) és a tej, beleértve a női tejet is, mint vasban szegény táplálék, az említett szempontból már nem kielégítő. Főzelék- és gyümölcsfélék adagolásáról kell gondoskodnunk a beálló hiány pótlására, miközben egyidejűleg egyéb növényi sókat és ezekkel a csontképzésre értékes ásványi anyagokat viszunk a szervezetbe.

7. A szellemi élet ébredése és a táplálás módja között vonatkozásokat nem találunk, a mint a későbbi életben sem gyakorol a tápláltság vagy a testsúly a szellemi képességekre semmiféle befolyást. Az angolkóros gyermekek egy része szellemileg később ébred. Egyesek a fennálló hypertrophia cerebri következtében, mikor fel kell vennünk, hogy a hypertrophia nem vonatkozhatik a szellemi műveleteket lebonyolító elemekre. Egyesek az angolkórt kísérő hydro-

⁷ Czerny állítja, hogy a szövetturgor a csecsemőkorban a statikai funkciók egyik fontos kelleke és hogy a még puha csontú csecsemő a szövetturgor csökkenése esetében ellankad; mint a húsos növényzár, melynek a szövetturgor egyedüli támasztéka.

⁸ Salge: Einführung in die moderne Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1903.

cephalust sínylik, míg mások kellő érdeklődés hiján, vagy ha az meg is volna, a korlátozott vagy hiányzó mozgási képesség folytán legalább egyelőre nincsenek abban a helyzetben, hogy tapasztalásokat és ismereteket gyűjthessenek. Az angolok és a szellemi élet között fennálló kapocs, melyet *Bókay János*⁹ egyáltalán nem fogad el, a mondottaktól eltekintve, igen laza. Ha még meggondoljuk, hogy a szellemi élet fejlődése számtalan egyéb tényezőtől is függ, a táplálás módja és minősége, mint az angolokkal bizonyára kapcsolatos valami, az előbbi szempontból említést sem érdemel.

Mint a felsorolt 6 pontból kitűnik, sokféle látószög alatt kell figyelni a csecsemőket valamely táplálék értékének elbírálásakor. A megítélés szempontjából fontos tudni, hogy mi a táplálék sorsa az emésztőfelületekkel való érintkezésekor, milyen befolyást gyakorol az az emésztőszervek funkcióira és végül szervcsoportok szerint és egészségben miképpen reagál a csecsemő szervezete a kérdéses táplálékra. Mert míg az emésztőtractus önálló szerepe a táplálék megemésztésével, felszívásával megszűnt, a táplálék a különböző szövetekre, rendszerekre és azok funkcióira való hatása — a csecsemőkorban egészen specialis formában — csak ekkor kezdődik.

* * *

Ezek előrebocsátásával az intézeti csecsemő sorsáról akarok szólni és általánosságban nagy vonásokkal érinteni mindazon ismert és sejtett körülményeket, melyek az intézeti csecsemők fejlődését még a közelmúltban szinte lehetetlenné tették. És fel fogom sorolni mindazon tényezőket is, melyeknek köszönhetjük, hogy csecsemőknek otthonokban való gondozása manapság már a siker jegyében történhetik. Hogy az eddigi kísérletezések nem voltak biztatók, azt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy Magyarországon ilyen intézetek eddig nem léteznek. Az állami gyermekmenhely kiadja oltalma alá helyezett csecsemőit, az egyes kórházakban inkább mutatóba felállított néhány ágyas csecsemőosztályok azzal az atrophias anyaggal, melyet kórházakban elhelyezni szokás, nem sok dicsőséget arathattak.

Halljuk és hisszük, hogy csecsemőknek intézetekben való fejlődését imponderabilis ártalmak még az esetben is hátráltatják, ha a táplálás a legtekélyesebb tápszerrel, a női tejjel történik, és hogy mesterséges táplálással a családi kör rendszerint jobb eredményeket ér el mint a kórház, az otthon és hasonló intézmények. Ez magában véve csupa igazság. Úgy abból a szempontból, hogy az intézeti ártalmak a táplálási technika haladása dacára még mindig érvényben maradtak, de még inkább amabból, hogy a család körében, melynek valóságos központja, kedvezőbb viszonyok között él a csecsemő, mint a tömeggondozást élvező számozott csecsemőtársa. Ezek szerint az intézeti gondozásnak nem volna semmi jogosultsága és helyesnek kellene tartanunk, hogy úgy mint eddig, ezután se létesítsünk ilyen intézményeket.

De nem a gyakorlati életből merít, ki a családi körök csecsemőit a csecsemőintézetek lakóival veti egybe. Hiszen intézeteknek felkinált csecsemők a legkritikább esetben kerülnek ki családi körökből. Ha pedig igazságosan úgy teszünk fel a kérdést, hogy mi a sorsa azon csecsemők ezreinek, kiknek családi körük nincsen, ha nem kerülhetnek intézetekbe? a feleletet, mely most egészen más színben tükrözteti vissza a viszonyokat, könnyen megadhatjuk. Hazánk csecsemőmortalitására kell utalnunk, ha e feleletet számokban akarjuk kifejezni. E számok pedig meggyőzhetnek mindenkit arról, hogy a modern elvek szerint irányított intézetben elhelyezett csecsemő sorsa a kiadottéhoz képest az életbenmaradás szempontjából ideálisnak mondható.

Amde vegyük most sorra mindazon tényezőket, melyek vagy azáltal, hogy jelen vannak, vagy azáltal, hogy hiányzanak, megkönnyítik vagy megnehezítik a bennlakó csecsemő

gondozását. És beszéljünk fenyegető károk súlyáról, melyek az intézeti csecsemőre fokozottabb mértékben nehezednek: a modern hospitalismusról, mely hozzáértő orvosi vezetés, megfelelő táplálék, kiképzett gondozószemélyzet és a mai hygiénének megfelelő berendezések dacára is fennáll. De méltaságuk azon előnyöket is, melyekben az ilyen csecsemő a kiadotthoz képest részesül.

Az intézetekben elhelyezett és addig egészséges csecsemőket további sorsukat illetőleg 4 csoportra lehet osztani: 1. kik normalisan továbbfejlődnek, 2. fejlődésük addig elért fokán előbb vagy utóbb megakadnak, 3. táplálkozási zavarok klinikai jeleivel atrophiasá válnak és 4. kik acut megbetegedések folytán romlanak le vagy pusztulnak el.

Minthogy beteg csecsemők nem csecsemőotthonokba, hanem kórházakba valók (tulajdonképpen az otthonban megbetegedettek is), ezekről, valamint az átmenetileg és csak könnyű fokon megbetegedettekről nem szölok.

Jól fejlődő csecsemőket látni csecsemőotthonokban és láttunk mi is nagy számban osztályunkon. Ha ezek állapotát jónak is minősíthetjük, nem emlékszem egyetlen egyre sem, ki összqualitás tekintetében az egészséges anyától szoptatott és gondozott egészséges csecsemőtől legalább valamennyire el nem tért volna. E látszólag kemény bírálatot, mely inkább a szoptatott csecsemő tökéletességéből, mint az intézeti csecsemő tökéletlenségéből adódik, érthetővé teszi az a szigor, melylyel ítélkeznünk kell, ha az intézeti gondozás jogosultságának elvi kérdését akarjuk eldönteni. És sok mindenre kell kiterjedni figyelmünknek, ha a csecsemő kvalitásának meghatározásáról van szó. A mit egyszeri vizsgálás alkalmával meghatározhatunk: a testsúlyt, az arcyszínt, a szövetturgort, az izomtonust, a csontrendszer fejlettségét, az agilitást, a motilitást, a bőrt, a nyálkahártyákat, a mirigyek és a hasi szervek állapotát, az idegek villamos ingerlékenységét és a kedélyhangulatot, még nem tölti ki a minősítési táblázat összes rovatait. Teljes képet valamely csecsemő értékéről csak akkor alkothatunk magunknak, ha hosszas megfigyelés után megállapítottuk magatartását accidentaliter jelentkező ártalmasságokkal szemben, a milyeneket hőhatások idéznek elő, vagy a téli lehülés és utóbbival kapcsolatban vagy függetlenül a felső légutaknak könnyen descendáló, a csecsemő szervezetét különben is mélyen alteráló hurutos infectiói.

Nem hiszem, hogy élt valaha csecsemő, kinek nyugodt fejlődését hurutos infectiók — legalább egy időre — nem zavarták volna. Immunitás tehát ebből a szempontból nem létezik, de létezik a már megtörtént infectio esetében reactionbeli különbség. Az is bizonyos, hogy a gyakori infectiók a reactionképességet a conditio lerontása által csökkentik. Az intézeti csecsemőknek e tekintetben nagyon kedvezőtlen a helyzete. Ha a lehülés ellen a gondos személyzet meg is védi, hurutos infectiók lehetőségének a hosszú tél folyamán a lakótársak, a látogatók és a gondozónők részéről mindig ki van téve. Ezzel szemben a házcsecsemőknek, ki aránylag kevés emberrel érintkezik, különösen ha hozzátartozói ez irányban kioktattattak, briliáns a helyzete.

Az intézetbe felvett csecsemők egy része nem fejlődik tovább. Ezt a csecsemőben rejlő hibák, vagy kivüle eső körülmények okozhatják, melyek természetesen az intézetben kívül is szerepelhetnek. A szervezetben rejlők constitutionalis anomálián vagy anomáliákon épülnek fel. Ilyen csecsemőkkel a magángyakorlatban is (nem nagy örömmünkre) szép számmal találkozunk és ha ezekkel az intézetben is csak lassan haladunk előre vagy sehogy sem boldogulunk, arról az intézeti „milieu” semmit sem tehet. A pathologia körébe tartozó, constitutiósan anomáliás csecsemőkről, a milyen az exsudativ, a neuropathiás, a spasmophil és a hypotrophias typus, e fejezetben nem akarok szólni, hanem rámutatni azon javakra, melyekben a csecsemőotthonok kis lakói részesednek, valamint azon elhárítható és még elhárítandó ártalmakról is, melyek a gondozást oly fáradságossá, az elérhető eredményeket pedig közepessé teszik.

Az egészséges csecsemő sorsa attól függ, hogy *hogyan gondozzák, hogyan táplálják és vajjon érik-e gyakran infectiók.*

⁹ Bókay János, Flesch H. és Bókay Zoltán: A gyermekorvoslás tankönyve.

Egyformán jelentős és egymással összeszövődő fogalmak ezek, melyeket külön tárgyalni alig lehet. A csecsemőgondozás gyűjtőfogalma alá foglalva ezeket, azt mondhatjuk, hogy az e körbe vágó legactualisabb témák egyike az, a melyben a modern értelemben vett hospitalismus okait kutatjuk. A mint az újabb irodalom áttekintésekor kitűnik, az egyes szerzők e kérdést nagyon különbözőképpen bírálják el. *Finkelstein*¹⁰ szemében a hospitalismus egyértelmű az infectióval. Más magyarázatot elfogadni nem hajlandó. *Pfaundler*¹¹ a mult idők tökéletlen táplálási módszerét okolja, az intézeti gondozást természetellenesnek és egyhangúnak tartja és „gondozási ártalomról” beszél; *Freund*¹² és *Birk*¹³ kedvezőtlen psychés befolyásokat említ, melyek a csecsemőket az otthonokban érik; *Schloss*¹⁴ az infectiótól független, lényegében eddig még nem tisztázott „milieuártalom” létezését veszi fel azon megfigyelése alapján, mely szerint csecsemők, kik az egyik pavillonban kitűnő gondozás és a legjobb táplálás (női tej) dacára sem fejlődtek, egy másik pavillonba áttéve, látszólag ugyanolyan körülmények között (hygienés ártalmak, infectiók nem jöhettek tekintetbe), addigi magatartásukon változtatva, tartós gyarapodásnak indultak. *L. F. Meyer*¹⁵ külön monographiában foglalkozik e kérdéssel. Enterális infectiókról, meg nem felelő gondozásról és táplálásról beszél. A felvett csecsemők 65%-a 14 napon belül kapta meg az első pharyngitist. Mindezekon kívül még ismeretlen ártalmakra is gondol. *Feer*¹⁶ a hospitalismus oka gyanánt az infectiókat és azok könnyű terjedését állítja oda, úgyszintén a gondozás elégtelenségét is. A csecsemőkkel szerinte nem foglalkoznak eléggé, nem hordozzák azokat, nem viszik ki a levegőre és a lehülés ellen sem védik meg kellőképpen. Azt hiszi, hogy táplálási methodusaink tökéletesedésével a tömegápolás hátrányai csökkenni fognak. *Schlossmann*¹⁷ a gondozó és ápolószemélyzet specialis kiképzését követeli. *Czerny*¹⁸ az infectiókon kívül ismeretlen tényezőkre gondol és eredményes munkát csak hozzáértő orvosi vezetéstől, valamint jól képzett, bizonyos önálló hatáskörrel felruházott gondozószemélyzettől vár. *Lesage* — mint hallom — a meghűléstől félti csecsemőit és a hűvös évszakokban az ablakokat nem engedi kinyitni.

A midőn így nagytapasztalású és tekintélyes szerzők néhány odavetett mondasából is kiérezhetjük az általános elégedetlenséget, mely, mint már jeleztem, az intézeti csecsemőnek a házikézelésben gondozottal való összehasonlítás eredménye, a magam részéről a már említett és nézetem szerint helyesebb összehasonlítás alapján kezdek bele *Heim Pál* dr.-ral saját csecsemőosztályunkon tett megfigyeléseink leírásába.

(Folytatása következik.)

Újabb adatok a hastyphus járványtanához.

Irta: *Günther József* dr., Szabadka sz. kir. város tisztí főorvosa.

(Folytatás.)

Nem vonom kétségbe, hogy a megfigyelések és az ehhez fűzött következtetések, az idő rövidségére való tekintettel, nyitott ajtót hagy a kételkedőknek, a mikor erre az alapra akarom helyezni azt a fontos feltevést, hogy a házi légy, Indiának ez a *bête noir*-ja gyakori, vagy talán éppen a legközönségesebb közvetítője a hastyphusnak.

¹⁰ *Finkelstein*: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.

¹¹ *V. Pfaundler*: Über natürliche u. über rationelle Säuglingsfürsorge. Süddeutsche Monatshefte, 1909.

¹² *Freund*: Über den „Hospitalismus“ der Säuglinge. Ergebn. d. inneren Med. u. Kinderheilkunde, VI. köt.

¹³ *Birk*: Über den Einfluss psychischer Vorgänge auf den Ernährungserfolg bei Säuglingen. Monatschrift für Kinderheilkunde, XII. kötet, 913. l.

¹⁴ *Schloss*: Über Säuglingsernährung. Monographie, 1912.

¹⁵ *L. F. Meyer*: Über den Hospitalismus der Säuglinge. Klinische Studie. Berlin, Karger, 1913.

¹⁶ *Feer*: Die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter und ihre Behandlung. Beihefte z. med. Klinik, 1909, I. füz.

¹⁷ *Schlossmann*.

¹⁸ *Czerny*: Säugling, Arzt u. Pflegerin. Festschrift z. Eröffnung d. K. A. V. H. zu Charlottenburg, 1909.

De bármilyen rövid is a kísérlet ideje, kezdetleges a keresztülvitel módja és kicsiny a megfigyelés határa, a mel-lékelt diagrammok egyenlően mutatják, hogy Poonában a legyek megjelenése és a hastyphus kulminálása között egyenes és letagadhatatlan az összefüggés.

Ugyancsak Poonából referál *Quill* is:

Abban az időben az állomáson rendkívül gyakori volt a hastyphus és állandóan kerestük az előidéző okot. Többek között vizsgálat tárgya volt az a terület, a hova a város ürülékét hordták ki. Ez körülbelül két mértföldnyire (3.6 km.) volt a várostól és a barakkoktól. Alig hogy $\frac{1}{2}$ mértföldnyi közelségbe értünk ennek a rémesen illatos helynek, valami „tompá bűgás” ütötte meg fülünket, melynek oka rejtély volt előttünk. A mint tovább haladtunk, ez a tompa bűgás állandóan erősödött és a mikor elértük a lerakódó helyet, az okát is láttuk. Három óriási medencze terült el előttünk, az egyik egészen, a másik kettő félig telten bűzhödött piszokkal, a mely infernalis szagot terjesztett maga körül. Mindegyiknek a felülete nyüzsgő, zizegő, röpködő, cikázó legyek hihetetlen mennyiségétől eltelve és mindannyi szürcsölte a rothadt, zöld förtelmet. Ezeknek a dongása, zümmögése adta azt a tompa bűgást, a mit egy $\frac{1}{2}$ mértföldnyire elhallottunk. A medenczék tartalmát a benszülöttek hordták össze trágyának — ezen a tényen csakugyan el lehet gondolkodni. De mi történik a megfertőzött legyekkel? Tovább vándorolnak? Ha igen, hová és milyen következménnyel?

A legérdekesebb riportok egyikét *Odlum* szolgáltatja:

1903-ban a skót vadászoknak *Nasirabadban* állomásozó csapata között rendkívül súlyos hastyphus-járvány ütötte fel a fejét. A mikor már minden elméletünk csütörtököt mondott, megkísérelnünk kellett még a legyek pusztítását. Ez az első pillanatban reménytelen és eredménytelen küzdelemnek ígérkezett, mert akkor még nem ismertük e férgek létfeltételeit és táplálkozási módját. Végre is a legyeket kiirtottuk és a járvány megszűnt. 1905 júliustól 1906 augusztusig, a mikor a legyek újra megjelentek, egyetlen esetünk nem volt. Szorgalmasan kutattunk ugyan a szaporodási és a táplálkozási hely után, de nem tudtunk reáakadni, miért is napról-napra vártuk a betegség kitörését. Várakozásunkban nem is csalódtunk, mert csakhamar megjelent az első tíz eset.

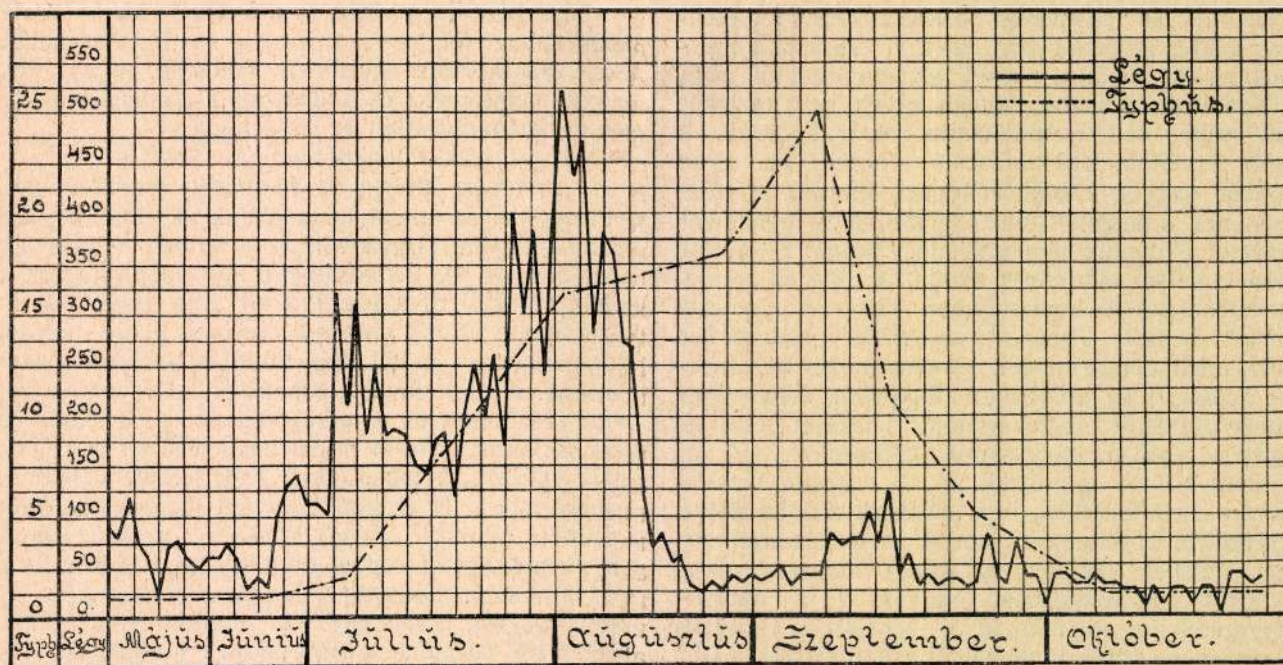
Jones, a ki ugyanitt a védekezési actiót vezette, azt állítja, hogy a legyek ellen 1904-ben keresztülvitt razzia óta *Nasirabadban* a hastyphus-esetek száma erősen megcsökkent. Ezt az eredményt az is nagy mértékben elősegítette, hogy sikeresebb rendszert alkalmaztak az emésztőárkok tartalmának befedésére, miáltal a legyek szaporodásának egyik lényeges feltétele megszűnt.

Élesen világítja meg a tényeket *Faichnie* jelentése az angol kormányhoz:

Mint a *Nasirabadban* állomásozó divisio egészségügyi főnökének első kötelességem volt a vízszolgáltatásról jelentést tennem. A vizsgálatok és a vegyelemzések azt a megnyugtató eredményt adták, hogy a víz minden gyanun felüláll és ez valószínűen így volt évekkel ezelőtt is. A hastyphus-megbetegedések jelentkezésében beállott javulás, a mely 1904-ben vette kezdetét, időközben rosszabbodott és 1909 augusztusáig állandóan emelkedett.

A mikor 1904 januárjában először voltam *Nasirabadban*, meglehetősen számban volt légy a kórházban és a barakkokban, ellenben alig találtunk egynéhányat az emésztőgödrök tájékán; sőt május végén tett második körutam alkalmával ezeken a helyeken nyoma sem volt a légynek. Állandó tartózkodási helyemen, *Mhow*-ban, 1907-ben hirtelen csökkenés áll be a hastyphus-esetek előfordulási számában és ez ezóta állandó is. Ez a csökkenés összeesik *Trevor* vezértörzsorvos látogatásával, a ki megállapította, hogy az emésztőárkok tájékán tömémentelen a légy. Ez időtől kezdve, hála a tartománykormányzáság gondos figyelmének, jelentős változás következett be és ma, tizenhét hónap után, alig-alig egynéhány légy ha megtalálja itt a szaporodás feltételeit.

A hastyphus-eseteknek ezt a jelentőségteljes csökkenését nem lehet az *antityphoid oltások* eredményének betudni, mert bár az állomás lakosságának legnagyobb részét beoltottuk,



mégis sokan maradtak oltatlanul; a beoltottak közül pedig 1907-ben sokan megbetegedtek és az agglutinatio bizonyossága szerint ma is csekély védelemre van kilátásuk. Az állomáson 60 olyan egyén van, a ki azelőtt szenvedett hastyphusban, mielőtt a betegeket elkülönítettük volna a bacillusgazdáktól. Ezeknek az egyéneknek a megvizsgálása alkalmával kitudt, hogy kettő közülük már 1906 óta bacillusgazda, vagyis azt lehet mondani, hogy a conventionalis intézkedéseket leszámítva, a direct fertőzés tovaterjedésének megakadályozására semmit sem tettünk. Mhow vízszükségletét annyira elsőrangú forrás látja el, hogy ennek vize még forralásra sem szorul és így kétségtelen, hogy a megbetegedések számának csökkenését egyedül annak a száraz ténynek köszönhetjük, hogy a legyeknek az emésztőárkokban való szaporodását és táplálkozását lehetetlenné tettük.

1907 elején a divisio állomáshelyei közül egyedül Jubbulpore szenvedett a hastyphustól. Vízszolgáltatása ennek is kifogástalan, ellenben még a hideg időjárásban is hemzsegek a legyek. Az emésztőárkok tájékáról számlálatlan mennyiségben jönnek a táborba és ezt a bevándorlást elősegítik a lovak és a gyalogsági menetelések is.

A három katonai állomás viszonyainak egybevetése világosan utal arra, hogy a hastyphus jelentkezésének okai között vezető szerepet játszanak az emésztőárkok. Nem habozom kijelenteni, hogy a tények szigorúan utálnak arra a következtetésre, hogy a bántalom terjesztésében a legtöbb és a legközönségesebb alkalom az, ha a legyek typhussal fertőzött dejectumhoz férhetnek. Azon az állomáson, a hol a legyeknek megszámlálhatatlan mennyisége csak a lovak és szarvasmarhák trágyájában találja meg létfeltételeit: nincs hastyphus; míg ellenben ott, a hol a viszonylagosan kevés számú légynek, akár az állomáson, akár ennek környékén, fertőzött emberi ürülékhez van módja hozzájutni: könnyen törhet ki hastyphus-járvány és ennek első forrása a legyek maguk és ezeknek ürüléke.

Woodhouse meggyőződéssel vallja, hogy az Indiában nagyon gyakran előforduló hastyphus-járványoknak közvetítő csatornája a házi légy.

Hasonló conclusióra jut Aldridge:

Egész serege a tényeknek áll rendelkezésünkre, hogy jogosan mutathassunk rá arra a szoros viszonyra, mely a hastyphus-járványok és a lakásokban, élelmiszer-raktárakban és latrinák közelében nagy számban elszaporodó legyek között van. Az eddigi megfigyelések határozottan azt igazolják, hogy a legyek szaporodásával lépést tart a hastyphus emelkedése. Az évnek egy bizonyos szakában hihetetlen légyszaporulatra adnak alkalmat a latrinák, illetőleg ezeknek gondatlanul és felületesen befedett tartalma. A statisztika igazolja, hogy az

indiai tartományokban elhelyezett 500 csapat közül abban az ötben volt a legkevesebb hastyphus, a melynek emésztőárkai tiszták voltak; és mindössze egy-két olyan csapat volt, a hol alig jelent meg ez a bántalom, ezeknek azonban vagy egyáltalán nem volt emésztőárkuk, vagy tekintélyes távolságra estek a táborból.

Wanhill évek hosszú során át kutatta a Bermuda szigetén állomásozó csapatok között uralkodó hastyphus okát.

A Warwick-táborban jelentkezett esetek — írja jelentésében — szeptemberben kezdődtek és az év végéig tartottak. Víz, tej, élelmiszerek kifogástalanok voltak, de a latrinák nem voltak utánzásra méltók, tartalmuk befedését meg éppen elhanyagolták. Az emésztőhordók reggelre színültig megteltek, napközben telve voltak legyekkel, mert a sziget törvényei ezek kiürítését csak éjjel engedik meg. A következményeket könnyen el lehet gondolni; hogy pedig az élelmiszerek megfertőzésének lehetősége fenforgott, az kétségtelen. Mindez arra kényszerített minket, hogy irtó háborút indítsunk a legyek ellen.

Nézzünk végig a kísérleteknek, tapasztalatoknak és a következtetéseknek ezen a gazdag tárházán és lehetetlenség nem gondolkodni esni.

Szabad legyen itt ismételnem, a mit 1911 augusztusában a közigazgatási bizottsághoz tett jelentésemben mondtam: ³⁸

Fokozottabb mértékben jelentkezik a hastyphus veszedelme, ha a sűrűn lakott városokban, a csatornázás hiánya folytán, egymás mellett sorakoznak a nyitott emésztőgödörök, a melyeknek a talajjal elvegyült nyirkos anyaga minden kellékével rendelkezik a mikroorganizmusok szaporodásához szükséges feltételeknek. A nyitott emésztőgödörök kész zsákmányul kínálkoznak a legyek százezreinek, a melyek könnyű szerrel hordják szét és viszik a lakásba a csírákat. Hogy az ürülék hastyphusos betegtől, vagy bacillusgazdától származik-e, az a dolog lényegére nézve egyre megy.

Nem tudom, kinek volt alkalma a városokban a kevésbé intelligens munkásnegyedekben, vidéki városokban az úgynevezett földművelő-osztály körében és falun nagy családú parasztlakást, helyesebben lakószobát, istállót, trágyadombot és pöczegödört látni? Ha valakinek volt ehhez szerencséje, az könnyen aláírhatja az én elméletemet.

Ugyanazok a panaszok és tünetek vannak meg itt is, mint a liverpooli lóistállók környékén és az indiai katonai állomásokon.

A szoba közepén ringó bölcsőben fekvő csecsemőt, a padkán alvó apróbb gyermekeket és az ágyban fekvő beteget

³⁸ Szabadka sz. kir. város egészségügyi viszonyai az 1911. évben.

majd megeszik a legyek. Falusi parasztháznak, de gazdálkodást űző úri háznak is valóságos egyiptomi csapása a házi-légy. Hihetetlen mennyiségű rajokban lep el mindent és akadálytalanul fertőzi meg az élelmiszereket. Hogy milyen átok, igazolja az is, hogy ma már a falusi földművelő-osztálynak is szükséges csikke a légyfogópapíros.

A gazdasági udvar minden állatjával, trágyadombjával és nyitott pöczegődrével kora nyártól késő őszig lucullusi terített asztallal és tenyésztő helylyel szolgál a legyeknek. Egyetlenegy légy 333,000.000 (háromszázharminczhárom millió!) az emberi bélrendszerben, tehát az ürülékekben is tanyázó és szaporodó bacteriumot hord. Szorozzuk meg ezt a számot a falusi lakások szobáiban röpködő, mindenre reá-szálló és mindenhez odatapadó legyek tömegével és olyan hihetetlen számsorozatot nyerünk, hogy ez valósággal megborzo-gatja az embert. Mit képes ez a mennyiség az útjába eső élelmiszerekkel, tejjel stb. stb. elkövetni!?

De a légy közvetítésével létrejövő fertőzést még egyéb tapasztalataim is meggyőzőleg igazolják.

Feltűnő a szabadkai megbetegedéseket ábrázoló diagrammon az 1909. évnél az utána következő évekhez viszonyított horribilis magassága. De ez nemcsak Szabadkán és egyáltalában egész Magyarországon, hanem a külföldön is így volt. Az ez évi magyarországi októberi halálozás (853) egyike a legnagyobbaknak, a novemberi (1207) és a deczem-beri (904) halálozást pedig még csak meg sem közelíti egyik is. A három hónap halálozásának megfelelő, egy-egy hónap-pal hátrább vonuló megbetegedéseknek, még viszonylagosan is recordszámokat kell adni.

E járvány alatt bőven akadt alkalmam megfigyeléseket tennem.

Az előfordult és a bejelentett eseteket két egyenlőtlen részre kellett osztanom. A kisebbik részt adták a tényleges és a tipusos esetek, míg a másik, aránytalanul nagyobb részt azok az atypusos esetek alkották, a hol a hastyphus-fertőzést vagy elhomályosította, vagy teljesen elnyomta egy más természetű fertőzés. A megejtett vizsgálatok alkalmával kitűnt, hogy egy olyan idegen eredetű infectióval állunk szemben, a mi minden tekintetben utánozza a hastyphus kórképét és tulajdonképpen mégsem imponált úgy, mint a régi klinikai kórkép. A Gruber-Widal-féle agglutinációs reactiót feltűnően rendszertelenül kaptuk és többnyire ott volt pozitív, a hol leg-kevésbé vártuk.

(Folytatása következik.)

Semmelweis-beszéd.

A Budapesti Orvosi Casino Semmelweis-lakomáján 1914 január hó 27.-én tartotta Dollinger Gyula dr. egyetemi tanár.

Tisztelt Társaság!

Igazgató-tanácsunk az idén engem kért fel, hogy a mai estén, a mely a legnagyobb magyar orvos emlékének van szánva, Önökhöz beszédet intézzek.

A nagy név, a melyet e serleg visel, azon ékesen szóló férfiak díszes sorozata, a kik engem ezen az asztalfőn itt megelőzték és kiváló collegáim nagy társasága, a mely, hogy meghallgasson, e hosszú asztalt körülüli, felszólításuk teljesítését reám nézve kiváló megtiszteltetés jellegével ruházza fel. Fogadják, kérem, érette mély köszönetemet.

Semmelweis emlékének évenként megismétlődő ünnep-lésével egyesületünk jelentőségteljes lépésre határozta el ma-gát. Közönségünkben évenként felújítja annak tudását, hogy az elmúlt esztendőben az egész világon ismét sok százezren köszönhetik életüket annak a felfedezésnek, a melyet 66 esztendő előtt Semmelweis tett; hogy ez a nagy férfiú a mi hazánk, a mi városunk szülöttje, a mi egyetemünk neveltje és tanára és a mi orvosi karunk tagja; ugyanakkor fiatal orvosi generációnk elé a magyar orvosbúvár mintaképül állítja oda Semmelweis-t. A nagy felfedezés emberszeretétén, hivatásának legkomolyabb felfogásán, lelkiismeretes, pontos észlelésén és inventiós genialis gondolkodásán alapult. Minden haladás, minden új felfedezés kiinduláspontja a pontos

észlelés, a mely új adatokat állapít meg. Ezen szabály alól még az úgynevezett véletlen felfedezések sem kivételek. A véletlennek egyébként Semmelweis felfedezésében csak az a szerep jutott, hogy a szerencsétlen Koletschka tanár hulla-mérgezés folytán pyaemiát kapott és ebbe belehalt. Ezt az experimentumszerű eseményt nem Semmelweis, hanem tőle független körülmények hozták létre, de azért ez a halálos fertőzés egymagában, ezzel az alkalommal is éppen úgy, a mint azelőtt már számtalanszor, a tudományra nézve minden haszon nélkül folyt volna le, ha a fiatal Semmelweis egész kórtani lefolyásában és kórbonczolástani megjelenésében pon-tosan végig nem észleli. És a midőn, a mint ő maga el-beszéli, izgatott kedélyének szokatlan hevével gondolkodott felette, egyszerre világossá lett előtte a gyermekágyi láz oka.

Minden tanításnak, a tudomány mai állásának ismerte-tése mellett, az a legfőbb feladata, hogy a tanítványokat erre a pontos észlelésre tanítsa meg és erre nevelje. A kit erre megtanítani nem lehet, mert gondolkozása annyira fegyel-mezetlen, hogy az ehhez szükséges concentrációra nem képes, azt a limine ki kell zárni a magasabb tanfolyamokból. Az ilyen ember nem alkalmas reá, hogy bármi pályán is önálló vagy pláne vezetőszerpet vigyen. Ez a pontos észlelés az alapja a sikeres orvosi gyakorlatnak is. Minden beteg min-den kóresetre számos természeti tényezőnek egymásra hatása. Ebben a komplikált folyamatban eligazodni az orvos csak betegének pontos észlelésével tud.

A természetbúvárnak csakis a pontos észlelés mutatja meg azt a rést, a mely eddig érvényben levő ismereteink és a valóság között fennáll és a melyet újabb, az eddigieknél mélyebb és exactabb kutatásokkal kell kitöltenie. Az anyagot e rések kitöltéséhez, a természettudományi új adatokat szin-tén a pontos észlelés szolgáltatja.

A tanár feladata erre az adatgyűjtő munkára megbíz-ható munkásokat nevelni, a kiknek a tudomány jó hasznát veheti. Ezek azok a tiszteltreméltó, hasznos segédek, a kik mesterük összes műfogásait, módszereit jól megtanulják, azokat a gyakorlatban a legnagyobb praecisióval alkalmazzák és közhasználatra tovább adják. Ennyiből áll a tanár be-folyása a tanítványára, a mi a tudományos búvárkodást illeti. Ezekről a tanítványoktól különbözik az inventiós búvár. Búvárlati inventióra soha még mester a legodaadóbb tanít-ványát sem bírta megtanítani, mert az inventio egészen külön képesség, a mely különyszerű agyvelőszerkezeten alapul.

Nem minden ember használja ki ezt a képességét. Sokan parlagon hagyják heverni, mert ahhoz, hogy az inventiós tudós ezt eredményesen használja, ahhoz nagyobb szellemi munkakifejtésre van szükség, a mire nem mindenki kapható. Az kell hozzá, hogy a kérdést, a melyet búvárkodásának tárgyául választ, komolyan, behatóan tanulmányozza, teljesen átértse, az eddig érvényben levő megoldás hiányait világosan felismerje és a saját maga, avagy mások által megállapított új adatokat azok megvilágítására felhasználja. Ezek, hogy képletesen fejezzem ki magamat, az agyvelő kohójában, nagy szellemi hőkéféjtés mellett egybeolvadnak, a feldolgozott ada-tok az eddigittől eltérő új rendben csoportosulnak, a miközben egyszerre csak kipattan belőlük a szikra, az új eszme. Ez a képesség veleszületett. Maga a szorgalmas tanulmány erre nem képes. A mely agyvelő eredettől fogva ezzel a képes-séggel nem bír, abból új eszmét sem a legnagyobb mester, sem egy egész egyetem kicsi-holni nem tud. Taine is azt mondja: A tudományos munkássághoz az egyetem adja a tűzhelyet, adja a tüzelőanyagot is, de a szikrának máshonnan kell jönnie . . .

Pedig előbbre tudásunkat, előbbre az egész em-beriséget csakis ezek az agyvelők, ezek a szikrák viszik. Van közöttük olyan, a mely csupán kisebb jelentőségű-nek látszó igazságot derít ki, a mely olyan, mint egyike azon köveknek, a melyek ezreiből épül fel a pyramis, de van olyan is, a mely azonnal igen nagyot lobban, messze elvilágít, sokat felvilágosít, közvetlenül kézzelfogható nagy haszonnal jár és óriásit lendít az emberiségen. Ilyen volt Semmelweis eszméje.

Ritkán vannak ezek az inventióval bíró elmék az emberek között, rang, rend és nemzeti különbség nélkül elszórva és felruházva a legkülönbözőbb tehetségekkel. Bárhol is találunk egyet-egyet, ne keressük, hogy a magasból, a mélyből vagy bármerről jött, mert ritka kincset hord a fejében, a melynek érvényesülésétől az emberiség nagy hasznot várhat. Hasznára lehet minden téren, az összes tudományokban épp úgy, mint a lelkesítő művészetek terén. A mihez külön tehetsége és vonzalma van, a mire lángeszével ráveti magát, azt a tudást előbbre viszi.

De én ma csupán a természettudományokra szorítkozom, a melyek számtalan ágazatának mindegyikében számtalan hézagok terület kínálkozik a bűvárokodásra. Befejezve egyikük sincsen és soha nem is lesz. Mindig csak az egyes tudományszakok mai állásáról beszélhetünk, a mely már holnapra, vagy a jövő esztendőre nagyot változhat. Tekintsük csak az orvosi tudományt. Gondoljunk csak vissza mi idősebbek arra, hogy mire tanítottak bennünket ezelőtt 40 esztendővel tanáraink, a legjobb hazaiak épp úgy, mint a legjelesebb külföldiek, és hasonlítsuk össze avval, a mit ma kell tudnia a fiatal orvosnak, hogy a gyakorlatban megállja a helyét. Az egész mai est arra sem volna elegendő, hogy tudományunk ezen óriási meggyarapodását csak egészen vázlatosan is előadjam; az évenként megtartott *Markusovszky*-előadások mutatják, hogy csak egy-egy orvosi szakmában mennyit haladtunk egynéhány esztendő alatt.

Ha pedig a többi természettudományt is figyelembe vesszük, akkor azt látjuk, hogy az utolsó 40 esztendő alatt a régiek mindegyike impozáns forradalom ment keresztül, mellettük és belőlük pedig egészen új tudományok keletkeztek; némelyikük által azelőtt nem is sejtett existenciák egész világával ismerkedtünk meg. Mintha csak a világ teremtése még folyton folyamatban volna. Ezeket a haladásokat az orvosnak szintén tudomásul kell vennie és nagy hibának tartom, hogyha tekintetét mereven kizárólag csak a saját maga legszűkebb szakmájára szegzi.

Az orvosi tudomány a természettudományok összességének csak egyik ágazata. Az orvosnak fenn kell tartania az összeköttetést az összes természettudományokkal és áttekinthetssel kell bírnia azon természeti erők felett, a melyeket a betegágnál minden nap alkalmaz. Ezek a természettani alaptudományok folyton újabb kincsekkel gazdagítanak bennünket. Hol a physika, hol a chemia ajándékozza meg az orvosi tudományt egy-egy becses felfedezéssel, a mely ismét újabb hatalmas fegyverrel vérteti fel az orvost a betegségek elleni küzdelemben.

És az új felfedezések most folyton gyorsuló ütemben követik egymást, mert a természettudományi bűvárlatokkal foglalkozó tudósok száma folyton emelkedik. Daczára azon nagy áldozatoknak, a melyeket a nagy hadseregek az emberiség csekély életbölcseisége, megférhetetlensége és az örökölt, rossz nemzetközi állapotok folytán a civilizált nemzetektől folyton követelnek, azért mégis több történik mai napság a tudományokért, mint a mennyi történt érettük bármikor idáig. A felfegyverzett milliós hadseregek mellett ma már legalább 10.000 főből áll a bűvárokodó természettudósok hadserege. Tagjai szét vannak szórva a civilizált világ összes nemzetei között, semmi törvény sem kényszeríti őket szolgálatátételre, valamennyien önkéntesek, fegyelmük a tudományos bűvárokodás őszintesége, működésük tere az egész szabad természet és a laboratóriumok, érintkező eszközük a sajtó, hadgyakorlataik a congressusok, zászlójuk jelszava: az emberiség jóléte, a melyért valamennyien teljes szellemi fegyverzetükkel síkra szállanak. Egymásután egész nemzetek lépnek a tudomány modern művelésének szolgálatába, mint csak nemrégén Japán, vagy szervezik azelőtt kevésbé tudományos irányban vezetett intézeteiket, mint az Amerikai Egyesült-Államok, a melyeket egy *Carnegie*-alapítvány bölcs felhasználása hozott abba a helyzetbe, hogy felismerve az alapvető physikai, vegytani, anatómiai és biológiai laboratóriumi munkálkodás fontosságát, kiméltlen harcra fogjanak 150 orvosi iskolái közül azok ellen, a melyek csupán a

routin és a mercantilismus zászlaja alatt eveznek. A mikor majd ezek közül mintegy 100 ilyen, tisztán rutiniéket nevelő iskolának az életét kioltották, akkor majd marad talán 50 jól felszerelt egyetemünk, a melyek közül többen már most is az amerikai jellegű szívóssággal és szorgalommal dolgoznak ennek a nagy nemzetnek a legtehetségesebb fiai.

Mindezek és az európai új acquisitiók folytán a következő 40 esztendőben a természetbűvárok hadserege nagy mértékben fog megnövekedni s ennek folytán ismereteink már azért is sokkal gyorsabban fognak gyarapodni, mint a mennyire ez idáig történt, mert minden új találmány ismét másoknak válik bölcsőjévé. Még csak a minapában történt, hogy önalkotta szárnyakon, a mióta az emberiség létezik, először repült fel ember a levegőbe és ma már nemcsak a felhők felett járunk, hanem meghaladtuk a 6000 méter magasságot, a melyet sem ember, sem állat azelőtt soha el nem ért, elértük azt a régiót, a hol már nem elegendő a levegő oxigénje, hanem csakis oxygentartálylyal lehet élni. Hogy mennyivel birunk még magasabbra emelkedni, az most már csak attól függ, hogy mennyi hajtóerőt és mennyi oxygent birunk magunkkal vinni és attól, hogy mennyiben lehetséges egyáltalában a repülés a légben szegény vagy teljesen légtelen régiókban. Ma ez a magasbarepülés még csak bravour, még csak record, de már tervezgetnek és kérdéseket állítanak fel a természetbűvárok, hogy miféle vizsgálatokat végezhetnének ott fenn azokban a szédületes és titokzatos magasságokban és holnap az aviatikus mellett már ott fog ülni a physikus, a physiologus meg a biologus és sorjában valamennyi természettudós és sejtteni sem lehet, hogy esetleg miféle új ismereteket vagy új természeti erőket hoznak le onnan azokból a magasságokból az emberiség hasznára.

De legyen akárhogyan, a természettudományok jelen fejlődési menetéből kétségtelenül arra kell következtetnünk, hogy mai legfiatalabb kollegáink 40 esztendő múlva még sokkalta nagyobb ellentéteket fognak látni maguk között és közöttünk, volt tanáraik között, mint a mekkorát látunk mi, a kik az elmúlt 40 esztendő alatt futottuk be tudományos pályánkat. Ennek az ő nagyobb önértéküknek azonban még nagyobb assimilációs munka lesz az ára, mint a mekkorát mi az elmúlt 40 esztendő alatt végeztünk.

Ha nem akarnak rutiniékké süllyedni, hanem lépést akarnak tartani tudományunk rohamos fejlődésével, még többet kell foglalkozniok az orvosi irodalommal, mint a mennyire ezt az orvos idáig cselekedte, mert ha csak egy pár évig nem fogják figyelemmel kísérni, akkor már annyi új, előttük ismeretlen fogalommal és kifejezéssel fognak találkozni, hogy az az orvosi lap madárnyelven fog Önökhöz szólni és a hiányt alig tudják többé pótolni. Több előfizetőjük kell, hogy legyen a magyar orvosi szaklapoknak, mint van ma és a magyar orvosi könyveknek is nagyobb vásárló közönségük a mainál. Az orvos remélhetőleg jó tökebefektetésnek fogja tekinteni, hogyha jövedelméből évenként valamit jó könyvekre költ, mert reá fog jönni, hogy azért a pár koronáért, a mibe egy-egy jó könyv kerül, jó barátot vesz magának örök áron, a kit a többi mellé szépen odaállít a könyves polczára, a kit akkor szólíthat a nap és az éjszaka bármely órájában consiliumba, a mikor neki kedve tartja, a ki nem várthatja meg, hanem kénytelen őt azonnal fogadni és a ki legértékesebb tudásának kivonatát nyújtja neki, áttekinthetően, fejezetekbe szedve azokon a lapokon. És hogy a nagy világtudomány minél több bűvárlójának műveit használhassa és ne legyen kénytelen bevárni, a míg a szükségset talán majd valaki lefordítja neki magyar nyelvre, vagy pedig tökéletlen kivonatban ismerteti meg vele, szükséges, hogy a nagy nemzetek nyelvét is megértse.

De maga a könyv még nem elegendő. Bizonyos fogásokat látni, mester vezetése mellett gyakorolni kell. Erre szolgálnak az orvosi továbbképző tanfolyamok, a melyeket majd a rohamosan haladó tudomány elsajátítására sűrűbben kell látogatniok, mint a hogyan az mai napság történik, a mikor éppen azok hiányzanak a tanfolyamokról, a kikhez azok legközelebb esnek.

A ki az orvosi pályán jól helyt akar állani, annak nagy előtanulmányok után ilyen állandó megfeszített munkával járó pályára kell berendezkednie.

Az amerikaiak azt mondják, hogy itt Európában az emberek szellemi tőkéjüket csak úgy félig-meddig használják ki, és ebben teljesen igazuk is van. Kevés nálunk az az ember, a ki kora ifjúságától fogva a munkára trainirozza magát, választott életpályáját jól megalapozza, azután pedig annyit dolgozik, a mennyi munkát szellemi ruganyossága elbir.

Az ilyen ember azután itthon is boldogul, annak, hogy boldoguljon, nem kell Amerikába mennie. Minálunk azonban másképpen élnek az emberek. Nézzük csak azokat, a kik szellemi munkára volnának hivatva. Viruló kávéházaink tengeri sokasága mellett, szégyenletesen csekély készlettel felszerelt könyvkereskedéseinkből könnyű a következtetés arra, hogy mivel töltik el a szellemi munkára hivatottak óráikat és mik az ő szellemi igényeik. Ha az a sok kávéház mind laboratorium lenne, ha az ott folyó hiábavaló tereferét komoly produktív munka váltaná fel, akkor nem lenne nálunk olyan ijesztően nagy azoknak a száma, a kik mindenhez a világon hozzászólnak, mindenhez értenek, de soha semmit megcsinálni nem tudnak és kiket *Szientkiewicz* genie sans portefeuille-nek nevez.

Pedig a jövő orvosának nem csupán idealis, magas czélekből kell rohamosan haladó tudományával lépést tartania, hanem azért is, mert a concurrentiának eddig példátlan megnövekedése, életfentartása fogja azt visszautasíthatatlanul tőle megkövetelni.

1901-ben a budapesti egyetemen 663 orvostanhallgató volt beiratkozva, a mult félévben pedig 3136, a mi a 12 esztendő előtti számának majdnem az ötszörösét teszi ki, a klientúra tehát még jobban széjjel fog oszlani a nagyobb-számú gyakorló orvos között és minden betegnek az eddiginél ötszörte nagyobb választása lesz, a mikor orvost kell választania. Ezen igen nagyszámú orvos között már a helyzet kényszerűségénél fogva is bizonyára többen lesznek az eddigieknél, a kik keményen fognak hozzálátni a munkához és a kiknek működését siker is fogja koronázni, míg a ki ezt a munkát nem bírja, vagy kényelemből nem vállalja, tengődni fog, ha ugyan nem fog más kereset után nézni.

Ilyen a jövő, hogyha a mai viszonyokat jól szemügyre vesszük és ez a kép korántsem valami pessimista világfelfogás szülöttje, a melyre az emberek az én koromban annyira hajlamosak, de a melytől engem jó szerencsém megkímélt, sőt ellenkezőleg csupa optimismus tölt el, mert a viszonyok ilyen alakulásából az emberiségre csak haszon fog háramlani. Kára belőle csak a rosszul készült vagy a hanyag orvosnak lesz, a kivel pedig sem én, sem társaságunk egyik tagja sem vállal érdeklődősséget. Kényelemszerető ember ne legyen orvos. A ki erre a pályára lép, az legyen reá elkészülve, hogy a jövőben még inkább, mint idáig, egész életét tanulmányainak kiegészítésére állandó munkával kell töltenie és azért erre a pályára csak az lépjen, a ki azt szenvedélyesen szereti és szereti annak objectumát, az embert, a ki teljesen átérzi azt a mélységes nyomort, a melybe az embert a betegség dönti, a mely az élet minden körülményei között másképpen károsítja, az élet élvezetének, a boldogságnak helyébe a testi és lelki fájdalmat plántálja, legnagyobb kincsét, az élet tőkéjét fogyasztja és idő előtt megsemmisíti.

Ez az az odaadó szenvedély, a mely nem hagyta nyugodni *Semmelweis*-t mindaddig, a míg eszméit teljes győzelemre nem vitte. Egy könyvet írt. *Unum sed leonem*. Ennek előszavában a következőket mondja: „Abbeli reményem, hogy az igazság magának törjön utat, 13 esztendő alatt nem ment teljesezésbe, nem abban a mértékben, a mennyire az emberiség boldogulására kíváncs voltam. A sors letéteményezőjévé tett azon igazságoknak, a melyeket e könyv tartalmaz. Visszautasíthatatlan kötelességem helyt állani éretük. Nincs többé szó hajlamaimról, csupán azok élete jó számításba, a kiknek abban a harcban, vajjon nekem, vagy

ellenfeleimnek van-e igazuk, semmi részük nincsen.“ És ezután, valamint már azelőtt, nyílt levelekben egy próféta szenvedélyével, egy Jupiter haragjával sujt le *Scanzoni*-ra, *Späth*-re, *Siebold*-ra, a kik tanait nem fogadták el, sőt maró gúnyja még *Virchow*-ot sem kiméli meg, a mikor rajta-kapja, hogy a gyermági láz okának magyarázatában téves úton jár.

Most is úgy áll ott az Erzsébet-tér sarkán, argumentumait összefoglaló könyvével a kezében, összeránczott homlokkal, mintha ellenfeleivel állana szemben és hatalmas emberszeretete nevében még egyszer és utoljára a legkeményebb szavakkal igyekeznék őket a jó útra téríteni és azért ez a szobor, a melyet nem csupán mi, hanem adományainkkal velünk a világ összes kultúrnépeinek tudósai és tudós testületei állítottak a magyar *Semmelweis*-nek, minden időkre emléke marad annak az elkeseredett, ernyedetlen küzdelemnek, a melyet egy lelkes tudós férfiúnak végig kellett harcolnia, hogy igaz tanát az emberiség javára érvényre juttassa.

Felfedezése, a mely emberszeretetéből csirázott ki, a mely lángeszének gyümölcse és a melyet erős jelleme érvényre juttatott, azóta minden akadályt legyőzött.

Lábaihoz telepedett le és az asszonyok és családok millióinak képviseletében hállásan tekint fel hozzá, karján életének legédesebb gyümölcseivel az egészségtől duzzadó bájos fiatal anya, virágkoszorút fonnak emléke köré a megmentett gyermekek, ott állunk mi, magyar orvos kollegái és velünk ott állt a leleplezés napján legjelesebbjei által képviselve az egész világ orvosi kara és valamennyien kivétel nélkül tisztelettel tekintünk fel hozzá, abba a szellemi magasságba, a hová ő, a legnagyobb magyar orvos emelkedni tudott.

Az ő dicső emlékére emelem fel ezt a díszes serleget! Önöket pedig kérem, koczczintsanak velem arra, hogy hazánk orvosai közül minél számosabban váljanak ki olyanok, a kik a *Semmelweis*-éhez hasonló megtiszteltetésre méltók.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hutyra-Marek: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. 4. kiadás, két kötet. 1913, Jena, G. Fischer kiadása.

Hutyra és *Marek*, a budapesti állatorvosi főiskolának tanárai immár negyedik kiadásban jelentetik meg művüket, a mely első kiadásában 1905-ben látott napvilágot s azonnal megszerezte a legnagyobb elismerést. Ezen négy kiadás-hoz még csatlakozik egy-egy olasz, angol és orosz fordítás. Mindezek újabb dicsőséget hoznak arra a főiskolánkra, a melynek hírnevét valóban jeles és lelkesen törekvő tanárai már több évtized óta megalapították. A nagy munka két vastkos kötetben s rendkívül gazdag tartalommal, mesteri kivitelben, a tudomány ez ágának mai álláspontját nem összefoglaló szemlék, hanem önállóan átgondolt, átdolgozott fejezetek alakjában tárgyalja. *Hutyra* a fertőző és epidemias bajokat, *Marek* a szervi betegségeket írta meg, s mindketten szoros vonatkozásban maradnak az emberi pathológiával s az emberorvos is igen sok tanulságot meríthet ebből a munkából, az állatorvosnak pedig nélkülözhetetlen kézikönyv marad. Az új kiadásban a szerzők a szöveget sok fejezetben jelentékenyen átdolgozták és bővítették, s a kitűnően sikerült, részben színes ábrák számát szaporították. A német irodalomban egyre-másra jelennek meg a kézi- és tankönyvek, de igen ritkán találunk oly alapos és helyes kritikával megírt nagyszabású munkára, a milyen ez a mű. —ssi—

Lapszemle.

Belorvostan.

A calciumchloridnak húgyhajtó hatását vizsgálta idősült vesebajban szenvedő egyénen *W. Arnoldi* és *G. Brückner*. *Iscovesco* mutaita ki először, hogy a kaliumsók

interstitialis nephritis eseteiben a vizelet fehérjetartalmát csökkenteni tudják. *Rénon* calcium kis adagával az albuminuriának kb. felében a fehérje csökkenését, sőt negyedében annak teljes megszűnését tudta elérni. *Imbert* és *Bonnamour* szerint calciumchlorid kis adaga vesegyulladás eseteiben a diuresisnek és a chörkiválasztásnak fokozódására vezet.

A calciumnak más irányban kifejtett gyuladástgátló hatását *Chiari* és *Januschke* bizonyította be, a kik különböző eredetű pleuraexsudatumnak, conjunctivitisnek stb. kimaradását észlelték a szervezet bő calciumelárasztása esetén. A Na-nak és a Ca-nak antagonistá hatása sok egyéb experimentalis biológiai vizsgálatban jutott már kifejezésre.

A szerzők nephritis 9 esetében alkalmazták a CaCl_2 -ot, különös vizsgálat tárgyává téve a folyadékforgalmat, a folyadékkiadást és felvételt s ennek arányát, az $\frac{U}{F}$ quotientst.

Ezen vizsgálatokból kiderült, hogy kis adag CaCl_2 -dal sikerül vesegyulladások legkülönbözőbb formáiban, főleg az oedemával, kisfokú albuminuriával járó esetekben — mely esetekben a NaCl az oedemákat fokozza — kifejezett diuresis hatást elérni. Több esetben az albuminuria foka is csökkent. (Zeitschr. f. kl. M., 1914, 79. kötet.)

Galambos dr.

Sebészet.

A magasabb korban jelentkező appendicitis diagnózisáról értekezik *J. Philipovicz*. Az appendicitis az 50 éven túl levő egyéneken *Loebl* statisztikája szerint 3.66%, melyből 3.6% a 70—80-as évekre esik. A legidősebb egyén, a kin appendicitist észlelt, 93 éves volt. Az aetiológia szempontjából fontos momentumok az idősebb korban az obstipatióra való hajlam, a sérvképződés, a beleknek atóniája. Észlelték oly esetet is, a hol az appendix teljes gangraenája volt jelen arterio-mesenterialis elzáródás következtében, arteriosclerosis egyénen. *Sprengel* az idősebb egyéneken előforduló appendicitisre különösen jellemzőnek tartja a hasfalak feszülését, a hányást, a hőemelkedést és a szaporább pulzust. *Délageniére* kólikákat, székrekedést vagy diarrhoeákat, étvágytalanságot és a nyelv bevonságát említi. A szerző tapasztalatai leginkább *Haim* megfigyeléseivel egyeznek, a mennyiben különösen a hányást, az ileustüneteket csekély helybeli elváltozással, az apyrexia és normalis pulsus tartja jellemzőnek az említett esetekben. Általában a peritoneum idősebb egyéneken toleransabb, mint fiatalokon, miért is peritonitis, subphrenikus abscessusok ritkábban láthatók mint szövödmények. Jól körültkolt perityphlitises abscessusok pseudoneoplasma alakjában igen gyakoriak, úgyszintén aránylag gyakran található az appendix sérvtömlőben meglobosodva. Mivel a helyi tünetek nem oly kifejezettek, mint fiatal egyéneken, inkább a közérzet határozatlan zavarai uralják a körképet, a diagnózis megállapítása általában igen nehéz. Éppen ezért a műtéti eredmények kedvezőtlenebbek, mint a fiatalabb korban. *de Bovis* kimutatása szerint az arány: 27.5% : 46.4% az acut esetekben. A szerző esetei közül hatban a halál oka diffus peritonitis volt, a mely majdnem minden esetben már a műtét előtt fennállott. Egy esetben coma diabeticum és pneumonia. 29 esete közül csak 15 esetben tudták a diagnosist biztosan megállapítani, míg fiatalokon a szerző eseteiben 200 közül 199 esetben. Ámbár a gyógyeredmények nem olyan jók, mint fiatal, erőteljes egyéneken végzett műtétek után, a conservativ therapiának mégis kevés jogosultsága van az idősebb egyének appendicitis-eseteiben. (Wiener klinische Wochenschrift, 1913, 52. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Ideg- és elmekórtan.

Az elmebajosok vérének complementtartalmával, különös tekintettel a paralyisisekre foglalkozik *O. Rössle*. Dementia praecox, epilepsia eseteiben és részben az öregkor megbetegedéseiben a vérserum complementtartalma aránylag nagyobb. Az epilepsiás rohamok után nem észlelhető a complementtartalom különösebb változása. A férfiak és nők között

nem volt észrevehető különbség. 13 paralyisises beteg közül négynek nem volt a vérserumában complement található; egyik közülök erőteljes férfi volt. A paralyisisek serumának normalis amboceptor-tartalma azon esetekben, a melyekben complement nem volt, csaknem teljesen hiányzott, más esetekben is nagyon kevés volt. Lehetséges, hogy a paralyisisek complementhiánya az idegszövet nagyfokú szétesésével függ össze, a mint hogy ismeretes, hogy a lipoidok és lecithin complementkötők, illetve anticomplement-hatást fejtenek ki. Hogy a vér serumának complementtartalmát növeljük, megkísérleljük *Linser* és *Mayer* tapasztalatai értelmében, hogy a betegekbe egészséges emberek serumát ismételtelen és nagyobb mennyiségben fecskendezzük. A befecskendezés mennyisége legalább 100 cm³ legyen. A befecskendezés káros hatását nem észlelték. A szerző azt hiszi, hogy az újabban sikeresen megkísértett tuberculin- és nucleinsavas natrium-oltások is olyképpen fejtik ki hatásukat, hogy a vér complementtartalmát kedvezően befolyásolják. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., XIV. köt., 552. old.)

Goldberger Márk dr.

A tabesek pupillaris zavarainak fejlődésével foglalkozott *A. Rochon-Duvigneaud* és *J. Heitz*. A szerzők hét éven keresztül 16 beteget vizsgáltak ez irányban pontosan és eredményeiket a következőkben foglalják össze: A pupillák átmérője általában a mydriasis felé hajlik. E hajlam sokkal gyakoribb és kifejezettebb azokon, a kik atrophia nervi opticiiben szenvednek, de minden esetben lassan fejlődik ki. A pupillák formája minden különösebb változás nélkül marad; az egyenlőtlenségek, úgy látszik, csak a tabes kezdő szakában fejlődnek. A fényreactio ha a kezdő szakban nem tűnt el teljesen, akkor a maradék nagyon hosszú ideig vagy véglegesen is fennállhat. Ritkán látjuk, hogy a fényreactio maradéka később is elvész, általában a status quo szokott fennmaradni. A convergentia reactiója is nagyjában hasonló viselkedést tanúsít: ha a korai szakban nem tűnik el teljesen, akkor a legtöbb esetben véglegesen megmarad, még olyanokon is, a kik atrophia nervi opticiiben szenvednek. (Revue neurologique, XXI. köt., 151. old.)

Goldberger Márk dr.

Szülészet és nőorvostan.

Ovarialis daganatnak a végbélnyíláson való kiürülését szüléssel kapcsolatban írja le *R. Michaelis*. 23 éves asszony második szüléséről van szó. Az első szülése 3 év előtt, könnyen folyt le. A fájdalmak 1913 november 3.-án délelőtt kezdődtek, november 4.-én hajnalban mutatkozott a burok, ezt a szülésznő megrepszette. A szülés ennek ellenére nem haladt. Az esethez hívott orvos a magasan álló fejre fogót alkalmazott, majd mikor ez nem sikerült, perforatiót kísérelt meg. Sikertelen próbálgatás után hívták oda *Michaelis*-t. A magzat II. koponyafekvésben volt, a fej a bemenetben rögzítve, a méhszáj eltűnt, nagy fejdaganat, a magzati szívhangok száma 160—80 között váltakozott. A hátulsó hüvelyfal erősen előredomborodott, mint nagyfokú descensus esetén. Narkosisban fogókísérlésre szánta magát. Pár erőteljes tractióra a fej alig mozdult, ámde a végbélnyílás mind jobban tátongott s egy kékesen áttűnő hólyagszerű képlet vált benne láthatóvá, a mely azután hirtelen kibukott onnan. Ezután a magzatot könnyű volt extrahálni (élő, leány, 3420 gr.). A megejtett belső vizsgálat a cystosus tumor kocsányát követve kiderítette, hogy a megrepedt rectumfalán át a méh hátulsó falához lehet jutni. Laparotomia. Az ovariumcysta a méh bal sarkából indult ki; a kocsány kettős leköttése, resectio. A rectum elülső falán hosszirányban 8 cm. hosszú, sima, egyenes szélű repedés. Ezt a szerző áthatoló, majd seroserosus varrattal egyesítette, a hasfalat zárta s csak egy gummidraincsövet helyezett az alsó sebzugba. A műtét után 6 napig jól volt a beteg, ekkor ileustünetek jelentkezvén, enterostomiát végeztek a betegen. A 8. napon meghalt.

Az esetben legérdekesebb a tumornak a rectumfalán való átlépése. Csak úgy lehet elképzelni, hogy a daganatot a fej nyomta le maga előtt s az erőteljes fogótractiók követ-

keztében a végbél megrepedvén, a cysta oda bepréselődött. Az irodalomban csak három hasonló eset van leírva, ez a negyedik. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1914, 4. sz.)

Scherer dr.

Gyermekeorvostan.

Az anaphylaxia veszélyének csökkentését serumnak száraz alakban adagolásával ajánlja *Eichholz* (Darmstadt). Ezen serum oly módon készül, hogy az eredeti immunserumot alacsony temperaturán beszárítják s az így keletkezett finom port olívaolajban suspendálják. Az oldat tartós, nem romlik, hatását sokáig nem veszti el s a szokásos módon injiciálható.

Ha a fehérjeanaphylaxia mai álláspontja helyes, hogy a seruminjectio a szervezetben proteolysises fermentumok képződését indítja meg, a melyek aztán a reinjectio alkalmával a befecskendezett fehérje gyors szétesését idézik elő s a szervezet mérges, fehérjeszétési productumok árasztják el, könnyen magyarázható a száraz serum alkalmazásának előnye, a mennyiben az oldáshoz és felszívódáshoz sok idő kell s a szervezetbe csak lassan kerülnek a fehérjeszétési anyagok. Ezen felvételt állatkísérlettel is igazolták. Előzőleg serummal injiciált tengeri malaczon később nagy adag serumot alkalmazhattak veszély nélkül, ha a serumot egy készülék segítségével lassan engedték a vérpályába jutni.

Indikált a száraz serum alkalmazása mindenütt, a hol a késedelemmel nem ártunk, tehát főleg prophylaxisos oltás alkalmával. Kétséges esetekben inkább számolunk a kései hatással, semhogy a beteget az anaphylaxia veszélyének tegyük ki. (Münchener med. Wochenschrift, 46. sz.)

Ujj Sarolta dr.

Húgyszervi betegségek.

A vesekövek gyógyítása *H. L. Kretschmer* (Chicago) szerint az utolsó évtizedben a vizsgálati módszerek tökéletesedése következtében nagyon előrehaladt és főképp 1. a hólyagtükrözés s az ureterkatheterismus, 2. az x-sugarak és 3. a különböző a veseműködést vizsgáló módszerek bizonyultak e téren különösen eredményesnek.

1. A hólyagtükrözés és az ureterkatheterismus révén mindenekelőtt azt a kérdést tisztázzuk, hogy mind a két vese, avagy melyik vese beteg; e mellett csaknem rendszeren meg is találjuk a követ, hacsak nem bujt el valamelyik tasakban avagy nincs nyálkával borítva. 2. A röntgenezés, mely nemcsak igen jó lemezt, de a kapott árnyék helyes értelmezését is igényli, akkor mutatkozik legmegbízhatóbbnak, ha cystoskopiával és ureterkatheterismussal kombináljuk. 3. A functiovizsgálat azért nagyon fontos, mert mielőtt az egyik vesén nagyobb műtétre határozzuk el magunkat, mindenekelőtt arról kell biztosan meggyőződnünk, hogy a másik vese valóban megvan és munkabíró. A phloridzin- és indigocarmin-próbákat Amerikában majdnem teljesen kiszorította a phenolsulfophtalein, mely a gyűjtőérbe történt befecskendezés után 2—5 perczzel később már mutatkozik a vizeletben; nagyon tanácsos azonban, hogy ne bízzuk magunkat egy kísérletre.

A megkülönböztető kórjelzés tekintetében legfőképpen a vesedaganatokkal s a vesegümőkórral kell számolnunk. Míg a nagyobb tumorokat úgy a klinikai körlefolyás, mint a fizikai eljárásainkkal rendszeren elég gyorsan meg fogjuk tudni állapítani, addig a kisebb, könnyen vérző és főképpen a vesemedenczedaganatok nagyon könnyen diagnosztikus tévedésre adhatnak alkalmat. A vesegümőkört feltétlenül kizárhatjuk, ha az állatoltások negatív eredményt adtak, avagy ha a centrifugált vagy közvetlenül az ureterekből nyert vizeletben nem találtunk tuberculosis-bacillusokat. A szerző legalább azt állítja, hogy kellő gondosság mellett jóval többször fogunk a vizeletben *Koch*-féle bacillusokat találni, mint a hogy azt az orvosirodalmi adatok szerint következtetnők. E mellett azonban a pozitív tuberculosis-bacilluslelet nem zárja ki azt, hogy nem lehetnek-e kövek is a vesében.

Kő jelenlétében haematuriát fogunk észlelni: 1. a kövek mozgásakor (részben előbb, részben azután); 2. a közvetlen insultusok következtében, melyeket a kövek a vesemedenczében előidéznek és 3. mint a kövek által előidézett parenchymasérülés következményét.

Végül pedig a kórjelzés alkalmával szemmel kell tartanunk az idősült appendicitist, a különböző gyomor-bélbetegségeket (ulcus duodeni), a cholelithiasist, az ivarszervek (ovaria, tubae, ondóhólyagok) zavarait és a tabesesek fájdalmait.

Épp úgy mint a hólyag- és epekövek, a vesekövek is kiújulhatnak a műtét után; ezért minden műtét után állapítsuk meg azonnal Röntgen-vizsgálattal, hogy nem maradt-e vissza kövecske, hogy később azután tudhassuk, hogy újabb kőképződéssel avagy egy benmaradt kövecskével van-e dolgunk.

Israel a műtét javalata tekintetében az eseteket három csoportra osztja: I. Idetartoznak azok az esetek, a mikor a beteget csak a műtét mentheti meg (anuria, profus vérzés avagy retentio, a mi később a veseparenchyma atrophijára vezethetne). De még anuria esetében is előbb még forró fürdőkkel vagy begöngyölítésekkel, végbélbeöntésekkel, meleg konyhasóoldattal vagy pedig ureterkatheterezéssel kísérjük meg, hogy nem tudjuk-e a követ mozgásba hozni. II. A műtét bár javalva van, de nem feltétlenül szükséges (idősült pyelitis, sűrűn ismétlődő kólikás fájdalmak, a nélkül azonban, hogy a kő lejjebb csúszna, vagy pedig a mikor a kő az ureterben akadt meg). III. A mikor a műtét felesleges, vagyis a mikor a fájdalomrohamok után mindig apró kövek távoznak el a betegtől és pedig főképpen akkor, ha a vizelet még steril avagy a Röntgen-vizsgálat csak igen kicsiny köveket állapított meg. Vannak esetek, a melyekben száznál több kis kövecske spontán távozott el.

A közlemény befejező részében a szerző a pyelotomia, a nephrotomia s a nephrectomia különös javalatait tárgyalja; az utolsót a szerző mindig csak végszükség esetében tartja indikálnak. (Revue pratique des maladies des organes genito-urinaires.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Thymobronchin néven *Dohnal* leipzig gyógyszerész egy új köptető orvosságot hoz forgalomba, a melynek főalkotórésze az ajowan-mag. *Vorschulze* jó eredménnyel használta különböző légzőszervi bajokban. Kellemes ízű, jól eltartható folyadék, melyből gyermekeknek kávé-, felnőtteknek evőkanálnyi adandó többször naponként. Az emésztőszerveket és a vesét nem bántja, állítólag bacteriumellenes hatású. Ára mérsékelt. (Medizinische Klinik, 1914, 2. szám.)

Episan néven egy boraxot, zinkoxydot és valerianasav-amylostert tartalmazó bromkészítmény jött forgalomba, melylyel *Roeder* gyermekkori epilepsia eseteiben nagyon jó eredményt ért el. $\frac{1}{2}$ —1 tableta adandó naponként 2—3-szor. (Therapie der Gegenwart, 1913, 12. füzet.)

A gyomorból és bélből eredő vérzések ellen, főleg typhusos bélvérzés ellen *Nottebaum* nagyon ajánlja a jodtincturát: Rp. Tinct. jodi guttas XXV; Natrii jodati 0.10; Aquae menthae, Sir. simpl. aa 200; Aquae destill. ad 200.0. Eleinte $\frac{1}{2}$, később 1—2 óránként veendő be evőkanálnyi. Gyomorfékely okozta vérzés esetén 5—10 gramm bismuthum subnitricumot ad a fenti mixturához. (Ref. La semaine médicale, 1914, 1. szám.)

A veronal megszokásának kérdéséről ír *Grisslich*. Fel-
említi egy 78 éves, arteriosclerosisban, myodegeneratio cordisban, vesezsugorodásban és prostatatúltengésben szenvedő betegét, a ki 3 év alatt 742 adagban 422 gramm veronalt fogyasztott el, a nélkül, hogy a szer megszokása avagy valamilyen káros mellékhatás következett volna be. A 0.4—0.75 gramm között váltakozó adag mindig megtette kötelességét. (Medizinische Klinik, 1913, 46. sz.)

A **stypollal** tett tapasztalatait közli *Pick*. Mindenekelőtt utal arra, hogy sokszor nagyon kis adagban rendelik; néha ugyan naponként 3-szor 1—1 tablettát is mérsékli a vérzést, sokszor 3—4-szer akkora adag szükséges a kívánt eredmény elérésére. A szerző átlagban naponként 3—4-szer adott 3—3 tablettát; ezt az adagot a betegek mindig jól tűrték; ezen adagolás mellett bizonyos nagyon kíváncsi sedatív hatás is érvényesül. Nagyon jók voltak az eredményei idősült metritis kapcsán jelentkező profus havivérzés eseteiben; ilyenkor prophylactice adta már, több nappal a várt menstruatio előtt kezdve meg a használatát. Más okokból (adnexum-tumorok, dysmenorrhoea, interstitialis myoma) eredő vérzés eseteiben is jók voltak az eredményei. A tablettákat szétrágás nélkül kell bevenni vízben. (Gynäkologische Rundschau, 1913, 22. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 5. szám. *Finály György*: Izomangioma a gyermekkorban. *Vértes Lajos*: Cerebellaris ataxiát utánzó schizopreniás modorosság. *Lévy Lajos*: A papaverin terapiás értékéről.

Orvosok lapja, 1914, 6. szám. *Genersich Gusztáv*: Az elkülönítés fontossága a fertőző bántalmak elleni küzdelemben. *Wosinski István*: A roboransokról az epilepsia gyógykezelésében.

Budapesti orvosi újság, 1914, 6. szám. *Borszék Károly*: Adatok a májbeli echinococcus-tömlők gyökere gyógyításához.

Vegyes hírek.

Navratil Imre tanárt az „American Laryngological Association” dísztagjává választotta.

Választás. *Freireich Simon* dr.-t Nérahalmoson körorvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztották a szülészeti tanszékhez II. tanársegédnek *Nagy Ferencz* dr.-t, az elmeorvos tanszékhez II. tanársegédnek *Benke János* dr.-t, belgyógyászati gyakornoknak *Göde József* dr.-t, bőrkórtani gyakornoknak *Heiner Lajos*-t.

Meghalt. *Szentkirályi Géza* dr. 52 éves korában Kolozsvárt. — *H. Grabower* tanár, ismert gégespecialista Berlinben, január 27.-én 64 éves korában. — *P. Bartels*, cz. tanár, az anatómiai intézet assistense Königsbergben, ismert anatómus és anthropologus, január 23.-án 39 éves korában.

Személyi hírek külföldről. *H. Walb*, a fül-orr-és nyelvtan rendkívüli tanára a bonni egyetemen professor ord. honor. lett. — *St. Dománsky*, az idegkórtan rk. tanára a krakói egyetemen, rendes tanári címet kapott. — A kievi egyetem belklinikusát, *K. Wagner* tanárt, ugyanilyen minőségben a moszkvai egyetemre helyezték át. — A giesseni egyetem közegészségtani tanszékére *P. Schmidt* lipcsei rendkívüli tanárt nevezték ki.

Hírek külföldről. A müncheni állatorvosi főiskolát az egyetemhez csatolják külön fakultás alakjában. A bajor közoktatásiügyi minis-teriumban már kidolgozták az ez irányú javaslatot s az legközelebb a kamara elé fog kerülni. — A francia lapok a most Párisban tartózkodó *Ehrlich* tanárnak egy a Pasteur-intézetben tett nyilatkozatát közli, mely szerint az oltások, védőkezelések, gyógyszerumok aerája befejezettnek tekinthető, a mennyiben a mit ezekkel el lehet érni, az már mind ki van aknázva; a jövő signaturáját a gyógyítás terén a chemotherapia és radiotherapia fogja megadni. A következő évtized mindenek szerint óriási haladásokat fog hozni a fertőző betegségek gyógyításában s alkalmasint a rák gyógyításában is a radium és Röntgen-sugarak segítségével, amelyek alkalmazásának technikáját még nem ismerjük egészen.

Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből. *Chininre nem gyógyult malaria* egy esetében *Pollitzer* gyógyulást látott bekövetkezni a lép tájékának röntgenezésére. Ezt az eljárást *Maragliano* már évekkal ezelőtt megkísérelte. (Gesellsch. f. inn. Medizin in Wien, 1913, decz. 11.) — *Tommasi* nagyobb kórházi anyag alapján igazoltnak tartja azt az állítást, hogy a gonorrhoeás ízületbajok csaknem kivétel nélkül gümőkóros habitusú egyénekben fordulnak elő. (Rif. med., 1913, 49. sz.) — *Fertőzések ellen erős cukoroldat* (300 gramm glykose 1000 gramm vízre) intravenás alkalmazását ajánlja *Enriquez*. Az oldatot nagyon lassan kell befecskendezni, 250—300 cm³-nek bejuttatása körülbelül 1 órát vegyen igénybe. Ez az eljárás mint sürgős diuresis eljárással is igen jó szolgál-
latokat tesz. (Académie de médecine, 1914 jan. 6.) — A gyermekek ügy-
nevezett *recidiváló köldökfájdalmak* *Küttner* tanár szerint az appendix
megbetegedésének gyanúját kell, hogy felkeltse; ugyanez mondható a
periodosus hányásról és a hirtelen beálló, gyorsan múló vizelés-zava-
rokról. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 4. szám.) — Az *Esbach-féle*
fehérjemeghatározás egy újabb hibaforrására hívja fel a figyelmet *Schnur*;
urotropin, hexal és borovitin használatát után ugyanis látszólag pozitív
a próba eredménye, noha a 1/2—2 promille-t kitevő csapadék nem áll
fehérjéből. (Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 3. sz.)

A *H. Finzelberg's Nachf.* Chemische Werke, Andernach a/Rh. által előállított **Cornutin. Ergotic. „Bombelon”** ideális anyarozs-
készítmény, melyet évtizedek óta a bel- és külföld legkiválóbb nő-
gyógyászai jó eredménnyel alkalmaznak; **tabletták** alakjában is
forgalomba kerül. Vezérképviselő: *Pohl Gyula* Budapest, IX., Ráday-u. 2.

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

Lapunk mai számához „**Wienerwald sanatorium, gyógyintézet**
tüdőbetegek részére” című prospectus van mellékelve.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Diaetás osztály czukorbetegségeknek, anyagcserebe-
tegeknek. Hízoló és soványító kúrák.
Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecskó János**, főorvos.

DR. REICH MIKLÓS Budapesti **ZANDER-gyógyintézet**
Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalís
gyógyeszközökkel tökéletesen felszerelt intézet.

IV., Semmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-utca sarkán.
Bőrgyógyító és kozmetikai intézet Dr. Justus J., kórházi főorvos,
IV., Ferencz József-rakpart 26.

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

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

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

Dr. GÁMÁN BÉLA
diaetás orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■

Tátra-Széplak magaslatti gyógyhely 1010 m., vízgyógyinté-
zet, sanatórium ideg- és Basedow-betegek ré-
szére, egész éven át nyitva. Hízoló-
kúrák. Vezető orvos dr. Guhr Mihály. Tüdőbetegek nem vétetnek fel.

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

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

Az orvosi dajkavizsgáló-intézetben (Szív-u. 28. sz.
Telefon 93—22.)
Dr. Neumann M. vezetése mellett — a dajkák állandó orvosi vizsgálat és
felügyelet alatt tartatnak. Az intézet minden egyes dajkán
az eredeti Wassermann-féle vérvizsgálatot végzi.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz.
Az összes elektroterapeutikai eljárások: D'Arsonvalizatio, dia-
thermia, vill. soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neural-
giák, arthritisek, tabes dors. arteriosklerosis stb. ellen. ■■

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13—15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek
nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek
kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyi és Röntgen-laboratórium.**
operateur orthopäed-sebészeti in-
tézetét Budapest, VII., Rákóczi-
út 10. szám alá helyezte át.

Dr. Widder Bertalan Bel-, ideg- és női betegek csa-
ládias otthona. Vízgyógyászati,
villamos kezelések. Hízoló,
soványító kúrák. Bejáróknak is.

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

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

Diagnostikai laboratórium Dr. Székely Imre és Dr. Szilas Jenő orvo-
sok. Erzsébet-körút 22, földsz. Tel. 34—97.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIV. rendes tudományos ülés 1913 december 6.-án.) 123. l. — Közkórházi Orvostársulat (XI. bemutató szakülés 1913 november 26.-án.) 124. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 125. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1913 december 6.-án)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

(Folytatás.)

Kisagyvelő-cysta műtéttel gyógyított esete.

Pólya Jenő: A 24 éves ácssegédet 1913 június 28.-án vették fel. 8 hónap óta szenved igen erős fejfájásban, néhány hete veszi észre, hogy a látása fátyolozott, ugyanezen idő óta tűnik fel neki az is, hogy járásközben szédül, különösen bal oldalra. Látása az utóbbi időben rohamosan romlik.

Jelen állapot: A tüdő felett hallgatódzási eltérés nincs, mindkét csúcs felett kiskú relatív tompulat. A szív és a hasszervek rendben.

A kezek szorítóereje rendes. Az alsó végtagok activ és passiv mozgása szabad. A járás kissé bizonytalan, balra szédül. Az inreflexek élénkek. Lábclonus, Babinski-tünet nincs. Mérsékelt hypotonia. A szemmozgások szabadok. A pupillák egyenlők, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. Papillitis oculi utriusque. Balra tekintéskor nystagmus.

Fülvizsgálat (*Freystadt*): Ép dobhártyák. Weber nem lateralizál. Rinne mindkét oldalt positiv. A csontvezetés mindkét oldalt kissé rövidült. Spontan nystagmus balra nézéskor. A bal fület hideg vízzel kifecskendezve, előretekinéskor tipusos rotatorius nystagmus keletkezik. A jobb karon nincs félremutatás, spontán volt, a bal kar félremutat balra. Csukott szemmel balra esik, egyenes fejtartás mellett. A fejtartás befolyásolja az esés irányát. A jobb fület hideg vízzel kifecskendezve: előretekinéskor tipusos rotatorius nystagmus jelentkezik. Félremutatás: jobb kar erősebben mutat jobbra, mint spontán. Bal kar jobbra elmutat (tipusos). Csukott szemmel jobbra esik erősen. A fejtartás befolyásolja az esés irányát. **Diagnosis:** Tumor cerebelli, verosimiliter hemisphaerae dextrae.

Június 28. Szemészeti lelet: v: jobb $\frac{5}{5}$, bal $\frac{5}{30}$, mindkét papilla 4 dioptriánnyira kiemelkedő. A látótér a jobb szem nagy fokban centrálisan szűkült, a bal szem a centrumig szűkült (*Waldmann*).

1913 jún. 30.-án műtét localanaesthesiában. A két processus mastoideus közt a linea nuchae suprema fölött *Heidenheim*-féle „Hinterstichsteppnaht”. Bemetszés a linea nuchae supremának megfelelőleg a két processus mastoideus közt, a protuberantia occip. ext. és a tövisnyújtványok mentén kb. 4 harántujnyi hosszúságban. A tarkóizomzatot subperiostalisán letolják a csonttól a foramen occip. magnum magasságáig. A bőrmetszés alkalmával az alsó sebszélből néhány arteria vérzik, míg a felső sebszélből vérzés nincs. A protuberantia occip. alatt fekvő emissariumból van állandó szivárgás, a mely azonban egy izomdarab ráhelyezésekor prompte eláll. A csontot a fovea cerebellineae megfelelőleg kétoldalt megfúrják, innen kiindulólág a csontból széles rést törnek ki, úgy hogy mindkét agyacsfélteke elődomborodása a durán át jól látható és végül a for. occip. magnum szélét is kitörlik. Az agyacsféltekéknek megfelelőleg a dura erősen elődomborodik, míg közöttük mély bevágás van. A jobboldali agyacsfélteke jobban elődomborodik, mint a bal; most a durát megnyitják, előbb a bal, majd a jobb félteke fölött két egymással 90°-ban találkozó metszéssel, melynek nyílása föl- és medianfelé néz. A metszés haránt szárát egészen a 2 félteke közti mély bevágásig folytatják, de a falx cerebelli nem vágják át, mert éppen a bevágás mélysége miatt a sinus occipitalis nem bírja előre lefogni. A dura átmetszése után feltűnik, hogy a jobban elődomborodó jobboldali agyacsfélteke puhább a balnál, ezért próbapunctiót végeznek és kb. 1½ cm. mélységben tiszta sárga savószerű folyadékfelhalmozódásra bukkannak, a melyből 13 cm³-t punctióval eltávolítanak, azután a tű mellett csipeszszel

behatolva, a cystát 1½ cm. szélességben feltárják, a mikor is kitűnik, hogy sima falú cystával van dolguk, a melyből még ömlik tiszta sárga folyadék.

Ezután a jobb félteke mint egy petyhüdt zsák összeesik és a bal kisagyfél is visszahúzódik a koponya üregébe. A dura varrata most már könnyen sikerül finom catgutvarratokkal. A bőrt csomós silkvarrattal egyesítik. Collo-dium. A műtét tartama $\frac{3}{4}$ óra. A beteg csak a periost letolása és a bőrvarrat alkalmával jelez fájdalmakat. A kisagygyal való manipulatio alatt nyugodt, valamint az öreg lik kitörése alatt is beszélget. A műtét után a pulsus erőteljes, az öntudat tiszta, inni kér.

Júl. 1. Feje a műtét óta nem fáj, látása feltűnően javul.

Júl. 5. Mindkét papilla 4-5 D.-nyira kiemelkedő, bal papilla atrophiaja hajló. (*Waldmann*).

Júl. 6. Varratkiszedés. A seb per primam gyógyult.

Júl. 15. Jól jár, nem inog, nem tántorog.

Júl. 21. *Liebermann* szemészeti lelete:

V.: J. $\frac{5}{5}$, concentr. erősen szűkült látótér.

V.: B. 1 meterről olvas ujjakat, a látótér nem vehető fel.

Papillitis in atrophiam vergens o. u.

Júl. 21. A sebből kevés véres váladék; a sebben vér-alvadék, ezt kikaparják.

Júl. 28. A seb tisztán sarjadzó.

Aug. 10. A seb teljesen begyógyult.

Szept. 4. Szemészeti lelet: J. $\frac{5}{7}$, b. kml., a látótér centrálisan szűkült, kétoldali atrophia n. optici, fehér papillák, a jobb 1 D.-ra kiemelkedő, a bal sima.

Szept. 9. Jó közérzettel távozik.

Decz. 4. Ujra jelentkezik. Szemészeti lelet: Jobb szem visusa $\frac{5}{5}$, balé fénysejtés, a látótér centrálisan szűkült, atrophia n. opt. post papillit. lat. utr. (*Waldmann*).

Fülszeti lelet (*Freystadt*): Csukott szemmel inog, nem dől el. Spontan nystagmus mindkét irányban, a lassú kilengés igen kifejezett. Spontan félremutatás nincs, caloriás nystagmus prompte kiváltható, az esés iránya kifejezett, tipusos fejtartással változik. A felső végtagok félremutatása kiskókú, a műtét előtt észlelt eltérés nincs meg. A bal fület hideg vízzel kifecskendezve, a jobb kar befelé balra mutat el.

A közérzet teljesen jó, csak időnként vannak enyhe fejfájásai, mozgási, érzési zavarok nincsenek.

Freystadt Béla: A beteget a II. sz. belklinikán és *Pólya* tanár osztályán volt alkalma észlelni. A fülszeti lelet és a *Bárány*-féle vizsgáló eljárással nyert lelet alapján az agydaganat pontosan volt lokalizálható. A hallószerv részéről lényeges eltérés nem volt kimutatható. A caloriás nystagmus mindkét fül fölől prompte volt kiváltható. A fülvizsgálat tehát azt mutatta, hogy a n. cochlearis és a n. vestibularis ép. A *Bárány*-féle félremutatási reactio azonban a normalistól eltérően viselkedett. Ha egy ép, egészséges egyénnek jobb fület hideg vízzel kifecskendik, balra irányuló nystagmusa keletkezik s a félremutatási reactiót vizsgálva, mindkét karral félremutat jobbra. Csukott szemmel egyenes fejtartás mellett jobbra esik, előretartott fej mellett hátra. Ha ép egyének bal fület fecskendik ki hideg vízzel, akkor mindkét karral balra mutat félre. Csukott szemmel egyenes fejtartás mellett balra esik, előre tartott fej mellett hátra. Ezek a jelenségek annyira állandóak, hogy ha ezen típustól eltérés mutatkozik, biztosra vehetjük, hogy azt nem az experimentalisan előidézett n. vestibularis izgatása okozza, hanem egy ettől független ok, egy cerebellaris laesio, esetleg functionalis megbetegedés (hysteria, traumás neurosis). A bemutatott esetben állandó eltérés mutatkozott a jobb felső végtagon. A beteg a jobb karral spontan kifelé félremutatott. Ép viszonyok közt spontan félremutatás nincs. A bal fület hideg vízzel kifecskendezve, a bal kar a normalisnak megfelelően félremutat balra, a jobb kar azonban nem mutat félre balra, hanem egyenesen. A jobb fület kifecskendezve, a bal kar normalisan félremutat jobbra, a jobb kar igen erősen elmutat jobbra, sokkal erősebben mint a bal. Az esés iránya mindig a normalis típusnak megfelelő volt s a fejtartás változtatásával típusosan változott. Az esés irányának ezen típusosan befolyásolható volta a kisagyféreg megbetegedése ellen szólt. A jobb felső végtag részéről jelentkező eltérések ismételt vizsgálatok alkalmával is ugyanazok maradtak s ennek alapján a megbetegedés a jobb kisagyhemisphaerába volt lokalizálható, a mi annál könnyebben volt lehetséges, mert több

teljesen analog eset van az irodalomban említve. A diagnózis helyességét a műtét igazolta. Általában úgy látszik, hogy a *Bárany*-féle vizsgáló eljárás jelentős haladást jelent a kisagyvelő-megbetegedések diagnosztikájában s helyes volna, ha minden cerebellaris megbetegedésre gyanus eset ezen eljárás szerint is vizsgálatnánk.

Haskötő lógó has ellen.

Kubinyi Pál: Lógó has esetén a lényeg a szervek távolodása a gerincoszloptól s egyszersmind súlyedése.

A correctionának tehát a gerincoszlophoz való közelítésben s egyszersmind az emelésben kell állnia.

E célnak azonban nem igen felelnek meg a haskötők, mert ha csak a gerincoszlopra, még pedig annak ágyéki részére nehezedik az összsúly, ez a betegnek fájdalmat okoz. Ezért próbálták egyesek a súlymegosztást, a vállövet véve segítségül, a melyre nadrágtartó módjára történik a felfüggesztés. Ezt azonban a beteg nem bírja sokáig.

Ez vezette arra a gondolatra, hogy a hátán, a kereszt- és csípőcsontok bevonásával kell keresni a támaszt s a súlyt nagy területre kell szétosztani. Ennek nagyjából megfelelnek a halcsontfűzők bizonyos módosításban, csak hogy ez nehezíti a hajlongást s így a munkában akadályoz.

A hátról tehát gypslenyomatot készítettett serre a mintára, a mely tehát simán odailleszkedik és nyeregyszerű lapnak felel meg, csatoltatta a hasat tartó részt fűzhető módon. Anyagnak a *Dollinger*-féle, a spondylitis és coxitis gyógyítására szolgáló fűzőhöz használt kemény bőr — fémbordákkal ellátva — látszott legjobbnak.

Az eredmény megfelelt a várakozásnak. A szilárd támaszpontot nyújtó háti részen jól eloszlik a súly, a betegek jól tűrik s a lógó has okozta kellemetlenség el van oszlatva.

Nyáron kissé meleg, de mert likacsos, nem melegebb a fűzőnél.

Minthogy gypslenyomat kell hozzá, a mit gypspólyákkal készítenek, ezért készítése körülményesebb s ennél fogva csakis specialis célra való, ennek azonban jól megfelel.

Schütz János: „A lymphogranulomatosis pathológiája” és **Engel Károly:** „A lymphogranulomatosis klinikája” című előadását eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

(Vége következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(XI. bemutató szakülés 1913 november 26.-án.)

Elnök: **Körmöczy Emil**, később **Fausser Árpád**.
Jegyző: **Szinnyei József**.

Kukoriczacsutka eltávolítása a végbélből.

Vigyázó Gyula: A test felületén levő physiologiai nyílásokat élettani rendeltetésük teljesítésén kívül gyakran arra is használják, hogy gyermekeken játékból, felnőtteken gyakran elrejtés céljából, bosszúból, nemi aberrációk esetén kéjkielegítés céljából idegen testeket vezetnek beléjük. De bejuthatnak ezen idegen testek véletlen szerencsétlenség folytán is, valamint tudatlan embereken gyógycélból, úgyszintén örülteken, hysterikákon is gyakori az idegen test bevezetése. A gyermekkorban leginkább a száj és az érzékszervek (hallójárat, orrnyílás) jönnek tekintetbe. A felnőtt korban a szájon kívül főleg az urogenitalis apparatus és a végbél jön tekintetbe mint az idegen test bevezetésének helye. A Közkórházi Orvostársulat egyik múlt évi ülésén egy lenyelt tű és egy a hólyagba dugott viaszdarab sorsáról referált, most a végbélbe került kukoriczacsutkáról számol be.

Az 54 éves napszámost f. hó 19.-én vették fel a Szt. István-kórház *Pólya* főorvos vezetése alatt álló osztályára azzal, hogy négy nappal előbb kukoriczacsutkát dugott végbélbe. A csutka kicsúszott kezéből és visszahúzni nem tudta. Azóta széke nem volt, kellemetlen feszülési érzése van végbélében. Hasa felpuffadt. Folyó hó 18.-án ricinusolajat kapott per os, eredmény nélkül. A főlvetelkor tölcészerűen tárgult anust találtak. Digitalis vizsgálatkor mutatoujjal éppen elérhetőleg egy a végbél egész lumenét kitöltő idegentestet tapin-

tanak, melyet megfogni a rectum alsó szakaszába vezetett négy ujjal sem tudnak. A rectoromanoskopos vizsgálatkor 10 cm.-nyire az analis nyílástól egy kukoriczacsutka végét látják, azonban a rectum izmos fala annyira rá van szorulva a csutkára, hogy sem *Museux*-fogóval, sem makfogóval nem tudják kimozdítani s a mennyiben kimozdul, az csak látszólagos, mert ha eleresztik, újból előbbi helyzetébe zökken vissza s szinte az az érzés támad, hogy ha lejjebb húzzák a csutkát, invaginálják a felső sigmarészletet.

Miután több ízben sikertelenül próbálták az erősen beékelte idegen testet rectoromanoskop ellenőrzése mellett megfogni és kihúzni, műtetre határozták el magukat, melyet még 19.-én este végrehajtottak. Aethernarcosisban oldalfekvésben hosszmetésből a farkcsíkcsontot s utolsó keresztcsigolyát levésik s így az ampulla recti szabaddá téve, két gyeplőfonállal felöltik s a rectumot, melynek szabaddá tett részében a csutka alsó részét kitapintják, hosszant bemetszik. A csutkának legalsó részletét szabaddá téve, *Museux*-fogóval e részletet megfogják s lassú csavaró húzással sikerül is a 18 cm. hosszú s alapján 12 cm. körfogatú kukoriczacsutkát kihúzni. A bőrsebet csak részben varrják el. Jodoformcsíktamponade. A csutka köröskörül vékony bélsárréteggel volt bevonva s ennek leáztatása után kiderül, hogy papiroscsíkkal volt körülcavarva. A beteg jelenleg 7 nappal van a műtét után.

A végbélbe idegen testek részben a béltractus felsőbb részeiből, részben alulról kerülnek be. Az alulról bevezetett idegen testek casuistikája elég nagy: faczöveket, botot, boros üveget, likörös, sőt söröspoharat is találtak a rectumban. Le van írva egy fegyencz esete, a ki 760 gr. súlyú szerszámot vezetett a végbélbe, mely a colon transversumba jutott el. A bevezetett idegen testek egy része per vias naturales távozik, főleg ha kisebb. Elősegíthető ez olajos beöntésekkel és hashajtókkal. A nagyobbak s főként a kúpos végűek, melyek keskenyebb vége felfelé néz, maguktól ritkán szoktak kiürülni, mert a peristaltika *Serard* magyarázata szerint úgy hat, hogy még magasabba kerülnek fel. Ezeket extrahálni kell, ha lehet kézzel, esetleg narcosisban. Kitágítjuk a sphinctert s egész kézzel hatolunk a rectumba. Néha karcsú gyermekkéz alkalmasabb az extractióra. Esetükben, hol a 18 cm. hosszú idegen testnek kb. csak 2—3 cm.-nyi darabja volt a rectumban, a többi a sigmában, a hol az idegen test kimozdíthatatlanul volt beékelve, *Verneuil*-féle linearis rectotomiát kellett végezni. A rectumon át bevezetett idegen test feljebb is vándorolhat, a colon descendensbe, transversumba, sőt a coecumba is. Ilyenkor csak laparotomia és enterotomia útján hozhatjuk ki. A magasabb bélrészletekben gyakran tünetek nélkül megvannak, sokszor azonban ileust okoznak. Máskor meg átfúrnak a belet és peritonitisre vezethetnek.

Ezért ha diagnoskálva van az idegen test, a fentnevezett módok egyikével eltávolítandó.

Aneurysma spurium arteriae femoralis esete.

Goldzieher Miksa: A kérdéses elváltozást 75 éves nő czombján észlelték és klinice rossztermészetű daganat, sarkoma felvételére adott alkalmat. A gyermekfőnyi ruganyos daganat a czomb adductor-izmai között ült és azokat nyomása által vékony, rétegletes lemezekké lapította. A daganat bemetszésekor folyékony vér és cruor ürült egy almányi üregből, míg a tumor legnagyobb része vörös thrombusmassából állott. Az említett üreg az a femoralissal szabadon közlekedett egy lencsényi nyíláson, a melynek széleit erősen tapadó thrombus-massa borította. Az aneurysmaszerű képződmény falát kívül az izomzat, illetve fasciák alkotják, míg a vörös thrombusok felé egy vékony rétegzett fibrinszerű zár a határ. Minden valószínűség szerint traumás alapon létrejött hamis aneurysmáról van szó.

Atresia ani vestibularis.

Hainiss Géza: A fejlődési hibák egyik igen kellemetlen és a gyermek jövőjét mélyen érintő alakját mutatja be.

A 4 éves gyermeket szülei azon panaszszal hozták osztályára, hogy székletét a szeméremrészén át üríti.

Vizsgálatkor a végbélnyílásnak nyomát sem találják, e helyett azonban a kissé tágabb vestibulumban alól egy nagyobb és kissé tátonyos nyílást, ettől balra és felfelé előre-csúcsosodott és közepén szabálytalan alakú nyílást mutató képletet, feljebb kissé jobbra pedig szűk és hosszúkas nyílást látnak. Az alsó nagy nyílásba vezetett katheter bélsárral bevonva kerül vissza; a balra és felfelé eső nyílás az ép hymenü vaginába vezet, a jobb felső nyílásba tolt katheteren át vizelet ürül; tehát a vestibulumba nyílik a húgycső és vagina mellett a végbél is, vagyis előttünk áll azon fejlődési rendellenesség, melyet helyesen *atresia ani vestibularisnak* nevezhetünk, nem pedig vaginalisnak, melyről legtöbbször olvasunk, mert a vagina teljesen ép és a végbél nem ezzel, hanem a vestibulummal közlekedik.

Fejlődéstanilag akként magyarázható az eset, hogy az embryonalis élet 5. hete után a még meglevő kloaka 2 oldalából kiinduló plica urorectalis nem jut fejlődésében odáig, hogy a kloakában levő végbél a sinus urogenitalistól, melyben az urethra és vagina fejlődik tovább, elválasztassék, vagyis nem fejlődött ki a septum a végbél és sinus urogenitalis között; e mellett a végbélgödör és membrana analis között sem történt meg a perforatio és így egyrészt a végbélnyílás képződése maradt el, másrészt pedig communicatio maradt fenn a végbél és vestibulum között.

A gyermek rendesen vizel, székingereket érez s ilyenkor dolgát rendesen elvégzi az edényen.

A helyzetet műtéttel óhajtának segíteni, melynek eredményéről annak idején beszámolnak.

Pfeiffer Gyula: Egy év előtt az orvosgyógyászatban mutatott be hasonló esetet. E fejlődési rendellenesség elég ritka, 34 eset volt közölve, szülő volt a 35., így *Hainiss*-é a 36. gész sora van a nomenclaturának, a szerint, a mint a vestibulum más és más részében van a végbél-beszájadzás. A fejlődéstanilag folyamatot *Lenhossék* úgy magyarázta, hogy a septum urorectale egy része permanens marad, úgy hogy a rectum az entodermalis cloacába nyílik. Rendesen a szív részéről is vannak fejlődési rendellenességek. A hol a sphincter működésképes, nem kell operálni, csak kozmetikai szempontból lehet szó.

Balás Dezső: A végzendő műtét lényege az, hogy a narkotizált gyermeket kömetszésbe hozzuk. Az anus vestibularistól a farkcsigolya csúcsa felé haladó hosszanti perinealis metszésből kiindulva kikészítjük a rectus ampullaris részének először perinealis, azaz hátulsó falzatát, majd praeparative, részben tompán előhaladva két oldalsó falzatát is szabaddá tesszük. Ezután az anus vestibularis és orificium vaginae között vezetett ívalakú metszésből különválasztjuk a vagina hátulsó falzatát a rectum elülső falzatától.

Ha ily módon kellő magasságban sikerült a rectum ampullaris szakaszát mobilizálnunk, akkor ezt hátrább helyezzük, úgy hogy a rectum végét a normálisnak megfelelő helyen varrjuk ki, vagyis elkészítjük az anus perinealist. Az anus perinealis és az orificium vaginae között pedig a vestibulum helyreállításával részben sülyesztett, részben átöltő és felületes varratokkal létesítjük a perineumot.

Ha műtét közben az izomzatnak és idegeknek kellő kimélésével járunk el, akkor meg lehet minden reményünk arra, hogy a végbél continentiáját megtarthatjuk és nemcsak kozmetikai műtétet végzünk.

A rossztermészetű daganatok serodiagnostikája.

Szili Sándor: Először is általánosan tárgyalja a malignus és ép szövet kémiai és biochemiai tulajdonságait és rámutat arra, hogy kémiai különbségeket alig de biochemiai eltéréseket bizonyos irányban mégis találhatunk.

Ezután az egyes használatos reakciókat tárgyalja s kiemeli, hogy általában véve tumorsejtekkel állatokban specifikus antitesteket nem lehetett biztosan termelni.

Immuno-kémiai szempontból specifikus reakciónk nincs; a reakciónak azonban ilyen irányú specifikitása klinikai diagnostikai szempontból nem annyira fontos, mert pl. az immuno-kémiai szempontból nem specifikus Wassermann-féle reakcióval is a gyakorlatban luesben célzt érünk.

A használatos reakciók közül ezidőszert sem a *Kelling*-féle heterolysinpróba, sem az isolysin- vagy antitrypsin-, de még a *Dungern*-féle complementkötési próba sem használható általánosan.

Szóba jöhet a *Freund-Kaminer*-féle sejtoldódási és a meiostagmin-próba (lecithin-extractumot vagy linol- és ricinolsav keverékét használva antigenül), mely próbákat a legtöbb

szerző ajánlja; azonban ezidőszert ezekről nem mondhatunk még végleges ítéletet.

Elméletileg az *Abderhalden*-próba ígérkezik legspecifikusabbnak; a vizsgálatok száma azonban oly kevés, hogy az értékéről egyelőre nem nyilatkozhatunk. Véleménye szerint ezidőszert egy reakcióval nem érhetünk biztosan célzt; egy-szerre több reakcióval kell dolgoznunk, és pedig elsősorban a meiostagmin- és a *Freund-Kaminer*-féle próbákat kell alkalmazni, azután az *Abderhalden*- és *Dungern*-féle reakciókat és esetleg a *Kelling*-próba is szóba jöhet.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Gyógyszerek hatását az epe lefolyására tanulmányozta *Reach*. Állatokon végzett kísérletei szerint, a melyeket a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” január 9.-én tartott ülésén ismertetett, a morphium, adrenalin és pilocarpin a choledochus sphincterét összehúzza és ezzel akadályozza az epe lefolyását. Ezzel szemben a papaverin ellazítja a nevezett sphinctert s ily módon megkönnyíti az epe lefolyását. Az előadással kapcsolatban *Pal* tanár felemlítette egyik esetét, a melyben a cholelithiasis okozta, 10 hónap óta fennállott icterus papaverin használata után megszűnt.

PÁLYÁZATOK.

580/1914. sz.

Zalavármegye tapolczai járásához tartozó **kapolcsi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Kapolcs, Zalapetend, Vigánt, Pula, Taliándörögd, Monostorapáti, Hegyesd, Zalahaláp, Sáska, Díszel községek. Székhelye: Kapolcs.

Fizetés 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, lakbér, illetőleg természetbeni lakás, 500 korona fuvarátalány és vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A pályázók az 1908. évi 38. t.-cz. 7.-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **hozzám, 1914. évi márczius hó 15.-éig** adják be, az elkészt, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kapolcs községben a községházánál az 1908. évi 38. t.-cz. alapján a község képviselőtestületeinek kebeléből és Zalavármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választógyűlés fogja megejteni.

Megemlítem még, hogy az előbbeni körorvosnak a m. kir. belügy-minister úr által 800 korona helyi pótlék is volt engedélyezve.

T a p o l c z a, 1914 január 27.

Karácsony, főszolgabíró.

254/1914.

Máramarosvármegye taracsvízi járásához tartozó **dombói körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Tereselpatak, Pelesalja, Gánya, Alsókálinalva, Dombó, Taraczkasza, Királymező, Brusztura, Oroszmokra és Németmokra. Székhelye: Dombó.

Az állás javadalmáa:

1. 1600 korona évi fizetés és 5 évenként négy ízben ismétlődő 200 korona korpótlék.

2. Természetbeni lakás felépítéséig 500 korona lakbér.

3. 400 korona fuvarátalány.

4. 1200 korona helyi pótlék.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási, rendelési, műteti és távolsági díjak, melyekből 400 korona jövedelem várható.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t. cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **hozzám 1914 február 26.-áig** nyújt-sák be.

A választást a pályázati határidő lejártakor fogom kitűzni.

T a r a c z k ö z, 1914 január 17.-én.

A főszolgabíró.

4754/1914. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskunvármegye kiskunfélegyházai járásához tartozó Kiskunmajsa nagyközségben újonnan szervezett **másod községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján 1400 korona kezdő fizetés, öt évenként 200 korona korpótlék, továbbá 600 korona lakbér.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz **f. évi február 20.-áig** adják be.

K i s k u n f é l e g y á z a, 1914 január 26.

A főszolgabíró.

423/1914.

A Rudna, Maczedonia, Gád, Fodorháza, Gyér és Tógyér községekből álló **rudnai körorvosi állás** választás útján betöltendő. Felhívatom mindazok, a kik ezen évi 1600 korona készpénzfizetéssel és 600 korona lakbérrel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket **1914. évi márczius hó 5.-éig** a módosi járás főszolgabírához nyújtsák be.

Megjegyeztetik, hogy Rudnán, Maczedonián, Gádon és Gyéren nagybirtokosok is vannak.

Módos, 1914. évi január 31.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

639/1914.

Az újonnan rendszeresített **sajtóskáli és a nyugdíjazás folytán megürült csepregi körorvosi állásokra** pályázatot hirdetnek.

Ezen állások valamelyikére pályázók terjesztsek be az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt kellékeket igazoló okmányaikat, hivatalos úton hozzám **1914. évi február hó 20.-áig**.

A választás határidejét külön fogom megállapítani.

Az állások javadalma:

A **sajtóskáli körorvosé**: 1600 korona törzsfizetés, 600 korona lakbér, esetleg természetbeni lakás. Évi 800 korona fuvarátalány.

A **csepregi körorvosé**: 1600 korona törzsfizetés, 600 kor. lakbér, évi 1000 koronával megváltható fuvarátalány.

Mindkét kör területéhez több uradalom tartozik, a melyek közül az egyik a sajóskáli körorvosnak 400 korona évi átalányt kilátásba helyezett.

Csepreg, 1914 január 29.

Simon, főszolgabíró.

80/914. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásában fekvő pilisszántói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az orvosi kör Pilisszántó és Pilisszentkereszt községekből áll. A kör székhelye Pilisszántó.

Az állás javadalma:

1600 korona fizetés,

1200 korona helyipótlék, később megállapítandó lakbér és fuvarátalány; szabályszerűleg megállapított látogatási díjak. A kör területén fekvő uradalmaktól és munkáspénztártól szintén állandó fizetésre lehet kilátása.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1908. XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket s eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi február hó 13.-ának déli 12 órájáig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást f. évi február hó 14.-én d. e. 10 órakor tartom meg Pilisszántó községházán.

Pomáz, 1914 január hó 3.-án.

A főszolgabíró.

Gömörkishont vármegye közokmányánál, a közokmányban bentlakással kötelezett s az 1914. év február hó 15.-én okvetlenül elfogalando alorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Az alorvosi javadalmazás 1600 kor. évi fizetés, egy szobából álló lakás, fűtés és világítás. A város területén szabad orvosi gyakorlat annyiban, a mennyiben a kórházi szolgálat ezt megengedi. Vidéki gyakorlat nincs megengedve.

Az állás 2 évről 2 évre meghosszabbítható.

Felhívom folyamodni kívánókat, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló bizonyítványaikkal kellően felszerelt kérvényeiket, **Kubinyi Géza** vármegyei főispán úr ő méltóságához intézve, a Gömörvármegyei közokmány igazgatóságánál a **folyó év február hó 10.-éig** nyújtsák be.

Rimaszombat, 1914 január 15.

Löcherer dr., igazg.-főorvos.

Ujdonság!
Laxativum
ehoeolin
Diäteticum
hashajtó csokoládé-präparatum
Dr. Michaelis
szerint.
Orvosok által kitünőnek véleményezve.
Árak: 1 próbadoz k-90, ¼ kg doboz k 2.20, ½ kg doboz k 4.20.
STOLLWERCK TESTVÉREK R.T.
BUDAPEST, V. Pozsonyi út 4/d. és Pozsony.



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

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

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Húgyhajtó hatásu.

Kellemes ízű.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételű.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

Roboferrin Erényi

és **ROBOFERRIN C. ARSEN. ERÉNYI**

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

Orvos uraknak mintával és irodalommal készséggel szolgál:

Erényi László Fortuna-gyógyszertára Budapest, VII., Dob-utca 80. Telefon: József 13-34.

a legkötelesebben felszívódó és legolcsóbb, kellemes ízű **vaspepton**-készítmény.

Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermekeknél.

— Egy tüveg ára cseppentővel együtt 1-40 korona. —

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.

Sarbó Artur: Egy új és egyszerű fényreakciós vizsgálati módrol. 127. lap.

Engel Károly és Schütz János: Közlés a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., udv. tanácsos, nyilv. rendes tanár.) Lymphogranulomatosisos eseteink casuistikai közlése. 128. lap.

Róth Miklós: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egy. III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) A Bang-féle qualitativ vércukor-meghatározás módosítása hypoglykaemiák felismerésére. 140. lap.

John M. Károly: Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemő-táplálás fontosabb kérdéseiről. 141. lap.

Günther József: Újabb adatok a hastyphus járványtanához. 143. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Joh. Orth: Drei Vorträge über Tuberkulose. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvostan. M. R. Bonsmann: Cymarin. — Foerster O.: Meningocerebellaris tünetcsoport. — Sebészet. Fritsch: A tuberculosus nyaklymphomának Röntgen-sugárral való gyógyítása. — Ideg- és elmekórtan. M. Bornstein: Kombinált elmebajok és a Landry-paralýsis anatomia-pathológiája. — P. Naecke: Elmebajosok rajzai és egyéb művészi alkotásai. — Gyermekorvostan. Kling: Varicella elleni védőoltás. — Venerés betegségek. R. Ledermann: Lues congenita és sérodiagnostika. — Húgyzervi betegségek. Wilhelm Karo: Vesegümőkór. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Novak: Dysmenorrhoea. — G. Klempner: Vas-elarson-tabletták. — Wolf: Helybeli érzéstelenítés. 146–148. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Klinikai füzetek. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 149. lap.

Vegyes hírek. 149. lap.

Tudományos társulatok. 150–152. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Egy új és egyszerű fényreakciós vizsgálati módrol.

Irta: Sarbó Artur dr., egyetemi tanár.

Két év előtt Oppenheim a „Neurologisches Centralblatt”-ban rámutatott arra, hogy a nappali világítás mellett végzett pupillavizsgálat gyakran más eredményt ad, mint a mesterséges fény alkalmazása mellett végzett. Oppenheim sorai az ideg orvosok körében élénk visszhangra találtak s mindegyikünk tudott rá esetet, melyben hasonló tapasztalatot tett.

Ez alkalomból Oppenheim-hoz intézett levelemben annak a régi meggyőződésnek adtam kifejezést, hogy tulajdonképpen megbízható eredményeket csakis a nappali világítás mellett végzett pupillavizsgálat ad. Ugyanakkor megírtam neki, hogy egy idő óta a fényreakció vizsgálatának egy ellenőrző módszerét gyakorolom. Ezen módszert azóta egyéb vonatkozásaiban is tanulmányoztam s használhatóságáról meggyőződve, a következőkben ösmertetem.

Az új vizsgálati eljárásom technikája a következő:

A beteg ugyanazon helyzetbe hozandó, mint az eddigi pupillavizsgálatok alkalmával, t. i. oda állítjuk vagy ültetjük őt az ablak mellé, úgy hogy a fény oldalról érje; felszólítjuk, hogy nézzen fel a mennyezetre, majd szorítsa össze erősen a szemeit s néhány pillanat múlva nyissa fel őket, de úgy, hogy ismét a mennyezetre szegezze tekintetét.

Ha nappali világítás nem áll rendelkezésünkre, megteszi egy erősebb villamos lámpa is vagy a villanyos zseblámpa, csak arra ügyeljünk ez utóbbi esetben, hogy a fényforrás oldalt legyen elhelyezve. Fekvő betegnél szintén a zseblámpát használjuk, s azt felváltva a jobb s bal szem oldalán tartjuk s már működtetjük, mialatt a beteg szemeit összeszorítja.

Ha a beteg nem érti meg utasításainkat, megmutatjuk neki, miről van szó.

Rendes viszonyok között, kivétel nélkül, abban a pillanatban, a midőn a beteg szemeit felnyitja s a messzeségre tekint, a pupillák pillanatoson összehúzódnak és rögtön tágulnak.

Az erős fénybehatás, mely a sötétből jövő és kinyíló szemeket éri, hozza létre ezen pupillaösszehúzódnást s csak ezután alkalmazkodik a pupilla a környezet világításához és tágul.

Renyhe vagy hiányzó fényreakció esetén ezen kezdeti összehúzódnás vagy alig észrevehető, vagy teljesen hiányzik, a pupillák — a mint a szemek kinyílnak — rögtön tágulnak vagy egyáltalán nem mozognak.

Minthogy a fénybehatás mindkét szemre hat (nappali világítás mellett), a consensualis reactio is beleját szik e vizsgálat alkalmával is, úgy miként az eddigi fényreactiovizsgálatok alkalmával is, midőn mindkét szemet egyszerre fedjük be s egyszerre tesszük ki a fényhatásnak. A magam részéről ezt a vizsgáló eljárást, minthogy úgy az elsötítés, mint a megvilágítás szempontjából az optimumot nyújtja, jobbnak tartom, mint azt a módszert, a melylyel egyenkint vizsgáljuk a szemeket s ez alatt a másikat állandóan eltakarjuk. Az előbbi eljárás mellett a consensualis reactio hatása is érvényesül; ez az esetek túlnyomó többségében nem hiba; de tudom, hogy vannak esetek, melyekben a consensualis reactio ezen belejátászása zavarólag hat és hamis eredményt adhat.

Igy p. o. emlékszem egy 26 éves fiatal ember esetére, a ki agyalapi törés folytán jobb szemére megvakult, a szemén atrophia n. optici volt jelen. Ezen a szemén kettős elsötítés és megvilágítás után jó fényreactio mutatkozott, míg ha külön vizsgáltuk a szemet akként, hogy ezalatt a másikat befogtuk, a pupilla nem reagált fényre; consensualisan azonban összehúzódnott. Ebben az esetben tehát a consensualis reactio kettős elsötítés és megvilágítás mellett jó fényreactio látszatát keltette.

Az egészséges bal szemén hiányzott a consensualis reactio, míg a fényreactio rendben volt. Ily esetek ritkák

ugyan, másrészt azonban magyarázatát adják az ellentmondó orvosi megfigyeléseknek.

Igy legutóbb láttam egy taboparalysises egyént, kin kettős elsötétítés és megvilágítás után renyhe pupillareactiót lehetett látni, míg a szemek külön vizsgálata mellett a pupillák teljesen fénymerevek voltak. Ezek alapján tulajdonképpen azt kell követelnünk, hogy minden esetben mindkét módja a vizsgálatnak eszközöltessék, de még így is maradnak esetek, melyekben nem igen tudjuk megítélni az eredményt egyéb mellékkörülmények folytán.

Ezekben az esetekben jó szolgálatot tett eljárásom, melyre nézve még meg kell jegyeznem, hogy nem azonos a Westphal-Piltz-féle orbicularis phaenomenel, csupán a szem erős zárása a közös, de míg abban az esetben convergentiás reactióról van szó, addig az én eljárással a fényreactiót vizsgáljuk. Ezért is a Westphal-Piltz-féle tünetmennyit a fénymerev pupillák összehúzódást mutatnak, míg a leírt eljárás mellett szintén fénymerevnek bizonyulnak. Mint már említettem épp a renyhén vagy egyáltalán nem reagáló pupillák ellenőrzésére használtam eleinte e vizsgáló eljárást, míg utóbb mindinkább meggyőződtem hasznavehetőségéről egyéb vonatkozásokban is. Ma már minden esetben alkalmazom.

A módszer előnye, hogy igen könnyen alkalmazható, a vizsgáló egyén teljes figyelmét a beteg szemeire irányíthatja, maga semmiféle manipulációval nem lévén elfoglalva. Hézagpótló azokban az esetekben, melyekben az eddigi vizsgáló eljárások mellett eredményes vizsgálat keresztülvihetőnem volt. Így p. o. vannak hysteriás, psychopathiás egyének, tic-ben szenvedők, a kik nem bírhatók reá, hogy nyugodtan tartsák nyitva szemeiket, miközben mi kezünkkel elsötétítjük azokat; ezek folyton hunyorgatnak, szemgolyóik ide s oda járnak, legtöbbször abbeli felszólításunknak, hogy nézzenek el messzire vagy felfelé a menyezetre, úgy tesznek eleget, hogy szemeiket a felső szemhéj alá rejtik, avagy abban a pillanatban, mikor elvettük kezünket, pilláikat rezegtetik stb.

Ily esetekben az általam ajánlott módja a pupilla fényreactiovizsgálatának jól beválik, mert azon felszólításnak, hogy szorítsák össze erősen szemeiket s aztán kinyitva nézzenek fel a menyezetre, könnyen tudnak megfelelni még ily egyének is.

Ugyanez áll a gyermekek pupillavizsgálatára is. A többnyire félős gyermekeken az eddigi módszerek csaknem kivihetetlenek voltak, míg az új eljárás játékszerűsége folytán könnyen alkalmazható.

Végül vannak esetek a baleseti sérültek között, a kik a tettétek vagy alkoholisták sorából kerülnek ki, a kiken rendes pupillavizsgálatot végezni egyáltalán lehetetlen, ezek az egyének azon felszólításra, hogy nyissák ki szemeiket s nézzenek a messzeségbe, folytonosan hunyorgatnak. Számos ily esetben volt alkalmam a leírt módszert alkalmazni s mindig eredménnyel, vagyis meggyőződhettem, hogy pupilláik fényre jól reagálnak.

Ajánlom az új s egyszerű eljárást az orvosok figyelmébe.

Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., nyilv. r. egyetemi tanár, udvari tanácsos.)

Lymphogranulomatosis eseteink casuistikai közlése.

Irtá: Engel Károly dr. és Schütz János dr.

„A lymphogranulomatosis pathológiája”¹ és „A lymphogranulomatosis klinikája”² című előadásunk anyagául a klinikánkon észlelt eseteket használtuk fel. Miként az előadásokból látható, úgy a bonczolástani és szövettani, mint a klinikai kép rendkívül változatos. Ezen különböző megjelenési alakokat mi mind klinikailag alaposan végig tudtuk figyelni és három kivételével szövettanilag is részletesen meg tudtuk vizsgálni. Ezen anyag rendkívül értékes volta miatt indokolt-

nak tartjuk eseteink casuistikai közlését, minimumra szorítva az irodalmi vonatkozásokat, melyek tekintetében az utolsó időben megjelent több monographiára³ kell utalnunk.

Eseteinket 3 csoportban közöljük. Az első csoportba tartoznak bonczolt eseteink, a másodikba azok, a melyekben próbakimetszést volt alkalmunk végezni s végül a harmadikba néhány kizárólag klinikailag észlelt eset.

I. csoport.

I. eset. G. K. 18 éves leány, felvétel 1909 október 18.-án. Atyja tüdőbajban halt meg. 1908 őszén a bal fültő alatt nem fájdalmas mirigydaganata nőtt, melyet hasonló daganat követett a bal hónaljban, majd a nyak jobb oldalán.

Status: A mirigyek mogoró-diőnyi, egymással összekapaszkodtak, nem érzékenyek. Vörös vérséjt 4.200.000, fehér vérséjt 19.600, haemoglobin (Sahli) 70. 80%, neutrophil leukocyta, 19%, lymphocyta, 1%, eosinophil. Hőmérsék 38,2 C°.

Röntgenezésre a mirigyek tetemesen megkisebbedtek. Hazabocsátjuk, otthon arsent vesz.

Ujrafelvétel 1910 október 22.-én. Július végén megfázott, azóta köhög, lázas, 2 hét óta baloldali szúrása van, nehéz a lélekzése.

Az egész bal mellkasfelet folyadék tölti ki, a lép leér a csípőárokba. Nagy mediastinalis tompulat. A mirigyek a nyakon nem nagyok. Azonnal mellkascsapolást végzünk. Eltávolítunk 1200 cm³ lobos folyadékot, refractiója 1,3483.

November 7. A jobb tövisalatti árokban hörgi a lélekzés, számos kishólyagú szőrösöléssel. Fehér vérséjt 18.200. Ujból fullad.

November 24. A bal mellkasból 1300 cm³ seropurulens folyadékot távolítottunk el. Bokaoedema, a hasban daganatok tapinthatók.

December 3. Az egész bal alsó végtag megduzzad, a bal lágyék-árokban tyúktójasnyi mirigy tapintható. Fulladás rohamban meghal.

Bonczolástelet: Ugyiszólván az összes nyirokcsomók, a supra- és infraclavicularis, a sternocleidomastoideus mentén fekvő nyaki, a hónalji, a peribronchialis és peritrachealis, az aorta mentén fekvő retroperitonealis nyirokcsomók erősen megnagyobbodottak, részben egymással összekapaszkodtak. Az elülső mediastinumot kitöltő mirigyek tömött, ellenálló paketszerű tömeggé olvadtak össze, melyről a sternum csak nehezen választható le. A nyirokcsomók, különösen a mellüregben helyt foglalók, nagyon tömöttek, metszslapjuk durván rostozatos, szürkés-fehér, helyenként élesen határolt, törékeny, fakó sárgás góczok. A hasüri nyirokcsomók általában puhábbak, velősebbek, elhalásos góczokat nagyobb mennyiségben tartalmaznak.

A lép a rendesnél valamivel nagyobb. Tokja ránczos, pulpája szürkésvörös, kevésbé kaparható ki; gerendázatos rajzolata eléggé kifejezett. A máj kissé megvastagodott, metszslapja tompa fényű, eléggé áttűnő; elszórtan áttűnő vagy részben elszórtodott miliaris gümők láthatók. A tüdők állapotáról a bonczolási jegyzőkönyvben csak annyit találunk: közepnagyok, légtartók, szürkésvörös színűek, sima metszslapjukról bőven ömlik habzó savó; a hörgőkben tapadós nyálka, a nyálkahártya kissé belövelt. Hogy gümös góczok voltak-e, az megemlíti nincs.

Szövettani lelet: A részben heges, részben sajtos nyirokcsomókban gümös és granulomatosisos elváltozások egymás mellett. Egy makroszkopice necrosisosnak látszó, kb. mogorónyi nyirokcsomó pl. a következő képet nyújtja: Erősen megvastagodott collagen rostokból álló burok, mely kis nagyítással egyneműnek látszó tömeget zár körül, a melybe collagen rostokból álló sövények nyúlnak bele a tokból. Itt-ott megvastagodott erek. Nagyobb nagyítással kitűnik, hogy az elhalt tömeg vastag rostokból áll, a melyek a collagen festést már nem mutatják, az egészet azonban fuchsinnal még halványan festődő finom rostok hálózata járja át. Az elhalt rostkötegek közt gyéren kötőszöveti sejtmagvak vagy néhány vörös vérséjt, valamivel nagyobb mennyiségben a nyirokcsomó tokja alatt. A mirigynek egy széli részlete nincs elhalva, itt epitheloid s óriássejtes tuberculumok, az alapszövet azonban inkább granulomatosisos elváltozásnak felel meg, a mennyiben lymphoid sejteken kívül különböző alakú s nagyságú kötőszöveti sejteket (nagy hólyagos magút is), azonkívül (különösen a sejtdús s elhalt részlet határán) nagyon sok plasmasejtet tartalmaz. Meglehetősen nagy számban találunk igen nagy, egyenletesen hólyagos vagy kosaras szerkezetű mutató fuchsinophil sejtet (degenerált plasmasejt). Nagyon kevés eosinophil. A mirigy azt a képet nyújtja, hogy az elhalt kötőszövetes részlet granulomás volt s ehhez csatlakozott gümös elváltozás.

Hasonló elváltozást találunk egyéb, kisebb mértékű sajtosodást mutató mirigyekben is. A granulomás szövetben magában is találni Langhans-typusú óriássejtet kifejezett tuberculumképződés nélkül.

Van azonban olyan nyirokcsomó is, a mely csak granulomás elváltozást tüntet fel. Durvább és vékonyabb kötőszöveti rostokból álló alapváz hézagaiban lymphoid sejtek, fibroblastok, plasmasejtek, durva nagymagvú sejtek s átmenetek a jellegzetes óriássejtekbe, eosinophil sejtek (főképp polymorph magvú). Gyéren karyomyctosisos jelenségek. A nagy sejtek általában keskeny plasmával, igen nagy, rendszeren többszörösen befűződött, világosan festődő hólyagos maggal bírnak, a mely

³ Fabian: Die Lymphogranulomatosis (Paltauf-Sternberg). Ziegler Zentralblatt, 1911, 22. köt. — Ziegler: Die Hodgkinsche Krankheit. Jena, 1911. — Naegeli: Leukämie und Pseudoleukämie. 1913. — Guggenheim: De la lymphogranulomatose. Thèse 1913 stb.

¹ Orvosi Hetilap, 1914, 5. sz.

² Orvosi Hetilap, 1914, 6. sz.

több (akár 5–6) nucleolust tartalmaz. Egyes mirigyrészek majdnem egészen átalakultak durva rostos kötőszöveté, a melynek hézagaiban a sejtdús szövet maradványai.

A lép kötőszöve kevésbé megszaporoedottnak látszik. A pulpában aránylag kevés vörös véresejt. Néhány óriássejt, vagy elsajtosodott miliaris gümő. A pulpában részint elszórtan, részint szigeteken vagy oszlopokban a reticulum rostjai közt vagy erek mentén sok plasmasejt; többször óriási plasmasejtek 2–3 maggal. Igazi granulomatosos infiltratumok vagy góczok nincsenek. A lépben elszórtan aránylag sok eosinophil sejt, melyeknek legnagyobb része nagy plasmával bíró kicsiny erősen festődő, egymagvú, kisebb részben polymorph magvú sejt.

A májban néhány, részben elsajtosodott miliaris gümő. A peritoneális lymphoid duzzadt gyűlések elváltozásai: gümősejtek, leukocyta, lymphoid plasmasejtek, kezdődő kötőszövetképződés.

Epikrizis: A beteg anamnesiséből említést érdemel a tuberculosus hereditás.

Feltűnő volt az első stadiumbeli mirigyeknek igen nagyfokú befolyásolhatósága, elsősorban a Röntgen-besugárzások által. A nyakon levő mirigyeket és a gátörüri daganatot annyira sikerült befolyásolni, hogy félévnel hosszabb ideig szinte tünet nélkül volt a beteg. A generalisatio időszakában, a mikor a lép a has bal felét kitöltötte, sem növekedtek meg újból a régebben besugárzott nyakmirigyek, a gátörüregben pedig kérges hegesedést derített ki a bonczolás.

A mi ebben az esetben a tuberculosusnak, mint esetleges kóroki tényezőnek szerepét illeti, a lefolyásból s a kórbonczolástani képből nyilvánvalónak látszik az, hogy a granulomatosos megbetegedés az első, míg a gümőkóros elváltozások (csúcsur, pleuritis, nyirokcsomótuberculosus, később miliaris lép- és májtuberculosus) a lefolyás alatt másodlagos fertőzés útján jöttek létre.

II. eset. M. I. 27 éves, napszámos. Felvétel 1910 augusztus 29.-én.

1909 nyarán nyakán mindkét oldalt mirigydaganat nőtt, mely klinikán 1910 áprilisban és májusban röntgenezésre és arsenkezelésre javult. Az utolsó hónapokban a nyakmirigyek újból növekedtek, épp úgy a hónaljban is mutatkoztak csomók. Állandóan lázas. Jobb karja erősen zsibbadt, a jobb hónaljterület fáj is.

Status: A jobb hónaljban tyúktójsányi daganat. A lép tapintható. A jobb alkar ulnaris oldalának felső $\frac{1}{3}$ -a hypaesthesiás.

Vörös véresejtek 3,830.000, fehér véresejtek 14.500, Hb. (Sahl) 65, Neutrophil 77%, eosinophil 5%, lymphocyt 15%, átmeneti 3%.

Röntgenezük, Pearson-befecskendést alkalmazunk, melyre a mirigyek kisebbbednek, a fájás enyhül.

Szeptember 16. Otitis media.

Szeptember 21–26. Erysipelas a mellkason.

Szeptember 26. Hazamegy.

December 2. Újból jelentkezik. Jobb keze és lába gyengül. Háta fáj. 1.–2. hátsigolya ütögetésre igen fáj. Spasmusos tünetek mindkét alsó végtagon. Jobboldalt a cremaster-reflex hiányzik, jobb oldalon nem izzad; bal oldalon fokozódó hideg-, meleg- és fájdalomérzésbénulás. Röntgennel elváltozás nem mutatható ki.

Vörös véresejtek 3,510.000, fehér véresejtek 11.800, Hb. (Sahl) 66, neutrophil leukocyt 67%, lymphocyt 13.5%, átmeneti 3.0%, eosinophil 16.5%.

Pearson, Röntgen.

December 27. A bal alsó végtag fokozatosan gyengül. A jobb kéz kis izmai atrophiasok. A jobb lapoczká csúcsán boralatti mirigy tapintási. A nyakmirigyek kisebbek.

1911 január 19. Mindkét oldalt teljes spasmusos paraplegia. Nagy decubitusos fekély a sacrumon. Hőmérsék 39.8°-ig.

Március 26. Gyakori rázóhideg. Decubitus a térden és sarkon is van. A jobb pupilla szűkebb. A Röntgen az 5., 6., 7. nyak- és 1. hátsigolyatestnek roncsolását deríti ki. Előrehaladó gyengeség.

Május 10. Exitus.

Bonczolástelet: Meg voltak nagyobbodva a nyaki, hónalji és mediastinumos mirigyek; milyen kiterjedésben, erre nézve a bonczolási jegyzőkönyvben pontos adatok nincsenek; mégis leginkább a mediastinum nyirokcsomói, a melyek egymással s a szívburokkal összekapaszkodva, tömött, szívós, daganatos tömeget alkotnak. A nyirokcsomók nagyon tömődtek, metszéslapjuk sárgásfehér vagy szürkés vöröses, néme-lyekben vérzéses foltok.

A gerincoszlop felső háti részében megtört. Az V.–VII. nyak- és I. hátsigolya testének csontállományá megritult, a megritult helyek sárgásfehér színű, pépes tömeggel kitöltve. A mellkas felé ezek a csigolyák csontthártyát megfosztottak, osteoporosisosak, úgyisint a megfelelő bordák centralis végei is. A csigolyaelváltozásnak megfelelő kiterjedésben a gerincvelő kemény burka megvastagodott, a gerincvelő állománya kissé megfogyott s ellágyult. Decubitusok mindkét oldalt a lapoczká csúcsának megfelelően, a keresztájon s a két tomporon.

A tüdőknél elváltozás nincs. A szívburkon friss fibrines izzad-mány. A lép nagy, tömött, kékes-vörös, tokja sima, feszes. A máj szintén megnagyobbodott, eléggé tömött.

Szövetteni lelet: A vizsgálat céljából rendelkezésünkre állott nyirokcsomók nagyjában ugyanazt a képet mutatják: típusos, aránylag fiatal granulomatosos szövet, a melyben nagyon csekélyfokú a kötőszövetképződés. A sejtdús szövet sejtjeinek zömét lymphoid sejtek mellett főképpen a nagy hólyagos és durván karélyos magvú s az óriássejtek alkotják. A nagy sejtek magva gyakran hólyagosan felduzzadt, alig festődik, sokszor csak a mag árnyéka látható. Többször phagocytosisos alakok. Az óriássejtek magvai nagyon változatos alakzatokat mutatnak, durván nyúlványosak, polymorphak, sokszor olvasószerűen sorakozva, koszorúalakot vesznek fel. Csontvelő-óriássejthez nagyon hasonlítanak egyes alakok (l. az 1. ábrát). Direct sejtoszlásból származtatható az elrendeződés, a mikor egy sejtben négy mag van, a melyek közül a szemben fekvők egyforma nagyk. Plasmasejtet és eosinophil sejtet csekélyebb mennyiségben találunk, utóbbiak kb. egyenlő számban mono- és polynuclearisak. Gümös elváltozásnak semmi nyoma.

A lép pulpájában elég sok vörös véresejt. Itt-ott vérfestékrögök szabadon vagy sejtekben. Eosinophil sejtet nem találni. Legnagyobb részt góczokban, kisebb részben elszórtan eléggé sok plasmasejt, leginkább erek körül vagy erek mentén.

A májban tág hajszálerek.

Epikrizis: Típusos lymphogranulomatosis. A mirigyek az első stadiumban úgy arsenel, mint Röntgennel könnyen voltak befolyásolhatók. Zsibbadás, a jobb karba kisugárzó fájás igen korán mutatkozott.

A hátrafelé terjedő mirigydaganat összekapaszzkodott a gerincoszloppal és az 5., 6., 7. nyak- és 1. hátsigolya testének a Röntgen-vizsgálattal könnyen kimutatható elroncsolását okozta. A gerincvelő burkain való daganatképződés a gerincvelőnek Brown-Séquard-típusban kezdődő laesióját okozta, később myelitis transversa következett be. A jobb sympathicus teljesen hűdött. Gyöki tünetül a jobb felső végtagon, az alkar ulnaris oldalán mutatkozó érzésbénulás és a kis izmok atrophias bénulása következett be. Ez esetben észleltük eseteink között az eosinophilia legnagyobb fokát, 16.5% eosinophil sejtet.

III. eset. K. J. 30 éves, napszámos. Felvétel 1911 augusztus hó 1.-én.

1910 januárjában jobb füle alatt mirigydaganat kezdett nőni; hasonló daganat nőtt 1910 őszén a jobb, majd a bal hónaljban, 3 hó óta köhög. 2 hó óta duzzadt az arcza, 4 hét óta bal karja, egy hét óta jobb karja és mindkét alsó végtagja is.

Status: Az arcz duzzadt. Mindkét alkar és kéz, mindkét lábszár és láb, a mellkas és a hát bőre oedemas. A jobb fül alatt ökölnyi, kemény, nem fájdalmas mirigydaganat. A nyak bal felén, mindkét hónalj-árokban mogoró-diányi mirigyek. A máj 2 ujjnyira haladja meg a bordaívét; a léptompulat nagyobb, a lép nem tapintható. A hilsárnyék mindkét oldalt erősebb. A vizeletben 1% albumen. Testsúlya 76.6 kg.

Fehér véresejtek 19 000, vörös véresejtek 3,760.000, Hb. (Sahl) 36, neutrophil leukocyt 75%, lymphocyt 22%, eosinophil 1%, átmeneti 2%.

38.6° C-ig érő láz. Mérsékelt hasmenés. Pearson-befecskendést adunk naponta.

Augusztus 17. A vizenyő gyorsan növekszik. Kissé cyanosisos, nehéz a lélekzete. Ascites, kétoldali hydrothorax. Testsúly 89.2 kg.

Augusztus 27. Hirtelenül meghal.

Bonczolástelet: A végtagok téstapintatúiak. A hasürben 5.5 l. tiszta sárgás savó, mindegyik mellürben 2.5–2.5 l. hasonló folyadék. A nyakon mindkét oldalt mintegy ökölnyi (baloldalt valamivel kisebb), a musculus sternocleidomastoideus és részben a trapezius területén dombszerűen kiemelkedő, a bőrrel némileg összekapaszzkodó tömeg ül, a mely egymással s részben az izomzattal is összekapaszzkodott, megnagyobbodott, akár diányi nyirokcsomókból áll.

A nyirokcsomók általában nagyon tömött tapintatúiak, szívósak, metszéslapjuk sima, szürkés, a porcához hasonlóan áttűnő, néha azonban lágyabb tapintatúiak, kissé törékenyek, fakó kénsárgás egynemű metszéslappal. Néhol a rostos kötőszövetnek látszó alapállományban vajsárga, törmeléken, apró vérzésektől tarkított lencsényi góczok (necrosis). A nyirokcsomók egymással s az izomzattal, néhol az erekkel is rostos kötőszövet útján összekapaszkodottak; helyenkint a környező izomzatba áttűnő szürkés szövetből álló nyúlványok hatolnak be, vagy apró különálló hasonló természetű góczok láthatók az izomzatban.

A mediastinumos s az aorta mentén fekvő nyirokcsomók hasonlóképpen megnagyobbodottak, akár diányi-tyúktójsányiak, a nyaki mirigyekhez hasonlóak.

A szív közepnagya, a bal kamara túltengett, a bicuspidalis záróvonala és az inhuok megvastagodottak.

A lép erősen megnagyobbodott, tömött tapintatú, trabeculás rajzolata jól kifejezett, pulpája ki nem kaparható. A tüszők alig kifejezetek. A máj megnagyobbodott, tömött.

1. Nyirokcsomók szövetteni lelete. (Rendelkezésemre állott két ki-irtott, s számos a sectió útján nyert nyirokcsomó.)

A kisebb (kb. borsónyi) próbakimetszés útján eltávolított a bőr alatt fekvő csomó mikroszkopos képe: Vékony collagen rostokból álló alapváz, melynek kötegeiben különböző nagyságú fibroblastok s elég

nagy mennyiségben, rendszeren oszlopokba rendeződve plasmasejtek. A kötőszöveti váz hezagaiban fibroblastok, kevés neutrophil és eosinophil leukocytá, nagy sejtek keskeny plasmával, de nagy hólyagos, szabálytalan maggal. Ezek a sejtek általában valamivel nagyobbak a szokott-nál, néha több vagy legalább is polymorphmagvúak. A sejtoszlás különböző alakjai. A nagy sejtek többször 2–4-es csoportokban fekszenek egymás mellett. A környező zsírszövet s részben az írha rétegei is infiltráltak lymphoid és plasmasejtekkel.

A kiirtott nagyobb (kb. babnyi) nyirokcsomóban sokkal több a nagy hólyagos magvú sejt, nagyon sok a sejtoszlási alak. Egyes sejtek magvának chromatinállománya apró, különböző nagyságú sötét gömbökre esett szét. A nagy sejtek általában nagyobb csoportokban (akár tízesével) vannak együtt, sőt helyenkint nagyobb területeket lepenek el, azonban vékony rosthálózatba beágyazva. Eosinophil sejteket alig találunk, neutrophil polynuclearist azonban elég sokat, kötőszövet aránylag kevés.

A bonczolás alkalmával nyert nyirokcsomók nagy része sajátos — egyszer endotheliomára, máskor rákos áttételekre nagyon emlékeztető — képet nyújt. Egy mogorónyi, nyilván az elváltozás kezdeti szakát feltűntető nyirokcsomó szövettani képe (l. a 3. ábrát): Kis nagytáskor úgy látszik, mintha a lymphás alapszövet nem igen változott volna, csak a sejtek szaporodtak volna meg: reticularis szövet apró sejtekkel, itt-ott nyiroktűsök. Azonban már a kis nagytáskor is feltűnik, hogy az alapszövetet úgy a szélén (a széli nyirokölöklöknek megfelelően), mint a belsejében eléggé tág (különböző irányban átmetszett) üregek és csatornák hatják át.

A csatornák falát laposan fekvő orsósejtek alkotják, belsejükben többnyire szabadon, egymással minden közti állomány nélkül összefüggő különböző nagyságú és alakú, ovális befűződött vagy durván polymorphmagvú sejtek halmazai. A sejtcsoportok néhol, különösen a széli nyirokölöklökben az üreg egyik falával szoros összefüggésben vannak. Ezek a sejtek a nagy granulomasejteknek mindenben megfelelnek. Nagyobb nagytáskor az is kitűnik, hogy az alapállomány sejtjei ugyan legnagyobb részét lymphocyták, de azért meglehetősen nagy mennyiségben vannak fibroblastok s plasmasejtek is. Eosinophil és neutrophil polynuclearis sejt nem igen található.

Egy nagyobb, jókora diónyi nyirokcsomó (l. a 4. ábrát) egy része ehhez hasonlóan kissé elmosódott szerkezetű lymphás alapszövetből áll, mely azonban itt is tartalmaz fibroblastokat, plasmasejteket, elvéve eosinophil leukocytát. Itt is zárt falú üregekben nagy granulomasejtek halmazai (l. a 5. ábrát); a nagyobb sejthalmazok közepén gyakran kezdődő necrosis. Kivételesen olyan területet is találhatunk, ahol ezek a sejtek nem üregekben fekszenek, hanem nagyobb kiterjedésű beszűrődést alkotnak.

A nyirokcsomónak legnagyobb részében a nagy sejtek praevaleálnak, még pedig oly módon, hogy alveolaris alapszerkezet (vékony collagen rosthálózat orsósejtekkel) hézagaiban csoportokban vagy az alveolusok falára tapadva úgyszólván egyedül ezek a sejteket találjuk (l. a 6. ábrát), a melyek alakjukban s a mag alkotásában a legnagyobb változatosságot mutatják, nagyon sok a sejtoszlás. A kép alveolaris szerkezetű rossztermészetű daganathoz nagyon hasonló. Meglehetősen nagy területeken elhalás, a mi tallán abból magyarázható, hogy a nagysejtes részekben alig van vérér. A mirigyalományban aránylag kevés újonnan képződött collagen rost, a tok azonban nagyon vastag egyenemű rostokból áll.

A többi nyirokcsomó általában ugyanilyen szerkezetet mutat. Magukban a mirigyekben csak kiscokú kötőszövetképződés, míg a nyirokcsomókat egymással, s itt-ott erekkel, izmokkal, idegekkel sejtszegény, eléggé vastag hullámos lefutású collagen rostok kötik össze. A heges kötőszövetben levő infiltrátumok többnyire nyiroksejtekből s plasmasejtekből állanak, rendszeren igen érdecs. A nyaki nyirokcsomók egyike a carotis communisszal szorosan összekapcsolódott s ennek fala lymphoid és plasmasejtekkel beszűrődött.

Feltűnő, hogy a tonsillák szövetében is találunk hasonló elváltozást. Alapszövetében különböző alakú fibroblastok, nagyon sok plasmasejt, sok helyütt hasonló nagy sejtekkel való beszűrődés részint eléggé sűrűn elszórtan, részint üregekben nagyobb halmazokban, hasonlóan a nyirokcsomókhoz. Ezen sejtes szigetek, a mint az egyik ábrán (l. a 8. ábrát) is látható, sehol sem függenek össze a tonsilla többretegű lap-hámjával.

Izomáttétel szöveti képe: A metastasisos csomót az izomrostok felé vastag hullámos lefutású collagen rostok választják el. A csomó maga szintén főképpen azon nagy chromatinseggény maggal bíró elemekből áll, a melyek azonban itt nem többé-kevésbé kifejezett fallal bíró üregekben, hanem meglehetősen fejlett kötőszöveti hálózat hézagaiban foglalnak helyet (l. a 10. ábrát). A rostképződés különösen a csomónak szélein előrehaladott. A nagy sejteken kívül eléggé nagy mennyiségben találunk lymphocytákat, plasmasejteket és fibroblastokat.

A lépben áttételi góczok nincsenek, de elég bőven találjuk plasmasejtek halmazait.

A májban szövettanilag feltűnő kóros elváltozás nincs.

Epikrizis: Klinikailag a lymphogranulomatosis typusos képe. Lassan, minden fájás nélkül növekedő mirigydagánatok, előrehaladó cachexia, nagy láz, neutrophil leukocytosis. Feltűnő az óriási általános vizenyő. Már elég jelentékeny oedemával került a klinikára, a hol a kezelés dacára a vizenyő rohamosan fokozódott elannyira, hogy alig három hét alatt 12.5 kilóval gyarapodott testsúlya. A vizenyő nem volt sem

szíveredetű, sem veseeredetű; a nagyon súlyos cachexián kívül a nyirokmirigyek megbetegedése folytán bekövetkező nyirokpangásnak kell a vizenyő létrejövésében oki jelentőséget tulajdonítanunk, a mely véleményünket a bonczolás után is, a mely kiscokú insufficiencia bicuspidalist derített ki, is fenn kell tartanunk. A vizenyőnek ily foka a lymphogranulomatosisban, a mely betegségben oedemával különben gyakran találkozunk, szokatlan.

Nagyon meglepő s a megszokottól teljesen különböző szövettani leletet nyertünk ebben az esetben, a mely — a mint láttuk — klinikailag és makroszkoposan bonczolástaniilag is a lymphogranulomatosis képét mutatta. Nem szenvedhet kétséget, hogy a nyirokcsomókban, az izometastasisokban, a tonsillákban nagy mennyiségben található nagy egy- magvú, kissé plasmaseggény sejtek a nyirokutak, nyirokölöklök endothelijének vagy a reticulum sejtjeinek származékai. E mellett a nyirokszövet hyperplasiája s kötőszövetképződés mutatható ki, jelentékenyebb eosinophilia és granulomatórissejtek képződése nélkül. Nehéz eldönteni, hogy ezt az esetet idősült gyulladásos (fertőzéses) vagy daganatos természetű elváltozásnak tartsuk-e. Az első felvétel mellett szól a klinikai lefolyáson kívül elsődleges daganat hiánya, a multiplicitás, a kötőszövetképződés, a plasmasejtes beszűrődés; az utóbbi mellett a rendkívül élénk endothelsejtes burjánzás, a mely által egyes nyirokcsomók részben diffuse átalakultak egynemű szerkezetű daganatos szövetté. Az erekkel, izomzat- tal való összekapcsolódás épp úgy bizonyíthat a gyulladásos, mint a daganatos jelleg mellett. Annyi bizonyos, hogy ezek az elváltozások szövettanilag nem különíthetők el az endothelialis daganatképződéstől (*generalizált lymphangioendothelioma*), a fentemlített sajátosságai miatt azonban egyelőre mégis a lymphogranulomatosis atypusos alakjának tartanánk az esetet, mindenesetre azzal a fentartással, hogy ezt a kérdést csakis a granulomatosis kóroktanának ismerete alapján lehetne biztonsággal eldönteni.

Hasonló esetet írt le *Parlavacchio*,⁴ a ki esetét multiplex endotheliomának mondja ugyan, de annak a véleményének ad kifejezést, hogy a nyiroknedvben keringő fertőző anyag okozhatta a nyirokutak endothelijének ezt a nagymérvű burjánzását. Az esetet különben *Ziegler* és *Fabian* lymphogranulomatosisnak tartja. Ugyancsak nagyon hasonló leletet kapott *Hertz* és *Wretowski*⁵ lymphogranulomatosis képében lefolyt esetük szövettani vizsgálata alkalmával, a melyet gyulladásos természetűnek mondanak.

Meg kell jegyeznünk, hogy ebben az esetben a burjánzott sejtek lényegileg nem különböznek a granulomatosisban általában található nagy sejtektől s endotheloid szigetekhez hasonló sejtcsoportosulások más esetekben sem ritkák (l. a 11. ábrát).

IV. eset. P. Gy. 18 éves tanuló. Felvételt 1911 július 20.-án. 1910 februárban lett lázas. 4–5 nap után a bal váll felett mirigydagánatt nőtt; hasonló keletkezett 1910 nyarán a jobb váll felett is, majd mindkét hónaljárokban.

Betegsége óta 4 kilót fogyott.

Status: Mindkét oldalon a nyakon számos babnyi-mogorónyi mirigy; a bal hónaljban almányi daganat. Nagy mediastinumos tompulat. A lélekzés nehezült. A lép nem tapintható. Hőmérsék 39.0 C°, érverés 112–120. Vörösvérsejt 6,000.000, fehér vérsejt 6300, Hb (Sahl) 85. *Probaexcisio.* Röntgen, Pearson-befecskendezés; mivel ez igen fáj, arsenpilulákat adunk.

Augusztus 20. Az állapot mindinkább rosszabbodik. A láz változatlan, a mirigyek inkább nagyobbak. Kifejezetten stenosisos a lélekzés. Augusztus 31.-én éjszaka hirtelen meghal.

Bonczolásterlet: Legnagyobb elváltozás a mediastinum mirigyében. A szegycsont s a szívburkok között ujjnyi vastagságban s tenyérnyi területen tumoros tömegek foglalnak helyet, a melyek jobboldalt a jobb tüdőt félreszorítva hátrafelé terjednek, s az egész mediastinumot kitöltő jókora ökölnyi daganatot alkotnak. A daganatos szövet magában foglalja a peribronchialis megnagyobbodott nyirokcsomókat, részben ezekből fejlődött. Metszéslapján heges kötőszövetből állónak látszik nagyobbára, helyenkint sárgás-fehér, kevésbé tömört nekrosisos góczok. A nyaki és hónalji nyirokcsomók — bár valamivel csekélyebb mértékben — szintén megnagyobbodottak, egymással nincsenek annyira össze-

⁴ Arch. f. klin. Chir. 1907. 86. k.

⁵ Deutsch. Arch. f. klin. Medizin, 1913. 111. köt.

kapaszkodva, metszéspapjukon áttűnő szürkés-fehér, tömött, de nem nagyon szívós sarjadzások szövetéhez hasonlítanak.

A lép középnagy, áttűnő kendermagnyi szemcséket tartalmaz (amyloid).

Szöveti lelet: Nyirokcsomók. (Rendelkezésünkre állott 3 kimetszett nyirokcsomó, nagyobb bonczolási anyag.)

A legkisebb kimetszett (borsónyi) nyirokcsomóban sem ismerhető fel a rendes szerkezet, helyét fiatal granulációs szövet foglalja el. Finom collagen rostok hálózata, melyben a rostokkal összefüggően sok fibroblast; a hálózat hézagaiban sűrűn egymás mellett különböző alakú s nagyságú szabad sejtek, melyek közt elég nagy számban találunk granuloma-óriássejteket. Nyiroksejt aránylag kevés. A nyirokcsomó periferiáján plasmasejtek halmazai. Eosinophil (polymorphmagvú) sejteket csak elszórtan találunk. Sok sejtszálás.

A másik valamivel nagyobb nyirokcsomó alapszövege hasonló, de benne több mappaszerű határokkal bíró nekrosisos terület. Ezek szélén magpusztulás jelenségein kívül más elváltozás nem látható.

A nyirokcsomó hilusának megfelelően a zsírszövetben sejtdús góczok, melyek részint ugyanazon tulajdonságokat mutatják, mint az alapszövet, részint plasmasejtek halmazából állanak. Néha 2-4 maggal bíró plasmasejtet is találunk. A harmadik nyirokcsomóban a kötőszövetképződés még kifejezettebb, helyenkint már vastag, majdnem homogennek látszó collagen rostok. Ezen nyirokcsomók szövettani képe alapján azt a benyomást nyerjük, hogy a nagy szabad sejtek (Sternberg-féle sejtek) a fibroblastokból származnak: sok átmeneti forma a két sejtféleség közt.

A bonczolás útján nyert nyirokcsomók közül 3, kb. galambtojásnyi, nagyjában hasonló képet nyújt. Nyirokszövet sehol sem ismerhető fel. Mindenütt collagenrostos hálózat, mely helyenkint sűrűbben álló hullámos lefutású, vagy vastagabb rostokból áll. Nagyon sok fibroblast, szabad nagy sejt és óriássejt, elszórván nyiroksejtek, nagyon kevés eosinophil és plasmasejt. A szabad nagy sejtekben és óriássejtekben az a nagyfokú polymorphuság, a mit általában találni szokás, egyes sejtekben néha nagyon sok (akár 15-20) apró mag, a melyek nagyjában koszorú-, helyesebben méhkasszerű elrendeződést mutatnak. A hólyagos magrészekben különben magvacska általában jól látható minden különös festés nélkül.

Egy nagyobb, majdnem tyúktójsányi (talán több kisebbnek összefolyásából származott) nyirokcsomó körülbelül ugyanezt a szerkezetet mutatja. A kötőszövetképződés különböző stadiumai, vannak olyan részek is, hol a collagen rostok rendkívül vastagok, majdnem egyenűek. Feltűnő, hogy ezen rostok között is nyiroksejtek és fibroblastok kívül bőségesen találunk óriássejteket. Eosinophil sejt itt is nagyon kevés, plasmasejt alig található. Nekrosisos terület nincsen, gümös elváltozás nem mutatható ki sehol. A mediastinumos tumorból származó szövet többnyire durván rostos kötőszövetből áll, melyben azonban sűrűn vannak típusos granulomák szövetből álló góczok, elszórtan elhalásos területek.

A lép Malpighi-tüszőit amyloidos elfajulás elpusztította, csak az erek körül maradt meg egyik-másik tüszőben kevés sejt. A degenerálás reáterjed a pulpára is. A reticulum sejtjei kissé megszapordtak. A pulpában helyenkint apró, sejtdúsabb szigetek, a melyek részben nyiroksejtekből, részben plasmasejtekből állanak. Különböző pulpában egybeült is vannak plasmasejtek elszórtan. A véröblök általában tágak, vérrrel teltek. A rendelkezésünkre állott egyik léprészletben számos igen tág, egészen üres, vagy egyenű aivadékot tartalmazó üreg, a melyek részben kifejlődött (vérereknek megfelelő) fallal bírnak, részben azonban csak endothelborítékkal. Eosinophil sejt csak elvétve.

A májban kissé tág ereknek kívül elváltozás nincs.

Epikrizis: A lymphogranulomatosis mediastinumos alakja. Igen rossz állapotban, nehéz lélekzéssel került a klinikára. A gátori daganatot befolyásolni semmiképpen nem sikerült, a beteg fulladás folytán hirtelenül halt meg.

Az eset bonczolástanilag egészen típusos granulomatosis, sajátossága a lépnek amyloidos elfajulása, a melyet néhányszor leírtak már granulomatosis esetén. Szövettanilag érdekesek a lépben levő cysták is, a melyek természetesen nem a granulomatosisra függenek össze, hanem nyilván amyloidos erek elzáródása folytán jöttek létre.

V. eset. Sz. M. 19 éves hivatalnoknő. Felvétel 1910 november 15.-én. 1909 tavaszán nyakának mindkét oldalán mirigydaganat nőtt, melyet június 21.-én megoperáltak. Néhány hónap múlva azonban a daganat kiújult, azonkívül mindkét oldalt az álla alatt és a hónaljban is mirigydaganat nőtt. November elején a már hosszabb ideje mutatkozó láz elérte a 40 °C-t, lélekzete nehezzé lett.

Status: Igen jól fejlett, magas, erős leány. A már említett mirigyeken kívül a mediastinumban is mirigydaganatot lehet kimutatni. A léptompulat rendes nagyságú. (Vérletet l. a táblázatot.)

Röntgenezték. 12 besugárzás után változatlan állapotban távozik. December 13. Láz, felvesszük. Dyspnoe, a nye ése is nehéz. Sósavas cholint fecskendünk bőr alá és erősen röntgenezzük sorban valamennyi mirigyet, mire lélekzete könnyebbé lesz, láztalanává válik, 2 kilót hízik, 72 kiló.

Január 7. Három nap óta fájás a bal bordaív alatt, lázas. Lép 3 ujjnyira tapintható a bordaív alatt. Chinint adunk, majd Pearsont

és röntgenezzük. Február 25.-én megint tetemesen javult állapotban hagyja el a klinikát.

A nyarat Borszéken tölti, a hol igen rosszul volt, igen erősen lesoványodva, lázas állapotban, hosszabb ideje tartó kínzó hasmenéssel és tenesmussal véteti fel magát július 11.-én. A nyaki mirigyek mogoródióiak, jobboldalt a fül alatt kisalmányi daganat van. A mediastinum daganata óriási; a lép a köldökig ér, a májszél 3 ujjnyira a bordaív alatt van, a hasban számos fájdalmas daganat. Hőmérsék 39 °C, érverés 120.

Daczára annak, hogy a hasmenést rövidesen sikerült elállítani, rohamosan romlik. Allandóan nagy a láza, kínzó a nehéz lélekzése, új mirigyek mutatkoznak a nyakon, a légycshajlatban. Fokozódó általános vizenyő köszönt be, az ascites rövidesen igen nagygyá lesz, megdagad a jobb karja. Mindent kihány. Szeptember 27.-én kimerülésben hal meg.

	Vörös	Fehér	Haemo- globin	Neutro- phil leuk.	Lympho- cyta	Eosi- nophil	Nagy egy- magvú
1910 november 15	4,435 000	8.800	60	76	20	1	3
december 1	5,400.000	10.400	60	—	—	—	—
december 26	5,300 000	8.000	65	84	11.5	2	1
1911 január 10 ---	5,300.000	8.400	80	79.9	17.1	2	1
július 11 ---	3,000.000	2.700	54	78	19	2	1

Bonczolási lelet: A nyaki, hónalji, peritrachealis, peribronchialis, retroperitonealis nyirokcsomók típusos lymphogranulomatosisa. (A mediastinum nyirokcsomói kétökölnyi durván dudoros daganatot alkotnak.) Granulomatosisos beszűrődések a rendkívül módon megnagyobbodott lépben (porphyrlép, akár mogoródiói-tüszői tömött csomókkal) és a megnagyobbodott májban.

Részletes bonczolási jegyzőkönyv nem állott rendelkezésünkre.

Szöveti lelet: Nyirokcsomók. (Több mogoródi-szilvanagyságú nyirokcsomót vizsgáltunk.) Általában szépen kifejlődött granulomák szövet: eléggé vékony rostokból álló sűrű szövésű hálózat, sok jól kifejlődött fibroblasttal. Az egész szövetben diffuse elszórván lymphocyta, sűrűbb nyiroksejtszigetek (a nyirokszövet maradványai) csak elvétve találhatók. A hálózat hézagaiban elszórtan, néha kettesével, hármasával nagy (átlag 30 μ átmérőjű) sejtek, többnyire többmagvúak, tehát óriássejtek. A leggyakoribb típus az, a melyben a magvak tangentialis irányban kialakult koszorúformát mutatnak (ellentétben a Langhans-típusú radiaer irányú magkoszorújával). A collagen rostok helyenként vastagabbak vagy sűrűbb kötegeket alkotnak.

Egyik-másik nyirokcsomóban nagyobb elhalásos területek, a melyek azonban nem állanak egymással festődő masszából, hanem bennük a szövet szerkezetét még egészen jól fel lehet ismerni. A necrosis területén és szomszédságában nagyon sok piknózisos mag vagy magtörmelék. A kisebb nyirokcsomók granulációs szövetében kevésbé kifejezett a kötőszövetképződés, nagyobb mennyiségben vannak nyiroksejtek, a nagy sejtek többnyire egymagvúak. Az összes nyirokcsomókban plasmasejtek alig, eosinophil sejteket is csak mérsékelt mennyiségben találunk.

A lépben nagyon kiterjedt granulomatosisos elváltozás. Malpighi-féle tüszők nem ismerhetők fel, sejtdús vagy sejtekben szegényebb collagenrostos granulomák góczok foglalták el helyüket. A sejtdúsabb részekben finom collagen reczét sok fibroblasttal, helyenként feltűnően sok (többnyire polynuclearis) eosinophil sejttel, a reczétet hézagai an lymphocytaon kívül mérsékelt mennyiségben a plasmasegény nagy egymagvú vagy óriássejtek. A sarjadzások szövet többnyire erek mentén éles határ nélkül nyúlványok alakjában a pulpába is belétejed, az egyes szigetek összefolyva gyakran nagyobb góczokat alkotnak. Maga a makroszkopos vörösnak látszó pulpa is diffuse beszűrődött eosinophil sejtekkel s helyenként apróbb, plasmasejtes vagy Sternberg-típusú (egy- vagy többmagvú) sejtekből álló szigeteket tartalmaz. Ezek a szigetek eléggé sűrűn találhatók.

Máj. A lebenyek központi részletében nagyfokú zsíros infiltratio. A periportal szövetben granulomák beszűrődések csomók alakjában, a melyek azonban az epeutak s erek mentén továbbterjedve gyakran egymással összefolynak. A sarjadzások szövet egészen frissnek látszik: nagyon finom, reticularis, a collagen festést még csak részben mutató alapváz, a melynek rostjai fibroblastokkal állanak összefüggésben, hézagaiban sok nyiroksejt s többnyire nagyon sűrűn eosinophil sejtek (sokkalt nagyobb mennyiségben, mint a nyirokcsomókban). Nagy egymagvú óriássejtet valamivel kisebb mennyiségben találunk, mint egybeült. A góczok határa a májjálmány felé nem éles, növekvésük nem metastasiszerű, hanem infiltratív tovakúszó, a májlebenszövet gerendái csak nagyobb góczok szomszédságában vannak összeszorítva.

Epikrizis: Műtét után gyorsan recidiváló, a therapiának különben jól hozzáférhető típusos lymphogranulomatosis. A mediastinumban levő daganatot is sikerült befolyásolni annyira, hogy kínzó lélekzési nehézsége a betegnek csak az utolsó stadiumban volt, holott a gátori daganat kezdettől fogva igen nagy volt. A Röntgen-besugárzás és a gyógyszerrek által elért számos remissio után a beteg a generalisatio

előrehaladottabb időszakában bekövetkezett kimerülésnek vált áldozatává.

Bonczolástanilag is az általános lymphogranulomatosis típusos képe. Bár egyes nyirokcsomók igen tetemes nagyságot értek el s egymással is összekapaszkodottak, más szervekre átburjánzást nem találunk, azonban haematogen úton kiterjedt lép- és májgranulomatosis keletkezett. Szövettanilag típusos elváltozás meglehetősen sok eosinophil sejttel.

VI. eset. T. J.-né, 37 éves, földműves neje. Felvétel 1911 augusztus 23-án. 1909 őszén nyakának bal felén, majd jobb felén és a hónaljban mirigydagánatok nőttek, melyek ellen ambulator Röntgenbesugárással kezelte magát igen jó eredménnyel. 1910 telén egész testén kinzó viszketése volt, 2 hó óta bal lapoczkája nagyon fáj, zsiabadást érez a bal felső végtagban.

Status: Baloldalt a nyakon kétkölnyi, a kulcsontig érő dagánatot, jobb oldalon és mindkét hónaljban diónyi mirigyek. A bal felső végtag duzzadt, cyanosisos. Nagy daganat a mediastinumban. A máj két ujnyira haladja meg a bordaívét, a lép is jól tapintható. Lázás. A jobb pupilla tágabb a balnál.

Vörös vörsejtek 3,330.000, fehér vörsejtek 10.400, Hb. (Sahl) 68. Neutrophil leukocyta 78%, lymphocyta 16%, eosinophil 1%, nagy egymagvú 4%.

Röntgenezük, arsenbefecskendéseket adunk.

Október 1. Jelentékenyebb javulás nincsen. A viszketés kinzó. Bégörccs miatt az arsen el kellett hagynunk.

November 5. A mirigyek nagyobbodtak, a bőrön Röntgen-fekélyesedés. A fájás a karban talán még fokozódott. Hazamegy.

Vörös vörsejtek 4,200.000, fehér vörsejtek 6800, Hb. (Sahl) 60. Neutrophil leukocyta 69%, lymphocyta 21%, eosinophil 10%.

Ujból felveszük 1912 május 12-én. A mirigyek változatlanok. Spasmusos paraplegia. A 4.—6. háti segmentumnak megfelelően hyperaesthesia. Vizeletrekedés, mely miatt többször csapoljuk naponta. Nagy decubitus. Hőmérsék 38—39°.

Röntgenezük a hátat, Pearson-oldatot adunk egész 3 cm³-ig (1% oldat) naponta. A mirigyek kisebbednek, de állandó nagy láz, igen erős fájás kimeríti a beteget és június 14-én meghal.

Bonczoláslelet: Lymphogranulomatosis glandularum lymphaticarum colli lateris utriusque, axillae dextrae, peritrachealium et peribronchialium. Infiltratio callosa musculorum et textus cellularis lateris colli sinistri cum propagatione ad pleuram sinistram. Tuberculosis caseosofibrosa apicis pulmonis sinistri. Tumor lienis chronicus. Peripachymeningitis disseminata, praecipue in regione medullae dorsalis superioris cum subsequente myelitis compressionalis. Decubitus regionum glutealium.

Szöveti lelet. Nyirokcsomók. Rendelkezésünkre állott 3 főtáblányi nyirokcsomó s egy kb. diónyi convolutum. A kisebb nyirokcsomók úgy szőlővén egészen durva, hullámos lefutású rostokból álló kötőszöveté alakultak át, a mely általában csak nagyon gyérén tartalmaz ovális sejt-magvakat, elvértve egy-egy plasmasejtet. Ritkán találni valamivel tágabb hézagokat, a melyekben főképpen nyiroksejtek s kevés hólyagos magvú nagy sejt található. A nagyobb conglomeratumban, a mely úgy látszik, több nyirokcsomónak kötőszövetes összeolvadásából származott, inkább találunk sejtdús részleteket, általában ez is azonban durván rostos magvakban szegény kötőszövetből áll. A sejtdús részletekben itt valamivel több a nagy sejt, elvértve óriássejt és eosinophil sejt is található.

A lépben típus granulomatosisos elváltozás nem látható. A nyiroktüszők szöveteiben s gyakran a pulpában is elszórtan a Sternberg-typushoz hasonló természetű sejtek: nagy hólyagos mag 2—3 magvakával, keskeny protoplasma, elvértve igazi óriási sejt is (megakaryocythoz hasonló). A pulpában elszórtan plasmasejtes szigetek, kevés eosinophil, több neutrophil leukocyta.

A májban kóros elváltozás nincs.

Epikrizis: Típusos lymphogranulomatosis az egész testen mutatkozó erős viszketéssel, korán mutatkozó idegtünetekkel. Kezdetben a Röntgen-besugárzás jó hatású volt, később erőlyes Röntgen-besugárzás (fekélyesedés) sem tudta a betegséget gyors tovaterjedését meggátolni. A daganatnak áttétele folytán a gerincvelő kemény burkán compressió myelitis fejlődött ki, melyet a lokalizálható daganat helyének megfelelő intenzív Röntgen-besugározatással nem sikerült semmiképpen sem befolyásolni. A beteg myelitisének lett áldozatává tnlajdonképpen még az első stadiumban, generalisatio ki sem fejlődhetett.

VII. eset. O. S. 30 éves, tanítónő. Felvétel 1912 június 5-én.

Két év előtt nyakának bal oldalán mirigyek mutatkoztak, melyek — hasonlóképpen mindkét oldalt a hónaljban és a lágyékarokban — lassan növekedtek. Nagy fokban elgyöngült. Néhány hét óta nehéz a lélekzése, sokat köhög. A köhögés néha 10—15 percig tartó rohamokban nyilvánul meg. Állandóan lázas, izzad.

Status: Igen lesoványodott, gyenge nő, a nyakon, a hónaljban, a lágyékarokban számos egészen diónyi tömött mirigy. Nagy mediastinumtompulat, a bal mellkason mindenütt tompa a kopogtatási hang gyengült lélekzési zörejjel. Jobboldalt hurut tünetei. 37-40 hőmérsék mellett 120 az érverés.

Vörös vörsejtek 4,700.000, fehér vörsejtek 8600, Hb. (Sahl) 60, neutrophil leukocyta 86%, lymphocyta 8%, nagy mononuclearis és átmeneti 6%.

Pearson, Röntgen.

Július 5. 25 mgr.-ig érkeztünk az arsenből, haladunk visszafelé. Az állapot nem javul. Állandóan dyspnoés.

Július 28. Erős hasmenés. Próbaszúrás a mellkason. A folyadék Rivalta-reactiót ad, sok benne a fehér vörsejt. A mellkason Röntgen-dermatitis.

Szeptember 4. Ujból kezdjük a röntgenezést.

Október 14. A mellkas bőre vizenyős. 500 cm³ folyadékot távolítunk el a bal mellkasfélből, fénytörése 1:3480. A hőmérsék 38-5° C.

Október 21. Igen dyspnoés. A bal mellkasfélből csapoláskor csak néhány csöpp folyadékot nyerni, a jobb oldalból 700 cm³ folyadékot távolítunk el, fénytörése 1:3415.

Október 4. Jobboldali csapolás, eltávolítunk 1000 cm³-t. 2 órával rá meghal.

Bonczoláslelet: A mellüreg megnyitása igen nehezen megy, a mennyiben az elülső mediastinumot elfoglaló czipőtalpkeményiségű tumorszövet diffúze összekapaszkodott a sternummal s bordaporcokkal s benőtt a bordaközi izmokba is. A tumorszövet általában callosusan megvastagodott, úgyszintén a bal fali pleura is, mely a tüdő felszínével szalagosan összenőve, kocsonyásan átvívódott fibrin és savó tartalmazó üregeket zár be. A mediastinum dagánatos szövete részben inféhr hegyszövetből, részben kissé áttünőbb szürkés szövetből áll. A dagánatos tömegek a szívburók elülső falán átnőve, a fali lemez felszínén babnyi dudoros, porckeményiségű dagánatokkal alkotnak; hasonló, de kisebb göbök üleak a szív felszínén is. A szívburokban mintegy 200 cm³ zavaros savó. A bal tüdő erősen megkisebbedett, benne csak kevés légtartó rész tapintható; legnagyobb részét a hilusból centrifugálisan kiinduló almányi dagánatos tömeg foglalja el, a mely a legnagyobbodott peribronchialis mirigyeken kívül dagánatos beszűrődött tüdőszövetből áll. A tüdőszéleken is találunk elszórtan dagánatos góczokat. A jobb tüdő légtartó.

A lép kicsiny, tömött, barnás-vörös metszéslapján két árpa-szemnyi fehér göb látható. A máj közepnagy, tömött.

A mesenteriumos nyirokcsomók kicsinyek, a retroperitonealisok azonban az aorta mindkét oldalán követhető hatalmas daganattömeggel olvadtak össze.

A jobb vese felső polusán két majdnem mogyorónyi egynemű metszéslappal bíró sárgásfehér, tömött tapintatú dagánatos gócz ül.

Szöveti lelet: Egészen frissnek látszó különálló nyirokcsomó nem állott rendelkezésünkre. A mediastinum tumorból kapott szövetdarabok közül egyikben azonban makroszkoposan eléggé fiatalnak látszó részletek vannak kisebb-nagyobb csomók alakjában, a melyek egymással heges kötőszövet útján vannak összefüggésben. Ezek a fészkek az óriássejtes jellegű granulomatosisos szövetnek nagyon tanulságos képét tüntetik fel. A durvább rostos kötőszövetből álló sövényekkel összefüggően vékonyabb collagen rostos váz képezi alapját, a melynek hézagában aránylag sok a lymphocyta, de feltűnően nagy számban óriássejtek, a melyek eloszlása olyan, hogy a centrumban inkább az óriássejtek, a peripherián a lymphocyta vannak nagyobb számban. Az óriássejtek különböző nagyok, vannak igen nagy alakok is s oly rendkívüli alakbéli gazdagságot mutatnak, mint azt egy másik esetben sem láttuk. A magvak általában nagyon rendetlenül egymás mellett vagy egymáson fekszenek, miáltal sajátos szederalakok támadnak; részben hólyagosak s gyengén festődő chromatinvázzal bírnak, mindegyik magrésztben jól festődő magvakcsával vagy chromatinússabbak, rendetlenül rögecs. Immersióval látható, hogy az óriássejtek egyik-másika szemcsésen degenerált, magvai rögecsre szétesettek, melyek rendszeren a sejt szélén foglalnak helyet. Az egész szövetben elszórtan, de különösen nagy mennyiségben a kötőszövet felé eosinophil sejteket találunk.

A makroszkoposan inszerűnek látszó mediastinumos szövet általában nagyon vastag, durva, különböző irányú hullámos lefutású collagen rostokból áll, a melynek hézagaiban csak itt-ott kevés lymphocyta, eosinophil vagy plasmasejt, elvértve egy nagyobb hólyagos magvú sejt.

Lép. Jellegzetes elváltozás nincs. A reticulum orsósejtjei s kötőszövete kisebbfokú szaporodást tüntetnek fel. Plasmasejt csak elvértve található.

Máj. Kóros elváltozás nincs.

Epikrizis: A lymphogranulomatosis mediastinumos alakja. A klinikai felvétel szerint a bal mellkasfélben dagánatos elváltozás volt: rendkívül intenzív tompulat, exsudatumnak megfelelő nagy fajsúlyú folyadék, majd kiterjedt tompulat daczára negatív eredményű próbapunctio; a jobboldali folyadékfelhalmozódást pangásra vezettük vissza. A bonczolás felvételünket megerősítette.

A daganat nagy kiterjedése okozta, hogy a therapia teljesen hatástalan volt.

A beteg halálát a kétoldali mellhártyabeli elváltozás nagy mértékben siettette.

A mediastinum heges daganatszerű szövetének a szívburkon való átburjánzása, a tüdőbe való benövése a bonczolás alkalmával egészen azt a látszatot keltette, mintha rossztermészetű daganattal, sarcomával állnánk szemben. E mellett bizonyított volna az is, hogy lépduzzanat nem volt.

jelen s a vesebeli két áttétel egészen körülírt csomó alakját mutatta. A szövettani vizsgálat azonban a klinikai kórjelzés helyességét igazolta. Mindenesetre szokatlan volt a képen legkülönbözőbb alakzatú óriássejteknek igen nagy mennyisége.

VIII. eset. Dr. F. S. 37 éves, orvos. Felvétel 1912 július 23.-án. 2 év előtt súlyos tüdőtuberculosis volt. Hosszabb ideig volt lázas, többször volt erős vérköpése, köpetében Koch-bacillust mutattak ki. E bajából azonban teljesen kigyógyult, úgy hogy erős, munkaképes volt.

1911 decemberében kirázta a hideg, utána lázas lett. A láz 3 napig tartott, a legnagyobb hőmérsék 38,4° C volt, a 4. napon 37,2°, az 5. napon láztalan volt. A következő hó elsején újból lázas lett, 6 napig volt lázas a legnagyobb hőmérsék 39,1° volt. A következő roham január 21.-én kezdődött, 18 napig volt lázas. Ilyen módon májusig 11 ilyen lázas rohamra volt, a későbbi rohamok nagyobb mértékben gyengítették el, mint az elsők. Május 5.-e óta állandóan lázas. A hőmérsék 38° és 39° C között, sőt azon felül is van, július közepe felé egy hétig volt 38° C alatt.

Status: A jobb tüdőcsúcs erősen tompult, a lélekzés ennek megfelelően gyengült. A szív ép, az érverés 120. A máj a bordaívot egy ujjnyira haladja meg, tömött, a lép jól tapintható, tömött. A vizeletben fehérje nincsen, a diazoreactio pozitív. A fehér vörsejtek száma 63 0. A Wassermann-reactio negatív. A vérből streptococcus viridanst tenyésztettünk ki.

Lefolyás: Július 25.-én és 28.-án 5-5 cm³ viridans-serumotadtunk subcutan, melyre az egész testen intenzív, kínzó viszketéssel járó serumexanthema keletkezett. A láz befolyásolatlan maradt. Ezután Pearson-oldatot kezdtünk adni bőr alá fecskendezés alakjában. 20 mgr.-ig érve, erős bélkólika miatt el kellett hagynunk. Majd nyolc 5-10 cm³-es elektrargolbefecskendezést adtunk részben intramuscularisan, részben intravenásan siker nélkül.

Vörös vörsejt 3,000.000, fehér vörsejt 6800, Hb. 60. A qualitativ vérvékép ép.

Szeptember 2. Állandóan lázas. Semmiféle lázellenes szert az utána következő igen erős izzadás miatt nem tűr. A táplálkozás igen rossz, gyakran hány. Erősen soványodik.

Szeptember 27. Láztalan. 10 nap alatt igen jól összeszedi magát, jól eszik, felkel, járkal.

Október 11. Hőmérsék 39° C. Érverés 130-140, lélekzése nehéz, semmit nem tud enni. Intravenás sublimatinjectio, radium-ivókúra sikertelen.

November 1. Igen erősen leromlott. Az utolsó napokban zavart. Mirigyet sehol tapintani nem lehet.

November 5. Exitus.

Bonczoldáslelet: Az elülső mediastinumban számos diónyi és nagyobb mirigy fekszik. A hátulsó mediastinumban fekvő nyirokcsomók lúdtőjásnyi nagyságot is elérnek, hasonlóak láthatók mindkét oldalt a kulcsontok táján s a carotisok mentén is. A mirigyek részben igen tömött tapintatúak, részben lágyak. A tömött területek részben szürkés és áttűnők, részben fehérek és átlátszatlanok. A lágyabb részek halványzürkés vagy zürkés-vörösek, oedémások, bennük elszórtan kisebb-nagyobb fehérés foltok. Kifejezett sajtosodás úgyszólván sehol sem látható, csak az aortaív táján ülő lúdtőjásnyi mirigy metszéslapján a zürkésfehér, eléggé áttűnő heges rostos szövetben körülírt, sárga, kiemelkedő, merev, száraz berakódások láthatók. A mirigyek egyébként könnyen kpraeparálhatók a környező kötőszövetből. A mesenterialis mirigyek csak a radix táján megnagyobbodottak, egyébként a periportalis, a lép hilusánál fekvő, a perigastralis és retroperitonealis mirigyek erősen megnagyobbodottak. Elénk vöröses metszéslapjukon mélyebben fekvő s erősebben kiemelkedő góczok váltakoznak.

A szív petyhűdt, izomzata sárgásbarna színű, törékeny. A szív belhártyája s a billentyűk simák. Az aorta vékonyfalú, igen rugalmas, belfelületén néhány egészen apró, kénysárga kiemelkedés látható.

A jobb tüdő számos szalagos adhaesio útján a mellkas falához rögzített, ugyancsak szalagos összenövéseket találunk a bal tüdő hátulsó felszíne és a pericardium, valamint a tüdőcsúcs és mellkasfal közt. A pleura alatt főleg a hátulsó tüdőfelszíneknek megfelelően lencsényi s nagyobb fekete, tömött tapintatú göbök észlelhetők, melyeknek metszéslapja is anthracosisos, rajta elszórt apró, fehér, eléggé áttűnő göbökkel. A tüdők igen nagyok, puffadtak, az alsó lebeny főleg baloldalt térszta-tapintatú. Metszéslapjukról nagy tömegben ürül habzó savó. A jobb felső lebeny alsó részében két mélyen behúzódtott heget látunk, melynek megfelelően pleurális adhaesiók is láthatók; rámetaszve a tüdő szövetébe mélyen betérjedő, zürkésfehér, részben erősen pigmentált heges rostokat látunk, melyeken sehol sajtos vagy meszes gócz nem látható. A hegeszövet szomszédságában egy mogorónyi területen bővérű tüdőszövetben a metszéslapon számos kölesszemnyi zürkés gümő emelkedik ki. A légutak nyálkahártyája erősen belővelt, genyes nyálkával fedett.

A lép hatalmasan megnagyobbodott, egyenetlenül göbös tapintatú. Metszéslapján a sötétvörös, tömöttek pulpából számos árpaszemnyibabnyit, egyenetlen szélű, zürkés vagy sárgásfehér gócz emelkedik ki.

A máj erősen megnagyobbodott, tömött tapintatú. Állománya sárgásbarna színű. Acinosus rajzolata igen kifejezett. Felszínén és metszéslapján nagyszámú fehér, tömött, árpaszemnyiborsónyi göb látható.

A gyomor tág, elülső falán koronásnyi kerek fekély, melynek alapján a muscularisban a serosáig terjedő vérzés. A belek nyálkahártyája halvány. A vesék nedvdúsak, rajzolatuk elmosódott.

Szövettani lelet. Nyirokcsomók. Egy kisdiónyi nyirokcsomóban eléggé előrehaladott kötőszövetképződés: meglehetősen egyenletes kiterjedésű hálózat közepvastag collagen rostokkal, mérsékelt mennyiségű fibroblastokkal. A hálózat hézagaiban aránylag kevés nyiroksejt, nagyon kevés eosinophil sejt, helyenkint elég sok egymagvú, vagy durván polymorphmagvú nagy sejt. A mag rendszeren hólyagos, chromatinszegény, néha erősen festődik, a mikor a protoplasma is inkább basophil. Min tenütt plasmasejtek, helyenkint olyan nagy mennyiségben, hogy az összes többi sejthalakok mögöttük háttérbe szorulnak (lásd a 12. ábrát). A plasmasejtek reactióját mutató egyes sejtek 2-3, sőt még több maggal is bírnak, valóságos óriássejtek. Egyes sejtekben, a melyeknek magva a plasmasejt magjának tulajdonságait mutatja, gyengén acidophil homogen gömböcskék, egyik-másik ilyen sejtben a plasmának kicsiny része még basophil módon festődik.

Egy másik, kb. ugyanolyan nagy nyirokcsomóban még kifejezettebb kötőszövetképződés, vastagabb rostkötegek, helyenkint azonban necrosisos területek. Ezeknek megfelelően az elhalt tömeg nem egyszerűen szemcsés, mint az elsaftosodás esetén, hanem a szövetnek szerkezete még mindenütt jól látható. A szövethézagokban mindenütt kisebb mennyiségben nyiroksejtek és óriássejtek. Plasmasejt sokkal kevesebb, mint az előző nyirokcsomóban. A hálózat hézagaiban azonkívül mindenütt a lymphocytamagnál nagyobb, világos chromatinszegény maggal bíró nagy sejtek, a melyek terjedelmes protoplasmája kissé szemcsés (habos) vagy vacuolás, benne sokszor egynemű, kissé acidophil gömböcskék.

A harmadik, mogorónyinál valamivel nagyobb, három kisebb nyirokcsomóból összefolytnak látszó nyirokmirigy, a három közül legfrissebbnek látszik. Helyenkint apró, nem foltoszerű, hanem rendeltlen alakú elhalásos területek, itt-ott vérszerűen beszűrődött részek vagy tágtult erek. Általában kezdődő kötőszövetképződés jelenségei, finom rosthálózat, nagyon sok fiatal sejt: erősen basophil plasmájú lymphocytáknál nagyobb sejtek, majdnem korongmaggal (polyblastok?), nagyon sok plasmasejt. Meglehetősen sok granulomatypusú óriássejt, általában jól festődő magvakkal. Kevés neutrophil és eosinophil leukocytá. Kevesebb endothelsejt, mint az előbbi minigyben. Az endotheliekben többször a plasmába bezárt lymphocyták vagy magtörmelékek.

A lépben levő góczok nagyon különböző nagyságúak s különböző fejlettségű stadiumokat mutatnak, többnyire erek körül helyezkednek el vagy a tüszők helyét foglalják el. A legfrissebbek főképp plasmasejtekből állanak, a melyek közt néhány nagy egymagvú s óriássejt található. A nagyobb góczok közepén meglehetősen sejtszegény, elég vastag rostos kötőszövet, a góczok szélén ugyanaz a plasmasejtekben nagyon gazdag granulomás szövet. Egyik-másik gócz majdnem egészen elhalt, majdnem egyneművé vált, benne csak kötőszöveti magvak maradtak épen, különben sok magtörmelék. Magában a pulpában is bőséges érkörüli plasmasejtes beszűrődést találunk (l. a 13. ábrát). Itt-ott kisebb-nagyobb szigetekben nagy egymagvú, erősen basophil, de nem nagyon széles protoplasmával bíró sejtek.

A májban levő csomócskák többnyire periportalis, ritkán intraacinosus fekvésűek. Többnyire finom rostos hálózat képezi mind-egyiknek alapvázát, ebben fibroblastok, nagy egymagvú s óriássejtek, lymphocyták, plasmasejtek (valamivel kisebb mennyiségben mint a lépben s nyirokcsomókban), elvéve eosinophil sejtek.

Epikrizis: Typusos febris recurrens chronica. Roham közben megduzzadt a lép és a máj, erős fájás mutatkozott a hasban, egyéb elváltozást kimutatni nem lehetett. Éppen azért kezdetben nehézségbe ütközött a kórjelzés megállapítása annál is inkább, mert az átszenvedett súlyos gümőkórra való tekintettel valamilyen gümős megbetegedésre is gondolni kellett. A minden irányban nagy körültekintéssel végzett vizsgálat negatív volta a klinikai visszatérő láz mellett mégis a lymphogranulomatosis kórjelzését engedte megállapítani. A vérből kitenyészített streptococcus viridanst, mely a serumkezelés kísérletére indított, másodlagos fertőzésnek kell tekintenünk. Az egyes rohamoknak időtartását, súlyosságát semmiképpen nem sikerült befolyásolni.

Tekintettel arra, hogy a beteg előzetesen súlyos tuberculosisban szenvedett, s hogy a bonczolás alkalmával is az egyik tüdőben idősült gümős gócz volt kimutatható, közel fekvő volna a granulomatosis és tuberculosisis kórkörtani összefüggésének gondolata. A nyirokcsomóknak s a máj és lép számtalan granulomás góczának szövettani vizsgálata azonban erre semmi támpontot nem nyújt, a mennyiben gümős elváltozás nyomát sem tudta kideríteni. Szövettani szempontból az eset azok közé tartozik, a melyeket a plasmasejtek nagy száma miatt *plasmocellularis granulomának* is szoktak nevezni. (Maresch, K. Ziegler.)

IX. eset. B. E. 19 éves leány, Felvétel 1911 január 5.-én. Test-súly 50 kg.

1909 májusában nyakának bal oldalán kis mirigyet vett észre, mely egy év után elmúlt, de mindjárt utána két kisebb keletkezett ugyanott. Egy hó előtt hónaljában is nőtt mirigy. Néhány hét óta étvágytalan, bágyadt.

Felvételi status: Mindkét oldalt a nyakon számos bab-mogyorónyi, tömött, nem fájdalmas mirigy. Egész apró mirigyek a könyök-hajlatban és a lágyéktájon. A lép nem nagyobb. Mindkét tüdőcsúcs tompult, nagy mediastinalis tompulat elül és hátul. A vizeletben 10/100 fehérje. A hőmérsék 38–39 C°, a pulsus 110–120. A vörvizeletet 1. a táblázatban. Sokat köhög, a köpetben Koch-bacillus antiformis vizsgálatlaltal sem található. Fowler-oldatot kap.

A beteget 6 ízben vettük fel különböző hosszú időre, a közbeneső időben is megfigyelésünkben volt. A körlefolyás fontosabb adatai a következők:

1911 októberében erős szúrás a bal bordaív alatt, november végéig a lép három ujjnyira meghaladja a bordaívet.

Ugyanezen időben a mediastinum daganata úgy kopogtatásnál, mint Röntgen-vizsgálattal nagyobbak mutatható ki, a mirigyek mindkét hónaljban növekednek.

1912 februárjában a köhögés kínzóvá válik, mindinkább stenosisos lélekzés mutatkozik, mely már nyugodt ágyfekvésben is nehezült. A gégevizsgálat a tracheának a jugulum magasságában a jobb oldalon való bedomborodását deríti ki. A beteg rohamosan romlik, fogy, gyengül. A már több ízben alkalmazott Röntgen-besugárzást újból megkezdjük, egyúttal Pearson-oldatot adunk subcutan egészen 17 mgr.-ig. A röntgenezésre a lélekzés fokozatosan könnyebbé lesz.

Március 20. Erős fájás mindkét alsó végtagban, a hasban számos mirigydaganat. A lép a köldökig ér. Időnként újból stenosisos lélekzés. Pearsonra, Röntgenre a hasi daganatok kisebbednek, a fájás enyhül, a lép kisebbedik, a láb (esténként 39 C°-ig) változatlan.

Október 7. 42 kg., igen sápadt és gyenge, kínzó köhögési rohamok a fulladás érzésével. Mindkét tüdő, kivált baloldalt számos szőrösülés. A mirigyek mindenütt mogyoró-diónyiak, a lép a közep-vonalig ér.

November 10. Erős vérköpés.

December 9. Állandó láb, kínzó köhögés, befolyásolhatatlan nehézség lélekzés, álmatlanság, többszöri vérköpés okozta kimerülés. Az érverés 128–136. Röntgenezésre a nyakmirigyek, a lép kisebbedett.

Meghalt 1912 december 9-én.

Vérlet:

	Vörös vérszám	Fehér vérszám	Haemo- globin	Neutro- phil leuk.	Lympho- cyta	Eosino- phil
1911 január 6	4,080.000	12.400	60	76	20	4
január 15	4,700.000	19.600	67	—	—	—
május 9	4,400.000	13.000	63	—	—	—
október 4	3,810.000	14.500	55	—	—	—
november 10	3,960.000	19.000	62	80	16.7	3.3
1912 február 20	4,000.000	12.700	56	71	28	1
március 30	3,900.000	9.300	62	76.3	22.4	1.3

Bonczolástelet: Gyengén fejlett, erősen lesóványodott. A baloldali kulcsfeletti nyirokcsomók a bőrön is kitapinthatók és babnyiak. A mely nyaki mirigyek jobboldalt jókora mandulányiak, hegesek, tömötték. A suprasternalis mirigyek babnyiak és mogyorónyiak, metszéspapjuk finoman szemcsés, szürkés. Az első mediastinum nyirokcsomói erősen megnagyobbodtak, mogyorónyiak s nagyobbak, sárgásfehér metszéspapjuk. Mindkét oldalt két ujjnyi vastag, rendkívül szívós heges kötőszövetbe ágyazottak, a mely baloldalt a pleurával is erősen összekapaszkodott, hátra az arcus aortae felé folytatódik és részben a jobb tüdő hilusába is betérjed, a tüdő állománya felé élesen határolódik el.

A pericardium lemezei vékony, fibrines hártával borítottak. A szívüregben mintegy 30 gr. izzadmány. A szív kicsiny, izomzata fel-tűnően halvány, törékeny. A billentyűk hártásak. A nagy erek bel-felülete sima.

A bal tüdő egész terjedelmében, a jobbknak csúcsa odanőtt. A jobb tüdő középső és alsó lebenye határán mintegy tyúktojásnyi tömött göb, a mely heges fehér kötőszövetből és abba beágyazott gümőköl áll. A tüdő egyébként felül nedvdúsabb és léghen szegényebb, minde-nütt számos, részben elajtosodott gümövel. A bal tüdő egész terje-delmében légtelen, heges és göbös tapintatú, hilusában jókora tyúk-tojásnyi, cztatatos szélű caverna. A tüdő többi részletei feltűnően tö-mötték, szürkés rozsdaszínűek, majdnem légtelenek, törékenyek.

A metszéspap számos elajtosodott lencsényi s nagyobb sajtos göcz. A hörgők nyálkahártyája erősen belövelt, duzzadt bársonyszerű, a II. és III. rangú hörgők tágultak, faluk lécezett és sűrű genyes nyálka-val teltek. A bifurcatio helyén a vörös nyálkahártyán számos lencsényi, egymással összefolyó szürkés fehér göcz. A légcső és gége belövelt, a bázisig halvány.

A lép megnagyobbodott (24 × 14 × 5.5), burka a felső pólusnak megfelelően mérsékeltén megvastagodott, részben már szervült fibrin-hártyával borított. A lép külső felületén 3 borsónyi és belső szélén 4 jókora mogyorónyi-tyúktojásnyi göb domborodik elő. A metszéspap számos borsónyi-tyúktojásnyi, egymással részben összefolyó göcz domborodik elő, a melyek csikozottak, pettyezettek. A lép alapállománya halványvörös, a rendesnél tömöttebb, a metszéspap sima. A göczök állománya valamivel tömöttebb, szívósabb, részben szürkésfehér áttűnő, részben sárgás s megtört fényű. A máj duzzadt, állománya bővérű, tömött.

A lép hilusabeli, a retroperitonealis, portalis, illetve parigastrialis nyirokcsomók galambtojásnyiak. Egymás felé élesen határolódnak el, különbözőképpen viselkednek, a mennyiben egyiknek metszéspapja szürkésvörös színű s áttűnő, másik szürkésfehér, heges, nem sajtos. Egyesekben a metszéspap gombostüfejni-lencsényi elajtosodások láthatók.

A jobboldali axillaris mirigyek galambtojásnyiak és nagyobbak, a baloldaliak mogyoró-babnyiak, de össze nem kapaszkodottak. A jobb Rosenmüller-árokban foglalt mirigy majdnem tyúktojásnyi, koromtól pigmentált.

A jobb czombsont veleje vöröses, ébrényi jellegű, csak a csont alsó részében látható inkább transparens velő.

Szöveti lelet: Nyaki nyirokcsomók. Egy babnyi nyirokcsomó teljesen durva rostos kötőszöveté alakult át, a melyben csak nagyon elszórtan találunk kevés kötőszöveti sejtmagvat, néhol tágabb hézagok-ban nyiroksejteket. A jobb kulcsfeletti árokból származó heges szövet szintén sejtszegény rostos kötőszövetből áll, mely részben erekkel is összekapaszkodott.

Egy főtörőny nyirokcsomó alapszöveve szintén durva, eléggé vastag collagen rostok hálózatából áll, a melyben különböző tág héza-gok. Ezek helyenkint nagyon sejtdúsak: főképpen nyiroksejtek s kisebb mennyiségben nagy hólyagos egy- vagy többmagvú sejtek. Elszórtan mono- és polynuclearis eosinophil leukocyta. A lymphocyta részben erősebben festődő kisebb-nagyobb, részben gyengébben festődő nagyobb maggal bírnak. Több necrosisos terület, a melyben azonban a kötő-szöveti váz jól felismerhető és festhető, csak a parenchyma halt el. Az elhalt szövetben magpiknózis és szakadás. Az elhalásos terület szélén egy helyütt Langhans-typusú óriássejt. Egyébként az egész mirigyben gümös elváltozás nincs.

Egy kismogyorónyi nyirokcsomóban typusos gümőkörös elválto-zások: epitheloid és óriássejtes, részben elajtosodott gümők, sok tá-gult hajsálér, sok erősen basophil plasmájú, de erősen festődő maggal bíró sejt, a melyek néha igen nagyok, magvuk sokszor különböző nagy-ságú gömbökre esett szét.

Hónalji nyirokcsomók. Egy mogyorónyinál nagyobb nyirokcsomó-ban eléggé élénk kötőszövetképződés; a kötőszöveve alapvázban néhol vastagabb rostok is. Egyébként sűrűn egymás mellett nyiroksejtek, elszórtan nagyobb chromatinsejtyegymagvú s granuloma-óriássejtek. Egy helyütt kicsiny nekrosisos terület. Langhans-óriássejt, tuberculum nincs. Elszórtan eosinophil sejtek.

Mogyorónyi nyirokcsomó nagy részében mérsékelt kötőszöveve átalakulás, gyéren nagyon vastag, majdnem egymű kötegek is. A na-gyon sejtdús szövet általában lymphocytaiból áll, elszórtan erősen basophil plasmájú, erősen festődő maggal (néha több maggal bíró, vagy magrögöket tartalmazó) sejtek. Sok helyütt az erek fala tetemesen kötőszöveve megvastagodott. A mirigynek kb. fele részében typusos gümőkörös elváltozás.

Egy mandulányi nyirokcsomóban a finom collagen-reczézetes lymphocyta alapszöveve sok hólyagos egymagvú nagy sejt, ritkán granulomatypusú óriássejt.

Két borsónyi nyirokcsomóban friss gümös elváltozás (miliaris gümö, részben elhalással).

Mesenterium nyirokcsomók. Egy diónyi nyirokcsomóban meg-lehetősen typusos granulomatosisos elváltozás. Kötőszöveve, fibroblas-tokat tartalmazó alapváz, helyenkint vastagabb sejtszegényebb rostköte-gek. A hálózat hézagaiban aránylag sok lymphocyta mellett elszórtan, helyenkint nagyobb mennyiségben plasmasejtyegymagvú, hólyagos magvú sejtek, eléggé sok granuloma-typusú óriássejt. Elszórtan egy és több-magvú eosinophil sejt. Gümőkörös elváltozás nincs.

Egy valamivel kisebb nyirokcsomóban nagy sajtos területek, sok epitheloid és sajtos gümö. A nyirokcsomót egyébként vastag, majdnem egymű merev collagen rostkötegek szövik át.

Egy mandulányi nyirokcsomó tele van friss, részben nekrosisos miliaris és submiliaris gümövel.

A Rosenmüller-féle nyirokcsomó metszetében a legkifejezettebb granulomás szövetképződést találjuk gümös elváltozás nélkül. A mirigy burkát vastag collagen rostok alkotják. A fibroblastokat bőségesen tartalmazó alaphálózatban aránylag sok nyiroksejtet kívül nagyon sok nagy egymagvú és óriássejt. Sokkal több eosinophil sejt, mint a többi mirigyben, különösen kötőszöveti kötegekben vagy azok szomszédságá-ban. Az óriássejtek plasmája s magvai gyakran erősebb festődésűek s részben rögösek (elhalófélben levő sejtek?).

A szívós mediastinum szövet vizsgálatakor azt találjuk, hogy ez rendkívül vastag, durva, fibroblast magvakat csak nagyon gyéren tartalmazó collagen rostkötegekből áll, melynek hézagaiban elszórtan találunk kevés plasmasejtet. Itt-ott valamivel tágabb hézagok, a me-lyekben főképp lymphocyta s kevés, többnyire degenerálást mutató óriássejt.

A jobb tüdő középső és alsó lebenye határán levő göb főképpen friss granulomás szövetből áll, helyenkint nekrosisos területek. A határoló tüdőállományban submiliaris, nagyobbára elajtosodott gümők.

A lépben granulomatosisos elváltozások különböző kifejlődésben. A szabad szemmel látható fehér szövetek részben nagyon finom, sok fibroblastot tartalmazó reczézett állanak, melynek hézagaiban nyirok-sejtek s a typusos nagy egy- és többmagvú sejtek, meglehetősen sok eosinophil sejt és plasmasejt. Egyes szigeteken a kötőszövetképződés annyira előrehaladt, hogy a vastag rostok hálózatában nyiroksejteken kívül más sejtypus alig maradt meg. A granulomatosisos részletekkel összefüggésben, de főképpen azoktól függetlenül a lép pulpájában

gümőkóros elváltozások: kisebb részben-miliaris, nagyobb részben összefolyt sajtos gümők. A lépnek azon részleteiben, a hol granulomatosisos és gümös elváltozás nincs, feltűnően sok plasmasejthalmaz és diffuse elszórtan, mérsékelt mennyiségben eosinophil sejtek.

A májban sok, többnyire elsajtosodott epitheloid és óriássejtes gümő vagy gömbsejtű beszűrődés a periportal szövetben.

Epikrizis: A tünetek előterében kezdettől fogva a mediastinumban levő mirigyeknek a lélekzöcsőre való nyomása állott. A betegnek ismételt a legkínzóbb stenosisos lélekzése volt felette heves köhögési rohamokkal és fulladás érzésével. Kezdetben ezen állapotot arsennel, röntgenezéssel igen jól lehetett befolyásolni, a betegnek hosszabb időre terjedő aránylagosan jó állapotot tudunk biztosítani, később azonban mégis csak a morphiához kellett nyulnunk.

Igen kínzó volt a hashártyamögötti mirigyek duzzadása folytán beálló, az alsó végtagba kisugárzó neuralgiás fájás, mely a mirigyeknek megkisebbitésére gyorsan megszűnt.

A halált a szövődő tüdőgümőkór okozta vérköpés sietette.

Azon esetek közé tartozik, a melyeket a szerzők fel szoktak használni a granulomatosis és tuberculosis közti kóroktani összefüggés bizonyítására. Esetünkre vonatkozóan azonban nagyon valószínű, hogy a nyaki nyirokcsomók granulomás elváltozása megelőzte a tüdőtuberculosis, hiszen még felvételekor is csak tüdőcsúcsburut állott fenn bacillusok kiürítése nélkül. A granulomatosis miatt sýnylódó betegen azután súlyos gümőkór fejlődött ki, a mely rövid idővel a halál előtt a lépnek és májnak gümös megbetegedését okozta, de gümők támadtak egyes granulomás, illetve előzetesen ép nyirokcsomókban is.

X. eset. Dr. H. D.-né, 29 éves, orvos neje. Felvétel 1913 február 20.-án. 17 hó előtt a nyak jobb oldalán mirigydagant mutatkozott, mely minden helybeli fájás nélkül nőtt, azonban erős kisugárzó fájást okozott a jobb karba, mely gyengébbé és ügyetlenebbé is lett. 3 hó után a mirigyeket operatív úton eltávolította, mire a fájás megszűnt. Egy év előtt nyakának bal felén mutatkoztak mirigyek, melyek kisugárzó lüktető fájást okoztak a bal karba, mely azóta gyengébb is lett. 1912 októberé óta állapota rosszabbodik, erős fájásain kívül nehézlélekzési rohamok gyötrik, 7 nap óta állandóan nehéz a lélekzete.

Status: A nyak bal felén jókora férfikölnyi, tömött mirigyekből álló daganat. Stridor. A gége ép. A lélekzöcső erősen jobbra tolt. A középpárnyék felső része erősen kiszélesedett. A lép nem tapintható. Fehér vörsejtek 11.400, vörös vörsejtek 2.400.000 (?), Hb. (Sahl) 65, neutrophil leukocytá 84,8%, lymphocytá 15,2%, eosinophil sejt alig található.

Röntgenezzük. A következő napokon állandóan nehéz a lélekzése, legnagyobb hőmérsék 37,5°.

Február 26. Megfullad.

Boncoláslelet: A jobb váll tájékáról a kulcsonttal párhuzamosan, majd a nyakon felfelé haladó ívalakú vonalas heg látszik. Míg e helynek megfelelően a bőr a jobb kulcsont felett besüppedt, addig a bal kulcsont felett a bőrt egy ökölnyi dudoros tumor emeli fel, a mely a kulcsont alá látszik betérjedni.

Az elülső mediastinumban féltényérnyi thymus látszik, a mely tisztán zsírszövetből áll. Felette diónyinál nagyobb mirigy-tömeg, a mely a trachea bal oldalán hátrafelé terjed, s a mely a bal tüdőcsúccsal, valamint a clavicula táján ülő mirigy-csomóval vonatkozásban van.

A kívülről tapintott supraclavicularis tumor nagyszámú mogorótyúktójasnyi mirigyből áll, a melyek részben könnyen kipraeparálhatók, részben heges kötőszövetbe ágyazottak.

A mirigy-csomók lefelé a plexus brachialis mentén a hónalj-árokba követhetők, míg a nyakon felfelé az állkapocs alatti-lájkig terjednek. Az egyes mirigyek igen tömött tapintatúak. Metszéslapjuk lebe-nyes szerkezetű; az egynemű fehéres lebenyüket heges kötőszöveti kötegek választják külön.

A mirigy-csomók különösen a gerincoszlop közelében tömeges hegszövetbe ágyazottak, a mely a csigolyatestek elülső felszínéről le sem praeparálható. A mediastinumban ülő mirigy-csomó metszéslapján igen nedvdús, halványszürkés és szürkés-vörös területek váltakoznak az említett kemény fehéres egynemű góczokkal.

A tüdők általában légtartók. A bal tüdőcsúcsban egy lúdtójasnyi igen kemény göb, a mely metszéslapján mindenben megegyezik a nyaki-mirigyek metszéslapjával. A gócz közvetlenül a pleura alatt ül és a kötőszövet felé élesen elhatárolódik. A tracheában a bifurcatio és a gége között középen a hátulsó falon egy ovalis, virágágszerű, szürkés-vörös sarjszövetből álló kiemelkedést látunk, a mely a szonda számára utat bocsát a tracheával összekapaszkodott mirigy-csomóban helyt foglaló egy diónyi üregbe, a mely genynyel telt, falát ellágyult mirigyek czafatjai alkotják. Az üreg falának nyomására a sűrű tejszerű geny cseppekben ürül az oesophagusban is, a melyen egész csoport apró kerek nyílást láthatunk.

A lép megnagyobbodott, tömött, bővérű metszéslapján igen kifejezett a trabeculáris rajzolat.

A mesenteriumban levő mirigyek nem nagyobbak. Hatalmas csomagokká nőttek azonban a retroperitoneális mirigyek, a melyek az acrtá körül ülnek és lefelé mindkét iliacá mentén követhetők.

Szövettani lelet. Nyirokcsomók. Öt borsó- mogorónyi-galambtojásnyi nyirokcsomó nagyjában hasonló képet ad. Általában finom rendezetes, igen sok fibroblastot tartalmazó alapszövet; sok helyütt collagen-festés még nincs, a fibroblastok nyúlványai alkotják a hálózatot. Meglehetősen sok lymphocytá, a melyek azonban helyenkint háttérbe szorulnak a mindenütt jelenlevő nagy hólyagos magvú sejtek mellett. Aránylag kevés óriássejt, de rendkívül sok eosinophil sejt, helyenkint jóval több, mint lymphocytá, kisebb számban neutrophil leukocyták. Elszórtan plasmasejtek, a kötőszövetben dúsabb részletekben sűrűbb csoportokban. A kötőszövetképződés helyenkint nagyon előrehaladott, egyik-másik nyirokcsomó nagyrészt kötőszövetté alakul át, melyben azonban még sok a fibroblast, plasmasejt és eosinophil sejt. A mediastinumos szövetben is váltakoznak sejt-dús részletek, heges kötőszövetes részletekkel. A granulomatosisos szövet per continuitatem áttérjed a nyirokcsomókat környező zsírszövetre is és abban csomós beszűrődéseket támaszt. Az elváltozást itt is jellemzi az eosinophil sejtekben való rendkívüli gazdagsága, a mely különösen a sejt-dús fészkek határában nagyon kifejezett.

Nagyon érdekes képet nyújt a nyaki gerincoszlop alsó része előtti, a csigolyák csontjárájával szívosan összekapaszkodott kötőszövet. Alapjában különböző vastag, különböző irányban hullámosan lefutó collagenrostos alapszövet, a melyben kisebb-nagyobb sejt-dúsabb fészkek. Ezek a leirthez hasonló granulomatosisos szövetekből állanak valamivel több óriássejttel, szintén nagyon sok eosinophil sejt, a melyek legsűrűbben a sejtes fészkek szélén s a határos kötőszöveti kötegek közt találhatók. A sejt-dús részletek közepében egyéb sejtek mellett inkább neutrophil leukocyták vannak túlsúlyban. A kötőszöveti rostok között a fibroblastok magván s eosinophil sejteken kívül plasmasejtek. Immersiók nagyítással elszórtan mérsékelt mennyiségben basophil granulatiójú sejteket találunk, a melyek egyszer myelocytá nagyságúak, eléggé differenciált chromatinállományú, ovalis vagy kissé karélyos maggal, máskor kisebbek s fibroblastokhoz hasonlóak. A kötőszövet a vizsgált szövetdarabnak egy meglehetősen nagy részében nem látszik újonnan képződöttnek, hanem idegállomány megmaradt támasztó kötőszövetének, a melyet azonban az időszült gyulladásos folyamat át és áthatott. Ebben a szövetben helyenkint még idegrostok maradványai láthatók és meglehetősen nagy kiterjedésben a kötőszövetben elszórtan nagy idegsejtek, a melyek valami nagyon feltűnő elváltozást nem mutatnak. Helyenkint magában a granulomatosisos szövetben, a sejtes fészkek szélén is fekszenek.

A bal tüdő csúcsában levő gócz egészen typusos, ugyancsak eosinophil sejtekben rendkívül gazdag granulomatosisos szövetből áll. Sehol gümőkóros elváltozásnak nyoma sincs.

A lép hasonló szíves plasmasejtes beszűrődést mutat, mint több előző esetünk.

Epikrizis: A lymphogranulomatosis oly alakja, melyben a halál látszólag az első stadiumban — a generalisatio előtt — következett be mirigydagantnak a lélekzöcsőbe való átfúródása folytán, a boncolás azonban a hashártyamögötti mirigyek nagy fokban való megbetegedett voltát is kiderítette. Figyelmet érdemel ez esetben az igen korán megjelenő kisugárzó fájás a karba. Jelentős körülmény, hogy a jobboldali mirigydagant kiirtása után helyben nem újult ki, dacára annak, hogy a kisugárzó fájás arra engedett volna következtetni, hogy a mirigydagantok az idegekkel is már összekapaszkodottak.

A szövettani lelet eosinophil sejtekben való igen nagy gazdagságot derített ki, ezzel szemben a vérben eosinophil sejt alig lehetett találni.

Oly eset, a melyhez hasonlókat okot adtak arra, hogy a lymphogranulomatosisnak a dagantba való átmenetét vitassák. Egyetlen esetünk volna, a melyben granulomás nyirokcsomó látszólag ellágyult. Azonban inkább valószínű az, hogy a nyirokcsomónak a trachea falába való átnövése az elsődleges, ezt követte a nyálkahártya (decubitus-szerű) kifelélyesedése s a nyirokcsomónak elgenyvedése. Az eset jóllehet makroszkoposan a VII. eset mellé volna állítható, mikroszkoposan nagyon különböző attól a lymphocytáknak aránylag nagymérvű szaporodása miatt, melyek (és az eosinophil sejtek) mellett a nagy egymagvú s óriás granulomás sejtek egészen háttérbe szorulnak.

II. csoport.

XI. eset. H. L. 43 éves, mesterember neje. Felvétel 1912 május 6.-án. 22 év előtt luesse volt, mely ellen kenőkrút használt.

2 hó előtt igen erős fájása támadt a bal bordaív alatt, mely kisugárzott a bal vállba. A fájás azóta szinte állandó. 10 kilót fogyott. Mindkét oldalt a nyakon 1—2 mogorónyi, tömött mirigy; a jobb hón-

aljárókban egy diónyi, a bal hónaljárókban jókora mogorónyi mirigy. A lép a bordaívét jó három ujjnyira haladja meg. A hőmérsék 38,1° C. Vörös vérszám 4,400.000, fehér vérszám 8200, Hb. (Sahli) 71. Qualitativ kép rendes.

A Wassermann-kémlés negatív. Próbaexcisio a jobb hónaljából. Pearson-oldatot adunk emelkedő adagban egész 18 mgr.-ig, utána röntgenezést kezdjük a lépét.

Június 14. A mirigyek és a lép nagyobbodik, a bal bordaív alatt igen erős szűrő fájdalmat érez. Az erőbeli állapot romlik.

Július 31. Javulás nélkül távozik, Csizre megy.

Október 14. Meghalt.

A próbakimetszés szövettani képe: A műtét alkalmával erősen sérült kb. főtábnnyi nyirokcsomóban meglehetősen előrehaladt kötőszövetképződés, nagyon vastag, sejtekben szegény rostok azonban még nincsenek. Legnagyobb mennyiségben találhatók fibroblastok és nagy hólyagos kerek és karéjos magvú sejtek, kisebb számban lymphocyták, elvétve neutrophil és eosinophil leukocyták. A kötőszövet-dúsabb részletekben mérsékelt mennyiségben plasmasejtek, elszórtan hizósejtek. Óriássejt nincs. Helyenként még nyirokszövetes szigetek.

Epikrizis: A lymphogranulomatosis atypusos splenomegalia alakja. Nagy lép-daganata és az ezáltal okozott igen erős fájás miatt kereste fel a klinikát, a nyakon és a hónaljban kevés, aránylag kicsiny mirigy volt csak. A lép igen erős besugározatása nem tudta sem a lép gyors növekedését meggátolni, sem az erős fájásokat csillapítani. A betegség igen gyors lefolyásának mutatkozott, az első tünet megjelenése után 1/2 évre a beteg meghalt.

XII. eset. H. A. 30 éves, mészáros. Felvétel 1913 február 5.-én. Egy év óta beteg. Sokat köhög, éjjel izzad. Az utolsó hónapokban megduzzadt a nyaka, 5–6 hét óta gyengül, fogy, rekedt, nehéz a lélekzete.

Status: Számos mogoró-diónyi, egymással összekapaszkodott főmött mirigy mindkét oldalt a kulcs felett és alatt. Mindkét hónaljban és a lágyékarokban számos kis mirigy. A mellkas bőre, a nyak, az arc erősen duzzadt. Cyanosis, stenosisos lélekzés. Lábödema. Nagy mediastinalis tomputat, széles középpárnyék. A léptompulat mellfelé nagyobb, a lép nem tapintható. Subfebrilis. Vörös vérszám 3,580.000, fehér vérszám 7600, Hb. (Sahli) 46. Neutrophil leukocyták 67,8%, lymphocyták 29,5%, eosinophil 2,7%, basophil 0,2%. Paresis nervi recurrentis dextri.

A Wassermann-kémlés erősen pozitív. Próbaexcisio. Röntgenezéssel egyidejűleg Pearson-befecskendezéseket adunk.

Február 27. A mirigyek kisebbek, az oedema csökken, a lélekzettel sokkal könnyebb. Pearson-oldaton kívül még naponta 4 gr. benzolt is adunk.

Március 8. Állandóan 20 milligr. natrium arsenicosumot kap naponta.

Március 31. Az utolsó 12 napon állandóan 30 milligr. natrium arsenicosumot kapott. Állapota igen jó. Minden vizenyő nélkül és minden lélekzési nehézség nélkül hagyja el a klinikát. A mirigyek igen tetemesen kisebbedtek meg.

Felvétel 1913 december 8.-án. Októberig köhögéstől eltekintve jól volt. Akkor a mirigyek gyorsan nőni kezdtek, a köhögés görcsös lett, csakhamar lélekzési nehézség kezdett mutatkozni, mely rövidesen kínzóvá vált. Felvételtkor a mellkason, a hason, a felső és alsó végtagokon kiterjedt vizenyője volt. Vörös vérszám 3,300.000, fehér vérszám 8900, Hb. (Sahli) 45.

Röntgenezésre, Pearson-befecskendezésekre az állapot gyorsan és nagy fokban javul.

Szövettani lelet: Majdnem galambtojásnyi nyirokcsomó. Typusos, igen sejtűs granulomás szövet, helyenként elég vastag collagen rostok. Kevés lymphocyták, sok — különböző fejlettségű — fibroblast, nagy egymagvú sejtek, typusos óriássejtek; mindenütt, különösen a kötőszövetes részletekben mérsékelt neutrophil, igen nagy mennyiségben eosinophil leukocyták. Ugyanezen helyeken elég sok plasmasejt.

Epikrizis: A lymphogranulomatosis mediastinosis alakja, mely korán kiterjedt pangásos vizenyőt okoz. A gátorüri mirigyek a jobb nervus recurrens hűdését okozták. Kombinált intenzív gyógyítással — Röntgen-besugárzás, benzol per os és natrium arsenicosum subcutan nagy adagban — sikerült a felette rossz állapotban a klinikára került betegen annyira javítani, hogy minden lélekzési nehézség nélkül, minden vizenyő nélkül hagyta el a klinikát. E jó állapot hat hónapig tartott, 3/4 év után a beteg hasonló súlyos állapotban került a klinikára, mint első ízben. A daganat és az általa okozott tünetek befolyásolhatósága ez alkalommal is igen nagyfokúnak bizonyult.

Szövettanilag typusos lymphogranulomatosis aránylag sok nagy sejtrel és eosinophil sejtrel.

XIII. eset. M. J. 33 éves lakatos. Felvétel 1913 február 19.-én. 1912 eleje óta étvágytalan, fogy. Szeptemberben egy hétig 38–40°-os láza volt, hasonlóképpen decemberben 4 napig és januárban megint egy hétig. 1911 őszén nyakán változó nagyságú mirigyeket tud megfigyelni.

Status: Igen sovány, halvány. Bal kulcsfeletti árokban több diónyi, egészen tyúktójasnyi mirigy. A mediastinumban jobboldalt mirigyárnyék. Az érverés 100, a hőmérsék 38,3° C.-ig. A lép tapintható. Gyomorvizsgálat. Szabad sósav 3, összaciditás 17.

Vörös vérszám 4,120.000, fehér vérszám 5000, Hb. (Sahli) 69.

Röntgenezésre, arsenkezelésre az állapot alig javul. Március 6.-án távozik.

Lázás roham alatt egy ízben bakteriologiai vérvizsgálat; streptococcus volt kitenyészthető.

Április 28. Újból felvétel. A gyengeség nagyobb fokú, mint volt. A lép jóval nagyobb. Lázás. A végtagok feszítő oldalán viszkető prurigo kiütés.

Vörös vérszám 4,095.000, fehér vérszám 3000, Hb. (Sahli) 86. Próbaexcisio.

Április 28.-ától május 4.-éig lázas. Április 11.-éig láztalan, egy hét alatt 3 kg.-ot hizott. 12.-én újból lázas és ez így módon többször ismétlődik. Június végén távozik.

Október 7. Újból felvétel. Néhány nap óta nagy láza van, nehéz a lélekzete, egész teste viszket. A nyak mindkét oldalán és mindkét lágyékhajlatban almányi dudoros mirigy-daganat. A máj tapintható, a lép három ujjnyira haladja meg a bordaívét.

Vörös vérszám 3,200.000, fehér vérszám 4000, Hb. (Sahli) 40. Röntgen, Pearson, morphium.

November 9. Majdnem változatlan állapotban távozik.

Szövettani lelet: I. próbakimetszés 1913 május (bal inguinalis táj). A mogorónyi kimetszett csomóban a nyirokcsomó szerkezete nem ismerhető fel. Kis lymphocyták alig találhatók, de nagyon sok a nagy lymphocyták és a fibroblast. Typusos granulomás óriássejt nincs, itt-ott 2–3 hólyagos maggal bíró sejt. Kezddő collagen rostképződés.

II. próbakimetszés 1903 november (jobb inguinalis táj). A valamivel kisebb nyirokcsomó fiatal sarjadzásos szövetből áll. Jól kifejezett, de finom collagenrostos hálózattal, sok lymphocytával, elszórtan nagyobb mennyiségben hólyagos egymagvú sejtek. Itt-ott 2–3 vagy többmagvú granuloma-óriássejtek. Eosinophil sejt egészen elvétve.

Epikrizis. Ezen gyors lefolyású, therapiásan egyáltalában nem befolyásolható esetben szintén typusos visszatérő láza volt a betegnek. Figyelmet érdemel a mirigybetegség terjedési módja; a nyakon baloldalt vannak a mirigy-daganatok, a Röntgen-vizsgálat pedig a jobb hilusban derített ki mirigy-daganatot. A vérvizsgálat kezdettől fogva leukopeniát derített ki.

Szövettanilag annyiban érdekes, hogy az első alkalommal kimetszett nyirokcsomóban granuloma-óriássejtek nem voltak jelen, azonban a kép alapján mégis granulomatosisra kellett tennünk a körjelzést (még a hiányzó eosinophilia ellenére is), a mit a II. próbakimetszés igazolt is, a mennyiben ebben már typusos óriássejteket találtunk.

XIV. eset. B. A. 29 éves földműves. Felvételt 1913 március 25.-én. Felesége köhög, rekedt, lesóványodott. 1906-ban 6 napig köhögött, 1908-ban baloldalt erős szúrása volt. 4 hó előtt mellén daganat nőtt ki, ugyanezeken hónalji mirigyek megdagadtak, erős fájdalmat érzett a bal felső végtagban.

Status: Erős lesóványodás. Mindkét oldalt a nyakon babnyi-diónyi mirigyek, baloldalt több és nagyobb. A szegycsont bal felé elődomborodó, az elődomborodás bal felé folytatódik a bimbóvonalig, aláfelé az 5. bordáig. A 4. és 5. borda között lapos, tömört, mandulányi bõralatti dudorodás. Mindkét hónaljban diónyi-tojásnyi mirigyek. A lép nem tapintható. A hőmérsék 38,3° C. Fehérvérszám 19.500, neutrophil leukocytosis. Röntgenezzük. Próbakimetszés.

Április 10. A mellkasi daganat kisebbnek látszik.

Május 10. Röntgen-fekély. Vörös vérszám 4,960.000, fehér vérszám 13.200, haemoglobin 68.

Május 23.-án távozik, otthon arsent vesz.

Újból felvesszük szeptember 16.-án. Nem javult. Állandóan nagy láza volt, erősen soványodott.

A daganat kb. olyan, mint első felvételtkor, a nyaki mirigyek jóval nagyobbak, mindkét hónaljban diónyi mirigyek. A hőmérsék 38,5° C. Vörös vérszám 4,646.000, fehér vérszám 22.300, Hb (Sahli) 70. Qualitative: Neutrophil leukocytosis. Pearson-oldatot kap.

A klinikán állandóan igen erős fájása van a jobb lapoczkában, többször köpött mérsékelt mennyiségű vért. Állandó, remittens láz.

November 14. Változatlan állapotban távozik.

Szövettani lelet: A bal kulcsalatti tájról kiirtott csomó. Kissé megvastagodott kötőszövetes tok. Typusos granulomás szövet különösen csomónak centralis részleteiben: kötőszövetképződés fibroblastokkal, sok erősen festődő durván polymorph maggal bíró óriássejt, nagyon sok eosinophil sejt különösen a kötőszöveti kötegekben s azok szomszédságában. Neutrophil leukocyták és plasmasejt kevés.

Epikrizis: A lymphogranulomatosis mediastinosis alakja, a melyben a gátorüri daganat a mellkas deformációját, atypusos helyen a bõr alatt daganat megjelenését okozta. Szabálytalanul visszatérő láz; a láz idején nagyobb-fokú lesóványodás következett be. Már aránylag korán mu-

atkozott a bal karba kisugárzó fájás, mely később a lapoczkában mutatkozó igen kínzó fájdalomnak adott helyet. Dacára a nagyon intenzíven alkalmazott besugároztatásnak (mely fekélyesedésre is vezetett a mellkas bőrén), a gátori daganat befolyásolható alig volt.

A mediastinum daganatnak a mellkas falán való átburjánzásából a körjelzést eldöntő próbakimetszés előtt rosztermészetű daganatra, sarkomára is gondoltunk.

XV. eset. C. Á. 29 éves kereskedő. Felvételt 1913 szeptember 5.-én. 1912 márciusában megfázott, 4 hétig nagy láza volt, orvosa tüdőcsúchurut ellen kezelte. 1912 júliusától megint 49 napig volt lázas, hasában erős fájása volt, orvosa typhusnak mondta betegségét. 3 heti láztalan időszak után újból lázassá lett, akkor nyaki mirigyei és lépe is megduzzadt. Étvágytalan volt, gyakran hányt, temporában mindkét oldalt igen erős fájása támadt. Lépét röntgenezték, 43 arsen-befecskendezést kapott, majd a tenger mellé küldték, a honnan lázasan, igen rossz állapotban került haza. A III. belklinikán benzolt vett 5 napig, akkor láztalanná lett, lépe, mirigyei megkisebbedtek, de a javulás nem soká tartott, újból beköszöntött a visszaesés, mely ellen 3 hónapig vett benzolt siker nélkül.

1913 augusztus 12.-én próbakimetszés. Mint bejáró beteg, Pearson-oldat-befecskendezést kap és rendszeresen röntgeneztük.

Status szeptember 5.-én: Mindkét oldalt a nyakon mogorónyi, kisdiónyi mirigyek. Kiszélesedett középpárnyék. A lép jó háromujjnyira haladja meg a bordaívet. Temperatura 39 C°-ig. Vörös vérséjt 4,600 000, fehér vérséjt 6100, Hb (Sahli) 60. Neutrophil leukocyta 81%, lymphocyta 17%, eosinophil sejt 2%. Pearson-oldatot kap. Állapota javul. A láz fokozatosan csökken. Szeptember 17.-étől láztalan, a lépe kisebbedik, mirigyei annyira kisebbednek, hogy csak egyes borsónyi-babnyi csomók tapinthatók. A mediastinum árnyéka is kisebb.

Október 4. Újból kezdődik a láz. Spontan, erős fájás a léptájékon, a mirigyek nagyobbodnak.

Október 19. Láztalan. a mirigyek kisebbek. Hazamegy.

December 1. Lázzal, nagy mirigyekkel újból felvételre jelentkezik.

December 2. Vörös vérséjt 3,100.000, fehér vérséjt 5800, Hb (Sahli) 48. Neutrophil leukocyta 71.6%, kis lymphocyta 16.4%, nagy lymphocyta 7%, eosinophil leukocyta 0.7%, átmeneti 4.3%.

Szövetani lelet: I. próbakimetszés (1913 augusztus). Borsónyi csomócska. Nyirokmirigyes szerkezet nem ismerhető fel. Kifejezett kötőszövetképződés, rendkívül sok kötőszövetképző sejt, nyiroksejt, nagy egymagvú sejtek mérsékelt mennyiségben. Helyenkint (a rostos részletekben többnyire kötegekben) sok eosinophil sejt, kevesebb plasmasejt. Elszórtan durván polymorphmagvú óriássejtek.

II. próbakimetszés (1913 november). 2 borsónyi csomó. Vastag rostos sejtszegény burok. Igen tág hézagokat hagyó, helyenkint erősen megvastagodott falú erek tartalmazó kötőszövetes sövények. Az alaphálózat különben finoman recézetes, a collagen festés gyengén kifejezett. Meglehetősen sok nyiroksejt, helyenkint sok fibroblast, másutt inkább hólyagos egymagvú, vagy többmagvú sejtek, a mely utóbbiak magvának szerkezete teljesen ugyanaz, mint az előbbieké magvának: laza chromatinváz, sok magvacska. A magvak többnyire nagyon szorosan fekszenek egymáson vagy egymás mellett, úgy hogy sajátos alakzatok (szederhez hasonló) jönnek létre. Ezen sejtek tanulmányozása alapján az a benyomás támad, hogy ezek a nagy egymagvú sejtekből a protoplasma szétválása nélkül vagy utólagos összeolvadásával végbemenő direkt oszlás útján keletkeznek.

Általában nagyon sok az eosinophil sejt is, különösen a sejtűs fészkek széli részleteiben s a kötőszöveti sövényekben. A fészkek közepe táján sok helyütt kezdődő nekrosis neutrophil beszűrődéssel, magpusztulás jelenségeivel (talán Röntgen-hatás).

Epikrizis: A betegség mindjárt kezdettől fogva a febris recurrens chronica typusában mutatkozott, az egyes lázas rohamokat eleinte tüdőcsúchurutnak, typhusnak nézték. Igen gyorsan következett be a generalisatio, a nyakmirigyekkel szinte egyidőben lépe is megduzzadt. Állapota a legkülönbözőbb irányú — klimatikai, Röntgen-besugárzás, arsen, benzol — gyógyító beavatkozásokkal szemben teljességgel befolyásolhatatlannak mutatkozott; a benzol látszólagos hatása spontan remissio.

Szövettanilag a kiirtott nyirokcsomók granulomatosisnak typusos képét mutatják aránylag sok Sternberg-féle sejttel, óriássejttel s eosinophil sejttel. Feltűnő a másodízben kiirtott nyirokcsomóban a kötőszöveti sövények közt fekvő sejtes szigetek centrumának kezdődő elhalása s neutrophil sejtekkel való rendkívül bőséges beszűrődése, a mely valószínűen Röntgen- (illetve együttes Röntgen- és arsen-) hatás következménye. Az óriássejtek majdnem kizárólag szederaggal birnak (l. a 2. ábrát).

III. csoport.

XVI. eset. K. J. 18 éves tanuló. Felvétel 1909 május 10.-én. Januárban mirigydaganat nőtt a jobb füle alatt. Április óta a hasában is daganat nőtt. Sokat vérzett az orra.

Status: A nyakon jobboldalt kétökölnyi tömött daganat, egyenetlenül göbös nagy mirigyek, ezenkívül a nyak bal oldalán, a két hónalj-árokban, mindkét oldalt a lágyéktájon és a bal bimbó tájékán a bőr alatt. Nagy mediastinalis tomputat, a bal hasfalat szinte kitélő lép. A máj két ujjnyira haladja meg a bordaívet.

Vörös vérséjt 4,430.000, fehér vérséjt 43.500; 80% neutrophil leukocyta.

Rendszeresen röntgeneztük, Fowler-oldatot kap emelkedő adagban. Július 4. 32 röntgenezés. A mirigyek, a lép sokkal kisebb, kevesebbet köhög, azonban állandóan lázas, egész 38.1°-ig.

Július 22. Hirtelen igen heves, az egész alsó végtagba kisugárzó fájás a jobb fossa ovalisban, a nyaki mirigyek, a lép is fájdalmas. Hőmérsék 39° C-ig.

Augusztus 24. 3,150.000 vörös vérséjt, 26.900 fehér vérséjt.

A hőmérsék állandóan 39° C körül.

A mirigyek, lép megduzzadnak, a hasban számos daganatot lehet tapintani. Az erőbeli állapot rohamosan romlik. Pearson-oldatot fecskendünk bőr alá.

Szeptember 17. 10 milligrammnál több arsen a hasmenés miatt nem lehet adni. A lép, a mirigyek igen fájnak. A hőmérsék 39.5° C-ig. Újból röntgeneztünk.

November 11. A hőmérsék alacsonyabb, a mirigyek kevésbé fájnak, érverés 116—124. A röntgenezésre a mirigyek, a lép kisebbednek.

December 13. Vörös vérséjt 3,200.000, fehér vérséjt 27.300, Hb. (Sahl) 45%.

Naponta a röntgenezés mellett 1/2 gr. sósavas cholint fecskendünk bőr alá.

Január 24. Rossz állapotban hagyja el a klinikát.

Epikrizis: A klinikán észlelt legelső lymphogranulomatosisok egyike. Oly időben észleltük, a mikor rendszeres próbakimetszést még nem végeztünk.

A klinikai kép alapján egész biztonsággal állapítható meg a lymphogranulomatosis körjelzése. Említésre méltó a leukocytosis nagy foka (43 000 fehér vérséjt 80% neutrophil leukocytával), a mirigyek hirtelen megduzzadása folytán bekövetkező igen erős kisugárzó fájás.

XVII. eset. G. M., 23 éves, kereskedő leánya. Felvétel 1910 december 5.-én.

Mindig gyenge szervezetű volt. 2 hó óta a bal kulcs felett számos kicsi mirigydaganat nőtt. A közérzet jó. Időnként a bal karban zsibbadás van.

A bal kulcsfeletti árokban számos mogorónyi tömött mirigy, jobboldalt kölesnyi-babnyiak. A lép nem nagyobb. A hőmérsék 37.3° C.

Vörös vérséjt 4,825.000, fehér vérséjt 30,000, Hb. (Sahl) 78, neutrophil leukocyta 79.0%, lymphocyta 18.4%, eosinophil 1.2%, átmeneti 1.7%.

Négyezer besugároztatjuk 10 percen át, a mirigyek tetemesen megkisebbedtek.

1911 április 10. Néhány hétig jól volt. Most a jobb oldalon is vannak mirigyek. Vörös vérséjt 4,420.000, fehér vérséjt 11.000, Hb. (Sahl) 70.

Tíz Röntgen-besugárzást kap, otthon arsen vesz.

Június 26. A röntgenezés után a mirigyek kisebbedtek, majd újból nőni kezdtek. A bal kulcsfeletti táj eldomborodó a sok mirigyűl. Subfebrilis. Vörös vérséjt 4,280.000, fehér vérséjt 9600, Hb. (Sahl) 68. 10 Röntgen-besugárzás.

1912 április 2. Igen sok és kínzó viszketése volt egész testében, mely ellen a legkülönbözőbb kenőcsöt és arsen vett. Állandóan subfebrilis, igen bágyadt, lesóványodott. Bal kulcs felett a mirigyek alig tapinthatók, jobboldalt is kicsinyek. A mediastinum szabad, a lép rendes. Vörös vérséjt 4,250.000, fehér vérséjt 7650, Hb. (Sahl) 75, qualitativ vérkép ép.

10 Röntgen-besugárzás.

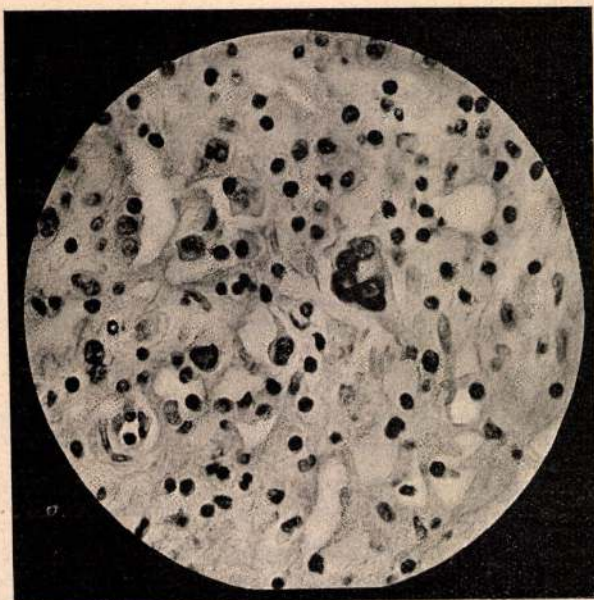
1913 május 5. Néhány hó előtt megoperáltatta a nyakmirigyeit. Már néhány héttel később a mirigyek sokkal nagyobbra nőttek meg, mint voltak a műtét előtt. Mindkét oldalt mogoró-diónyi mirigyek, jókora ökölnyi tömött mirigy-csomó a bal kulcs alatt, mely körül a bőr nagy kiterjedésben vizenyős. A lép nem tapintható. Felette sovány és gyenge. Benzolt ajánlunk, melyet levélbeli értesítés szerint 18 napig tudtunk csak venni (6-szor naponta 1/2 gr.-ot).

913 október. Levél szerint nem jól van. A nyáron jobban volt, mint a benzol használata előtt, de 4—5 hete igen rosszul van megint. A mirigyek változatlanul nagyok, fulladozik.

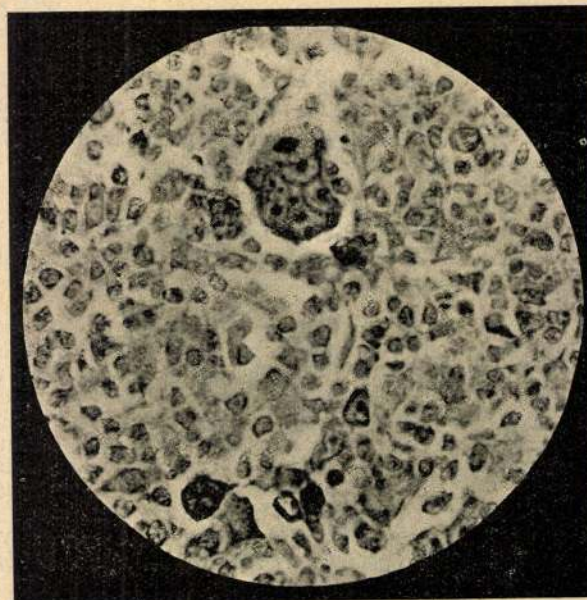
1914 januárjában levélrtesülés szerint az állapot igen rossz, többször apró vérköpés is mutatkozott.

Epikrizis: A nagyon érzékeny betegen próbakimetszést nem végeztünk.

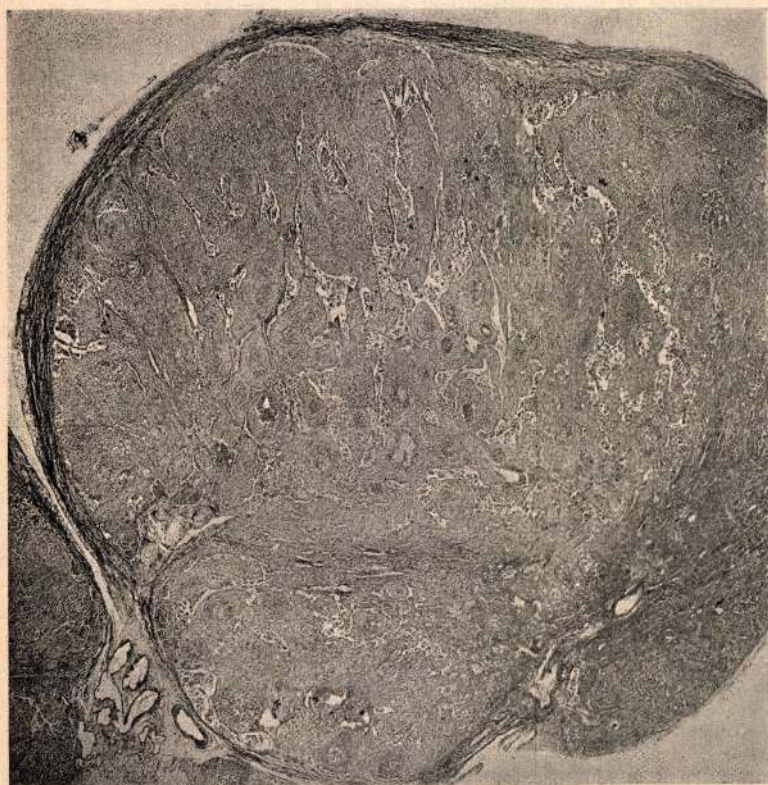
A klinikai lefolyás alapján biztonsággal állapítható meg a lymphogranulomatosis körjelzése. A mirigyek lassan, fájdalomtalanul növekedtek. Igen korán mutatkozik a bal karban zsibbadás; a bal oldalon fejlődik ki később a kulcsalatti árokban igen nagy nyirokpangással járó bőralatti mirigy-daganat. Kezdetben nagyfokú a neutrophil leukocytosis (30.000 fehér vérséjt 79% neutrophil leukocytával). Igen kínzó viszketés mutatkozott az egész testen. A mirigyek befolyásol-



1. ábra.



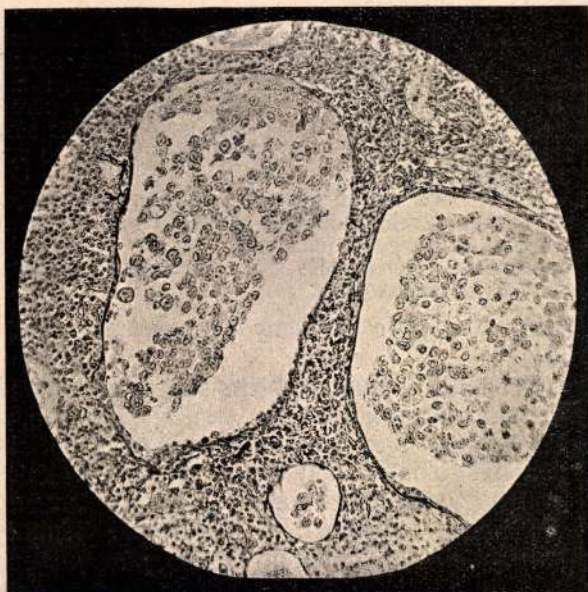
2. ábra.



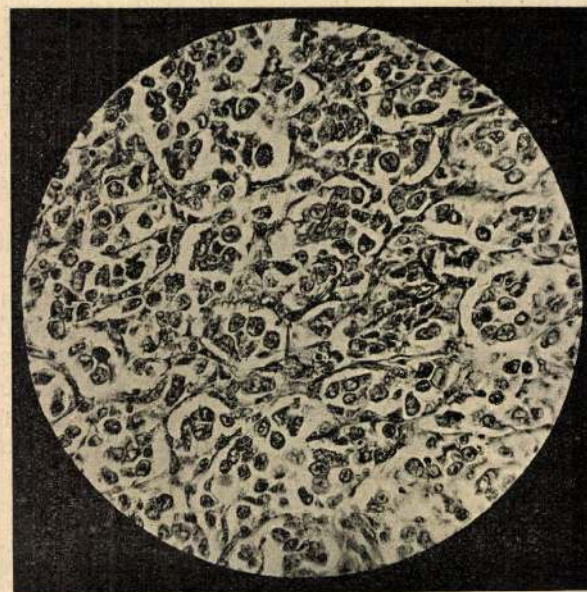
3. ábra.



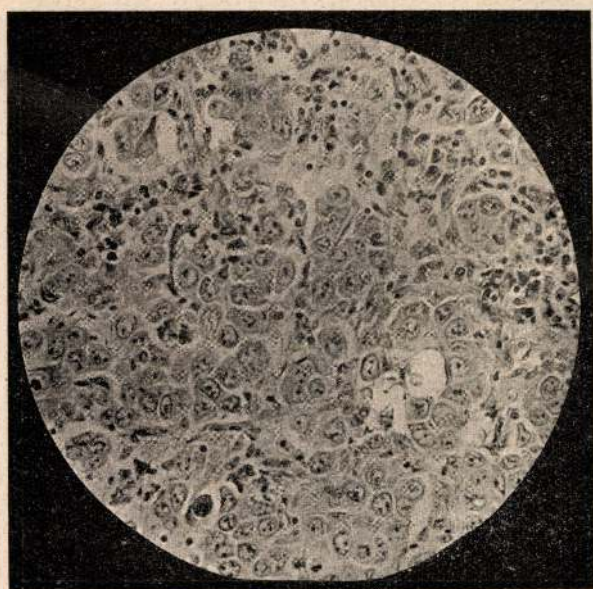
4. ábra.



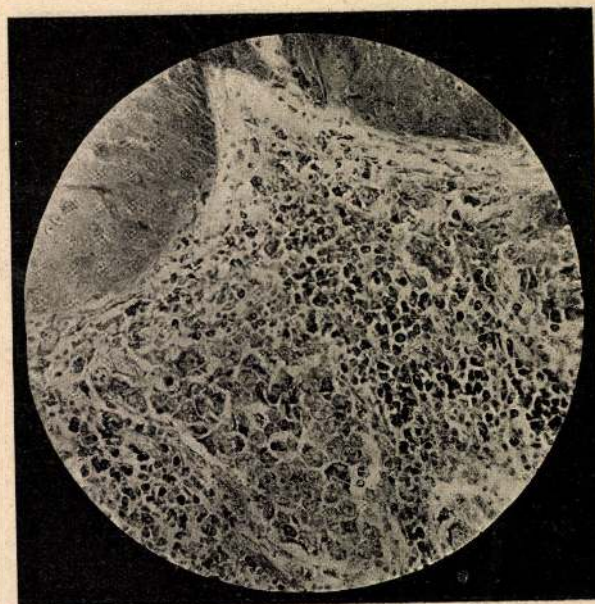
5. ábra.



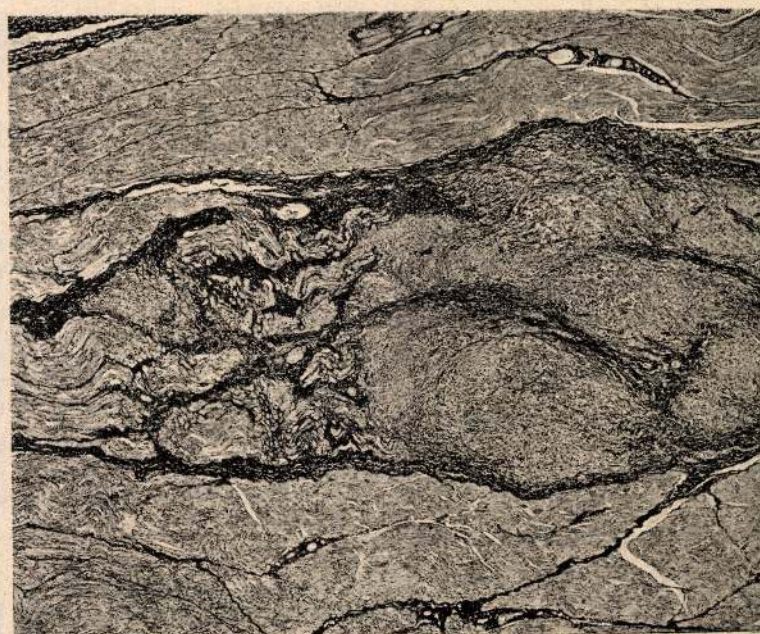
6. ábra.



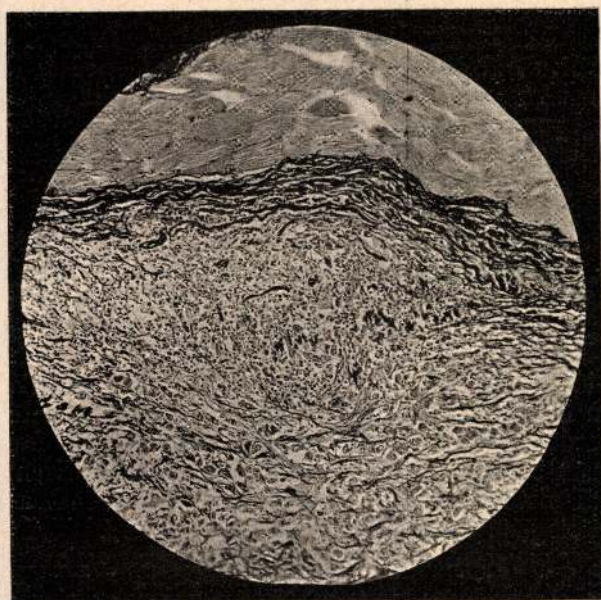
7. ábra.



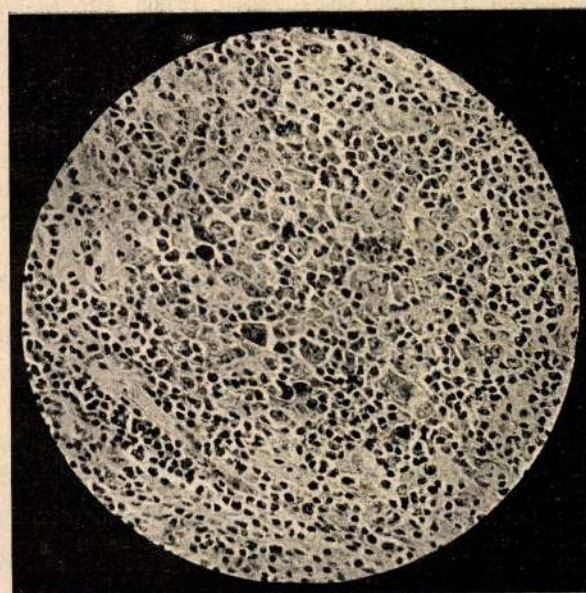
8. ábra.



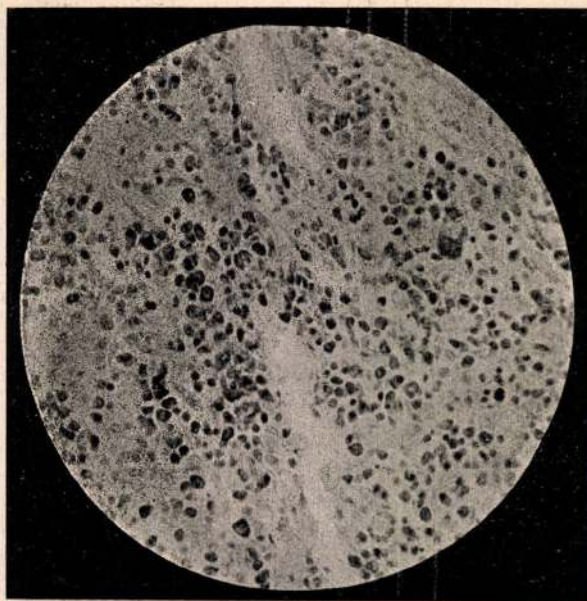
9. ábra.



10. ábra.



11. ábra.



12. ábra.



13. ábra.

hatósága igen nagy volt, úgy a Röntgen-besugárzás, mint az arsen, valamint a benzol által is, részben ezen körülménynek, részben annak, hogy a gyógyítást igen korai stadiumban kezdtük meg, köszönhető talán, hogy a betegség lefolyása szokatlanul hosszú, több mint három év.

XVIII. eset. K. F.-né, 28 éves. Felvétel 1911 márczius 12.-én.

1909 novemberében nyaka jobb felén mirigydaganat nőtt, melyet 1910 májusában megoperáltak, utána arsicodylbefecskendéseket kapott, hosszabb időn át vett jodot. 1910 őszén kiújult a mirigydaganat, majd hasonló daganat kezdett a hónaljban és a nyak bal oldalán is nőni. Több hónapja egész testén kínzó viszketése van. 12 kilót fogyott.

Status: A nyak jobb felén ökölnyi tömött mirigydaganat, mely a kulcscsontot letolja, a tracheát balra dislokálja. A daganatban szurkáló fájást érez. A lép épen tapintható.

Hysteriás tünetek.

Vörös vérsajt 4.426.000, fehér vérsajt 15.500. Hb. (Sahl) 78. A Wassermann-kémlés negatív.

Röntgenezzük, Pearson-befecskendést adunk ezzel egyidejűleg.

Márczius 27. A daganat kisebb.

Április 6. 20 röntgenezés, 25 arsenbefecskendezés után (27 milligramm) jobban van, jól eszik, de a hőmérsék még mindig 37° – 38° C.

Április 20. A nyak bal oldalán és a hónaljban a tovább folytatott röntgenezés daczára nőnek a mirigyek.

Június 1. 56 röntgenezés. A közérzet jó, de a mirigyek változatlanok. 3 kilót hizott. Csizre megy.

Szeptember 9. Visszajött a kínzó viszketés miatt. Soványodott. A daganatok változatlan nagyok. Állandóan lázas. Fowlert adunk.

Szeptember 23. A hőmérsék 38° C-on felül van. Kínzó hasmenés, tenesmus; soványodik. Fehér vérsajt 17.600.

November 5. 28 röntgenezés után változatlan állapotban Lovranába megy.

Vörös vérsajt 4.070.000, fehér vérsajt 14.000, Hb. (Sahl) 54, neutrophil leukocytá 90%, lymphocytá 9·1%, eosinophil 0·3%, basophil 0·6%.

December 23 Lovranából állandó nagy lázzal, 7 kg. fogyással jött vissza. Igen gyenge. Arsicodylbefecskendezés.

1912 január 9.-én hazamegy. A tavasz folyamán halt meg.

Epikrizis. A súlyos hysteriában szenvedő betegen próbakimetszésre gondolni sem lehetett. A körjelzés a klinikai lefolyás alapján is egész biztonsággal lymphogranulomatosisra tehető. Bizonyítja ezt a mirigydaganatok fájás nélkül való fejlődése, műtét utáni kiújulása, a korán mutatkozó kínzó viszketés, a — bár kismértékű — neutrophil leukocytosis, a láz, a későbbi stadiumban mutatkozó hasmenés, az előrehaladott cachexia. A therapia hatásossága aránylag csekély volt.

Az ábrák magyarázata.

1. ábra. Typusos fiatal granulomás szövet, megakaryocytához hasonló óriássejt. II. eset. (Zeiss apochrom. 3 mm., Projekt. ocul. 2, 1 m. kamarakihúzás)

2. ábra. Óriássejt szederalakú maggal. Az egyes magrészekben magvacská. XV. eset. (Nagyítás mint előbb.)

3. ábra. III. eset. Nyirokcsomó. Láthatók a tágult kitöltött nyirokerek. (Egészen kicsiny nagyítás. Mikroplanar.)

4. ábra. III. eset. Nagy nyirokcsomó. A kép jobb felében tág, kitöltött nyirokerek átmetszetei, bal felében diffus nagysejtes beszűrődés, bal felső sarkában elhalás. (Kis nagyítás.)

5. ábra. III. eset. A 4. ábra jobb feléből nagyobb nagyítás. (Zeiss apochrom. 8 mm., Projekt. ocul. 2, a kamara körülbelül 1 m.-re kihúzva.)

6. ábra. III. eset. A 4. ábra bal feléből nagyobb nagyítás. (Nagyítás mint az 5. ábra.)

7. ábra. III. eset. Diffus endothelsejtes beszűrődés nyirokcsomóban. (Nagyítás, mint az 5. ábrán, kamara körülbelül 1·2 mm.-re kihúzva.)

8. ábra. III. eset. A tonsillának endothel- és plasmasejtes (sötét sejtek) beszűrődése. (Zeiss apochrom 8 mm., Projekt. ocul. 2, kamara kb. 1 m.-re kihúzva.)

9. ábra. III. eset. Áttétel az izomzatban. Kis nagyítás.

10. ábra. III. eset. Ugyanaz nagy nagyítással. (Zeiss apochrom. 8 mm., Projekt. ocul. 2, kamara kb. 90 cm.-re kihúzva.)

11. ábra. XV. eset. Nyirokcsomó. Endotheloid szigetek a granulomás szövetben. (Zeiss apochr. 8 mm., Projekt. ocul. 2, kamara 1 m.-re kihúzva.)

12. ábra. VIII. eset. Plasmasejtdús granuloma; nyirokcsomó. (Nagyítás ugyanaz.)

13. ábra. VIII. eset. Ér körüli plasmasejtes beszűrődés; lép. (Nagyítás ugyanaz.)

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., ny. r. egyet. tanár.)

A Bang-féle kvalitatív vércukor-meghatározás módosítása hypoglykaemiák felismerésére.

Irta: Róth Miklós dr.

A vércukorkérdés alapos ismerőjének, Iwan Bang-nak a tollából a Münchener med. Wochenschrift 1913. évi 41. számában közlemény jelent meg, a mely a vércukormeghatározás egyszerű módját ismertetette.

A módszer abban áll, hogy a vizsgálandó egyén ujjából egy 16×28 mm. átmérőjű, jól beívódó itatós papírra 3 csepp vért cseppentve és megszáritva, azt kémlőcsőben sósavas kaliumchloridnak forrásban levő oldatával (5 cm^3) leöntjük. A forró sóoldat megalvasztja a beívódott vér fehérjét, s a vér czukortartalma átdiffundál belé. Félórás állás után leöntjük a folyadékot és Fehling-reactiót végzünk. Ha a vércukor $0\cdot15\%$ -nál több, pozitív eredményt kapunk.

Más irányú vizsgálatok alkalmával azt találtuk, hogy ha nem 3, de 4 csepp vért veszünk, $0\cdot12\%$ -on felüli vércukorconcentrációt is meg tudunk ilyen módon határozni, a mi körülbelül a normalis határnak felel meg. Ezen felette egyszerű methodus tehát nagyon jól felhasználható a különféle aetiologiájú hyperglykaemiák felismerésére.

Egy egyszerű módosítással a módszer gyakorlati értékét még növelhetjük. Ezen módosítás abban áll, hogy híg

dextrose-oldatot készítettünk, s meghatározzuk azt a cseppmennyiséget, a melyet a normalis vér 3 cseppjéhez kell adni, hogy a Bang-reactió pozitívvá váljon. A 0.015⁰/₁₀₀ dextrose-oldatból 9—10 csepp kell ahhoz, hogy 5 cm³-re felhígítva a Fehling-reactiót már adja.

Ha ezen dextrose-oldatból 4—5 cseppet adunk a Bang-féle reakcióhoz szükséges 3 csepp vérhez, normoglykaemia esetén a kétfőben foglalt cukormennyiség összege elegendő a redukáló reakciójához. Ha hypoglykaemia van jelen, több cseppet kell venni, még pedig 10 cseppen belül annnyival többet, minél nagyobb fokú a hypoglykaemia. Ezen módosítást a különböző hypoglykaemiával járó kórfarmák (morbus Addisoni, hypothyreoidismus, hypopituitarismus, status thymico-lymphaticus stb.) vizsgálatok mint egyszerű gyakorlati eljárást felhasználhatjuk.

A quantitativ kontroll-vizsgálatok a módszer approximativ használhatóságát megerősítették.

Közlemény az országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. számú otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyet. magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.)

A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: John M. Károly dr.

III. Csecsemőknek csecsemőotthonokban való gondozásáról. A túró tejről, mint egészséges csecsemők táplálékáról.

(Folytatás.)

A mi csecsemőosztályunk. Szegényes viszonyok jellemzik azt; villarayonban bérelt földszintes ház 3 világos, tágas (parquettes) szobával és kis kerttel. A 2 nagy szobában 15—15 csecsemőágy, egy-egy üveglapos pakkolóasztal, hőmérők, légyfogók, egyéb semmi. A falak 2 méternyi magasságig olajfestéssel vannak bevonva. Egy kis szobában a csecsemők ruhátára, kis fürdőszoba mérleggel. Az alagsorban ragyogó tisztaságú tejkonyha nagy Soxhlet-féle sterilizáló készülékkel, számozott üvegekkel és alumíniumedényekkel. Még egy jégszekrény és elsoroltam mindent, a mit a csecsemők rendelkezésére bocsáthatunk. Az alagsorban terhes leányok laknak, kik a csecsemőkre mosnak, egyesek az etetésnél segédkeznek. A kertben két hosszú faasztalra rácsok vannak erősítve. E rácsok csecsemőágynyi nagyságú boxokat alkotnak, melyekben, ha az idő engedi, matrácra fektetjük csecsemőinket. Nyári időben reggeltől-estig. Így nyáron terebélyes fa árnyékában, melynek lombján keresztül azért átszűrődik a napsugár, rendszerint kibontva rugkapálnak csecsemőink. Nyáron nincs is nálunk hospitalismus. A hűvös évszakról ezt sajnos nem mondhatjuk.

A csecsemőket meglátogatni hetenként csak egyszer szabad 1 óra tartammal. Télen a csecsemőt sohasem adjuk a látogató kezébe, csak az ajtón át nézegetheti. E rendszabályhoz a legszigorúbban ragaszkodunk. Eleinte hideg ruhájukban mint hűtőeszközök rohantak be a látogatók, náthásan csókolgatva gyermekeiket. E szeretetteljes ölelésnek azután az egész osztály látta kárát, egy náthás trüsszentésnek hatásait a súly és lázgörbék is rögtön megéreztek. Az említett látogatási rendszer szervezéséig a látogatási napok a kritikuskok közé tartoztak.

Hurutos személy a családi körben is veszélyes a csecsemőre, de eredményképpen mégis csak egy csecsemő betegszik meg tőle. De tessék elképzelni két egymásba nyíló szobában élő 30 csecsemő esélyeit, ha tömeglátogatás alkalmával nem egy, hanem sok hurutos egyén érkezik.

A gondozószemélyzet egészségi állapotára is mindenkor a legszigorúbban ügyeltünk. Náthára hajlamos nő egyáltalában nem alkalmas csecsemőgondozói hivatás betöltésére.

Ha valamelyik csecsemőnk lett náthás, az infectio tova-terjedésének meggátolása céljából embermagasságnyi üvegparavánnal vettük körül ágát. Ez az intézkedés sok esetben bevált.

Egy éve annak, hogy az elmondottak szerint primitív

berendezéssel vállalkoztunk azon közismert nehéz feladatra, hogy fiatal csecsemőket nagyobb számban gondozzunk. Az elért eredmények meggyőzhettek bennünket arról, hogy az ilyen csecsemők sorsát nem a hajlék luxussal berendezése, hanem a tisztaság, a hozzáértő gondozás,¹⁹ a táplálék minősége és adagolásának módja dönti el. A csecsemőket főleg túró tejrel tápláltuk, melyet gondozónők készítettek B. Á. T. tejből. A túró tej adagolása a csecsemők korához és súlyához mért sémák szerint történt. Módosításokat, melyekre aránylag ritkán került sor, csak az esetben eszközöltünk, ha egyes csecsemők specialis constitúciója, acut megbetegedések vagy a mesterséges táplálásra egyáltalában alkalmatlan esetek szükségessé tették.

Általában az volt az álláspontunk, hogy az csecsemőink 8—14 napos korukig női tejet vagy legalább női tejet is kapjanak. Azt minden tapasztalt orvos tudja, hogy az élet első két hetében minden egyes szoptatási nap nyereséget jelent a csecsemő életbenmaradása szempontjából. Így ha női tej állott rendelkezésünkre, annak minden cseppjét felhasználnánk sajnos sokszor hetekig voltunk a nélkül is. A megfigyelés szempontjából különben ez sem bántott, mert a magunkra-hagyatottság fokozott éberségre szorított és talán ennek vagy a véletlennek köszönhető, hogy életének első napjától kezdődően kizárólag túró tejrel táplált egyik csecsemőnk, kit 10 hónapos koráig gondoztunk, a legsikerültebbek közé tartozott.

Mégis inkább a véletlennek kell betudnom, hogy ezen már említett női tej nélküli periodusokból nagyobb baj nem származott. Mert a csecsemődietaetikában való minden haladásunk dacára be kell vallanunk, hogy el nem képzelhetők olyan csecsemőosztályok, melyek a női tejet mint gyógyszer nélkülözhetné. Nem allaitement mixte-et értek ezalatt, melylyel elvégre nem művészet csecsemőket felnevelni, hanem a női tejnek szükség esetében hetekig, napokig, egy napig — a mesterséges táplálékkal egyidejűen — gyógyszer gyanánt való adagolását. E viszonyok őszinte feltárása még a kételkedőt sem jogosíthatja fel arra, hogy eredményeinket lebecsülje, a miről a továbbiakban meggyőződnie alkalmatlan lesz.

A táplálás módjáról kell mindenekelőtt szólanom. 8—14 napos korukban felvett csecsemőink kezdetben $\frac{1}{3}$ túró tejet kaptak 3⁰/₁₀ Soxhlet-cukorral. A cukor mennyiségét néhány nap múlva 4—5⁰/₁₀-ra emeltük fel. A második hó elejétől $\frac{1}{2}$ túró tejet rendeltünk 5—6⁰/₁₀ tápcukorral. 5—6 hónapos korukban már $\frac{2}{3}$ túró tejet fogyasztottak csecsemőink 5—7⁰/₁₀ tápcukorral, de már túró tejbe főtt ételeket is. Ha a súlygyarapodás már nem elégitett ki, általában azt az eljárást követtük, hogy előbb a tápcukor mennyiségét emeltük és csak azután a tejkeverék tejcomponensét is. 24 óra alatt rendszerint 5—6-szor ettek a csecsemők. Gyenge, kis étvágyú, könnyen hányó gyermekekkel jobban boldogultunk, ha 3 óránként ettünk, de kevesebb túró tejjel. A táplálék mennyiségének meghatározását kezdetben próbaképpen, később pedig azért, mert helyesebbnek bizonyult, a csecsemőkre bíztuk. Az $\frac{1}{3}$ túró tejből 1 kgr. testsúlyra és 1 napra számítva rendszerint csak 150—200 gr.-nyi adag bizonyult elegendőnek, a mi a testsúly 15—20⁰/₁₀-ának felel meg. Ezen fokozott folyadékfelvétel fokozott diuresissal járt. A jelzett és a csecsemők által megkívánt tápmennyiség csökkentésével súlygyarapodást elérni nem lehetett. Előbb azt hittük, hogy luxustáplálásról van szó és felvettük, hogy a táplálék egy része kihasználatlanul távozik a bélből és csupán a masszív szappanszerűeknek szolgál anyagul. Az $\frac{1}{3}$ túró tej tápértékének kiszámítása után be kellett látnunk, hogy a 150—200 gr pro kilo et pro die a csecsemő energiaszükségletének fedezésére kell. A strassburgi gyermekklinika A. Frank²⁰ által végzett anyagcserevizsgálatok azt bizonyították, hogy a csecsemő

¹⁹ Csecsemőgondozásra csak intelligens nőket lehet használni. Gondozónőinket magunk képeztük ki és bizvást állíthatom, e nők vállán nyugszik csecsemőosztályunk sorsa.

²⁰ A. Frank: Vergleich. Untersuchungen über die Ausnutzung von Vollmilch und kaseinfettangereicherter Kuhmilch. Monatschr. f. Kinderh. 1913, XII. köt. 204.

szervezete a túrós tej szerves alkotórészeit jól értékesíti és luxus-consumptióról nem lehet szó.

* * *

Legyen szabad most már csecsemőinket közről is bemutatnom. Összesen 60 csecsemőről van szó, kik átlag 157 napig állottak gondozásunk alatt. Az elért eredményeket (1913 december 1.-éig) a következőkben adhatom: *jó eredményt* kaptunk 30 esetben = 18 gr. napi átlaggyarapodással; *közepes eredményt* 15 esetben = 9 gr. napi átlaggyarapodással; *gyenge eredményt* 10 esetben = 2.3 gr. napi átlaggyarapodással; *végül meghalt* 5 csecsemő.

Az *összmortalitás* $8.3\% : 91.7\%$ életbenmaradáshoz képest.

Halál-ok gyanánt egy esetben influenzás meningitis szerepelt (Preisich Kornél dr. bonczoláslelete), egy csecsemő hereditárius pusztult el, 2 csecsemő atrophia következtében, tehát *alimentaris okok folytán* és végül az ötödik szép fejlődés közepette hirtelenül. A bonczolás (egyetemi törvényszéki orvostani intézet) némileg nagyobb thymus jelenlétét derítette ki. A halálozási arányszámmal tehát meg lehetünk elégedve, de már kevésbé azon rovatval, mely a „gyenge eredmények” számát tünteti fel. Az e sorozatban szereplő csecsemők átlag 13 napos korukban vétettek fel osztályunkon és átlag 80 napig tartózkodtak az intézetben. Többnyire hasmenéssel és leromlottan érkeztek hozzánk. A hasmenés rendszerint hamarosan megszűnt túrós tejjel, de kielégítő gyarapodás sem túrós tejjel, sem a bőven nyújtott női tejjel nem volt elérhető. Nyilván parenteralis infekciókban szenvedő csecsemőkről volt szó, kik bennlétük alatt is gyakran voltak lázasak és az azelőtt való károsodás következtétét sinylették továbbra is.

De nemcsak hurutos infekciók gátolhatják még a csecsemőket fejlődésükben. A fejlődés kimaradásáért a felelősséget sok esetben magára a csecsemőre kell hárítanunk. A csecsemők ezen kategóriája az abnormis constitúcióval bírók közül való. Az általunk elért „gyenge” eredmények javarészt is ilyen körülmények okozták. Többnyire olyan csecsemők voltak ezek, kik már az előző, a női tej periodusában sem boldogultak és a fejlődési zavar továbbra is fennállott még az esetben is, ha a túrós tejjel való sikertelen táplálási kísérlet után ismét emlőre tettük őket. És be kellett már ér-nünk azzal is, ha fejlettségük addigi niveauján megtart-hattuk.

A gyermekorvostan a jövőben sem tehet egyebet, mint hogy ezen veleszületett defectusokat *tudomásul vegye*. Különös, hogy a constitúciónak ezen elégtelenségét az újszülöttnél stigma vagy stigmák nem jelzik. De kitűnik a constitúció silány volta akkor, ha a szervezet rejtélyes műhelyében az üzem megindul. Nem kevésbé érdekes és gyakorlati szempontból tudni fontos, hogy az ilyen csecsemőknek különösen a táplálkozási funkciók végzése körül tapasztalható indisposí-tiója az első életév vége felé lassanként megszűnik. A sok hónapos stagnálást sok esetben rohamos gyarapodás váltja fel. Mintha a szervezet most pótolni akarná, a mit hónapokon át megtenni elmulasztott. Ez a javulás, bár a csecse-mőre nézve áldásos, mégsem tekinthető lappangási stadium-nál egyébnek. Lappangási időszaknak nem a szóbanforgó, hanem a következő generatio csecsemője szempontjából, mi-kor rendszerint és megint a csecsemőkorban ugyanazon calamitásokkal áll szemben a következő generatio orvosa.

Visszatérve a mi csecsemőinkre, azt az egyet bizvást állíthatom, hogy közönséges tehéntejjel még a jelzett gyenge eredményeket sem érhattük volna el. A gyarapodás elégtelen-ségének oka gyanánt hasmenés csak egy esetben szerepelt és így e gyermekek, kik női tejjel is dyspepsiások voltak, a rendes tehéntejjel táplálva bizonyára hasmenések következté-ben pusztultak volna el.

Többi csecsemőnk, kik *egészségesen vétettek fel*, túrós tej mellett igen szépen fejlődtek. Nem vezethető vissza ali-mentaris okokra az sem, hogy 15 esetben csak „közepes” eredményt tudtunk elérni. Hurutos infekciók csökkentették átmenetileg a gyermekek különben sokkal jobb átlagú gya-

rapodását. Ez infekciók rémei a csecsemőotthonoknak és sajnos, nem tehetünk ellenük sokat. Mindennek daczára csecsemőink fele, kik hurutos infekciókat szintén nem ke-rülhettek el, 18 grammos gyarapodási átlaggal minden követelésnek, melyet csecsemőotthonnal és mesterséges táp-lálással szemben támaszthatunk, megfeleltek.

Ha a közölt számok (melyek első látásra bizonyára nem tetszenek) messze mögötte is maradnak azon értékek-nek, melyeket az *egészséges* szoptatott csecsemővel odahaza érünk el, a dajkaságba kiadottakéval bizonyára kiállják a versenyt. Az irodalom áttekintése után pedig bátran állítha-tom, hogy az átlag 6 hónapig gondozott egész csecsemőállo-mányunkra vonatkozó 12.6 grammnyi napi gyarapodási át-lagnál jobb eredményt mesterséges táplálással eddig semmiféle csecsemőotthonban sem értek el.

Súlygyarapodások alapján ugyan lehet csoportosítani csecsemőket, de egybehangzóan a már említettekkel, ezen számokból következtetéseket vonni még nem szabad. Mert lehetséges, hogy ezen értékek jobbnak vagy rosszabb-nak tüntetik fel az eredményeket, mint a milyenek a való-ságban. Már említettem, hogy a pathológiás súlygyarapodás veszélyes állapot, mely rosszabb a semmi gyarapodásnál. És nem áll jogunkban lassan gyarapodó csecsemőket csupán ezért betegeknek tartanunk. Ha egyforma minőségű, kezdő súlyú és korú csecsemőkről volna szó: ugyanazon külső körülmények között és ugyanolyan táplálás mellett azonos eredményeket kellene elérnünk. Minthogy azonban, és ezt a mi anyagunk is bizonyítja, *ez sohasem következik be*, a különbségek okáért nem a táplálási methodusokat, hanem a csecsemőket kell felelőssé tennünk. Mindennapos tapasztalás, hogy exsudatív diathesisben szenvedő csecsemők még női tejjel való táplálás esetében is hónapokon át alig gyarapodnak. És a gyarapodás csak akkor indul meg, a mikor elérkezett az elválasztás ideje és szükségessége. Nagyszámú ilyen cse-csemőt figyelve, azt a benyomást nyerhetjük, hogy az első élethónapok alatt észlelhető gatra súlygyarapodások az adott esetekben a czélszerűség jellegével bírnak. Ha ugyanis a türelemmel való várakozás helyett az étrend megváltoztatá-sával az addig stagnáló testsúlyt hirtelen felszöktetni sikerül, sok esetben azt fogjuk látni, hogy ezzel egyidejűleg az ex-sudatív diathesisnek a bőrön, a nyálkahártyákon és egyes mirigyek szervekben most már manifest formában jelentkező tüneteit zúdítottuk a csecsemőre.

E fejezet elején már említettem, hogy valamely csecsemő-táplálék használatosságának elbírálásakor a testsúlyon kívül még más látószög alól is kell figyelnünk a csecsemőket. A mikor a már mondottakra utalok, csecsemőink csontrend-szerének méltatásával kezdeném. Minthogy gondozott gyer-mekeinket 9 hónapos korukban rendszerint kiadtuk az otthon-ból, a csontrendszer és a statikai viszonyok fejlődését csak ezen korhatárig figyelhettük és ezt sem minden esetben. 9 hó minden esetre elég idő ahhoz, hogy az ezen korban már elvárható statikai funkciók jelenlétéről vagy hiányáról, vala-mint fejrachitis előfordulásáról és annak gyakoriságáról nyilat-kozhassunk. A mióta osztályunkon a prophylaxisis rachitis-therapiát minden csecsemőre nézve kötelezővé tettük — er-ről külön fejezetben számolok be —, *craniotabesnek még nyomát sem láttuk*.

A legtöbb csecsemő intertrigóval érkezett; ez napok alatt meggyógyult. Fel kellett tűnni, hogy a bőrön exsudatív jelenség: eczema alig fordult elő. Egyetlenegy crusta ac-teára emlékszem csupán. Igaz, hogy a bél részéről sem mutatkoztak exsudatív jelenségek hasmenés formájában, de ezt a túrós tej helybeli hatásának kell betudni. Minthogy nem lehet feltenni, hogy 60 gyermek közül exsudatív nem akadt volna, az eczemák kimaradásának okát megfejtetni nem tudom.

Furunculosis enyhe formában néhány csecsemőn ész-lelhetünk, de olyan esetre nem emlékszem, melyben a bőr infekciója a fejlődést tartósan gátolta vagy általános infekcióra vezetett volna. Ha a lelkiismeretes gondozás a köztakarót infec-tiók ellen bizonyos fokig meg is védi, az a jelenség, hogy

nagyobb számú csecsemő bőre hónapokon át oly jól tartsa magát, a „jó conditio“ elismerése nélkül el nem könyvelhető. Annál is inkább, ha meggondoljuk, hogy a bőr „tisztasága“, bár hathatós támasza a bőr activ védőképességének, egymagában bőrfertőzések elhárítására sok esetben nem bizonyul elegendőnek.

(Folytatása következik.)

Újabb adatok a hastyphus járványtanához.

Irta: *Günther József* dr., Szabadka sz. kir. város tiszti főorvosa.

(Folytatás.)

A majdnem minden esetben megejtett víz- és talajvizsgálat azt derítette ki, hogy az egyes házak udvarain lévő gyanús és megvizsgált kutak vize, valamint a kutak közelében elterülő talaj az esetek 90%-ában szerves anyagokkal volt fertőzött. Megkíséréltem ugyan e vizekből és talajokból kitenyészteni az *Eberth*-féle bacillust, de ez egy esetben sem sikerült. A mi pedig magukat a gyanuba vett kutakat illeti, azokról magam győződtem meg, hogy csak állatok itatására használják fel és a házi szükséglet céljaira nem vették igénybe.

Az esetek egy jó részének megjelenésében és a kórkép lefolyásában olyan tünetek léptek előtérbe, a melyekből jogosan lehetett arra következtetni, hogy nem is annyira hastyphusról, mint inkább *putrid infectió*ról volt szó, a hol az esetek kisebbik részében a betegség a hastyphus kórképét mimelte.

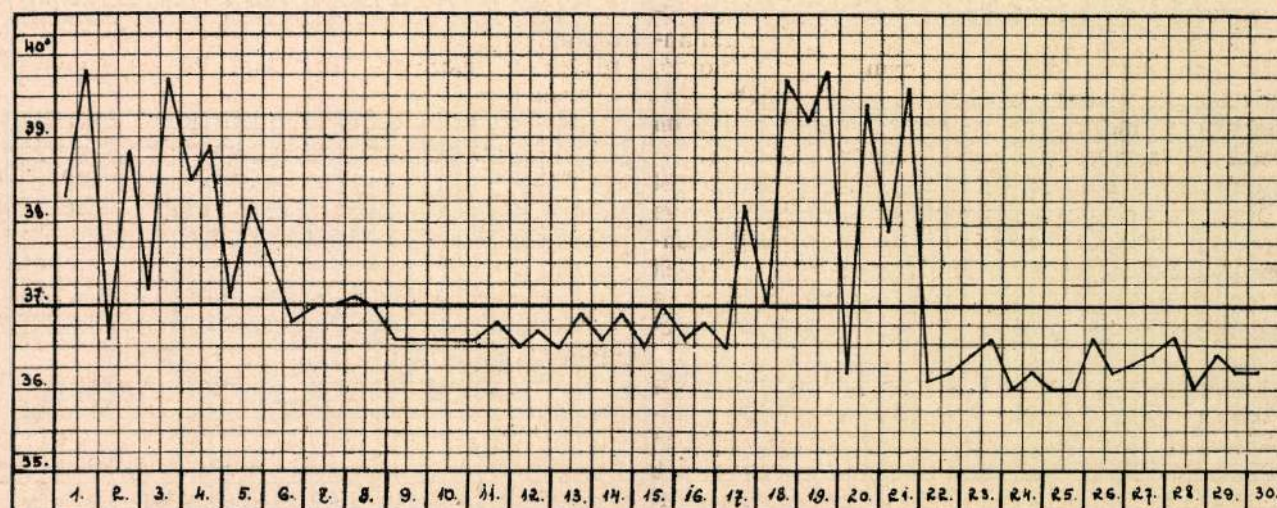
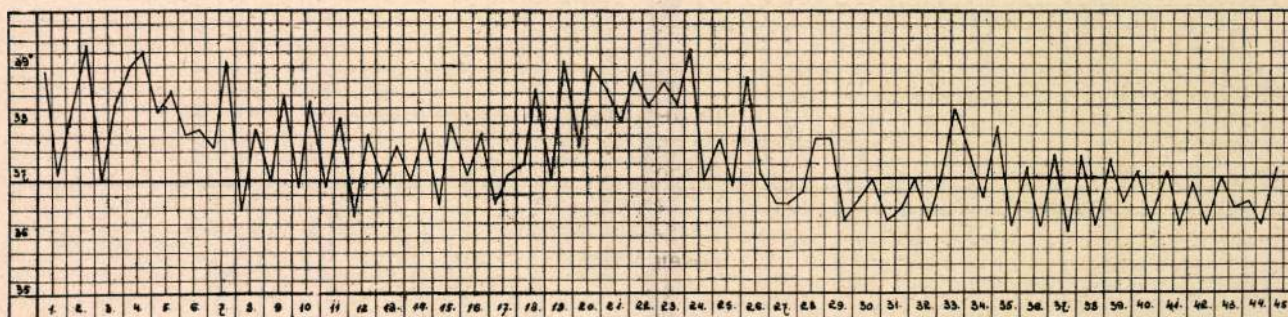
Igazolta ezt a közkórház megfigyelése is, a hol a legenyhébb eset mellett, minden átmenet nélkül a legsúlyosabb lefolyást észlelték olyan individuumokon, a kik ugyanegy időben és, legalább területileg, azonos helyről acquirálták a fertőzést. De ugyanezt igazolják az atypusos láztáblák is, a melyek közül a legjellegzetesebbeket bemutatom.³⁹

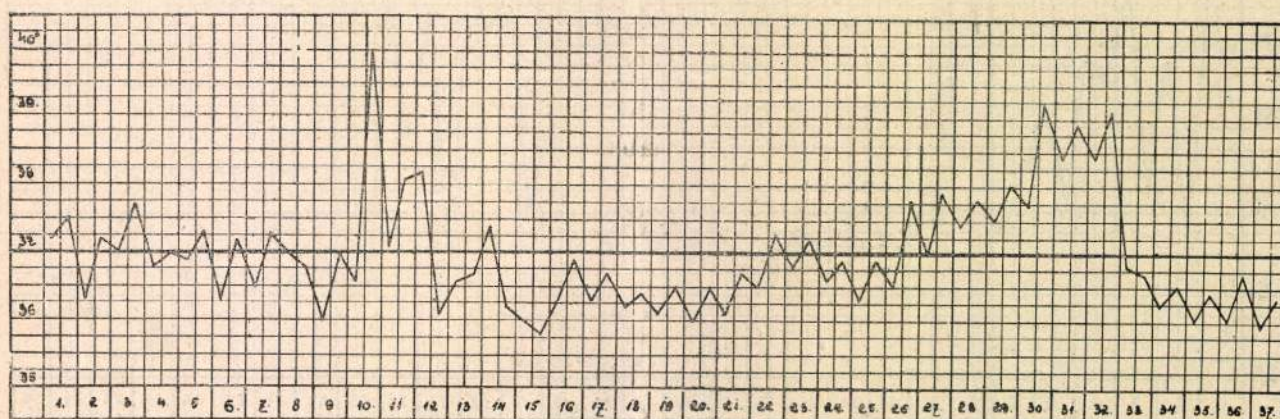
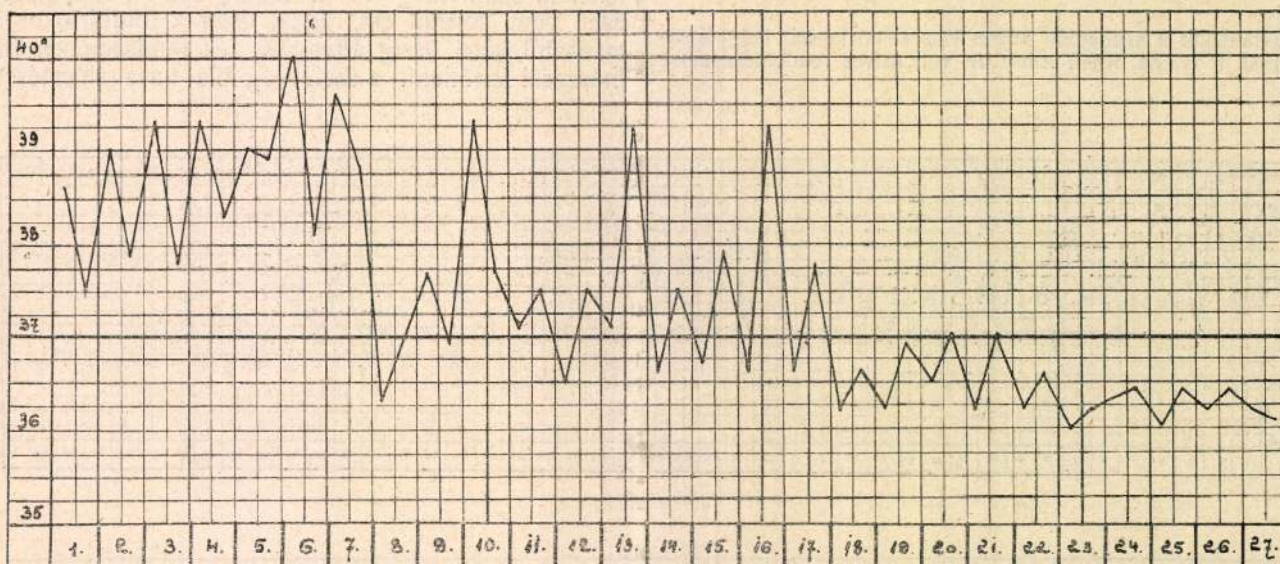
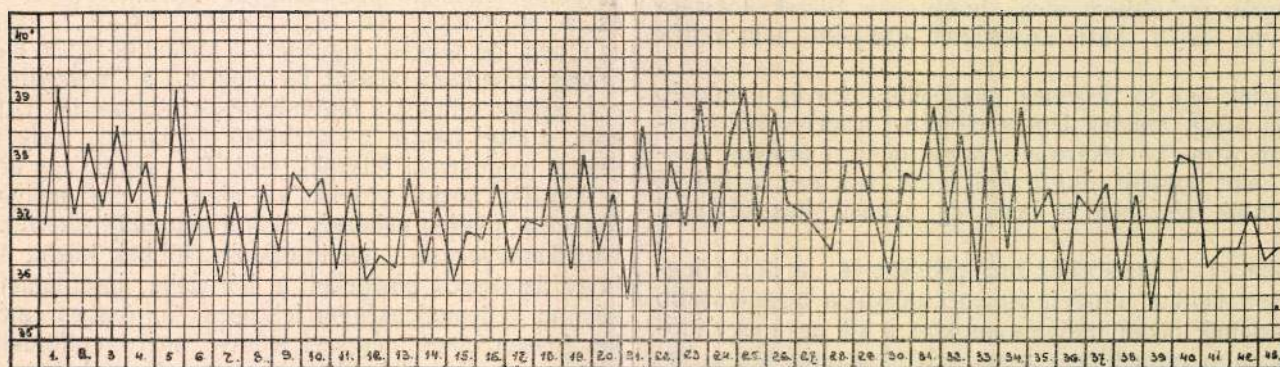
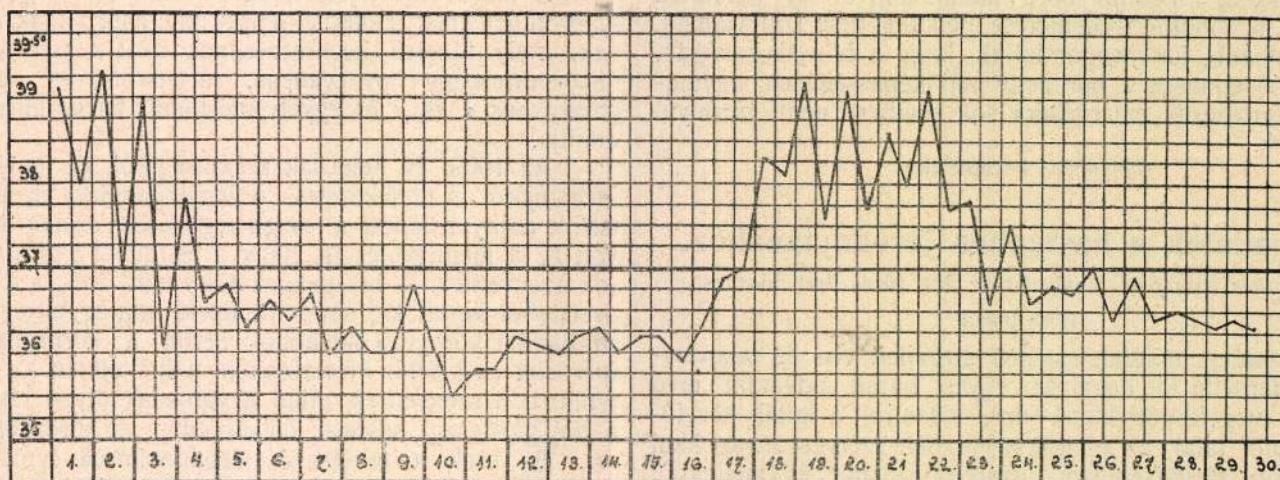
³⁹ A láztáblákat a szabadkai *Mária Valéria*-közkórház belgyógyászati osztályának főorvosa, *Klein Adolf* dr. volt szíves rendelkezésemre bocsátani.

A putrid infectiónak megnyilvánulása, a gastro-duodenalis tüneteknek előtérbe lépése megfelel annak az elméletnek, mely tünetek jelentkezésének okát a szervezetbe jutott flavo-putrescens, pyocyaneus, saccharomyces, sarcinafajok, paratyphus α és β és egyéb intestinalis bacteriumoknak tulajdonítja.

Az 1909. év nemcsak szárazságáról, de töméntelen légy invasiójáról is emlékeztet. A légymennyiség szaporodásával tartott arányos lépést a megbetegedések száma is. Érdekes volt az a megfigyelés is, hogy a legtöbbet a gazdasági udvarok szenvedtek. A betegeknek több mint 70%-a a földművesosztályból került ki; sőt földművelő volt egytől-egyig, a ki a Szabadkát környező falvakból került a kórházba. Azok az iparosok és kisebb hivatalnokok, a kik ebben az évben hastyphusban szenvedtek, mind a városnak olyan részén laktak, a hol gazdasági udvarok helyezkedtek el köröskörül.

Es ezek a tünetek és megállapítások évről-évre olyan törvényszerű consequentiával ismétlődnek, hogy az évek hosszú sorából egy végtében összeállított hullámvonalnak szinte szigorú matematikai pontossággal van kijelölve az emelkedése és a süllyedése. Az 1910., 1911. és 1912. évek alacsony szintben, de teljesen ugyanezt a formációt adják, még a beteganyag társadalmi állását illetőleg is, a mennyiben a nagy contingens mindig a földművelő-osztályra esik. 1912 májusában szinte bántó a közbülső emelkedés, mely megelőzi a rendes augusztusi felszökkenést. Ez esetben egy uradalomnak a tanyáján fordult elő két hét alatt 25 eset, melynél a lánczfertőzést minden nehézség nélkül kimutatni sikerült. A járvány megakadályozására tett intézkedés többek között abból állott, hogy az összes betegeket a kórházba internáltam. Nehogy később kellemetlenségem lehessen, az összes emésztőgödröket frissen oltott mésszel leöntve, mélyen elföldeltetem, úgy hogy azoknak tartalmához légy nem férközhett. A betegek beszállításával a bántalom, a milyen hirtelen jött, olyan hirtelen is szűnt meg és a meleg nyári hónapokban egyetlen eset sem fordult elő. Igaz, hogy a földbirtokos azóta kora tavasztól késő ősziig állandóan és rendszeresen frissen oltot mésszel fertőtleníti a cselédség által használt emésztőgödröket



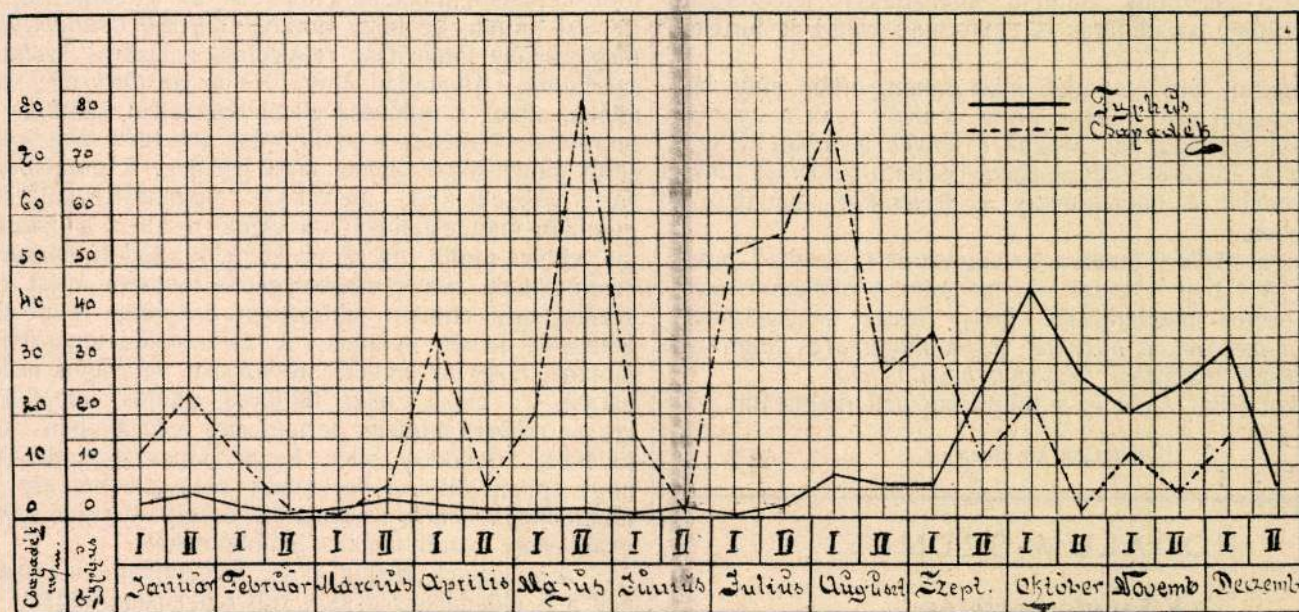


Ez a helyhez kötött járvány, az előző évekhez képest, megváltoztatta a két félévnek egymáshoz viszonyított arányát. Az év első felében 69, második felében 65 megbetegedés fordul elő, vagyis az arány látszólag egyforma. De csak látszólag, mert a míg az első félév 69 megbetegedése majdnem egyenlően oszlik meg a hat hónap alatt, addig a második félév 65 megbetegedése közül egyedül augusztus-októberre, tehát három hónapra 57 megbetegedés jut. Ezt az arányt mutatja a halálozás is: az év első felében arányosan elosztva: 10, augusztus-októberben 11. Ugyanezt az arányt tünteti fel még praegnansabban minden esztendő, a mit különben a diagramm is igazol.

Az 1913-ban megjelent hastypus-esetek ismét új oldalról mutatják be magukat. Az általuk alkotott diagramm kétségtelenül a legcharakteristikusabbak egyike azok közül, a mit valaha láttam. Egyik hű és legkiválóbb kifejezője az ú. n. *elkésett* augusztus-novemberi typusnak, a mi csak nagy-néha, igen ritkán fordul elő.

A bemutatott összes graphikonok július végi, augusztus elejei lassú emelkedést árulnak el, ez szeptember második felében egyszerre kerül arra a magaslatra, a hová a többiek csak három hónap alatt tudnak felkapaszkodni. Az állandóan vízszintes egyenesből, a megszokott lépcsőszerű emelkedés nélkül, bukkan elő, mintha odáig valami erőszakkal tartotta volna vissza. Előtte legkevésbé sem volt feltűnő az elmáradása, még kevésbé szerzett meglepetést beköszönése, a mint a megjelenést gátló körülmények eltűntek.

A rejtély egyszerűben megfejtődik, csak nézzük meg a diagrammot.



Az egyenes vonal a bejelentett esetek számát, a szakgatott vonal a csapadék mennyiségét milliméterekben ábrázolja félhavi beosztásban. Már az esetek bejelentése erősen eltért a normativumtól:

január	6	27.1 mm.
február	2	12.8 "
március	4	6.1 "
április	3	41.2 "
május	2	104.3 "
június	1	75.6 "
július	2	77.4 "
augusztus	14	107.9 "
szeptember	31	46.9 "
október	72	23.1 "
november	45	16.2 "
december	39	21.5 "

vagyis összesen 221 esetet jelentettek be; a szemközt álló számok a csapadék hónaponkénti eloszlását jelzik. Látható, nemzedék kifejlődését is. Ezt ma már az összes észlelők

hogy az első félév 18 betegével a második félévben 203 beteg áll szemben, a miből szeptember, október és november hónapokra magára 148 megbetegedés jut, a mi élénken illusztrálja e három hónap kétségbevonhatatlan túlsúlyát a régebbi évek négy (augusztus-november) hónapja mellett; sőt októberben egyedül mindössze négy esettel jelentenek be kevesebbet, mint szeptemberben és novemberben együttvéve.

Az esetek eme sajátos eloszlódásának, a mi különben az öt évi diagrammon is élénken feltűnik, határozott és félreismerhetetlen consequentiájának kell lenni. Az irodalom-ból összegyűjtött esetek többnyire mind csak egy-egy esztendőről, helyesebben egy-egy járványról referálnak, míg én ma már öt esztendőnek a tényeknek megfelelő folytatódagos történetét tudom adni. Mindazok a tünetek, a melyek az öt év alatt megnyilatkoztak, de az utolsó 1913. évnek sajátos és a rendestől jóval eltérő megnyilvánulása is pontról-pontra igazolja elméletemet. Az utolsó év pedig szinte próbaköve volt ez elméletnek.

Ha a hastypus augusztus-novemberi typusának megjelenése semmi egyébhez, mint ehhez a négy hónapozat lenne kötve, akkor nagy és észrevehető eltéréseknek ez idő alatt nem volna szabad előfordulni. De az én szerény véleményem szerint az esetek nagyobb számban előfordulása egyedül a legyeknek a mennyiségétől függ. Minél több a légy, annál több az esetek száma. A legyeknek a mennyiségét pedig még uralkodásuk két kulmináló hónapjában is nagy mértékben befolyásolja az időjárás milyensége. Esős, nedves, hűvös nyár nemcsak a meglévő legyeket pusztítja töméntelen mennyiségben, de a tartósan nedves, hűvös nyár késlelteti a

kétségbevonhatatlanul igazolták. Ha tehát egy bizonyos terület évi csapadékmennyiségét feltüntető diagrammon végignézzünk, ebből egyúttal annak a területnek hozzávetőleges légymennyiségét is megtudhatjuk azokban a hónapokban, a melyekben a legyek előfordulni szoktak. A csapadék mennyisége és a legyek száma között fordított viszony van. A két-tőt tehát csak fel kell cserélni, illetőleg megfordítva felrajzolni és körülbelül valószínű eredményt kapunk.

Az 1913. év májusától augusztus végéig állandóan esős időnk volt. Az időjárás szeptember első felének a végén változik meg, a mikor gyönyörű, meleg nyári napok köszöntenek reánk. Ezzel az eddig uralkodott feltűnően kevés számú és az időjárástól megbénított légy egyrészt visszanyeri teljes aktív képességét, másrészt a nyíveknek ez idáig retardált fejlődését a napsütöses napok csakhamar a rendes mederbe terelik. A nyáron uralkodó állandóan esős időjárás biztosított arról, hogy a míg ez tart, hastypus-eseteim még a rendes kereteket sem fogják elérni. A város egész területén érdeklődtem a legyek iránt és mindenünnen kivétel nélkül azt az információt kaptam, hogy az idén feltűnően kevés a légy, a

mi a nedves időjárásnak természetes következménye volt. Szeptember második felében megfordult a helyzet. Mindenütt a legyek hirtelen megszáporodott hihetetlen mennyiségéről panaszkodtak.

Augusztus első felében 9; augusztus második és szeptember első felében mindössze 7 hastypus-betegem van ápolás alatt, a mi sehogy sem egyezik az előző évek eredményeivel. Ez a szám szeptember második felében 26-ra, majd október első felének a végén 54-re ugrik fel.

Nézzünk csak végig a diagrammon.

A míg a csapadék görbéje fent van a magasban, a hastypus a völgyben marad; a mint az előbbi a völgybe száll, a másik azonnal felkapaszkodik. A csapadék legkisebb esését a hastypus emelkedése követi 8—14 nap mulva. Esős nyáron csak három-négy napig legyen kellemes meleg és a megfelelő idő elmúltával azonnal jönnek a bejelentőlapok, a melyek rögtön elmaradnak, ha állandóan esőre hajlik az idő. Különösen jól megfigyelni lehetett ezt az idén, a mit különben a görbe is igazol. Az augusztus végi hirtelen leeséssel, 14 nappal később, szinte parallel haladnak a hastypus-esetek *felfelé*. Maguknak az eseteknek enorm felszáporodása összefüggésben van a legyeknek mindenütt tapasztalt és mindenütt panaszlott nagyszámú megjelenésével.

Ezt a kései, mások előtt váratlan jelentkezését a hastypusnak lehetetlenség összefüggésbe hozni, akár a forró nyári hónapokkal, akár az ettől feltételezett alimentær bántalmakkal, mint egyedül döntő faktorokkal, hogy a vízről és a tejről ne is beszéljek. Emlékezzünk csak vissza, hogy októberben a sajtó az ország minden részéből azt a jelentést hozta, hogy a hastypus váratlan intenzitással jelentkezett. Tény az is, hogy az időjárás is egyformán változott hirtelen mindenütt.

A magasán járó csapadék mint valami óriási súly látszik reánehazedni erre a bántalomra, a mely csak a nyomás megszűntével szabadul fel. Maguk a tények azonban azt igazolják, hogy az időjárás nedvességének semmi befolyása nincs, hanem ez ennek a bántalomnak a *terjesztőit* akadályozza működésükben.

Az angol Mills,⁴⁰ kutatva az augusztus-novemberi typus okát, még 1911-ben is azzal véli megadni a bántalom keletkezésének helyes magyarázatát, hogy *őszszel a patkányok elhagyják a mezőket, a házakba veszik magukat és magukkal hozzák a mezei trágyából felszedett bacillusokat.*

Az okot tehát Mills is a trágyában véli megtalálni.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Joh. Orth: Drei Vorträge über Tuberkulose. Mit 2 Kurven im Text. Berlin, 1913. August Hirschwald. 62 old.

Az ismert nevű berlini tanárnak most megjelent első és harmadik előadása a *bovin* tuberculosist jelentőségével az emberi nemre foglalkozik, második előadása pedig a tuberculosist *reinfectio* jelentőségével a tüdővész keletkezésében.

A két elsőül említett előadás foglalata ez: „A bovin kórokozók eliminálása után ugyan veszítene az emberi tuberculosist az ő pusztító erejéből, de még mindig félelmes népbetegség maradna; és ha valamennyi human típusú gümöbacillust elpusztíthatnánk is, akkor is fennmaradna a gyermektuberculosis és a lupus, mert az emberek közül ki nem veszhet a gümös betegség mindaddig, míg az állatokról az emberre gyöngyökbacillusok származhatnak át...“ A szerző ezen doktrínája alapján ki is mondja ceterum censeo-ját: „Harcz az emberi és harcz a bovin gümöbacillus ellen!“

Ezt az álláspontot a phthisiologusok ma még meglehetősen általánosan vallják, noha a legújabb idők vizsgálódásai ism-

telten rámutattak arra, hogy „a typus bovinus bekebelezése gümös állatok tejével és húsával az emberi tuberculosist terjesztésében *alárendelt* szerepet játszik“ (v. ö. G. H. Kossel, Veröffentl. der Robert Koch-Stiftung, 1913, 8—9. köt. 23. old.), és mindamellett, hogy igazolva van, hogy a bovin bacillust kis gyermekeken is csak meglehetősen ritkán lehet a gümőkór okozójaként kimutatni és hogy egy legutóbb megjelent munkát (Rothe és Bierotte, ibidem, 97. lap) 28 lupus vulgaris-eset közül csak 14³⁰/₁₀₀-ban tudta a bovin infectiót megtalálni, 82¹⁰/₁₀₀-a ellenben e bőrfarkaseteknek tiszta human fertőzésen alapult (ref.).

A középső előadás a felnőttek phthiseogenesiséről a következő conclusiókhoz jut: „A tüdővész mint egyetlen fertőzés eredménye, vagy mint az első fertőzés részjelensége állhat előttünk. Keletkezik egy valószínűleg többnyire exogen *reinfectio* folyamánként egy elsődleges ifjúkori fertőzés alapján. Egy gümös megbetegedés kiállása bizonyos állatokban *disponál* a reinfectio megfogamzására; vannak tények, melyek az emberben is hasonló lehetőség mellett szólanak. Egy tuberculosist-megbetegedési roham kiállása tökéletlen szerzett *immunitást* szül állatokban és valószínűleg az emberben is, mely azonban sem a reinfectiók okozta progressiót (még ha a reinfectiók enyhék is), sem új acut súlyos „gümöeruptiók keletkezését meg nem gátolhatja“.

Ehhez a tételhez ismét szavunk van. Az állatkísérlet eddigelé kétségtelenül bebizonyította, hogy az elsődleges gümös infectio kiállása bizonyos fokú *immunitást* vált ki, hogy tehát a tuberculosist *sem kivétel* a szabály alól, mely szerint egy primaer fertőzés lezajlása után bizonyos időre több-kevesebb mentesség fejlődik. Ez a mentesség csak *relativ*, ezt tudjuk, de hogy mindig *teljesen hatalomtalan volna*, még csekély intenzitású reinfectiók hatásával szemben is, ez szerintünk tarthatatlan állítás. Ha ez az Orth-féle thesis megállana, akkor a tüdővész elleni küzdelem kilátásai a legszomorúbbak lennének s a tüdővész-pusztítás még sokkal réme- sebb dimenziókat öltene, mint jelenleg. A praxisban számos esetet észlelhetünk, melyeknek anamnesise határozott, apró gümőkór-manifestációkat tár elénk részben a távolmultban s melyekben utóbb, daczára a közben adódott *massiv* fertőzési alkalmaknak, *súlyos* megbetegedés mégsem állott be, ellenkezőleg egy minden tekintetben *benignus* reinfectióst megbetegedés képét nyújtják. A mi klinikai tapasztalásunk azt mutatja, hogy az emberre is sokszor valóságos *védőjótásként* hatnak az előző, nem túldurva gümös infectiók, melyek így az embert mintegy természetes védelemben részesítik a tüdővész kifejlődése ellen. Ezt az a tapasztalatunk is bizonyítja, hogy éppen phthisis floridában szenvedőknél oly gyakori a tuberculosist-*mentes* ascendentia és oly sokszor *nem* találunk nyaki vagy parathoracalis lymphomákat.

Érdekesnek tartjuk még megemlíteni, mennyire egyeznek a 3 előadáshoz csatolt tuberculosismortalitási táblák, a melyek Anglia és Wales tüdővész- és extrapulmonalis tuberculosist-halálzását 1891—1900 között *Delépine* szerint mutatják, a *Schmidt*-féle ismert svájci hasonló táblákkal 1882—92-ből. A két táblapár egyértelműleg tanúsítja a tüdőn kívüli lokalizált tuberculosist túlnyomó voltát a gyermekkorban, szemben a tüdőgümőkór túlsúlyával a felnőtt években.

Okolicsányi-Kuthy dr.

Új könyvek:

J. Wagner v. Jauregg und G. Bayer: Lehrbuch der Organotherapie. Leipzig, G. Thieme. 13 m. — H. Assmann: Erfahrungen über die Röntgenuntersuchung der Lungen. Jena, G. Fischer. 18 m. — C. Funk: Die Vitamine, ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie. Mit einem Anhang: Die Wachstumsstanz und das Krebsproblem. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 8/60 m. — F. Göppert: Die Nasen-, Rachen- und Ohrerkrankungen des Kindes in der täglichen Praxis. Berlin, J. Springer. 9 m. — R. C. Cabot: Differentialdiagnose. Deutsch von H. Ziesche, Berlin, J. Springer. 20 m. — J. W. Thomson Walker: Surgical diseases and injuries of the genito-urinary organs. London, Cassel and Co. 25 sh. — G. Herschell and A. Abrahams: Chronic colitis. London, Longmans, Greens and Co. 6 sh. — T. B. Scott: The road to a healthy old age. London, H. K. Lewis. 2 sh. 6 d. — A. Morrison: The sensory and motor disorders of the heart, their nature and treatment. London, Baillière, Tindall and Cox. 7/6 sh.

⁴⁰ Brit. med. Journ., 1911.

Lapszemle.

Belorvostan.

Cymarinnal tett tapasztalatairól számol be *M. R. Bonsmann*. A digitalisnak ezen új pótszere *Schubert* szerint a vérnyomást fokozza, a szív által az egy szívrevolutio alatt kihajtott vér mennyiségét növeli, a pulsus-számot csökkenti, a diuresist emeli. Ezen digitalisszerű hatáson kívül a digitalis kumuláló hatásával nem bír s a strophantustól eltérően a curativ s a toxikus adag egymástól igen távol van.

Allard utasítása szerint intravenásan alkalmazta a szerző 30 esetben a cymarint. Az első napon 0.0005 gr., a következő napon 0.001 gr. adagban. Az adagot eleinte másodnaponta, később naponta megismételte, rendszerint addig, míg az összadag 0.0065 gr.-ot tett. Minthogy e szer helybelileg igen hevesen izgató, ennél fogva az intravenás injectiónak kifogástalannak kell lennie; a subcutisba jutott cymarin órákig tartó igen heves kisugárzó fájdalmakat okoz. A szerző 16 chronikus myocarditis-esete közül 3-ban prompt hatás volt észlelhető, 3-ban részleges, 3-ban kérdéses volt az eredmény; 7 esetben semmiféle hatás sem volt kimutatható. 4 mitralis billentyűmegbetegedés esetében általában használt, míg az aorta-billentyű megbetegedésének 7 esete közül csak 2-ben mutatkozott jó hatás. Nephritis chronicának cardialis insufficienciával komplikált 2 esete közül egyben a tüdőoedemát igen kedvezően befolyásolta a cymarin.

A húgyhajtó hatás néha kezdetben nem mutatkozott, csak később, a szer kihagyása után. Mellékhatások, kisfokú hányásingert és émelygést leszámítva, egyáltalában nem jelentkeztek. Egynéhány esetben az intravenás cymarin által kifejtett jó hatás állandósítását e szer belső adagolásával (napjában 3-szor 0.0003 mgr. tbl.) igyekezett elérni *Bonsmann*. Az eredmény több esetben kielégítő volt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 1. sz.) *Galambos dr.*

Meningocerebellaris tünetcsoportot ír le *Foerster* *O. tuberculosis* egyének lázas megbetegedése idején. 2 év alatt 14 ily esetet észlelt, nagyobbára gyermekeken. A gyermekeken a tuberculosis jelenlétét a *Pirquet*-féle reakción kívül az altuberculinnal oltás positiv volta is bizonyította. A betegek jó részén az alapbetegség is gümőkóros eredetű volt. A meningocerebellaris tünetcsoport rendszerint lázas, komplikáló megbetegedések idején jelentkezett (bronchopneumonia, pneumonia, bronchitis, peritonitis tuberculosa, pleuritis tuberculosa, kanyaró). A meningealis kép legfeltűnőbb jelei a somnolentián, sőt egyes esetekben a soporon kívül tarkómelegség, opisthotonus, behúzódo has, positiv Kernig-tünet, az inreflexeknek hiánya, más esetekben ennek élénkebbé válása, positiv *Babinski* és *Oppenheim*-reflex, a bőr hyperaesthesiája, anisocoria, a pupillareactio hiánya volt. A meningealis tünetcsoport a lázas megbetegedés után napokkal, sőt hetekkel is kimutatható volt még. A lumbalis punctio alkalmazásával nyert folyadék tiszta és steril volt. A meningealis tünetcsoport lezajlása után több esetben cerebellaris ataxia fejlődött ki, mely akár hónapokon át is fennállott. A meningocerebellaris tünetek az összes esetekben nyomtalanul visszafejlődtek. Ezen tünetcsoport kifejlődésének okául vagy latens tuberculosis meningitisnek manifestté válása tekinthető, vagy az agyhártyák toxikus izgalma hydrocephalus internussal, esetleg encephalitis folyamatokkal kombinálva. (Neurolog. Zentralblatt, 1913, 32. sz.) *Galambos dr.*

Sebészet.

A tuberculosis nyaklymphomának Röntgen-sugárral való gyógyításáról ír *Fritsch*, *William*, *Pusey*, *Heineke* tapasztalataiból ismeretes, hogy a Röntgen-sugarak a tuberculosis mirigyek visszafejlődését előidézhetik. Különösen mióta *Kienböck* ezen gyógyeljárás technikáját kidolgozta, alkalmazták mindgyakrabban a sebészetben. Természetes is, hogy sokan néha a sebészi beavatkozás elé helyezik, különösen a kiknek eltorzító hegek és a műtét után részben visszamaradt, másrészt recidivált mirigyek okoztak kellemetlensé-

geket. Legalkalmasabbak a Röntgen-kezelésre az apró, a környéki szövetekben gyuladást még nem okozott, el nem genyedt mirigyek. Ezek a mirigyek a kezelés hatása következtében apró csomócskákka oszlanak, míg végül csak kötőszöveti maradványuk érezhető. Ha a lymphomák idősültek, a környező szövet infiltrált, a bőr piros, a mirigyek nem körülhatároltak, akkor a Röntgen-therapia nem sok eredménnyel kecsegtet. Ilyen esetekben is elérhetünk javulást, azonban csak hosszú, gyakran $1\frac{1}{2}$ évi kezelés után. A kezelés közben a mirigyek elég gyakran elgenyednek, ilyenkor az abscessusoknak kis területen való incisiója javult. Fistulák nem képződnek, mert a kezelés folytatásával a mirigyrészletek teljesen visszafejlődnek. Ha a beteg fistulákkal jelentkezik, akkor a prognózis nem olyan jó, mint tisztább esetekben, a bőr a nagyobb dosisokra érzékenyebbé válik, lobos lesz, a mi a gyógyítás tartamát jelentékenyen hosszabbítja.

Igen rossz a prognózis, ha egyéb szervekben már előhaladt tuberculosis van jelen. Ilyen esetekben a szerző a Röntgen-therapiának nem sok hasznát látta. A mi a technikát illeti, a szerző lehetőleg igen nagy területet tesz ki a sugárzásnak. Így, ha az inframaxillaris régiót kezeli, akkor az egész supraclavicularis és processus mastoideus-környéket átsugároztatja. Ezen területek környékét ólomlemezekkel védi, magát a besugározandó részt filterrel, aluminiummal, üveggel vagy bőrrel fedi be. Fistulosus bőrön a rendes dosisnak felét szabad csak használni. Ezen kezelésnek különös előnyei a betegnek a narcosistól való megóvása, torzító hegek nem keletkeznek s a beteg a kezelés mellett hivatásának is eleget tehet. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 47. sz.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Ideg- és elmebetegségek.

A kombinált elmebajokkal és a Landry-paralysis anatomia-pathológiájával foglalkozik *M. Bornstein*. Általában állíthatjuk, hogy két klinikailag körülírt elmebaj kombinációja a ritkaságok közé tartozik. Az úgynevezett functionális elmebajok (maniás-depressiók elmezavar, paranoia, schizophrénia, psychogenes kórformák) is csak nagyon ritkán (talán sohasem) kombinálódnak. A mi kombinációnak tetszik, az a pontosabb vizsgálatok alkalmával csak a különböző tünetcsoportok keverékének derül ki. A leggyakoribb valóban előforduló combinatio akkor jöhet létre, ha egy functionális elmebaj alatt vagy annak lezajlása után valamely exogen eredetű megbetegedés (lueses megbetegedés, paralysis, intoxicációs elmezavar) áll be. Gyakran, talán legtöbb esetben megállapítható, hogy a csatlakozó exogen eredetű elmebaj az eredeti elmebaj tüneteit csaknem teljesen elfedi. A Landry-paralysis anatomiaját illetőleg a szerző nézete *Schmaus*-szal szemben az, hogy a pontos és finomabb histologiai és histochemiai vizsgálatok mindinkább igazolni fogják, hogy a negatív anatómiai leletek nem állják meg helyüket és azért a szerző a kérdés tisztázását és utánvizsgálását tartja szükségesnek. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., XIII. köt., 1. old.) *Goldberger Márk dr.*

Elmebajosok rajzait és egyéb művészi alkotásait vizsgálta *P. Naেকে*. Az alacsonyabb műveltségű osztályok elmebajosai relative is jóval ritkábban rajzolnak és foglalkoznak művészi munkákkal, mint ugyanazon osztály ép elméjű tagjai, a plastika meg éppen alig fordul elő. Az ez irányban végzett megfigyelések még nem elegendők arra, hogy végleges következtetéseket vonhatnánk. Szükséges volna továbbá a kóros és ép időben végzett művészi alkotások összehasonlítása. Ugyanazon betegről is több rajzot kell elemeznünk és pedig a betegség különböző szakaiban, mert az egymást követő művészi megnyilvánulások formája és változásai a prognózis tekintetéből fontos adatot nyújthatnak. Csak a betegség teljes kifejlődésében találunk nagy valószínűséggel az egyes betegségekre jellegző művészi megnyilvánulásokat, melyek nagyjában ugyanazon jelleget hordják magukon, mint ugyanazon betegség szóbeli vagy írásos megnyilvánulásai. A betegség kezdetén vagy a reconvalescentia idejében nem

lelhetők fel e jellegzetes vonások. Minthogy a művészi megnyilvánulások többoldalúak, a motívumaik sokkal rejtettebbek, mint a szóbeli és írásbeli megnyilvánulásoké, azért értékelésük a diagnózis és prognózis szempontjából is nagyobb óvatosságra int. A rajzolásokban megnyilvánuló infantilis vonások a beteg alacsonyabbfokú műveltségére utalnak és az atavismushoz semmi közük sincs. Művészek és irodalmi emberek productumain is ugyanazon elváltozásokat lelhetjük fel, mint a dilettánsokéin, csak általában későbbben és a betegség ugyanazon fokán kevésbé kifejezetten jutnak érvényre. Mindkét esetben csak a személyes stylus megváltozásáról lehet szó, mely esetleg karrikaturához is vezethet. Értékes alkotásokat legfeljebb a betegség kezdetén vagy a gyógyuló elmebetegség végén, illetve nagyon enyhe esetekben találhatunk, különben a betegek a normalisokén aluli vagy legjobb esetben átlagmunkát produkálnak. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., XVII. k. 453. old.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A varicella elleni védőoltásról ír *Kling*. Egy az intézetben, a stockholmi gyermekkorházban lefolyt varicella-endemia alkalmával megpróbálta a hólyagokból vett anyaggal a védőoltást. A szokott módon a karra oltotta. Az inoculatio helyén a 8. napon egy vagy több, kis piros papula képződött. Másnap a papulák típusos hólyagokká alakultak, körülvéve vékony vörös udvarral. A következő napon a vörös udvar elhalványodott. A 3—4. napon a hólyagok kezdtek beszáradni. Kb. 2½ hét múltán a pörk leesett és csak alig felfedezhető finom fehér pont maradt vissza. Az inoculatio efflorescentia emberből emberre átvihető. A kísérletek alatt hat generációt ért el. Az így nyert hólyagok hasonló módon folynak le, mint az elsők. Jellemző, hogy az oltás egészen enyhe, csak localis elváltozásokra szorítkozó tüneteket hoz létre. A kórházi anyagból azon gyermekek közül, a kiket védőoltott, csak egy kapta meg a varicellát, míg a nem oltottak majdnem mind. Hogy vajon a védőoltás állandó hatású-e, a további vizsgálatok fogják igazolni. (Berl. klin. Wochenschr., 1913, 43. sz.)

Reisz dr.

Venereás betegségek.

„Lues congenita és serodiagnostika” címen közli *R. Ledermann* (Berlin) azokat a tapasztalatait, melyeket másfél száz veleszületetten syphilitikus gyermek vérének vizsgálatával szerzett. A nem syphilitikus gyermekek ellenőrző serológiai vizsgálataival ez a szám közel jár az ezerhez. Tapasztalása alapján a szerző szükségesnek tartja, hogy a syphilitikus szülők gyermekei hosszú időn át álljanak klinikai és serológiai ellenőrzés alatt, tekintet nélkül arra, hogy látszólag-e rajtuk a congenitalis lues tünetei vagy sem. A tapasztalás azt bizonyítja, hogy a hereditær lues első jelenségeit nem ritkán nem veszik észre, úgy hogy azután később, legtöbbször a 6. év után váratlanul mindjárt súlyos, sokszor gyógyíthatatlan syphilitikus elváltozások állanak be. A legutóbbi időkig nem volt módunkban a syphilitikus szülőktől származó gyermekek syphilitikus infectióját megállapítani, ha manifest tünetek nem mutatkoztak. Most, hogy a *Wassermann*-féle reactio birtokában vagyunk, a syphilitus ily körülmények között is a legtöbbször könnyű szerrel megállapíthatjuk. De a reactio prognostikai szempontból is fontos, mert a tapasztalás azt is mutatja, hogy azok a gyermekek, a kiknek a vére makacsul positiv alakban reagál, annak a veszedelemnek néznek elébe, hogy utóbb súlyosabb természetű syphilitikus jelenségek lépik meg. A *Wassermann*-reactio továbbá azt a lehetőséget nyújtja, hogy vele a kezelés hatását tanulmányozhatjuk és ellenőrizhetjük. E helyen azt is ki kell emelni, hogy a gyermekek positiv reactiója általában igen resistensnek bizonyul az antilueses kúrákkal szemben s csak nehezen válik negativvá. Lehetséges, hogy ez azért van így, mert a kezelés a gyermekek első éveiben nem szokott eléggé erélyes és hosszas lenni. A szerző *E. Müller* álláspontján áll, a mikor kívánja, hogy a

hereditær-syphilitikus gyermekekkel szemben is kell alkalmazni a hosszasan intermittáló antilueses gyógyítás módját. Az erélyes kényszerű kúrán kívül különösen a neosalvarsan jöhet szóba. Sokat segíthetünk azzal is, ha a gyermekeknek általános egészségi állapotát is erősítjük s így szervezetük ellenálló képességét fokozzuk. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 4. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A vesegümőkórról ír *Wilhelm Karo*. Az előbbi felfogásunk, hogy a vesegümőkór a felszálló gümőkórnak mintegy végállomása, lényeges változáson ment keresztül, a mióta mindjobban bevésődött a köztudatba, hogy ez haematogen fertőzés, a mely elsősorban a vesékben lokalizálódik és az uretereken át descendens úton hólyaggümőkórra vezet, minthogy hólyaggümőkór vesetuberculosis nélkül alig fordul elő. Ez utóbbinak első tünete rendszeren a fokozatosan erősödő dysuria, főképp éjjel, a mely csak akkor vált ki a vizeléskor égető érzést, a mikor a gümőkór már a hólyagra is ráterjedt. Néha a betegen mint első tünet szokatlan vesetáji érzés, sőt a vesekőhöz hasonló kólikaszerű fájdalom jelentkezik.

A diagnoszt a centrifugált vizelet pontos mikroszkopi vizsgálata dönti el; ha *Koch*-féle bacillust nem találtunk, akkor még oltások végzendők, még pedig majmokon a lágyék-mirigyekbe. Annak ellenére, hogy csakugyan vesegümőkór van jelen, az oltási kísérlet csak akkor lesz negativ, ha a bacillusok még csak egy nagyon apró vesegőcra szorítkoznak, a mely a glomerulusokkal nem közlekedik avagy ha a gümőkórosan beteg vesébe szájadzó ureter eldugaszolódott s a felfogott vizelet az egészséges veséből származott.

Mint nagyon fontos diagnosztikus segédeszközzel, a szerző behatóan foglalkozik a tuberculin-reactio értékével. Minthogy a *Pirquet*-féle cutis-reactio csak gyermekeken válik be, a *Moro*-féle kenőcs-reactióról nincsenek tapasztalatai, a kötőhártya-reactio pedig sokszor cserben hagy: legmegbízhatóbbnak a tuberculin-reactiót mondja, mely az általános reactio mellett eddig lappangott góczokat is felfed néha.

A therapia taglalásakor a szerző azt a véleményét nyilvánítja, hogy nem minden esetet kell mindjárt kezdetben sebészileg kezelni. A hol azonban a vesében már elajtosodott góczok vannak jelen, melyek azzal a veszéllyel járnak, hogy a fertőzés a veséből áttérjedhet az ureterre s a hólyagra, a beteg vesét feltétlenül ki kell irtani. Ezel szemben azonban a betegség kezdetén fontoljuk meg jól, hogy nem előnyösebb-e a betegre nézve a szakszerű conservatív gyógy-mód, mint a műtét. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung, 1913.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Dysmenorrhoea ellen *Novak* az atropint ajánlja; belsőleg ½ milligrammos pilulák alakjában adja 3-szor naponként; használható suppositorium alakjában is; 1 milligramm atropint tartalmazó suppositoriumokból 1—2 alkalmazandó naponként. (Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 50. sz.)

Vas-elarson-tabletták. Az elarson nevű újabb arsen-készítményről általában nagyon dicsérően nyilatkoznak, másodlagos anaemia eseteiben és mint általános tonicum kinőnen hat. Chlorosis ellen azonban nem vált be s azért újabban vassal kombinálva is forgalomba hozzák. Ezek a tabletták egyenként 30 milligramm ferrum reductumot és ½ milligramm arsen-t tartalmaznak. *G. Klemperer* szerint chlorosis eseteiben nagyon jó hatásúak ezek a tabletták, a melyekből naponként 6 veendő be; nagyon gyenge gyomrúak is jól tűrik. (Therapie der Gegenwart, 1914, 1. füzet.)

A helybeli érzéstelenítés után beálló erős utófájás ellen *Wolf* pyramidont ad, még pedig először 2 órával a műtét után s azután este is, még pedig 2—2 darab 20 centigrammos tablettát. Eredményei nagyon jók. (Zentralblatt für Chir., 1913, 49. sz.)

A diogenal 41.7% bromot tartalmazó veronal, a melynek hypnotikus hatása ugyan nagyon gyenge, megnyugtató hatása azonban feltűnő erős, *Mörchen* szerint az eddigi szerkét felülmúló. Közepes adagja 1 gramm naponként 3-szor. (Münchener med. Wochenschrift, 1913, 48. sz.)

A tricalcol nevű colloidalis tricalciumphosphatfehérjét Oy jó eredménnyel használja rachitis eseteiben. Tejes darab vagy daralevesben adja. 1 éven aluli gyermekeknek napi 2—2.5, 1 éven felülieknek napi 4—5 gramm mennyiségben. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 1. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 6. szám. *Hatlegan Gyula és Döri Béla*: Adatok a pellagra tünettanához. *Ferenczi Sándor*: A psychoanalysisról s annak jogi és társadalmi jelentőségéről.

Klinikai füzetek, 1914, 1. füzet. *Hoór Károly*: Szemdiagnostikai tévedések és téves szemdiagnosisek.

Orvosok lapja, 1914, 7. szám. *Láng Menyhért*: Az alkoholizmusról és az alkoholista gondozókról. *Genersich Gusztáv*: Az elkülönítés fontossága a fertőző bántalmak elleni küzdelemben.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 7. szám. *Margalits István Lajos*: A bőrtuberculosis kezelése Rosenbach-féle tuberculinnal. „Sebészeti” melléklet, 1. szám. *Manninger Vilmos és Borgyoski Milvoj*: A nyaki novocain-injectiókat követő rekeszideg-bénulás kérdéséhez.

Vegyes hírek.

A pozsonyi egyetem első tanárai. A király *Velits Dezső* dr.-t, a pozsonyi állami babaképző-intézet igazgatóját a szülészeti, *Herzog Ferencz* dr. budapesti egyetemi magántanárt és a II. belklinikai adjuncusát a belorvostan és *Bakay Lajos* dr. budapesti egyetemi magántanárt a sebészeti rendes tanárává nevezte ki.

Hevesi Imre dr. kolozsvári címzetes rendkívüli tanárt rendkívüli tanárrá nevezte ki a király.

Illyés Géza dr. budapesti egyetemi magántanárnak a királyi a rendkívüli tanári címet adományozta.

Kinevezés. *Göllner Károly* dr. váli járásorvost tiszteletbeli megyei főorvossá nevezték ki.

Választás. *Tartler Péter* dr.-t Hölakon körorvossá választották.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum januárban 109 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 88 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület decemberben 1356 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1028 szállítást végzett, 76 szor mint mozgóórság szerepelt és 20-szor vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A december havi működési főösszeg tehát 2480 volt.

Meghalt. *E. C. Spitzka*, ismert ideg orvos, azelőtt az idegkór tanára a newyorki Postgraduate Medical School-on. — *E. Musson* dr. úrnő, a fülörvostan tanára a philadelphiai női orvosi tanintézetben. *Fr. Körte*, a berlini orvosok nestora, február 4.-én, 96 éves korában. — *O. Morisani*, régebben a nőorvostan tanára a nápolyi egyetemen.

Személyi hírek külföldről. *L. Blum* magántanár Strassburgban (belorvostan) tanári címet kapott. — A bécsi egyetem következő cz. rendk. tanárai és magántanári valóságos rendk. tanárok lettek: *S. Klein* (szemészet), *J. P. Karplus* (idegkór), *K. Sternberg* (körbonczolástan), *H. Reichel* (közegészség), *E. Freund* (orvosi chemia); rendkívüli tanári címet kaptak ugyanott a következő magántanárok: *Fr. Friedländer* (sebészet), *G. Holzknecht* (radiologia), *V. Hanke* (szemészet), *J. Fein* (gégeorvostan), *P. Aufrecht* (belorvostan), *H. Eppinger* (belorvostan), *Wunschheim* (fogászat), *A. Schüller* (elmekór), *B. Neumann* (fülörvostan).

Kisebbségi közlések az orvostudomány köréből. A kanyaró kezdeti szakában, a kiülés megjelenése előtt 2—3 nappal *Grumann* szerint a mandulákon pont- vagy vonalszerű fehér foltok szoktak mutatkozni, sokszor olyan esetekben is, a melyekben Koplik-foltok nincsenek; vannak azonban esetek, a melyekben a jelzett tonsillaris tünet nincs meg, a Koplik-foltok ellenben jól láthatók. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 4. sz.) — *A Thiersch* szerint frissen transzplantált felület védelmére *Wylder* az úgynevezett parafapapírt ($\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{100}$ mm. vastag parafalemez) ajánlja; föléje gaze-kompressz teendő, a melyet enyhe nyomás mellett pólyával rögzítünk; az ilyen kötés 4—5 napig maradhat fekvő; a parafapapírnak nagy előnye, hogy jól odasimul, könnyen és biztosan sterilizálható és elegendően porosus. (Zentralblatt für Chirurgie, 1914, 1. sz.) — A szív működéskéességének megállapítására *J. Birney Guthrie* új módot ajánl, a mely azon alapszik, hogy köhögés után a jobb szívkamara kitágul, de egy perc múlva már megint visszahajlik eredeti nagyságát; ha csak 5 perc alatt tér vissza az eredeti nagyságára, akkor már oly fokban beteg a szívműködés, hogy például az inhalációs narcosis nem engedhető meg; köhöggetés helyett a Valsalva-kísérlet is végezhető. (Journ. of the Americ. med. assoc., 62. k., 1. sz.)

Megjelent:

A cukorbeteg diétája

400 főzőreceptjével.

Irta: *Dr. Lukács Pál* budapesti gyakorló orvos és *Pap Ferencz* szakácsmester.

Ára K 4.—, portómentes küldéssel, ajánlva K 4.45.

Kiadja a

„PETŐFI” irodalmi vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16.

Telefon 85—00.

Helyben telefonikus megrendelésre házhoz való szállítás.

Lapunk mai számához *Balla Sándor és Társa „Tuberoide” és „Disponon”* című prospectusa van csatolva.

Mai számunkhoz „Sanatorium Gorbio Menton felett” című prospectus van mellékelve.

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

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

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

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.**

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. BUDAPEST, VIII., Rákóczi-út 19. sz.

RÖNTGEN- ÉS VILLAMOS ORVOSI KÉSZÜLÉKEK.

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

Dr. ZANDER G. eredeti készülékeinek teljes sorozatával és rokon physikalikus gyógyeszközzel kétételese felszerelt intézet.

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

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

Dr. G Á M Á N B É L A
diatás orvosi intézete
■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■

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

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

■ LÁPSÓ ■
száraz kivonat
ládákban á 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat (XII. bemutató szakülés 1913 december 10.-én.) 150. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1913 december 10.-én.)

Elnök: Körmöczy Emil.

Jegyző: Szinnyei József.

Transperitonealisan eltávolított veserák esete.

Keppich József: A 40 éves szabónő állandó obstipatioja miatt fordult orvoshoz, a ki a vizsgálatkor a hasban daganatot talált és e miatt küldötte a *Hültl* tanár vezetése alatt álló IV. sebészeti osztályra, a hol 1913 október 14.-én vették fel.

Negatív anamnesis. Vizsgálatkor a különben ép szervezetű nőbeteg a jobb hypochondriumban két férfióköli mekcoraságú, gömbölyded, kissé egyenetlen felszínű, tömött, nem érzékeny daganatot lehetett találni, mely a légvételnél lejjebb száll, azonban fixálható s a lumbalis tájra feltett kezek között ballotál. A daganat fölött a kopogtatás hangja tompult, közte és a bordaív között dobos kopogtatási hangot adó, két harántujnyi szélességű zóna van. A colon felfúvásakor a daganat retroperitonealisan bizonyul. Cystoskopi vizsgálat: A jobb oldali ureter kétszer olyan tág, mint a bal, mindkét oldalról szintelen vizelet ürül, a jobb oldalról igen lassú időközben. Chromocystoskopiát végezve *Voelcher-Joseph* szerint, a színes vizeletsugár a bal oldalról 23, a jobb oldalról 27 perc múlva jelenik meg, baloldalt vastag és hosszú a sugár, 10—12 másodpercnyi időközben jelentkezik, a jobb oldalon igen vékony és rövid a sugár és 30—40 másodpercenként ismétlődik. A 6. számú ureter-katheter mindkét oldalt 27 cm. magasságig feltolható. A felfogott vizeletekben kevés fehérje és vér van, a jobb oldalon valamivel több, egyéb kóros alkotórész nem mutatható ki.

A diagnoszt jobboldali vesedaganatra tettük. A műtétet *Hültl* tanár megbízásából 1913 október 24.-én végezte aether-narcosisban.

A vesét lehetőleg lumbalis úton kell eltávolítani, még akkor is, ha daganatos. A transperitonealis nephrectomiának igen sok hátránya van, még pedig 1. a peritoneum infectiójának veszélye, 2. az operatív shock, mely állítólag sokkal nagyobb, mint a lumbalis úton való műtéveskor, 3. ha conservatív műtétet akarunk végezni és a vesét varni kell, ezt teljes szabatosággal ma még nem tudjuk végezni, a varratok között vizelet szivároghat ki, a vérzést nem is említve, 4. ha kicsi a tumor, sok baj lehet az eltolulóló belekkel, 5. a másodlagos vérzést nehezen lehet csillapítani, de ez oly ritka eset, hogy érvenek talán fel sem hozható.

Ezzel szemben viszont előnyei a transperitonealis műtétnek, hogy nagyobb a műtési terület, jobban hozzáférhetünk a vese ereihez, a daganatot vértelenebbul hámozhatjuk ki. Azon érv, hogy a másik vesét vizsgálhatjuk, nem vehető számításba, hiszen a másik vesének csak a jelenlétéről győződhetünk meg, de nem a funkcióképességéről.

Javalt a transperitonealis nephrectomia 1. a vesét ért trauma esetén, a midőn egyúttal a többi hasüri szerv állapotáról is meggyőződhetünk, 2. daganat esetén, azonban csak akkor, ha ezen diagnoszt nagy valószínűséggel, szinte biztossággal állíthatjuk fel. Ezt pedig csupán a jól tapintható, nagy daganatokról mondhatjuk. Nem is a daganat nagysága az, a mi az indicatiót adja, mert hiszen egy nagy pyonephrosisos vesét a XI.—XII. borda resectiójával és megfelelő nagy bemetszéssel elég könnyen lehet eltávolítani. A daganatok igen bő erezettségük, igen sok aberráló ér is szokott lenni; ilyenkor jobb a transperitonealis út, mert a hilus ereihez jobban hozzáférhetünk, a mirigyeket könnyebben írthatjuk ki, melyek elég gyakran a vena cavával vannak összekapcsolva, a vena cava sérüléseinek ellátása pedig még transperitonealis úton is igen nehéz.

A T-alakú metszést használták, mely igen jó betekintést ad.

A colon ascendenstől 4 cm. távolságban vele párhuzamos irányban átmetszette a peritoneumot, klammerekbe fogva a colont befelé tolta, a tumort a belső és alsó oldalon izolálta, ügyelve arra, hogy a zsíros tokon kívül maradjon, a mi számos, akár czeruza vastagságú vena lekötését tette szükségessé. Felkereste az uretert, izolálta, lehető mélyen kettősen lefogta és átvágta. Követve a vesemedenczéhez, a hilus ereit izolálta, két részletben klammerek közé fogta, átvágta és a vesét kiemelte. A vesét zsíros tokjával együtt egy darabban sikerült eltávolítani. Mirigyek nem voltak. Az ereket catguttal kötötte le. A peritoneumot rekonstruálta, a vese ágát teljesen extraperitonealissá alakította át, az üregbe két vastag gummidraint helyezett, melyeket a haránt metszés legkülső zugában vezetett ki. A hasfalakat rétegesen catguttal rekonstruálta, csupán a musculus obliquus externus bőnyjét varrta csomósan silkkel.

A lefolyás teljesen zavartalan volt, az 5. napon a draint eltávolították, a seb teljesen reactionmentesen gyógyult.

A vizelet mennyisége az első napokban 400—500 cm³ s fokozatosan emelkedett 1400 cm³-ig. A 20. napon a drain helye is teljesen begyógyult. Jelenleg, a műtét után 6 héttel a beteg már 4 kg.-ot hizott.

A kiirtott vese jókora gyermekfejnyi, göbös felületű. Szöveti vizsgálat (Entz) hengersejtes bolyhos ráknak mutatta, mely a sejtek minősége után ítélve, talán a mellékvese-sejtekből indult ki, bár háms sejtekkel körülvett véröblök, a milyenek a hypernephromákban lenni szoktak, nem voltak benne.

Koponyasérülésből eredő késői felsővégtagbénulás esete.

Donath Gyula: A 28 éves szerelőt, kit július 25.-én vettek fel, 10 évvel ezelőtt fejbeütöttek. Magához térve, 8 percnyire levő lakására saját lábán ment. Már ekkor jobb felső végtagja bénultan lógott le. Másnap reggel a szt. István-kórházban csontszilánkot távolítottak el a sebből narcosis nélkül; trepanatio nem történt. A seb 5 hétre a műtét után genyedni kezdett és 12 héttel a műtét után a beteg görcsrohamot kapott. A jobb felső végtag mozgathatósága 9—10 héttel a sérülés után lassan kezdett visszatérni és 20 hét múlva egészen rendbe jött, úgy hogy a beteg foglalkozását folytathatta. 2 évvel ezelőtt észrevette, hogy jobb karja reszket, majd jobb szemén homályosan látott, de jodkúrára a látás-zavar elmúlt. 2 hónappal a felvétel előtt szédülés és bizonytalan járás mutatkozott, a mi 2 hétig tartott és újabb jodadagolásra javult. Azonkívül a jobb kéz ujjai kezdtek érzéstelené válni. Nemi betegsége nem volt. Keveset ivott és dohányzott.

A közép-termetű, elég jól fejlett és táplált egyén bal pupillája kissé tágabb a jobbnál, a pupillák kissé szabálytalanok, fényre gyengén, accomodatióra és convergentiára jól reagálnak. A visus mindkét szemén $\frac{5}{5}$, a felvételnél mindkét oldalon conjunctivitis catarrhalis volt jelen. A jobb kézen durva tremor, mely akaratlagos mozgások alkalmával fokozódik. A jobboldali végtagok paresisese, a jobb kéz ujjai hypaesthesiások. A biceps-, triceps-, alkar-periost- és kéztő feletti inreflexek a jobb oldalon fokozottak, úgyszintén mindkét oldalt a patellaris és Achilles-inreflexek, a nélkül, hogy a jobb és bal oldal között különbséget lehetne találni. Élénk talpreflexek; clonus, Babinski nincsen. Behunyt szemmel kevés ingadozás. A Röntgen-átvilágításakor a bal falcsonton levő impressiónak megfelelőleg a csont igen vékonynak találtatott, de folytonosság hiány nem volt kimutatható rajta. A vér Wassermann-reactiója negatív volt.

Az osztályon tartózkodás alatt a jobboldali facialis bénulása és kettős látás jobbra (jobboldali abducens-paresis)

fejlődött ki. Minthogy a trauma mellett lues lehetőségére is lehetett gondolni, a beteg 4 intravenás neosalvarsaninfúziót (0.3, 0.60 és 2×0.75) és 14 enesol-injectiót kapott, mire a facialis és abducens bénulása teljesen megszűnt. Megmaradt azonban a jobb felvégtag durva reszketése, valamint a felső és alsó végtag paresise.

A Pólya által november 4.-én végzett trepanatio alkalmával a sérülés helyének megfelelőleg kis diónyi cystát találtak, melyet exstirpáltak.

Az operatio óta megszűnt a jobb kéz reszketése, mely kétségkívül a cysta okozta izgalmi tünetnek volt a következménye, csak intendált mozgásokkor mutatkozik még kevés tremor; megszűnt a bizonytalan járás is. Azonban fennáll még, bár kisebb fokban, a jobb végtagok paresise (a jobb kéz nyomóereje 13 kiló, a balé 34 kiló, jobb alsó végtagját járáskor kissé húzza), valamint a csökkent tapintásérzés a jobb kéz ujjain, különösen a volaris felületen, úgyszintén ezen a kézen erősen csökkent a stereognosis, a jobb kézbe tett geometriai faalakokat nem ismeri fel. A fájdalom- és hőérzésben a két kéz között különbség nincs, az alsó végtagokon a tapintás- és fájdalomérzés mindkét oldalt egyenlő jó.

Ezen stereognostikai zavar legnagyobb valószínűséggel a gyrus centralis posterior, illetve lobos parietalis bántalmára vall.

Pólya Jenő: A műtétet november 4.-én végezte local-anaesthesia-ban. A bal parietalis tájon levő horpadás körül egy előre tekintő, nyéllel bíró nyelv alakú lebenyt készített, melyet késsel és ollócsapásokkal felszabadított a csonttól, illetve az agyburokról leválasztott. A csontszélek e helyen mélyen benyomulnak és közéjükön fillérnyi defectus van, melyen a dura szabadon fekszik. A besüppedt csonttölcsektől kivéste; a dura alatt diónyi, tiszta savót tartalmazó üreg van, melyet megnyitott. A csontdefectust a szomszédos koponyacsontból vett, a defectus elülső szélével a periosteummal összefüggő, periosteumból, tabula externából és diploéból álló négyszögletes lebennyel befedte. Felette a bőrt silköltekkel egyesítette. A sebgyógyulás teljesen sima, láztalan; a seb per primam egyesült. Azonban az idegrendszer részéről a műtét után aggasztó jelenségek mutatkoztak. Ugyanis már a műtétet követő napon Jackson-typusú görcsök jelentkeztek a test jobb oldalán. Megelőzőleg ilyen görcsöt csak egyetlenegy ízben tapasztalt 10 év előtt, közvetlenül a sérülést követő műtét után. Azóta a görcsök teljesen szüneteltek. A műtétet követő éjjelen 7 ízben voltak görcsök; a következő napon a beteg soporosus és görcsei gyakrabban ismétlődtek, daczára a morphinnak, chloral-klysmának, bromnak; a nov. 6.-ára virradó éjjel valóságos status epilepticus fejlődött. A morphin-, chloraltherapia folytatására azonban magához tér, a görcsök elmaradnak és leszámítva a november 11.-én éjjel jelentkezett egyetlen görcsrohamot, azóta nem is jelentkeztek. Jelenleg teljesen jól van, a horpadás helyén a koponya sima, kemény csonttal fedett, a bénulás jelentékenyen javult.

Kiterjedt arc-carcinoma kiirtása.

Pólya Jenő: Az 55 éves napszámost 1913 okt. 24.-én vették fel a Szt. István-kórház III. sebészeti osztályára. 16 év előtt bal felső ajkán szemölcs támadt, mely kifehélyesedett s azóta folytonosan növekszik. Felvétele alkalmával a bal felső ajak, a pofa és az orrszárny helyét egy 5 koronányinál nagyobb, erősen felhányt és beszűrődött szélű, bűzös váladékot termelő fekély foglalja el, mely kiterjed az orrregbe s az alsó ajaknak körülbelül $\frac{1}{4}$ részére is. A bal felső ajak elpusztulása folytán az ezen oldali felső incisivusok és az I. praemolaris fog szabadon fekszenek. Környéki mirigyek nem tapinthatók. A műtétet október 30.-án novocain localanaesthesia-ban végezte. A rákos fekély excisiója bőven az éppen történt s az orr és az alsó ajak bal felét, az egész bal pofát és a bal felső ajakat eltávolították. Az orrba terjedő részlet kiirtása helyét megpaquelinezték. A felső ajakkal szomszédos jobb pofarészletet a jobb orrszárny körül vitt metszéssel mobilizálták. Ezután a bal halántéktájáról vett, a fül előtt ülő

alappal bíró lebenyt irtak körül, melyet felpraeparálva, a defectus helyére fordítottak, varratokkal egyesítvén a defectus széleivel. A hiányzó bal ajakpirt részint az alsó, részint a jobb felső ajakból *Langenbeck* szerint alkották. A másodlagos hiányt a czombról vett Thiersch-lebenyekkel fedték.

November 6.-án varratkiszedés. Néhány fonál átvágott, ezt leszámítva, a seb primára gyógyult. A Thiersch-lebenyek nagyrészt megtapadtak. Jelenleg a halántéktájon 1 cm. széles sarjadzó sáv van, egyébként a seb teljesen gyógyult. A kozmetikai eredmény kielégítő. Recidiva nincs.

Friedmann-féle tuberculosis elleni szerrel kezelt lupus-betegek előzetes bemutatása.

Havas Adolf: Ez év október havának 25.-én *Schleich, Müller, Thalheim, Immelman* és *Kraus* a berlini Charité II. belgyógyászati klinikáján jelentést tettek azon eredményekről, melyeket a *Friedmann*-féle tuberculosis elleni szerrel elértek. A közölt gyógyeredmények oly biztatók, sőt feltűnést keltők, hogy intéző köreink szükségesnek tartották *Friedmann*-nak alkalmat nyújtani arra, hogy gyógyszerét itt nálunk Budapesten is gyakorlatilag alkalmazhassa. Így folyó évi december 2. és 3.-án a balparti köz-kórházak, a Szt. István- és Szt. Rókus-kórház egyes osztályain *Friedmann* végzett is beoltásokat.

Társulatunk elnökének felszólítására van szerencsém azon 14 bőrtuberculosisban szenvedő beteget bemutatni, a kiken most december 2.-án végeztettek a beoltások. A bemutatás célja az, hogy a társulat tagjainak alkalom adassék ezen külső tuberculosisban szenvedő betegek mai állapotát megismerve, majdan az elérendő eredményekkel összehasonlíthatni és így saját tapasztalatuk alapján is véleményt alkothatni a gyógyszer hatásáról.

Még csak azt kívánom megjegyezni, hogy e gyógyszer avirulens és atoxikus tuberculosisbacillusokból áll s a teknősbéka tuberculosisbacillusának tiszta tenyészet.

A beoltott betegeken eddig észlelt elváltozások elbirálásától ezidő szerint elállok; lesz alkalmam erről a kellő idő eltelté után, 6—10 hét múlva referálni.

Méhüri sarcoma operált esete.

Frigyesi József: A méhnek kötőszövetéből kiinduló rossztermészetű daganat, a sarcoma, a méh nyálkahártyájából vagy a méh falzatából veszi eredetét. Klinikai jelentősége rosszindulatúsága szempontjából körülbelül olyan mint a méhráké. A méhráknál sokkal ritkábban fordul elő. *Gessner* adatai szerint 40 méhrákra esik egy méhsarcoma. Szemben a méhrákkal, gyakrabban indul ki a méhtestből, mint a méhnyakból. A két csoport közül a nyálkahártyából kiinduló sarcoma fiatal lányokon is előfordul, de leggyakrabban mindkét alak az ötvenedik évhez közel álló nőket támadja meg.

Szövettani szerkezetüket illetőleg egyaránt van köztük gömbsejtű és orsósejtű, valamint polymorph sarcoma. A méh falából kiinduló sarcoma vagy myomának a sarcomás degeneratio, vagy elsődlegesen mint sarcoma fejlődik a méh falában. Pontos statisztikai adatunk arra nézve nincs, hogy a myomák sarcomás elfajulása milyen gyakori; az idevonatkozó közlések 4—8%-ról szólnak. Ugy látszik, a myomának ez a súlyos complicatioja és nagy veszedelme gyakrabban fordul elő, mint gondoltuk. Legalább a mióta a myomákat rendszeres mikroszkopi vizsgálatnak vetik alá, gyakrabban találkoznak vele. A bemutatandó esetben is csak a mikroszkopi vizsgálat derítette ki, hogy nem egy megszületett submucosus myomagóczzal, nem polypus fibrosus-szal, hanem a méh falából kiinduló sarcomával van dolgunk.

Az 53 éves nőt betegét mult hó 25.-én vették fel a Bakács-téri nőgyógyászati osztályra. Egyszer szült, ezelőtt 29 évvel. Menstruatioja 52 éves koráig négyhetenként jelentkezett két napi tartammal, kevés vérzéssel.

Egy év óta állandóan véres-vizes folyásban szenved, s ugyanezen idő óta gyakori vérzései voltak, melyek felvétele előtt 8 héttig állandóan fennállottak. Felvételnél nagyfokú vérszegénységet állapítottunk meg, a vér haemoglobintartalma 40%. Genitalis lelet: szűk hüvely, benne tyúktójasnyi sima

felületű képlet, melynek vékony kocsánya a cervixbe folytatódik. A méh nagyobb, anteversio-flexióban van, környezete szabadnak látszik.

A felvétel utáni napon a polypust lecsavarjuk és szövettani vizsgálat céljából *Entz Béla* magántanárhoz küldjük, kitől a következő leletet kapjuk: Tyúktójasnyi képlet, melynek elülső felszíne halvány, sárgás rózsaszínű, a hátulsó ugyancsak sima és halvány felszín közepetáján van a fehér rostos daganat-kötegekből álló kocsány. A daganat állománya tömött, vérszegény, metszéspapja sima, rajta néhány mákszemnyi vérömleny. A daganat szövete mindenütt egynemű. Szövettani lelet: A daganat felszínét szabályos, egyrétegű hengerhám borítja. A daganatos szövet erősen sejtdús, alapvázát kevés rostos, helyenként hyalinosan elfajult kötőszövet alkotja, melynek minden vastagabb gerendájában kisebb és középnagy erek átmetszetét találjuk. A kötőszöveti gerendák közt vannak nagy tömegekben rendetlenül elhelyezve a meg lehetőszen nagy daganatsejtek, melyeknek átmetszete különböző: orsó, kör, tojásdad vagy szabálytalan alakú. A sejtek plasmája *van Gieson*-festéssel zöldes-szürkére festődik, a meg lehetőszen erősen festődő magvak nagysága a vörös vérsejteket felülmúlja.

Mindezek alapján a polypust polymorph sejttű sarcomának kell tartanunk. Ennek a leletnek alapján a betegen a hüvely felől teljes méhkiirtást végeztem. A műtét és reconvalescentia teljesen zavartalan lefolyású volt. A kiirtott méhből a kocsány alapjáról vett metszet szintén sarcomának bizonyult, de egyébként a méhben a daganat tovaterjedésének nyomát nem találtuk. Így alapos a reményünk, hogy beavatkozásunkkal végleges gyógyulást fogunk elérni.

A bemutatott eset kapcsán is hangsúlyozni kívánom, hogy vérzés esetén, különösen a klimaxban és az ahhoz közel álló korban lévő asszonyok vérzése esetén ne experimentáljunk mindenféle vérzéscsillapító eljárással vagy gyógyszerrel, hanem törekedjünk pontos objectív lelet és lehetőleg mikroszkopi diagnózis megszerzésére. A klinikai tünetei a méhből kiinduló sarcomának vagy még inkább a myomák sarcomás degenerációjának, míg a folyamat nem haladt nagyon előre, alig különböznek a myomás tünetektől. A tumork gyors növekedése, nagyobb vérzések, különösen bővebb véres-vizes, úgynevezett húslészerű folyás malignitás mellett szólnak.

Vulvarák kiirtása a lágyékmirigyekkel együtt.

Frigyesi József: A 49 éves nőbetegét f. évi október elején mutattam be a Közkórházi Orvostársulatnak, pruritus vulvae után keletkezett kraurosis vulvaevel és a kraurosisos területen babnyi láphámrakkal. Ma a műtétről és annak eredményéről kívánok szólni. A vulvarák ugyanis egyike a legrosszabb természetű rákformáknak, annyira, hogy az egyik statisztika (*H. Schultze*) 114 operált eset közül öt év múlva csak 14-et, egy másik (*Goldschmidt*) 214 eset közül 5–8 évig tartó észlelés alapján csak 8-at említ véglegesen gyógyultnak. Ujabbán a vulvarák operálásakor mindig kiirtjuk a lágyékmirigyeket is (*Küstner* ajánlata). Lehetőleg Y-alakú metszéssel irtjuk ki a daganatot a lágyékmirigyekkel és a köztük levő bőrreszlettel illetőleg nyirokerekekkel együtt. Már az eddigi tapasztalások is mutatták, hogy alapos a remény, hogy ez újabb, gyökeresebb műtéti eljárással lényegesen javulni fognak az eredmények. A lágyékmirigyek ugyanis vulvarák eseteiben korán vannak megduzzadva és aránylag gyakran található köztük rákos áttétel is. A jelen esetben a clitorissal együtt körkörösén reszekáltam az egész szeméremtestet és kiirtottam a tetemesen megnagyobbodott, kemény lágyéknírokmirigyeket egy tömegben. A vulva resectiója után a nagy ajak bőrét körkörösén a hüvely széléhez varrtam. Ez, mint itt is, rendszeren sikerül a szomszéd bőrfelület jól eltolható volta miatt bőrátültetés nélkül. A műtét zavartalan lefolyású volt, a lágyéktáji hegvonal genyeddéssal gyógyult. A beteget most még prophylaxisos szempontból radiummal fogjuk kezelni.

A daganatok Röntgen-diagnostikája.

Fischer Ernő: A daganatoknak Röntgen-sugárral felismerése lehetővé lesz azáltal, hogy a daganattal járó szövetszaporulat avagy szövetszűrés a normalistól eltérő Röntgen-képet eredményez; hogy üreges szerveknél a daganat vagy a lument tömi el, vagy a falzatot zsugorítja és így megváltozik a kontrastanyaggal megtöltött szerv Röntgen-képe; néha arról ismerhető fel a daganat, hogy valamely szervet, a melynek Röntgen-árnyékát jól ismerjük, helyéből kitol.

A bemutatott Röntgen-felvételek kapcsán demonstrálja a koponyaboltozat daganatait, hypophysistumorokat, az állkapocs, csigolyák, bordák daganatait, thyreoideadaganatokat, a mediastinum- és tüdődaganatok Röntgen-diagnostikai jeleit. Példákon mutatja be a gyomordaganatok Röntgen-diagnostikáját, az ulcus és tumor közti differentialdiagnostikai jeleket, a tumort utánozó egyéb elváltozásokat, a tumor operabilitásának eldöntésére alkalmas jeleket. Vázolja a béltumorknak és egyéb intraabdominalis szervek tumorainak felismerését és számos esetét mutatja a végtagcsontokban alattomosán fejlődő rossztermészetű elsődleges daganatoknak. Végül a hibaforrások ismeretének és ismertetésének fontosságát hangsúlyozza, mert ez teszi igazán értékké e nélkülözhetetlen diagnostikai módszert.

PÁLYÁZATOK.

988/1914. kig. sz.

Főlya, Sebed és Vejte községekből álló főlyai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A körorvos javadalma 1600 korona fizetés, 100 korona személyi pótlék, 200 korona lakbér és 360 korona fuvarátalány és a szabályrendelileg megállapított látogatási díjak. A kerületi munkásbiztosító pénztártól 400 korona járandóság és a kör határában fekvő uradalmaktól körülbelül 480 korona évi tiszteletdíj és kézigyógytár-tartási engedély.

Felhívom mindazokat, a kik az állást elnyerni óhajtják, hogy képzettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi márczius hó 10. napjáig be-terjeszszék.

A választás napját később fogom kitűzni.

C s á k, 1914 február 4.

Rendes Zoltán, főszolgabíró.

4754/1914. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskunvármegye kiskunfélegyházai járásához tartozó Kiskunmajsa nagyközségben újonnan szervezett **másod községi orvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Az állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján 1400 korona kezdő fizetés, ötvenként 200 korona korpótlék, továbbá 600 korona lakbér.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz f. évi február 20.-áig adják be.

K i s k u n f é l e g y h á z a, 1914 január 26.

A főszolgabíró.

610/1914. sz.

Nógrád vármegye kékkői járásába bekebelezett nógrádszennai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A körhöz tartozik: Nógrádszenna, Száraznyírjes, Nagylám, Borosznok, Felsősztrégova, Perényes, Parócza, Felsőtisztás, Dívenyhuta, Alsőtisztás, Veres, Alsósztrégova, Tótkisfalu, Hartyán, Tótklecsény, Nagylibercse, Kislibercse, Értőfalu községek.

Körorvos évi javadalmazása az 1908 : XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, 4-szer ötvenként emelkedő 200 korona korpótlék, 1200 korona helyi pótlék, szabályrendelileg megállapított látogatási díjak, halottkémlésért megállapított eljárás, addig míg a kör székhelyén, Nógrádszennán a körorvosi lakás fel nem épül, 800 korona lakáspénz, a körorvosi lakásnak ez évben eszközrendő felépítése után Nógrádszennán természetbeni lakás és 1200 kor. fuvarátalány és esetleg kézigyógytár tartása.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908 : XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi márczius hó 15.-éig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Nógrádszenna községében f. évi márczius hó 31.-én d. e. 11 órakor fogom megtartani.

K é k k ő, 1914 február 8.

Szerény Ödön, járási főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLESEK.

Frey Ernő: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem agyszövetani intézetéből. (Igazgató: Schaffer Károly dr., egy. rk. tanár.) Angulusdaganatot utánzó nyúltvelő-tuberculum esete. 153. lap.

Freystadt Béla: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orr- és gége-orvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónódi A. dr., egyetemi tanár.) A Weber-féle hang-villakísértet orrmelléküreggyenedések eseteiben. 156. lap.

Szontagh Félix: Szemölcsök elmulasztásának egy egyszerű módjáról. 157. lap.

John M. Károly: Közlemény az Országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. sz. otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár. A csecsemő-osztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.) A csecsemő-táplálás fontosabb kérdéseiről. 157. lap.

Günther József: Újabb adatok a hastyphus járványfőfőjéről. 159. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Tomor Ernő: A tuberculosis leküzdésének rendszere Magyarországon. — A. Kollmann és S. Jakoby: Urologischer Jahresbericht. — Lapszemle. Belorvos. F. Kraus: A diabetes jelentősége sebészeti beavatkozások esetén. — Sebész. E. Payr: A peritonealis összenövések prophylaxisa és terapiája. — Ideg- és elmekórtan. O. Oehmig: Transvestismus. — Gyermekorvos. Davidsohn: A női tej kémhatása. — Bőrkórtan. M. Joseph és L. Kaufmann: A sulfoform alkalmazása a dermatológiában. — Venerés betegségek. C. Levaditi: Spirochaeták paralysises beteg vérében. — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Esslinger: Felhám-regeneratio. — Löhe: Testijodyl. — Senator: Subjectiv fülfőrejek. 162–165. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosképzés. — Orvosok lapja. — Budapest orvosi ujság. 165. lap.

Vegyes hírek. 165. lap.

Tudományos társulatok. 166–169. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a m. kir. tudományegyetem agyszövetani intézetéből.
(Igazgató: Schaffer Károly dr., egyet. nyilv. rk. tanár.)

Angulusdaganatot utánzó nyúltvelő-tuberculum esete.

Közlő: Frey Ernő dr., kórházi rendelőorvos.

Daczára annak, hogy az angulusdaganatok tünetei élesen elhátárolódnak az agytörzs daganatainak tüneteitől, mégis előállhat, habár csak szörványosan, az az eset, a mikor a nyúltvelő vagy híd egy daganatja az angulusdaganatok tüneteit utánozza és csak a bonczolás deríti ki utólagosan, hogy az adott esetben agytörzsbeli daganat volt előidézője a supponált angulusdaganat tüneteinek. Az alábbiakban olyan esetet közlök, amely angulusdaganat körképe alatt folyt le és csak a bonczolás derítette ki, hogy nyúltvelői tuberculum teljesen utánozta az angulusdaganatot. Az eset egyébként nemcsak klinikai, hanem rostozati szempontból is érdekes.

J. J.-né, 22 éves, földműves neje 1911. év tavaszán észrevette, hogy bal szeme befelé fordul és szája jobbra húzódik. Majd a bal szemét csukni nem tudta. Rövid idő óta kettős látás. Később heves fejfájás és hányás járult az eddigi tünetekhez. Járása romlani kezdett, a mennyiben folyton szédült és félt, hogy elesik, mert valahányszor meg akart fordulni, balra dült. Ezen panaszokkal kereste fel Schaffer tanár volt poliklinikai idegosztályát. 1911 szeptember 19.-én történt kórházi felvétele alkalmával a következő tünetek voltak megállapíthatók:

Jelen állapot: Családilag nem terhelt. 4 hónap előtt szület, a szülés rendes lefolyású volt. A családban tudógümőkör sohasem fordult elő. Luest tagad; sohasem vetélt el. Normális csontrendszer. A középtermétű, eléggé jól táplált beteg izomzata nem mutat elváltozást. A koponyaalkat normalis. Baloldalt lagophthalmus. Strabismus convergens paralyticus. A két szemteke mozgása fel-, le- és befelé hiánytalan; kifelé

az oculomotorius hűdése következtében a szemtekék nem mozognak. Nystagmus hiányzik, ellenben a szemtekék rotációs mozgása kiváltható. A pupillák középtágak, a — > +, azonban fényre és alkalmazkodásra kitűnően reagálnak. A látóterek a bal szemben fennálló keratitis neuroparalytica következtében nem vizsgálhatók. Mindkét szemben pangásos papilla. A baloldali hallás csökkent. Baloldali súlyos facialis-hűdés elfajulási reakcióval. Trismus, mely baloldalt erősebb. A szájzár következtében a rágás meg van nehezítve. A nyelven semmi elváltozás. A garatívek nem vizsgálhatók. A nyelés nehéz, a folyadék regurgitál. A végtagokon sem motoros, sem trophiás elváltozás nem észlelhető. A járás ataxiás, kisagyi jelleggel. A fordulatok alkalmával a beteg balra dül. Romberg balradüléssel. A felső végtagokon ataxiának semmi nyoma. Az érzés összes féleségei kifogástalanok. Asynergia nincsen. A belső szervek nem mutatnak elváltozást. Höemelkedés nincsen. Wassermann + +. A tünetek és a serológiai vizsgálat alapján a körjelzést angulusgummára állítottuk fel és ezért, minthogy eddig ily irányú kezelésben a beteg sohasem részesült, erélyes kényszerkezeléshez fogtunk.

Körlefolyás 1911 szeptember 18.-án. A beteg másodnaponként egy enesol-injectiót kap.

Október 7.-én 10 befecskendezés után a statika javulása volt észlelhető. Daczára, hogy a járás még mindig cerebellaris ataxiás, a szédülés mégsem oly intenzív; fordulatok alkalmával nem dül el. Höemelkedés nincsen.

Október 15. A szédülés ismét erősebb lett. A cerebellaris ataxia fokozódott; mindazonáltal a beteg erősebbnek érzi magát.

Október 24. Az állapota állandóan rosszabb lett és így elhatároztuk, hogy ezentúl azurol-befecskendezéseket fogunk alkalmazni.

November 15. Az azurol-befecskendezések semmit sem javítván a beteg állapotán, a salvarsan-kezeléshez fordultunk. A beteg egy ízben kapott egy 0.60 salvarsant tartalmazó joha-befecskendezést.

November 17. Állapota rosszabbodik és minthogy eset-

leg műtétről lehetne szó, pontos fülleletet vétettünk fel *Rejtő* dr. fülorvossal a szegényházban. Az ő lelete a következő: A dobhártyakép, az orr-garat-lelet normalis. A bal fülön halláscsökkenés, suttogó beszédet csak 0.50 méterről hall. A hallás katheterre nem változik. *Weber* nem lateralizál. *Rinne* mindkét oldalon pozitív. A csontvezetés mindkét oldalon kissé rövidült (—8"), valamint a C₄ hangvilla hallása is.

A vestibularis-vizsgálat alkalmával azt tapasztalta, hogy spontan nystagmus (átlátszatlan szemüveggel vizsgálva) nincs jelen. Rögzített tekintettel fejét hirtelen jobbra, majd balra forgatva, nystagmus nem jelentkezik. *Rejtő*-nek sem forgással, sem hőingerrel nystagmust előidéznie nem sikerült, bár a nystagmussal összefüggő izom-reactiók mozgások mindenkor prompte kiválthatók.

A reactiók mozgásokat *Bárány* módszerével több ízben vizsgálva, a következő állandó eredményeket kapta:

1. A jobb váll-, könyök- és kézizületben, valamint a térdizületekben normalisak a mozgások.

2. A bal vállizületben alulról fölfelé mozgatott nyújtott karon állandó spontan eltérést talált jobbra (befelé). A bal könyökön eltérést nem talált, de a bal kézben, valamint kis mértékben a bal térdizületben szintén jelen van a jobbfelé irányuló spontan eltérés (*Vorbeizeigen*).

3. Egyenes fejtartással 10-szer jobbra forgatva a beteget, mindkét karon jobbfelé eltérő reactiók mozgások állnak be.

4. Egyenes fejtartással 10-szer balra forgatva a beteget, a jobb karon beállnak a balfelé tendáló reactiók mozgások; a bal kézen csak éppen a spontan jobbfelé tartó eltérés szűnik meg, de balra nem tér el. Többször ismételve ezen kísérletet, a bal kéz- és térdizületre nézve is állandóan úgy találta, hogy balfelé nem tér el.

5. A jobb fülbe hideg vizet fecskendezve, nystagmus nem jelentkezik, de a szédülés beálltával a jobbfelé irányuló reactiók elterések mindkét karon jelentkeznek.

6. A bal fülbe hideg víz befecskendezése után csakis a jobb kar mutat reactiók eltérést; a bal kar teljesen mutat, de balfelé nem tér el.

7. A bal fülbe meleg vizet fecskendezve, renyhe, alig észrevehető szemmozgások balra, a reactiók elterések jobbfelé jelentkeznek. *Rejtő* szerint tehát a baloldali izületekben található spontan mozgási elterések, továbbá a baloldali izületekben a balfelé várható reactiók mozgáseltérések állandó kimaradása a baloldali kisagyfélteke megbetegedése mellett szólnak.

November 30. Minthogy a beteg állapota a kezelés dacára lényegesen nem javult és az ajánlott műtéti beavatkozást is visszautasította, változatlan állapottal hazamegy.

1912 január 9. 6 heti otthoni tartózkodás után betegsége súlycsbodott és mivel állapota most már tűrhetlenné vált, elhatározta, hogy ha műtéti beavatkozást ismét ajánlunk, ő annak aláveti magát.

Felvételkor a következő tünetek állottak fenn: A beteg sem járni, sem állani nem tud, mert azonnal balra dől. A fejfájás és hányás elviselhetetlen. Ataxiás járás, melynek cerebellaris jellege van. Súlyos baloldali arczhűdés; kétoldali abducens-hűdés; súlyos trismus. Nystagmus nem váltható ki. Differens, de jól reagáló pupillák. Pangásos papilla Nyelési nehézségek. A baloldali szájpádív bénult. Fokozott reflexek. Ép sensibilitás. Normalis hőmérséklet.

A gyógykezelés szempontjából fontos volt megállapítani, vajjon jelen esetben intrapontin vagy angulus-daganat felvétele a jogosult? A kétoldali abducens-hűdés az intrapontin megbetegedés mellett szólt, míg ellenben a tünetek többsége, mint a pangásos papillák, a heves hányással járó fejfájások, a balradulás, a súlyos cerebellaris jellegű ataxia, az egyoldalúan sérült többi agyideg, a trismus az angulustumor körjelzését támogatta. A mi azonban differential-diagnostikai szempontból legfontosabb, a motoros tünetek és érzés-zavarok hiánya legvalószínűbbé tette azt, hogy jelen esetben angulusdaganattal van dolgunk. A füllelet is támogatta ezen felvételünk helyességét. Azonban az egyedüli

zavaró tünet, t. i. az abducens kétoldali hűdése, sem szólott az angulusdaganat ellen, mert *Oppenheim*¹ vizsgálatai óta tudjuk, hogy angulusdaganat eseteiben előfordulhat az agyidegek kétoldali bántalmazottsága.

Minthogy a körlefolyás is legvalószínűbbé tette az angulusdaganat felvételét, műtetre határoztuk el magunkat. *Pólya* dr. egyetemi magántanár a beteget felvette osztályára és végleges műtétet ajánlott. A műtétet két szakaszban akarta megcsinálni. Az egyik szakasz a nyakszirtcsont, a másik, ha lehetséges, a daganat eltávolítása lett volna. Január 11.-én végrehajlotta *Pólya* dr. a műtét első szakaszát és eltávolította a nyakszirtcsontot. Ezután a műtét be lett fejezve.

A műtét utáni este a hőmérsék 37.8 C°-ra emelkedik. A közérzés jó. Fejfájás nem mutatkozik. A szív jó, a pulsus percenkint 92, erőteljes, telt, rhythmusos. Este 9 órakor a beteg kevés tejet ivott meg. 1 órakor éjjel hirtelen szívgyengeség tünetei jelentkeznek és ¼ óra múlva fulladás-tünetek között a beteg meghal.

A bonczolás, melyet *Entz* dr. egyet. magántanár végzett, általános miliaris tuberculosist és egy nagy, a bal hídfélben székelő tuberculumot derített ki. Az agytörzset formalinkeményítés után chromoztam, sorozatosan felmetszettem és *Weigert-Wolters* szerint festettem. A gerinczvelőt nem vizsgálhattam.

A loborpálya-keresztződés szintjén a következők találhatók: A loborpálya nem mutat elváltozást. A lehágó trigeminusgyökérben gyenge rostritkulás észlelhető. A substantia reticularis és a hátulsó kötelek magvaiból kiinduló ívelt rostok nincsenek elváltozva. A canalis centralis kissé kitágult, lateralis szélén nagyobb nagyítással egy miliaris tuberculum észlelhető. Az antero-lateralis kötegben úgy a kisagy-pályák, mint a tractus spino-tectalis és thalamicus épek; míg baloldalt feltűnő a tractus rubrospinalis degenerált volta. A baloldali Helweg-kötegnek megfelelő pálya teljesen velőtlen. Magasabb niveaujú metszeteken a XII. és IX. agyideg magasságában is csak a baloldali Helweg- és Monakow-féle pálya degenerált, míg a többi képlet semmi elváltozást sem mutat. Csak a spinalis trigeminusgyökér mutat gyöngye rostkiesést.

A tuberculum első nyomai a vagus-glossopharyngeus idegek magasságában kezdenek mutatkozni. Ezen a metszeten a következő elváltozások találhatók: A tuberculum itt tulajdonképpen a csüllőképző árok fenekét alkotja és a baloldali area vagi területének helyét foglalja el. Elpusztult ezek szerint a háromszögletű vestibularis-mag és a spinalis acusticusgyökér. A IX., X. és XII. idegek magvai szintén sérültek. A fasciculus longitudinalis rostjai közepes ritkulást mutatnak, míg a praedorsalis köteg nagyobb fokban van degenerálva. A belső hurokpálya ép és csak a baloldali keresztződő intraolivaris rostok mutatnak elváltozást és rostritkulást. A bal oliva a jobbhöz viszonyítva redukáltnak látszik. A bal loborpálya és nucleus arcuatus nincsen elváltozva. A centralis sisakpálya és a Monakow-féle köteg erősen degenerált, míg a ventralis kisagy-pálya, a tractus spino-tectalis és thalamicus nincsen lényegesen elváltozva. Ezen a metszeten a tuberculum a corpus restiforme és a spinalis trigeminusgyökeret lateralis irányban elnyomta; ez utóbbi felső harmadában mérsékelt rostkiesést mutat. Minthogy a baloldali belső ívelt rostok szintén elpusztultak, a nyúltvelő jobb felének reticularis állománya szintén mutat rostkiesést, míg a többi képlete a jobboldali félnek minden elváltozás nélküli.

A legalsó striae acusticae tájékáról vett metszeten a tuberculum már igen nagy kiterjedésű és a corpus restiforme oldalt szorította. A babnyi nagyságú és ékalakú tuberculum a baloldali corpus restiforme és a kilépő vagusrostok között terül el, és ez utóbbi rostokat sértetlenül hagyja. A corpus restiforme rostozata nem mutat lényeges ritkulást. A tuberculum főleg a csüllőképző árok irányában terjeszkedik ki. Ezen magasságban a következő képletek pusztultak el: A háromszögletű vestibularis-mag a *Deiters*-féle formációval, a lehágó acusticusgyökér és a striae acusticae. Ezen nagy tuberculumon kívül még három kisebb is látható ezen a metszeten.

A legkisebb a hypoglossus praepositus magja helyét foglalja el. A középső a praedorsalis köteg szintjében a kilépő vagusrostoktól medialisán terül el. A harmadik, mely egyúttal a legnagyobb is, az oliva felett dorsolateralis irányban terjeszkedik. Ezen tuberculosus burjánzás teljesen elpusztította a baloldali nyúltvelőfélnek belső ívelt rostjait. A baloldali fasciculus longitudinalis nagy fokban degenerált. Az ugyanazon oldali olivocerebellaris pálya és a spinalis trigeminusgyökér felső harmadának rostozata feltűnően ritkult. A belső hurokpálya épek látszik, szintúgy az oliva is, míg a baloldali hilus olivae mérsékelt rostritkulást mutat. A formatio reticularis lateralis külső tájéka feltűnően rostszegény; ezek szerint degenerált a központi sisakpálya, a Monakow-féle köteg, a tractus spino-tectalis és thalamicus, valamint a ventralis spino-cerebellaris pálya. A jobb nyúltvelőfélben csak a bal félből jövő legdorsalisabb belső ívelt rostok degeneráltak. A többi képlet ép.

A jellegzetes acusticus-tájéka magasságában a tuberculum elérte a legnagyobb kiterjedését és elfoglalja a bal nyúltvelőfél egész dorsalis részét. A tuberculum lefelé a rapheig, ventralisan az oliva dorsalis lapjáig, melyet elpusztított, kifelé a corpus restiformeig terjed; dorsalisán pedig a csüllöképi árok fenekét alkotja. A nyúltvelő ezen részében található összes képletek részben vagy egészen elpusztultak. A nyúltvelő ventralis részét elfoglaló idegmagvak és gyökök, a striae acusticae és ezen a metszeten látható rostjai a cochlearisnak teljesen elpusztultak. A bal praedorsalis köteg erősen degenerált és csak a belső hurokpálya, mely kissé a raphe felé van lapítva, látszik épek. A bal oliva, melynek dorsalis lapja a tuberculum következtében egészen elpusztult, majdnem fele terjedelmére van redukálva. Erősen degenerált a központi sisakpálya és Monakow-féle pálya. A tractus spino-tectalis és thalamicus szintén degenerált. A spinalis trigeminus-gyökér a tuberculum által a corpus restiformetől be- és lefelé lett szorítva és csaknem felére megkisebbedett; a megmaradt rostjai épek. A baloldali belépő vestibularis rostjai, a lehágó acusticusgyökér és a corpus restiformetől dorsalisán fekvő nucleocerebellaris köteg teljesen elpusztult. Az ugyanazon oldali olivocerebellaris pálya rostjai erősen megfogyatkoztak és degeneráltak. Feltűnő a praetrigeminalis rostok hiánya. Az interolivaris réteg rostozata is degenerált. A belső ívelt rostok teljesen elpusztultak. Ezen metszet magasságában a tuberculum a jobb nyúltvelőfélre is áttérjed; itt a fasciculus longitudinalis is bántalmazott, nagyobb nagyítással megállapítható, hogy degenerált rostokat tartalmaz. A jobboldali olivocerebellaris pálya is erősebb rostritkulást mutat, csak a praetrigeminalis rostok épek. Egyébként a jobb oblongata-fél nem mutat elváltozást.

Magasabban fekvő metszeteken a tuberculum teljesen elpusztította a bal oliva dorsalis lapját. A belőle kiinduló, a raphen áthaladó, a corpus restiformeig követhető rostok erősen degeneráltak és lényegesen megkevesbedtek. A jobboldali olivocerebellaris pálya rostjai közül csak a praetrigeminalis rostok épek. A ventralis irányban kiterjedő tuberculum a baloldali olivocerebellaris pályát nagy mértékben ronsolta. A praetrigeminalis rostok hiányzanak.

A facialis tájékaról vett metszeten a tuberculum kezd kisebbedni, de a jobb nyúltvelőfélre nagyobb mértékben terjed át. A tuberculum a híd ventralis részét foglalja el és a dorsalis rostokig terjed. Kifelé a corpus restiforme alkotja határát. A kisagy felé a nucleus dentatus a határa. Az összes képletek, melyek e területen találhatók, teljesen elpusztultak, baloldalt tehát a vestibularis mag a vestibularis besugárzó rostjaival együtt, a Bechterew-féle angularis mag, a facialis kilépő rostjai és térde, a fasciculus longitudinalis és a praedorsalis köteg, a központi sisakpálya, a nucleus reticularis tegmenti, a facialis magja és a corpus trapezoides rostjai. A spinalis trigeminus-gyökér eltolódott helyéről és degenerált rostokat tartalmaz. Az acusticus rostjai is ritkulást mutatnak. A baloldali hurokpálya és pyramis nincsen elváltozva. A jobb félben a raphe a belső hurokpálya magasságáig, a fasciculus longitudinalis és a praedorsalis köteg pusztult el.

Egyébként sem a hidban, sem a kisagyban semmi elváltozás sem található.

Valamivel magasabb tájékról (abducens-tájéka) vett metszeten az imént leírt elváltozásokon kívül még a kétoldali abducens kilépő rostjainak, sőt baloldalt magjának pusztulása az, a mi nagyobb figyelmet érdemel. E metszeten a corpus trapezoides degenerációja sokkal szembeötlőbb, mint az előző metszeten.

E trigeminustájékról vett metszeten a tuberculum ismét csak nagyon kicsiny kiterjedésű, már csak babnyi nagyságú és a bal hídfél tegmentumának helyét foglalja el. Befelé a rapheig, lefelé, miközben a belső lemniscust oldalfelé elnyomja, a dorsalis hidrostokig, oldalfelé pedig a központi sisakmezőig terjed, mely szintén oldalfelé van nyomva. A tuberculum dorsalis határát a fasciculus longitudinalis alkotja. Ezen elhelyezésnek megfelelően elpusztult a substantia reticularis, a tegmentum reticularis magja és a felső centralis mag; továbbá az agykocsány felé haladó rostjai a hurokpályának és a ventralis sisakmező. Nagyobb mértékben degenerált a központi sisakmező, míg ellenben a belső lemniscus alig degenerált. Az oldalsó sisakpálya a jobbhoz viszonyítva szintén mutat elváltozást. Lényegesen degenerált a Monakow-féle köteg. A corpus trapezoides is tartalmaz elég bőven degenerált rostokat. Az oldalkötélsystemák rostjai nincsenek lényegesen elváltozva. A fasciculus longitudinalis kisebb rostritkulást mutat, míg a trigeminus mesencephalicus gyökere nem lett a bántalom keretébe vonva. A hídkarok épek. A bal kilépő trigeminusgyökér normalis. A bal pyramis, valamint a baloldali hidrostok nincsenek elváltozva. A jobb hídfél teljesen ép. A tuberculum utolsó nyomai a tulajdonképpeni hídban vesznek el. A trochlearis magjának kezdeténél a tuberculum már nem látható többé. Ezen magasságban csak a központi sisakmező és a lemniscus lateralis van területileg megkisebbedve. A bal kötőkar rostjai kissé halványabban festődtek, mint a jobbé. Cerebrális irányban már semmiféle elváltozás sem látható.

A kisagy egyes metszetein a bal félteke velőállománya erős rostritkulást mutat, a melynek oka a bal quadrangularis lebenyben székelő babnyi tuberculum. A kisagy kérgében jelenlévő miliaris tuberculomok által okozott ronsolások oly felületesek és körülírtak, hogy sem a velőállományban, sem a kisagy magvaiban elváltozásokat nem okoztak. Mindkét féreg rendes volt.

Mielőtt áttérnénk a bonczolástani elváltozások kapcsán a tünetek méltatására, a tuberculum következtében beállott másodlagos elfajulásokról kell behatóbban megemlékezni. Különösen a lehágóan degeneráló pályák azok, melyek nagyobb figyelmet érdemelnek és ezek között főleg a Helweg-féle köteg vagy a Bechterew-féle tractus periolivaris. Ezen pálya lényege és kiterjedése még mindig nincsen véglegesen megállapítva. Még mindig nem tudjuk, vajjon ez a pálya lehágóan degenerál, vagy pedig tartalmaz centripetalis rostokat is. Ezen pálya első leírója Helweg² és Bechterew³ volt, ez utóbbi ezen pályát tractus periolivarisnak nevezte el. Mindkét szerző vizsgálatai szerint ezen pálya a nyakvelő anterolateralis kötegében teljesen a gerinczvelő széle mellett, a Gowers-köteg közvetlen szomszédságában található. A nyúltvelőbe való átmenetnél mindinkább előre helyezkedik és a legalsóbb nyúltvelői metszeteken közvetlen a pyramison fekszik. A mint az oliva kifejlődni kezd, eltűnik ez a pálya. Ezen körülményre való tekintettel Bechterew azt véli, hogy az alsó oliva idegrostjai és a kérdéses köteg között szorosabb kapcsolat állhat fenn; azonban az ily irányú vizsgálatok még nem nyújtanak elég bizonyítékot ezen felvétel helyességének támogatására. Ugy Helweg, mint Bechterew felveszi, hogy ezen pálya a gerinczvelő ugyanazon oldali elülső szarvából indul ki és a legnagyobb valószínűséggel az olivában végződik és csak egyes rostjai e pályának haladnak további cerebrális irányban, a nélkül, hogy az olivába behatolnának.

A legtöbb szerző vizsgálatai alapján úgy találta, hogy ezen köteg az oliva caudalis polusa táján látszólag átmegy a centralis sisakpálya rostjaiba. Ezek után az a kérdés merül

fel, hogy kicsoda kapcsolat áll fenn a *Helweg*-köteg és a centralis sisakpálya között. Azonban ezen kérdésben sem jutottak a szerzők egységes felfogáshoz. *Brun*, a kinek esetében a *Helweg*-köteg mindkét oldalt degenerálva volt, azt találta, hogy ezen köteg a lemniscus-keresztződés szintjében, a széltől mindinkább befelé a mellékoliva dorsalis velőállománya felé húzódik és az oliva magasságában annak dorso-lateralis velőállományába megy át, a hol azután a centralis sisakpálya degenerált rostjaiba beleolvad. Azonban nem tudott meggyőződni arról, hogy a centralis sisakpálya nagyszámú rostjai a *Helweg*-kötegben folytatódnak-e, sem pedig arról, hogy ez utóbbi az olajkában ered. *Obersteiner*⁴ szerint a *Helweg*-köteg és a centralis sisakpálya között nem áll fenn szoros kapcsolat. Ezen köteg eredését illetőleg saját vizsgálatai alapján azt hangoztatja, hogy sokkal valószínűbbnek látszik az, hogy proximalisabb területekből ered, mint az oliva legalsóbb részéből. Egyik esetében, a hol egy daganat a dorsoolivaris állományt az oliva frontalis harmadának magasságában elpusztította a nélkül, hogy az olivát magát roncsolta volna, a *Helweg*-köteget lehágóan degenerálva találta. Igaz ugyan, hogy az oliva caudalis polusának magasságában a centralis sisakpályát a *Helweg*-kötegből elkülöníteni nem tudta, mégis inkább a ventralis irányban az olivába behatoló rostokat a centralis sisakpályához tartozóknak véli. *Oppenheim*⁵ is azon a nézeten van, hogy a *Helweg*-köteg és a centralis sisakpálya közötti összefüggés még nincsen bebizonyítva. *Colliers* és *Buzzard*⁶ szerint a két pálya között összefüggés nem áll fenn és a centralis sisakpálya csak látszólag folytatódik a *Helweg*-kötegbe. *Wallenberg*⁷ sem talált szorosabb kapcsolatot a két pálya között.

Ezen szerzőkkel ellentétben *Breuer* és *Marburg*⁸ egyik esetükben azon a tájon, a hol a ventralis és dorsalis olivalap találkozik, a centralis sisakpályának megfelelő területen degenerációt találtak, mely az oliva belsejébe volt követhető. Tulajdonképpen három köteg volt degenerálva. Ugymint: a dorsoolivaris, az intraolivaris és a ventroolivaris. Ezen három köteg az olajka spinalis végénél olyképpen egyesül, hogy a középső köteg hosszirányt vesz fel és a nyúltvelő széle felé igyekszik, a dorsoolivaris le- és kifelé törekszik, míg a ventroolivaris azonnal a peripherián helyezkedik el. Ezáltal egy köteg keletkezik, mely a nyúltvelő szélén a pyramisoktól dorso-lisan fekszik és a mely a nyúltvelőben és a gerincvelőben a *Helweg*-kötegnek felel meg. Szerintük tehát a *Helweg*-köteg az olivában ered és lehágó degenerációt mutat. Ugy a saját, mint *Held*,⁹ *Hösel*,¹⁰ *Wallenburg*¹¹ és mások vizsgálatai alapján arról is meggyőződhetek, hogy a *Helweg*-köteg a *Deiters*-féle magból is kap rostokat. Ezen utóbbi felfogáshoz *Colliers* és *Buzzard*, valamint *Brun*¹² is csatlakozik.

*Herzog*¹³ thalamusvérzés egy esetében, a mely esetben a híd középső részletében a bal lemniscus medialis belső részében és a határos substantia reticularisban a raphe mellett egy kis lágyulós gócz is volt jelen, egy lehágóan degenerált pályát talált, melynek rostjai a híd tegmentumából az intraolivaris rétegbe haladtak. Az oliva tájékán ezen rostok keresztződtek és az olivától kifelé egy köteggé egyesültek, mely köteg az anterolateralis kötélben haladt lefelé. Ez a köteg a *Helweg*-féle pályának felelne meg. Ez utóbbi eredetére nézve *Herzog* sem tud felvilágosítást adni, de azon körülményből, hogy ezen degenerált köteg nem a centralis sisakpályában haladt, továbbá abból, hogy egy másik esetében a centralis sisakpályadegeneratio mellett a *Helweg*-köteg degenerálva nem volt, azt következteti, hogy a centralis sisakpálya és *Helweg*-köteg között szoros kapcsolat nem áll fenn. Ő csak azt találta, hogy ezen köteg a keresztezett sisakmezőből is kap rostokat.

A *Helweg*-féle köteg lényegét illető összes vizsgálatok alapján megállapítottak kell vennünk egyrészt, hogy ez a köteg az oliva spinalis polusánál hirtelen eltűnik, másrészt, hogy a centralis sisakpálya az oliva belső lapjának frontalis részében végződik. A *Helweg*-köteg eredését az összes szerzők felderítennek jelzik. Azon kevés megfigyelés, mely ezen köteg eredésére vonatkozik, azt az agy magasabb régióiba helyezi el és csak *Mayer*,¹⁴ a ki hídverzés egy esetében az

olivát is degeneráltnak találta, van azon az állásponton, hogy a *Helweg*-köteg eredése itt volna található.

Esetem kapcsán a *Helweg*-köteget illetőleg csak annyit közölhetek, hogy ez az oliva spinalis polusánál megszűnik és hogy ennek helyét a szintén degenerált centralis sisakpálya foglalja el. Vajjon a két pálya között szoros kapcsolat áll-e fenn, arra nézve az én esetem sem nyújt teljes felvilágosítást. Azonban azon körülményből, hogy a bal oliva dorsalis lapja a tuberculum következtében szét volt roncsolva és ehhez a *Helweg*-köteg degenerációja társult, azt következtetném, hogy ezen köteg lehágóan degenerált és hogy a centralis sisakpályával, legalább direct úton, szoros kapcsolatban nem áll.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudományegyetem orr- és gége-orvostani klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.)

A Weber-féle hangvillakisérlet orrmelléküreg-nyenyedések eseteiben.

Irta: Freystadt Béla dr.

Glas az 1911-ben tartott berlini nemzetközi laryngorhinológiai congressuson az orrmelléküregempyemák felismerésére szolgáló új diagnostikai segédeszköztől számolt be. Empyemák felismerésére a *Weber*-féle hangvillakisérletet használja. Ismeretes dolog, hogy ha ép hallású egyén koponyájának középvonalára rezgő hangvillát helyezünk, mindkét fül egyformán hallja a hangot. Ha pedig az egyik fül külső hallójáratát elzárjuk, az esetben a hangot az elzárt oldalon erősebben halljuk, a hang látszólag az elzárt fül felé húzódik, mint általában mondják, oda lateralizálódik (*Weber*-féle hangvillakisérlet). *Glas* megfigyelései alapján arra az eredményre jutott, hogy a fej középvonalán kevéssel az orrgyök fölé helyezett rezgő hangvilla hangja azon oldal felé lateralizálódik, a melyiken valamely melléküreg beteg (feltéve, hogy a hallószerv ép). Mindkét oldali empyema esetében a hangvilla a beteg oldal felé lateralizálódik. *Glas* ezen tünet diagnostikai értékét a következőkben látja. Ezen egyszerű hangvillakisérlet alapján az empyema valószínűségi diagnosztikát már a nem szakorvos is felállíthatja. Ilyen módon megkülönböztetheti például a neuralgiát a neuralgiaszerű fájdalmakkal járó melléküreggyulladásoktól. A szakorvos számára is több tekintetben hasznos a hangvillával történő ezen vizsgálat. Hasznos például: 1. Oly esetekben, a melyekben az orrban geny nem látható. Ha ilyenkor a *Glas*-féle hangvillakisérlet pozitív eredményt ad, azaz a hangvilla az egyik oldal felé lateralizálódik, ebből az empyema valószínűségi diagnosztika felállítható. 2. Oly esetekben, a mikor magasan fekvő orrsövényelferdülés avagy az orrnak másfajta szabálytalansága az infundibulum területére való mélyebb betekintést lehetlenné tesz. 3. Prognosis szempontjából. Ha pl. a *Glas*-féle kísérlet eredménye az állcsontüreg kifejcskendezése előtt erősen pozitív volt, a kiöblítés után pedig negatívvá válik, azaz a kiöblítés után a hangvilla az egész fejben, avagy pedig csak a ráillesztés helyén hallatszik, akkor ezen eset prognosisa sokkal kedvezőbb, mint ha a pozitív eredmény változatlanul megmarad a kiöblítés után is. Ez az utóbbi körülmény az illető üreg nyálkahártyájának súlyosabb megbetegedésére utal, a mi esetleg radicalisabb beavatkozást is szükségessé tesz.

Glas-nak ezen adatait száznál több empyema esetében vizsgáltuk s általában a fenti adatok helyes voltáról szerezünk meggyőződést. Az általunk vizsgált legtöbb féloldali empyema esetében a hangvilla a megbetegedett oldal felé lateralizálódott. Különösen határozottan lateralizálódik a hangvilla az igen hevenyen kezdődő féloldali állcsont- és homloküregmegbetegedések, valamint a nyálkahártya nagyfokú elváltozásaival járó idősült féloldali melléküreggyenedések eseteiben. Ellenben bizonytalan volt a lateralizálás azon empyema-esetekben, a melyekben az állcsontüreg kiöblítése csak kevés váladékot hozott felszínre. Voltak olyan eseteink is, a melyekben — bár féloldali súlyos melléküregmegbetegedés volt jelen — a hangvilla nem lateralizálódott. Kétoldali megbetegedés esetében a hangvilla *Glas* szerint a súlyosabban meg-

betegedett oldal felé lateralizálódik. Ezt saját észleleteink is igazolják. Ezen kétoldali megbetegedés eseteiben azonban a lateralizálás még gyakrabban válik bizonytalanná, mint a féloldali megbetegedésekben.

A prognózis szempontjából is megerősíthetjük *Glas* adatait. Ha a hangvillakisérlet pozitív eredményt ad s ez kiöblítés után sem változik, akkor a megbetegedés rendszerint súlyosabb, mint ha a kísérlet eredménye a kiöblítés után negatívvá válik. Különösen hasznosnak bizonyult mind diagnosztikai, mind prognosztikai szempontból a *Glas*-féle tünet az igen hevenyen kezdődő féloldali empyemák eseteiben. Ilyenkor a beteg a hangvillát nagy határozottsággal lateralizálja a beteg oldal felé s néhány nap alatt — a spontán gyógyulással párhuzamosan — megszűnik a lateralizálás. A lateralizálás intenzitásának gyors csökkenése, majd teljes megszűnése a gyógyulást mutatja. Ellenben a chronikussá válás hajlamára mutat az, ha a lateralizálás hosszabb ideig változatlan marad s ez a körülmény esetleg activabb therapia (kiöblítés stb.) szükséges voltára utal.

A mi a lateralizálás létrejöttének okát illeti, azt részben abban találhatjuk, hogy a melléküregek levegőtartalma csökkent (*Fein*), részben abban, hogy a melléküregek nyálkahártyája erősen megvastagodott, avagy polypszerűen elfajult. A levegőtartalom csökkenése a lateralizálás egyedüli oka nem lehet. Ugyanis többször tapasztaltuk, hogy az állcsontüreg negatív eredménnyel járó próbakifecskendése esetében — midőn tehát egy egészséges állcsontüreget töltöttünk meg folyadékkal — vagy egyáltalában nem volt, vagy csak igen határozatlan volt a lateralizálás.

Tapasztalataink alapján azt mondhatjuk, hogy a *Glas*-féle tünet sok esetben az empyema felismerésének jól használható segédeszköze. Megbízhatónak azonban e tünetet — már a betegeknek gyakran ingadozó kijelentései miatt is — nem tarthatjuk.

Fülészeti szempontból a következőket kell figyelembe vennünk. Tekintve, hogy a melléküregmegbetegedés a *Weber*-féle kísérlet eredményére befolyással van, ezen hangvillavizsgálatot csak oly esetekben értékesíthetjük a hallószerv állapotának megítélésére, midőn orrmelléküregmegbetegedést, mint a lateralizálás okát kizártunk (*Fein*). Egyébként, ha a fül beteg, akkor — tapasztalataink szerint — az orrmelléküregmegbetegedés csak kevésbé tudja befolyásolni a *Weber*-kísérlet eredményét. Beteg hallószerv esetében ennek állapota a döntő a *Weber*-kísérlet eredményére. Így azt találtuk, hogy ha az egyik oldalon a melléküreg beteg, a másik oldalon pedig a hallószerv hangvezető készülékének habár csak kisfokú megbetegedése is van jelen, a hangvilla máris a beteg fül felé lateralizálódik. Egyik esetünkben például jobboldalt az állcsontüregnek s a rostasejteknél a nyálkahártya nagyfokú elváltozásával járó chronikus empyemája volt jelen (radicalisan operáltuk), baloldalt pedig kisfokú középfülhurut állott fenn (*Rinne* még pozitív volt, suttogó beszédet 6 m.-en túl hallott): a hangvilla állandóan a beteg fül felé lateralizálódott. Ha melléküregmegbetegedés következtében lateralizálódik a hangvilla, könnyen megváltoztathatjuk a lateralizálást azáltal, hogy a túloldali külső hallójáratot kissé betömjük s így a hangvezetőkészülékben mesterséges akadályt teremtünk (*Rinne* ez esetekben még pozitív marad és suttogó beszédet több méterről hall). A melléküreg-empyema csupán egészséges avagy könnyen megbetegedett hallószerv eseteiben tudja a lateralizálást oly mértékben befolyásolni, hogy az empyema a *Weber*-féle kísérlet eredményére döntő befolyással van, a hallószerv nagyobbfokú megbetegedésének eseteiben mindig ennek állapota dönti el a lateralizálást.

Szemölcsök elmulasztásának egy egyszerű módjáról.

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

A szemölcs, verruca eltüntetésére többféle eljárást szoktak igénybe venni. Vannak, a kik a szemölcsöket késsel avagy ollóval gyökerestől kiirtják s a kímetszés helyét, a recidivát elkerülendő, lapissal erélyesen étetik. Ez a véres eljárás, ha

nem történik helyi érzéstelenítés segítségével, fájdalmas beavatkozás s a gyógyulás csak heg hátrahagyásával következik be.

Kissé hosszadalmas és szintén nem egészen fájdalommentes az az eljárás, a mikor a szemölcsöket valamely maró savval, pl. légenysavval pusztítják el.

A gyógyulás, vagyis a szemölcs gyökeres kiirtása, ezzel az eljárással is csak heg árán érhető el.

Ujabban szemölcsök eltüntetésére radiummal való besugározást ajánlanak.

En már évek óta rendkívül egyszerű eljárást alkalmazok a verruca ellen, még pedig, a mint erről mostan már eléggé számos eset alapján meggyőződtem, teljes sikerrel, a mennyiben minden esetben sikerült a szemölcsöket, bármilyen nagyok és bármilyen számosak voltak is, teljesen nyomtalanul, heg vagy keményedés hátrahagyása nélkül eltüntetni.

Az eljárás nem áll másban, mint abban, hogy az egyes szemölcsöket és körülük az ép bőrtakarót körülbelül $1\frac{1}{2}$ cm. távolságra, a hamburgi Beiersdorf és társa czég által forgalomba hozott kaucuk-ragasztótapaszszal, leukoplasttal befedem, illetőleg állandóan fedve tartom több héten, esetleg 2—3 hónapon át. A mint a tapasz kezd leválni, a mi rendszerint már 3—4 nap múlva bekövetkezik, újjal cserélendő fel. A régi tapasz lehúzása után esetlegesen odatapadt kaucuk-részletek aetherrel avagy benzinnel lemosandók, mielőtt újabb tapaszt alkalmazunk. Erősebb dörzsölés a lemosás alkalmával kerülendő, mert ez olyan izgalmat jelent, mely a szemölcs eltűnésének nem kedvez.

Hogy ennek a szerfelett egyszerű és kozmetikai szempontból is kifogástalan eljárásnak a sikerét miben kell keresnünk, eldönteni nem tudom. Lehetséges, hogy a kaucukban magában kell olyan anyagot föltételeznünk, a mely a szemölcsöket felpuhítja, sorvasztja és végül nyom nélkül eltünteti, de az is lehetséges, hogy a ragasztótapasz állandó alkalmazása egyszerűen csak megvédi a köztakarót azok ellen az izgalmak ellen, a melyek a szemölcs keletkezésének, illetőleg növekedésének kedveznek.

Bármiképpen legyen is, az eljárást egyszerűsége és megbízhatósága folytán bátran ajánlom a gyakorló kartársak figyelmébe.

Közlemény az országos anya- és csecsemővédő-egyesület II. számú otthonából. (Igazgató-főorvos: Temesváry Rezső dr., egyet. magántanár. A csecsemőosztályt vezeti: Heim Pál dr., egyet. magántanár és John M. Károly dr.)

A csecsemőtáplálás fontosabb kérdéseiről.

Irta: John M. Károly dr.

III. Csecsemőknek csecsemőotthonokban való gondozásáról. A túrók tejről, mint egészséges csecsemők táplálékáról.

(Folytatás.)

A tél nem barátja a csecsemőknek. A felső légutak hurutos infectióival (a meghűléssel és átvitelével) szemben nem létezik immunitás. De különbözőképpen viselkednek a tavábbiakban a megbetegedett csecsemők. Ez persze nem immunitás, hanem a reakcióképesség különbözősége. Bekopogtatott a tél a mi ajtóinkon is, hiszen a családi körben feltéve őrzött csecsemőt is meglátogatja. Micsoda más eredményeket értünk volna el táplálási eljárásunkkal, ha az influenza (ezalatt nemcsak influenza-bacillust értek) nátháival, pharyngitiseivel, bronchitiseivel, pneumoniáival, otitiseivel stb. csecsemőinkre nem sujt! Egy gyermekünk meningitisben pusztult el, mely coryzához csatlakozott.

Hiába takartuk be az ágyakat lysoformoldattal spray-zett tüllel és állítottunk fel üvegaravánokat: explosioszerűen terjedt szét az infectio, mely néhány nap alatt csecsemőkórházzá változtatta át csecsemőotthonunkat. A legveszedelmesebbnek bizonyult e tekintetben a náthás gondozónő és a csecsemőknek fürdéskor való együttléte. Csak igen intelligens személyzettel, mely intentióinkat megérti és maga náthára nem hajlamos, drákói szigorral, a télen való látogatások betiltásával

és a mi a fő, az első nátha in statu nascendi való elkülönítésével lehet még valamire menni. Lesújtóan hat az intézeti orvosra, ha sok hónapi fáradozását napok alatt veszni látja. Már jelzett „gyenge” eredményeinket is hurutos infekciók okozták főképpen; alimentaris tényezőknek alig volt abban részük.

A hurutos infekciók bár önmagukban is megrongálják a csecsemő szervezetét, parenteralis úton még a táplálkozási funkciókat is bántalmazzák. A hurutos infekciók beálltával egyidejűleg vagy azokat követően az esetek nem kis részében étvágytalanság közepette a gyomor és bél részéről mutatkoznak tünetek hányás és hasmenés formájában. A mesterségesen táplált csecsemő e tekintetben különösen veszélyeztetett.

Minthogy a „parenteralis infekciók” intenzitása nem utolsó sorban a táplálék minőségétől, a tápláltság fokától, valamint attól is függ, vajjon a megtörtént megbetegedés alkalmával az adott táplálék erjedésre alkalmas anyagokat, vagy ilyen anyagokat erjedésre alkalmas formában tartalmaz; nagyobb számú csecsemőnek a hurutos infekciók idején megfigyelése különösen alkalmas lesz annak az eldöntésére, vajjon 1. realis volt-e a csecsemő eddigi gyarapodása vagy csak színlelt, 2. a csecsemő szervezetének gyomor-béltractusa, mint különben is könnyen sebezhető felület, kedvezőtlen körülmények között hogyan végzi funkcióit és 3. valamely adott táplálék hurutos infekciók esetében veszélyesnek bizonyul-e vagy nem? Nem kell fejtegetnem, hogy mi a jelentősége annak, ha a csecsemő szervezetét éppen akkor érik (előzetes pathológiás súlygyarapodásból származó) katastróphalis súlyzuhanások, mikor teljes erejével kellene védekeznie a megtörtént infectio ellen. Vagy ha éppen a megnehezített megélhetési viszonyok között érik a bél részéről támadások. Mert ez esetben nemcsak a munitiót szállító közegek lemaradásáról van szó, hanem arról, hogy maga a munitio támadja és betegíti meg a bél falát: vízvesztést okozva a szervezetnek.

A túrós tejjel táplált csecsemők ha hurutos infekciók alkalmával fogynak is, ez a súlycsökkenés az infectio súlyosságával és a táplálék csökkenésével arányos, de sohasem következik be reversiók értelemben. Éppen ezért, továbbá azon megfigyelés alapján, hogy parenteralis eredésű dyspepsia az olyan csecsemőkön, kik tejjel táplálva addig szappanszékeket ürítettek, úgyszólván sohasem mutatkozik: ²¹ a túrós tejjel táplált csecsemőket parenteralis infekciók tekintetében kiváltságos helyzetben lévőeknek kell tartanunk.

Akadnak nyugodt és sokat alvó, valamint nyugtalan és folyton síró csecsemők. Nyugodt viselkedés csak kellemes közérzés esetében várható. A normalis gyarapodásnak ez mindenesetre az egyik előfeltétele. A jó közérzés megváltozik emésztési és táplálkozási zavarok, de még egyéb körülmények következtében is. Akárhányszor női tejjel és rendszeres időközönként táplált csecsemők is már születésüktől fogva igen nyugtalanok. Sok esetben tehát fel kell vennünk, hogy nem a táplálék minősége teszi nyugtalaná a csecsemőket, hanem reakciós jelenségek, melyek a szervezetben a táplálékbevitel következtében (a táplálék minőségére való tekintet nélkül) állanak elő. A mi csecsemőink e tekintetben akképpen viselkedtek, hogy osztályunkra kerülve és túrós tejjel táplálva, közülük azok bizonyultak nyugtalanoknak és rossz alvónak, kik már felvételük előtt is, női tejjel való táplálás dacára, dyspepsiában szenvedtek, éjjel-nappal sírtak és a gyarapodás normalis menetét nem tartották be. Emlékszem néhány ilyen viselkedésű csecsemőre, kiket anyjuk osztályunkon tovább szoptatott, a nélkül, hogy az említett jelenségek elmúltak volna. Túrós tejjel való allaitement mixtere határozván el magunkat, a székek rendbe jöttek, a csecsemők megnyugodtak és gyarapodásnak indultak.

Valamint fehérjés tejjel, úgy túrós tejjel való táplálás esetében is a csecsemőknek mézszappanoktól kitzszerű és vastag a székek. E szék 1—3-szor ürül napjában semmi haj-

lammal a felhigulásra. Így csecsemőink székének felhigulása is csak a legritkább esetben következett be és kellemetlen-ségeket inkább ennek az ellenkezője, a beszáradásra való hajlam okozott. És akadtak csecsemők, kiknek hasfalán keresztül kökemény faecetumorokat tapinthatunk, kiknek analis gyűrűje a kemény széktől berepedezett. Néhány esetben való-ságos bélobstructio képe fejlődött ki, olyannyira, hogy a darabos széket ujjal kellett az ampullából kikaparni.

A székeknek ilymért megkeményedése csakis túrós tejjel való táplálás esetében fordul elő. Nem említem fel ezt a túrós tej dicséreteképpen, hanem inkább annak demonstrálására, hogy e székek — mondhatnám — anhygroscopiás tulajdonságokkal bírnak.

Valamely szék configuratioja a tömegét alkotó szilárd anyagok minőségétől, mennyiségétől, a szilárd és a folyékony anyagoknak egymáshoz való viszonyától és a mi természetes, a bélperistaltika intenzitásától is függ. E mellett szól az a tapasztalás, mely szerint az inanitio azon alakjai, melyeket hypogalactia idézett elő, rendszerint igen makacs székrekedéssel járnak. A székrekedést ez esetekben minden való-színűség szerint a peristaltika kiváltásához szükséges compact tömegek hiánya okozza. A gyakran figyelhető éhezési pseudo-dyspepsia más mechanizmus alapján keletkezik és vízszegény, salakmentes nyálkatömegek kiürülésével jár. Ezzel szemben azt tapasztaljuk, hogy ha az inanitiót túlságosan hígított tej adagolásával idéztük elő, de kellő mennyiségű folyadék beviteléről gondoskodtunk, ennek nem székrekedés, de hasmenés lett a következménye. A tej abszolút mennyiségének emelése vagy más szóval töményebb tápláléknak adagolása ez esetekben a székek megvastagodását fogja eredményezni.

Említettem, hogy túrós tejjel való táplálás esetében szappanszékeket várhatunk. Hogy ezek mi módon keletkeznek, arról a következő fejezetben lesz szó. E helyen az obstipatio oka gyanánt az oldhatatlan szappanszékek anhygroscopiáját állítom oda s e székeknek a normalis bélperistaltikáját is sok esetben csökkentő befolyását.

Az obstipatiót különben nádcukor adagolásával könnyen meg lehetett szüntetni. E körülmény felismerésével a székek nem kívánt megkeményedését megakadályozhattuk. E közben figyelhattuk azon hihetetlen jelenséget, hogy csecsemők, kik hetekig szenvedtek obstipatióban, nádcukorra úgy reagáltak, mintha hashajtót kaptak volna. Aránylag kis mennyiségű (1%) nádcukornak ilyen hatását eddig semmiféle táplálékforma keretében sem észlelhattuk. Megtörtént, hogy csecsemők, kik $\frac{1}{3}$ túrós tejen hetek óta székrekedésben szenvedtek, 1—3% nádcukor adagolására (a mikor a Soxhlet-féle tápcukorból ennek megfelelően kevesebbet adtunk) profus hasmenést kaptak és súlyban fogyni kezdtek. A székeknek hirtelen és nem kívánt formaváltozása, valamint a figyelhető súlycsökkenés nemcsak az azelőtti étrend (6% Soxhlet-cukor) visszaállítását tette szükségessé, hanem arra is figyelmeztetett, hogy könnyen erjedő cukorfeleségek adagolásával túrós tejjel való táplálás esetében óvatossá kell lennünk. Így az egyéni reakcióképesség megállapítása végett 1% nádcukornál többet kezdetben sohasem adtunk. Hogy mi történik ilyenkor tulajdonképpen: a székek megvastagodását gátló vagy a már configurált székeket felhígító befolyások érvényesülnek-e, a bél rendellenes érzékenységgel vagy a béltartalom szokatlan befolyásolhatóságával van-e dolgunk, nem lehetett megállapítani. Érthető ezek után, hogy túrós tejjel való tápláláskor a nádcukor vagy a még könnyebben erjedő tejcukor ²² mint egyedüli COH-forrás nem jöhet tekintetbe.

A túrós tejet, melynek nem rossz az íze, a csecsemők mind szívesen itták. Tekintettel a tejkeverék nagy zsírtartalmára, valamint többek azon fölfogására, hogy a zsíros tejet a csecsemők könnyen kihányják, már eleve el lehettünk ké-szülve arra, hogy ez irányban panaszra lesz okunk. A ta-

²¹ Ez a túrós tejnek még a női tejjel szemben is fennálló — igaz, hogy egyedüli — kiváltsága.

²² Minthogy Soxhlet-féle Nährzucker (tápcukor) és Soxhlet-féle Milchzucker (tejcukor) is létezik, e körülményre figyelemmel kell lennünk. Tejcukorral a túrós tej hasmenést okoz.

pasztalás e feltevést nem igazolta. Voltak ugyan csecsemők (a neuropathiások), a kik hánytak, az első napokban a megivott táplálékot részben vagy quantitative visszaadták és ennél fogva súlyukból is veszítettek. E gyermekekkel többre mentünk, ha a tejből egyszerre csak keveset (pl. 50 gr.-ot) adtunk, de kisebb időközökben. Több esetben a Schloss-féle fogással²³ lehetett a hányást megszüntetni. E szerző azt ajánlja, hogy a hányó gyermeket szopás után (vagy a mi még jobb, már a szopás alatt is) függélyes helyzetben kell tartani. Valóban léteznek ilyen csecsemők, kik egyúttal éjjeli csendháborítók is és rémei a gondozó személyzetnek, kikről érdekes volna megtudni, hogy mi lesz velük a későbbi életben; gyomruk nyitott palaczkhoz hasonló, kiömlik a tartalma, ha vízszintes helyzetbe kerül, mintha cardialis elzáró készüléke a tápfelvétel után egy darabig elégtelenül működnek.

A constitutio rovására irandó eseteket nem számítva, csoportos hányást csak hurutos infectiók alkalmával észlelhetünk. Tapasztalhattuk azt is, hogy meleg alkális ásványvizek ilyenkor jó hatással vannak. A hányás különben rendszerint gyógyszer- és táplálékvaltoztatás nélkül is megszűnt akkor, ha a pharynx nyálkahártyájának gyuladása elmúlt. Schloss²⁴ azt hiszi, hogy a lobos garatból kiinduló reflexek váltják ki a hányást. Köhögéssel kapcsolatban talán igen, de parenteralis úton előálló béltünetek, garatreflex segítségével megmagyarázhatók-e?

A kertben időző csecsemőinket az 1912. és 1913. nyár folyamán inkább a lehüléstől kellett féltetni, mint a felmelegedéstől és így nem is kínálkozott alkalom annak a megfigyelésére, vajjon a túros tejjel táplált csecsemők a forró nyári hónapok közepette miképpen viselkednek.

Táplálkozási zavarok túros tejjel való tápláláskor könnyen kerülhetik el figyelmünket. E körülmény óvatossá kell hogy tegyen bennünket. Érdekes tapasztalás, hogy túros tejen élő csecsemők minden körülmények között szappanszékeket ürítenek. E minőségű székek megváltozására a körjelzés szempontjából tehát nem számíthatunk. *Dyspepsiát úgyis szólván sohasem észleltünk.* A dyspepsiát sem tarthatjuk mindig a béltartalom elsődleges megváltozásából származó jelenségnek, hanem elképzelhető az az eset is, a mikor a bél ez úton kíván szabadulni a minőségileg vagy mennyiségileg meg nem felelő tápláléktól. Az ezen alapon keletkező dyspepsiát a szervezet initialis védekezése gyanánt foghatjuk fel. A túros tejjel táplált csecsemő a nem kívánt többletnek rövid úton való eliminálására képtelen és kénytelen mindent visszatartani, a mit neki adni jónak látunk, még az esetben is, ha ennek kárát vallja.

És így rendes székek dacára és a legszebb gyarapodás közepette már mélyreható anyagcserezavarok lehetnek jelen. E lehetőség különösen nap-nap utáni észlelést tesz kívánatossá, a mikor tapasztalásunk szerint a tápprognosis szempontjából a csecsemők arcszíné bi onyult a legmegbízhatóbb indicatornak. Valahányszor a csecsemőn sápadtság jelei mutatkoztak, kettőzött figyelemmel őrködtünk fölötte. Ha a sápadt szín még intenzívebbé vált, sürgős indicióját láttuk annak, hogy már most mielőbb az egyedül sikert ígérő női tejhez folyamodjunk segítségért.

A magánygyakorlatból számolok be egy esetről, mely több szempontból érdekes.

Ikergyermekről volt szó, kik 8 hónapra 2320 és 2250 kezdő súlylyal születtek. Kezdetben lefejt női tejjel táplálva, lassanként maguk is szopni kezdtek, a mi a testvérek kielégítő fejlődését tette lehetővé. Mikor a 9. hét közepén a dajka hirtelenül elhagyta a házat, $\frac{1}{3}$ túros tejjel fogtam őket. A táplálás látszólag bevált, a csecsemők szappanszékeket ürítettek, de arcszínük kissé sápadt lett. Az ikreket hetenként egyszer láttam és azt a benyomást nyertem, mintha minden rendjén volna. A 12. héten az egyik iker hirtelen meghalt. A másik még aznap, a nélkül, hogy a szülők kimondása szerint ezt várni lehetett volna, súlyosan megbetegedett. A táplálékot visszautasította, arcza eltorzult, szemei beestek, arcszíné fakó lett, ajka pedig szederjes. Légzése lihegővé vált, convulsiók jelentkeztek és a legrosszabbtól lehetett tartani. Analepticumok

és mustárfürdők magához térítették a félhalott csecsemőt. 24 órás tea-diaeta mellett megszűntek a mérgezés-tünetek. A gyomor és bél részéről az egész betegség alatt tünetek nem mutatkoztak. Ismét emlőre téve, az arcszín lassan javult és a további fejlődésnek nem volt semmi akadálya. A szülők kimondása szerint a két csecsemő a nem várt megbetegedés előtt rendkívül sápadt volt.

Ezen, valamint a csecsemőotthonunkban észlelt hasonló eset tanulsága szerint túros tejjel való táplálás esetében a csecsemők arcszínének megfigyelésére különös gondot kell helyeznünk.

Összefoglaló biralat.

60 csecsemőn tett tapasztalásaim alapján állíthatom, hogy a túros tej mint állandó csecsemőtáplálék megállotta helyét. De még annak a kijelentésétől sem tartózkodom, hogy a fehérjés tejen kívül ezidőszert nem létezik a mesterséges táplálásnak használatosabb formája. Sikerral nevelhetünk fel e táplálási módszerrel fiatal csecsemőket is és főleg olyanokat, kik tehentejen dyspepsiások lesznek. A túros tej a tehentejtől erjedésgátló hatásában különbözik. A bél peristaltikáját csendesíti és dyspepsiák ellen úgyszólván megvéd. Mindenesetre figyelemreméltó a táplálásnak olyan módja, mely vastag székek képződését biztosítja és a fejlődést gátló dyspepsiák keletkezésének elejét veszi.

E jeles tulajdonságok felsorolásával a dicséretnek vége és önmagát ejti tévedésbe, ki azt hiszi, hogy a fehérjés tejjel vagy a hasonló összetételű túros tejjel többet érhet el a mondottaknál. Ezt be kell látnunk, ha meggondoljuk, hogy a túros tej is csak idegenfajú táplálék, mely, az említett előnyöket nem tekintve, a szervezetre való káros hatásában miben sem különbözik a rendes tehentejtől. Adagolása, a dyspepsiá-ellenes (és mindenesetre értékes) hatásától eltekintve, mindazon veszélyekkel jár, melyeket eddig tehentejjel való táplálás esetében megfigyeltek és leírtak.

És kevés kilátás van arra, hogy a tehentejnek különösen az idegrendszer ingerlékenységére gyakorolt káros befolyását valaha is kiküszöbölhetnénk. A legjobb esetben is csak értékes correcturákról lehet szó, melyek átsegítenek a női tejtől való függés korszakán. A Finkelstein-féle táplálási elv concret kialakulásának mai phasisában e ténnyel, melyről sajnos, még fogalmat sem tudunk alkotni magunknak, a jövőben is számolnunk kell.

Ha a dajkaságba adott törvénytelen csecsemők sorsát és — a mi mindennél beszédesebb — e csecsemők ijesztő halálozási arányszámát a mieinkével egybevetjük: csecsemőotthonoknak a fővárosban és vidéki központokban való felállítását indokoltnak, nemzetgazdasági szempontból pedig czélszerűnek, sőt szükségesnek kell tartanunk.

Újabb adatok a hastyphus járványtanához.

Irta: Günther József dr., Szabadka sz. kir. város tisztí főorvosa.

(Vége.)

Mielőtt azonban tovább mennék ezen a fonalon, szabadon valamit előrebocsátanom.

Említettem azt a sajátos tapasztalatot, hogy Szabadkán a város belterületén nem fordul elő a bántalom, hanem leginkább a városhoz szorosan csatlakozó külső peripherián, a hol egymás mellé sorakoznak a gazdasági udvarok. Németországban van egy város, a mely beosztásában teljesen hasonló Szabadkához, ez: Trier.

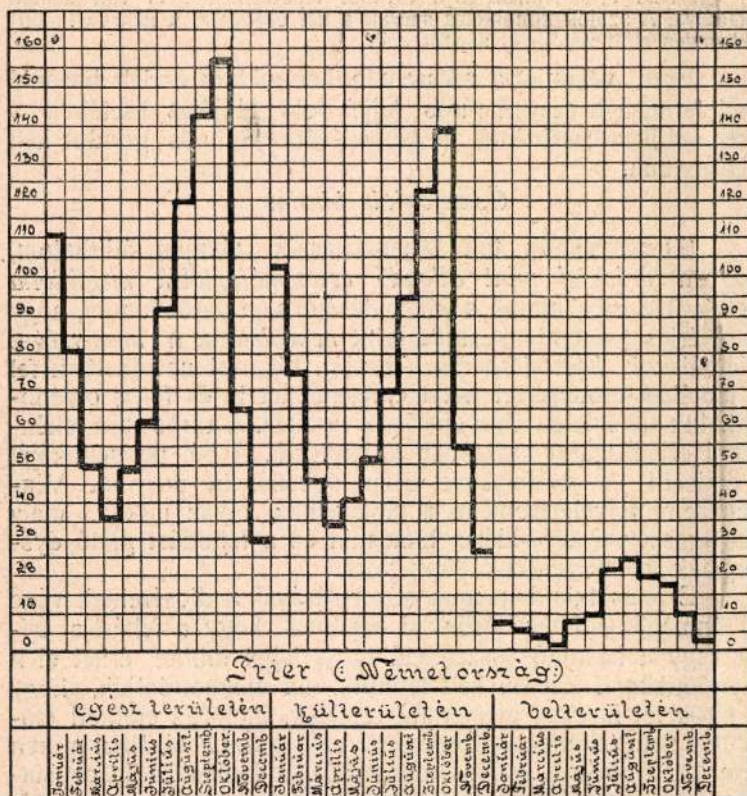
Lássuk csak, hogy helyezkednek itt el a hastyphus-esetek?

Igen jól látható, hogy a bántalom a gazdálkodással foglalkozó külterületen uralkodik, míg a városban előforduló megbetegedések úgyszólván számításba sem jönnek. Az uralkodó typus azonban itt is az augusztus-novemberi. Ha már most visszaemlékezünk a vízvezetékekkel és a közutakkal ellátott városok hastyphus-eseteire, a hol majdnem elenyésző különbség a kettő között, akkor könnyen reájöhetünk arra, hogy ennek a csekély különbségnek az oka — az adatszolgáltatás hiányosságaitól eltekintve — abban rejlik, hogy

²³ Schloss: Ueber Säuglingsernährung. Berlin, Karger. 1912.

²⁴ Schloss: Ueber Säuglingsernährung. Berlin, Karger. 1912.

nincs csatornázás, ellenben van nyitott emésztőgödör, a mi végeredményében nem egyéb, mint trágyadomb.



Mills szerint tehát a trágyadomb volna a veszedelem. Mindenekelőtt azonban az eddigi eredményekkel és tapasztalatokkal szemben nehezen tartható az az álláspont, mely a hastyphusnak augusztus-novemberi, tehát a nyárutó-őszi időszak típusát a mezői trágyából felszedett bacillusoktól megfertőzött és a városokba és a falvakba ősszel a mezőről visszavándorló patkányokkal iparkodik összefüggésbe hozni. Miért harmadkézből keresni a baj okát, a mikor az udvaron fekvő trágyadomb a légy közvetítésével hamarabb kerül a lakásba, mint a mezőről a patkány útján, a mely még sem olyan „barátságosan ragaszkodó” háziállatja az embernek, mint a légy!?

Önmagában azonban még a trágyadomb sem elég.

A legújabb kutatások már kétségbevonhatatlanul igazolták, hogy a lakásokban leginkább tartózkodó három légy: a *musca domestica*, a tropusokon a házi legyet képviselő *musca domestica* sub-species *determinata* Walker, *fannia canicularis* és a *fannia scalaris* az emberi dejectumon, tehát pöczegödörben élőködnek, sőt adott körülmények között

ezt szaporításra is felhasználják. Ezek között a lakásokban leginkább a *musca domestica* van a legjobban elterjedve, a mit *Graham-Smith* összeállítása is igazol.⁴¹

Ebből a nagyarányú vizsgálatból is az derül ki, hogy a közönséges házilégy az, a melytől óvakodni kell és a mely túlsúlyánál fogva minden más egyéb fajtát kiszorít. Ugy a házi légyről, mint a többről bebizonyították, hogy ha hozzájutnak, hihetetlen mennyiségben hordják és terjesztik a faecaliákban levő minden fajta bacteriumot.

Szabadkán éppen úgy, mint a többi alföldi városokban, de Magyarország egyéb részeiben is, a gazdák során egymás mellett helyezkednek el a nyitott pöczegödrök. Akárcsak az angolok trenching-groundjai (emésztő-árkok), ezek is egész nyáron lakhelyei a legyeknek. Az udvarokon meg iszonyú mennyiségben felhalmozva a trágya, a mely a szó teljes értelmében napról-napra termeli a legyeket. Képzeliük csak el, hogy a trágyadombra elsőnek elhelyezett petékből kibúvó légy a peték letevésétől számított három hét múlva már petéket rak. Egyetlen légy rövid élete alatt ötször-hatszor rak a trágyadombra 120—140 petét — egyetlen gazdasági udvar trágyadombján a nyár folyamán kikelő legyek számának meghatározásánál még a magasabb algebra is csődöt mond.

Vegyük csak a szabadkai helyzetet, nem szükséges innen tovább mennem. Az öt évet feltüntető diagramm azt árulja el, hogy szörványosan, rendkívül kis számban, de az év minden szakában fordulnak elő hastyphus-megbetegedések. Nem szenved kétséget az sem, hogy fölös számban fordulnak körülöttünk bacillusgazdák és bacillusszórók is. Ezeknek ürülékei pedig állandóan a nyitott pöczegödörbe vagy, a mi még rosszabb, a trágyadombra kerülnek. Sajnos, a mi földművelő népünknek és a háznép minden egyes tagjának megvan az a rossz tulajdonsága, hogy természeti szükségletet többnyire a trágyadombra felmászva végzi el. Nem is kell olyan nagy képzelődés hozzá, hogy akárhányszor a csizmája talpán viheti be a szobába a fertőző csirákat.

A melegebb idő beálltával megjelenő első hastyphus-beteg az első hetekben, a betegség felismerése és más egyebek híján, orvosi segély igénybevétele nélkül húzza ki a betegséget, a mi annyit jelent, hogy a míg mozogni tud, a trágyadombra vagy az emésztőgödörre jár; ha pedig teljesen legyengült, akkor a házinép viszi az ágytól tartalmát, az egyik vagy a másik helyre. Az eredmény tehát, a mint látjuk, lényegére nézve egyre megy: a kórokozó bacteriumok nap-nap mellett szabad zsákmányai a trágyadombon és a pöczegödörben hemzsegek legyeknek, sőt a lárvából kikerülő légynek valószínűleg ez az első tápláléka.

A pöczegödörtől pedig a szobáig nagyon rövid az út. Minden perczben ezer és egy alkalom van a bacteriumok leadására.

⁴⁰ *Graham-Smith* idézett munkája.

Helyiség, terület	Összes legyek száma	Musca domestica	%	Fannia canicularis	%	Egyéb faj	%	Észlelő
Manchester, vendéglő	—	1.869	99	14	1	2	—	—
" külvárosi konyha	—	682	97	7	1	14	2	—
Lancashire, külvárosi konyha	—	581	67	265	30	14	2	—
" " hálószoza	—	1	3	33	87	4	4	—
" " istálló	—	22	12	153	81	14	7	—
Egyesült-Államok ⁴²	23.087	22.808	98.8	81	3	198	8	Howard
London	35.000	28.350	82	6.950	17	700	1	Hamer
"	6.000	3.540	59	1.440	24	1020	17	Niven
Manchester	8.553	8.196	95	293	3	64	1	Robertson
Birmingham	24.562	22.360	91	1.154	4.7	1058	4.3	Hewitt
"	43.430	30.325	64	9.482	21	3623	8	
Manchester	3.856	3.374	87.5	443	11.5	38	1.5	
Összesen	144.408	118.953	82	19.843	14	6701	4	

⁴² A legyeket Massachusetts, New-York, Pennsylvania, Virginia, Florida, Georgia, Louisiana, Nebraska és California államok különböző területein fogták.

Ha következtetéseimben tovább megyek, teljesen világos, logikus kapcsolat alakul ki a legyek és a hastyphus között. Az évek egész folyamán, ennek minden szakában, a bacillusgazdák, bacillusszórók és a friss betegek révén állandóan kerül typhusbacillus a poczegődörbe és a trágyadombra. Ugyanígy foglalkoznak bacillusgazdák és bacillusszórók télen is tejjel és egyéb élelmiszerekkel. És ezek a bacillusok sem a téli, tavaszi, őszi, sőt ha esős az idő, mint pl. az idén május, június, július és augusztusban, még a nyári hónapokban sem okoznak galibát. Ebben az időben hiányzik az a factor, mely a széthordást eszközli: a házilégy. Ha ez még az őszi hónapokban is, mint az idén, megtalálja létfeltételeit, vele együtt azonnal felüti a fejét a hastyphus is, igaz, hogy vehemensebben, gyorsabb lefolyásban, de ugyanazt a szerepet játsza le ősszel, mint normalis viszonyok között nyáron. Ha ez nem így volna, akkor meg kellene tagadni a folyamatos görbében megnyilatkozó logikusan szigorú törvényszerűséget. Ezt pedig nem lehet.

A ki valaha falun élt, az nagyon jól tudja, milyen fölényes nyugalommal túri a parasztagazda a legyet környezetében. Az előtte lévő tál peremén, az étel oldalsó felszínén, a boros üvegen, a kenyérdarabokon ott sétál a légy korlátlan szabadságának szenttelenül öntelt tudatával. Végigmászkalja az alvó arcját, szemét, orrát, száját, pedig rövid pillanatok előtt még az emésztögödör kloakájában fürdött. Sokszor elnézem paraszt-, de úri házaknál is, hogy a nyitott ajtón besurranó legyek valami élelmiszere telepedtek és ott kedélyes nyugalommal söpörték lábaikról és szárnyukról az odatapadó mikroorganizmusokat.

A légynek azonban akárhányszor ki sem kell mozdulni a konyhából. Ide helyébe hozzák a faecalbacteriumokat, a trágyadombon való lakmározásuk után a konyhába vonuló kacsá, tyúk és a kutya. A két előbbi a dejectumával, az utóbbi épp úgy, mint a ház népe a talpán levő mocsokkal helyezi el a földre, a mely foltokat a légy azonnal ellepi.

Rendes körülmények között a nyári esetek száma lassan emelkedik és szinte köve van a légy szaporodásának biológiai fokozatához. Mentől több légynek van alkalma szerte-hordani a csírákat és minél tágasabb körben nyílik erre mód, annál inkább szaporodik az esetek száma. Akármelyik részében jártam a városnak az eseteket tanulmányozni, mindenütt azt tapasztaltam, hogy a hol hastyphus-megbetegedés fordult elő, tömémenten volt a légy, viszont ennek megfelelőleg mutatkoztak a hygienés viszonyok is. Az V.—VI. kertületben, a hol mindig a legtöbb eset fordult elő, nagyon rosszak az egyéni egészségügyi viszonyok, de az elszórtan fekvő betegek között a keletkezés okára nézve egyetlen egy sem tud felvilágosítást adni; a betegség kezdete teljesen homályba van előtűnt burkolva.

Ellenére az idej esetek hirtelen megjelenésének és az előfordulási szám gyors fölszöklésének, a városnak azon a területén — a belvárosban —, a hol sem trágyadomb, sem nyitott emésztögödör nincs, éppen úgy, mint az elmúlt négy év alatt az idén is alig volt esetünk; mindössze kettő fordult elő. Pedig, ha akár az időjárás, akár táplálkozási, akár contact vagy lánczfertőzési, szóval egyenlően ható factor játszana szerepet, az eredménynek is egyenlően kellene megnyilvánulni. A belvárosban azonban, ha van is bacillusgazda, mint a hogyan bizonyára van, de nincs nyitott emésztögödör, a hová a legyek eljuthatnának, hogy a kórokozó anyagot szerte-hordhassák és az egyéni egészségügyi viszonyok is jók. A városnak trágyadombokban bővelkedő része pedig sokkal messzebb esik innen, semhogy a legyek onnan bevándoroljanak.

És ez a tapasztalat sajátosságosan megegyezik az ország halálozási statisztikájával is. A nemzetiségi vidékeken, a hol nemcsak a hygienés viszonyok, de a kultura is meglehetősen alacsony fokon állanak, a hol nemcsak a nyitott árnyékszék vannak kiirthatatlannak látszó divatban, hanem a földművelő egy fedél alatt él az állatjaival, van a typhus legjobban elterjedve. Felsőmagyarország kultura és tisztaság szempontjából fejlett városaiban alig fordul elő megbetegedés.

A legyeknek, illetőleg a házilégynek ez a szerepe annál nagyobb mérvben fog érvényre jutni, mennél több alkalmuk van a megfelelő kórokozót továbbterjesztésére. Az én szerény véleményem szerint az epidemiologia hullámvonalán található augusztus-novemberi kiemelkedések teljesen megfelelnek és azonosak is a régi, ú. n. „*explosziós kitörésekkel*“, a melyeket azelőtt, nem is olyan nagyon régen, vízzel, tejjel és egyéb élelmiszerek hoztak összefüggésbe. A Szabadkán négy éven keresztül (1909, 1910, 1911, 1912) tapasztalt megnyilvánulás az ötödik (1913.) évek mintegy ellenpróbául szolgáló hastyphus története minden nehézség nélkül megengedi, hogy az *explosziós kitörések* előidéző tényezőjéül ne a vizet, tejet és egyéb élelmiszert, hanem *egyenesen a legyet jelöljük meg*. Lehet a tej és egyéb élelmiszer is a bántalom előidézője, de csak az esetben, ha a legyeknek alkalmuk van ez anyagokat a megfelelő kórokozóval beoltani. Nagy városok piszkos, zsúfolt proletárlakásaiban egyetlen egy bacillusgazda, vagy bacillusszóró elegendő ahhoz, hogy az e helyeken tanyázó legyek a pathogen bacteriumokhoz hozzájuthassanak és ezeket továbbbírassák. Máskülönben érthetetlen lenne, hogy a városnak két különböző helyén fekvő, egyébként teljesen azonos rossz hygienés viszonyokat mutató lakásai közül az egyik helyen tömegesen fordul elő a hastyphus, a másikon meg hirmondónak sem akad.

Mint a nyártól feltételezett *alimentaer* bántalom is csak úgy fordulhat elő, ha az élvezett élelmiszer a legyek közvetítésével fertőződött meg.

Hastyphus, mint azt a diagrammok is kétségtelenül mutatják, elszórtan, az egész év folyamán fordul elő, de az évek typhusos négy hónapja még csak arányba sem állítható a fenmaradt nyolcz hónappal, olyan óriási nagy a különbség.

Igaz, hogy az esős időszak beköszönte után is, néha elég későn jelentkeznek újabb megbetegedések. A hullámvonal azonban ennek ellenére állandóan esési tendenciát mutat. A látszólag elkésett esetekben elsősorban is nem szabad megfedkezni a lappangási időszakról. Az a diagramm, a mely a légy és a hastyphus közötti viszonyt tünteti fel, de a többi görbék és a tapasztalati tények is azt igazolják, hogy a légy görbéje csúcsainak magasságát a hastyphus görbéje csak 8—14 nappal később éri el. A szabadban szemmel látható és észrevehető légyfogyatkozást nem követi ugyanez a szobákban. A parasztlakásokban rejlő viszonyok folytán (túlfűtött szoba, élelmiszer, piszok stb.) itt a nedves időjárás miatt, a behűződés következtében, eleinte még *szaporodik* a legyek száma és csak jó későn vehető észre a pusztulás; vagyis a fertőzés lehetősége, különösen, ha beteg van a háznál, még ekkor is jó ideig fennáll. Az elhúzódo, napsütéses, kései őszi napok megszűnte után, tehát csak akkor várható lényeges esés, ha az összes fertőzött alanyok megbetegedése már bekövetkezett.

Szaporítják az esetek számát a korábbi, elhanyagolt, vagy orvosi segély igénybevétele nélkül elhúzódo megbetegedések késői bejelentése, valamint a recidiváltak is. Az őszi dologtalan időben megnövekedik a beteglátogatások jó száma is, a mi, a sok beteg mellett, könnyen adhat alkalmat a contact infectióra is.

Bár az utóbbi időben mindegyre gyakrabban és nyomatékosabban hangoztatják a contact fertőzés lehetőségét, tudom nagyon jól, hogy a klinikusok nem igen szívesen ismerik el a contact fertőzés lehetőségét. Az ágyról-ágyra haladó infectiót is kizártnak tartják és legfeljebb annyit engednek meg, hogy a fertőzés veszélyének leginkább a beteggel foglalkozó ápolószemélyzet van kitéve. Falun és vidéki városban, a földművelők között, egészen más a helyzet és az esetek nagy száma mellett éppen a beteglátogatás révén terjedhet tova a bántalom. Kétségtelen, hogy ez nagy veszedelmet nem rejt magában, a mit különben az előforduló esetek csekély száma is igazol.

Mindent egybefoglalva, a görbének az esős időszak bekövetkezése után megindult állandó völgyemenete azt igazolja, hogy az *explosziós* előidéző ok megszűnt.

Látjuk tehát, hogy a *hastyphus* augusztus-novemberi típusának elterjedésének főkélléke, hogy a legyek fertőzött dejectumhoz jussanak. A mint ennek a lehetősége megszűnt, vagy azáltal, hogy eltüntettük a nyitott emésztőgödört, vagy azáltal, hogy az emésztőgödör tartalmát hozzáférhetetlenné tesszük a legyek részére, vagy módot találunk arra, hogy a nép ne használja a trágyadombot, vagy, hogy betegének ürülékét mésztejjel fertőtlenítsse, vagy hogy felvilágosítsuk a légy veszélyhezó mivoltáról, vagy . . . de minek folytassam tovább!? Ismét felbukkan a társadalmi higiénie mindenütt jelenvaló mottója: Tanítsuk, világosítsuk fel a népet, mert a §§-okkal semmire sem megyünk. Mintha csakugyan igaza volna *Gottstein*-nek: *A biológiai higiénie holtpontra jutott és a higiénie továbbhaladása a jelenben már csak a társadalmi higiénie területén várható.* Önkéntelenül tollam alá kerül *Mózes V. könyve XXIII. részének 12. és 13. verse:*

„És a táboron kívül valami helyed legyen néked és oda kimenj szükség tenni.“

„És legyen neked ásócskád a te fegyvered mellett, és mikor le akarsz ülni, azzal áss vermet: és felkelvén, befedjed, a mi tőled elment.“

Szóval, hogy az előbb félbeszakított mondatot folytassam, ha lehetetlenné tesszük a legyeknek fertőzött dejectumhoz való jutását, nekem szilárd meggyőződése, hogy a *hastyphus* augusztus-novemberi típusának legfőbb kérdését megoldottuk, vagyis eddigi nagyarányú megjelenését megátolni tudjuk. Ma az egyetlen komoly ellenvetés az, hogy nem minden esetben sikerül a légyről az *Eberth*-féle bacillust leválasztani.

„Végeredményében éppen nem a legkönnyebb dolgok közé tartozik, *typhusbacillust* a légyről leválasztani és azonoságát igazolni“ mondja találóan *Graham Smith*. „A légy szervezetében igen gyakran fölös számban találhatók (77 válfajt találtak, melyek közül 45-öt izoláltak) *lactoset* nem fermentáló bacillusok, a melyek ott pompásan érzik magukat és élénken emlékeztetnek a *typhusbacillus*ra. Az eredeti kultúrán fejlődő coloniák nemcsak hogy a *typhusbacillus*ra emlékeztetnek, de néhány ezek közül még akkor sem különbözhet el a *typhusbacillustól*, ha izoláltan, megfelelő alanyban tenyésztettük. Ezek a fajok kétségtelenül csak ismert immunserummal végzett agglutinációs és absorptiós kísérletekkel különíthetők el. Ezeknek a *lactoset* nem fermentáló bacillusoknak a jelenléte bizonyára akkor is akadályozza a *typhusbacillus* leválasztását, a mikor ez jelen van, pedig ennek feltalálása amúgy is hosszas és fáradságos munkát igényel.“

A kérdés mindenestre a legérdekesebbek közé tartozik. Semmiesetre sem ártana, ha az országban előforduló augusztus-novemberi *hastyphus*-eseteket figyelemmel kísérhetnők. Én a magam részéről nagyon kérem tisztelt kartársaimat, legyenek szívesek a kérdés végleges tisztázásához adatgyűjtéseikkel, tapasztalt megfigyeléseikkel hozzájárulni. Minden idevonatkozó észrevételt a legnagyobb köszönettel fogadok és felhasználok. Hiszen maga a betegség is megérdemli, hogy fokozottabb figyelemben részesítsük.

Ne felejtjük azonban hirdetni mindenütt *Howard* szavait: „Nagyon kevesen akarják elhinni, hogy a torta szélén köröskörül mászkáló légy rövid idővel előbb még a szemetes láda, hamutartó, hulladékedény tartalmába vagy egyéb leírhatatlan rondaságba mártogatta éppen nem válogatós csápját.“

A *hastyphus* augusztus-novemberben állandó megjelenésének konstatálására, a sajátos összefüggés az időjárás, illetőleg a légy és a typhus jelentkezése között, mindenestre gondolkodóba kell, hogy ejtse a higienikust. Nemcsak az elmélet, de a ténybeli adatok is azt igazolják, hogy a *hastyphus* görbéje együtt emelkedik a legyek számának hullámvonalával. A legyek szaporodásának lassú, fokozatos hegyemenetét hűségesen követi a *hastyphus*, együtt és egy időben érik el a csúcspontot, hogy innen a legyek görbéje hirtelen, a *hastyphus* görbéje valamivel később enyhe eséssel vonuljon a völgybe. A városnak azon a részén, a hol a *hastyphus* gyakrabban és állandóan fordul elő, aránytalanul sok a légy. Minden jel arra mutat, hogy a *hastyphus* augusztus-novemberi típusában domináló szerepet játszik a házilégy.

Elsősorban is arra kell törekedni, hogy a lehető legkisebb térre szorítsuk a legyek szaporodási feltételeit. Ezt elég könnyen elérhetjük a városok belterületén, az intelligens osztály körében, annál is inkább, mert itt nagyrészen nincsenek is meg a túlszaporodás feltételei, de annál nehezebben megy a külvárosokban, a falun, a hol a lakosság intenzív állattenyésztést űz. Szabadkán a rendőrség kiméletlenül ellenőrzi, hogy a trágyadomb kihordása rendesen történik-e? A külvárosokban levő korcsmák emésztőgödreit május 1.-étől kezdve nap-nap mellett friss mésztejjel fertőtleníti. Ugyanez történik azokban a házakban, a hol *hastyphus*-beteg van, de igen sok helyen megteszik önszántukból is. Ennek megtörténtét azonban állandóan és folytonosan ellenőrizni a lehetetlenséggel határos. Magának a közönségnek kell erre reájönni és saját érdekében minden módot és alkalmat felhasználni a legyek elpusztítására.

Szükség van e mellett, különösen a külvárosokban, az egyéni és a köztisztaság ápolására. Mert a mint az egyes területeken és helyiségekben a legyek által hordott és a bacteriumok számában kifejezett piszok mennyisége állandó viszonyban van az ott tartózkodó emberek szokásával és az utca állapotával, ugyanígy követeli meg eminenter ez a tanítétel a házi és a városi tisztaság feltétlen szükségességét és a mi ezzel mindenképpen együtt jár: bármi áron megakadályozni azt, hogy a legyek az élelmiszereket akár alkalmilag pathogen, akár csak ártalmatlan bacteriumokkal is megfertőzhessék.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Tomor Ernő dr.: A tuberculosis leküzdésének rendszere Magyarországon. Budapest, Kókai Lajos, 1914. Ára 1 korona. A József kir. Herczeg Szanatorium-Egyesület kiadványa.

A füzet két önálló részre tagozódik, melyhez harmadiként függelékkel csatolt a szerző, a ki hazai tuberculosis elleni küzdelmünk ifjabb harcos gárdájának egyik hivatott munkása. Irata első része tágabb orvosi körben ismert, mert az Orvosi Hetilap 1913. évi 45. és 46. számában önállóan jelent meg „A tuberculosis leküzdésének új rendszere Magyarországon“ czímmel. Megragadja olvasóját száraz czíme ellenére a füzet második része: „Működési szabályzat“. E 36 §-ra bontott szabályzatot a József Kir. Herczeg Szanatorium-Egyesület végrehajtó-bizottsága a maga 100 fiókegyesülete és 18 tüdőbeteg-gondozója részére kötelezőnek fogadta el.

A hazai és külföldi tapasztalatokból leszűrt vezérfonál, mely útmutatás a tuberculosis elleni küzdelem bajnokai részére, egyfelől a küzdelemben résztvevő orvos és laikus működési körét határozza meg pontosan, másfelől pedig fölvilágyozza a művelt magyar társadalom emberbaráti érzését és magamunkálkodásra serkenti hygienés és kulturmunkálkodásra ott és akkor, a hol és a mikor orvosi tudásunkat a rettenetes kór pusztítása — az ellene való küzdelemben — guzsba kötötte állítja meg.

A füzet függelékében bemutatja a tüdőbeteg-gondozók nyomtatványmintáit, 4 képen a lévai tüdőbeteg-gondozót, egyen a gyulai sanatorium látképét, végül egy felette praktikus berendezésű dispensaire-épület alaprajzát.

Melegen ajánlom a tuberculosis elleni küzdelem iránt érdeklődő kartársak figyelmébe a rövid, jó írásmódú, ügy-szeretettel megírt, tetszetős kiállítású füzetet.

Kupferschmidt János dr.

Urologischer Jahresbericht einschliesslich der Erkrankungen des männlichen Genitalapparates. Redigiert von Prof. A. Kollmann und S. Jakoby. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig.

Csakúgy mint minden évben, most is megjelent *Urologischer Jahresbericht* czímen az a szakorvosok számára alig

nélkülözhető compendium, mely nemcsak megnevezi, de nagyobb- és kisebb-kivonatokban közli, illetőleg ismerteti mindazokat az urológiai könyveket, közleményeket és értekezéseket, melyek egy-egy év folyamán bármelyik kultúrnyelven nyomtatásban megjelentek.

Az 500 nyomtatott oldalra terjedő könyvnek áttekintése rendkívül könnyű, mert egyrészt a betegségek az urológiai szervek szerint vannak csoportosítva, másrészt pedig a könyv végéhez fűzött személy- és tárgymutató alapján az érdeklődők könnyen megtalálják azokat a közleményeket, a melyeket keresnek. Továbbá előnye a munkának, hogy a referátumok a lehető legrövidebben vannak tartva, a közleménynek csak a lényegét merítik ki, de ezt azután olyan szakértelemmel adják vissza, hogy ezzel az olvasót a megfelelő kérdéssről úgyszólván teljesen tájékoztatják. A kit pedig valamely thema különösen érdekel, az pontosan megtalálja azon folyóiratnak a nevét és a számát, a melyben a kérdéses cikk megjelent.

Drucker.

Lapszemle.

Belorvostan.

A diabetes jelentőségét sebészeti beavatkozások esetén méltatja F. Kraus. E referátum a jeles szerzőn kívül más, elsőrangú diabetes-kutatók véleményét is tartalmazza. Mindenekelőtt külön megítélés tárgya kell hogy legyen az, hogy vajjon a diabeteses egyéneken végzett műtétek alkalmával az esetleges complicatiók vagy a halál okául magát a diabetezt, vagy a kérdéses esetben az esetleges egyéb komplikáló körülményeket okoljuk-e, mint pl. az előrehaladott kort, az általános gyengeséget, a súlyos vérszegénységet, a nagyfokú tuberculosist, a bronchitist, szívbetegeket, uraemiát stb. E kérdés tisztázásához nagy mértékben hozzájárulhat a postoperatív halál okának a tisztázása. Így pl. Lundban G. Petrin statisztikája szerint az utolsó 5 évben 8440 műtétet végeztek. Ezek közül 304 (3,6%) végződött halálosan. Ezen 304 eset a következőképpen oszlik meg: 162 a tulajdonképpeni előrehaladott betegségben halt meg, 44 esetben pneumonia volt a halál oka, 15 haláleset oka tüdőembolia volt, 24 esik sepsisre, míg a fennmaradó esetekben különös complicatiók vagy technikai hibák szerepeltek. Összesen 26 esetben volt aggsági gyengeség, előrehaladott tuberculosist, súlyos vérszegénység s cukorbetegség a halál oka. Már ebből is látható, hogy a cukorbeteg a postoperatív halál-okok közt jelentősebb szerepet nem játszik.

Payr 11.000 műtét közül 23-at végzett diabeteses egyéneken. Ezek közül 20 eset gyógyulással végződött, 3 halálra vezetett. Szerinte Kausch állítása, a mely szerint a diabetes minden műtét contraindiciójául szolgál, nem állhat fenn. Absolut contraindicióképpen csak a súlyos acidosis járó esetek szerepelhetnek. Azonban abscessus, carbunculus, phlegmone, gangraena ezen esetekben is műteendő. Asepsises sebek a cukorbeteg betegekben éppoly jól gyógyulnak, mint a nem cukorbeteg egyéneken. A diabetes súlyosságának megítélésénél nem a vizelet cukortartalma mérendő, hanem a vizelet cukorkoncentrációjának lehetősége s a szénhydrattolerancia foka. A műtét előtt a vizelet cukorkoncentrációját meg kell vizsgálni. Diabeteses egyéneken műtét végzendő: sérülések esetén, az életet közvetlen veszélyeztető megbetegedésekben (incarcerált sérv, paranephritis, tályog, acut pankreatitis stb.), az életet nem közvetlenül, de később fenyegető megbetegedésekben (rosszindulatú daganatok) és végül nem életveszélyes, de a munkaképességet s az életörömet állandóan rontó megbetegedésekben (vese-, epekövek, recidiváló appendicitis stb.). A szem előtt tartandó szabály az, hogy minél súlyosabb az állapot vagy a műtét indíciója, annál kevésbé veendő figyelembe a diabetes. Kozmetikai s plastikai műtétek lehetőleg mellőzendők. A műtétek alkalmával az inhalációs narcosis lehetőleg kerülendő. Ha lehetséges, localis, vezetési vagy lumbalis anaesthesia alkalmazandó. Végtagműtétek alkalmával kerülendő az Esmarch-pólya alkalmazása.

Naunyn véleménye szerint a diabeteses egyéneken végzett műtét veszélyességét elsősorban a szövetek csökkent ellenálló képességén alapuló fokozott infectio-érzékenység szabja meg. A másik főveszélyt a postoperatív coma alkotja. Az előbbi veszélyt kikerülhetjük az asepsis által. A műtét előtt a nagyfokú glykosuriát lehetőleg csökkenteni kell: azonban ennek előfeltétele, hogy ehhez bőven rendelkezünk idővel. Inkább egyáltalában ne befolyásoljuk a diétát, mintsem gyorsan, teljes megvonást alkalmazzunk. Még nagyobb jelentőséget kell tulajdonítani az acidosisnak, a mely nemcsak a sebgyógyulást zavarja, hanem a postoperatív coma veszélyével is jár. Ennek mértékét leghelyesebb a Gerhardt-féle reakciót venni. Leggyakrabban számíthatunk complicatiókra chloroform-narcosis után, azonban előfordulhat helyi anaesthesiában is. Minthogy a postoperatív coma legvalószínűbben savmérgezés eredménye, leghelyesebb Kausch szerint a műtét előtt natrium hydrocarbonatot bőven adagolni addig, míg a vizelet lúgos kémhatású lesz. A coma kitörésekor sok szódán kívül főleg tejet adjunk bőven; subcutan Ringer-oldatot és natrium hydrocarbonatot.

Noorden szerint a műtét veszélye főleg a következőkben áll: infectio-érzékenységben, a szövetek csökkent ellenálló képességében (az antisepsisnek asepsissel való felváltása e tekintetben sokat javított), az erek arteriosclerosisos megbetegedésében, a szívizom gyengeségében (főleg juvenilis diabetes eseteiben), acidosis jelenléte esetén a narcosis közvetlen veszélyében (főleg chloroformnarcosis), a műtét utáni utóvérzésekben (főleg hályogműtétkor).

O. Minkowski szerint a diabetes mellitus rontja a műtét beavatkozást és lefolyást, viszont a műtét beavatkozása rontja a diabetezt. E káros hatásnak azonban nem kell szükségszerűen beállni. Tehát műtét beavatkozások alkalmával a diabetes nem absolut, csak relativ contraindicióképpen szerepel.

A diabetes a sebgyógyulásra károsan hat a hyperglycaemia, az anyagcsere abnormitása s a pancreas functiozavara folytán. Ezen káros hatás nyilvánulhat: a vér és a szövetnedvek megváltozott összetételén alapuló fokozott infectio-érzékenységben, az organismus védőberendezésének a diabetes anyagcserezavara folytán hiányos antitestképződés alapján magyarázható tökéletlenségében, a szövetek regenerációs képességének korlátoltságában. A műtét behatás károsan befolyásolhatja a diabetezt a psychés shock folytán, a narcoticumnak a szervekre gyakorolt káros hatása alapján, a műtét káros behatásoknak a diabetes folytán ellenállásában gyengült szervekre kifejtett direct káros hatása folytán. Ez nyilvánulhat: a diabetes intenzitásának fokozódásában, az acidosis beálltában vagy emelkedésében, szívgyengeség vagy erőhanyaglás keletkezésében. A complicatiók jó része kikerülhető igen szigorú asepsissel, a narcoticumok alkalmazásának és megválasztásának helyes módjával, a legegyszerűbb s leggyorsabb műtét mód megválasztásával, a szöveteket károsan befolyásoló eljárások (Esmarch-féle vértelenítés, infiltráló eljárások stb.) kizárásával, a műtét előtti és utáni helyes diéta alkalmazásával (a mi által a hyperglycaemia s az acidosis lehetőleg alacsony fokon marad s az erőbeli állapot lehetőleg megtartott) és alkáliák bő adagolásával. (Deutsche med. Wochenschr., 1914, 1. sz.)

Galambos dr.

Sebészet.

A peritonealis összenövések prophylaxisáról és terapiájáról értekezik E. Payr. Különösen a hasműtétek után oly gyakran észlelhető összenövések a szerzőt arra a gondolatra vezették, hogy a beleket valamely alkalmas, kellemetlenséget nem okozó vaskészítménnyel töltse meg, a mi által azok elektromágnesessé válnak. A ferrum oxydatumot találta erre legalkalmasabbnak, a melyből — miként állatkísérleteiből meggyőződött — 1—2 grammnyi adagok teljesen ártalmatlanok. Azt találta, hogy a vékony- avagy vastagbelekbe juttatott vaskészítmény következtében a hasfalán végigvezetett

mágneses készülék hatására a belek a hasfal felé közeledtek. A technikai nehézségek legyőzésével a szerző reméli, hogy ezen eljárás a sebészetben a Röntgen-átvilágítás segélyével a következő esetekben lesz alkalmazható: adhaesiók felismerésére, összenövésnek megszüntetésére azonban csak akkor, ha azok asepsises terület körül képződtek; beleknek egymás között és a hasfallal való lapszerű összenövése esetén, valamint a gyomorbélcsatorna helyzetének megváltoztatására (enteroptosis); a hasüri szervek érzékenységeinek megvizsgálására, a peristaltika, esetleg antiperistaltika megfigyelésére; az elektromágnesessé tett belek peristaltikájának gyorsítására idősült székrekedés esetén; a radiológiában ulcus-zugok, diverticulumok diagnosisának megállapítására; invaginációk, bélmegtörések, bélkacsok tengelykörüli elcsavarodásának helyreigazítására. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1913, 47. sz.)
Ifj. Hahn Dezső dr.

Ideg- és elmekórtan.

A transvestismus-szal foglalkozik O. Oehmig. 1910-ben ismertette Magnus Hirschfeld a transvestismust, mint a sexualis abnormitás egyik újabb formáját. A transvestismusra jellemző, hogy testileg rendesen fejlett, mindenképpen heterossexualisan érző emberek mintegy kényszer hatása alatt állanak, hogy a másik nem ruháit öltsek magukra, hordják és lehetőleg e nem caractereit, modorát utánozzák. Mindkét nem között feltalálható ugyan, de a férfiak között gyakrabban. A transvestismus meglehetősen ritka és különben is a betegek lehetőség szerint kerülnek az orvosi megfigyelést. Az átöltözködést magában már régebben ismerték, de egyéb formák, főképpen a fetischismus közé sorolták. A kettő között azonban csak a heterossexualitás a közös vonás, egyébként különböznek. A fetischismusban szenvedő az egyes női ruhadarabokat bálványképpen imádja ugyan, de nem hordja a saját testén. Ezzel szemben a transvestismusra éppen az a jellemző, hogy az illető időnként teljesen a másik nem ruháját ölti magára és annak akar látszani. E mellett azonban egyébként saját nemének összes kiváltságait élvezni akarja.

A transvestismus aetiologiája épp oly bizonytalan, mint az egyéb sexualis rendellenességeké. A congenitalis alap azonban valószínű, mert a legtöbb transvestismusban szenvedő már a kora gyermekéveiben is hajlamos ezen abnormitásra. Ziehen ezzel szemben szerzett rendellenességnek tartja, a mely főképpen psychopathiás egyénekben szokott kifejlődni. Naেকে és Hirschfeld a bisexualis csíráképződés maradványának tartja. Freud, minthogy nézete szerint eredetileg minden ember bisexualis érzésű és csak később a psychés gátlás folytán lesz unisexualissá, a transvestismusban az infantilismus tünetét látja. Chronikus mérgezés, terheltég alig játszik szerepet. A transvestismus és imbecillitas között alig található szoros kapocs.

A transvestismus prognosiról és therapiájáról, mint hogy még kevés eset ismeretes, nem nyilatkozhatik a szerző, de semmi esetre sem vehető könnyen e baj. Suggestiv kezelést tanácsos igénybe venni és az általános tápláltságot emeljük. Törvényszéki szempontból, minthogy ritkán fordul elő, nem játszik nagyobb szerepet, az illetők alig szolgáltatnak okot a megbüntetésre. A transvestismus átörökléséről eddig még nincs adat. (Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie, XV. köt., 190. old.)
Goldberger Márk dr.

Gyermekeorvostan.

A női tej kémhatását vizsgálta Davidsohn Finkelstein berlini intézetében. Tudjuk, hogy a test folyadékaik kémhatására vonatkozó nézeteink az utolsó években jelentékeny átalakuláson mentek keresztül. A biológusok az oldatok kémhatását physicalis-chemiai alapon kezdték tanulmányozni és kiderült, hogy valamely oldat kémhatását titrálás és lakmuspapiros segélyével csak a legegyszerűbb esetekben sikerül megállapítani. Davidsohn 13 dajkától származó húszt tejpróbát vizsgált meg elektrometriás úton és ilyen módon megállapította, hogy a tej valódi kémhatása a semlegeségi pont körül ingadozik; középérték gyanánt mégis azt találta, hogy nyomokban savi a kémhatás. A női tej kémhatása savanyúbb, mint a vére s csak valamivel lúgosabb, mint a tehéntejé. A lakmustinctura és lakmuspapiros a női tej és a tehéntej kémhatásának megállapítására alkalmatlan. (Zeitschrift f. Kinderheilk., 1913, 9. kötet, 1. füz.)
Flesch.

Bőrkórtan.

A sulfoformnak a dermatológiában való alkalmazásáról ír M. Joseph és L. Kaufmann (Berlin). Ez az új kénes készítmény rövid néhány éves létezése óta jól beváltnak látszik. Hatásos volta alkalmasint különös vegyi összetételén alapszik (kén-antimonvegyület). A szerben egyedül a kén a hatásos componens, a szerves fémcomponens (triphenylstibin) ellenben csak igen alkalmas vivője a kénnek, melyet a legkisebb vegyi behatásra lehasít. A sulfoform elég jól oldódó készítmény, mely szagtalan és a bőrt nem izgatja. Helybeli alkalmazáskor nem mérges anyag. Nemcsak a kísérleti és vegyi vizsgálatok, hanem a therapiás kísérletek is azt bizonyítják, hogy a szer minden olyan esetben, a melyben a kénes kezelés javalt, a legjobb eredménnyel használható. Így különösen jól beválik a szer seborrhoeás alopecia eseteiben. Természetesen minél korábban kell a sulfoformkezelést megindítani, a mikor a fejbőrnek még csak az erős korpázása a legfőbb tünet. A tennivaló ilyenkor az, hogy vagy szappanszeszszel s meleg vízzel, vagy szappanos-szódás vízzel (1 evőkanál szóda 1 liter vízre) mosatjuk a fej hajzatos bőrét, a melyre azután kellő leöblítés és megszáritás után a sulfoformkenőcsöt (sulfoformi 2·5, ol. ricini 3·0, vaselin. amer. opt. 25·0) kenetjük. A sulfoform ily kenőcs alakjában a leghatásosabb, de lehet a szert 2%-os alkoholos oldat alakjában is jó sikerrel alkalmazni. A kenőcsnek több heti használata után sulfoformos fejmossófolyadékot alkalmaztatunk, melyből csöp-penként kis mennyiséget öntünk a fejbőrré. Legjobb reggel zsírtalan sulfoform-spiritust (sulfoformi 1·0, glicerin 4·0, chloroformii 16·0, alkohol. abs. ad 50·0) alkalmazni, estére pedig zsírosat (sulfoformi gr. 1·0, ol. ricini 12·5, alkohol 98% ad 50·0). (Therapeutische Monatshefte, 1912, 12. f.)
Guszman.

Venereás betegségek.

Spirochaetákat paralysses beteg vérében mutatott ki C. Levaditi (Paris). A szerző vizsgálatai arra irányultak, hogy paralyssis progressiva eseteiben a syphilis-es folyamat egyedül az agyvelőben székel-e, avagy még általános az, úgy hogy esetleg a vérben is kimutatható. Az utóbbi esetben a paralyssis a syphilis-es szervezetnek csak részjelensége volna. Levaditi vizsgálatait olyképpen rendezte be, hogy 6 paralyssis-es betegnek frissen vett véréből házinyulak heréjébe oltotta. A 6 eset közül positiv eredményt csak 1 eset adott, a melyben a syphilis-es infectio mintegy 15 év óta állott fenn. Az oltott állat scrotumán 127 nap múltán eléggé típusos papulák keletkeztek, melyek nedveztek. A nedvük ultramikroszkopban bőséges, mozgó típusos spirochaetákat tartalmazott. Kiderült ebből, hogy a vérben még igen hosszú idő után is keringhetnek spirochaeták, jöllehet a lelet állandónak (5 negativ oltási eredmény) éppen nem mondható. (Académie des sciences, Paris, 1913, nov.)
Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A felhám-regeneratio fokozására Esslinger ajánlja az epithelogen nevű szert, a mely 20 rész nyers paraffinolajból és 80 rész amerikai disznózsírból áll. Az újonnan képződő epidermis vastag és nagyon ellentálló. A mikor nagyon érzékeny betegeken használjuk, czélyszerű valamilyen érzéstelenítő szert hozzáadni, például 5% propaesint. (Bruns' Beitr. z. klin. Chirurgie, 85. k.)

A testijodyl új jodkészítmény, a melyben a jod fehérjéhez van kötve; vasat is tartalmaz. A berlini egyetem bőr-

beteg-klinikáján jó eredménnyel próbálta ki Löhe. Csokoládéval bevont alettlakájában jön forgalomba. Naponként 3 tablettát veendő be. (Therapie der Gegenwart, 1914, 1. füzet.)

Subjectiv fülzörejek ellen *Senator* is ajánlja az otosclerolt, a mely — a mint ismeretes — bromot, cimifugint és phosphort tartalmaz s a melynek kedvező hatásáról már többen nyilatkoztak kedvezően. Hosszabb ideig kell rendszeresen használni (naponként 3-szor egy-egy tablettát evés után). Ujabban jod-otosclerol néven mintegy 23% jodnatriumot tartalmazó alakban is forgalomba kerül arteriosclerosisban vagy régi luesben szenvedők részére. (Mediz. Klinik, 1913, 47. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 7. szám. *Hollós István*: Az elmeegógyintézetek therapia múltja és jövője. *Dach Sándor*: A phosphor szerepe a gyógyászatban.

Orvosképzés, 1914, 1. szám. *Liebermann Leó*: Elvi jelentőségű legújabb haladások az orvosi tudományokban. *Krompecher Ödön*: A rák kóroktanáról és morfológiájáról. *Tauffer Vilmos*: A radium a rákgyógyítás szolgálatában. *Ketty Károly*: Elsődleges túltengéses biliaris májcirrhosis. *Jendrassik Ernő*: A gyermek növekedésének előmozdításáról. *Korányi Sándor*: A gyomor vizsgálatának egyszerűsítése a gyakorlatban. *Dollinger Gyula*: A helybeli érzéstelenítés mint a narcosis helyettesítője az általános sebeszetben. *Grósz Emil*: Miképp okoznak az orr- és fülbajok szembetegségeket?

Orvosok lapja, 1914, 8. szám. *Porosz Mór*: Az elülső húgycső-részlet öblítésének technikája. *Kázmér Jenő*: A porszerű antisepticumok alkalmazása a kis sebeszetben.

Budapesti orvosi újság, 1914, 8. szám. *Láng Adolf*: A medenczetörésekről és azok következményeiről. „Füld- és vízgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Weltmann Mór*: Az ischias kezelése a physiotherapiailag gyógyászati, különös tekintettel a Bier-féle hyperaemiára. *Hoffmann Jenő*: Az elektromos soványító kúrák, különös tekintettel a bergonizálásra.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Látrányi Sándor* dr.-t a mezőhegyesi ménésintézet orvosává, *Bornemissa József* dr.-t, a miskolci Erzsébet-kórházhoz főorvossá nevezték ki.

A budapesti egyetem I. számú női klinikáján január hóban 195 szülés folyt le. A nőgyógyászati osztályon 39 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 108 esetben vették igénybe; a műtétek száma 92 volt.

A budapesti poliklinika rendelésein januárban 6005 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 14.215 volt.

A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt április hó 2-án kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyújt *Issekutz Béla* dr. gyógyszer-tanarsegéd Kolozsvárt, Trefort-utca 8.

Meghalt. *Polnisch Artur* dr. tiszteletbeli megyei főorvos Löcsén. — *Julia Cock* dr., a londoni női orvosi tanintézetben a belorvostan tanára s a tanintézet igazgatója, február 7-én 54 éves korában. — *Völckers*, a szemészet nyugalmazott tanára a kielii egyetemen, február 2-án.

A marienbadi orvosotthon vezetősége most küldötte szét évi jelentését, a melyből kitűnik, hogy az elmúlt idényben (május 1-étől szeptember 30.-áig) 63 orvosnak, illetve feleségének adott lakást és egyéb kedvezményt. Ezen otthonban kúrára vagy üdülésre szoruló orvosok felvételnek és pedig ez évben 65 szabad helyen. A szabad helyekkel együtt jár a díjmentes fürdőhasználat, a gyógy- és zenedij alóli felmentés, stb. Szabad helyek iránti folyamodványok válaszbélyeggel intézendők a marienbadi orvosi üdülőotthon vezetőségéhez. A partolásra nagyon érdemes egyesület tagsági díja 5 korona.

Megjelent. *Navratil Imre*: A gégetükrözés keletkezése és fejlődése. Emlékezések orvosi működéséről 1858—1913. Budapest, Mai Henrik és fia kiadása.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. A párisi „Académie des sciences” egyik utóbbi ülésén *Robinson* esetet ismertetett, a melyben a frontalis, parietalis, temporalis, occipitalis stb. karélyok nagy része elpusztult egy év előtt történt trauma után, a nélkül, hogy feltűnőbb tünetek jelentkeztek volna. (Sem. méd. 1914, 4. sz.) — A párisi „Société de biologie” január 10.-én tartott ülésén *Dévé* ismertetette kísérleteit, a melyek szerint az aether az echinococcus-scolexeket 1—3 perc alatt elöli. — Az először szülés legkedvezőbb ideje 26.091 először szülőre vonatkozó statisztika alapján *Richter* és *Hiess* szerint a 18.—23. életévre esik. (Monatsschr. f. Geburtshilfe, 1913, decz.) — A *Bergonié-féle* soványító gyógymód *Hirsch* szerint terhesség fenforgásakor ellenjavalt. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1914. szám.)

Személyi hírek külföldről. *Haeckel Ernő*, a világhírű jenai zoologus, 80. évét betöltötte. — *Abderhalden* jenai tanár megcáfolja azt a hírt, hogy tanári állását a berlini biológiai kutató intézet igazgatói állásával cseréli fel, valamint azt is, hogy a tudomány egy névtelen barátja több millió alapítványt tett vizsgálatainak az előmozdítására.

Egyik hírnek sincs alapja. Az azonban igaz, hogy *Abderhalden* tanárt felszólították, hogy tartson ősszel néhány előadást a newyorki Columbia-egyetemen. — Törökország alaposan hozzájárult hadseregének a reformálásához, főképp Németország aegise alatt. Legutóbb a hadsereg egészségügyének vezetőjévé német orvost neveztek ki s most a hadsereg gyógyszerügyének élére is németet állítottak: *F. Flury* würzburgi magántanárt, a ki egyúttal a pharmacológiát is elő fogja adni a konstantinápolyi orvosi tanintézetben. — Brüsszelben *A. Ley* dr.-t az elmekórtan és *F. Hegar* dr.-t a törvényszéki orvostan tanárává nevezték ki.

A *H. Finzelberg's Nachf. Chemische Werke, Andernach a/Rh.* által előállított *Cornutin. Ergotic. „Bombelon”* ideális anyarozs-készítmény, melyet évtizedek óta a bel- és külföld legkiválóbb nőgyógyászai jó eredménnyel alkalmaznak; tabletták alakjában is forgalomba kerül. Vezérképviselő: *Pohl Gyula* Budapest, IX., Ráday-u. 2.

Mai számunkhoz „Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin” című prospectus van mellékelve.

Lapunk mai számához *Balla Sándor* és *Tárta „Tuberoide”* és „Dispnon” című prospectus van csatolva.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Diaetás osztály czukorbetegségeknek, anyagszereknek, Hízaló és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecsó János**, főorvos.

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

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

Dr. Batizfalvy-fele Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyintézet, villamos kezelések. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

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

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

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

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

Dr. G Á M Á N B É L A diaetás orvosi intézete ■■■ VOLOSCA-ABBZIA. ■■■

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

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

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

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

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

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

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fásor 13—15.

Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebeszeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyi és Röntgen-laboratórium.**

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fásor 15. sz.

Az összes elektrotherapiailag eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen.

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1914 február 16.-án) 166. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (XXIV. rendes tudományos ülés 1913 december 6.-án) 166. l. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (X. ülés 1913 október 30.-án) 167. l. — Közkórházi Orvostársulat (XX. évf. közgyűlés 1913 december 22.-én) 167. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (XX. sz. ülés 1913 decz. 13.-án és I. sz. ülés 1914 január 21.-én) 168. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 169 l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1914 február 16.-án.)

Elnök: Id. Entz Géza.

Titkár: Fröhlich Izidor.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. **Tangl Ferencz** r. tag bemutatja „Adat az izomtonus ismeretéhez” című értekezését.

Pflüger régi híres kísérleteivel szemben kimutatja, hogy a nyugodtan ülő házinyúl izomzatában nincs „chemiai reflex-tonus”. Ezért a kurarával való bénítása az izomzatnak nem okoz csökkenést az O_2 -fogyasztásban és a CO_2 -kiválasztásban. **Pflüger** ellenkező eredményei a nem megfelelő kísérleti berendezéssel magyarázhatók meg. Ugyanazon eredményre vezettek a kutyákon végzett kísérletek is, a mi megegyezik **Frank** és **Voit** kísérleteinek eredményével.

Minthogy a nyugodtan fekvő ember izomzatáról is kiderült, hogy nincs „chemiai tonus”, a szerző kísérletei az egyetlen adatot, a melyen a chemiai reflex-tonus tana nyugodott, megdöntötték és ezzel az egész tant.

2. **Tangl Ferencz** r. tag bemutatja az intézetében készült következő két dolgozatot: a) **Berczeller László**: **Diffusio a felszínbe**. E dolgozat tárgyát különböző anyagoknak a víz és levegő közötti felszínbe való diffúziója sebességének mérése teszi. Ezen sebesség csak közvetve mérhető az által, hogy egyenlő nagyságú felületen, egyenlő töménységű oldatokban a felszín különböző sebességgel való képződésekor mérjük az oldai felszín-feszültségét. A felszín-feszültség mérése a **Traube**-féle stalagmometer bizonyult alkalmasnak. A dolgozat fő eredménye, hogy kristályos és colloid anyagok között sikerült különösen nagy különbségeket kimutatni. A vizsgálat tárgya főleg élettanilag fontos anyagok voltak, mert ezen jelenségnek annyiban van nagy élettani fontossága, minthogy a sejtek és sejtközi folyadék között minden a sejtbe jutó és a sejtől kikerülő anyagnak hasonló physikai folyamaton kell átmennie.

b) **Rohonyi Hugó**: **Vizsgálatok az élettani elektromos áramok keletkezéséről**. A szerző vizsgálatokat végzett arról, hogy a semipermeabilis hártákban történő elektrolyt-diffúzióban az ionok vándorlási sebességének viszonya mennyiben különbözik a vizes diffúzió ionvándorlási sebességétől. E célból megvizsgálta, hogy a ferrocyanrézhártya, valamint a cser-savagelatinahártya elektromotoros erejének mi a forrása. Kiderült, hogy ezekben a láncokban kizárólag a homogén (vizes) közegekben lefolyó elektrolyt-diffúzió potentialkülönbségei jelennek meg s ezek a semipermeabilis hárták esetében azért mutatnak aránylag nagy értékeket, mert a hárták mint elektrolytmentes vizes közeg szerepel.

Az új. n. bioelektromos potentialkülönbségekről kimutatja, hogy azok nem phasishatárfeszültségekre, hanem egyszerű diffúziós elektromos erőkre vezethetők vissza.

A physiologiai áramok (működéses áram, sértési áram) szerinte minden specialis feltevés nélkül diffúziós elektromotoros erőkből erednek. A sejt-hártáknak ebben az elméletben egy elektrolytszegény vizes réteg szerepe jut, a mely réteg az intracellularis és extracellularis elektrolyt-oldat közé van iktatva.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1913 december 6.-án)

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Törlők számontartása laparotomiák alkalmával.

Kubinyi Pál: A laparotomiákhoz használt eszközök és tárgyak közt legmozgékonyabb a törlő, a melyet a belek visszatartása végett behelyezünk a hasürbe, ha átázott vagy

szennyeződött, kicseréljük, eldobjuk. Erős vérzés esetén vagy ha sok folyadék van a hasürben, ez gyors egymásutánban ismétlődik. Így pl. ha extrauterin graviditást operálunk, a hol az egész hasür tele van vérrrel, vagy ha ovarialis cysta reped meg, vagy pyosalpinx genyje árasztja el a műtét terét. Ilyen esetekben, kivált ha gyorsan kell operálni, mint extrauterin graviditás fennforgásakor, teljes lehetetlenség a törlőknek emlékeztetlenné való számontartása.

Hogy az irodalom erre vonatkozólag mivel szolgál, elegendő a **Neugebauer**, továbbá a **Schachner** közleményébe betekinteni. 200 esettel illusztrálják a kérdés klinikai s forensikus jelentőségét. Ezenkívül alig van év, a melyben itt-ott ne találkoznánk hasonló közleménnyel, pedig e téren csak a curiosumokat közlik. Így **Stoeckel** ír le esetet, a melyben a bennfelejtett törlő később a húgyhólyagot uzurálta s ezen át húzták ki. **Gifford** esetében ileust okozott stb. Ezek a példák eléggé bizonyítják, hogy nem lehet eléggé védekezni.

A védekezésnek különféle módjait ajánlják. Ilyenek a kilógó szalagok, rajtuk esetleg üveggyöngyök, a törlők számolása, esetleg számokkal való lebélyegzése, mint ezt néhány év előtt **Tóth** ajánlotta, továbbá színekkel való jelzése (**Lehmann**). Ilyen továbbá az az elv, hogy kisebb törlőt csakis nyélbe fogva használnak.

Hogy ez nem véd meg, bizonyítja **Calmann** esete, a kinek egy ilyen törlő éppen a fogóból csúszott ki s anyyira eltűnt a hasürben, hogy mint írja, hiába vájkált benn könyökig, sehol se találta. 2 nap múlva a máj alatt tapintható resistentia jelezte; később a hólyag felett akadt meg, a honnan több hét múlva eltávolították. Ebből ő nagyon helyesen azt a következtetést vonja le, hogy nem czélszerű szabad törlőket használni laparotomiák alkalmával. Hogy erre mások is rájöttek, mutatja **Wechsberg**-nek közleménye, a ki a törlőket a **Schimmelbusch**-féle dobozokkal, melyekből kiszedik, tartja összekötésben. Maga **Calmann** azt ajánlja, hogy a műszer-asztalon lévő rúdhoz erősítsük a fonalak végét.

Hogy a számolás, vagy akár a számokkal való bélyegzés nem óv meg, azt már az is bizonyítja, hogy a számolás agybeli művelet, a mely nem működik a gép praecisitásával, tehát mindig csúszhatik be tévedés. A lebélyegzéskor is történhetik hiba. Kétszer süthetik rá ugyanazt a számot egy törlőre.

Mihelyt pedig szabadok a törlők s ledobják, valaki kiveheti a cipője talpán, mint arra látott példát, vagy kiönthetik valamely folyadékkal, így véres vízzel, cystafolyadékkal, főleg ha colloid s ragad, mint az enyv. Erre is látott régebben példát, midőn harmadnap a mosdó lefolyócsővéből került elő. A törlők egyenként való felakasztása már nagy lépés a tökéletesedés felé, mert a számolás automatás. Csak az a baj, hogy a műtét előtt nem ezzel, de agyművelettel történt a számolás, a számoló keret pedig csak annyit kér számon, a hány akasztó horga van s ha a csomagban egygyel több volt, akkor egy könnyen bennmaradhat. Ezért egyedül megbízhatónak csak a fixált törlőket tarthatja. E célra fémkorongokat készítettett 10 nyílással, a mint hogy a műszerek számontartására is az egyszerű tizes rendszert használja. A 3-féle nagyságban használt törlők egyik szögletéhez $1\frac{1}{2}$ m. hosszú fonalat varrnak, a melynek végét egyenként áthúzával a korong egy-egy nyílásán, ott összehúzzák s azután a fonat felcsavartatván a törlőre, a törlőt a korongra teszik s hogy az egész készlet szét ne hulljon, gazeba kötik. Így kerül a sterilizáló dobozba s onnan szükség szerint annyi s olyan törlős korongot vesznek elő, a mennyi kell.

A törlőket azután a szükség szerint szabadon vagy nyéllel ellátva használják, s a műtét végén a fonálnál fogva sorra kihúzzák. Legfeljebb az történhetik meg, hogy a fonál elszakad, vagy elvágjuk, de akkor a csonka fonál figyel-

meztet. Egy kis vigyázattal ez nem fordul elő. A törőket ily módon szét nem hurcolhatják, ki nem önthetik s ha tetszik, még számolással is tökéletesíthetjük az ellenőrzést, a mi nagyon egyszerű, mert annyszor 10 törő van, a hány korong volt használatban.

Az eljárást eddig 170 laparotomia alkalmával próbálta ki s teljesen bevált. Nem kell többé a hasürben halászni a törők után, a mivel szennyes műtétnél összekenehetjük az egész peritoneumot, a melyet pedig a műtét folyamán talán sikerült megvédelmeznünk.

Egyedüli hátrányaként azt említheti, hogy a fonalak gyakran beleakadnak az ércsípők fülébe, azonban ez egyetlen esetben sem szerepelt számbavehető akadály gyanánt s távolról sem olyasmi, a mi a módszer előnyeivel mérkőzhetnék.

Az említett tapasztalati sorozat feljogosítja arra, hogy ajánlani merje az eljárást.

Manninger Vilmos: Tíz év óta követ oly eljárást, mely az előadéhoz hasonló, de bizonyos előnyei vannak. Kétségtelen, hogy mindenféle számláló eljárás agybeli munka és a sok kézen keresztülmenő törő számontartása nehéz. A mikor laparotomiát végez, a nagy törőket berakja, ezeken spárga van keresztülhúzva és az assistens külön fixálja a lepedőhöz. A törés nyeles törőkkel történik. A baloldalt levő törők baloldalt, a jobboldaliak jobboldalt vannak fixálva, hasonlóképp fent és lent is és így előnye, hogy nem gabalyodnak össze, mint az előadó fonalai. Az eltávolítás is egyszerű: ha a pince-ek le vannak szedve, vágják át a madzagokat. Így számon vannak tartva a törők. A korongot különben praktikusnak tartja. A 10-es beosztást is.

Kubinyi Pál: Mint említette, 170 laparotomia alkalmával próbálta ki eljárását, mely teljesen bevált. A zsinór nem akadály, mert másfél méter hosszú. **Manninger** eljárása a tamponok kicserélése alkalmával nehézkes, mert a pince-eket nyitni, csukni kell.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(X. ülés 1913 október 30.-án.)

Elnök: **Alapy Henrik.**

Jegyző: **Ádám Lajos.**

(Folytatás.)

Az ovarium, a tuba és az uterus jobb szarvának hernie par glissementja.

Székely István: 18 hónapos leánygyermeket mutat be, kit jobboldali lágyéksérve miatt 1913 október hó 7.-én **Fischer** főorvos operált. A műtét javalt volt, mivel a sérv gyakran kizárult és csak nehezen volt reponálható. A sérv feltárásakor kiderült, hogy a sérvben az ovarium, a tuba és az uterus jobb szarva foglaltatott. A ligamentum latum alacsony ráncz alakjában szintén a sérvtömlőben volt, az ovarium és a tuba tápláló erei pedig extraperitonealisan futottak a subserosus szövetben. Az uterus jobb szarva részben szintén hashártyaboríték nélküli volt. Minthogy a mesosalpinx és mesovarium szintén a sérvtömlőben volt, úgy, hogy ezek leválasztása nélkül a tubát és ovariumot reponálni lehetetlen lett volna, viszont leválasztásuk esetén vérellátás nélkül maradtak volna, a műtő a tubát és az ovariumot eltávolította, az uterus jobb szarvát a sérvtömlő egy részével peritonizálva visszahelyezte. A női nemi szervek ezen kihelyeződése sérvekben elég gyakori. Leggyakrabban csak az ovarium van a sérvben és ilyenkor descensus ovariiról lehet beszélni (**Graser**). Az ovariumot csak ritkán követi a tuba, még ritkábban az uterus. Az ily sérvek úgy keletkeznek, hogy a ligamentum latum alakul át sérvtömlővé és az általa borított szervek kicsúsznak a sérvbe. Szóval — mint a szóló esetében is — „Gleitbruch“ (hernie par glissement) keletkezik. Az uterus csak így juthat a sérvbe, minthogy uterus sérvben tuba és ovarium nélkül senki sem talált. Az uterus egyáltalában ritkán fordul elő sérvben, **Graser** mindössze 17 esetet talált közölve az irodalomban.

Fischer Aladár: A bemutatott esetben a tubát és ovariumot el kellett távolítani, mert visszahelyezni nem volt lehetséges.

Három nap előtt hasonló esetet operált, csak az uterus nem volt annyira kihelyezve. Eltávolította a tubát és az ovariumot, de a belső secretio megtartása szempontjából javalt az ovarium visszaplántálása. Ezért a parietalis serosába reinplantálta az ovariumot.

Operált cysta omentalis.

Hajdu Margit: A 3½ éves gyerek hasa 6 hónap előtt kezdett nőni állítólag egy intercurrentis lázas megbetegedés kapcsán. A gyermek külseje és hasának domborúsága első látásra peritonitis tuberculosának imponált. A Pirquet-reactio negativ volt. A jól körülírtapintható cystás daganat kiindulási helye nem volt megállapítható, de a jó elmozgathatóság a mellett szólt, hogy nem retroperitonealis szervből indult ki.

Műtét: coulissametszés a jobb rectushüvelyben, kigördítés közben a vékonyfalú cysta megreped, 2 liter sárgás, tiszta folyadék ürül ki. Kiderül, hogy széles kocsánnyal az omentumból indul ki; kocsányellátás, cystaeltávolítás, hasfal-reconstructio.

A cseplesz cystái egészben véve a mesenterium cystáihoz hasonlítanak; megkülönböztetnek: vércystákat, lymphocystákat, echinococcus-cystákat, enterocystákat, dermoid cystákat és az urogenitalis tractus csirarészleteiből eredő cystákat.

Jelen esetben a cystafal egész constructiója és víztiszta tartalma szerint lymphocystáról volt szó.

Közkórházi Orvostársulat.

(XX. évzáró közgyűlés 1913 decz. 22.-én.)

Elnök: **Ángyán Béla.**

Jegyző: **Pólya Jenő.**

Az elnök megnyitójában visszapillantást vet a társulat 20 éves működésére. A megalakuláskor voltak kétkedők, kik a társulatnak rövid életet jósoltak. De a kedvezőtlen jóslás nem bizonyult valóznak. A társulat működése az orvosi tudomány haladásának hű tükre, különösen a referáló előadások.

A kórházi orvosnak szakadatlan munkássága közben gyorsan telik az ideje és alig veszi észre az idő rohanását, legfeljebb a változásokat. Sokan kidőlték a sorból, vagy nyugalomba mentek. Már csak alig néhányan vannak az alapítók közül, de a társulat megizmosodott és fokozottabb erő kifejtésére lesz képes.

A társulat igazgatótanácsa elnöknek **Szontagh Felix**-et választotta meg. Végül köszönetet mondva a tisztikarnak, az ülést megnyitja.

Pólya Jenő titkár jelentése szerint a lefolyt évben 12 bemutató szakülése volt a társulatnak. 31 tag 10 előadást és 49 bemutatót tartott. Az előadások nagy része a sorozatos előadásokból került ki. 5 előadás volt a tuberculosisról, 3 a rákról. Ez utóbbi sorozat a jövő évben folytatódni fog. Az előadóknak köszönetet mond. Hasonlóképpen kiemeli azon csoportos bemutatásokat, a melyek egymást kiegészítik. Ez után meleg szavakban emlékszik meg a társulat halottairól: **Réczey Imré**-ről és **Pertik Ottó**-ról. Hasonlóképpen méltatja a nyugalomba vonult főorvosokat: **Hochhalt Károly**-t, **Genersich Antal**-t, **Farkas László**-t, **Bakó Sándor**-t, **Jordán Ferenc**-et. **Hochhalt** és **Genersich** a társulatnak elnökei is voltak. Indítványozza, hogy a közgyűlés őket tiszteletbeli tagnak válaszsza meg. Kivált még a főorvosi karból **Benedikt Henrik**. Új tagjai lettek az igazgató-tanácsnak: **Bence Gyula**, **Boross Ernő**, **Frigyesi József**, **Hasenfeld Artur**, **Horváth Ferencz**, **Illyés Géza**, **Laub László**, **Mansfeld Ottó**, **Reusz Frigyes**, **Szerb Zsigmond**. 16 új tag kéri felvételét, kikkel a tagok száma 388.

Az igazgató-tanács megválasztotta elnöknek **Szontagh Felix**-et, alelnöknek **Hainiss Géza**-t, titkárnak **Gusztáv József**-et. Üléselelnöknek ajánlja **Eisler Hugó**-t, **Weber Adolf**-ot, külső titkárnak **Szinnyei József**-et, pénztárosnak **Kaszper Károly**-t.

Kaszper Károly pénztáros jelentése szerint az 1913.-i bevétel 3435 K 20 fill., a kiadás 1697 K 56 fill. Pénztári maradvány 1737 K 64 fill.

Ezután megválasztott üléselelnöknek: **Eisler Hugó** és **Weber Adolf**, külső titkárnak **Szinnyei József**, pénztárosnak **Kaszper Károly**. Megválasztott még 16 rendes tag.

A fájdalomról.

Manninger Vilmos. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XX. szakülés 1913 december hó 13.-án.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Szabó József: a) Syringomyelia esete. A 26 éves postaszolga 1909 januárjában a jobb kezét nagyon megütötte. Keze 1½ hónapig fájt, ekkor vette észre, hogy sorvadni kezd. Ez a sorvadás lassanként fokozódott, keze gyengült, 1910 januárban a bal keze is gyengülni kezdett. Pár nap alatt ez a gyengülés annyira fokozódott, hogy a bal kezét alig tudta használni. Ugyanekkor a bal kéz izomzata is sorvadott. Jelenleg mindkét kezén a nagyujjára és a kisujjára izomzata, a kézközépcsontok közötti izmok sorvadtak, még pedig baloldalt inkább, mint jobboldalt. A sorvadott izmokban a villamos ingerlékenység jóformán kialudt, csak nagyon erős galvánárammal lehet még rángást kapni. A kézen és alkaron a fájdalom- és a hőérzés csökkent, míg az érzés-érzés és a helyzet-érzés jól megtartott. A bal pupilla tágabb a jobbnál, különben a pupillák lelete normalis. A beteg 1910 őszén lüest kapott. A Wassermann-reactio vérsavóval positiv. Az esetben érdekes, hogy a syringomyeliás tünetek közvetlenül egy erősebb trauma után állottak be, mely a jobb kezét érte. Egy év múlva elég acute izomsorvadás mutatkozott a bal kézen is, azóta a baj nagyon lassan halad.

b) Apoplectiformis bulbaris paralysis esete. Az 58 éves férfin 1 év előtt szédülés, jobboldali trochlearis-bénulás jelentkezett. Luese nincs. Jelenleg a szembénulás javult. Szédülése megvan. Nystagmus jobbra. A nystagmus viselkedése és a vestibularis készülék pontos vizsgálata arra enged következtetést, hogy a bal fasciculus longitudinalis posterior a vestibularis magvak és a trochlearis-mag között laesiót szenvedett, a mely azonban csak részleges. A baj az arteriosclerosisos egyénben pár nap alatt fejlődött, így feltehető, hogy kis kiterjedésű lágyulások gócz.

II. Elfer Aladár: Lien migrans esetéről tesz említést. A betegen kocsányacsavarodott vándorlópia miatt Makara tanár lép-kiirtást végzett. A nagy cseplész gyűjtőereinek óriási thrombosisa volt jelen, mely magában is szerfelett ritkán észlelhető ilyen mérvben. A beteg jól van és remélhető a teljes felgyógyulása. A klinikai jelei a kocsányacsavarodásnak körülbelül 4 hétre vezethetők vissza. Már ezen adat is külön említést érdemel. A műtét indicatio felállítása különösebb nehézséget nem okozott, mert egyéb klinikai jelek mellett a hypertrophiás (malariás eredésű) lép jobboldali elülső szélével (jellegzetes bevágások) a középvonal felé fordult. Egyéb-ként röviden említést tesz a splenectomiát illető eddigi tapasztalásairól és azonkívül felemlíti a lép kiirtásának újabb, tágabb indicatioit (anaemia perniciososa).

Makara Lajos: A bemutatott eset kiválóan érdekes a nagy kiterjedésű thrombosis miatt. A lép nemcsak a tengelye körül többszörösen megcsavarodott, hanem a gyomor fundusán és a nagy cseplészben is voltak ujjvastagságú, kanyargós, tömött vena-kötegek. A has megnyitásakor a thrombotizált cseplész szokatlan és érdekes képet adott s tömegével egész daganatot formált. Második daganatnak mutatkozott a többszörös csavarodás helye alatt a tömött, vastag thrombotizált lép-kocsány, végül harmadiknak maga az 1170 gr. súlyú lép, mely az alhas jobb felében laza összenövésekkel a hasfalhoz tapadt. A hasban néhány liternyi vörhenyes szabad savó volt.

A műtét előtt meg volt állapítható, hogy kocsányacsavarodott vándorlópia van jelen, mely lobosodás folytán a jobb alhasfélben rögzült; tudunk a thrombosisról is, mert a jobb ccomb is dagadt, a felszínes vénáiban is mutatkozott thrombosis; mégis meglepő volt a lép és a cseplész-venák thrombosisa nyújtotta, fent leirt, tarka körkép. A beteg állapota a műtét óta sokat javult, fájdalmai enyhültek, subfebrilis hőmérséke alászállt, úgy hogy alapos kilátásunk van a teljes gyógyulásra.

Kolozsvári működése ideje alatt ez a második kocsányacsavarodott vándorlópia; az elsőt (ugyancsak nőbetegen) 1910-ben operálta, a beteg 8 nap múlva gyógyultán távozott. Volt egy harmadik pathológiás lépesete egy nagyon elgyengült, vérszegény, fiatal (18 éves) leányon, ki a súlyos összenövések miatt nagy műtét beavatkozás után elhalt. Ezen esetben a műtétet anaemia splenica diagnosisa alapján végezték, de a bonczoláslelet inkább másodlagosnak mutatta a lépmegegyesülést (1450 gr.), mely időszült, elmeszesedő pylephlebitis alapján fejlődött.

Maga a lépeltávolítás vándorlópia esetén kevés veszéllyel járó műtét, mert a kihúzódtól lép-kocsány mellett a műtét nehézségei is csekélyek. Teljesen osztja tehát Elfer véleményét, hogy a kellemetlen-

seget és bajokat okozó vándorlópia legjobban mielőbb eltávolítani; még inkább áll ez, ha kocsányacsavarodás történt. A lép eltávolítását rendszeren nem sányli meg a szervezet, még kevésbé a beteg lépét. Legyünk tehát a műtét indicatiojának felállításakor körültekintők ugyan, de azért ne várjuk meg, míg a betegek annyira leromlanak, hogy már az egyszerű hasnyitás is nagy beavatkozás jelentőségével bírjon.

A bemutatott betegen a lépén kívül eltávolították a nagy cseplész thrombotizált felét is, a mint az a bemutatott készítményen látható.

III. Mátyás Mátyás: Kettős kéz esete. A 10 éves fiúgyermek azon panaszszal vétette fel magát a klinikára, hogy születése óta bal kezén hét ujja van, a mi a munkában akadályozza. Szülei s két testvére nem szenvedtek hasonló bajban. Ő az első gyermek.

A különben egészséges gyermek bal keze kettős: ulnaris részén 4 rendes ujjal, a hüvelykujj hiányzik; radialis részén 2 ujjal, melyek közül a külső rendes kis, az utána következő rendes gyűrűs ujj. A két kéz közt egy kis, 2 cm.-nyi, két izperciből álló csökevényes fejlettségű ujj van, mely talán a hüvelyk maradványa. Ez utóbbi ujj kézközépcsontjának distalis vége van csak meg, a proximalis végének megfelelő helyen kis csontmag van. Az összes előbbi ujjaknak jól fejlett kézközépcsontjuk van. A két kéz ujjai igen jól mozgathatók; a radialis oldalon fekvő kéz ujjával az abductio és oppositio nem megy, a többi mozgás jól kivihető. A csökevényes ujj nem mozgatható. Mindkét kéz flexorai és extensorai együttesen hajlítottatnak be villamos ingerlésre. Érzési eltérés a meleg-, hideg-, tapintás- és fájdalomérzés tekintetében nem található.

A Röntgen-képen a leirtakon kívül a kéztőcsontokban is van eltérés. Az os multangulum majus és minus vaskosabb és hosszabb a rendesnél, köztük és az os capit. közt kis os intermedium van.

Az eset érdekes, mert kettős kéz alig van leírva az irodalomban.

IV. Mátyás Jenő: Emberi és állati csontok közötti különbségek. I. rész.

Hozzászól: Kenyeres Balázs.

(I. szakülés 1914 január 24.-én.)

Elnök: Davida Leo.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Makara Lajos: A tüdőemphysema műtét kezelése Freund szerint. K. A. 40 éves földműves 15 éves korában typhust állott ki, különben egészséges volt. Bajja kezdetét egy év előtt vette észre, erősebb mozgáskor fulladt, köhögni, fáradni kezdett, szívdobogása volt, úgy hogy azóta munkaképtelen; alsó végtagjai már 3 ízben megdagadtak, s csak gyógyszerelésre apadtak le. Bajával először október 26.-án jelentkezett a belgyógyászatban, ahol műtétet ajánlottak, de akkor nem egyezett bele, csak a mikor az állapota újból rosszabbodott, jelentkezett december 4.-én a műtétre. Felvételkor fejfájásról, köhögéssről, nehéz légzésről és mellkasi fájdalomról panaszkodik. Éjjelenként izzad.

A közepesen fejlett beteg feltűnik a merev hordóalakú mellkas; az alsó végtagok a térdig vízenyősek, az arc színe halvány, az ajkak szederjesekek, a lélekzés nehéz. A nyakon a fejbiczczentők vastagok, kiállnak. A merev mellkas magasan áll, a bordaporczok vízszintesek, a bordaközök szélesek. A légzés felületesek, szapora (28), a tüdőhatárok egy bordával mélyebbre terjednek. A szívhangok tiszták, a pulmonalis másodhangja ékelt, az érverés 92, mozgáskor tüstént szaporább. A szívcsücsklökés az 5. bordaközben, abszolút tompulát nincs. Tüdőszerte hurutos zörejek.

A mellkas méretei:	közép- állásban	mély belégzéskor	mély kilégzéskor
Hónalj magasságában	102	103	101
Bimbó	103	104	102
Kardnyújtvány magasságában	100	101.5	98

A vizeletben kevés fehérje (1 mm.-nyi laza gyűrű).

Megvártuk, míg a tüdőhurut javult, az alsó végtagok vízenyője csökkent. A műtétet helyi érzéstelenítésben december 30.-án végeztük; a jobb oldalon a bordaporczokból 3—4 cm. hosszú darabokat metszettünk ki a 2., 3., 4., 5. és

6. bordából. Mindenütt gondosan eltávolítottuk a hátulsó perichondriumot, a mi a pleura sérülése nélkül sikerült. A bordaporczok szegye-végét *Seidel* szerint a nagy mellizomból készített izomlebenyekkel borítottuk. A sebet drainage nélkül teljesen zártuk.

Közvetlen a műtét után a fájdalmak miatt a lélekzés nehezebb volt, a beteg sokat köhögött. A fájdalmak ellen többször kapott morphint subcutan és cseppekben. Lassankint a fájdalmak megszűntek, a lélekzés szabadabbá lett, különösen azt veszi észre, hogy a műtét óta mélyebben tud belégni. Egészen véve úgy objective, mint subjective javulást látunk, de ez a javulás nem olyan fokú, hogy az illetőt újra munkabírónak tarthatnók. Azt hiszem, ha a bordákat a másik oldalon is mozgékonyabbá tennők, a javulást még fokozhatnók. A műtét eredményeképp azt látjuk, hogy a mellkas kerülete mindenütt csökkent, még pedig:

	hónalj	bimbó	kardnyújtvány
Középállásban	100	99.5	95.5
Mély belégzéskor	101	101	97.5
Mély kilégzéskor	98	98.5	94.5

A tágulóképesség a régihez képest valamit javult. A tüdő kapacitása most kb. 1600 cm³. Azt látjuk továbbá, hogy a jobb mellkasfél mozgásai kiadóbbak. A bordák mozgása elül a kimetszés helyén történik, mintegy álizületben, mert a bordavégek különben egészen egymáshoz fekszenek, a mi a mellkaskerület megkisebbedését eredményezte. A kimetszett bordaporczok jól mutatták az asbetszerű rostozódást, vacuoláképződést és elmeszesedést, a mint azt a kórbonczolástani intézet szövettani vizsgálata igazolja.

II. *Hanasiewicz Oszkár*: **Hadisebészeti tapasztalatok a balkáni háborúból.** (Egész terjedelmében megjelenik az „Értesítő“-ben.)

Hozzászól: *Makara Lajos*.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Senium praecox esetét ismertette *Simmonds* az „Aerztlicher Verein zu Hamburg“ január 6.-án tartott ülésén. A 44 éves nő 9 év előttig teljesen egészséges volt. Akkoriban súlyos puerperalis sepsisen esett át, utána a havi vérzése elmaradt és feltűnően öregedett és gyengült. Bonczoláskor a hypophysis nagyon kicsinynek találták, csaknem kizárólag rostos szövetből állott. Egyébként teljesen negatív volt a bonczolás eredménye. Az előadó valószínűnek tartja, hogy a feltűnő korai senilitást a hypophysis jelzett elváltozása okozta; állatokon is a hypophysis kiirtása után marasmus áll be. Magát a hypophysis megbetegedését pedig a puerperalis sepsis alatt beállott emboliás metastasisra vezeti vissza, mint a mely tapasztalatai szerint ezen szervben pyaemiás folyamatok kapcsán nem ritka.

Az **oxyuriasis** kezeléséről tartott előadást *Stursberg* a „Niederrheinische Gesellschaft für Natur- und Heilkunde“ október 20.-i ülésén. Az oxyuriasis kezelése még mindig elég hálátlan feladat, mert egyrészt nincs biztosan ható szerünk ellene, másrészt, mert az újból fertőzés szempontjából legveszedelmesebb ivarérett állatkák a vastagbélben tartózkodnak s azért a szájon át adott gyógyszerekkel nehezen érhetők el. Ezért használják már régóta a bélbeöntéseket, de ezekkel sem érünk sokat, még ha hosszú időn át alkalmazzuk is őket. Különben is egy részük (carbol, sublimat) nagyon veszedelmes, más részük (foghagyma-klysmák) kellemetlen avagy erősen izgatja a bél nyálkahártyáját. Az előadó kísérleteket tett az ascarisok ellen nagyon hatásosnak bizonyult oleum chenopodii-val klysmá alakjában. 10—20 cseppből gummi arabicummal és vízzel emulsiót készít és ezt 1—1½ liter langyos vízzel hígítva, tisztító klysmá alkalmazása után lassan befolytatja a bélbe. Eddigi eredményei kedvezők.

Súlyos eklampsia esetét ismertette *Pal* a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ január 9.-én tartott ülésén. A rohamok a szülés után még fokozódtak, de papaverin intravenás injectiójára a már kezdődött egyik újabb roham nem fejlődött ki teljességében s a beteg meggyógyult.

PÁLYÁZATOK.

4970/1914. kig. sz.

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

Folyamodni óhajtok felhívni, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz Szabadka, legkésőbb folyó évi márczius hó 15. napjáig nyújtsák be.

Az állás folyó évi április hó 1.-én elfoglalandó.

Baja, 1914. évi február hó 17.-én.

Polgármester helyett:

Erdélyi, főjegyző.

640/1914. szám.

Algyő községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen évi 1600 korona törzsfizetéssel és megfelelő természetbeni lakással javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **márczius hó 31.-éig** nyújtsák be.

A törvényhatóság által történt egészségügyi beosztás szerint ezen 3115 lelket számláló községhez tartozik még Sövényháza községből a Farkirét, Farkimajor, továbbá a vasuti töltéstől Algyő község felé eső rész. A községben és ezen részekben sem orvos, sem gyógytár nincsen, így a megválasztandó kézi gyógytár felállítására jogosultsággal bír.

Valószínű az is, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztár tagjainak gyógykezelésével a községi orvost bizza meg.

A választást a pályázati határidő leteltével fogom kitűzni.

Kis k u n d o r o z s m a, 1914. évi február hó 18.-án.

A főszolgabíró.

Kellemes alföldi nagyközségben, vasuti fővonal állomása, **kör-orvosi állás** üresedett meg; esetleg azonnal behelyettesíthető; összesen 3800 korona fizetés. Modern lakás még ez évben épül.

Információkkal szívesen szolgál:

Sztempák Dezső, gyógyszerész
Demecser, Szabolcsmegye.

A Magyar Általános Köszénbánya Részvénytársulat tatabányai szénbánya- és iparműveinél egy újonnan rendszeresített hatodik társaspénztári orvosi állás betöltendő.

A pályázótól megkívánatik, hogy az összes gyógytudományok tudora legyen, Magyarországon graduáltatott, vagy oklevele Magyarországon nostrifikaltatott; ép egészséges testi szervezet és a 40. évet túl nem haladott életkor.

Az állás javadalmazása: évi 4000.—, azaz négyezer korona kezdő fizetés, érdem szerint 8000.—, azaz nyolcezer koronáig terjedhető fokozatos előléptetéssel, természetbeni szabad lakás, fűtés és világítással, kocsihasznalet. A társulatnak teljesítendő egészségügyi szolgálatért évi 1000.—, az egyezer korona díjazásban részesül. Magánpraxis megengedve.

A megválasztandó orvos köteles magát a társaspénztári alapszabályok rendelkezéseinek alávetni.

A okmánymásolatokkal felszerelt kérvények 1914. évi márczius hó 5.-éig „Társaspénztári Elnökség, Tatabánya“ Komárommegye címre küldendők.

Az állás legkésőbb folyó évi márczius 15.-én elfoglalandó. Képesített műtőorvosok vagy járványkórházi gyakorlattal bíró pályázók előnyben részesülnek.

T a t a b á n y a, 1914 február 14.

Magyar Általános Köszénbánya Részvénytársulat
tatavidéki bányaművei társaspénztára.

231/1914. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-közkórházban megüresedett **kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás évi 1400, azaz egyezernégyszáz korona havi előleges részletekben folyósítandó fizetéssel, lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezéssel van javadalmazva.

A kinevezendő orvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot, az első segélynyújtás esetét kivéve, nem folytathat és állását csakis két hónapi felmondási idő eltelté után hagyhatja el.

Nős orvosok nem pályázhatnak.

Az állás 1914. évi április hó 1.-én elfoglalandó.

Felhívom ezért mindazokat, a kik ezt az állást elfoglalni óhajtják, hogy kellően okmányolt kérvényüket legkésőbb 1914. évi márczius hó 15. (tizenötödik) napjának déli 12 órájáig *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz (Szabadka, városi székház) nyújtsák be, mert a később érkezők figyelembevételre nem számíthatnak.

A mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában minősített pályázó nem jelentkeznék, az egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosoknak a fenti határnapig benyújtott kérvényei esetleg szintén figyelembe fognak vétetni.

S z a b a d k a, 1914. évi február hó 8.-án.

Biró Károly dr. s. k., udv. tan., polgármester.

235/1914.

Győr vármegye sokoróaljai járásához tartozó győrszemerei körben a nyugdíjazás folytán megüresült **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Székhely: Győrszemere-vasútállomás. Községei a székhelyen kívül: Koronczó, Gyírmót, Csanakfalu, Csanakhegy, Ménfő, Tényőfalu, Tényőhegy, Sokorópátka.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 500 korona lakbér (lakás bérelhető), 670 korona útiátalány, vizsgálati díj 1 korona 20 fillér, látogatási díj a községben 1 korona 60 fillér. A székhelyen kívüli községbe való kiszálláskor a látogatási díj 6–8 koronáig.

Felhívom mindazokat, kik a fenti állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket folyó évi márczius hó 10.-éig hozzám nyújtják be.

A választást folyó évi márczius hó 12.-ének d. e. 9 órájára tűzöm ki Győrszemere-re.

Tét, 1914. évi február hó 12.-én.

Horváth, főszolgabíró.

266/914. kig. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye pomázi járásához tartozó Nagykovácsi **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1600 korona törzsfizetés, 4 szoba, előszoba, csukott veranda, fürdőszoba és mellékhelyiségekből álló lakás, kerületi munkáspénztártól 600 korona, budapestvidéki közsémbányától 400 korona, özv. Geist Gáspárné gazdaságától 200 korona, gróf Tisza István erdőgazdálkodásától 200 korona fizetésre és egy lónak természetbeni ellátására van kilátása a megválasztott orvosnak. Szabályszerűleg megállapított látogatási, vágóbiztosi és halottkémlési díjak. Eddigi orvosoknak kézi gyógytáruk volt, a melyre szintén kilátása lehet a megválasztott orvosnak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és az eddigi alkalmazásukat bizonyító okmányokat hozzám folyó évi február hó 27.-én déli 12 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választást Nagykovácsi községében 1914 február 28.-án déli 12 órakor fogom megtartani.

Pomáz, 1914 február hó 6.-án.

Donay dr., szolgabíró.

HERBACOL,

egy új guaiacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes ízű szörp, a közel 44 év óta kitűnőnek bizonyult Herbabny-féle alfosporossavas mész-vas-szörpből 7% kalium sulfoguaiacolum hozzáadásával készül. A kalium sulfoguaiacol, a vas- és mészhypophosphit, valamint a keserű és antifermentatív aromás szerek egyesített hatását szolgáltatja.

Klinikailag kipróbálva és kitűnőnek minősítve.

Adagolás: felnőtteknek 3–4 kanállal, gyermekeknek fele.

Egy üveg ára 2 korona.

Csakis **orvosi vényre kapható a gyógyszerárakban.**

Orvos uraknak kívánatra minták ingyen.

A III. nemzetközi gyógyszerkiállításán a nagy aranyéremmel kitüntetve.

Egyedüli készítő és főraktár:

Dr. ALOIS HELLMANN'S Apotheke „Zur Barmherzigkeit“
Wien, VII/1, Kaiserstrasse 73–75.



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

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

SALVATOR

Hugyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételü.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

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

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

705/1914.

Heves vármegye pétervásárai járásában Parád ideiglenes székhelyen 6 községből álló **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

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

A választást folyó évi márczius hó 19.-én délelőtt 10 órakor Parád községében fogom megtartani.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi márczius 15.-éig adják be.

Pétervására, 1914 február 11.

Drisney Béla, főszolgabíró.

219/1914.

A lemondás folytán üresedésbe jött gyapju **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi márczius hó 12.-ének d. e. 12 órájáig nyújtják be. A választást Gyapju községében folyó évi márczius hó 14.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Az állás javadalma a következő:

1600 korona törzsfizetés a szabályszerű korpótlékkal,

1200 korona helyi pótlék,

természetbeni lakás megfelelő mellékhelyiségekkel,

szabályrendeletileg megállapított vénnyírási és látogatási díjak.

Cs é f f a, 1914 február 7.

A főszolgabíró.

Hasonló című zúgirodáktól óvakodjunk!

Telefon 3—64.

Magyarországi

Telefon (éjjel) 3—64

Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete

BUDAPEST, VII., Dohány-u. 74. (Miksa-u. sarok.)

(Elnök: Dr. Rajnai Béla, műtőorvos.)

Betegápolókat és ápolónőket,
masszirozókat és vízgyógykezelőket, úgyszintén
betegszállításoknál szakértő kísérlőket közvetít.

Sürgőnycím: Betegápolók Budapest Dohányutca.

A közvetítés díjtalan.

MENTON

Sanatorium de Gorbio

Physik.-diätetikai gyógyintézet szív-, ideg- és asthmikus betegek, reconvalescensek, hydro-, electro-, aerotherapia részére. — Tuberkulotikusok legszigorúbban kizárva. Központi fűtés, villamos világítás, lift, telefon. — Főorvos Dr. BERMAN. — Prospektusok a kezelőség által Gorbio Menton mellett, Riviera.

berkulotikusok legszigorúbban kizárva. Központi fűtés, villamos világítás, lift, telefon. — Főorvos Dr. BERMAN. — Prospektusok a kezelőség által Gorbio Menton mellett, Riviera.