

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.

Guszman József: Közlés a székesfővárosi új Szent János-kórház bőrgyógyászati rendeléséről. Adatok a pemphigus foliaceus pathológiájához. 523. lap.

Hollós István: A szemmozgások pszichológiai és pszichiatrai értékeléséről. 527. lap.

Turán Bódog: Az ideges cardiopathiák. 531. lap.

Fabinyi Rudolf: Elmeorvosi tapasztalatok Belgiumban és Hollandiában. 534. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Aurel von Szily: Die Anaphylaxie in der Augenheilkunde. — Prof. H. Spitz: Die körperliche Erziehung des Kindes. — Lapszemle. Sebészeti. H. Fründ: A sebészi tuberculosishoz Röntgen-sugarakkal való gyógykezelése. — C. Falkenburg: A szabad hasüregben való gázképződés. — Ideg- és elme-

kórtan. Schellong: A neurasthenia objectiv jeleinek diagnostikai értéke. — Szülészet és nőorvostan. P. Esch: Az új terhességi bőrreactio. — Bőrkórtan. F. Lewandowsky: Kísérleti tuberculidok. — Húgysszervi betegségek. J. Sasaki: A herék röntgenes besugárzása által előidézett kísérleti prostataatrophia. — Orr-, torok- és gégebajok. Imhofer: A gégegümőkór és terhesség kérdésének jelen állása — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Warda: Álmatlanság. — Hirz: Uzaratan. 535–537. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 537. lap.

Vegyes hírek. 537. lap.

Tudományos társulatok. 539–541. lap.

Melléklet: Szemészet. 1–2. szám. Szerkeszti Grósz Emil.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a székesfővárosi új Szent János-kórház bőrgyógyászati rendeléséről.

Adatok a pemphigus foliaceus pathológiájához.

Irta: Guszman József dr., egyetemi magántanár.

A dermatológiának pathológiai szempontból egyik legérdekesebb fejezete a pemphigusok nagy csoportja. De a pemphigusok csoportja a dermatológiának nemcsak érdekes része, hanem egyúttal klinikailag is igen fontos fejezete. A pemphigus ugyanis ama kevés bőrbaj közé tartozik, mely az egyénre nézve gyakran igen súlyos és komoly bántalmat jelent s mely az esetek egy jó részében, sajnos, végzetes kimenetelűvé szokott válni. Pathológiai szempontból a pemphigus-csoport érdekes volta főként abban rejlik, hogy még igen sok megoldásra váró kérdése van, melyek közül első helyen a teljesen homályban levő aetiológiájának tisztázása volna a legfontosabb. Talán ezzel a kérdéssel függnek össze a pemphigusok folyamán gyakran észlelt haematológiás elváltozások is, melyekkel csak az utóbbi időben foglalkoztak a vizsgálók behatóbban.

A pemphigus-csoport főtypusa a pemphigus vulgaris (chronicus) nevű hólyagos kiütés. Jellegét az időnként recidiváló hólyagos és a hosszan elhúzódó lefolyás teszik. Az átlagos lefolyás úgy indul meg, hogy a beteg hirtelen lázas lesz, olykor rázóhideggel kapcsolatosan, a mire csakhamar hol erythemás, hol meg épnek látszó bőrön vızttiszta hólyagok támadnak. A hólyagok nagysága és száma egy-egy ilyen roham alkalmával igen változó, de a 100-on felüli számuk s galambtojásnyi nagyságuk nem ritkaság. A közel-múltban észleltünk a kórházban oly pemphigusos beteget, a kinek testén a roham magaslatán 130-nál is több különálló hólyagot számlálhattunk. Rövid idővel reá (24–48 óra) a hólyag tartalma zavarossá válik, a fala pedig elpetyhüd. Már most akár beszárad a hólyag, akár pedig megpukkad s

pörkké szárad, a lefolyás ebben a typusban mindig az, hogy a hólyag alja csakhamar behámosodik, mire a folyamat hyperaemia és pigmentatio hátrahagyásával reparálódott. Ez a leírás természetesen csak egy-egy hólyagra vonatkozik, mert a rohamok állandó láz kíséretében egyre ismétlődhetnek, a minek következtében a betegnek bőrén (esetleg a nyálkahártyákon is) a hólyagok egyidejűleg a legkülönbözőbb stadiumban láthatók. Néhány hónap letelte után a folyamat megszűnhetik. De a szünet legtöbbször nem végleges s a gyógyulás akárhányszor hiú reménynek bizonyul. Az ismétlődő rohamcyclosok azután végre is végeznek a szerencsétlen beteggel.

A most csak rövidesen vázolt typusos lefolyástól igen sok azonban az eltérés. Nemcsak a benignitás, a súlyosság és a lefolyás gyorsabb vagy lassúbb menete szempontjából, hanem anatómiai alapon is. A pemphigus mindezen változatok szerint az idők folyamán rengeteg sok elnevezést nyert, a minek jeléül csak fölemlítjük, hogy volt szerző, a ki közel 100-féle pemphigus-fajt akart megkülönböztetni. A dermatologia újabb művelői igen helyesen azon vannak, hogy a neveknek ez a fölösleges ballasztja minél inkább kiveszszzen s csak a lényeges különbségek alapján tartanak bizonyos megkülönböztető elnevezéseket szükségesnek.

A typusos pemphigus vulgaristól eltérően vannak azonban időszünetes lefolyó hólyagos bántalmak, melyek anatómiailag lényegesen eltérnek a most vázolt typusos pemphigus-hólyagtól, a minek következtében azután klinikailag is fontosabb eltérést mutatnak. A szoros összefüggést azonban változatlanul fönn kell tartanunk, már csak azért is, mert a typusos pemphigus bármikor átmehet részlegesen vagy teljesen anatómiailag lényegesen eltérő alakokba. Különösen két fajtája van az időszünetes pemphigusnak, melyben a typustól való eltérés bizonyos fokig principialis: a pemphigus vegetans és a pemphigus foliaceus.

A pemphigus vegetans, melynek első leírását Neumannnak köszönjük, jellege abban rejlik, hogy a csoportosan keletkező hólyagok fenekén szemölcyszerűen kiemelkedő

burjánzások támadnak. Főként Neumann és Riehl szövettani vizsgálataiból tudjuk, hogy a papillomás növedékek az írha pars papillarisának s az azt fedő hámnak együttes hypertrophijából keletkeznek. A hólyagok rendes viselkedéséről tehát nincsen itt szó, illetőleg a hólyagok visszafejlődése közben a beteg bőr lényeges változáson meg keresztül, mely azután a klinikai képen uralkodik.

A másik, pathologiailag és klinikailag az idősült pemphigustól lényegesen eltérő fajta a pemphigus foliaceus, melynek első mesteri leírását Cazenave-nak köszönjük (1850 és 1856). Ez a pemphigus-alak teljes kifejlődésében nagy mértékben eltér a typusos pemphigustól. Az eltérés anatómiai lényege a hólyagos eruptiónak sajátos alakulásában áll, a mi a klinikai képet olyannyira megváltoztatja, hogy a teljesen kifejezett pemphigus foliaceus a nem dermatologus orvos előtt egy az egész köztakaróra kiterjedő igen súlyos betegség benyomását kelti ugyan, mely azonban a megszokott értelemben vett pemphigus képétől teljesen elüt. Ez a pemphigus foliaceus azután vagy elsődlegesen fejlődik, a mikor a kórkép mindjárt foliaceus alakot ölt, vagy másodlagosan mutatkozik, a mikor a baj előbb mint közönséges hólyagos pemphigus köszönt be és utóbb változik át.

Mint már röviden említettük, a pemphigus vulgaris hólyagjaira általában jellemző, hogy alapjukon csakhamar behámosodás áll be. Ezzel szemben foliaceus esetén a megrepedt s amúgy is csak hitványan s petyhüdtlen kifejlődött hólyagok alapján a behámosodás folyamata csak tökéletlen. A behámosodás hiányának több oka van. Az első az, hogy az elváló hámrészlet a tulajdonképpen eredeti hólyag határán túl is egyre tovább leemelődik. A másik pedig abban áll, hogy a hám elvesztette ellenállóképességét, debilis. Mindkét körülménynek az alapoka nyilvánvalóan azonban az, hogy az írha súlyos beszűrődése tartósan fennáll s onnan állandóan savó szívárog a hámba. Egyfelől tehát igazi hólyag nem tud kifejlődni, másfelől a tökéletes hámosodási folyamat is teljesen félben marad.

A hámrétegeknek egymástól való elválása kifejezett esetekben, mint a minő az általunk vizsgált is volt, oly kis mértékben megy végbe, hogy valódi hólyag klinikailag nem is látható. Annál inkább észlelhető ez azonban a szövettani vizsgálat alkalmával. Ez mutatja csak valójában, hogy a bőr mily kiterjedten veszti hámburkolatának felső rétegét. A leemelődött hámrétegek összekuszálódása, rétegekbe való rakódása s a közben levő kiszivárgott tapadó savó alkotja együttesen azt a klinikai tünetet, melyet Cazenave oly jellemzően a vajastésztá lemezeihez („pâtisserie feuilletée”) hasonlított.

A pemphigus foliaceus általában a ritkább bőrbajok közé tartozik s bár klinikája egészen jól ismert, anatómiai részletei még nincsenek teljesen kidolgozva. Részletes pathohistologiai adatokkal idáig még nem sok vizsgáló szolgált. Az a néhány eset is, mely eddig részletes földolgozást nyert, nem egyforma stadiumra vonatkozik s ezért nem csoda, ha a különböző leírásokban egymástól eltérő adatokkal találkozunk. Még több vizsgálatot igényel azonban a pemphigus foliaceusnak haematologiai vizsgálata, melyre csak az utóbbi időben kezdtek részletesebben kiterjeszkedni.

Esetünk, melyet hosszú időn át észlelhettünk, a pemphigus foliaceus igen kifejezett alakját képviseli. Ez az az alak, melyet klinikai leírásában Cazenave óta typusként ismerünk s a mikor az egész test felszíne egységesen átitott piszkos barnás-zöldes hámpikkelyekkel rétegzetesen borított. Érdemesnek látszott ezért, hogy a betegség anatómiai elváltozásait részletesen átvizsgáljuk s azokat a klinikai és haematologiai adatokkal egyeztetni igyekezzünk. Esetünk a következő:

G. P. 20 éves hajadon, szolgálo. Fölvétetett 1913 január 10.-én.

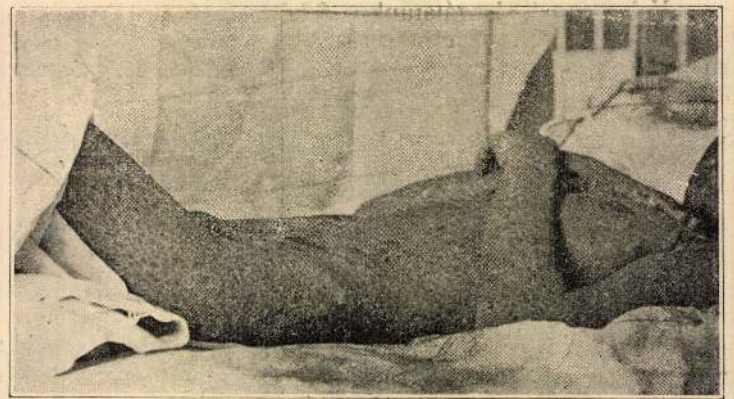
Anamnesis: Szülei élnek, egészségesek. Két testvére él, másik két testvére elhalt, az egyik kis korában, a másik 18 éves korában csontszúban. A betegünk azelőtt mindig egész-

séges volt. Menstruációja 16 éves korában jelentkezett először s mostani bajáig rendszeren megjött. Bőrbetegsége óta azonban elmaradt a havibaja.

Betegsége a fölvételétől számított 6—7 hónapra terjed vissza. Azelőtt csak néhány „pattanása” volt az arcán (acne?). 6—7 hónap előtt az arcán kerek piros foltja támadt, mely nedvezett. Csakhamar ezután a mellén borsó-babnagyságú víztiszta hólyagok keletkeztek. Ekkor általános rosszullét fogta el s úgy látszik, hogy láza is lehetett. A hólyagok rövid néhány nap alatt fölfakadtak, de a hasán egyre újabbak keletkeztek. Betegünk akkoriban már szakorvosi kezelés alatt állott, de nemsokára hámlani kezdett az egész bőre, a mit ő úgy fejez ki, hogy „lejött az egész bőre”. A hámlás csökkenése után a bőre már barnás-vörös volt s hólyag többé nem keletkezett. Étvágva a betegség folyamán is elég jó volt, széke is rendszeren volt. Bőrt egész terjedelmében sokszor fájlatja.

Status praesens: ¹ A jól fejlett, ép csont- és izomrendszerű nő erősen lefogyott. Mellkasi és hasüregi szervei épnek látszanak. Állandóan lázas (hőmérsék 37°0—38°5° között ingadozik) vagy legalább is subfebrilis. Vizeletében fehérje és cukor hiányzik.

A bőr állapota. A beteg súlyos bőrbaja első pillanatra szembeszökő. Csaknem tehetetlenül fekszik ágyában s minden mozgás nehezére esik. A bőr piszkos zöldes árnyalattal keverten vörösesbarnás. Ez helyenkint gyöngén nedvező, hámmal csak hiányosan fődött s nagy területeken vékony, ragadós, átvódottan tapadós lemezekkel borított. Ép bőrrészletet az egész testen nem találunk. Egyébként a bőr, mely helyenkint feszes és merev, legnagyobb részében finom lemezekben hámló, de a hámló rétegek nem szárazak, hanem savóval átvódottak. A hámló felületek számtalan rendetlen lefutású és nagyságú berepedések által apró mezőkre osztottak (lásd az 1. ábrát). A hajzat, valamint a szőrzet hit-



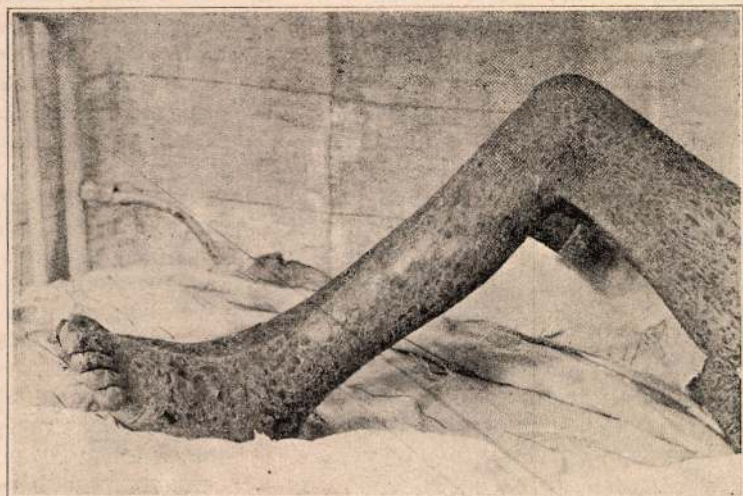
1. ábra.

vány, igen hiányos, helyenkint pedig teljesen hiányzik. A körmök homályosak, vékonyak, berepedezettek. A szemhéjak zsugorodottak, ektropiásak s rajtuk a pillaszőrök hiányzanak. Az egész arczkifejezés álarcszerűen merev. A bőr beszűrődtsége miatt minden mozgás nehézkes, sőt egyenesen fájdalmas. Sehol hólyag nem észlelhető (lásd a 2. ábrát). A nyálkahártyák szabadok.

A beteg annak ellenére, hogy állandóan lázas, elég jó étvágyú. Idegrendszere általában nem mutat eltérést. Kérdésünkre mindenkor helyes választ ad. De a hosszú megfigyelési idő alatt voltak néhány napig tartó időszakai, a mikor erős nyugtalanság vett rajta erőt. A beteg a rendszeres fürdőzés és tisztogatás ellenére is igen nehéz, kellemetlen s a pemphigus foliaceusra jellegzetes büzt áraszt (bomló savó és hám). A kiterjedt gyuladós hyperaemia következtében a beteg állandóan fázik.

¹ A fölvételkor fölvett állapot jóformán egyezik a jelenlegi állapottal, ezért egységesen írjuk le azt s az észlelés különböző időszakait a rövidség okáért elhagyjuk.

Mint látható, esetünk hólyagos pemphigus kórképével kezdődött s csak másodlagosan vette föl a pemphigus foliaceus jellegét. Ezt azonban olyannyira, hogy azóta egyetlen klinikailag fölismerhető hólyag sem keletkezett többé. A hólyagos eruptio, mely teljes egészség közepette támadta meg a leányt, csak néhány hétig tartott s csakhamar átment az általános bőrgyulladásba, mely azután a foliaceus kórképet létrehozta. A kórkép teljesen oly körülmények között fejlődött ki, mint azt *Fabry*² esetében találjuk leírva.



2. ábra.

Vérlet: Betegünk vérének több ízben vizsgáltuk. Első ízben a vörös vérszámok megfogyását és kisebbfokú leukocytosist találtunk. Három részletesebb vizsgálat eredményéről a következőkben számolunk be.

Valamennyi vizsgálatunk a fehér vérszámok egymáshoz viszonyított és számbeli egyensúlyának lényeges eltérését derítette ki, a minnek elsősorban az igen jelentékeny eosinophilia az oka, lényegében tehát azt az elváltozást találtuk, melyet leginkább *Leredde* és *Nikolski* emelt ki.

Vizsgálat 1913 május 12.-éről:

vörös vérszám	3,900.000
fehér vérszám	12.400
Fehér vérszámok	
eosinophilek	26.6%
mononuclearisok	7.8%
polynuclearisok	40.0%
lymphocyták	25.6%

1913 július 30.-án a fehér vérszámok számaránya ez volt:

Fehér vérszámok	
eosinophilek	39.0%
mononuclearisok	3.0%
polynuclearisok	32.0%
lymphocyták	26.0%

1914 február 3.-án a fehér vérszámok számaránya ez volt:

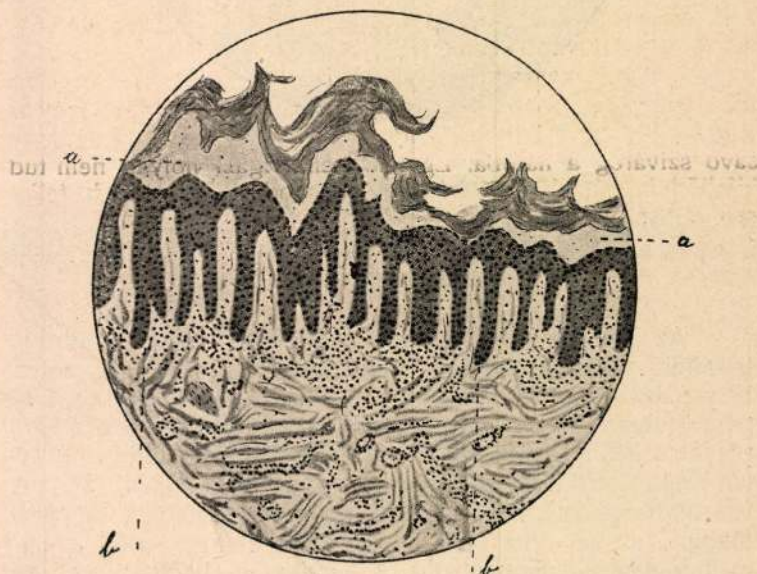
Fehér vérszámok	
eosinophilek	33.8%
mononuclearisok	4.6%
polynuclearisok	28.3%
lymphocyták	31.0%

(A hiányzó körülbelül $2\frac{1}{2}\%$ átmeneti és éretlen alakokra esik).

A vérvizsgálatok átvizsgálásának a leglényegesebb lelete tehát a nagyfokú eosinophilia. Valamennyi vizsgálati adatunk ugyanis azt mutatja, hogy az eosinophilek a normalis számarányuknak körülbelül 10—15-szörösére emelkedtek, a mennyiben átlagos percentuációjuk körülbelül 33%. Körülbelül ez az arányszám a neutrophil polynuclearisoknak is, holott normalis viszonyok között 65—70%-ban fordulnak elő. A lymphocyták arányszámát nagyjában a normalis értéket adja. Látható tehát, hogy a vérvizsgálat eltolódása oly-

képpen megy végbe, hogy az eosinophilek nagyfokú számbeli gyarapodása egyenesen a neutrophil polynuclearisok rovására történik.

Szöveti vizsgálat. Esetünk, mint az a klinikai leírásból is kitetszik, a kifejezett exfoliatív stadiumot képviseli. A metszetek átvizsgálásakor első sorban két jellegzetes elváltozás tűnik szembe: a hámelemelkedés és az írha gyulladásos beszűrődése. Tekintsük előbb a hámelemelkedést, melyet így nevezünk és nem hólyagnak, mert ebben a szakban nemcsak klinikailag, de még histológiailag sem lehet valódi hólyagról szólni. A hámrétegek t. i. elválnak egymástól, de ez a rés nem végződik éles határral, hanem csak fokozatosan csökken a periphéria felé, a hol azután csakhamar ismét jobban távol. Vannak metszeteink, melyeken jól föltűnik, hogy egyrészt valódi, morfológiailag jól kialakult hólyagról nincsen szó, csak lapos elemelkedésről, másrészt, hogy az elemelkedés minimális hézagképződéssel az üregeken túl szakadatlanul tovább követhető. Esetünkben ez a típus látszott leginkább, de azért vannak helyi-közzel részletek, a melyeken — bár csak mikroszkoposan — körülírt apró hólyagot is lehet megkülönböztetni (lásd a 3. ábrát). A hámrétegek közti hézag esetünkben mindig a stratum granulosum és stratum corneum között terült el. A rete Malpighinek elválását, a mint azt pemphigus vulgaris eseteiben szoktuk találni, esetünkben nem észleltük. A coriumnak helyenkint a hámtól teljesen megfosztott szabadon fekvését, csakúgy mint *Unna*³ és *Fabry*, egyáltalán nem láttuk, noha egyesek, mint pl. *Spiegler*⁴, leírták.



3. ábra.

a = a stratum corneum elemelkedése folytán létrejött rudimentumos hólyag; b = erősen megnyúlt rete-csapok.

Az elemelkedett stratum corneum helyenkint vaskos, földuzzadt tömegeket alkot, melyek alatt a sekély üregű hólyag-rés foglal helyet. Ez alvadékból áll, melyben vörös vérszámok kívül sok fehér vérszám látható. A fehér vérszámok nagyobb számban eosinophil sejteknek bizonyulnak. A hólyagok helyenkint telve vannak vörös vérszámokkal, aránylag bőven keverve eosinophilekkel. Ily hólyagok alján helyenkint bőven látunk leválva s a hólyagtartalomba keveredve keratohyalines szemcséjű sejteket, melyek a stratum granulosum-ról leszakadtak.

A *Malpighi*-rétegre vonatkozóan ki kell emelnünk, hogy azt nagy részben hypertrophizálva találtuk, a mi különösen az interpapillaris nyúlványokra áll. A hámnúlványok szerföltött nagy megnyúlása túltesz azon, a melyet *Leredde*⁵ le-

³ *Unna*: Histopathologie der Haut.

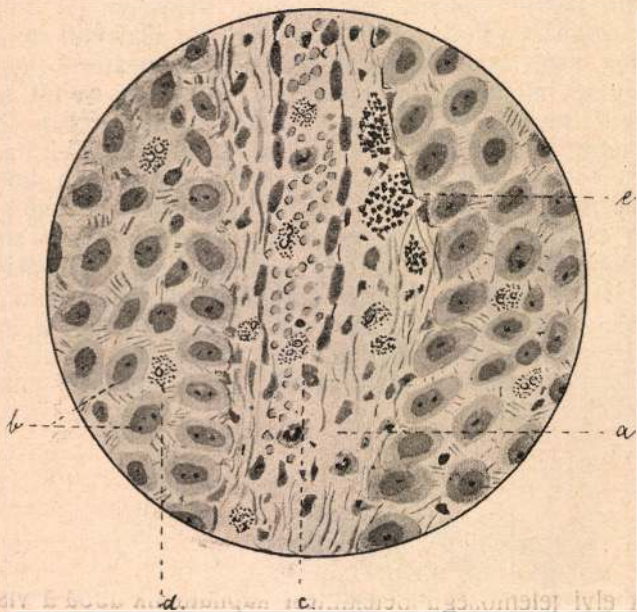
⁴ *Spiegler*: Pemphigus chronicus. *Mraček*: Handbuch der Hautkrankheiten. II. k. 1905.

⁵ *Leredde*: Étude sur le pemphigus foliacé de Cazenave. *Annales de dermatologie et syphiligr.* 1899.

² *J. Fabry*: Beitrag zur Klinik und Pathologie des Pemphigus foliaceus. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 70. k.

írásában találunk. Az újszerűen az irhába nyúló csapokon élénk sejtoszlás látható. A hámnnyúlványok széli részeiben, a papillával szomszédosan elég bőven találunk eosinophil sejteket (lásd a 4. ábrát). Ezt a leletet főként *Leredde* emeli ki.

Az irhára vonatkozóan a következő leletet állapíthattuk meg. Az újszerűen megnyúlt és hypertrophiás interpapillaris hámcseppeknek megfelelő, hogy a papillák fölötté megnyúltak. Hogy a papillák csúcsa fölött a hámburkolat föltűnően megfogyott volna, mint azt némelyek állítják, kifejezett mértékben nem tudtuk megállapítani. A papilla saját szövetében, valamint különösen a papillaris erekben bőven találkoztunk eosinophil leukocytákkal. Ezzel szemben csak elvétve találunk polynuclearisokat és lymphocytákat.



4. ábra.

a = részlet a papillából; b = a rete sejtei; c = eosinophil fehér vérsejt a papilla központi ereiben; d = eosinophil fehér vérsejt a rete sejtei között; e = melanoblast.

Az irhának pars papillaris bőséges sejtes infiltrációt tartalmaz. A beszűrődések határozottan gócszerűek, melyek helyenkint — a hol sűrűn fordulnak elő — egységes réteggé folynak össze. A beszűrődés gömbsejtek tömegén kívül plasmasejtekből, hízósejtekből (Mastzellen) és föltűnő bőven eosinophil sejtekből áll. Az eosinophil sejtek főként a perivascularis góczok körül vannak nagyobb számban. A papillákban s az irha felső rétegében föltűnő sok a nagy melanoblast és pigment-rög. A hámban ezek aránylag igen csekély számban találhatók. A bőr piszkos, sötétes elszíneződésében véleményünk szerint ezeknek a pigmentsejteknek is van némi részük.

Az irha mélyebb rétegei csak helylyel-közzel mutatnak sejtes beszűrődést, ott azonban kivétel nélkül csak az erek körül. Az irha oedemáját, melyre főként *Unna* és *Fabry* helyezte nagy súlyt, mi is találtuk, de azt a nagy méretű oedemát, mely a collagen rostokat még merevvé is tenné (*Unna*), mi nem tudtuk megállapítani. Ugyanaz áll a sejtes beszűrődés nagyságára is. Különösen *Fabry* írta le a coriumnak rendkívül erős beszűrődöttséget, melyet azután oly jellegzetesnek tart a pemphigus foliaceusra nézve, hogy egyenesen úgy jellemzi a betegséget, hogy az voltaképpen a cutis granulomájából áll. Az erősebb sejtes beszűrődés a collagen rostok tetemes megfogyását és pusztulását okozza. Ezzel szemben a rugalmas rostok csaknem normalis képet adnak (orceinfestés).

A verejétkmirigyek kivezető csövei nagy részben sejtes beszűrődésbe vannak ágyazva s nyilván ez az oka annak, mint ezt *Fabry* is kiemeli, hogy némi pangási zavarok észlelhetők rajtuk. Ugyancsak gyulladásos beszűrődést mutatnak a szórtüszők és a faggyumirigyek. A faggyumirigyek hámla számos metszetünkben degenerálnak mutatkozik.

A hám körüli viszonyok lelete esetünkben lényeges elváltozást mutat azokkal a leírásokkal szemben, melyeket *Unna* és *Fabry* esetére vonatkozóan találunk. Mindketten az úgynevezett exfoliativ stadiumot vizsgálták, tehát klinikailag oly esetet, mint a minő a mienk, s mégis anatómiailag más leletet kaptak. Úgy véljük, hogy a mi esetünk fiatalabb szakot tár föl s onnan van az, hogy bár klinikailag mi sem találtunk hólyagokat, szövettanilag azoknak rudimentumos alakjait a leghatározottabban (lásd a 3. ábrát) észlelhetjük. Ezzel szemben *Fabry* és *Unna* hólyagról még szövettani értelemben sem ír, ellenben kimagasló leletként a cutis nagyfokú beszűrődését és oedemáját emeli ki, a mi viszont saját vizsgálatainkban nem jelentkezett oly nagy mértékben. Úgy látszik, hogy mennél előrehaladottabb a pemphigus foliaceus, annál inkább lép háttérbe szövettanilag a hólyagnak még rudimentumos kifejlődése is s annál inkább válik kimagasló leletté a cutisnak idősült súlyos beszűrődéses állapota.

De nemcsak a stratum corneumnak elemelkedése az, mely egyes vizsgálók leírásából hiányzik, hanem a hámnak egyéb viszonyai körül is van eltérés. Így *Fabry* szerint a stratum corneum legnagyobbbrészt hiányzik s a stratum granulosum is igen gyengén kifejezett. Ezzel szemben esetünkben a stratum corneum aránylag tömeges rétegnek mutatkozik s az alapjától való elválása által a résnek felső falát alkotja. Arra azonban elégtelen az ellenálló képessége, hogy perfect, jól fejlett hólyag falául szolgáljon. *Unna* úgy találta, hogy a pemphigus foliaceusban a hám oly porosus, hogy hólyagképződésre nem kerül a sor, hanem csak a hámnak lapszerű leválására. Ez is mutatja, hogy *Unna* esete a mienknél előhaladottabb volt, a mikor a legfelsőbb hámréteg már semmiféle rés vagy üreg burkolására sem alkalmas. A „vajás térsza” rétegeihez hasonló rétegek átitatott és földuzzadt hámlémezekből állanak, nem pedig megszáradt savóból.

Az idősült pemphigusok csoportjának aetiologiája általában még igen homályos. A neurosisos elmélet, mely sokáig számos követőre talált, az utóbbi időben mindinkább vesztit jelentőségéből, véleményünk szerint joggal. A bonczolási leletek nem egybehangzóak, nem is tipusosak s az olykor a gerinczvelőben vagy a peripheriás idegekben található degenerációs elváltozások nem tekinthetők aetiologiai jelentőségűeknek (*Eppinger*⁶). De egyébként is kerültek pemphigus-esetek bonczolás alá, a melyekben idegrendszeri elváltozásoknak nyoma sem volt (*Kaposi*, *Du Mesnil de Rochemont*). Tekintve azt, hogy bizonyos súlyos, heveny és általános fertőzők vagy sepsisek alkalmával a bőrön olykor pemphigus-szerű hólyagok támadnak, közelfekvő volt a pemphigusok aetiologiájában ezt a körülményt figyelembe venni. Láttunk esetet, melyben typhus abdominalis súlyos sepsises tünetekkel járt s a halál előtt 2 nappal a bőrön kiterjedt pemphigus-szerű kiütést okozott. Észleltünk a közelmúltban (1913-ban) a kórházban egy esetet, melyben egymásután 3 hónapon belül 3 phlegmonés gócz támadt a jobb alsó végtagon. Ez a beteg a legsúlyosabb erythema bullosum képe alatt betegedett meg, mely azonban csakhamar oda fejlődött, hogy több hónapon át a pemphigusnak klinikai képét a legtökéletesebben utánozta. Ez a súlyos, a 36 éves nőbeteg a halállal fenyegető hólyagos eruptio 3 nagy cyclusban folyt le, melyek mindegyikében magas láz, általános rosszullét kíséretében töméntelen gombostűfejnyi-mogyorónyi hólyag támadt. Egy-egy ilyen tünetcsoport mindig csak akkor enyhült, mikor az említett genyes gócz kifejlődve feltárára került s a benne levő genyretentio megszűnt. A 3. gócz feltárása után a hólyagos bántalom fokozatosan megszűnt s a beteg hosszú reconvalescentia után teljesen meggyógyult. Azóta is többször látuk s kitűnő egészségnak örvend. Analogiáképpen ide sorolható az ú. n. pemphigus acutus febrilis gravis, mely például *Jadassohn* szerint voltaképpen nem valódi pemphigus, hanem pemphigoid sepsis s mely leginkább állati hulladékokkal dolgozó egyéneken fejlődik ki s a legsúlyosabb septic-

⁶ *Eppinger*: Zur pathol. Anatomie des Pemphigus. V. Congress d. Deutsch. dermat. Gesellschaft, 1895.

aemiás tünetek kíséretében folyik le (legtöbbször halálosan). Az analógiáknak még számos példáját lehetne felhozni. Mind-ezek a most csak vázlatosan felhozott példák azonban inkább csak a hevenyiesen lefolyó hólyagos eruptiók aetiologiájára vetnek némi világosságot, hiszen az ok, a súlyos infectio természetében rejlik, hogy a hólyagos bántalom rövidebb tartamú lesz, mert vagy a szervezet ellenállóképessége a győztes s a betegség meggyógyul, vagy fordítva, az infectio csakhamar végez a beteggel. Az idősülten lefolyó, tehát a valódi pemphigus-esetekben analógiaképpen egy hosszú ideig fennálló ilyen infectióra kellene gondolnunk, de meg kell vallanunk, hogy erre ezidőszert semmiféle pozitív adatunk sincsen. Az bizonyos, hogy a friss pemphigus-hólyagok legtöbbször steril tartalmúak s az esetleges bakteriologiás lelet a baj aetiologiájára vonatkozóan idáig nem nyújt felvilágosítást. Az a körülmény, hogy az idősült pemphigusnak kifejezett eosinophilia alakjában eléggé jellegzetes vérképe szokott lennie, arra tereli figyelmünket, hogy talán toxikus anyagok azok, melyek aetiologiai tényezőként visznek szerepet. Természetesen más kérdés megint, hogy ezek a toxikus anyagok minő természetűek, milyen folyamat által jönnek létre s termelgetnek hosszú időn át, hogy oly rendkívül hosszadalmas, bár olykor remissiók által megszakított kórkepet tudnak fenntartani.

A pemphigus foliaceusnak jellegzetes klinikai megjelenésén kívül, a melyben a tünetek sokszor hosszú időn keresztül minden változás nélkül egyhangúan ugyanazok maradnak,⁷ kétségtelenül a csaknem állandóan mutatkozó eosinophilia az, mely különösen kimagaslík. Az eosinophilia esetünkben különösen nagyfokúnak mutatkozott (a fehér vérsejteknek átlag 33%-a), mindenesetre nagyobb mértékűnek, mint *Leredde* 2 vizsgált esetében, a melyben az eosinophilek 8–29%-ban fordultak elő. De esetünkben, mint láttuk, leukocytosis is állott fenn s így az eosinophilek nemcsak relative, hanem absolute is magas értéket mutatnak.

Az eosinophilia annyira feltűnő pemphigus foliaceus eseteiben, hogy pl. *Leredde* úgy a saját, mint *Nikolski* vizsgálatai alapján azt egyenesen, véreredetű bőrbajnak (hématodermite) mondja. Ismeretes, hogy *E. Neusser*⁸ volt az, a ki először figyelmeztetett nyomatékosan *Gollasch* és *Lukasiewicz* vizsgálataira, melyekből kiderül, hogy a pemphigusos betegek vére eosinophiliát mutat. Eosinophil sejtek a pemphigusos hólyagok tartalmában is voltak bővebb számban találhatóak. Ezzel szemben egyéb természetű hólyagok (erythema bullosum hólyagjai,⁹ hólyaghúzókat által létrejötték stb.) tartalmában nem voltak jelen. *Neusser* egyben kifejti, hogy az eosinophil sejtek alkalmasint a bőrben is képződhetnek, a mire az vallana, hogy oly pemphigus-eset, mely az életben erős eosinophiliával járt, a sectio alkalmával ép csontvelőt mutatott. *Neusser*-nek ezt a véleményét sokan osztották s felveték, hogy az eosinophilek in loco, a bőrben autochton módon, tehát a csontvelőtől függetlenül is képződhetnek s csak utóbb jutnak a keringésbe. Némelyek, újabban különösen *Türk*,¹⁰ ezt egyáltalában nem látják beigazoltnak. Azt azonban *Türk* is kiemeli, hogy az eosinophil sejtek extramedullaris képződésének kérdését fontos volna tovább kutatni.

Való azonban az, hogy a pemphigus foliaceusban, mint azt a saját esetünk vizsgálata is bizonyítja, nemcsak általános (vérbeli), hanem helybeli (bőrben levő) eosinophilia is nagyobb arányokban fordul elő. Az erre vonatkozó adataink azonban aránylag még igen kis számúak.

Tekintve a tapasztalást, hogy pemphigus foliaceus folyamán legtöbbször nagyfokú eosinophilia mutatható ki, önként felmerül a kérdés, hogy talán ezen az úton lesz lehetséges a betegség homályos aetiologiájába némi fényt vetni. Sajnos azonban, magának az eosinophiliának is felette változatosak a

keletkezési körülményei, úgy hogy felvilágosítást ez irányban nehezen kaphatunk. Az első nehézség mindjárt az, hogy voltaképpen nem is tudjuk az eosinophil leukocyták tulajdonképpen működését. Az a sok körülmény és betegség, melynek kapcsán az eosinophilek többé-kevésbé megsaporodnak, különböző jelentőségű lehet, mert lehetséges, hogy egyenesen előidézője az eosinophiliának, de lehet az is, hogy csupán társünete ennek (pl. bőrbajok). Normalis viszonyok között, de legtöbbször kóros állapotok között is, tudjuk, hogy az eosinophil sejtek keletkezésének helye a csontvelő. Nem lehetetlen azonban, hogy bizonyos bőrbajok folyamán magában a beteg bőrben is keletkeznek eosinophil sejtek. Már említettük, hogy *Türk* ezt tagadja s e felvétel elfogadását csak abban az esetben tartja lehetségesnek, ha a bőrben található eosinophil sejteken magoszlási jelenségeket, vagyis szaporodási folyamatnak a jeleit lehetne észlelni. Adat erre is van, a menyiben *Neusser* említi, hogy *Lukasiewicz* (1890) ki tudta mutatni ezeket a sejthalakokat egy lymphodermiás bőrrészletben. Mi a vizsgált anyagunkban bőven találtunk eosinophil sejteket, de magoszlást sohasem tudtunk rajtuk kimutatni.

De különben is eosinophiliának a pemphigus foliaceus eseteiben való jelenléte csak igen gyakori lelet (*Nikolski*, *Leredde*, *Ledermann*¹¹ és mások), úgy látszik azonban, hogy nem törvényszerű. *Fabry*¹² esetében a többszöri vizsgálat sem tudott feltűnően eltérő véreletet kideríteni. S így, sajnos, még ott állunk, hogy vannak bizonyos kész adataink, melyek a foliaceus eseteiben a bőr és vér állapota között valamilyen jellegzetes viszonyra hívják fel figyelmünket, melyek azonban még távolról sem tisztázottak. Fontos tehát egyelőre, hogy a különböző pemphigus-eseteket, elsősorban a foliaceus-eseteket, gondosan észleljük, vizsgáljuk és gyűjtsük, mert az esetleges végleges vizsgálati eredmény pathologiai szempontból talán nagy jelentőségű lesz. És ez nem annyira magáért az egyébként ritka pemphigus foliaceusért fontos, hanem azért, mert elvi jelentőségű betekintést kaphatnánk abba a viszonylatba, mely a bőr és a vér között fennáll.

Befejezésül még egyszer kiemeljük azokat a fontosabb pontokat, melyeket esetünk vizsgálata alkalmával megállapítottunk. 1. A hám hiányos ellenállása következtében hiányzik a typusos, jól kifejezett hólyagképződés, de azért a hámburkolat felső rétege nagy kiterjedésben leemelődik s csökevényes hólyagképződésre vezet. 2. A hám nagy fokban hypertrophiás. 3. Hámotól teljesen megfosztott szabadon fekvő irharezületet nem találtunk. 4. Az irha jelentékeny lobos reactiót mutat. 5. Igen kifejezett vérbeli eosinophilia, mely a fehér vérsejtek számának körülbelül az egyharmadára emelkedett. 6. A pemphigus foliaceusos bőr irhájában bőséges eosinophil sejteket találtunk. 7. A szövetben talált eosinophil sejteken magoszlást nem észleltünk.

A szemmozgások pszichologiai és psychiatriai értékeléséről.

Irta: *Hollós István* dr., a nagyszombati áll. elmeorvóintézet főorvosa.

A lelki élmény és a testi mozgás összefüggésének számos újkori vizsgálata között sok akart és akaratlan mozgással találkozunk, csak éppen a szemgolyó mozgásaival nem. Ez az első tekintetre szinte különösnek tűnik fel. Hiszen, ha a tudomány kizárólag a laikusoknak engedte is át azt a felfogást, hogy a szem a lélek tükre, mégis a lelki állapotok vizsgálata közben mindannyian a szemnek a lelki tükrözésével számolunk és nem tudományos empiriával erősítjük meg vagy egészítjük ki nem egyszer tudományos feltevéseinket. De e mellett elgondolhatjuk azt is, hogy semmiféle izomcsoport nem mutat oly változatos, distinct, és a mi fő, a lelki változásokkal szinte magától értetődően kongruáló munkát, mint éppen a szemizmok idegrendszere. A szervek között

⁷ *Fabry* 71/2, *Leredde* 7 évről számol be.

⁸ *Neusser*: Klinisch-haematologische Mitteilungen. Wiener klin. Wochenschrift, 1892, 3. sz.

⁹ Saját idevágó vizsgálatunk is ezt bizonyítja.

¹⁰ *W. Türk*: Vorlesungen über klinische Haematologie, II. Th., I. Hälfte, 1912, Wien.

¹¹ *Ledermann*: Verhandl. d. Deutsch. Dermat. Gesellschaft. X. Congress, 1908.

¹² *Fabry*: Fall von Pemphigus foliaceus. Verhandl. d. Deutsch. Dermat. Gesellsch. X. Congress, 1908.

egyedül a mozgási lehetőségeiben oly gazdag szemgolyó lehet talán a legalkalmasabb arra, hogy a kvalitásban fel nem fogható, a kvantításban alig mérhető psychés változásoknak annyira a mennyire kifejezője legyen.

Viszont érthető az is, ha a szemgolyók mozgásai a vizsgálódást elkerülték. E mozgások ugyanis éppen mert oly változatosak, de főleg mert röppenők és nem rögzíthetők, az első pillantásra alig nyújtanak reményt arra, hogy valamiképp rendezhetők és egységes következtetésre alkalmazhatók volnának.

Jelen vizsgálatok sem alapulnak oly eljárás, a melylyel ez a nehézség le volna küzdve. Erre ma a mozgófényképezés volna a megfelelő, de az adott viszonyok között megvalósíthatatlan mód. E nélkül e vizsgálatoknak csak az a célja maradt, hogy a kérdés fontosságát, hálás voltát felvesse és a tökéletesebb eszközökkel továbbmunkálásra a figyelmet felhívja.

Vizsgálatom tárgya egyedül a szemgolyó mozgása volt. Ki kellett zárnom tehát minden egyebet, a mi a szem „kifejezéséhez” járul, elsősorban a szemhéjak szerepét.

Tudvalevő dolog, hogy a szemmozgások eredetileg arra szolgálnak, hogy a térben való tájékozódással az egyensúlyt fentartani segítsenek. Minden akaratlagos izmunk, így tehát a szemet mozgató izom érzése is, ez talán leginkább, a stabilizálásra szolgál. Alsóbb rangú állatokon ez valóban így is van. Ezeken a szemizmokat csak egy ingerforrás hozza mozgásba: a vestibulum. Az emberen ennek az alacsonyabb rangú ingerforrásnak a kizárólagossága csak a foetusban annak 7. hónapjáig van meg.

A kifejlett magzaton, tehát az emberen a csecsemőkortól kezdve a szemizmoknak már három, a corticalis, a nuclearis és a vestibularis ingerforrása van. Ha a szemek nyugalomban vannak, akkor ez nem az idegerek nyugalomára, hanem az agonista és antagonisták ingerek egyensúlyára vall.

A vezető szerepet a szemmozgásokban mindig a corticalis inger viszi. Már az, hogy a szem mozgásai a cortexben lefolyó ingerekkel, tehát a psychés élményekkel szoros vonatkozásban vannak, azzal biztat, hogy ezeknek a mozgásoknak a pontos vizsgálata és ismerete a velük összefüggő psychés változásokra valamiképpen világot fog vetni.

Tegyünk először is különbséget a szem nyugalmi állapota és mozgása között. A nyugalmi állapot azt jelenti, hogy a cortex ingere nem nagyobb, mint a nuclearis központ és a vestibulum ingere. A mozgás a corticalis inger túlsúlya, hogy a szem valamely más helyzetbe kerüljön, mint a melyben éppen volt. A mozgás tendenciája egy más nyugalmi helyzet elérése.

Mi az, a mi a cortexben az ingerplust adja? Kétségtelenül a szemmozgató corticalis centrumon kívül álló, de vele összefüggő valamely más corticalis inger. És itt mindjárt éles megkülönböztetést tehetünk. Ismerünk ugyanis szemmozgásokat, a melyek egészen kifejezetten akaratlagosak és a melyek psychés folyamatok; a szemmozgató központokra hatnak akképp, hogy a szemet valaminek a nézésére fordítsuk és fixáljunk. Ez egészen tisztán akart mozgás, a mely kívülről jött vagy belülről támadt ingerekre szinte reactive következik be. Ez a fixálás, a melyre akár kívülről jött, akár belső (gondolkodás stb.) inger készítetett, a külvilággal való kontaktust, egy tárgy meglátását célozza. Ez a működés épp olyan, mint minden más akaratlagos cselekvés. Mellékesen megjegyezhetjük, hogy magában a fixálásban a psyche a külvilággal jut érintkezésbe. Ez azt jelenti, hogy a psyche akkor percipiál és ezzel a percipiálással van lekötvén. Ekkor nincs mozgás, hanem fixálás, nézés van. Ezt a fixálást, mert éppen a környezettel való érintkezést szolgálja, sympsychés nyugalmi állapotnak nevezem. Az arra irányuló mozgást, melyben ugyancsak a külvilággal való tendencia érvényesül, sympsychés mozgásnak.

A szemnek ez a sympsychés fixálása a leghosszabb ideig tartó nyugalmi állapota.

Sokkal nagyobb fontossága van a szemmozgások egy

más fájának. A szemmozgásokat megszakítják más, rendszert igen rövid ideig tartó nyugalmi szakok. Ezek azok, a melyek miatt a szemmozgás vizsgálata szinte lehetetlen munkának tűnik. Egyénenként gyorsabb-rövidebb, de általában nehezen követhető az a játék, a melyet a szemgolyó ezen apró, pillanatnyi nyugalmi állapotai között megtesz. Mik ezek a mozgások és ezek a nyugalmi állapotok?

Elsősorban el kellene dönteni, hogy akaratlagos mozgások-e.

Az nyilvánvaló, hogy azzal a határozott akaratlaltal ezek a mozgások nem történnek, mint a minőkkel a fixálásra irányuló mozgások. Sőt különös, hogy az ember maga ezekről a szemmozgásokról önmagán tudomással alig bír. A mit máson élénk változásnak ismerünk fel, arról, bár rajtunk is jelen van, nem tudunk és arról érzésünk sincs. Hiszen a szemizmok tonusáról különben is távolról sincs olyan tájékozódásunk, mint más akaratlagos izoméról. Tehát mozog a szem és nemcsak, hogy nem tudunk arról, hogy ezeket a mozgásokat akarjuk, hanem a mozgásokról is igen halványan van tudomásunk.

Lássunk egy példát. A tollam hegyére akarok nézni, ezt akarom látni. Odanézek egy pillanatig, azután a szándék, a tollam fixálása megszűnik, és bár talán még a tollamra nézek, nem látom azt, s ha — a mi nyomban magától megindul — a fixálás gondolatától eltérek és associálni kezdek, akkor vagy a tollon át a végtelenbe áll be a szemem, vagy mozgások indulnak meg, a melyekről én nem tudok, a melyek nem történnek a nézésnek semmi célzatával és legfeljebb a megfigyelő fog róluk tudni. Ezek a mozgások és ezek a pillanatnyi nyugalmi pontok azok, a melyekről tudomásunk nem lehet, éppen mert a gondolataink, az associációk nem a nézésre vannak irányítva. Ezen mozgások alkalmával megszűnt a sympsychés állapot és ezt — mert belső associatív psychés munkával járnak együtt — intropsychésnek nevezném. A vele egyidőben jelentkező mozgásokat intropsychés mozgásoknak.

Ezeknek a mozgásoknak a nevét nemcsak azért választottam így, mert azok az associációkkal egyidőben jelentkeznek, hanem azért is, mert számos jelből arra kellett következtetnem, hogy ezek az intropsychés szemváltozások lényegbeli kapcsolatban állanak az intropsychés folyamattal, a gondolkodással.

Még mielőtt itt tovább mennék, egy ellenvetéssel kell foglalkoznom, a mely a fentmondottakkal szemben felmerülhet. A szemgolyó állapotáról a fixálás idején tudunk, és akkor, ha nem fixálunk, hanem mindenfelé gondolunk, nem tudunk. Ez természetes azért, mert akkor figyelünk arra, ez utóbbi esetben pedig a figyelmünk másutt van, szóval akkor valami másra gondolunk és nem valamire nézünk. Mindennel így vagyunk. Ha járás közben a lábunkra nézünk, akkor látjuk, tudjuk azoknak a helyzetét és ha gondolatainkban elmerülve megyünk, akkor fogalmunk sincs arról, hogy járunk. Ez kétségtelenül így van. Ennek kapcsán azt lehetne mondani, hogy mert az egyeb, az akaratlagos izmaink a mi arra gondolásunk nélkül is végeznek munkát, ez a munka is valamiképpen összefüggésbe volna hozható az ugyanazon időben bennünk intropsychésen folyó agymunkával, szóval a járásban stb. lényegbeli összefüggés volna az akkor lefolyó gondolkodással.

Ezzel az ellenvetéssel szemben azt hiszem, igen egyszerű a felelet. A járás koordinált mozgás, a mely a hosszas gyakorlással az agyidegrendszer automatismusává vált a nélkül, hogy abban a célszerűség, a szándékosság egy pillanatra is valóban megszűnt volna. Ezt a gondolkodás közben való szemmozgásokról nem lehet mondani. Ott elsősorban kérdés, hogy vajon ez a mozgás a nézés gyakorlásából származott-e, de másodsorban bizonyos, hogy ezeknek a mozgásoknak nem célja a nézés, nem is éri el soha ezt a célzatot. Mert a mint az egyén nézni kezd, ismétlem, megszűnik az intropsychés associatio és előáll a nézés és a perceptio. A míg a járás mindig — bár az egyik esetben lapangva — célzatos, addig a szemmozgások csak az egyik

esetben célzatosak, a másik esetben a nézés célját semmi képp sem szolgálják.

De az ellenvetést felhasználhatom a magam tételének a megerősítésére. A járás akkor, a mikor az egyén teljesen elveszti a milieut, nem sympsychés, hanem intropsychés állapotban végzi azt, igenis szintén magán viseli a psychében lefolyó gondolatoknak a jellegét. A járás és minden mozgás tisztán célszerű mozgás marad addig, a míg az egyén szándékosan tudatosan arra figyelve végzi, de nyomban jellegét változtat, a mint az egyén önmagába merül, a mozgásról megfelelkezik. E jellegváltozás a gondolkodás mélységétől és így a milieu megfelelkezéstől függ és néha oly nagy fokú lehet, hogy a psychés elfoglaltság a mozgás automatismusa zavaróan foly be, sőt a psychés folyamatok, associációk azokban kifejezést is nyernek. Hisz erről a mindennapi élet elég adatot nyújt.

Ha tehát azok az ingerek, a melyek az egész test mozgásait befolyásolni tudják, nem akaratlagosak, kérdés, minő természetűek lehetnek. A jelen esetben könnyen kizárhatjuk az alacsonyabb centrumokat, mert először is e mozgások nem viselnek tiszta organomechanikai jelleget. Nem nystagmus-szerűek, hanem ellenkezőleg éppen azok, a melyek a gondolkodás változatosságával a testen sehol egyebütt annyira meg nem nyilvánuló oly változatosságot mutatnak, a melyek a gondolkodás rendkívüli kvalitásbeli változásához testileg legközelebb állnak és a gondolkodó embert magát elárulják. Mindezek alapján azt kell felvennünk, hogy ezek az intropsychés jellegű szemmozgások a psychés folyamatokkal együttjáró corticalis reflexingerek.¹

Mindezzel úgy hiszem csak egy régi empiriát fejeztem ki és ha ezt talán sikerült elég szabatosan elérnem, elértem azt is, hogy a szemmozgásoknak szinte visszariaszítóan tömeges jelenségei jobban megközelíthetők és értékesíthetők válnak, ha sikerült a számtalan formájú szemmozgások között csak azt a lényegbeli különbséget, a mely a sympsychés és intropsychés mozgást egymástól megkülönbözteti, elég szabatosan meghatároznom.

A szemmozgások vizsgálata alkalmával elsősorban számolni kell az egyéni variabilitással. Abban a szervben, a melyet egy tökéletes golyóízületben két támadási pontból a legfinomabb fokozatban mozgat egy minden egyénben másképp functionáló idegrendszer, oly változatossága a mozgásoknak fog előállni, hogy azokban normát megállapítani alig lehet. Általában azonban felállítható, hogy a sympsychés és az intropsychés mozgások bizonyos szabályszerűséggel váltják fel egymást.

A vizsgálatra az egyénnel való beszélgetés ad alkalmat. A beszédet úgy folytatjuk, mintha csak ez volna a célunk és nem a szemmozgás megfigyelése. Igen gyakran az első szemmozgások a megszólítás, az első kérdések erősebb emotiós hatása alatt a rendesnél élénkebbek, s csak azután mutatnak normalis jellegűt. Minthogy a rendkívül szorgos figyelés és a beszélgetés nem mindig sikerül, a vizsgálttal valamit — az élete folyását stb. — el kell mondatni. Közben kérdéseket tehetünk és figyelhetjük a mozgásokat. Néha a figyelést megzavarja a vizsgált, a ki nem tudja megérteni a mi fixáló és a beszélgetéssel nem vágó tekintetünket. Ilyen esetben igen jó szolgálatot tesz a sötét szemüveg. Még hálásabb a vizsgált, ha észrevétlenül figyelhetünk meg magukba mélyedt, magukban gondolkodó embereket. Itt éppúgy, sőt feltűnőbbben lehet a sympsychés és intropsychés mozgásokat, illetőleg gondolkodási phasisokat észrevenni.

Elsősorban figyelek arra, hogy az egyén mikor, mily gyakran, hogyan, meddig fixál engem és esetleg azokat az előtűnő látható tárgyakat, a melyek a beszélgetés folyamán felmerülnek. Ezek kisebb jelentőségűek. A sympsychés kapcsoltnak a leghatalmasabb tárgya két ember között a másik ember. Arra iparkodom tehát, hogy megjegyezzem, hogy az egyén szeme engemet fixálásában mint viselkedik.

¹ Hasonlatosak a mimikai mozgásokhoz, a melyek az akart és akaratlan mozgások határán állanak, a melyeknek többek szerint a thalamus a centruma és psychoreflex névvel jelezhetnek.

Kétségtelenül befolyással lesz a szemmozgásokra az alkalom, a helyzet, a beszéd tárgya is, azonban úgy tapasztaltam, hogy a mikor finomabb distinctiók megállapítása nem áll módunkban, a durvább megállapításokat ezek a körülmények nem befolyásolják. Számolni kell továbbá sok momentummal, így a pislogással, a fejelfordítással stb. Ámde a rendkívül gazdag jelenségből rendszerint mégis jut elég arra, hogy megállapítható legyen a következő:

1. Fixál-e egyáltalán. 2. Gyakran fixál-e. 3. Hosszan vagy röviden. 4. Nyugodtan áll-e a szem fixáláskor. 5. A fixáláskor észrevehető mozgások milyenek.

Ezek a kérdések mind a sympsychés mozgásra, illetőleg állásra vonatkoznak és magukban véve alkalmasak arra, hogy a külvilággal való contactus megállapításához adatokat nyújtsanak. A cél azonban nem ez. Ahhoz, hogy az egyénnek a tudatosságát megállapítsuk, sokkal közvetlenebb, nyilvánvalóbb eszközeink vannak, bár némely esetben egy különben teljesen mozdulatlan betegnek egyetlen szemmozgása alkalmas meggyőzni az öntudat jelenlétéről.

A sympsychés mozgások vizsgálatának a célja az, hogy ezek rögzítésével annál könnyebben kísérhessük figyelemmel az intropsychés mozgásokat. Ezek ugyanis jelentősebbeknek ígérkeznek, s a mint fennebb mondtam, a psychés folyamatoknak maguknak tudattalan corticalis reflexei.

Az intropsychés szemmozgásokban alapvető rendszert megállapítani ezideig nem tudtam. Csak jelenségek soráról beszélhetek, a melyek egyénenként, esetenként és talán psychés állapotok szerint általában összevonhatók voltak.

Az egyén az engemet fixálásban rendszerint igen rövid ideig tart ki, mégis ezek és általában a sympsychés fixálások a legtartósabbak. Tartósságukat indokoltta és érthetővé teszi a figyelem, a melylyel az egyén felém fordul és nemcsak engem, hanem a belőlem, beszédemből, arczkifejezésemből áramló ingerforrás ingereit percipiálni akarja. A rövid tartamukat indokolja egyrészt az izmok fokozottabb munkája, a convergentia, sőt néha a szem körüli izmok összehúzódása, a pupilla szűkülése és a fokozottabb tensio is, tehát a kifáradás, de másrészt, sőt talán túlnyomó részben megszűnik a fixálás azért, mert egy reactiv folyamat indul meg, a mely a perceptióra — mondhatnám — előtör, a melyben az egyén tovább gondol. Ez a továbbgondolás, az associálás, lehetetlenné teszi a szándékos fixálást és az associációkkal szinte együtt a legváltozatosabb módon mozog igen kis, alig észrevehető nyugvóponton nyugvópontra tovább a szem, a míg rendszerint egy újabb sympsychés fixációba áll be, hogy kisebb-nagyobb szünet után megint folytassa gyors mozgásait.

Bár egészen különálló tárgyalásra szorulna, e helyen legalább is érinteni szükséges a psychés munkának olyan megvilágítását, a mely az eddig előadottakkal szoros összefüggésben áll. A szemmozgásoknak iménti taglalása megerősíti a psychés munkáról régebben táplált felfogásomat, hogy az a folyamatában nem egynemű. Képletesen szólva, a psychés munka kettős szövésű, a hol bár a szövetet magát mind a kettő adja, majd az egyik, majd pedig a másik szövésnek a rajza kerül felszínre. A kétféle munkának az együttese teszi ki az egészet, az öntudatot. Az öntudathoz két elem kell: az egyik, a mit associálásnak nevezünk, a mikor az egyén a gondolatokban benne létezik és alig percipálja a környezetét, intropsychés munka, a másik, a mikor az associációkból kiemelkedik, magára eszmél, a mikor a sympsychés kapcsolatok virtualisak lesznek. Ekkor alig vagy egyáltalán nem folyik tudatos associálás. A kettő normalisan gyors változatban követi egymást, de még normalis határok között is megtörténhetik a „megfelelkezés” a perceptiv vagy ritkábban az associativ irányban. Hogy az öntudat világosságának ez az önmagát folyton kontrolláló munkaváltozás a biztosítéka, arra elegendő két öntudati kóros állapotra utalni: a maniára, a melyben az associációk tolongása a magára eszmélésre, a teljes észrevezésre alig enged alkalmat; és ennek ellentétére, némely katatonias állapotra, a melyben úgy látszik, hogy associativ munka alig folyik (vagy igen lassan) és az egész

psyche az érzékelésre van beállítva. Hogy itt az érzéketlenség ellentmond a dolognak, az csak látszólagos. A perceptio maga nem involvál még reakciókat. Éppen az a körülmény, hogy a perceptio — az érzékelés feldolgozása — teljesen hiányzik, teljesen megmagyarázza a katatonias magatartást. Hogy a perceptio nem hiányzott, arra utal az, hogy azok a katatoniasok, a kik utóbb magukhoz térnek, associálni kezdenek, most dolgozzák fel, most teszik egészen tudatossá a betegségük alatt lefolyt érzékeléseket, mindenről tudnak, a mi velük történt. Az öntudatosság második szövést pótolniok kell.

Normalis körülmények között az egyik psychés munka nem zárja ki a másikat, de csak az egyik, a virtualis lép előtérbe általában igen rövid, néha hosszabb időre. A kettőnek gyors változása adja a világos, tiszta öntudatot. A szemmozgások vizsgálata alkalmával a legértékesebb adat az, a mely ennek a kettős szellemi munkának a szemnek sympsychés és intropsychés mozgásaiban somatikus kifejezést ad.

A fentiek példában való megvilágítására egy sablonos megfigyelést közlök, a melyet mindenki megtehet és bizonynyal ismer.

Egy egyszerűbb műveltségű embernek kissé nehezebb számolást adok. A mikor a feladatot elmondom, az ember reám néz, mozdulatlanul fixál. Percipálja a kérdést. A mint végighallotta, nyomban hirtelen elugrik a szeme, jelen esetben fel jobbra és a vizsgált ismétli a kérdést, miközben a szemgolyók tovább mozognak, szótalanul a levegőbe néz, majd egy-két mozgást tesz a szemével, számol magában és ezután hozzám fordul a tekintetével, fixál és megmondja az eredményt. Ebben az egyszerű példában egész sora az eseményeknek és mozgásoknak van. Attól a percztől fogva, hogy a kérdésemet felfogta, megszűnik a fixálás, a sympsychés fixatio és csökken minden perceptio, mert megindult az associativ munka. Ha ez az állapot megmaradna, ha az egyén az associatióban nagyon elmélyedne, megtörténhetnék, hogy az ő környezetéről, beszédéről, lármáról tudomást sem venne. Az ő öntudati állapotában túl hosszú ideig maradt meg az egyik működésben. Hogy arról, a mit most végiggondolt, világosan tudjon és ahhoz, hogy az öntudati állapota teljessé legyen, be kell állítania magát a perceptióba, a milieube és ekkor fordul a tekintete hozzám. Itt a felelés úgy látszik magától értetődően azt involválja, hogy azután megint reám tekintsen. De éppen a természetesség ilyen megnyilatkozása, ez az egyszerű mindennapos tény téteti fel velünk a kérdést, hogy miért van ez éppen így. Különben a komplikáltabb esetekben, a hol nem kérdésről és feleletről van szó, a hol spontan történik a beszélgetés, a sympsychés mozgást mindenkor felváltja az intropsychés, hogy újból egy sympsychés következék.

Azt az időközt, a mely az egyik sympsychés állapottól (a melyet a szemek állásából tudunk legjobban megítélni) a másik sympsychés állapotig tart, öntudati egységnek nevezem. Egységnek azért, mert csak így tekinthető az öntudat teljesnek. Ez, éppen a szemek rendkívül gyors mozgását tekintve, rendkívül gyors, fokozottabb munkánál lassúbb és csak kóros esetekben válik el a kétféle psychés munka hosszabb időre végleg, a mi egyúttal az öntudat megzavartatását jelenti.

Vegyük figyelembe először a fixálást. A sympsychés fixálás akart mozgás azzal a célzattal, hogy valakit vagy valamit lássunk. Teljesen egészséges innervatio esetén minden izom munkája szabatos és célzatos. A cél szempontjából addig, a míg a rendes fixálás tart, a szemgolyónak teljesen mozdulatlanul kell lenni. Ezt ilyennek is tapasztaljuk. Gyakran azonban a nélkül, hogy az intropsychés mozgások, a melyek felismerhetők, megindulnának, különböző mozgások állanak be fixálás közben is. Ilyen a szemnek igen apró, jobbra, balra, vagy le-feltérése, a mikor a szemek a másik, vele beszélő egyén jobb, bal szemét vagy az arcz különböző pontjait felváltva fixálják. Nagyobb eltérés is állhat be a sympsychés fixálás közben, a mikor a szem néhány fokra elugrik és nyomban visszaugrik. Ez igen jellemző munkája a szemnek. Ez az elugrás és visszaugrás, a melyet, mert gyors

és egy teljes ugrást ad, saltatorius mozgásnak neveztem el. Ez tulajdonképpen nem más, mint a sympsychés fixatiónak egy rendkívül kis időre való megszakítása. Mit jelenthet ez a megszakítás? Ha megfigyeljük, hogy mikor állanak be ezek a saltatorius mozgások, akkor általában azt tapasztaljuk, hogy igen rövid ideig tartó gondolkodási folyamat alkalmával. Az egésznek lefolyására utal ez a pillanatnyi mozgás, hiszen utána megint sympsychés fixatio következik. Egy kis kiugrás, egy kis interpsychés munka elvégezhetésére. Hogy a szem ezen elugrása, bármily rövid ideig tart, egyáltalán nincs arányban a folyamattal, azt megérthetjük, ha az associatiók sebességét elképzeljük. Viszont ez a kis mozgás újabb bizonyítéka és mondhatnám testi mértéke annak, hogy az associatiók általunk alig mérhető sebességgel folynak le. A saltatorius mozgás tehát a legkisebb ideig tartó intropsychés szemelmozdulás.

Könnyebben rögzíthető a szemnek nagy ívben való elmozdulása. Ez rendszerint az associatiókkal jár együtt, intropsychés jellegű. Sajátságos, hogy kifejezetten egyéni és van szem, a hol ez a nagy, néha a szem egész görbületére horizontálisan kiterjedő mozgás sohasem jelenik meg, míg másokon igen gyakori. Ezekről a nagy ívben haladó mozgásokról még külön kell szólnom a kóros egyének szemmozgásai tárgyalásakor.

Végül meg kell figyelnünk a legnehezebben rögzíthető mozgásokat, az intropsychés folyamattal járó apró, rendkívül élénk, igen kis megállásokkal váltakozó, a szem minden irányában haladó, szinte ugró mozgásokat. Ezek az intropsychés folyamatoknak a legjellemzőbb reakciói, a melyeknek változatosságába egy pillanatra minduntalan bevág egy sympsychés fixálás és jelzi az intropsychés associatióknak a sympsychés környezetre eszmélő felváltását.

A szemmozgások lényegbeli systematizálása tehát felosztja őket: sympsychésekre és intropsychésekre.

A sympsychés fixatio és az ahhoz vezető mozgás az egyénnek a tudatos, szándékos nézése.

Az intropsychés mozgás az associatio és a milieu érzékelésétől elfordult, magába mélyedt gondolat-munkának reflexe.

A saltatorius a legrövidebb ideig tartó intropsychés mozgás. A leghosszabb a nagy ívű horizontális mozgás. Közben foglalnak helyet az apró, minden irányú intropsychés mozgások.

Az egyéni változatosság beláthatatlan sora lehetetlenné tette, hogy eddig az egyszerű megfigyeléssel normát lehetett volna megállapítani. Csak annyi mondható, hogy rendszerint a sympsychés fixatiót hosszabb-rövidebb ideig az intropsychés mozgások szakítják meg és hogy egyik sympsychés fixatiótól a másikig olyan egymást felváltó működés mutatkozik, a mely az egyén szellemi életében egy egységes és teljes öntudati állapotot jelez.

A psychosisos egyénekben a szemmozgásokban és állásokban több jellemző és az intro- és sympsychés működésre vonatkozó tételt megerősítő jelenséget tapasztalhatunk.

A szem teljes mozdulatlansága öntudatlanság vagy katatonia esetén arra utal, hogy a szemet a mozdulatlanságából kimozdító inger hiányzik. Ez az inger erősebb rászórással, szóval külső ingerekkel megindítható, a mikor sympsychés fixatio áll be. De azok a mozgások, a melyek a szemnek a rendes működését teszik, nem jönnek csak abban a pillanatban, a midőn intropsychés associatio, psychés munka indul meg. A katatoniaról már említettem, hogy ott megvan az érzékelés, de hiányzik annak a feldolgozása, az intropsychés associativ folyamat. Kétségtelen, hogy az öntudatlanságban és néha a katatoniaságban sincsen sympsychés fixatio sem és a szem a végtelenbe van beállítva. De könnyen érthető, hogy a sympsychés működés maga is zavart szenved és a fixatio is kiesik, ha a szellemi működés másik fele ezt nem egészíti ki.

A másik szélsőség az intropsychés mozgások túltengése a sympsychés fixatio rovására. Ebben a ritkább esetben az egyén alig, vagy egyáltalán nem tudja szemét az akaratlagos

nézés céljából egy helyre rögzíteni; így van ez, a mint már említettem, némely mánia esetében (gondolattolongás). Határozott fixálás, a mely azonban igen rövid, incohaerens egyéneken található, a hol az associációk tengenek túl a nélkül, hogy kellő sympsychés mozgás váltaná fel.

A két szélsőségen belül már gyakorlatilag is inkább értékesíthető jelenségeket találhatunk.

A fixatio igen hosszú. Az egyén a beszélőre függeszti a tekintetét és szinte elviselhetetlen hosszú ideig tapad rajta. Csak elkésve és lassan történik egy elugrás, vagy nagy ívű, vagy néhány apró mozgás, hogy a fixálás megint hosszú időre beálljon. Mindenki ismeri ezt a tekintetet, a bámulásnak népszerűen ismert jelét, a mely a dementia, az associativ intropsychés szellemi munkának a szegénységére vagy teljes hiányára utal. Ennek finomabb fokozatai, a mikor éppen hogy észrevehető, hogy a fixálás kissé tovább tart a rendesnél, igen gyakoriak a dementia paralytica, senilis elmeengesség eseteiben olyankor, a mikor a dementia egyébként még nem feltűnő, sokszor található epilepsiásokon a roham utáni állapotban és általában ködös öntudati állapotokban.

A fixatio gondosabb megfigyelésekor (mindenkor sympsychés fixatiót kell érteni) találhatunk azután igen apró rezgéseket. Ez nem nystagmus, hanem intentionalis remegés, a mely minden izom innervációjakor szervi betegségek esetén előfordul. Némely esetben az a benyomásom, hogy az egészen apró saltatorius mozgások is azáltal váltanak ki, hogy a szem szervi okokból nem tud hosszabb időn át fixálva maradni.

Az intropsychés mozgásoknak egyik legfeltűnőbbje a nagy ívben való és főként horizontalis mozgás. Különös, hogy ez a mozgás normalis egyénekben is egyénenként nagyon típusos és hogy rendszerint ugyanazon irányban, jobbra vagy balra ismétlődik és hogy a látóvonal egyénenként ugyanabban a sphaerás pontban fut be. Igen jellemző ez a paranoiás és paranooid (hysteriás, neurosisos) egyénekben, a kiken a leggyakrabban tapasztaltam ilyen szemmozgást. Az irány túlnyomóan egy marad, jobb vagy bal, és a pont, a hová a nagy ív után beáll, szintén ugyanaz lesz. Ez a paranoiásokon igen gyakori szemmozgás azután tökéletesen kialakul a paranoiás tekintetben. Ezalatt a szemnek mindenki által megfigyelt azt a helyzetét értem, a melyben a két szem egészen a jobb vagy a bal zugba kerül. A szemnek ez az állása azért is nevezhető paranoiásnak, mert az egyén ilyenkor a szemeivel úgyiszlólván a füléhez közeledik, hogy az ismeretlen eredetű hangokat meglesse. Hogy mennyire nem szolgálhat a nézés céljaira a szem ebben a helyzetben, arról mindenki maga is meggyőződhetik. A jobbra vagy balra nézés nagyobb fokára normalis körülmények között is a fejünket jobbra vagy balra fordítjuk. A szemzugokban a szemnek az állása természetellenes, érezzük, hogy fárasztó, majdnem olyan, mint a mikor az orrunk hegyét fixáljuk. Eltekintve ettől, ha mindkét szemünket például a jobb szemzugba állítjuk be, akkor tulajdonképp csak a jobb szemünkkel látunk, mert a bal szem jobboldali látóterét az orrunk elfedi. Ez a célszerűtlen mozgás abból a tendenciából ered, hogy a testünket, önmagunkat (ez esetben a jobb fül körül vélt jelenségeket) vehessük észre. Kétségtelenül kombinálhatja ezt a fejmozgás nélküli tekintetet az a szándék is, hogy az egyén valamit meg akar lesni észrevétlenül, a nélkül, hogy magát a fejmozgásával elárulja. Az bizonyos, hogy épp úgy, mint a hogy ezek az extrem mozgások általában a hallucinációk jelenlétére utalnak, már a nagy ívű mozgások is paranoiás jellegre gyanusak.

Az elmondottak nem merítik ki teljesen azokat a jelenségeket, a melyeket eddigi megfigyeléseim közben találtam. Oly jelenségek ezek, a melyek kétségtelenül a „különösnek“ a benyomását teszik, de a melyek éppen a rendkívül nehéz rögzítésük miatt az exact meghatározásnak eddig ellentállottak. Különben magam is tudom, hogy a szemmozgások és állások meghatározásakor szigorúbb terminológiára van szükség. Ez alkalommal, a midőn a kérdés érdekességét

akartam csak hangsúlyozni, nem óhajtottam geometriai és stereometriai fogalmakkal súlyosbítani azt, a melyek különben *Helmholtz* tanulmányából átvehetők. (Ueber die Winkelgeschwindigkeit der Augenbewegungen. *Pflüger's Archiv* 1869. Herbert's Ueberblick über die Geschichte und gegenwärtigen Stand des psychol. Problems der Augenbewegungen. *Zeitschrift für Psych. und Physiol. der Sinnesorg.*, Band 46, 123.) De ezekkel a terminusokkal sem juthatunk messzebb, a míg a mozgások maguk nem rögzíthetők. Már a szemészeknek is, a kik pedig csak a fixálással, az olvasással és nézéssel foglalkoztak, szükségük volt a mozgások graphikai vagy másfajta megörökítésére. Mennyivel inkább szükséges ez ott, a hol a szemmozgásokat, mint reflexjelenségeket, intropsychés ingerekkel hozzuk kapcsolatba. Addig, míg ez megvalósítható lesz, e közlemény csak arra tart igényt, hogy egy technikailag nehezen kezelhető kérdés jelentőségét kiemelje és megközelítésének a főirányát megszabni megkísérelje.

Az ideges cardiopathiák.

Irta: *Turán Bódog* dr. (Franzensbad.)

(Vége.)

A legfontosabb különbséti körjel azonban a bőrnek tapintási lelete marad. Igaz, hogy szervi angina eseteiben is a bőr, a mint ezt *Mackenzie* észlelte és meggyőzően magyarázta, hyperaesthesiás, de a túlérzékenység csak a bal mellkas- és nyakfélnék körülírt helyeire szorítkozik, mert hiszen segmentalis eredetű és különben is csak a roham alatt vagy legfeljebb azután 1—2 napig áll fenn; holott neuralgiás angina eseteiben a túlérzékenység, mely heves fájdalomig fokozódik, nem segmentalis eredetű, mert nemcsak a szív tájra, hanem a legkülönbözőbb és számos testtájának a bőrére terjed ki és még rohammentes időben is kimutatható, csak a roham idején még fokozottabb; míg amott a környéki érzékenység csak kisugárzáson vagy ingeráttételen alapul (a szívtől kiinduló afferens ingerek a gerinczvelő megfelelő szelvényeinek szürke állományában áttevődnek az ottani szomszédos érző és mozgató sejt központokra), addig neuralgiás angina eseteiben helybeli elváltozásoktól függő és tapintással kimutatható eredettel bír. Ha erre az utóbbi igen fontos körülményre nem ügyelünk, akkor a tüneteket félremagyarázzuk és egyiküknek vagy másikuknak többé-kevésbé kirívó volta alapján valamely határozatlan jellegű betegséget, mint ideges szívbetegséget, rekeszneuralgiát, hysteriás paroxysmust, phrenocardíát vagy pedig szervi anginát fogunk tévesen diagnosztizálni. Ezen összetévesztés elkerülése céljából tehát szükséges, hogy *anginás cardiopathiának minden esetében a testfalzatot (bőr és izomzat) beható palpatióis vizsgálatnak vessük alá* és csak nemleges lelet esetén gondoljunk valamely másfajta szívneurosisra vagy szervi szívbánalomra. Általában véve a fiatal vagy közepes kor, az objectív szívélváltozások hiánya, ezzel ellentétben a neuropathiás tüneteknek jelenléte, a bőrnek és az izomzatnak kitapintható helybeli elváltozásai és a rohamnak említett sajátosságai functionális vagy neuralgiás eredet mellett szólanak.

A mi a bajnak aetiológiáját, azaz a bőrbeli lerakódásoknak eredetét illeti, azt az anamnesis (öröklékenység, életmód), valamint egyes körjelző tüneteknek (tophusok, az epiphysisek megvastagodásai, a kis ízületeknek elgörbülései stb.) esetenként való jelenléte alapján köszvényes diathesisben gyaníthatjuk, érte ezen név alatt a szervezetnek valamely kóros anyagcsere-folyamat következtében beállott autointoxicációját, melyben a túltermelt húgysav bizonyos szerepet játszik. Ennek megfelelőleg a leírt kórállapottal főleg ideges vagy köszvényes hajlamú, vagy elhíjasodott nőkön találkozunk. A climacterium a velejáró anyagcserezavarok folytán szintén kedvez az említett lerakódások képződésének, főleg a szív tájra, a hasfalzatnak és a csomboknak bőrében, a hol azon életszakaszban a bőralatti hájmennyiség megszorodik, a melyben pedig köszvényes kórtermékek előszeretettel telepsznek

meg. Ezért látunk gyakran a climacteriumban cardiopathiákat és anginás rohamokat, a nélkül, hogy a szív kimutathatóan meg volna betegedve.

A neuralgiás anginának prognosisa — föltéve, hogy a gyanított alaphaj a szívet még nem támadta meg — igen kedvező. A therapiát illetőleg legfontosabb a roham idején a betegnek psychés megnyugtatója bajának jótermészetű volta iránt, úgy hogy egyáltalában nem szükséges a heroikus szereknek, mint pl. a morphinnak azonnali adagolása. Czélszerűen alkalmazhatók továbbá görcsmérséklő gyógytényezők, még pedig meleg borogatások a mellkas körül, langyosmeleg protraált fürdők, 1—2 mustárpapiros a szívtájra, pár csésze meleg tea stb. A rohamok ismétlődése ellen egyedül célravezető eljárás a kóros lerakódások eltüntetése kézi vibratio segítségével, a mi mellett a diatának is fontos szerepe jut.

A reflexes szívneurosisokhoz számítandók az érmozgató zavarok, melyeknek egy különleges formája az *angina pectoris vasomotorica* (Nothnagel). Az érmozgató rendszer és a szív, mint általában a zsigeri idegek közötti összefüggés még nem tisztázott kellőleg, de sok körülmény szól a kölcsönös befolyásolás mellett. A betegség lényege perczekig tartó félelmi és szorongási roham, miközben egyik vagy mindkét felső végtagnak bőre kékesen elszínesül vagy elhalványul és egyidejűleg elhül. Egy esetben ennek az ellenkezőjét láttam, t. i. szívtáji subjectív panaszok mellett a bal kéznek és alsó karnak elvörösödését és forró voltát. Némelykor meghatározott időközökben váltakozó hidegségi és tüzelő érzés, illetve elhalványulás és elvörösödés mellkasi fájdalom vagy vibrálás kíséretében észlelhető. Az ilyen betegeken gyakran kimutatható a vasomotoros ingerlékenységre jellegző tünet, t. i. a bőrnek vonalszerű végighúzásakor fehér udvartól környezett rózsavörös csík mutatkozik 20—30 másodpercre. A kórkép általában véve meglehetősen ritka. A betegség oka ismeretlen, az idegesség úgy látszik hajlamosít reá. Eppinger szerint a vagotonias állapot van összefüggésben. Erre utalna más vagus-izgalmi jelenségeknek, mint bradycardiának, izzadásnak, gyomor-béltüneteknek stb.-nek egyidejű jelenléte, továbbá a vagushűdítő szereknek ezen anginára gyakorolt kedvező hatása. A gyógykezelés különben csak tüneti lehet. A kezek forró vízbe mártandók (esetleg hidegbe) és a beteg lelkiileg megnyugtató.

Ezen csoportba számíthatók a traumás szívneurosisok, a melyek, noha erőművi úton (az egész test rázkódása, a szívtájnak és a hátnak körülírt bántalmazása vagy sérülése) váltak ki, mégis az idegrendszer shockozása következtében jönnek létre diszponált egyénekben. Ezen neurosisok szívtáji subjectív fájdalomérzésben és psychés megváltozásban nyilvánulnak, de a psychogen reflexneurosisoktól semmiben sem különböznek, legfőleg abban, hogy a gyógyítórekvéseknek makacsul ellentállnak.

IV. csoport. Cardiopathiák mechanikai okokból.

A szívnek automatás működését nemcsak idegek, hanem a környezetének mechanikai viszonyai is befolyásolják. Ezen tényezők között elsősorban a légzés áll, melynek folyamán ismét a rekesznek igen fontos szerep jut. Először is a szív a rekeszben széles támasztékkal rendelkezik, a melynek mozgásait a szívburoknak a rekeszszel való összenőttisége folytán kényelmesen követheti, másodsorban a rekeszmozgás azáltal, hogy leszállása alkalmával a mellüri nemleges nyomás fokozódik, a vérkeringés folyamatát különösen a gyűjtőerekben és ezenkívül még a koszorúerekben is (Eysselsteijn) előmozdítja, mely utóbbi körülmény miatt a rekeszmozgás hatása közvetve a szív táplálkozására is kiterjed. Ha ezen mechanizmusnak rendes menete tartósan korlátozást szenved, nevezetesen a rekesznek mély vagy magas állása következtében, akkor a vérmennyiségnek a mell- és a hasür közötti elosztódásában zavarok állnak elő, a melyek nem maradnak hatás nélkül a szívre. Az ezen viszonyokba való mélyebb betekintést Wenckebach-nak köszönhetjük.

A mély rekeszállásban, mely csüngő szív (cor pendulum,

cor mobi'e), cseppkö-szív, enteroptosis, lógó has esetén (a hasizmoknak hiányzó zsongja), néha az ivarérés idején, thorax phthisicus, neurasthenia eseteiben és hirtelen lefogás után a hasi zsigerek csökkent térfogata miatt fordul elő, a szív nélkülözi kényelmes rekesztámasztékát és csak egyetlen, de nem szilárd rögzítő ponttal bír a nagy erekben és a légcsőben, a melyekre még kilégzés közben is csak erőltetve bírja magát fölhúzni. A szívműködés továbbá az elégtelen és tökéletlen mellüri vérkeringés hatása és ebből kifolyólag a szívizomnak hiányos vérellátása miatt is károsodik, a mi miatt előbb-utóbb kifejlődnek a szív kifáradásának tünetei: általános gyengeség, munkakedvetlenség, fakó-halvány arc, petyhüdt, ráncos, hűvös és vékony bőr, bágyadt arczkifejezés, hideg végtagok, szívszorongás, szívdobogás, rövid lélekzés, légszomj, kicsi, puha, szapora érverés, néha pulsus paradoxus; később enyhe vizenyő, sőt pangásos máj is. Ilyen lelet alapján könnyen megeshetik, hogy enteroptosisos vagy neurastheniás egyéneket szívbetegeknek tartunk. Elkülönítés céljából a következőkre kell ügyelni. Mindenekelőtt föltűnő a betegnek testtartása: tarkóját a nyakába húzza, körtealakú mellkasát (thorax pyriformis) állandóan emelve tartja, a légzési segélyizmok, a mm. scaleni és a sterno-cleido-mastoid. láthatóan megfeszülnek, erőltetett légzéskor a nyaki gyűjtőerek kidagadnak és az említett izmok még élesebben emelkednek ki, de ennek dacára a mellkasnak alsó része az ottani bordák tétlensége miatt mozdulatlan marad és az epigastriális táj nem domborodik előre. A Röntgen-ernyőn ezen viszonyokat még kifejezettebben szemlélhetjük. Azt látjuk ugyanis, hogy a szív egészen merőlegesen áll, hogy a jobb-oldali rekeszfél a kilégzés alatt is $1\frac{1}{2}$ —2 csigolya magasságával mélyebben marad (normalis viszonyok között a jobb rekeszfél domborulata álló helyzetben nyugodt kilégzés után a X. borda tapadási helyének magasságában van), továbbá, hogy a rekesz mintegy hűdítve a légzési mozgásokban nem vesz részt.

A therapia természetesen nem a szívtünetek ellen irányul, hanem a mechanikai viszonyok javítását célozza. Megfelelő ruganyos haskötőnek, pelottának vagy pneumatik-párnának alkalmazása, a melyek a hasat benyomják és ezáltal a zsigereket meg a rekeszt föltolják, az összes tüneteket egy csapásra megszünteti. Ezen kezelés támogatására szolgál a kombinált fekvő- és hizlaló-kúra és rendszeres légzési gymnastika a hasfalaknak benyomásával.

Magas rekeszállást találunk hasvízkórban és hasdagatokon kívül leggyakrabban meteorismus, ülő életmód, elhízás esetén és általában corpulens egyénekben és vagotonias dispositio esetén; egyoldalúan, és pedig baloldalt, bő szénsavtartalmú vizek élvezete, továbbá bőséges étkezés után szokott műlóan jelentkezni. A magas rekeszállás háromféle irányban, még pedig légzési, keringési és mechanikai tekintetben hat kedvezőtlenül a szívműködésre.

Először is belégzés alkalmával a rekesz nem tud kellő mélységre leszállni, tehát a tüdők sem tágulhatnak ki eléggé, a mely okból a légzési felület megkisebbedik és az oxygen-fölvétel csökken. Másodsorban a mellüri szívóhatás nagyon gyengült mértékben juthat érvényre, a miért is a szívhez kevesebb vér áramolhatik, a mely nemcsak maga táplálkozik elégtelenül, hanem a többi szervhez szintén kevesebb oxigenes levegőt szállíthat, a melyekben ezenfölül még gyűjtőeres pangás is támad. Ezért panaszoknak az ilyen betegek már beszéd közben és lassú járáskor is beálló rövid lélekzetről és légszomjról; arcuk állandóan pöffedt és szederjes. A szív vizsgálatakor pedig azt látjuk, hogy a szívtompulat harántirányban mindkét oldalt megnagyobbodott és megtalálhatók a fokozott szívműködésnek megszokott jelei: élénk szívlüketés, fűrőnek tapintott csúcslökés, ezenkívül a tüdőverőér II. hangjának ékeltsége és szívzörejek, sőt a májmegnagyobbodás sem ritka. Közelfekvő tehát a gondolat, hogy ezen tünetek alapján szív-hypertrophiára vagy szív-insufficienciára következtessünk, melyek azonban — mint látni fogjuk — nem állanak fenn. A Röntgen-ernyőn a kopogtatási határoknak megfelelőleg balra és jobbra is kiszélesedő szív-

árnyékot látunk, ezenfölül pedig az aortaív görbültebbnek és szélességi irányban megnövekedettnek látszik. Ezen lelet már több ízben aortatágulás fölvételére vezetett, azonban szintén csak látszólagosan áll fenn.

A szív működést erősen zavaró harmadik körülmény rejlik a mechanikai térvizonyokban, melyekre *Herz* figyelmeztetett először. Ha ugyanis, mint ez magas rekeszállás esetén történik, a szívnek rendelkezésére álló űr megkisebbedik, akkor a téraránytalanság fokához képest különböző mértékben nyomott vagy szorított vagy beékelte szív — hiszen más irányban, mint lefelé, csak csekély mérvben térhet ki — összehúzódásait csak nagy megerőltetéssel és ekkor sem kiadó módon végezheti, a minék következtében kóros és kellemetlen szív táji sensatiók keletkeznek, a szívnek hiányos vérteltsége folytán pedig a dyspnoë még tovább fokozódik. A szívnek a térszűkülés folytán előidézett ezen állapota hirtelenül szokott előállni túlbő étkezés után, a midőn a gyomor tágulása és ezáltal a rekesznek még magasabbra való föltolása következtében a szívpanaszok stenocardiás rohamhoz hasonló magas fokot érnek el. Ezen állapotnak tetőpontján a beteg igen szálnalmas képet nyújt. Fűrő, préselő, fojtogató vagy rágó, tépdeseő és marcangoló szívérzésről panaszkodik, nagy forróságot érez, legnagyobb mértékben nyugtalan, aggodalmasan tekint maga körül; arca megduzzadt, kékes-vörösen elszínesedett; száján át légzik, kínosan kapkod levegő után, állandó puffadás gyötri, miközben egy-egy felbőfögés szerez neki múló megkönnyebbülést. Objectiv vizsgálatkor nyugtalan, sőt viharos szív működést találunk, a szív látható és tapintható vergődéssel erőlködik, a szívhangok hangosak, de ezen lelettel ellentétben az érverés a szívnek és az ereknek csökkent vérteltsége miatt gyenge, kicsi, puha, arhythmias, még pedig leggyakrabban extrasystolés. Ez a föltűnő ellentét az erőltetett szív működés és a gyenge érverés között igen jellegző a leirt és általában mindazon állapotokra, melyekben a szív térszűkülés miatt szenved működésében akadályt.

Különben pedig az efféle stenocardiás állapotok eredetének fölismerését bizonyos mértékben elősegíti a roham jelentkezési idejének figyelembe vétele. A valamely bővebb étkezés után közvetlenül vagy egy óra múlva, legtöbbször tehát a délutáni órákban jelentkező stenocardiás roham, melyet fuldoklás és dyspnoë kísér, azonban a szervi anginát jellegző nagyfokú szív táji fájdalom nélkül, inkább akóros rekesz-mechanismus által föltételezett krízisre, mint szív-anginára vall.

De nemcsak a roham alatt, hanem a rohammentes időszakban is ilyen állapotok összetéveszthetők szervi szív bajokkal, különösen a miatt, mert az ilyen betegek már csekély mozgáskor is, különösen pedig lépcsőjárásakor „borzasztó”-nak vagy „rettenetes”-nek mondott szív táji nyomásról — de sohasem nehéz légzésről, mint hasonló körülmények között a szív bajosok — panaszkodnak és általában az összes tünetek nagyon hasonlatosak a szívelégtelenség tüneteinek. Mint differentialis diagnostikai jel szolgál a hasnak megnagyobbodott térfogata és a rekesznek kopogtatásilag és különösen radiológiai úton kimutatható magas állása. Ezen leletből azután megmagyarázhatóvá válnak az összes tünetek. Így a szívtompulat megnagyobbodásának okát nem izomtúltengésben, hanem azon körülményben fogjuk megtalálni, hogy a szív a magasán álló rekesz által föltolatik és így nem részesül, mint rendesen, hanem inkább harántul, nagyobb szélességben a rekeszre ráterülve fog elhelyeződni, a mi a szív jobb- és balfelé való megnagyobbodásának látszatát kelti; ehhez járul azon további körülmény, hogy a már említett okokból elernyed és retrahált tüdők a szívet csak kisebb felületen fedik, a mely ily módon mintegy „lemeztelenítve” (*Eppinger*) nagyobb felülettel fog a mellkas falához odafeküdni. A rekesz magas állásából egyúttal megmagyarázható az aorta erősebb görbülete és megszüesedése és így a látszólagos aneurysmának jelenléte; az aorta ugyanis a szívnek föltolása következtében a két rögzítő pontja, t. i. a légcső és a bal kamara között összenyomatik és szétlapul. Ha azután a rekesz normalis mélységig leszáll, akkor eltűnik a szívnek

és az aorta-árnyékának kiszélesedése. Ezért látunk az ilyen betegeken, ha többszörösen vizsgáljuk őket, változó alakú, helyzetű és nagyságú szív- és aortahatárokat. Ezen igen fontos észlelet pedig ellene szól valamely szervi szív bajnak. A rekesz magas állásának egy további, különösen fontos és értékes jele a IV. bordaközben tapintható vagyis magasra föltolt és egyúttal kihelyezett csúcslikés, holott szívtúltengés eseteiben mélyebb helyzetet foglal el, még pedig az V. vagy VI. bordaközben.

A gyógykezelést illetőleg az acut rohamban kitűnő szolgálatot tesz valamely ögtön alkalmazott hánytató. Ezzel gyorsabb és biztosabb sikert érünk el, mint ha a stenocardiás roham alkalmával megszokott morphint adjuk, mely ilyen esetekben teljesen hatástalan. Különben pedig a kezelés a meteorismusnak oka vagy az esetleges hájasság ellen irányul. A chloralhydrat *Wenckebach* szerint kiválóan alkalmas arra, hogy puffadtság esetén rendkívüli mennyiségű gázt távolítson el a belekből. Nagyon czélszerű a táplálékfölvételnek szabályozása: 6—7-szeri kistérfogatú és szénhydratszegény, azaz a gázképződést csökkentő étkezés, szénsavtartalmú ásványvizeknek és általában nagyobb mennyiségű folyadékfölvételnek elkerülése, étkezés után $\frac{1}{2}$ órával 2—3 szénpastillának (eucarbon) bevétele, a melyek az emésztés közben képződő gázokat megkötik és így a puffadást megakadályozzák. Általában pedig a beteget szigorúan föl kell hívni étrendi hibák elkerülésére és hozzászoktatni a mély légzéshez. A mélylélekzési gyakorlatoknak czélja egyrészt az, hogy a rekesz normalis mechanismusától függő légzési és keringési viszonyok helyreálljanak, másrészt és legfőképpen, hogy a rekeszizom a rendszeres légzési gymnastikával visszanyerje az ülő életmóddal járó felületes légzés azaz inaktivitás folytán csökkent vagy elvesztett tonusát, mint a mely körülmény a tulajdonképpen oka annak, hogy a rekeszizom nem tud ellentállni a puffadt gyomor-béltractus nyomásának. Ezen physicalis-diaetás eljárásokkal azután pár hónap múlva sikerülni fog a beteget stenocardiájától megszabadítani.

A *mellkas elgörbülésének*, mint skoliosisnak, kyphoskoliosisnak, talán a rachitisnak némely esetében jelentkező szívpanaszok szintén mechanikai tényezőkben lelik magyarázatukat.

A *sápkóros és vérszegény leányok* cardiopathiáit a hormonmérgezésen kívül valószínűleg szintén mechanikai okokra vezethetjük vissza. Ezekben ugyanis — mint már említettem — a szív a haemoglobinnak és ezáltal az oxygénfölvételnek csökkenését a nyomtérfogot (Schlagvolumen) növelésével törekszik ellensúlyozni, a mit izomtúltengéssel, azaz jelentékeny megnagyobbodással ér el. Ehhez járul továbbá, hogy ezen leányokon rendszerint obstipatio és meteorismus, valamint az utóbbival járó magas rekeszállás van jelen, a mi miatt a megnagyobbodott szív- és ürszűkítő környezete között kisebb-nagyobb fokú téraránytalanság támad, a mi gyakori szívpanaszok keletkezésére fog alkalmat szolgáltatni.

Nincs továbbá kizárva, hogy a *paroxysmalis tachycardiának* némely esetében a rekesznek magas állása mint kiváltó ok szerepel akkor, ha testi megerőltetéskor vagy heves kedélyi fölinduláskor hirtelenül szívtágulás áll be, a mi az amúgy is fennálló téraránytalanságot fokozza és a komprimált szívet gyors összehúzódásokra izgatja.

A *túlerőltetés* közben jelentkező szívpanaszokat és tüneteket is, mint szívdobogás, rövid légzés, igen szapora érverés és a szívnek megkisebbedése stb. alapján véve szintén mechanikai okok idézik elő és pedig a szív kamaráknak vértömegekkel való túlterhelése és ezeknek a szívizomfalzatra gyakorolt fokozottabb nyomása. Ezen zavarok azonban egészen múló természetűek; csak ismétlődésük vagy valamely sport-gyakorlat hosszabb tartama vagy túlzása, vagy alkatilag gyengült szív esetén fejlődnek ki javíthatatlan szervi megbetegedések, mint a szívizom megnyúlása és annak kitágulása.

Mechanikai tényezők játszanak közre a *gátordaganatok*, főleg a szegycsontmögötti golyva eseteiben jelentkező cardiopathiákban azáltal, hogy a légzést akadályozzák és a szív

rendelkezésre álló ürteret szűkítik. Ezen kórokokat Röntgen-vizsgálattal kideríthetjük és így a tévedés elkerülhető lesz.

Végezetül megemlítendő, hogy a cardiopathiáknak különböző alakjai nincsenek mindig éles határok által egymástól elválasztva, hanem közöttük átmenetek és különféle kombinációk úgy egymás között (psychogen cardiopathiák mély rekeszállással, neuralgiás angina magas rekeszállással stb. kombinálva), mint szervi szívbetegségekkel többszörösen előfordulhatnak. A functionális és szervi cardiopathiák közötti átmeneti és vegyes alakok annyival inkább gyakoriak, mert a cardiopathiákat okozó szív-alterációk legtöbbször a szív működésnek valódi zavaraival járnak és így lehetségesnek kell tartanunk, hogy hosszas fennállásuk alatt belőlük az idők folyamán szervi szívbetegségek fejlődhetnek ki, vagy azt is föltételezhetjük, hogy szervi szívbetegségeket okozó egyes kórtényezők, pl. nikotin, köszvény, kezdetben csak functionális elváltozásokat okoznak és csak később, huzamos behatás után vezetnek szervi megbetegedések kifejlődéséhez. Mindenképpen ajánlatosnak mutatkozik, hogy a cardiopathiásoknak panaszait ne utaljuk könnyedén a hypochondriának, a hysteriának vagy a keveset mondó neurastheniának területére, hanem azokat minden esetben kellő figyelemre méltassuk. A tapasztalat azt mutatja, hogy számos esetben maga a klinikai kép értékes diagnosztikai útmutatóul szolgálhat és ott, a hol néha még a legbonyolultabb vizsgálati módszerek is cserben hagyóak, a legegyszerűbb vizsgálati eljárások a helyes nyomra vezetnek és mi a beteget az ő kellemetlen, sokszor kínzó és egész életét elkeserítő panaszaitól megszabadíthatjuk.

Elmeorvosi tapasztalatok Belgiumban és Hollandiában.

Irtó: *Fabinyi Rudolf* dr., állami elmeorvóintézeti főorvos, Budapest-Lipótmező.

Belga intézetek.

A Belgiumban töltött időnk túlnyomó részét a gaudi internationalis elme- és ideggyógyászati congressus foglalta le, amelynek tárgyalásaira, mint a Budapesti Királyi Orvosegyesület elme- és ideggyógyászati szakosztályának képviselője, nagyobb gondot kellett fordítanom. Ezért ez alkalommal Belgiumban csak két intézetet látogathattunk meg, még pedig Le Strop-ot Gandban és a monsi intézetet. Belgium világhírű családi ápolását *Gheel*-ben s az annak a mintájára szervezett telepet *Lierneux*-t, már egy korábbi utazásom alkalmával láttam. *Zsakó* kollegám ezenkívül még Tournayban is volt, a melynek intézete szerinte pendantja a monsinak.

Az idő rövidsége miatt ennél fogva inkább csak az elmebeteg-ápolók kiképzésének tanulmányozásával foglalkozhattam, a többi elmebetegügyi kérdésre pedig csak másodszorban terjeszkedhettem ki.

Az 1906-ban és most végzett tanulmányutam alkalmával — bár előzőleg sok, nem éppen hízogó dolgot olvastam e tekintetben Belgiumról — azt az impressiót nyertem, hogy az elmebetegügyi viszonyok itt mégsem olyan rosszak. Az igaz, hogy az intézetek túlnyomó része katolikus szerzetesrendek birtokában van és kevés az állami intézet, de a betegeknek ellátása — legalább ott, a hol láttam — eléggé megfelelőnek látszott. Az intézetek berendezése és a betegek kezelése messze az angoloké mögött marad, de ennek oka a külső kedvezőtlen viszonyokon kívül a beteganyagnak egészen más mivoltában is keresendő.

A csekélyszámú látott intézetből talán merész volna általános jellemvonásokra következtetést vonni. Mindazonáltal hozzávéve a személyesen látottakhoz a leírásból ismerteket, körülbelül a következőket állapíthatjuk meg:

A belga intézetek valamennyien block-, illetve folyosórendszerben épültek. Némelyek kiugró épületszárnyakkal külsőleg kastélyszerű benyomást tesznek. Rendszerint kőfalakkal vannak körülvéve, kertjeik zártak, kicsinyek, hasonlóképpen az épületszárnyak által körülvett szűk udvarok is. Ugy ezekben, mint a külső kertekben azonban sok virág van, a mi

az összbenyomást kellemessé teszi. A folyosók sok helyen keskenyek, mindenütt kőpadlósak, szintén tele vannak virágokkal és — ez Belgiumra jellemző — szentképekkel és feszületekkel. A betegszobák általában véve kicsinyek, nagyjából zsúfoltak, ugyancsak sok virággal, kanárimadarakkal és szentképekkel. A padlózat mindenütt kőből van, beleértve az elsőosztályú szobákat is. Az ablakok itt is szimplák, néhol külső ügyesen alkalmazott vasrácsokkal vagy az ablaktáblába alkalmazott keresztvasakkal.

A beteganyag távolról sem olyan nyugodt, mint Angliában. Több az izgatott beteg, kiknek megnyugtatósára fürdőket itt sem használnak, hanem belső gyógyszereket adnak, legfőképpen pedig elkülönítik a beteget. A czellázás kiterjedten alkalmaztatik s ennek megfelelőleg minden intézetben igen sok, határozottan czellászerű elkülönítő szobát láttunk, melyek tele vannak betegekkel. A betegek külseje különben sem olyan rendezett, mint Angliában.

Az ápolószemélyzet nemcsak a szerzetes rendek intézeteiben, hanem az államiakban is szerzetesekből és apácák-ból áll, a kik mellett világi ápolók is segédkeznek. Várakozásom ellenére főképp az egyházi rendhez tartozó ápolószemélyzetről a belga kartársak csak a dicséret hangján emlékeztek meg.

Nagyon meg vannak elégedve velök, főképp megbízhatóságukat, humanitásukat dicsérték, bár utóbb azt is hallottam, hogy nem mindenütt van ez így. Az ápolószemélyzet intelligenciája azonban távolról sem vetekedhetik az angolokéival. Ezt maguk a belga orvosok is elismerik, okát elsősorban a nép általános műveltségének csekély fokában keresik. Az ápolószemélyzet anyagi és társadalmi helyzete sem olyan kedvező. A világi ápolók fizetése nagyjából csak havi 30 franc, néhol még kevesebb. Előmenetelük rossz, úgy hogy nincs semmi sem, mi őket az intézethez kötné s ezért a változás igen gyakori.

Az ápolószemélyzet kiképzésére azonban nagy gondot fordítanak. A kiképzés állami feladat. Minden ápolónak képesítéséhez két évi gyakorlati időt kell valamely elmeorvóintézetben eltöltenie s ezen idő közepén és végén egy-egy vizsgát kell sikerrel letennie. E célból a gyakorlati kiképzésen kívül elméleti oktatást is nyerne, az illető intézet orvosai által hetenként 2 órán át. Az első vizsga rendszeren az első gyakorlati év végén van, tárgya általános betegápolásban, első segélynyújtás, anatomia és physiologia. A második, a tulajdonképpeni képesítő vizsga tárgya pedig a specialis elmebetegápolás. A vizsgák egy kijelölt orvosi bizottság előtt történnek s minden tantárgyból más és más censor van. *Mons*-ban alkalmam volt egy vizsgát végighallgatni. A mint észrevettem, itt is nagyon sokat követelnek az ápolóktól, a kérdések egy része talán még szigorú orvost is zavarba hozott volna. A képesítő kurzust a működésben levő betegápolók (főképp az egyháziak) nagy részben már elvégezték pl. az irgalmasrendi barátok közül több mint 300-nak van már elmebetegápolói diplomája. A még tanulatlanokat ezért egy-egy intézetbe gyűjtik össze, hogy ott egyszerre képeztesse ki.

Az ápolóknak felvetteknek tanulatlan volta még külön előkészítő kurzusokat is tesz szükségessé. Nagy részük még írni-olvasni sem tud vagy csak igen hiányosan, úgy hogy ezeket először az elemi ismeretekre kell kioktatni. A nagyobb intézetekben, pl. *Mons*-ban, több havi kurzusok tartatnak, a melyeken az ápolótestvérek s bejáró tanítók az ápolójelölteket a legelemibb ismeretekre (írás, olvasás, számolás, földrajz) tanítják s csak ha mindezekből a vizsgát kiállották, bocsátatnak a már jelzett két évi ápolói tanfolyamra.

A congressus tagjaival együtt látogattuk meg *Gand*-ban az irgalmas barátoknak *Le Strop* nevű intézetét s az azzal kapcsolatos *Szent József*-ről elnevezett *idiotá-osztályt*. *Le Strop*-ban — minthogy a fentartó szerzetesrendek szerint a belga intézetekben csak férfi- vagy csak nő-beteget ápolnak — csak férfibetegek vannak elhelyezve, még pedig jobb osztályú fizető betegek, számszerint 115-en. Az évi ápolási díj 1200 franktól 4—5000 frankig terjedhet. Ennek megfelelőleg az intézet egyike a legcsinosabbaknak. A mint már

előzőleg említettem, ez is blockrendszerben épült, a kőpadlós folyosókat és szobákat mindenütt sok virág díszíti, a melyek nemcsak az ablakokban, hanem főként a mennyezetről lelógó kosarakban vannak elhelyezve. Hasonlóképpen virággal teltek a kis udvarok is, néhol buja szőlőlugasokon is mentünk át, úgy hogy az egész intézet összbenyomása egyáltalán nem mondható kedvezőtlennek.

Az intézettel kapcsolatos Szent József idiota-gyermekosztályban mintegy 300 idiota gyermek van elhelyezve, a hol ezek nemcsak egyszerű ápolásban, hanem tanításban is részesülnek. Az intézet meglehetősen zsúfolt, a hálótermekben a kis szalmazsákos ágyak sűrűn állnak egymás mellett. A fekvőbetegek osztályán a ventilatio elégtelen s a levegő romlott volt. A játszó és tanításra szolgáló nappali szobák — de még a beteg-kertek is — a létszámhoz képest igen kicsinyek. Az összes gyermekek felső ruháján erős vászonból készült hosszú vállas kötény volt, a mely praktikusán védi meg az alatta levő ruhákat.

Az intézet statisztikai adatai azt bizonyítják, hogy átlagban az elbocsátott gyermekek negyedrésze az életben megállja a helyét. Ezeken kívül mintegy 15%-ban van kisebbfokú javulás, 20%- pedig meghal. Utoljára a hangversenyterembe vezettek bennünket, a hol az intézet igazgatója a gyermekek tanításánál alkalmazott módszerekről és eszközökről tartott előadást. Végül a kis színpadon az intézetben ápolott gyerekek zeneszóra tánc- és tornagyakorlatokat mutattak be, melyeknek meglepő praecisitása a betanításra fordított rendkívüli gondot és türelmet árulta el.

Mindkét intézetben az összes ápolói és részben az orvosi teendőket irgalmas szerzetesek látják el. A fekete-csuhás barátok nem tesznek túlságosan barátságos benyomást, de betegekkel nem bánhatnak rosszul, mivel azokat szeretettel láttam ragaszkodni hozzájuk.

Majdnem mindegyiküknek megvan már az ápolói diplomája, tanításukra pedig a refectorium mellett egy jól felszerelt tágas tanterem szolgál.

A másik általunk meglátogatott intézet a „Maison de Santé de l'État a Mons”, a mely arról nevezetes, hogy itt vannak elhelyezve Belgium női bűntevő betegei. Az intézet a barátságos Mons város mellett csekély dombon emelkedik s kívülről egész kastélyszerű benyomást tesz. A folyosórendszer, sok virág, szentképek, kőpadlók stb., melyek a belga intézeteket jellemzik, itt is megvannak. A kis kertek elég csinosak, a nappali s ebédlőszobák szintén megfelelőek, de mégis intézetszerű jelleggel bírnak és nélkülözik az angol intézetek barátságos otthoniasságát. A közosztályon, tekintettel a veszélyesebb s nyugtalanabb elemre, sok elkülönítő szoba van, melyek nagyobbára czellaszerűek, beteg pedig mindenikben volt. Prolongált fürdőket egész utam alatt itt láttam először, de itt is csak ritkán használtak. A nyugtalan betegek főbb kezelésmódja itt is az elkülönítés. A bűntevő betegekkel különleges baj alig van, mivel a veszélyesebb elem el van különítve, a veszélytelenebbek pedig a többi beteg közt jól eltarthatók. A bűntevő beteganyag tehát kellően fel van hígítva, szinte jobban, mint nálunk a Lipótmezőn, hol azonfelül a veszélyes betegek elkülönítésére kellő helylyel és eszközökkel sem rendelkezünk.

Feltűnt nekem az ablakrácszat elég praktikus és egyszerűsége csinos megoldása. A külső rács ugyanis az ablakokon kosár alakjában alulról kb. csak fél méter magasságra nyúlik. Az ablakoknak megfelelő részén kinyitható szárny van. Ilyenformán a direkt vasrács el van kerülve s e mellett a biztonság teljes és a szellőztetés teljesen megfelelő. Az újabban épített részeken olyan rácsatlan ablakok is vannak, melyekben a rácsot az ablaktáblában levő szilárd idomvas pótolja. Hogy a szellőztetés itt lehetséges legyen, egy szárny kiakasztható s helyébe egy rácszat erősíthető be.

Az intézetben 100 fizető s 506 közköltségű nőbeteg van elhelyezve, kik között 80 a bűntevő. A felügyeletet 64 ápoló testvér s 24 világi ápolónő végzi. A fizető betegek 4 osztályba vannak sorozva s negyedévenként 215—1875 frank ápolási díjat fizetnek.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die Anaphylaxie in der Augenheilkunde von Prof. Dr. Aurel von Szily, I. Assistent an der Univers.-Augenklinik in Freiburg i. Br. Experimenteller Mitarbeiter: Dr. U. Arisawa aus Osaka. (Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart, 1914).

Szily a czímen megjelölt kérdés kiépítéséhez és tisztázásához már ismételt értékes és érdekes adatokkal járult hozzá. Hivatkozom különösen Urno Arisawa-val együtt végzett szép kísérleteire és vizsgálataira, melyekről a heidelbergi szemész-társaság 1912-ben tartott gyűléseinek egyikén: „Ueber die spezifischen Eigenschaften der Augengewebe” czímen beszámolt. Erdemeit Szily most azzal tetézi, hogy a szem anaphylaxiája tanának mai állásáról rendszeres és kimerítő munka keretében tájékoztat, a mivel nem csupán hézagpótló munkát adott közre, hanem a szemorvos különös hálájára tarthat számot, mert jól csoportosított, jól áttekinthető, világosan megírt, alapos tudásra valló összefoglalásban megkapja mindazokat a fontosabb tudnivalókat, melyek az anaphylaxia lényegére általában, a szem anaphylaxiájára specialisan vonatkoznak.

A mű 13 fejezetre tagolt, melyek között az első és a második fejezet nemcsak a szemorvost, hanem minden orvost érdekel, mert ebben az általános anaphylaxia tanának alaptételeit, az anaphylaxiás kísérletek célját és technikáját tárgyalja és mindent röviden, de világosan magyaráz, a mi ezzel a tannal vonatkozásban áll, a mi vele összefügg: a sensibilizálást, a reinjectiót, az anaphylaxisos antigént, az antianaphylaxist, a passiv anaphylaxist, az anaphylatoxint, az antigenek, az antitestek és a complementek jelentőségét, az *Abderhalden*-fermenteket stb., szóval mindazokat a fogalmakat, elméleteket, jelenségeket, kísérleteket magyarázza, melyekkel ma az orvosi irodalom minden ágában lépten-nyomon találkozunk.

A második, a specialis rész 11 fejezetben tárgyalja a látószervre vonatkozó anaphylaxiás kérdéseket és kísérleteket. Itt különösen az aránylagos gyakoriságánál fogva annyira fontos *keratitis parenchymatosa*-ról és veszélyes volta miatt annyira féltett *sympathiás ophthalmia*-ról szóló fejezetek köthetik le az érdeklődést.

Tíz táblán elhelyezett 32 színes, 3 táblán 6 nem színes s a szöveg közé nyomtatott több ábra, az ábrák magyarázata, az anaphylaxisra vonatkozó irodalmi adatok, helyesebben a teljes irodalom pontos közlése egészíti ki ezt a szép és hasznos munkát, melyről csak az elismerés hangján lehet megemlékezni.

Hoor Károly dr.

Prof. H. Spitz: Die körperliche Erziehung des Kindes. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 18 korona.

A gyermek testi nevelésének kérdésével, bár a fontossága benne van a köztudatban, összefoglalólag eddig csak kevés munka foglalkozott s ez a kevés munka is vagy tisztán csak orvosoknak volt szánva, vagy ellenkezőleg csak laikusoknak. Az utóbbi években főleg az olasz irodalomban találkozunk idetartozó érdekes munkákkal, a könnyebben hozzáférhető német irodalomban azonban ez talán az első nagyobb munka, a mely a gyermek testi nevelését minden vonatkozásában, különös tekintettel az iskolaköteles kor előtti időre, nemcsak az orvosok igényeinek tekintetbevételével, hanem a művelt nem orvosi közönség számára is érthető módon tárgyalja. Alapját azon előadások alkotják, a melyeket jól ismert szerzője még a gráci egyetemen működése idején éveken át tartott az osztrák közoktatásügyi kormány szellemi és anyagi támogatásával.

A végzetlenül fontos tárgyat kitűnően tárgyaló munka bizonyára nálunk is nagy elterjedésnek fog örvendeni úgy az orvosok, mint a tanítók s általában a művelt szülők körében.

Lapszemle.

Sebészet.

A sebészi tuberculosishoz Röntgen-sugarakkal való gyógykezeléséről értekezik *H. Fründ. Iselin*-nek szép eredményei buzdították a szerzőt a gümős megbetegedéseknek Röntgen-sugárral való gyógykezelésére. 69 beteget kezelt ilyen módon, 43 izületi és csont-, 21 mirigy- és 5 peritonealis tuberculosist. A betegek egy része nem tűrte a kezelést, egy másik részén nem lehetett az eredményt megtudni. A csont- és izületi tuberculosishoz esetek közül 4 teljesen meggyógyult, 3 javult és 14 egyáltalán nem változott. Jobbak voltak az eredmények, ha a Röntgen-kezelés az operatív beavatkozás után történt. A mirigy-tuberculosisban a szerző a lymphomáknak megkisebbedését tapasztalta, a mirigyek mozgathatóvá váltak; peritonealis gümőkör 3 esetében javulást tapasztalt. Kellemetlen következményeit a Röntgen-sugaraknak, mint a bőr ulcerációját, csak ott látta, ahol a bőr a csonthoz volt növe. Hogy a szerzőnek eredményei nem oly jók, mint másokéi, annak oka valószínűleg az, hogy a tuberculosishoz súlyossága vidékenként változik. (*Brun's Beiträge*, 87. kötet.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

A szabad hasüregben való gázképződésről ír *C. Falkenburg*. 53 éves férfibeteget súlyos appendicitissal operált, a midőn az üszkös appendix eltávolított. 15 nappal a műtét után rázóhideg, magas láz, a bélpassage megmaradása mellett a has felfúvódott, ami a műtét után 22 nappal még nagyobb fokban mutatkozott. A relaparotomiánál — a mivel enterostomia készítése volt a cél — a hasüregből igen erős árammal gázok távoztak, amelyeknek szaga nem volt. A beleken, a peritoneumon a gyuladással semmi jele sem volt észlelhető. Hasonló esetet közölt *Rüder* császármetszés után. A beteg mindkét esetben meggyógyult. A szerző bizonyos bacteriumok gázképző tulajdonságával magyarázza a leírt körképet. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 124. köt.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Ideg- és elme-kórtan.

A neurasthenia objectiv jeleinek diagnostikai értékét vizsgálta *Schellong* és azt találta, hogy ezek, úgymint a térdreflex élénksége, dermatographismus, nagyobb pulsus-szám, szemhéj-, nyelv- és kézremegés, teljesen egészségesek nagy részén is megtalálhatók. Egymagában egy ilyen tünetnek semmi bizonyító ereje sincs, pl. ha bizonyítványban említetik; legalább 4 jelnek együtt kell meglennie, hogy némi jogosultsággal következtethessünk az idegrendszer ingerlékenységének általános fokozódására. Ez sem egyértelmű a neurasthenia megállapításával, mert hiszen vannak súlyos neurastheniások, kiknél minden objectiv jel hiányzik. Legtöbb értéke van még az élénk nyelvtremornak, mert ez egészségeseken az említett jelek közül legritkábban fordul elő; ezután következik a kéz-ujjremegés, majd a dermatographismus és 100 feletti pulsus. A szemhéjremegés és élénk patellareflex támogatja legkevésbé az állandó fokozott ingerlékenység felvételét. (*Zeitschr. f. klin. Med.*, 1914, 88. k.)

L.

Szülészet és nőorvostan.

Az új terhességi bőrreakcióról. *P. Esch* marburgi egyetemi klinikai főorvos megjegyzéseket tesz az *Engelhorn* és *Wintz* ismertette terhességi új bőrreakcióra. Ők ugyanis placentaris kivonattal bőrtelést végeztek úgy terheseken, mint nem terheseken, melynek eredménye minden esetben pozitív, illetve negatív volt. Positív esetekben 36 óra múlva az oltás helyén gyuladással duzzanat, vörösség és a környezet könnyen barnás elszíneződése volt észlelhető.

Esch-nek két évvel ezelőtt ugyanaz volt a gondolatmenete, hogy a terhesek bőrének bizonyos túlérzékenysége a foetalis serumokkal vagy placentaris anyagokkal szemben localis bőrreakciókat vált ki. Az általa végzett ilyen oltások nem igazolták a szerzők fényes eredményeit, dacára

annak, hogy külön placentaris kivonatot készített, a melyet később placentaris présnedvvel helyettesített, majd globulin- és albuminfractiókkal pótolta. Elismeri a bőrnek a terhesség alatt emelkedő érzékenységet, bár ez is nagyon individualis, de eredményein végigtekintve, legfeljebb quantitativ és semmi esetre sem qualitativ különbségeket látott a terheseken és nemterheseken végzett oltások alkalmával.

Megengedi, hogy az ő és a szerzők eredményei közötti különbségek a szerzők által még nem közölt placentaris kivonat előállításában rejlenek. (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1914, 20. sz.)

Szalay dr.

Bőrkórtan.

Kísérleti tuberculidekről számol be *F. Lewandowsky* (Hamburg). Most már csaknem általánosan elfogadott az a nézet, hogy a tuberculideket élő s haematogen úton széthurczolt gümöbaccilusok okozzák, melyek antitesthatás nyomán a bőrben elpusztulnak. Ennek a fölfogásnak kísérletes beigazolása azonban mindmáig még hiányzott. A szerző erre most úgy látszik teljesen kielégítő választ tud adni s adatait állatkísérleti vizsgálatainak eredményével támogatja. *Lewandowsky* kísérleti állatai tengeri malaczkok voltak s a haematogen gümökóros infectiót intracardialis úton idézte elő. Két állatsorozattal kísérletezett, az egyikben az oltott állatok egészségesek voltak, a másik sorozat tengeri malaczkai 2—5 hónap óta cutan infectio folytán már előzetesen gümökórosak voltak. Mindkét sorozatban az állatok 10—14 nappal később kiütést kapnak (borotvált bőr), mely a gümős állatokon kifejezettebb s helyenkint apró bőrnecrosisokra vezet. A normalis tengeri malaczkok az infectio 4.—5. hetében rendszerint elpusztulnak, a gümösek 3 hónappal tovább is megmaradnak. A normalis állatok a vége felé kivétel nélkül iridocyclitist s keratitist kapnak, a gümösek ezzel szemben épszeműek maradnak. A legérdekesebbek a szövettani adatok. A normalis állatok kiütése nem specifikus beszűrődésből áll, mely azonban nagy számban tartalmaz tuberculosish-bacillust. A gümős állatok bőrbeszűrődései ezzel szemben jellegzetesen gümős szerkezetűek (epitheloid-sejtek, óriássejtek, necrosis, lágyulás) s gümöbaccilus csak ritka kivételképpen található bennük. A normalis állatok irise és corpus ciliarje úgyszólván tömve van tuberculosish-bacillusokkal. Ezek a kísérletek bizonyos analogiát mutatnak egyfelől a miliaris bőrtuberculosisal, másfelől a bőrtuberculidekkel. Ahol antitestek nincsenek, vagy már nincsenek jelen (pl. csecsemők tuberculosis), ott a nem jellegzetes bőrlaesiók bőven tartalmaznak tuberculosish-bacillust (csecsemők miliaris bőrtuberculosis). Ezzel szemben az oly egyénekben, a kiknek jótermészetű a gümős baja s a kik sok antitestet termelnek, a bőr a haematogen infectio nyomán tuberculoid szövet képződésével reagál, a melyben tuberculosish-bacillus már nem található. A szerző szerint az ebben az irányban nyilvánuló általános biológiai törvény következőképpen formulázható: a mely szervezetben a bacteriumok akadály nélkül elszaporodhatnak, abban a reactio közönséges gyuladás képeben zajlik le. Másfelől a mely szervezetben antitestek hatása alatt a bacteriumok elpusztulnak s a bacteriumfehérje az antitestek hatása alatt lassankint megfogy, ott gümö és tuberculoid-szerkezetű szövet képződik. (*Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg*, 1914, márcz. 24. *Münch. med. Wochenschrift*, 1914, 17. sz.)

Guszmán.

Húgyszervi betegségek.

A herék röntgenes besugárzása által előidézett kísérleti prostataatrophiáról ír *J. Sasaki*. Néhány hét előtt *Posner* tanár egy prostatitis betegén új eljárást, a herék röntgenes besugárzását kísérlete meg; az eredmény elég kedvező volt, ha nem is lehet belőle még levonni a végső következtetést. Ezen eset publikálása után *Hock* azonnal közölte az ő korábbi észleléseit és rámutatott arra, hogy a Röntgen-kezelés csak a congestiós esetekben bizonyult hatásosnak. Ez a feltevés azonban csupán klinikai empirián alapszik, minthogy a behatás mechanizmusát még nem sikerült

kifürkészni. De főképp még az irányban vagyunk teljesen tájékozatlanok, hogy ez az új eljárás mily módon hat a herékre, illetőleg a prosztatára.

Ennek a tudatában a szerző *Wilms* tanár felszólítására arra a feladatra vállalkozott, hogy kísérleteket végez annak megállapítására, hogy a herék röntgenezésével mily hatást tudunk gyakorolni a prosztatára. A kísérletekkel első sorban a következő kérdést óhajtotta tisztázni: 1. Lehet-e a besugárzás által indirect úton prostataatrophíát előidézni. 2. A besugárzás következtében milyen az arány a herék s a prostata elváltozásai között. A szerző kísérleteit nyolcz házinyulon és négy kutyán végezte. A kísérletekből az derült ki, hogy a herék röntgenzése által előidézett prostataatrophíát makroszkopice és mikroszkopice ki lehetett mutatni. A prostata három házinyulon teljesen atrophíás volt, két kutyán s két másik házinyulon pedig igen előrehaladt prostataatrophíát lehetett észrevenni. A többi esetben az eredmény nem volt olyan praegnans, bár egy olyan eset sem volt, melyben a prostata teljesen megkímélve lett volna.

Egyébként pedig nagyon érdekesek voltak a szövettani megfigyelések is. A prostata vagy teljes atrophíával, vagy olyannal reagált, melyben a degeneratio kereksejtes infiltrációval kombinálódott. Egyáltalán az egész metszés felületén szétszórtan észlelték az egyes lebenyek kisebbedését. A mirigycsővecskék már nem voltak ágas-bogasak, hanem ovalis avagy összehajtott alakot öltöttek. Az interstitialis kötőszövet nagyon megsaporodott, ezzel szemben az izomréteg nagyon megfogyott, sőt helyenként teljesen megszűnt. A nagyon megváltozott esetekben a mirigyállomány teljesen hiányzott. Hogy az atrophia degenerációval avagy kereksejtes infiltrációval kombinálódott-e, az attól függött, hogy mennyi idő telt el az utolsó besugárzás és a két állat halála között. Mert ezen két jelenségnek bizonyos idő kell ahhoz, hogy kötőszövetes atrophíává változzék át.

Az elváltozás tehát elsősorban a mirigyállomány sorvadásában mutatkozik, ezután tűnnek el az izomrészek és ez idézi elő főképpen a szervnek a megkisebbedését. A kísérletekből továbbá az is kiderült, hogy a *Sertoli*-féle sejtek kezdetben megkíméltek s hogy a tulajdonképpeni magzoroknak a sejtjei rendszeresen degenerálódnak. A test egyéb részeiben a herék besugározása után elváltozások nem voltak észlelhetők.

Ezek után tehát már most az a kérdés merül fel, vajjon a kísérleti eredményekből lehet-e következtetni azt, hogy a hypertrophíás prostatát a herék röntgenezésével tényleges térfogat-kisebbedés elérésével terapiásan befolyásolhatjuk; a prostatának a kifejlődése a herék integritásától függ. Ebből tehát azt lehet következtetni, hogy prostatahypertrophia eseteiben a herék röntgenezését hatásosan alkalmazhatjuk. Ennek az eljárásnak a legfőbb előnye a vértelen kivétel és mindazon hátrányok hiánya, melyek a castratio föltétlen következményei szoktak lenni. Az a körülmény, hogy a besugározás a herék sajátos képességét némileg károsítja, nem esik súlyosan latba, minthogy legtöbbször már korosabb emberek forognak szóban. Ez az eljárás elsősorban a prostatismus I. szakában levő egyéneknek, még pedig legfőképpen azon esetekben indikált, a mikor a prostata aránylag elég puha tapintatúnak mutatkozik, avagy nagyon meggyötört betegeken javult, a kik a véres műtétre már nem alkalmasak. Nagyon jól beválik továbbá ez az eljárás mint utókezelés a prostatectomia után, a mikor a kihámozás nem sikerült kifogástalanul. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 122. köt., 3—4. füz.)

Drucker.

Orr-, torok- és gégebjajok.

A gégegümőkór és terhesség kérdésének jelen állásáról ír *Imhofer* (Prága). A szóbanforgó kérdés lényegét a következők teszik: 1. Gravid nők praedisponálnak-e a gégegümős megbetegedésére? 2. Milyen a gégegümőkór prognosisa graviditas esetén, különösen a szülés actusára tekintettel, vagyis milyen szövödmények várhatók a gégemegbetegedés részéről? 3. Mit tegyen a szülész és a gégeorvos gégegümőkórral szövődött terhesség esetén? E három kérdés

illetőleg a szerző a következő következtetésekre jut: 1. A gégegümőkór aránylag ritka szövödménye a graviditásnak; a terhes nőknek praedispositiója gégegümőkóros megbetegedésre sem klinikailag, sem kórbonczolástaniilag nem mutatható ki. A kórbonczolástani leletek azonban megmagyarázzák a gégegümőkórnak a terhesség alatti delectaer lefolyását. 2. A gégegümőkórnak graviditas esetén felettébb kedvezőtlen a prognosisa; a duzzanatnak erős fokozódása és oedema várható a szülési actus alatt, úgy hogy súlyos dyspnoë fejlődhet ki. 3. A harmadik kérdésre vonatkozólag a prágai német egyetem szülészeti klinikáján azt az eljárást követik, hogy gégegümőkóros gravidán, ha az első 5 hónapon belül jut kezelésbe, feltétlenül megindítják a művi abortust és ezután a tubasterilisatiót végzik. A terhesség előrehaladt stadiumában be kell várni a graviditas rendes végét és nem szabad megindítani a művi koraszülést, mert ez utóbbinak eredményei rosszak és az anya érdeke sem szenved, ha a graviditas végét bevárjuk. A gégegümőkór kezelése a terhesség alatt csupán palliativ legyen, gyökeresebb beavatkozások a gyermekigy lezajlása utáni időre halasztandók. A prophylaxis tracheotomiának nem hive, bár kiemeli, hogy a szülés alatt lélekzési nehézségekre el kell készülni és ezért szükségesnek tartja, hogy gégegümőkóros nők szülése gyógyító intézetben menjen végbe, sohasem pedig az illető lakásán, mert egyes esetekben a hirtelen beálló fuldoklás tracheotomiát tehet szükségessé. Fontos követelménynek tartja, hogy mielőbb a feltételek fogóműtétre megvannak, a szülés fogóval fejeztessék be, hogy a beteg kintlódása a szülés alatt a lehetőség szerint csökkentessék és nevezetesen a feszítés elkerültesse. (*Prager mediz. Wochenschr.*, 1914, 11. sz.)

Safranek.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Álmatlanság ellen *Warda* a természetes álmosággal járó nehézség- és melegérzést a szemhéjakban mesterségesen igyekszik létesíteni. Erre a célra használhatók az egyszerű meleg borítások is, de sokkal praktikusabb a szerző által szerkesztett szemüvegszerű thermophor-kompressz, a mely „*Schlafbrille*” néven már készen kapható. (*Medizinische Klinik*, 1914, 15. szám.)

Az uzaratán nem más, mint a hasmenés ellen nagyon bevált uzara összekötése tanninnal. *Hirz* szerint még biztosabban hat, mint a uzara. Minthogy vízben és híg savakban oldhatatlan, s csak a bél alkális nedvében oldódik, nem bántja a gyomrot s nincsen íze s ezért főleg a gyermekgyakorlatban van jövője, továbbá akkor javult a használata, ha nagyon érzékeny gyomrú a beteg. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1914, 18. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 26. szám. *Sellei József*: Néhány újabb kérdés a syphilis pathológiájából. *Dollinger Gyula*: A gümős csont- és ízületi gyulladások gyógyítása.

Orvosok lapja, 1914, 27. szám. *Láng Menyhért*: Az Overlach-féle trivalinnal szerzett tapasztalatok. *Fischer Ármin*: A járványok elleni védekezésünk.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 27. szám. *Friedenthal H.* és *Szily Pál*: A syphilis chemotherapiája HgAs és J anorganikus kombinációjával. *Kovács Bertalan*: A csecsemők emésztési zavarainak diataetis gyógykezelése. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet, 3. szám. *Engel Zsigmond*: Gyermekvédelem és közegészségügy.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Áldori Mór* dr.-nak, Esztergom város tanácsorvosának, tiszteletbeli megyei főorvosnak és id. *Glass Izor* dr. székesfővárosi gyakorló orvosnak a királyi tanácsosi címet, *Lórencz Gyula* dr.-nak, Szabolcs vármegye Erzsébet-kórháza főorvosának pedig a *Ferencz József*-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Szécsi Jenő* dr.-t a székesfővárosi régi szent János-kórházhoz rendelőorvossá, *Dula Igor* dr.-t a turócszentmártoni járás orvosává nevezték ki.

Választás. *Rozsnyai Bertalan* dr.-t Lőcse város főorvosává, *Klein Ödön* dr.-t Körmöcbányán rendőrorvossá, *Láng Zoltán* dr.-t a nagykarolyi I. egészségügyi kör orvosává, *Sándor Imre* dr.-t Kerecsen-

den, *Sonnenfeld József* dr.-t Szemerén, *Posch Rudolf* dr.-t Nagylángon körorvossá, *Radnai Samu* dr.-t Polgárdin, *Balassa Károly* dr.-t Aradszentmártonban, *Gluzek Loránd* dr.-t Gamáson községi orvossá választották.

A kolozsvári egyetem új tanára. A király *Veszprémi Dezső* dr.-t a kolozsvári egyetem kórboncolástani és kórszövettani tanszékére nyilv. rendes tanárrá kinevezte.

Meghalt. *Hulka Sándor* dr. tsnádi körorvos 43 éves korában. — *M. A. Lindsay*, az általános kórtan és bakteriologia tanára a halifaxi egyetemen, május 29.-én az „Empress of Ireland” elpusztulása alkalmával.

A Budapesten megtartott tiszti orvosi vizsgákon a következő orvosok képesítették: *Albrich Károly* közkórházi orvos Nagyszeben, *Balogh Albin* községi ügyvezető orvos Püspökladány, *Bicskey Géza* körorvos Kóka, *Bloch Henrik* közkórházi orvos Ungvár, *Borzák Endre* gyakorló orvos Kispeszt, *Cseresnyés Ernő* körorvos Dunakeszi, *Csernel Jenő* belügyministeri bakteriologiai intézeti szaksegéd, *Eckardt Lajos* egyetemi tanársegéd Budapest, *Eckstein Lajos* közkórházi gyakorló Budapest, *Egner Béla* községi orvos Gyömrő, *Ernszt Gyula* h. járásorvos Lugos, *Fodor Imre* gyakorló orvos Miskolcz, *Földes Mór* körorvos Tápiószéle, *Frank Kálmán* gyakorló orvos Temesvár, *Gárdi Jenő* gyakorló orvos Ujpest, *Goldberger Mendel* gyakorló orvos Szilágyosmlyó, *Hegyi Árpád* gyakorló orvos Igló, *Hruby Ede* klinikai gyakorló Budapest, *Imrő Lajos* rendőrségi kórházi segédorvos Budapest, *Izsák Simon* községi orvos Nagylajosfalva, *Jónásch Antal* műtőnővendék Budapest, *Jüngling Kálmán* közkórházi orvos Pécs, *Kalós Pál* Ignác községi ügyvezető orvos Péterréve, *Kardos Géza* állami gyermekmenhelyi felügyelő orvos Szeged, *Klein Dezső* közkórházi segédorvos Budapest, *Klein József* városi t. orvos Szekszárd, *Krausz Sámuel* gyakorló orvos Ujpest, *László Ernő* körorvos Krasznokvajda, *Mucsi Pál* városi kerületi t. orvos Hódmezővásárhely, *Nagy Károly* körorvos Hegyfalva, *Neumann Adolf* gyakorló orvos Vác, *Niedermayer Gellért* állami gyermekmenhelyi másodorvos Budapest, *Osváth Jenő* gyakorló orvos Budapest, *Papp Ágoston* gyakorló orvos Ungvár, *Pottyondi László Kálmán* klinikai gyakorló Budapest, *Prihoda László* közkórházi orvos Sátorlajúhely, *Rab Elek* gyakorló orvos Tiszalök, *Rosenberg Jenő* ideiglenes járásorvos Perecsény, *Rosenthal Félix* községi orvos Jásziskér, *Rosner Tibor* műtőnővendék Budapest, *Sándor Gyula* h. járásorvos Vámosmikola, *Schöngut Ernő* közkórházi segédorvos Budapest, *Sepsey Mihály* körorvos Galagonyás, *Steinberger Sarolta* nőorvos Budapest, *Szabó János* közkórházi segédorvos Budapest, *Szeghő Ernő* közkórházi segédorvos Budapest, *Szommer Imre* közkórházi segédorvos Budapest, *Totoján János* rendőrségi kórházi segédorvos Budapest, *Tóth Jenő* körorvos Solymár, *Vén Ferencz* sanatoriumi orvos Budapest, *Winter Jakab* járásorvos Ózd.

A budapesti egyetemi I. számú női klinikán május hóban 184 szülés folyt le; a nőgyógyászati osztályon 105 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét 106 esetben vették igénybe; a műtétek száma 72 volt.

Moravcsik Ernő Emil dr. egyetemi tanár lakását VII., Rákóczi-út 8/A szám alá tette át.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán: A boncztanhoz gyakorlónak választott *Zoványi Pál*, demonstrátorrá *Ruzsinszky István* és *Kassai Béla*; az elmeklinikára II. tanársegédnek *Benedek László* dr., gyakorlónak *Belle Gyula* dr., *Szentmiklósi Ödön* dr., *Kabay József* dr.; a gyógyszerstanhoz I. tanársegédnek *Issekutz Béla* dr., gyakorlónak *Hollitzer Sándor*; az általános kórtanhoz tanársegédnek *Ujhelyi Miklós* dr., praeparatornak *Tóth Ella*; a törvényszéki orvostanhoz gyakorlónak *Mátyás Jenő*; a sebészeti klinikán tiszteletbeli tanársegédnek *Steiner Pál* dr., I. tanársegédnek *Vidakovich Kamill* dr., II. tanársegédnek *Krcsméry Károly* dr., műtőnővendéknek *Göde József* dr., *Wertheimer Mendel* dr.; a belgyógyászatra II. tanársegédnek *Ács Nagy István* dr. és *Kappel Izidor* dr., gyakorlónak *Bánóczy Margit* dr., *Jakobi József* dr., *Dőry Béla* dr., tiszteletbeli tanársegédnek *Hatigan Gyula* dr.; az élettanhoz gyakorlónak *Imrei Károly*; a gyógyszerismerethez gyakorlónak *Lengyel Gabriella*; a gyógyszerstanhoz tanársegédnek *Huszár Jenő*, gyakorlónak *Cseresnyés Gyula* dr., *Dávid Lajos* dr.; a kórboncztanhoz I. tanársegédnek *Zacher Pál* dr., II. tanársegédnek *Gergely Endre*, gyakorlónak *Hankó Tibor* és *Szentgyörgyi Gyula*; az orvosi vegytanhoz tanársegédnek *Stern Vilmos*, gyakorlónak *Jeney Endre*; a gyermekgyógyászathoz gyakorlónak *Latró János*; a bőrklinikára I. tanársegédnek *Tatár Koriolán* dr., II. tanársegédnek *Heisser Lajos* dr., gyakorlónak *Szabó Gyula* dr., *Csák István* dr., *Berde Károly*; a közegészségstanhoz II. tanársegédnek *Kun Miklós*, praeparatornak *Sztankovits Olga*.

Kisebb közlések az orvostudomány köréből. Száraz pleuritis okozta makacs fájdalmak ellen *Moritz* tanár több esetben sikerrel használta a mesterséges pneumothoraxot. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 24. sz.) — *Nicotinmérgezést* észlelt *H. S. Reynolds* 5 hónapos gyermekben: a halálos mérgezés oly módon támadt, hogy egy csészébe, a melybe utóbb a gyermek számára való tejet tettek, véletlenségből kevés dohány került. (Journ. of the Americ. med. assoc., 1914, 22. sz.) — *Airila* és *Bardy* szerint *magnesium sulfuricum* intravenás befecskendezésével házinyulakon megelőzhető az adrenalin-glikosuria, nyilván azért, mert a *magnesium* a *sympathicus*-idegrendszer irritabilitását csökkenti. *Magnesia usta* használatával néhány diabéteses betegen is csökkenthető volt a glikosuria. (Finska läkare sällskapets handlingar, május. Ref. Mediz. Klinik, 1914, 26. sz.) — A belső

szervek vérbőségének csökkentésére *Blum* a végtagok leszorítását ajánlja olyan fokban, hogy a vér visszafolyása a lekötött végtagokból megakadályozva legyen; ily módon tetemes mennyiségű vért lehet a lekötött végtagokban ideig-óráig felraktározni és ezzel a belső szervek vérbőségét csökkenteni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 25. szám.)

Hírek külföldről. A nemzetközi „Hansen-díj”-at *Bordet* tanárnak, a brüsszeli Pasteur-intézet igazgatójának ítelték oda, az orvosi mikrobiologia terén kifejtett úttörő irodalmi munkásságáért, főképpen pedig a complementkötés tüneményének, továbbá a *tussis convulsiva* bacteriumának és a szárnyasok diphtheriája bacteriumának felfedezéséért. — A himlőoltás áldásos voltát meggyőzően bizonyítják a következő számok, a melyeknek értékelésére tudnunk kell, hogy éppen Angliában, *Jenner* hazájában, nemcsak hogy nem kötelező a himlőoltás, mint pl. Németországban, hanem igen erős az oltás elleni mozgalom. 100.000 lakosra számítva két év alatt, 1912 és 1913-ban meghalt himlőben: Angliában és Walesben 0.44%, Svájcban 0.25%, Ausztriában 0.14% és Németországban 0.60%.

Személyi hírek külföldről. *A. Hippel* tanár, a göttingeni szemklinikája igazgatója, nyugalomba vonul. Utódja a fia, *E. Hippel*, hallei tanár lesz. — *J. E. Hagentorn*, a sebészet magántanára Szt.-Pétervárott, rendkívüli tanár lett.

Mai számunkhoz *Dr. R.* és *Dr. O. Weil* vegyi gyógyszerész gyára *M.-Frankfurt „Tanargentan”* készítményének prospektusa van csatolva.

„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. — Kíváncsi prospektus.

SZLIÁCS Dr. LÓRÁND GYULA, fürdőorvos METROPOLE-szálloda.

Szovátafürdőn Dr. WEISZ HENRIK fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

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

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

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

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

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

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

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Uj tátrafüred.

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

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (XI. ülés 1913 november 13.-án). 539. l. — Közkórházi Orvostársulat (II. bemutató szakülés 1914 január 21.-én). 540 lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(XI. ülés 1913 november 13.-án).

Elnök: **Alapy Henrik**, később **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Ádám Lajos**.
(Folytatás.)

Adamantinoma cysticum mandibulae esete.

Verebély Tibor: Az állcsont-daganatok viszonylagos ritkasága a gyermekévekben elsősorban a hámeredetű tumorkok rováására irandó. A kötőszövetes daganatok: osteoma, chondroma, sarkoma nagyjából egyenletesen oszlanak meg az egyes életszakokban; az elsődleges és másodlagos rák viszont csaknem kivétel nélkül a IV. decennium után jelenik meg. Meglepő, hogy az odontogen daganatok, a melyek pedig a fogfejlődéssel, fogzással, fogváltással állanak kapcsolatban, éppen a gyermekkorban nagyon ritkák. Egy közös vonásuk ezen gyermekkori kötőszövetes és odontogen daganatoknak kétségtelenül van: az esetek túlnyomó részében oly elhanyagolt állapotban kerülnek sebészi kezelésbe, hogy gyermekeken mást, mint nagy continuitási resectiót, még az aránylag jótermészetű esetekben is alig végezhetünk.

Ilyen volt a bemutatott eset is. A 11 éves leánykát azzal a panasszal hozták a Stefánia-kórházba, hogy arcza fokozatos duzzadás közben egyre jobban eléktelenedik s hogy a száj nyitása, a táplálkozás, sőt a légzés is egyre nehezebben megy. Két hónap óta a duzzadás fájdalmas is.

A baj okául egyszerű rátekintés is az állkapocs olyan megnagyobbodását mutatta, a mint azt a kephalomegalia első típusában találjuk. Azáltal, hogy az állkapocs magassági átmérőjében háromszorosára kiszélesedett, az állcsúcs mélyen lekerült, az arcz profilja asymmetriás lett. Azáltal, hogy az állkapocs sagittalisán megvastagodott, egyrészt az állcsúcs jelentékenyen előre tolódott, másrészt az ív hátulso felszíne a szájfenekeket hátratulva a gége, az állszögletek pedig a gerincoszlopokra feküdtek rá. Azáltal, hogy az állkapocsív megnyult, az alsó fogsor a felső elé került, az arcz prognath lett.

A daganatnak klinikai képe, a Röntgen-vizsgálattal egybevetve, cystás tumorra utalt. Minthogy a cystás elfajulás a fogmedri szélre is ráterjedt, alig mutatkozott más kivezető út, mint az egész ív resectiója; minthogy viszont az ily cystás daganatok ismeretesen jótermészetűek s a gyermekkorban a prothesises resectiók eredménye kozmetikusan legkevésbé sem kielégítő, a lehető conservativismus lett volna ajánlatos. A prothesist előre elkészítve fogott a műtét conservativ kiviteléhez.

Subperiostalis kifejtés alsó harántmetszésből; az állcsúcs egy darabban levésett részlete valóban adamantinoma cysticumot mutatván ki, további fokozatos eltávolítás darabról-darabra. Végre nem maradt más, mint a fogak sora, a melyet az alveolusok felső széle tartott össze ívalakban; a foggyökök lecsupaszítva lógtak be az üres periostalis zsákba. Az állszögletnél a felhágó száraz elülső éléből sikerült elég erős csontléczet megtartani. A periostealis zsákot a hozzátapadó izmokkal együtt összevarrta, a sebet részben taponálta, a fogsort a felsőhöz szorítva rögzítette s a gyermeket mesterségesen táplálta.

Az eredményt 2 hónap múlva mutatja. Az arcz eltorzulása megszűnt, talán inkább az ellenkezőbe csapott át, mert az arcz alsó harmada most kissé rövidebb. Az állkapocs íve teljesen regenerálódott vaskos csontléc alakjában, mely újra mozdulatlanul beágyazta a műtétkor ingott fogakat. A száj jól nyílik, a rágás kifogástalan. Az eredmény kozmetikusan is, működésileg is sokszorosán jobb, mint esetleg prothesissel, úgy hogy a conservativ műtét ily elhanyagolt esetben is ajánlható.

Histologice a daganat adamantinoma, a melyet a fogcsírákra, illetve a fogfejlődés közben visszamaradó hámszövetekre vezet vissza. Nem látja beigazoltnak a mucosus eredetet, bár elméletileg nem zárkózik el a lehetőség elől, meg léven győződve a szöveteknek legmesszebbmenő metaplasziás képességéről. Hogy ez éppen a fogfejlődésben mily arányú, azt egy esetével igazolja, a melyben a szemfog felett megvastagodott tömlőhártya belső felületén elszarusodó lap-hámot talált, messze elnyúló basalsejt-typusú hámkötegekkel.

Hogy a gyermekkorban mily óriási daganatokkal kell megküzdeni, két másik, régebben operált esetének készítményével igazolja.

A gümös vese és a vesekő differentialis diagnosisa.

Gergő Imre: Egy 38 éves rendőr a III. sz. belklinikáról nephrolithiasis körjelzéssel került a klinikára. A kórelőzmény szerint a beteg 3 év óta szenvedett gyomorpanaszokban; e fájdalmak naponta többször rohamszerű jelleggel jelentkeztek s a jobb hypochondrium és jobb lapoczká felé terjedtek. Nagyobb időközökben, 2—3 hónaponként erősebb görcsszerű fájdalmak is voltak, a melyek a hasnak jobb felébe, a hátba és a jobb here felé sugároztak ki; a múlt évben egy ilyen roham után vizeleése véres is volt, a vörösvérzés 14 napig tartott. Az alacsony természetű, elég jól kifejtett, de kissé lesavanyodott beteg általános állapota lényegesebb eltérést alig mutatott, pusztán a bal csúcs felett érdekes be- és valamivel megnyúltabb kilégzés volt hallható. A hasban rendellenes resistencia érezhető nem volt, tapintáskor a jobb hypochondrium tája kissé érzékenynek bizonyult. A gyomor functionális vizsgálata lényegesebb eltérést nem mutatott.

A húgyivarszervek állapotát illetőleg: gyakori mictio, körülbelül félóránként, vizeleés közben sokszor szúró fájdalmak a húgycső végén, a vizelet kissé zavaros, gyakran lúgos, a napi mennyiség 1300, fajsúlya 1021. Benne cukor nincsen, a genyreactio positiv. A vizelet üledékében mikroskopi vizsgálatkor látóterenként néhány húgysavas natrium és tripel-phosphat-kristály látszik, látóterenként azonkívül 2—3 vörösvérsejt, 10—12 fehér vérsejt és néhány az urethrából származó hámsejt. A vizelet bakteriologiai vizsgálatok tuberculosisbacillusok nem találtak. A cystoskopos vizsgálat ép hólyagnyálkahártyát mutatott; a jobb ureter nyílását vörög tömte el, ebbe az ureterkathetert csak 1 cm.-nyire sikerült felvezetni, a jobb ureternyílásból a hólyagba csurgó vizelet igen véres. A bal ureterbe a cathéter felvezethető volt; az így felfogott vizelet functionális vizsgálata normalis viszonyokat mutatott. Az x-sugaras képen a vese árnyéka elég jól kivehető, a vesemedence táján 3 elmosódott szélű halvány, egymástól elkülöníthető árnyék látszott; két, alig lencsényi árnyék medialisabban feküdt, ezek közül a felsőt a 12. borda alsó széle fedte; a harmadik, kb. koronányi árnyék lateralisabban látszott, külső fele szintén a 12. borda árnyékába esett.

Tekintettel a kórelőzményre és a körkép jellegzetes adataira, a görcsszerű fájdalmakra, a vörösvérzésre és az x-sugaras kép adataira, a belklinikusokhoz hasonlóan ők is valószínűséggel vesekőre tették a körjelzést, de az árnyéknak a szokottnál halványabb volta, egyenlőtlen nuancai s elmosódott határa **Dollinger** tanárt arra indította, hogy még közvetlen a műtét előtt is hangsúlyozza, hogy tumor vagy más valamilyen elváltozás is okozhatja ezen eltérést.

A műtétet **Dollinger** tanár folyó évi október hó 10.-én végezte paravertebralis vezetéssel érzéstelenítésben (**Koppis** szerint). A szokott módon ferde lumbalis metszéssel hatolt be; a vese feltárásakor kitűnt, hogy a vese állománya nagyrészt elpusztult, felső felében fehéressárgásan áttűnő göbök foglalnak helyet. A vesét a szokott módon ki-

vette. A sebet drainezés nélkül bevarrta és collodiumcsikkal fedte. Az egész műt 25 perc alatt ment végbe, a beteg ezalatt semmi fájdalmat sem érzett. 10 nap múlva a beteg gyógyultán távozott és utólag nyert értesülés szerint azóta jól van.

Az x-sugaras képen látott kőárnyék tanulmányozása végett a kivett vesét nem vágták fel azonnal, előbb róla Röntgen-kontroll-felvételt készítettek; a vesét azután felmetszve kitűnt, hogy elváltozása gümőkóros.

Pontosan azon a helyen, a hol a Röntgen-kép a két kisebb kőárnyékot jelezte, két, kb. borsónyi és sajttal telt caverna közepén egy-egy féllencsényi mészgóc feküdt. Az x-sugaras képen látható nagyobb árnyék kb. diónyi, sajttal telt, hegesfalú cavernának felelt meg, itt makroszkopos vizsgálatkor meszesedést nem talált, mikroszkopos vizsgálatkor ellenben (haematoxylin-festéssel) a sajtban mészszemcsék voltak kimutathatók.

A lelet annyiban érdemel méltatást, mivel fokozottabb óvatosságra int az állítólagos vesekő-árnyékok megítélésében még akkor is, ha a klinikus tünetek kő mellett szólnak.

Az esettel kapcsolatban felsorolja azon elváltozásokat, a melyek kőárnyékot utánozhatnak és téves diagnózisra már többször adtak alkalmat. Az irodalomban az utolsó években nagyon sok ily szétszórt adat található, összegezésük tehát talán indokolt is volna.

1. Erősebb bőrrödök az ágyéktájon, főleg zsírosabb egyéneken oly árnyékot hozhatnak létre, mely, ha nem egészen vonalszerű, tévedésbe ejthet.

2. A csontvázban egyes physiologiai elváltozásai is tévedésre adhatnak okot: az utolsó bordaporczoknak a csontosodása, az ágyéki csigolyák processus transversus lateralis végének erősebb mésztartalma, szintén különálló árnyék-ként tűnhetnek fel, concrementum árnyékához hasonlíthat.

3. A vese körüli lágyrészekben a következő elváltozások adtak okot téves kórjelzésre: a) meszes góczok a vese körüli zsírszövetben, b) mesenterialis nyirokcsomók tuberculosis után.

Ha sikerülne vesefelvételeket az x-sugarak frontalis metetele mellett eszközölni, könnyű volna annak eldöntése, hogy a kőárnyékot adó képek a vese előtt fekszenek-e vagy sem; a stereoskopos felvételek túlságosan komplikáltak és még így sem adnának mindig biztos felvilágosítást; legfeljebb az árnyék helyéből, alakjából és nuanceiból vonhatunk következtetést.

Az elmeszesedett nyirokcsomók árnyéka darabos, nem oly homogen, mint a vesekő árnyéka, contourja ennek folytán vagy egyenetlen, vagy kerek, míg a vesemedencze árnyéka inkább pipa-alakú, vagy kehelykő esetén hosszúkas.

Epeköveket a kevés mésztartalom miatt nagy ritkán sikerül x-sugarakkal kimutatnunk (Köhler szerint kb. 500 eset közül állítólag csak egyszer), mégis jobboldali vesekő esetén mésztartalmú epekőre is kell gondolnunk, a melynek árnyéka épp a vese tájékára esik. Itt a klinikai tünetek döntők.

4. A vese felett fekvő és gázzal vagy skybalákkal telt bélrészek is okozhatnak tévedést. A bélgázok kerek vagy ovalis foltokat eredményezhetnek és a vesekő olvasását igen zavarhatják, kiiktatásukra lufaszivacsos végzett erős compressio és fényszorítóval való dolgozás ajánlatos. Koprostasis, sőt árnyékot adó szereknek (bismut és salolnak) előzetes adagolása is adott már okot tévedésre; már ez okból is célszerű a beteg beleinek kitakarítása a felvétel előtt.

Mindezen körülmények eléggé ismertek; bemutatása kapcsán azonban utal arra, hogy magában a vesében keletkezett kóros folyamatok, meszesedéssel járó gümős folyamatok szintén adhatnak kőárnyékhoz hasonló árnyékot.

Ezzel még nem merítette ki mindazon eltéréseket, melyeket az x-sugaras kép olvasásakor figyelembe kell venni. Genyes folyamatok a vesében és a vese körül (perinephritis folyamatok) és más pathologiai eltérések a vese környezetében, főleg a gerincoszlopban és psoasizomban is okozhatnak eltéréseket a normalis veseképen. (Az ureter-kövek x sugaras képére, mivel nem tartozik szorosan a tárgyhoz, nem tér ki.)

Sok adatra van még itt szükségünk és sok tapasztalatra; minden újabb részletnek a megismerése, legyen az látszólag még oly lényegtelen, bővítheti ismereteinket és óvatossabbá tehet a képek értelmezésében.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1914 január 21.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

Gyomor- és colonresectióval gyógyított gyomorrák esete.

Pólya Jenő: Az 50 éves földműves nejét 1913 december 20.-án vettük fel a Szt.-István-kórház III. sebészeti osztályára. 1912 május óta vannak fájdalmai a gyomrában, melyek az utóbbi időben fokozódtak, majd daganatot vett észre a hasában, mely azóta folyton nő; néhány hét óta kávéaljyszerű hányás. Felvételkor 2 öklényi daganata a köldök alatt. Diagnózis: carcinoma ventriculi.

Műtét december 22.-én aether-narcosisban. Median laparotomia az epigastriumban. A gyomor erősen ptosisos, az antrum és pars media nagy carcinomás tumorrá alakult át, mely a mesocolonhoz erősen hozzánőtt. A daganat kifejtése közben a colon ereit is kénytelenek vagyunk lekötöni és a daganattal együtt a mesocolon transversum egy nagy részét is reszekálni. A tumort szabaddá tétele után kiirtjuk (a kiirtott gyomor a kis curvaturán 14, a nagy curvaturán 24 cm. hosszú), a duodenalis csont két N alakú öltéssel elcsüszesztjük, az igen kicsi orális csontot end to side a mesocolon-defectuson áthúzott jejunum kezdeti részébe implantáljuk. Mivel a colon transversum egy 15 cm.-nyi darabjának erei le vannak kötve, úgy hogy e darab életképessége kétséges, ezen colonrészt is reszekáljuk és a csontokat end to end varrattal egyesítjük. A colonvarrat helyét annál nagyobb biztosítása céljából cseplésbe burkoljuk és a hassebet rétegesen zárjuk.

A hasseb csekély genyedését leszámítva sima lefolyás, a 4. napon spontan szék. Jelenleg a táplálkozás, a bélépassage rendes, panaszai megszűntek, a hasfalban kicsi, tisztán sarjadzó sebfelület, melylyel a kórházból rövidesen el fogjuk bocsátani.

Endocarditis diphtheritica arteriae pulmonalis a sinus sphaenoidalis empyemája után.

Klein Alfréd: A 45 éves bognársegédet 1913 december 12.-én vették fel a Diebolla vezetéke alatt álló VIII. orvosi osztályra. A beteg ismételt kérdezősködéseinkre meglehetősen homályos kórelőzményt adott. Betegségére nézve annyit említett, hogy már két hónapja beteg, betegsége hirtelen kezdődött, a hideg kirázta, majd lázas volt, úgy a hidegrázás, mint a láz néhány óráig tartott, ezalatt gyengének érezte magát, tagjai fájtak, panaszait általában bizonyos szervre lokalizálni nem tudta. A rázóhideg a lázzal felváltva minden nap jelentkezett, de szabálytalan időközökben. Betegsége óta sokat fogyott, arcyszíne halvány lett, étvágytalan, feje fáj, szédül. Jelen baját megelőzőleg más betegsége nem volt.

A vizsgálatkor a következőket találtuk. A halvány és sovány beteg mellkasi szervei felett kóros eltérés nem volt kimutatható, a máj és léptompulat a rendestől eltérést nem mutatott. A reflexek kiválthatók. A vizelet szalmasárga, savi vegyhatású, nyomokban fehérjét tartalmaz, de üledék hosszabb centrifugálás után sem volt kapható. A lázmenet szabálytalanul intermittáló jellegű. A vérvizsgálásban malariaplasmodiumokat nem kaptunk, ellenben a fehér vörsejtek száma 24.000 volt. A vérből különféle táptalajokra oltottunk, de azok sterilek maradtak. Tekintve az intermittáló lázakat, a kifejezett leukocytosist és azon körülményt, hogy a malaria lehetőségét kizárhattuk, kétségtelennek kellett tartanunk, hogy a szervezetben valahol rejtett genyőc van s ez után kutattunk. A koponya, valamint melléküregei ütögetésre vagy nyomásra semminemű érzékenységet sem mutattak. A fülből, orrból genyes váladék nem ürült, a torokképletek halványak,

a vese-, májtájék nem érzékeny, a rectumban kóros resistentia nem észlelhető. Tehát a supponált genyógócra nézve a physicalis vizsgálat semminemű támpontot sem nyújtott.

A betegség folyamán a szív fölött systolés zöreje volt hallható, a szívcsúcslökés kihelyezkedett, az V. bordaközben volt tapintható, jobbfelé a szívtompulat meghaladta a bal szegyszélt, balfelé a csúcslökés helyéig ért. A vizeletben a fehérje mennyisége növekedett, az üledék bőven tartalmazott hyalin, szemcsés, hámsejt-cylindereket, vörös és fehér vérszöveteket, valamint zisros vesehámszöveteket. A többi szerv felett az objectiv lelet nem változott.

Néhány nappal később a beteg gyomortáji fájdalomról, hányásról panaszkodott. A szív felett gyenge, a basis felé erősödő pericardialis zöreje volt hallható, a mellett a systolés zöreje is ki volt vehető. A vizelet fehérjetartalma egyre növekedett. A léptompulat a VIII. bordánál kezdődött, alsó polusa nem volt érezhető. A többi szerv felett kóros eltérés nem volt kimutatható. A következő napokon a pericardialis zöreje egyre erősödött, úgy hogy más zöreje nem is volt hallható; exsudatumot a physicalis vizsgálattal a pericardium ürében kimutatni nem tudtunk. A beteg állapota mindinkább rosszabbodott s fokozódó szívgyengeség tünetei között január 12.-én a beteg meghalt.

Mint a betegség lefolyása mutatja, kétségtelen septico-pyaemiával volt dolgunk; e mellett bizonyított a lázmenet, a kifejezett leukocytosis, a megfigyelés alatt kifejlődött endopericarditis és heveny veselő, a melyeket természetesen a betegség részjelenségeinek tartottunk, míg a betegség kiindulása pontját nem tudtuk megtalálni.

Az a pulmonalisra szorító súlyos endocardialis elváltozásnak a systolés zörejen kívül más klinikai tünete nem volt és később a zörejt is fedte az igen intenzív pericardialis zöreje. Tehát nem lehetetlen, hogy a billentyű leszakadása miatt támadt a pulmonalis insufficienciája, de ez egyrészt a fentebb említett körülmény miatt nem volt tisztázható, másrészt pedig a súlyos destructio folytán keletkezett nagy nyílás sem kedvezett a diastolés zöreje létrejöttének.

Entz Béla: Az eset bonczolása alkalmával a következőket találtuk: A középtermű, szikár férfi hullájának szívburokában 120 cm³ gyengén zavaros sárga savó, a szívburok zsigeri felszínén mindenütt vékony fibrinlepedék tapad, helyenként egy-egy mákszemnyi véromlány van. A szív közep-nagy, a bal szív izomzata vékony, benne az endocardium alatt mindenütt kendermag-lencsényi, szabálytalan alakú, élesen elhatárolt, fakó sárgásbarna foltok vannak. A szemölcs-izmok laposak, kihegyezettek. A jobb szív izomzata gyengén zavaros, egyébként ép. A billentyűk baloldalt épek. Az aorta belfelületén a koszorúerek eredése táján lapos arteriosclerosis megvastagodások. A tricuspidalis billentyű vitorlái vékonyak, hártásak. A jobb szív endocardiumán, a kamrák közti sövényen számos dara-mákszemnyi, élesen elhatárolt, tömött, szürkés-fehér szemcse van. A pulmonalis elülső billentyűje vékony, hártás. A bal billentyű középső része 9 mm. hosszban leszakadt, a két sarokban egy-egy kicsiny nyelvalakú billentyűrészt maradt vissza, a jobb billentyűn 21 mm. széles és 13 mm. magas vaskos diphtheriás lerakódás van, mely fakósárga, törékeny fibrintömegből áll. A pulmonalisnak és ágainak belfelülete sima. A bal hátulsó rostasejtek és a bal sinus sphaenoidalis sűrű zöldessárga geny-nyel fedett, nyálkahártyájuk kocsonyásan duzzadt, szürkés-vöröses színű. A bal mandulában kendermagnyi genyecsap. A vena jugularis mindkét oldalon átjárható.

A betegség a sinus sphaenoidalis s a rostasejtek geny-gyulladásával kezdődött, a melyhez utóbb a pulmonalis billentyűnek metastasisos diphtheriás endocarditise csatlakozott. Hogy miért lokalizálódott az endocarditis a pulmonalis billentyűn, úgy magyarázható, hogy a betegnek valószínűleg az arteriosclerosis összefüggő baloldali régebbi myocarditise volt, evvel függött össze az insufficiencia bicuspidalis, mely tehát muscularis eredetű volt. A bicuspidalis-insufficiencia miatt a jobb szív erőteljesebben működött s a túlerőltetés következtében a fokozottan működő jobb szív, nevezé-

tesen a pulmonalis billentyűi betegedtek meg. Az anatómiai elváltozásokból ítélve, az endocarditis mintegy két hetes lehetett, a mi a klinikai adatokkal is jól összeegyeztethető, mert a beteg állapota a halála előtt két héttel hirtelen rosszabbra fordult. A halált az emboliás eredetű nephritis acuta okozta.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1453/1914. szám.

A vezetésemre bízott Ugocsa vármegyei *Perényi*-közkórházban megüresedett **alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: nyugdíjogosultsággal egybekötött évi 2000 korona fizetés, egy szobából álló lakás, élelmezés, fűtés, világítás, mosás.

Az állásra csakis az egy évi kórházi gyakorlatot igazoló orvosdoktorok pályázhatnak, szigorlók kérvényét figyelembe nem veszem. Egy évi kórházi gyakorlatra utasítottak kérvényét elfogadom azon figyelemzetéssel, hogy a kórházi gyakorlatot nem igazolhatom.

A pályázók kérvényeiket *Becsky Emil* főispán úr nevére, Nagyszőlős, hozzám **folyó hó 22.-éig** küldjék be.

Kinevezett alorvos értesítésre jelentkezni és állását elfoglalni tartozik.

Orvosi gyakorlatot, az első segélynyújtást leszámítva, nem folytathat. Nagyszőlős, 1914 július hó 1.-én.

Nagy Kálmán dr., operateur, igazgató-főorvos.

134/1914. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés és világítással. Magángyakorlat nincs megengedve.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állás elnyeréni óhajtják, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket *nagys. Ambrus Sándor* úrhoz, Békés vármegye alispánjához intézve, hozzám legkésőbb **július hó 18.-áig** annál is inkább küldjék be, mert a később érkezőket nem veszem figyelembe.

Békéscsaba, 1914 június 23.

Békéscsaba nagyközség közkórházának igazgatója.

4761/1914.

A Szarvas községben nyugdíjazás folytán megüresedett **ügyvezető orvosi állásra**, valamint az ezen állás folytán esetleg megüresedő **orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeket **folyó évi július hó 17.-éig** kell hozzám beadni.

Az ügyvezető orvosi állás javadalmazása: 1600 korona fizetés, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában meghatározott korpótlék, 700 korona lakbér, 400 korona fuvarátalány és a szabályrendeletileg megállapított beteglátogatási díjak.

A nem ügyvezető orvosi állás javadalmazása: 1400 korona fizetés, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában meghatározott korpótlék, 700 korona lakpénz, 400 korona fuvarátalány, 400 korona halottkémlési díj és a szabályrendeletileg megállapított beteglátogatási díjak.

Szarvas, 1914 június 30.

A főszolgabíró.

2508/1914. sz.

Alsófehérvármegye alvinczi járásában, Alvincz székhellyel bíró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Alsócsóra, Alsó-tatárlaka, Maroskarna, Akmar, Szarakszó, Borsómező, Rakató, Poklos és Oláhdálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908: XXXVIII. t.-cz.).

2. 500 korona évi lakbér.

3. 600 korona évi útiátalány.

4. 1200 korona évi helyi pótlék.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles összes községeit havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör szegényeit ingyen gyógykezeltetni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **legkésőbb 1914. évi augusztus hó 15.-éig** nyújtsák be.

A választás napját később fogom kitűzni.

Alvincz, 1914 június 30.

Pongrácz, főszolgabíró.

908/1914.

A megüresedett biharugrai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az orvosi kör 5 községből áll és pedig a székhelyen kívül Körösnagyharsány, Rojt, Vizesgyán és Körösszeg 7287 lélekszámmal. Az állás javadalma:

1. 1600 korona készpénzfizetés a szabályszerű korpótlékkal.
2. 1200 korona korona korpótték, úgy ez, mint a fizetés havi előleges részletekben lesz kiszolgáltatva.
3. A kerületi munkásbiztosító pénztártól évi 300 korona tiszteletdíj.
4. A körhöz tartozó uradalmak részéről 500—1000 korona tiszteletdíj.
5. A szabályrendeletileg megállapított vényirási és látogatási díjak.

A körorvos köteles a községek által kiszolgáltatandó természetbeni fuvarral Körösnagyharsány községbe hetenként egyszer, Rojt községbe havonként kétszer, Körösszeg és Vizesgyán községbe havonként egyszer a megállapított napokon kiszállani.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, úgy kelően felszerelt kérelmeiket hozzám folyó évi július hó 30.-áig terjeszszék be.

A választást Biharugra községhezánál utólag kitűzendő határidőben fogom megtartani.

C s é f f a, 1914 június 22.

Bartos Adorján, főszolgabíró.

19357/1914. sz.

A nagybecskereki József-kórháznál lemondás folytán üresedésbe jött **II. alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítési okmányokkal felszerelt kérvényüket Torontál-vármegye főispánjához címzetten nálam folyó évi július hó 30.-áig adják be.

Az állás javadalmazása:

1. 1600 korona törzsfizetés,
2. szabad lakás a kórházban, ételmezés, fűtés, világítás, kiszolgálás.

A kinevezendő alorvos tagja a megyei tisztii nyugdíjintézetnek.

A megye tulajdonát képező nagybecskereki kórház jogosított orvosgyakornokok felvételére.

Nagybecskerek, 1914 június 27.

Az alispán.

Szigorló orvos

ki szeptemberben végez, vállal **helyettesítői** esetleg **kisegítői állást**, ilyen gyakorlattal már bír. Leveleket „Korrekt” jellegével a kiadóhivatal továbbítja.



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

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

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatása.

Kellemes ízű.

Könnyen emészthető.

Teljesen tiszta.

Állandó összetételű.

Vasmentes.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellepő 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, gyógyszeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

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

A DR. PAJOR-SANATORIUM

új épületében, VIII. ker., Szentkirályi-utca 14. szám alatt megnyílt

a Medicomechanikai és orthopaediai intézet,

felnőttek és gyermekek részére. Vezető orvos: **Dr. Báron Sándor.**

ASTHMA-gyógyintézet és INHALATORIUM

Legmodernebb berendezés. Pneumatikus kamra, tüdő-gymnastika, oxigén stb. Asthma, tüdőgyulladás, hörghurut (bronchitis), légcső-, gége- és orrhurutok ellen.

BUDAPEST, Andrassy-út 87.sz. (körönd).

Vezető orvos:

Dr. GLÜCK TIBOR

53513. számú magyar szabadalom:

„Eljárás a húsképződést elősegítő kötszeranyag előállítására.”

A szabadalom teljesen **eladó, vagy gyártási engedély** **kapható.** Szíves jelentkezések „Sp.” alatt a „Petőfi” irodalmi vállalatához, Budapest, VII., Kertész-utca 16. alá intézendők.

„Bayer”

CONTRATUSSIN

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

Bayer-gyógyszertár BUDAPEST VI., Andrassy-út 84.

Főhercegi udvari szállító.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Úgy idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál, mint szívbetegségeknél is

1900. év óta legjobb eredménnyel alkalmaztatik a

Syrupus Colae compos. „Hell”

Csak az eredeti készítménnyel, mely teljesen tiszta, syrupvastagságú folyadék, lehetséges a kívánt siker elérése, nem pedig az itt-ott előforduló cserekészítményekkel, a melyek téntaszerűek és használat előtt felrázandók.

Diabetesesek számára a syrup helyett **Pilulae Colae comp. Hell** minden szénhydrattól menten állítatik elő.

Egy pilula egy kávéskanálnyi syrup leghatásosabb alkotórészeit tartalmazza.

Az eladás a gyógyszertárakban csak orvosi receptre történik. **Árak:** Nagy üveg 4 korona, kis üveg 2 korona 40 fillér. A pilulából egy üveg 50 darabban 2 korona 50 fillér.

Irodalom és minták ezen hirdetésre való hivatkozással kívánatra küldetnek.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

G. HELL & COMP. in Troppau u. Wien.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markuszovszky 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.

- Beck Soma:** Az erythema nodosumnak a tuberculosishoz való viszonyáról. 543. lap.
Bársony Tivadar: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. A pylorus-kirekesztés utáni Röntgen-leletekről. 546. lap.
Fabinyi Rudolf: Elmeorvosi tapasztalatok Belgiumban és Hollandiában. 550. lap.
Györy Tibor: Henri Dunant, a Vörös Kereszt és a genfi conventio megalapítója. 552. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A Pollatschek und A. Charnatz: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1913. — Walter Guttmann: Lexikon der gesamten Therapie. — Lapszemle. Belorvosan. W. H. Veit: A cystás vese klinikai symptomatológiája. — Rosenfeld: A Friedmann-féle oltóanyagot tett tapasztalatok. — Sebészet. Tietze: A golyvának járványszerű megjelenése. — Tietze: Máj tuberculosist két esete. — Ideg- és elmekórtan. G. Anton: Az agyvelő fejlődési rendellenességeinek és

az epilepsiának műtéti kezelése. — Szülészeti és nőorvos. Altmann: A vértelen carcinoma-kezelés. — Lichtenstein: A comában lévő eklampsiák diuresisének fokozása intramuscularis ephyllin-injectiókkal. — Bőrkórtan. Ehrmann: Tuberculidek. — Venerás betegségek. H. E. Kersten: A neosalvarsan intramuscularis injectiója. — Orr-, torok- és gégebetegségek. Walb: Az orr raehitise és ennek az asthma bronchialehoz való vonatkozása. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Grund: Pneumonia crouposa. — E. Pfeiffer: Diabetes mellitus. — Lampé: Idősült köszvény. — Lindbom: Sennatin. — Markl: Eusitin. — Kafemann: Testijodyl. 553–555. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság 555. lap.

Vegyes hírek. 555. lap.

Tudományos társulatok. 556–558. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az erythema nodosumnak a tuberculosishoz való viszonyáról.*

Irta: Beck Soma dr. egyetemi magántanár.

Az utóbbi években a tuberculosist kór- és oktanával való behatóbb foglalkozás sok meglepő, eddig ismeretlen tényrt derített föl, a melyek a tuberculosibacillusnak aetiologiái szerepét régebben nem is sejtett területekre terjesztették ki. A bőr gümös megbetegedései szempontjából új korszakot jelentettek Darier-nek 1896-ban közölt kritikai vizsgálatai, a melyek által világossá vált, hogy a bőrbetegségeknek egy nagy, a legheterogénebb klinikai képeket felölelő csoportja közös aetiologiára, a tuberculosisra vezethető vissza. Darier állásfoglalása rövid idő alatt úgyszólván egyhangú elismeréssel találkozott s ma már senki sem akad, a ki kétségbevonná, hogy a bőrnek már régebben ismert típusos gümös megbetegedései mellett, mint a lupus, a skrophuloderma, a tuberculosist verrucosa és a tuberculosist miliaris cutis, olyan tuberculosist okozta bőrelváltozások is vannak, a melyek ezektől viszonylagos jótermészetűségük, kifejezettebb spontán gyógyhajlamuk, néha tisztán follicularis elhelyezkedésük által lényegesen különböznek és sokszor nem is annyira mint önálló betegségek, hanem inkább mint a szervezet valamely rejtettebb pontján végbemenő tuberculosist folyamatnak a bőrön való kifejezői bírnak fontossággal. Ezen, a bőrtuberculidok közös neve alá foglalt csoportba tartoznak a már régebben tuberculosistnak ismert lichen scrophulosorum mellett a Barthélémy-féle aknitis és folliculitis, a Hebra-féle akne cachecticorum, a Bazin-féle erythema induratum, valószínűleg a lupus erythematodes és legújabbban a Darier és Boeck-féle sarkoid némely formája. Idők folyamán e csoport keretei még tágultak s olyan der-

matosisokat is a tuberculidok közé soroztak, mint pl. a pityriasis rubra, a Mibelli-féle angiokeratoma, a perniosis, a melyeknek idetartozása még távolról sincs tisztázva. A tuberculosist aetiologia keresése a legkülönbözőbb bőrbajokban már úgyszólván túlzásokra is vezetett; akadnak szerzők, a kik még a psoriasisért is a tuberculosist teszik felelőssé (Menzer), a mi persze máris több oldalról érélyes czáfolatra talált.

A legutóbbi években a tuberculosist eredetű bőrbajokról folyó irodalmi munkásság előterében áll az erythema nodosum kérdése is, illetőleg e megbetegedésnek a tuberculosisthoz való viszonya.

Az erythema nodosumnak nevezett és főleg a tavaszi és őszi időszakban előforduló megbetegedés körképe általánosan ismeretes. A betegség, a melyet már első leírója, a francia Willan óta így jelölünk, nevét azoktól a lividbe játszó, halovány piros, koronányi egészen gyermektenyérszerű, széleikkel gyakran összefolyó, nyomásra fájdalmas, tömört s a bőrt mérsékelten elődomborító beszűrődésektől nyerte, a melyek leggyakrabban a két lábszár elülső és oldalsó felszínén jelentkeznek s gyakran spontán fájdalomosságuk által is igen megnehezítik a járást. Ritkább esetekben a felső végtagokon is jelentkeznek hasonló laesiók, de ezek jóval kisebbek szoktak lenni, infiltrációjuk kevésbé mély, sokszor csak egyszerű foltok alakjában mutatkoznak. Kisérő tünetei a láz, a mely többnyire mérsékelt, de néha 39 és még magasabb fokot is elér, általános bágyadság és étvágytalanság. Lefolyása 3–6 hét szokott lenni, csak ritkán húzódik el még tovább. Az infiltratumok szétesési hajlammal nem bírnak, lassankint maguktól felszívódnak, miközben helyüket egyidejűleg kékes, majd sárgás foltok jelzik, mint a bőrbeli vérzések nyomai. Innét ered a betegség egy másik elnevezése: dermatitis contusiformis. Egy időben a bécsi iskola Kaposi nyomán az erythema exsudativum multiforme és peliosis rheumaticával rokon, ezekkel közös aetiologiájú bajnak tekintette. Mások előtt azonban a betegségnek feltűnő típusos lefolyása jogosulttá látszott tenni azt a felfogást,

* A magyar orvosok tuberculosist-egyesületének 1914 április 21.-i II. nagygyűlésén tartott előadás.

hogy az erythema nodosum önálló fertőző betegség, melyben négy stadium különböztethető meg.

1. Az *incubatio* stadiuma, mely pontosan meg nem állapítható, de 12 napnál tovább nem tart.

2. Az *invasio* vagy *infectio* stadiuma, a melyet úgy mint egyéb acut exanthemát megelőző időszakot, tagfájdalmak, láz és étvágytalanság jellemez.

3. Az *exanthemás* vagy *eruptiós* stadium jellegzetes bőrlaesióival s végre

4. a *reconvalescentia* szaka, mely a bőrlaesiók helyén mutatkozó színváltozással, néha hámlással és nem ritkán kifejezett anaemiával jár.

Az erythema nodosumnak ezen jellegzetes lefolyású, úgynevezett idiopathiás formája mellett még egy symptomás erythema nodosumot is vesznek fel, a mely nem önállóan, hanem egyéb megbetegedések kíséretében jelentkezik. Így keletkeztek az erythema nodosum rheumaticum, syphiliticum, tuberculoticum, blennorrhoeicum, stb. elnevezések s végül megkülönböztették még az erythema nodosum medicamentosumot, a melyet állítólag néha a jód, brom vagy antipyrin vétele váltott ki.

Az úgynevezett symptomás erythema nodosum-megbetegedések egy része, valamint a gyógyszeres erythema nodosum azonban ma már e néven alig szerepel, mert az említett betegségekhez társuló, vagy gyógyszerek vétele után jelentkező laesiók, hacsak nem forog fenn véletlen coincidentia esete, birhatnak ugyan némi hasonlatossággal az igazi erythema nodosumhoz, de nem mutatják annak typusos képét és lefolyását. Az erythema nodosum syphiliticum pl. nem egyéb, mint igazi periostalis gummás folyamat, a mely csak localisatiójánál fogva hasonlít az idiopathiás erythema nodosumhoz, a rendkívül ritka blennorrhoeás nodosum pedig teljesen atypusos localisatióval és csekélyebb beszűrődéssel bír. Más megítélés alá esik azonban a rheumás és tuberculosus erythema nodosum. Ez utóbbiak semmiben sem különböznek az igazi acut, cyklosus lefolyású erythema nodosumtól.

Az erythema nodosumnak a tuberculosissal való összefüggésének kérdése már régebb idő előtt felmerült. *Uffelmann* már 1872-ben 24 esetet közölt, valamennyit tuberculosissal szenvedő vagy öröklésileg terhelt gyermekeknél s ennek alapján az erythema nodosumnak egy „ominosus” formáját különböztette meg, a melyet a tuberculosissal hozott oki kapcsolatba. *Oehme* még tovább ment, a midőn azt állította, hogy az erythema nodosum a latens tuberculosissal első megnyilvánulása. *Uffelmann* és *Oehme* állásfoglalása azonban nem talált nagy visszhangra. *Bohn*-nak legtöbb betege tuberculosismentes családokból került ki s *Pfeiffer* sem tudott a két betegség összefüggéséről meggyőződni. A dermatológusok, a kik utánuk e tárggyal foglalkoztak, az erythema nodosumot vagy *Hebra* nyomán mint önálló acut fertőző betegséget fogták föl (*Veiel*, *Janovszky*, *Lesser*, *Jarisch*, *Bulkley*, *Jadassohn* stb.) vagy *Kaposi*-val az erythema exsudatum multiforme egy formájának tekintették s némelyikük egyúttal több-kevesebb határozottsággal az ízületi csúzzal is összefüggésbe hozta (*Lewin*, *Boeck*, *Joseph*, *Buginsky*, *Kuhn*, *Mackenzie* stb.)

Hasonlóan vitatott volt az erythema nodosumnak a rheumás ízületi megbetegedésekkel való kapcsolata, a melyet főleg a régebbi francia szerzők: *Rayer*, *Bazin*, *Cornil* hirdettek s a mely egyidőben meglehetősen általánosan el volt fogadva. Ez a kapcsolat az esetek elég nagy számában vételeg fennállani látszik. *Mackenzie*-nek statisztikája szerint, mely a London Hospital-nek anyagát öleli fel, 1880—1895-ig 233 eset közül 43-ban volt kétségtelen ízületi csúz jelen, sőt *Boeck* az 1896. évi londoni internationalis dermatologiai congressuson kijelentette, hogy ő előtte ízületi csúz, erythema multiforme, erythema nodosum, herpes iris és purpura rheumatica egy és ugyanazon betegség, csak különböző localisatióval. De talán a mióta az ízületi csúz különböző formáinak a tuberculosishoz való viszonyát megismerni tanultuk, a mely kérdéssel *Benedict* mult évi kimerítő és szép referatuma

foglalkozott, azóta az erythema nodosumnak rheumás aetiológiája is más világításban lép elénk.

1907-ben *Landouzy* már teljes határozottsággal állást foglal az erythema nodosumnak tuberculosus aetiológiája mellett. Szerinte az erythema nodosum egy bacillaris septicæmia helyi megnyilvánulása, a mely meggyógyulhat a nélkül, hogy klinikailag kimutatható nyomai maradnának, de idővel tuberculosissal okozta tüdőbeli, peritonealis vagy meningialis elváltozások állhatnak be. Már egy évvel előbb *Poncet*-nak egy tanítványa, *Pons* inaugurációs dissertációjában 20 esetet közöl, a melyek valamennyiében a betegség tuberculosus jellege ki volt mutatható, sőt szövettani lelettel is bizonyítja az elváltozás tuberculosus voltát, hivatkozván az óriássejteknek és ezeket környező nagyszámú epitheloid sejteknek jelenlétére. Hasonló szöveti elváltozásokat *Philippson*, már 1895-ben, *Jadassohn* 1897-ben látott, a nélkül, hogy a szöveti structura alapján a folyamat tuberculosus természetét eldöntöttnek tekintették volna.

1909-ben *Marfan* csatlakozott *Landouzy* felfogásához, a melynek bizonyítására a Pirquet-oltás állandó pozitív voltát is hangsúlyozza. Hivatkozik *Chauffard* és *Troisier* kísérletére, a kiknek egy 18 éves csúcsburutban és erythema nodosumban szenvedő leányon tuberculinnak intradermális beoltásával typusos erythema nodosum-csomót sikerült előidézniük.

A legutolsó években nagyszámú klinikai casuistika újabb bizonyítékát látszott szolgáltatni az erythema nodosumnak a tuberculosissal való szoros kapcsolatának. *Abt*, *Meara* és *Goodvich*, *Dunlop*, *Sézary* közvetlenül az erythema nodosumhoz csatlakozva meningitis tuberculosát láttak kifejlődni. *Hildebrand* 1907-ben közölt egy phthisis mellett keletkezett erythema nodosum-esetet; a beteg vérével végzett állatoltás pozitív eredményt adott ugyan, de tekintve a súlyos tüdőbeli folyamatot, az oltás eredményét nem tudta minden fentartás nélkül az erythema nodosum tuberculosus jellegének bizonyítására felhasználni. *Martinotti* és mások általános miliaris tuberculosissal mellett láttak erythema nodosumot. *Almartine* — szintén *Poncet* tanítványa — pedig a kérdés irodalmának és saját eseteinek átvizsgálása alapján, hivatkozva az erythema nodosumnak sokszor félreismerhetetlenül tuberculosus eredetű polyarticularis rheumatismussal való kapcsolatára, a pozitív cutireactióra és az *Arloing* és *Courmont*-féle agglutinációra, szintén állást foglalt a mellett, hogy az erythema nodosumnak van egy kétségtelenül tuberculosus formája.

A legnagyobb maga észlelte anyagra támaszkodnak *Pollák R.* vizsgálatai. Igaz, hogy kizárólag gyermekek erythema nodosumát tette tanulmánya tárgyává, de éppen ezeken sokkal gyakoribb is a megbetegedés, mint felnőtteknél. Eseteinek száma 48, a melyek a 2.-tól a 13. életévig oszlanak meg s közülök 35 nyolcz éven aluli gyermekekre vonatkozik. A Pirquet-reactio mind a 48 esetben erősen pozitív, sokszor hólyagcsás volt. Kivételesen a reactiós papula teljesen az erythema nodosum laesiójához hasonló infiltratum képét mutatta, a melyet *Chauffard* és *Troisier* is láttak egy esetben intradermális tuberculin-injectio után. Három esetben morbillihez, egyszer pertussishez csatlakozott az erythema nodosum, három más esetben kétségtelen tuberculosus megbetegedések követték a kórt, még pedig nyaki lymphomák, meningitis tuberculosa és pleuritis serosa. *Pollack* vizsgálatai szerint tehát az erythema nodosum a gyermekkorban kizárólag tuberculosissal fertőzött egyéneken fordul elő s ez okból igazi tuberculosus természetű bőrmegbetegésnek tekintendő.

Pollack közleménye adta meg az impulsust saját ezirányú vizsgálataim végzésére. 1912 szeptember óta a mai napig valamennyi gyermekbetegemet, a kin erythema nodosum állapított meg, egy-két kivétellel, tuberculosissal szemponjtából is vizsgálat alá vettük. Előre kell bocsátanom, hogy majdnem kizárólag ambulans anyagról lévén szó, nem minden esetben végezhetjük vizsgálatainkat olyan kimerítő módon, a mint azt éppen a tuberculosissal kapcsolatánál fontosnak kell tartanunk.

De mi is mint *Pollack*, valamennyi esetünkben — egy kivételével — végeztünk Pirquet-oltást, sőt elvétele subcutan

tuberculinbefecskendezést is. Iparkodtunk az anamnesist is felderíteni, s nagyobb részt a tüdő állapotát klinikailag s több esetben Röntgen-felvétellel is megállapítani. Vizsgálataim eredményeit a következőkben röviden összegezem.

1912 szept. hava óta összesen 24 erythema nodosum-ban szenvedő beteg került észlelésem alá. E 24 beteg közül 18 volt leány, 6 fiú. A női nemnek e megbetegedésre való nagyobb hajlandósága általánosan ismeretes és saját számadataim is bizonyítják. Kor szerint a következőképpen oszlottak meg betegeim:

2 éves volt	---	---	---	fiú	---	---	---	2 leány
4	"	"	---	1	"	---	---	5
5	"	"	---	2	"	---	---	3
6	"	"	---	---	"	---	---	2
7	"	"	---	---	"	---	---	1
9	"	"	---	---	"	---	---	1
10	"	"	---	1	"	---	---	2
11	"	"	---	1	"	---	---	1
12	"	"	---	1	"	---	---	---
15	"	"	---	---	"	---	---	1

Valamilyen alkatbeli közös jellemvonás betegeimen megállapítható nem volt. Nagybárra jól vagy közepesen fejlett s localis megbetegedésüktől eltekintve, egészséges gyermekek benyomását tették. Nem tapasztaltuk, hogy, mint *Moro* állítja, az erythema nodosum szabályszerűen lymphás constitutio, purpurákra és egyéb „rheumatosisek” való hajlam mellett jelentkezett volna. Egyetlen egy esetünkben volt purpurás complicatio jelen. *Uffelmann* és *Veiel* tapasztalatait sem erősíthettük meg, a kik az erythema nodosumot túlnyomóan örökletesileg terhelt egyeneken észlelték. A mi anamnesiseink csak egyik-másik esetben derítettek fel a családban előforduló tuberculosus megbetegedést, a szülők többnyire egészségeseknek vallották magukat. Objective megállapítható izületi elváltozásokkal egyszer sem találkoztunk, s az izületek fájdalmasságára vonatkozó, nem nagyon gyakori panaszok az esetek túlnyomó részében az izületek közelében fejlődött erythema nodosum-laesiók fájdalmasságára vezethetők vissza. *Kuhn* 22 gyermeki erythema nodosum esetében csak kétszer észlelt csekély izületi fájdalmakra vonatkozó panaszokat. E tekintetben a gyermekek és felnőttek erythema nodosumja között úgy látszik lényeges különbség van, de különböznek az egyes vizsgálók adatai országok szerint is. *Veiel*, *Mackenzie*-nek és *Boeck*-nak a rheumás aetologia mellett foglalt álláspontját azzal magyarázza, hogy az északi országokban az izületi rheuma és köszvény sokkal gyakoribb, mint Közép-Európában. Gyermekeken pedig e complicatio ritkább voltát *Schlesinger* és *Hegler* abban látják indokolva, hogy izületi affectiók a gyermekkorban általában ritkábbak.

Egy esetben nyaki lymphomákban és scrophulodermában szenvedő gyermekek észleltük az erythema nodosumot, egy 5 éves leánykán két héttel a skarlátosztályról való hazabocsátása után jelentkezett a betegség, egy 9 éves leányon pedig morbilli kitörése után 2 héttel, ennek lefolyása közben fejlődött ki az erythema nodosum képe. Az erythema nodosumnak morbilli után való jelentkezésére nagy súlyt helyeznek azok a szerzők, a kik a betegség tuberculosus eredete mellett foglalnak állást. Ismeretes a morbillinek a tuberculosisra való praedispositiót teremtő, vagy az addig latens tuberculosist aktiváló tulajdonsága. A morbilli után jelentkező erythema nodosum sem volna ezek szerint egyéb, mint egy eddig latens tuberculosus infectio activ kifejezője. *Pollack* 3 esetben, *Joynt* 9 esetben, *Perigol* egy esetben látott morbilli után erythema nodosumot.

Megemlítenő végül, hogy egy 10 éves leánybetegünk 4 hónappal erythema nodosumban történt felgyógyulása után peritonitis tuberculosában betegedett meg.

A tüdő physicalis vizsgálata, a mely eseteim túlnyomó részében a kórház belgyógyászati rendelésén végeztetett, csak elvéve mutatott ki kétségtelen tuberculosus elváltozásokat,

néha egyszerű bronchitist, többnyire normalis tüdőleletet találtunk.

Mind e felsorolt adatok még nem nyújtanak elegendő támpontot arra, hogy az erythema nodosumot a tuberculosissal valamilyen kapcsolatba hozzuk, mert hiszen a tuberculosissnak nagy elterjedtsége mellett ezen összefüggés kényszerű felvétele nélkül is érthető, hogy egyik-másik esetben valamilyen tuberculosus megbetegedés előzi meg vagy követi az erythema nodosumot.

Meg kell emlékeznünk Röntgen-vizsgálataink eredményéről is. És bárha messzemenő következtetéseket ezekből sem vonhatunk, mert sajnos, eseteinknek alig egy negyed-résztében végezhetünk Röntgen-átvilágítást, mégis feltűnő volt, hogy valamennyi megvizsgált esetünkben, ott is, hol más physicalis vizsgálati módszerekkel elváltozások vagy egyáltalán nem, vagy csak határozatlanul voltak kimutathatók — s persze főképpen ezeket vetettük alá Röntgen-átvilágításnak —, ez eljárással kétségtelenül tuberculosus folyamatot állapíthatunk meg. Az átvilágítás által földerített elváltozások kivétel nélkül a hilus-mirigyek megbetegedésére vonatkoztak, egyik-másik esetünkben e mellett a tüdők szövetében is láttunk árnyékokat.

Teljesen egyöntetű eredményeket adtak azonban Pirquet-oltásaink. 23 gyermekben megejtett Pirquet-oltás 22 esetben pozitív, még pedig majdnem kivétel nélkül igen erősen pozitív cutireactiót adott. Egy 10 éves igen jól fejlett fiún pedig a reactio sajátos magaviseletet tanúsított. Ez a gyermek az erythema nodosumnak súlyosabb formáját mutatta, általános rosszullét mellett láza 38°-ig emelkedett, a lábszárakon 5. kor.-nyi, egészen gyermektenyérszerű, nyomásra fokozottan, de spontán is nagyon fájdalmas, lividbe hajló halványpiros typusos beszűrődések voltak láthatók, néhány kisebb élénk piros folt kíséretében. Az 50%-os altuberculinnyal nyomban megejtett Pirquet-oltás teljesen negatív maradt, a mi annál inkább feltűnt, mert a Röntgen-képen kifejezett peribronchialis árnyék s a tüdő szövetében is hálózatos árnyékok voltak láthatók. Két nap múlva a Pirquet-oltást tömény tuberculinnyal megismételtük, az elsőhöz hasonló abszolút negatív eredménnyel. A gyermeket ekkor felvettük a kórház belgyógyászati osztályára. Egy hét múlva, miután a gyermek teljesen láztalanná vált, 1/10 mgr. altuberculinnyal oltottuk be subcutan. Erre sem mutatkozott sem helyi, sem általános reactio. További 48 óra múltán egy egész mgr.-nyi altuberculint fecskendeztünk be s 32 órával később a hőmérséklet 37°-nyi maximumot ért el, helyi reactio azonban nem volt. Ujabb 48 óra múlva az oltást 3 mgr.-nyi adaggal ismételtük meg, s ekkor csekély helyi reactio mellett a hőmérséklet másnap 37°-ig, negyednapon pedig 37.7°-ig emelkedett. A tuberculin-oltás tehát kifejezetten pozitív eredményt adott. Ezek után újabb Pirquet-oltást végeztünk a gyermekben, 2 héttel az első oltás után és pedig a bal lábszáron, a már majdnem teljesen visszafejlődött erythema nodosumgöbök közelében s ekkor más napra kifejezetten pozitív cutireactiót kaptunk. Most a felkarokon is újból megismételtük a Pirquet-oltást s ezúttal az eredmény itt is pozitív volt. Az eredetileg negatív Pirquet tehát a subcutan-oltás után pozitívvá változott. Az allergiának e kivételes magatartása egyébiránt úgy az ophthalmo-, mint a cutireactióra nézve ismeretes. Minthogy a tuberculosisallergia specifikus voltahoz kétség nem fér, bizonyossá vált, hogy valamennyi erythema nodosumban szenvedő betegünk egyúttal tuberculosus is volt.

Moro Pollack-nak a mienkhez hasonló 100%-os pozitív cutireactióját nem annak a bizonyítékának tartja, hogy az erythema nodosum tényleg tuberculosus megbetegedés, hanem szerinte ez csupán azt mutatja, hogy milyen rendkívül elterjedt a tuberculosus a bécsi gyermekek között. Ez az állítás azonban kissé túlmerésnek látszik s leghatározottabban ellene szólnak *Hamburger* és *Monti* vizsgálatai, a melyeket bécsi gyermekeken végeztek a tuberculosus-fertőzés gyakoriságának megállapítására. És bár statisztikájuk az ezirányú vizsgálatok között a legnagyobb megbetegedési százalékot mutatja, mégsem annyira sötét, mint azt *Moro* föltételezi:

Hamburger és Monti szerint:

2 éves gyermekeken	90%-ban
3 " "	20 ⁰ / ₀ "
4 " "	32 ⁰ / ₀ "
5 " "	52 ⁰ / ₀ "
6 " "	51 ⁰ / ₀ "
7 " "	61 ⁰ / ₀ "
8 " "	73 ⁰ / ₀ "
9 " "	71 ⁰ / ₀ "
10 " "	85 ⁰ / ₀ "
11—14 " "	93—95 ⁰ / ₀ "

fordul elő tuberculosus fertőzés.

Pollack esetei közül 18 két-négy éves gyermekeket illet, a kinnél tehát a Hamburger és Monti-féle statisztika szerint az átlagos megbetegedési százalék 27% volna; ha pedig a 2—7 évig terjedő átlagot vesszük, itt is csupán 37%-ot tesz ki a megbetegedés aránya s Pollack-nak 35, e korhatárok között levő gyermeke között sem akadt egy sem, a mely negative reagált volna, épp oly kevésbé, mint a mi hasonló korú 17 esetünk között. Moro-nak azonban 5 év alatt 30 erythema nodosum-esete között négy volt, a mely Pirquet-oltásra nem reagált, s bár maga is elismeri, hogy a tuberculosusnak mint kiváltó momentumnak az erythema nodosum pathológiájában sokkal nagyobb szerep jut, mint minden más korhatálynak, nem hajlandó azt a föltevést elfogadni, hogy jelentkezése kizárólag a szövetek tuberculosus allergiája alapján történik.

Fennebb vázolt esetünk azonban azt mutatja, hogy a cutan-reactionnak akár ismételt negatív volta is még nem zárja ki a szervezet tuberculosus fertőzöttségét. E körülményt már Hamburger és Monti is tekintetbe vették vizsgálataik alkalmával s éppen ezért statisztikájukat nem is a cutireactio pozitív voltára alapították, hanem subcutan tuberculinoltásokat végeztek.

Moro azonban 4 esete közül csak egyszer ellenőrizte a negatív cutireactiót subcutan tuberculinoltással és bár ez utóbbi is negatív volt, az 1 mgr.-os dosist nem haladta túl. E szerint tehát a 4 negatív eset még nem szól föltétlenül bizonyító erővel a tuberculosus fertőzés ellen.

Saját eredményeinknek a Pollack-éival való egybehangzása alapján annyi bizonyosnak látszik előttünk, hogy a gyermekkorban az erythema nodosum kizárólag tuberculosissal fertőzötteken fordul elő.

Következtetéseinkben tovább menni nem akarunk s nincs is jogunk. Hogy maga az erythema nodosum laesioja is tuberculosus természetű-e, arra egyelőre kétségtelen bizonyítékaink nincsenek, mert eltekintve az eddigi bakteriologiai vizsgálatok állandó negatív voltától, eltekintve attól, hogy maga a szöveti structura sem bír — egyes szerzők adataitól eltekintve — typusos tuberculosus jelleggel, hiányzik még a tuberculinoltásra a tuberculosus szövetelváltozásokban jelentkezni szokott góczreactio is. Ilyet még eddig soha senki sem észlelt. Másrészt azonban nincsen példa arra a pathológiában, hogy egy önálló aetiologiájú betegség mindig és kizárólag csak egy másik betegséghez társulva jelentkezzen. Ugy hogy mindent egybevetve, ha egyelőre nincsenek is közvetlen bizonyítékaink az erythema nodosum tuberculosus természete mellett, azt hisszük, hogy a további kutatás ezeket a bizonyítékokat is meg fogja hozni.

Irodalom. J. A. Abt: Amer. Med. Assoc., 1904 nov. 12. Ref. Monatshefte f. prakt. Dermat., 1905. 40 k. — Almartine: Gazette des Hôp., 1912, 69. szám. Ref. Dermat. Wochenschr., 1912, 55. köt., 51/b. sz. — Benedict: Magyar orvosok tuberk.-egyes. I. nagygyűlés, 1913. — Boeck: III. internat. dermat. Congr. London, 1896. — Brian: Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1911, 3—4. sz. — Chauffard et Troisier: Soc. méd. des hôp., 1909, jan. 8. Ref. Monatshefte f. prakt. Dermat., 1909, 49. köt., 4. sz. — Dotti: Olasz gyermekorvosok VIII. congressusa Bologna, 1913 szept. 21—26. Ref. Monatsschr. f. Kinderheilk., 1914, 1. sz. — Dunlop: Brit. med. Journ., 1912 jul. 20. — Hamburger és Monti: Münch. med. Wochenschr., 1909, 9. sz. — Hegler: Ergebn. d. innern mediz. u. Kinderheilk., 1913, 12. köt. — Hildebrand: Münch. mediz. Wochenschr., 1907, 7. sz. — Jadassohn: Ergebnis. Lubarsch-Ostertag 1897, IV. évf. — Joynt: Brit. med. Journ., 1911 ápril. 15. — Kaposi:

Path. u. Therap. der Hautkrankh. Wien, 1893. — Kuhn: Arch. f. Kinderheilk., 1909, 36. köt. — Mackenzie: III. internat. dermat. Congr. London, 1896. — Marfan: La presse méd., 1909, 51. sz. — Meara and Goodrich: Amer. Journ. of med. sci., 1912 márcz. Ref. Dermat. Wochenschr., 1912, 55. köt., 43. sz. — Menzer: Deutsch. med. Wochenschr., 1912, 45. sz. — Martinotti: Ligur. med., 1912, 3. sz. Ref. Dermat. Wochenschr., 56. köt., 24. sz. — Moro: Münch. med. Wochenschr., 1913, 21. sz. — Pfeiffer: Wiener med. Wochenschr., 1890. — Perigal: Brit. med. Journ., 1911 jul. 22. — Pic: Lyon méd., 117. köt., 53. sz. Ref. Dermat. Wochenschr., 1912, 55. köt., 43. sz. — Poncet: Presse méd., 1909, 57. sz. — Pons: Inaug.-Dissert., 1905. Lyon. — Pollack: Wiener klin. Wochenschr., 1912, 32. sz. — Sézary: Med. Presse, 1912. Ref. Dermat. Wochenschr., 1913, 56. köt., 24. sz. — Veiel: III. internat. dermat. Congr. London, 1896. — Uffelmann: Deutsch. Arch. f. klin. med. 1872 és 1876.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. számú sebészeti klinikájáról. (Helyettes igazgató: Borszék Károly dr., egyetemi rk. tanár.)

A pylorus-kirekesztés utáni Röntgen-leletekről.

Irta: Bársony Tivadar dr., műtőorvos.

A II. sz. sebészeti klinikán vagy Doyen-Eiselsberg szerint végezzük a pylorus-kirekesztést, vagy praepylorusosan igen vastag selyemfonállal lekötjük az antrumot, s utána a fonalat csomós serosavarratokkal borítjuk.

A Doyen-Eiselsberg-eljárással, mint ez a dolog természetében rejlik, a kirekesztés tökéletes.

A lekötéssel nyert kirekesztésre vonatkozó, részben Röntgen-vizsgálatokon, részben állatkísérleteken alapuló adatok nagyon ellentétesek.

Ez ellentétes adatok indítottak arra, hogy az ily módon operált betegeinket Röntgennel rendszeresen megvizsgáljuk. Ezt úgy végeztük, hogy a beteget a contrast-anyag elfogyasztása után a gyomor teljes kiürüléséig $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órai időközökben álló vagy fekvő helyzetben átvilágítottuk, közben a beteget állandóan jobb oldalra fektettük. Contrastanyagul Bi-pasta (kb. 80 gr. Bi carb. + 120—140 cm³ víz) adását találtuk előnyösnek, mely egyrészt igen intenzív árnyékot ad, másrészt erős tapadása miatt azokban a hézagokban, a hova bejutott, hosszú ideig kimutatható. Ha a pasta ürülése lassú volt, víz itatásával gyorsabbá tettük.

14 vizsgálatra került betegünk közül 10-en végezhetünk rendszeres vizsgálatot, közülök 7-en alkalmunk volt e rendszeres vizsgálatot néhány hónappal a műtét után megismételni.

Eseinket könnyebb áttekinthetőség végett 3 csoportba kívánjuk osztani.

Az elsőbe sorozzuk azokat, melyekben rendszeres vizsgálatot nem végeztünk, részben, mert kezdetben ennek szükségessége nem gondoltunk, részben pedig, a későbbi esetekben, mert a betegeket a rendszeres vizsgálatokkal járó fáradalmaknak kitenni nem akartuk; a második csoportba osztjuk az egy ízben rendszeresen megvizsgált eseteket; a harmadikba pedig azokat, melyeket ismételtlen is megvizsgálhattunk.

I. csoport.

1. eset. F. B. Pylorus-ulcus. Röntgen-lelet műtét előtt: kissé tág gyomor, a pylorus jobbra helyezett, a gyomor a cardiáig feltöltődik, stenosis-peristaltika. Jelentékeny 6 órás maradék. Műtét után 16 nappal: a gyomor kistökű tágulata változatlan, híg Bi-víz azonnal az elvezető kacsán át ürül, Rieder-étkezés után $\frac{1}{4}$, 3 és 6 óra múlva történt álló vizsgálatkor csakis az anastomosison át ürül a Bi-pép. A lekötéstől aboralisan Bi-töltés nem látszik. 6 óra múlva kevés maradék a gyomorban.

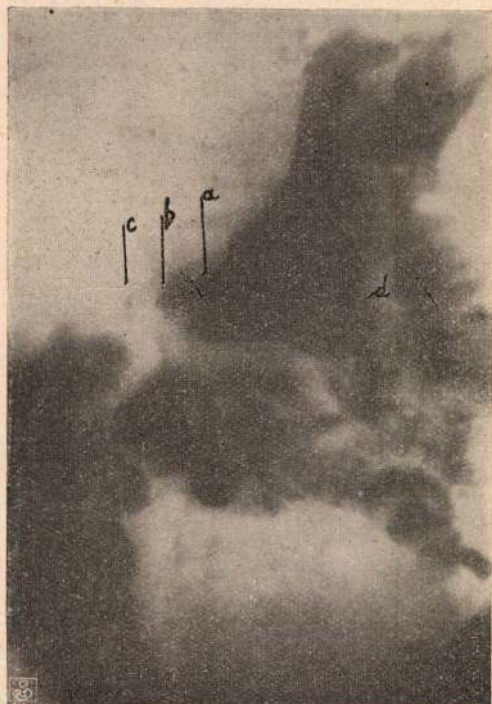
2. eset. Ny. G. Ulcus duodeni. Röntgen-lelet műtét előtt: a gyomor alakja, peristaltikája, kiürülésének tartama a rendestől eltérést nem mutat. Műtét után 3 héttel: a híg Bi-víz csak az anastomosison át ürül; a Bi-pép ürülése $\frac{1}{4}$ óra múlva csak az anastomosison át követhető, 2 óra múlva a lekötés helyétől aboralisan két Bi-folt látható, az egyik a bulbos duodeniból levő töltés, a másik a lekötéstől aboralisan levő kirekesztett kis gyomorrészt (praepylorusos tasak). A gyomortartalom masszálásával e töltések nem változnak. $3\frac{1}{2}$ óra múlva a kevés gyomortartalom csak az anastomosison át ürül, a lekötéstől aboralisan töltés nem látható s ide masszálással sem juttatható.

3. eset. Zs. A. Pylorus-ulcus miatt 2 éve gastroenteroanastomosis, újabb panaszok, pyloruskirekesztés. Röntgen-lelet műtét után 4 héttel: $\frac{1}{2}$ órával a Bi-pép elfogyasztása után készült felvételen csak az anastomosison át való ürülés képe látható. A lekötéstől aboralisan töltés nem látható.

4. eset. K. L. Duodenalis ulcus miatt 6 éve gastroenteroanastomosis, újabb panaszok, pyloruskirekesztés. Röntgen-lelet műtét után 3 héttel: Bi-pép $\frac{1}{4}$ és 3 óra múlva csak az anastomosison át ürül. 4 hónappal később a lekötesen keresztül kisujjvastagságban ürül a Bi-pép.

II. csoport.

5. eset. D. Gy. Duodenum-fistula. Röntgen-lelet műtét után 3 hóval: A lekötes helyén át ujjnyi vastagságban követhető a Bi-pasta (1. kép). A lekötes helyének átjárhatóságát az 5 nappal később meg-ejtett ismételt műtét igazolta.



1. kép.

a = lekötes helye; b = pylorus; c = töltés a duodenumban;
d = anastomosis.

6. eset. S. N. Diverticulum duodeni. Röntgen-lelet műtét után 4 héttel: Kb. $\frac{3}{4}$ óráig csak az anastomosison át követhető a Bi-pasta, ezután a praepylorusos tasaknak és a bulbus-duodeninek megfelelően egy-egy fillérnél is kisebb, sem egymással, sem a gyomortöltéssel nem közlekedő Bi-folt, melyet masszálással befolyásolni nem sikerül. A lelet változatlan a gyomortartalom kiürüléséig.

7. eset. G. L. Ulcus duodeni. Röntgen-lelet műtét előtt: a kissé tágult gyomron magasan kezdődő, mélyen bevágó peristaltika. Műtét után rendszeres vizsgálatkor kezdetben csak az anastomosison át követhető az ürülés, $\frac{1}{2}$ óra múlva a lelet az előző esetével megegyező. $1\frac{1}{2}$ óra múlva a lekötestől aboralisan levő két kis Bi-folt nem látható, ürülés ezentúl csak az anastomosis felé követhető.

III. csoport.

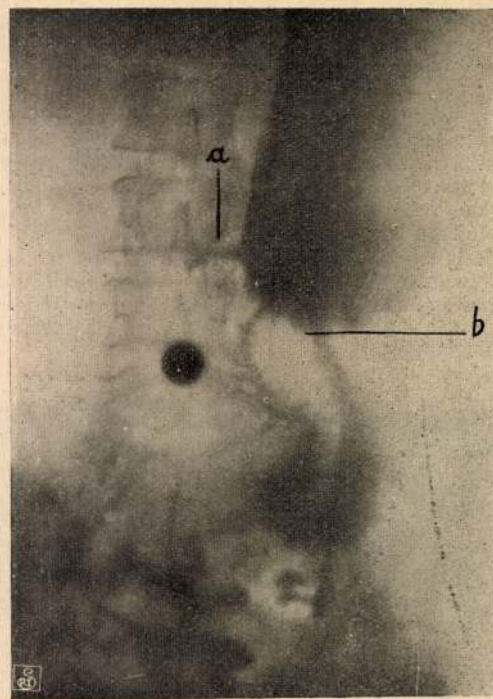
8. eset. P. A. Ulcus duodeni. Röntgen-lelet műtét előtt: A gyomor sem alakjában, sem peristaltikájában, sem kiürülése tartamában a normalistól eltérést nem mutat. Műtét után 1 hónappal: lekötes nyoma alig látszik, a normalis peristaltika egészen a pylorusig követhető, a pasta a duodenumba bőven ürül, ez állandóan teljesen ki van töltve. A 4 hónappal később végzett vizsgálat eredménye ezzel teljesen megegyező.

9. eset. B. P. Kis curvatura-ulcus. Röntgen-lelet műtét előtt: a kis curvatura, körülírt fájdalommasságától eltekintve, normalis. Műtét után 3 héttel: a Bi-pép, elfogyasztása után kb. $\frac{1}{2}$ óráig, csakis az anastomosison át ürül. 3 óra múlva a gyomor üres. Rendszeres vizsgálatkor kezdetben kb. $\frac{3}{4}$ órán át semmi sem ürült ki a gyomorból, 1 pohár víz itatása után kezd ürülni az anastomosison át. $\frac{1}{2}$ órával később a lekötes helyén vékony sáv jelenik meg (2. kép), mely kb. 1 órával később egy fillérnyi árnyékba folytatódik; ez a gyomorkiürülés vége felé ($3\frac{1}{2}$ óra) kétkoronányi, tőle aboralisan egy vonalas telődési hiánynyal elválasztott újabb kis töltés látható, mely a bulbus duodeninek felel meg (3. kép).

A gyomor normalis peristaltikája a lekötes helyénél megszűnik, az eléggé nagy praepylorusos gyomorrészen peristaltika nem látható. Masszálassal a lekötestől aboralis töltések nem befolyásolhatók. Műtét után 3 hónappal teljesen megegyező a lelet.

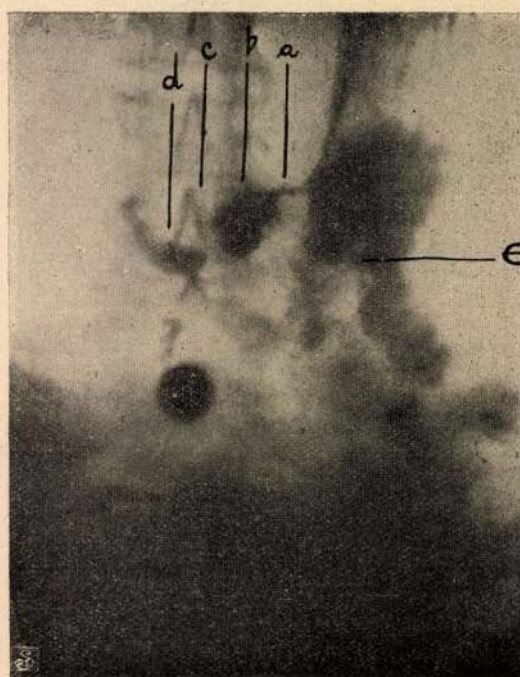
10. eset. P. F. Ulcus duodeni. Röntgen-lelet műtét előtt: A duodenum körülírt fájdalommasságán kívül kissé tág gyomor, kissé mélyebb peristaltika. 6 óra múlva kis maradék. Műtét után 1 hónappal rend-

szerez vizsgálatkor: kezdetben csakis az anastomosison át történik ürülés, $\frac{1}{2}$ óra múlva a lekötes helyén túl körülbelül kétkoronányi árnyék látható, mely masszálással 2 részre válik, e részeket egymástól vonalas telődési hiány választja el (pylorus). A két töltésben a praepylorusos tasak és a bulbus duodeni árnyéka ismerhető fel. A masszálás megszűnte után rövidesen ismét összefolyik a két töltés. A vizsgálat későbbi szakáiban a töltés időnkint magától is szétválik; masszálással a bulbus duodeninek megfelelő töltés részben vagy teljesen is a duode-



2. kép.

a = a lekötes lumenét kitöltő töltés; b = anastomosis.



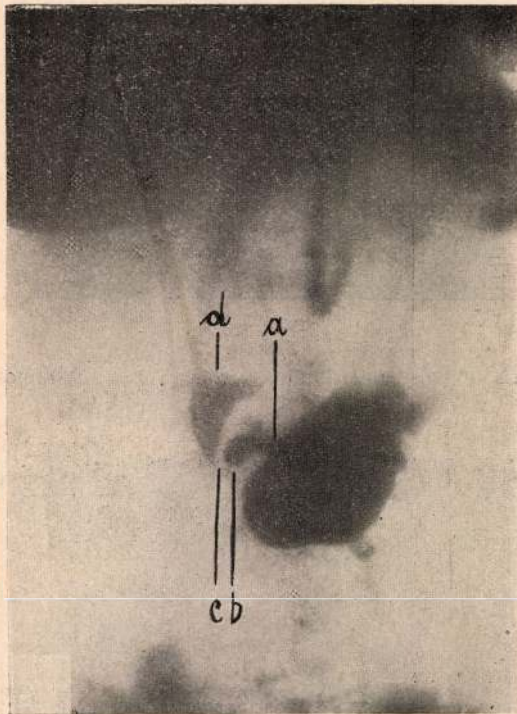
3. kép.

a = a lekötes helyén a kitöltött lumen; b = praepylorusos tasak;
c = pylorus; d = bulbus duodeni; e = anastomosis.

numba továbbítható, innen 2—3 másodperces periodusú peristaltikás és antiperistaltikás mozgások után részben visszajut a bulbusba, részben továbbjut az anastomosis felé. Feltűnő, hogy e peristaltikás játék a lehágó és alsó harántszár találkozási helyén túl nem terjed; a mint a tartalom egy része ezen túl jut, igen gyorsan továbbíttatik az anastomosis felé. Körülbelül 2 óra múlva a lekötes helyén túl töltés nem látható. $\frac{1}{2}$ órával később ismét a $\frac{3}{4}$ órással megegyező a lelet. Időnkint a gyomortöltés és a praepylorusos tasak között vékony communicatio

látható, mely a lekötés lumenét jelzi. A gyomron időnkint nem látható peristaltika, máskor meg igen mély peristaltika halad a lekötés felé, a lekötés helyéig azonban nem jut, ez előtt kb. 2 harántujjal kisimul. A praepylorusos tasakon peristaltika nem látható. A műtét után 4 hónappal végzett vizsgálatkor a lelet nagyjából megegyező.

11. eset. Cs. M. Ulcus duodeni. Röntgen-lelet műtét után 3 héttel: a Bi-víz azonnal az anastomosison át ürül; a Bi-pép elfogyasztása után $\frac{1}{4}$ órán keresztül csak az anastomosison át követhető. Rendszeres vizsgálatkor: a contrast-anyag elfogyasztása után $\frac{1}{2}$ órával egy a gyomortöltéssel vékony sávval kommunikáló fillérnyi töltés, melytől aboralisan a vizsgálat további folyamán a bulbus duodeninak megfelelő töltés jelenik meg. (4. kép.) A gyomron általában igen mély hullámú a peristaltika. Időnkint megtörténik, hogy a peristaltika teljes szünetelése után néhány igen sekély peristaltika indul meg, mely mind mélyebb hullámúvá lesz, végül igen mélyen bevágó, majd aztán ismét megszűnik. Sokszor egész a lekötés helyéig követhető, máskor a lekötés előtt 1–2 harántujjal kisimul. Időnkint antiperistaltika látható. A praepylorusos tasakon peristaltika nem látszik. A bulbus a praepylorusos tasaktól állandóan el van választva a pylorusnak megfelelő vonalas telődési hiánnyal. A bulbus nyomására a Bi a duodenum alsóbb részébe jutatható, az ide juttatott tartalom viselkedése olyan, mint az előbbi esetben. Időnkint teljesen rendszertelenül, a gyomor peristaltikájától teljesen függetlenül, spontán is jut kevés tartalom a duodenum alsóbb részébe. A 2 hónap múlva megismételt rendszeres vizsgálatkor lényeges változást nem találtunk.



4. kép.

a = a lekötés lumenét jelző töltés; b = praepylorusos tasak;
c = pylorus; d = bulbus duodeni.

12. eset. T. P. Ulcus duodeni. Röntgen-lelet műtét előtt: a kis curvatura egy helyének körülírt fájdalommasságán kívül sem a gyomor alakjában, sem peristaltikájában, sem kiürülése tartamában a rendestől eltérést nem mutat. Műtét után 3 héttel: a hig Bi-víz csak az anastomosison át ürül; Bi-pép $\frac{1}{4}$, 1, 2 és 4 óra múlva történt vizsgálatkor csak az anastomosison át ürül. Rendszeres vizsgálatkor a lekötési hely lumenének és a praepylorusos tasak töltésének árnyéka csak 2 óra múlva jelenik meg. A bulbus árnyékának megfelelően csak a gyomor-kiürülés vége felé jelenik meg egy kis töltés. Ez és a praepylorusos tasak töltése állandóan különálló. Sem a gyomron, sem a lekötés helyén túl peristaltika nem látható. A lekötés helyén túl levő töltés masszage-zsal nem befolyásolható.

6 hónappal később: rendszeres vizsgálatkor $\frac{1}{2}$ óra múlva látható a lekötési hely lumenének és a praepylorusos tasaknak töltése. A lekötési hely lumene kissé vastagabb, mint az első vizsgálatkor. Később a duodenum bulbusában is kevés töltés kimutatható. A gyomor peristaltikája rendes, időnkint peristaltika nem látszik, a praepylorusos tasakon peristaltika nem látható. A bulbus töltéséből masszálásra, de időnkint spontán is kevés töltés tovább jut a duodenumba, a hol az előbbi esetekhez hasonlóan viselkedik.

13. eset. S. F. Ulcus pylori. Röntgen-lelet műtét után $2\frac{1}{2}$ héttel; Bi-pép $\frac{1}{2}$ óra múlva csak az anastomosison át ürül. Rendszeres vizsgálatkor 1 óra múlva a praepylorusos tasaknak és a bulbus duodeninak megfelelően egy-egy fillérnél kisebb folt. A lekötés lumene nem látható. (5. kép.) A gyomor peristaltikája mély hullámú, rendszeren a

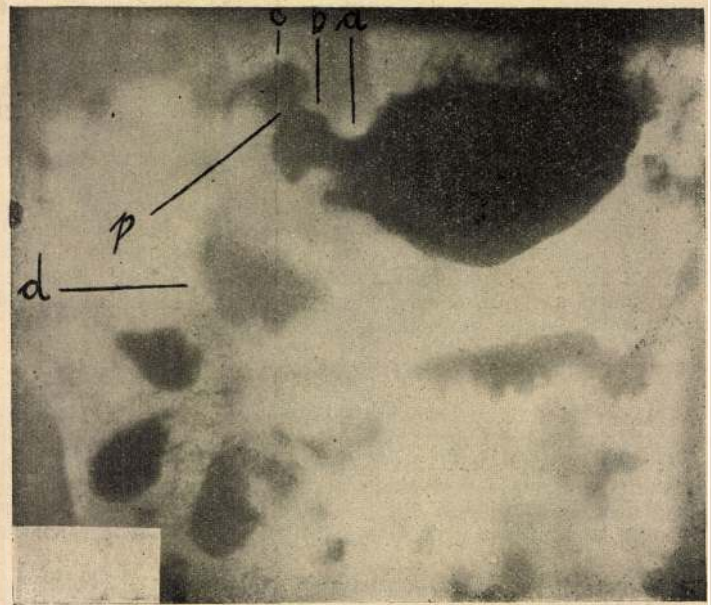
lekötés helyéig követhető, néha a töltés helye előtt 1–2 harántujjal elsimul, egy-egy antiperistaltikás hullám is látható. A vizsgálat későbbi idején alig változik a lelet.

6 hónap múlva: a lekötés lumene kis ujj vastagságban kitöltődik. (6. kép.) Bi elég bőven ürül a duodenumba. A gyomron a normalis peristaltika a lekötés helyéig jut. A praepylorusos tasakon peristaltika nem látható.



5. kép.

a = a lekötés helye; b = praepylorusos tasak; c = pylorus;
d = bulbus duodeni.



6. kép.

a = a lekötés lumenét jelző töltés; b = praepylorusos tasak; p = pylorus;
c = a duodenum kezdete; d = a duodenum alsó része.

14. eset. K. I. Ulcus duodeni. Röntgen-lelet a műtét előtt: a duodenum kezdetére lokalizálható, igen fájdalmas resistentián kívül mély hullámú peristaltika, kis ectasia, jobbra helyzettség, 6 órás kis maradék.

Műtét után 5 héttel rendszeres vizsgálatkor már 1 óra múlva kimutatható kevés tartalom a duodenumban. A lekötés helye és a praepylorusos tasak töltése nem látható.

A 3 hónap múlva megismételt vizsgálatkor a Bi-víz álló helyzetben mind az anastomosison át ürül, a Bi-pép többszörös álló vizsgálatkor sem mutatható ki a lekötés helyén túl. A rendszeres vizsgálat eredménye az elsővel megegyező.

Az esetek egy részében tehát Bi-péppel és híg Bi-vízzel a szokásos módon vizsgálva a betegeket, nem találtunk Bi-töltést a lekötés helyén túl. Kezdetben e leletek alapján a leköttetéssel nyert szűkületet átjárhatatlannak tartottuk. Később azon eseteinkből azonban, melyekben a szokásos vizsgálaton kívül rendszeres vizsgálatot is végeztünk, kiderült, hogy az átjárhatatlannak tartott leköttetéses szűkület átjárható. Általában a rendszeres vizsgálat minden egyes esetben átjárhatónak mutatta a leköttetés helyét.

E különböző methodikával nyert ily különböző eredmények rámutatnak arra, hogy a leköttetéssel nyert kirekesztés megítélésében mily körültekintésre van szükség.

Mindenek előtt kell, hogy tudatában legyünk annak, hogy a leköttetés helyén át való ürülés a létrehozott szűkület fokán kívül esetenként különböző mértékben függ a gyomor tonusának, peristaltikájának, esetleges tágulatának, a felvett táplálék consistentiájának, az anastomosis funkciójának, a beteg álló vagy fekvő helyzetének együttes hatásától. Ectasiás, peristaltika nélküli gyomor esetén pl. a mechanice a gyomor caudalis részére süllyedt gyomortartalom ürülése kizárólag mechanikai tényező, a nehézségi erő hatása alatt megy végbe, álló helyzetben minden az anastomosison át ürül, még akkor is, ha a pylorusos rész jól átjárható, jobbra fekvéskor a pylorus felé is ürül. Hypertonia esetében ellenben már álló helyzetben is kedvezők a mechanikai viszonyok a pylorus felé való ürülésre, ezen felül a gyomor motoros funkciója is a pylorusos táj felé tereli a gyomortartalmat. Hogy az anastomosis nagyságának és funkciójának mily befolyása van arra, hogy a gyomortartalom az anastomosison át vagy a pylorus felé ürül-e, azt egy duodenalis ulcus miatt operált betegünk lelete illusztrálja. Műtét előtt a permeabilisabb pyloruson át a normalisnál bővebben ürült a Bi-pép; műtét után, a mikor csak igen nagy anastomosis történt, pyloruskirekesztés nem, a Bi-pép elfogyasztása után $\frac{1}{2}$ órán keresztül csakis az anastomosison át volt látható bő ürülés, a pyloruson át a pép még massage-zsal sem volt juttatható.

Mindezek alapján tehát, a mit mi a szokott vizsgálattal meghatározunk, az legtöbbször csak az, hogy adott esetben az összes említett tényezők együtthatására a leköttetés helyén keresztül történik-e ürülés vagy sem. Az így nyert lelet persze elég felvilágosítást nyújt az adott esetben arra nézve, hogy a leköttetéses kirekesztés mennyiben felel meg céljának, de magának a leköttetéssel létrehozott szűkületnek fokáról helyesen nem tájékoztat. Éppen e miatt nem alkalmas az ily vizsgálat a különböző methodusú leköttetéssel nyert eredmények összehasonlítására. Ennek csak akkor realis az alapja, ha nagyjából egyenlők azok az egyéb tényezők, melyek a leköttetés helyén át való ürülést befolyásolják. Az ily esetek összevágatása azonban bizonyynyal nagyon körülményes. Az összehasonlításra ennél megfelelőbb alapot szolgáltat az az említett vizsgálati mód, melyben a betegnek a vizsgálat tartamára állandóan jobbrafektetésével a pylorus felé ürülésben a mechanikai viszonyokat juttatjuk előtérbe a többi tényezővel szemben. A többi tényező befolyása csökken, a viszonyok a pylorus felé való ürülésre a különböző esetekben nagyjából azonosak. A beteg helyzete persze kissé erőszakolt, de a leköttetéssel létrehozott szűkület fokának megállapítására a legmegbízhatóbb.

Ez említett vizsgálati eljárással a pylorus felé való ürülés módjából nemcsak következtetni tudunk a leköttetéses szűkület fokára, hanem egyes esetekben alkalmunk nyílik közvetlenül is meghatározni a létesített szűkület lumenének nagyságát; ezt a gyomortöltést a praepylorusos tasak töltésével összekötő, több vizsgálatot is egyformán kimutatható Bi-sáv adja meg.

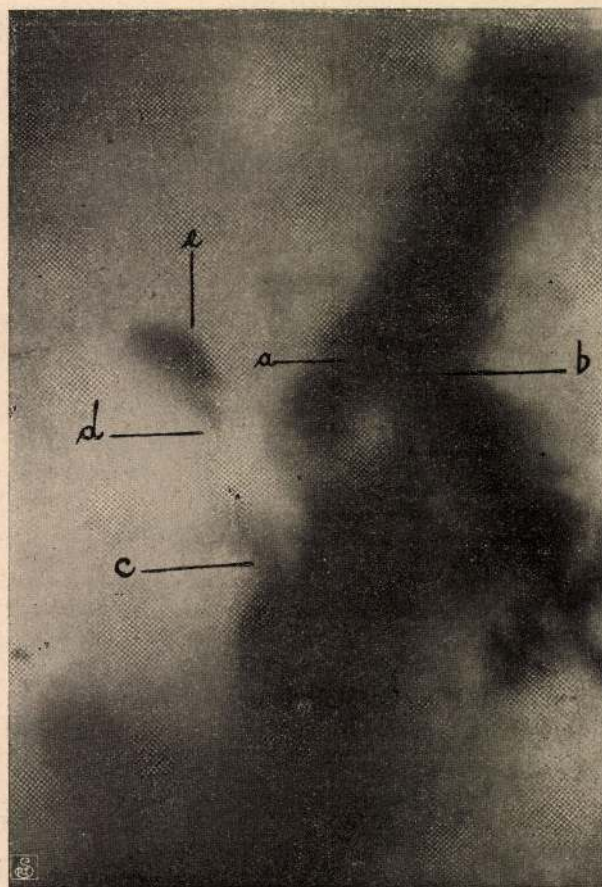
Ha csak kisfokú szűkület jött létre, a leköttetés helyén át való ürülés kimutatása rendszerint igen könnyű.

Ha jelentékeny szűkület jött létre, kezdetben az ürülés csakis az anastomosison át történik; a leköttetés helyén, vagy ettől aboralisan a töltés rendesen csak a gyomorkiürülés előrehaladottabb szakában lesz láthatóvá, sőt vannak esetek, a mikor a leköttetés helyén túl a töltés csak a gyomorkiürülés

vége felé jelenik meg (9. és 12. eset). Massage-zsal nagyobb szűkület egy esetében sem sikerült a contrast-anyagot a szűkület helyén átjuttatni. Egy esetünkben megtörtént az, hogy csakis egy bizonyos előrehaladott szakában a vizsgálatnak találtunk töltést a leköttetés helyén túl, később ismét nem volt többé töltés juttatható a leköttetésen át. (7. eset.) Ha tehát ily nagyobb fokú szűkület eseteiben rendszeres vizsgálat nem történik, tisztán a véletlentől függ, hogy a vizsgálat idején a leköttetés helyén túl fogunk-e töltést találni vagy sem.

Hogy a leköttetéssel létesített szűkület átjárhatatlan, azt csak akkor vehetjük fel, ha rendszeres vizsgálatot a contrast-anyag teljes kiürüléséig sem találjuk ürülés nyomait a leköttetés helyén vagy ezen túl.

Egy igen érdekes lelettel még arra kívánnám felhívni a figyelmet, hogy a duodenumban talált töltés még nem bizonyítja minden kétséget kizáróan, hogy a leköttetés helye átjárható. Egy duodenum-sipolyos betegünkön a Doyen-Eiselsberg-kirekesztés után végzett vizsgálatok alkalmával azt találtuk, hogy a contrast-anyag a Roux-anastomosison át retrograd úton belejutott a duodenumba és követhető volt fel egészen a bulbusig (7. kép). Ha ily esetben csak nagyobb időközökben történik egy-egy vizsgálat, akkor — leköttetéses kirekesztést téve fel — az ember a duodenum töltését bizonyynyal a pyloruson át létrejöttek tartja.



7. kép.

a = anastomosis; b = flexura duodenojejunalis; c = a duodenum alsó szára; d = a duodenum lehágó szára; e = bulbus duodeni.

A leköttetésen túl levő részek peristaltikájára vonatkozólag utalok az esetek részletes leírására. Csak annyit kívánok kiemelni, hogy egy esetben sem találtunk peristaltikát a praepylorusos gyomorrészen.

A vizsgálatra került 14 eset közül 10-ben történt rendszeres vizsgálat. Mind e 10-ben a leköttetés helye átjárhatónak bizonyult. Egyben szűkületnek nyoma is alig volt kimutatható (8. eset), úgy ürült a contrastanyag a pylorus felé, mintha leköttetés nem is történt volna. Két esetben ujjnyi vastagságban (5., 13. eset), 4 esetben vékony csík alakjában volt látható a leköttetéses szűkület lumenének töltése (9., 10.,

11., 12. eset). 4 esetben a szűkület lumene nem volt megállapítható, csak az ürülés igen csekély volta enged arra következtetni, hogy a lekötéssel létesített szűkület igen nagyfokú (6., 7., 13., 14. eset).

A 4 rendszeresen nem vizsgált eset közül egyben a lekötésen át jelentékeny ürülést találtunk (2. eset), a másik háromban a vizsgálat tartama alatt a lekötésen át való ürülés nyomait nem találtuk. Hogy ez esetekben a szűkületet impermeabilisnak nem jelenthetjük ki, azt a fentebbiek után ismételt hangsúlyozni nem szükséges.

A 7 azon eset közül, melyben alkalmunk volt a beteget ismételt rendszeres vizsgálatnak alávetni, 3 esetben három, illetve hat hónappal a műtét után azt találtuk, hogy a lekötés helye bőségesen átjárható. Ez esetek közül egyben (5. eset) csak 3 hónappal a műtét után végezhetünk vizsgálatot, röviddel a műtét utáni leletünk e betegről nincs; a másikban (8. eset) az 1 hónappal a műtét után végzett vizsgálat alkalmával már épp úgy alig volt felismerhető a lekötés helye, mint a 4 hónappal később megismételt vizsgálatkor. A harmadik betegen (13. eset) 3 héttel a műtét után a lekötés helyén túl jutott minimális mennyiség igen nagyfokú szűkületre engedett következtetni, a 6 hónappal később megismételt második vizsgálatkor a lekötés helye ujynyi vastagságban átjárható volt.

A többi 4 betegen jelentékenyebb utólagos tágulás 2—6 hónappal a műtét után sem jött létre. E leletek hangsúlyozását szükségesnek tartom, mert a főleg állatkísérletekre alapozott jelenlegi felfogástól eltér.

Hogy mi az oka annak, hogy egyes esetekben már röviddel a műtét után bőségesen átjárható a lekötés helye, máskor meg hónapok múlva is jelentékeny marad a létesített szűkület, nem tudjuk.

Folyamatban levő állatkísérleteinkből remélünk erre vonatkozólag felvilágosítást nyerni.

Összefoglalás:

1. Csakis rendszeresen keresztülvitt Röntgen-vizsgálat jogosít fel arra, hogy a lekötéssel létrehozott szűkület fokára következtessünk.

2. Rendszeresen végzett Röntgen-vizsgálatokból kiderült, hogy a selyemfonállal való praepylorusos lekötéssel az esetek nagyobb részében igen nagyfokú szűkület jön létre, a lekötés helye azonban minden esetben átjárható.

3. A létesített szűkület az esetek egy részében megközelítőleg állandó.

Elmeorvosi tapasztalatok Belgiumban és Hollandiában.

Irta: *Fabinyi Rudolf* dr., állami elmeorvóintézeti főorvos, Budapest-Lipótmező.

(Vége.)

Holland intézetek.

A Hollandiában töltött időnket aránylag jobban sikerült felhasználnunk mint Belgiumban, mivel itt négy intézetet bírtunk már részletesen megtekinteni. A szíves útbaigazításért elsősorban *Van Deventer*-nek, az intézeteken kívül ápolt elmebetegek országos felügyelőjének Hollandiában, tartozunk hálával. Főképp az ő utasításai alapján látogattuk meg a következő intézeteket: „*Oud Rosenburg*“-ot *Loosduinen* mellett, „*Meerenberget*“ *Haarlem* mellett, „*Duin en Bosch*“-t *Castricum* mellett és „*Veldwijk*“-ot *Ermelo* mellett.

Az első három intézet „*Provincial Krankzinnigengesticht*“, azaz tartományi elmeorvóintézet, az utolsó ellenben a „*Verein christlicher Fürsorge für Geisteskranke*“ alapítványi intézete.

Hogy Hollandiának elmebetegügye mennyire fejlett, arról bővebben beszélnem felesleges. Elégnek tartom ezért személyes tapasztalataim alapján is azt a tényt leszögezni, hogy az elmebetegek ellátása tekintetében Angolország és Skócia után, mindjárt Hollandia következik. A continentalis országok

közül, a mint hallottam és olvastam, legfeljebb a skandináv államok állhatják ki a versenyt. Belgium, Franciaország, de még Németország és Ausztria is határozottan mögötte marad.

A holland intézetek valamennyije ugyancsak pavillonrendszerben épült. Az épületek környezete itt is mindenütt barátságos, kertek, fák veszik körül azokat, még olyan helyeken is, hol a környező vidék homokos és kopár. A nyugodt betegek kertjeit itt is csak élősövény vagy léczkerítés övezi, a nyugtalan betegeket azonban a mellett, hogy területük rendesen kicsiny, túl magas deszkakerítések teszik barátságatlanokká. Az ablakok itt is rácsalanok, a szellőztetés azonban inkább csak a felső ablakokon keresztül történik. Az épületek beosztásában a szokott rendszerrel találkozunk: földszinten vannak a nappali és ebédlőszobák és az első emeleten a hálószobák. A néhol meglevő második emelet leginkább az ápolószemélyzet lakásul szolgál. A berendezés mindenütt modern, de messze áll az angol intézetek otthoniaságától. A falak majdnem mindenütt fehérre meszelték, kevés képpel. Virágot sem sokat láthatni, úgy hogy néhol a betegszobák eléggé rideg benyomást tesznek. Egyes helyeken az intézetek aránylagos nagy területe dacára a kórtermekbe túlságosan sok beteg van bezsúfolva.

A beteganyag, bár a miénkhez képest feltűnően csendesnek mondható, mégis sokkal nyugtalanabb, mint Angliában. A nyugtalan betegek gyógykezelésére itt is nagyjára csak az elkülönítést használják, a minek megfelelően minden intézetben sok elkülönítő szobával találkozunk. Prolongált fürdőket kevésbé használnak, nagyobb fürdőberendezések csak az újabb intézetekben vannak.

Ápolószemélyzetről itt is bőven van gondoskodva, átlag 5—6 betegre esik egy ápoló. A férfibetegek mellett Hollandiában is sok helyen láttunk női ápolószemélyzetet, nemcsak a kórházi, hanem egyes helyeken a megfigyelő-osztályokon is. Az ápolónők nagyobb megbecsülésben is részesülnek úgy az orvosok, mint a társadalom részéről, az intézetek is különféle előnyöket nyújtanak nekik. A külön lakás Hollandiában is minden ápolónak kijár. Az ápolónői lakások azonban egyedül *Meerenberg*-ben vannak külön épületben, ez a híres „*Zuisterhuis*“, mely nagyon hasonlít a skót „*nurse home*“-okhoz. Az intézetek nagyobb részében az ápolószemélyzet az egyes betegpavillonokban, de külön szobákban lakik, sok helyen a második emeleten. Hogy azonban a viszonyok mégsem olyanok itt, mint Angliában, mutatja az, hogy pl. *Duin en Bosch*-ban a férfi és női ápolószemélyzet szobái egy a két végén külön feljárattal ellátott hosszanti folyosóból nyílnak. A közlekedést közből azonban egy ajtóval el kellett zárni. Ennek a kulcsa egy üvegszekrényben van az ajtó mellett, a honnan csak tűzvész alkalmával szabad kivenni.

Az ápolószemélyzet fizetése meglehetősen magas. A fizetést negyedévenként kapják és annak nagysága a képzettség fokától függ, pl. *Oud Rosenburg*-ban az újonnan felvett ápoló az első negyedévben 125 forintot kap, az első vizsga után a fizetés negyedévenként 175 forint, a mely két év múlva 200, három év múlva 225 forintra emelkedik. A teljesen kiképzett ápolók negyedévi fizetése pedig 250 forint, egy évre tehát 1000 forint teljes ellátás mellett. A fizetés a többi holland intézetben is megközelítőleg ugyanannyi, de vannak még jobban fizetett ápolók is. A családos férfiápolók lakás helyett általában lakbérpótlékot kapnak, pl. *Oud Rosenburg*-ban heti 14 forintot. Az itteni főápoló fizetése negyedévenként 650 forint, tehát több, mint egy VII. rangosztálybeli magyar főorvosé.

Az ápolókéhoz viszonyítva az orvosok fizetése aránylag csekélyebb. A fiatalabb intézeti orvosok teljes ellátás mellett átlag 2000 forintot kapnak, az idősebb főorvosok külön villában való lakással, de élelmezés nélkül átlag 3500 forint évi fizetést. Az igazgatók fizetése évi 5000 forint körül van.

Az ápolószemélyzet fizetésén és lakáson kívül mindenütt teljes ellátásban részesül és hivatalos ruházatot is kap. Szabad napja minden ápolónak 1—2 hetenként van, a min kívül mindenikük részére még évenként három heti szabadság is jár.

Nem lehet tehát csodálkozni azon, hogy ilyen anyagi előnyök mellett a németalföldi elmeorvosi intézetek kitűnő, a hivatás magaslatán álló ápolószemélyzetre tehetek szert. Az anyagi előnyökhöz kívül azonban nem kevésbé járul ehhez az ápolószemélyzet gondos kiképzése is. A kiképzés itt is, mint Angliában, magánegyesületek kezében van. Az intézetek túlnyomó nagy része, mint a „*Nederlandsche Vereeniging van Psychiatrie en Neurologie*” tagja, ezen egyesület szabályai szerint képzik ki ápolóit. A „*Christliche Vereinigung*” intézetei ellenben ápolóikat hasonlóképpen, de külön vizsgákon képesítik.

A kiképzés menete hasonlít az Angliában és Belgiumban követett eljáráshoz, csak hogy itt nem 2, hanem 3 vizsgát kell minden ápolónak letennie az egyesület által kiküldött vizsgálóbizottság előtt. Az ápolóképzésre alkalmasnak talált intézetekbe felvett ápoló először egy féléven keresztül leginkább az intézetbe bejáró tanítók által oktatattik a fontosabb elemi ismeretekre. A félév végén van ezekből az első vizsga. Ezután egy kb. másfél éves gyakorlati idő következik, mely alatt már intézeti orvosok tanítják az ápolókat anatómiára, physiológiára, általános betegápolástanra stb., melyekből tehát körülbelül a második év végén (a felvételtől számítva) kell letenniük a második vizsgát. A harmadik vizsga tárgyai a tulajdonképpeni elmeorvosi s az elmebetegekkel való bánásmód, a mire ismételt elméleti és gyakorlati kitanítás után az ápolók kb. egy újabb gyakorlati év múlva bocsáttatnak. A teljes kiképzési idő tehát 3 év, a mely után mindazok, kik a vizsgát sikerrel letették, elmebetegápolói diplomát nyernek, a mi — mint fentebb láttuk — magasabb fizetéssel is jár.

Áttérve az egyes intézetek ismertetésére, mindenekelőtt „*Oud Rosenberg*”-ot kell megemlítenem. Ennek megtekintése végett Haag-ba kellett mennünk, a hol éppen aznap ünnepelték a holland királyság 100 éves fennállását és a békepalota megnyitását. Az intézet Haag-tól körülbelül félórnyira, Loosduinen község mellett fekszik.

Mint a többi hollandi intézet, pavilonrendszerben épült, barátságos kert közepében. Alapítási éve 1900, először a férfi-osztályt, majd négy év múlva a női osztályt építették fel, legújabbban pedig a külön osztályú férfiak pavillonját. A beteglétszám 372 kb. 100 ápolóval, úgy hogy az ápolóarány még a harmadik osztályon is 1:5. A III. osztályú betegek évi ápolási díja 355 forint, a II. osztályúaké 500–800 forintig, az I. osztályúaké pedig 1200–1700 forintig terjed, a mi mellett még felvételi díjat is kell fizetni (5–50 frt-ig). Az intézet, mint már általánosan említve volt, sok tekintetben emlékeztet az angolokéira, a nélkül azonban, hogy azok tökéletességét elérné. Nem akarok ismétlésekbe bocsátkozni, s ezért inkább csak azt említem fel, a mi nem tett ránk kellemes benyomást. Ilyenek a nyugtalan betegek kertjét körülvevő négy méteres deszkafalak és az a rendkívül sok légy, mi az osztályokat ellepte, a mit közelfekvő állattenyésztésükkel magyaráznak. Ennek ellenében igen megfelelőnek láttuk a szobák rács nélküli nagy ablakait, melyeknek szerkezete olyan, hogy egy fogantyú feltolásával a felső ablaktáblák mélyen bebuktathatók. Hasonlóan csinosak és praktikusak a sok helyen majolikával kirakott falak, de viszont feltűnt az is, hogy a falakat képek sehol sem díszítik.

Elkülönítő szoba igen sok van. Prolongált fürdőket alig használnak, erre szolgáló fürdőberendezések csak a legújabb pavillonokban vannak.

Észak-Hollandiának, mely egyébiránt nem nagyobb, mint nálunk egy vármegye, két hatalmas intézete van, az egyik *Meerenberg*, a másik *Duin en Bosch*.

Meerenberg a legnagyobb s legrégebbi intézetek egyike. *Haarlem*-től északra fekszik *Santport* vasúti állomástól néhány percznyire. Két részből áll, a régebbi *Oud Meerenberg*-ből s az újabb *Nieuwe Meerenberg*-ből, az előbbi 1849-ben, az utóbbi 1888-ban épült, a nevezetes *Zuisterhuis* pedig 1898-ban.

Az intézet egy kis erdőben, fák között, igen kellemes helyen fekszik s úgy kívülről, mint belülről a megszokott kedvező benyomást teszi. Hátránya, hogy a régebbi pavil-

lok folyosói több helyen szűkek, sötétek. Igen szűkek a fektető folyosók is, úgy hogy alig fér el azokon egy-egy ágy. A szellőztetés az újabb pavillonokban úgy történik, hogy a felső ablaktáblák egy vízszintes tengely körül megforgathatók, a mely berendezés elég praktikusnak mutatkozik. A betegek megnyugtatója itt is csak elkülönítéssel történik. Hogy az elkülönítést tartósan használják, mutatja, hogy a cellákon majdnem mindenütt rajta van a beteg névjegye.

*Meerenberg*nek specialitása a híres *Zuisterhuis*, azaz az ápolónők laka, a mely a maga nemében Hollandiában egyedüli. *Pándy* ezt is már leírta, azért nem is terjeszkedem ki rá. De mégsem mulaszthatom el felemlíteni az ápolónőknek tanulószobáit, melyek a skót nurse-home-okban sem lelhetők fel. Ezek különösen jól felszerelt voltukkal vonják magukra a figyelmet: könyvtár, anatómiai praeparatumok, orvosi eszközök és gyógyszerek stb. állanak a tanulók rendelkezésére.

Az intézetnek ottjártamkor 1374 betege volt, a kik öt fizetési osztályra oszlottak meg. Az első osztályon 1350 forint, az ötödiken pedig 355 forint az ápolási díj. Az előbbin minden két betegre, az utóbbin minden tíz betegre jut egy-egy ápoló, a közbenső osztályokon pedig az ápolási díj szerint több és több. Az ápolószemélyzet itt is inkább nőkből áll, a mit legkézzelfoghatóbban az mutat, hogy 210 nőápolóval szemben csak 90 férfiápoló van alkalmazva.

Észak-Hollandia másik elmeorvosi intézete *Duin en Bosch*. Az intézet egészen új, 1909-ben épült a *Castricum* városka melletti dűnákra, a melyektől nevét is nyerte. Területe 84 hektár, a melynek egy része már sikeresen be van fásítva. Közül vannak az adminisztrációs épületek s ezekről jobbra és balra az egyemeletes (3–3) férfi-, illetve női betegpavillonok. Az építési költség ágyanként 3100 forint volt. Az egyes betegpavillonok tágas folyosórendszerben épültek, kellően nagy nappali és hálótermekkel. Kár, hogy a falak csak csúszpánton fehérre vannak meszelve, se virág, se kép nincs, úgy hogy az intézet minden modernsége mellett kissé ridegnek tűnik fel. A sok elkülönítő szoba itt is megvan. Bár az egyes szobák nagyok és világosak, úgy vettem észre, hogy a szellőztető berendezés néhol nem elégséges. A hálószobákban több helyen láttunk magas oldalú, kipárnázott ágyakat, epilepsziás és gyöngye betegek részére. A beteglétszám ez idő szerint 820, 6 orvossal és 130 ápolóval. Az ápoló és orvosarány tehát itt is nagyon kedvező.

Ellentétben a tartományi s egyszersmind liberalis szellemű elmeorvosi intézetekkel, a melyekhez az eddig leírtak is tartoznak, Hollandiában még négy olyan intézet van, melyeket a már említett „*Verein christlicher Fürsorge für Geistes- kranke in Holland*” tart fenn. Az egyesületet a legteltesebb conservatismus jellemzi, mely nemcsak vallási, hanem politikai és társadalmi ténnyé is kiterjed. Ez a conservatismus megnyilatkozik elmeorvosi intézeteiben is úgy külsőségeiben, mint abban a nagy szerepben, a melyet az intézetek papjai játszanak. Az egyesület intézetei egészen különállók, a többivel rossz viszonyban vannak. A holland pszichiatriai egyesületet nem ismerik el, ápolóikat saját maguk képezik ki. Az egyesület célja, a mint maguk is hirdetik, elmebetegek keresztényi módon, Isten szava szerinti ápolása. Az egyesülés alapja a biblia a reformált egyház tanításai szerint. Székhelye *Utrecht*, élén egy 18 tagú bizottság áll. A négy intézet neve: „*Veldwijk*”, „*Bloemendaal*”, „*Dennenoord*” és „*Wolfheze*”. Ezek közül *Van Deventer* tanácsára az első látogatottuk meg, főképp azért, hogy az intézettel kapcsolatos családi ápolási telepét is tanulmányozzuk.

Veldwijk *Ermelo* mellett a *Zuider-tó* keleti partján fekszik erdős területen. Az intézetet 1886-ban alapították, azóta fokozatosan bővítették, úgy most 10 férfi- s 14 női pavillonból áll, a mihez járul még egy barakk a fertőző betegek számára, 2 villa urak s 3 hölgyek részére, 1 templom, 1 adminisztrációs épület s a szükséges gazdasági épületek.

Az intézet területe 125 hektár, nagyjábólra fenyőerdő, de vannak kertek is. A közosztályok pavillonjai itt is barátságos benyomást tesznek. Mint Belgiumban a sok szentkép

és feszület, itt a sok berámázott istenes mondás és kegyes tanács tűnik fel, a melyeket mindenütt ott látunk a falakon függni. A villák még kedvesebbek, nagyobbára svájci stílusban épültek, az emeleten körülfutó erkélyszerű verandával és számos előkelően berendezett szobával.

A betegférőhelyek száma 507, 167 ápolóval és négy orvossal. A közköltéses betegekért a tartomány évente 375 forintot fizet. A jobbmódú fizető betegek közül a külön villával bírók 2000 forintnyi ápolási díjat fizetnek, sőt egy külön nőbetegért 3800 forintot fizetnek évente.

Leginkább meglepő azonban Veldwijken a *családi ápolási telep*. Itt 57 lakásban 80 betegük van elhelyezve olyan módon, mely páratlanul áll az egész világon. A belga, francia, német, osztrák vagy magyar telepek valamennyijét felülmúlja, sőt *Zsakó* kartársam állítása szerint különbnek mondható a svéd családi ápolásnál is.

A betegek legnagyobb része az intézet és a régi *Ermelo* közötti területen épült városrészben, Uj-Ermeloben van elhelyezve. Egészen villaszerű, kertekben fekvő házakból áll ez a városrész, melyet a környező lakosság egyenesen családi ápolási célokra építtetett. A betegtartó családok közt vannak mezőgazdasággal foglalkozók s iparosok is, de nagy részük professionalista, azaz csak elmebetegápolással foglalkozik s ebből jól meg tud élni. Természetesen nemcsak III. osztályú, hanem jobban fizető betegek is vannak itt elhelyezve. Az I. oszt. betegekért a havi ápolási díj 70 forint. A II. A. osztályban 62:50 forint. A II. B. osztályban 47 forint 75 cent, a II. osztályban pedig 22 forint 91 cent az ápolási díj, a mihez a ruha jókarbantartásért havonta még 30—65 centig terjedő külön díj is járul. Családonként egy, de a legtöbb helyen 2—3, sőt 4 beteg is van elhelyezve. Ugy vettem észre, hogy a volt intézeti alkalmazottak előnyben részesülnek. Minden betegnek, legyen bármilyen osztályú, külön hálószobája van. Feltűnő, hogy a csinosan berendezett szobákban, ellentétben a mi családi ápolásunkkal, ruhaszekrény sehol sincs, hanem a ruhákat külön kis benyílóban tartják. A harmadosztályú betegeknek külön nappali szobáik nincsenek, hanem a családdal együtt étkeznek. A II., de főleg az I. osztályúaknak azonban külön ebédlőjük, fogadó és társalgó szobájuk van, melyeknek csinos, sok helyen előkelőnek mondható berendezése bármely polgári lakásával bátran vetekedhetik. A betegek ételmezése is kitűnő: napi háromszori étkezés van előírva, de a mint magam is meggyőződhettem, kávé, teát napközben is szívesen adnak a betegek.

Veldwijk volt utolsó állomásunk. Időnkben kifogytunk, és a honvágy is hajtott már haza. A nyugatnémetországi elmeorvosi intézetek megtekintését is — a mi a programunkban eredetileg szintén szerepelt — ezért máskorra hagyva, néhány rövid pihenővel hazafelé siettünk.

Henri Dunant, a Vörös Kereszt és a genfi conventio megalapítója.*

A „Vörös Kereszt” mostanában ünnepli világszerte fennállásának félszázados évfordulóját. A „genfi conventio”-val együtt a humanitásnak ez a kétségtelenül legnagyobb szabású alkotása *Henri Dunant*-nak köszöni kezdeményezését. Kevés embernek jutott nagyobb kitüntetés és ünnepeztetés osztályrészül mint neki, és kevés embert sújtott sorsa és emberi hálátlanság mélyebbre, mint őt.

Dunant 1828 május 8.-án született Genfben. Ugy atyjának, mint anyjának philantropiás tevékenysége mely nyomokat hagyott a gyermek, majd ifjú kedélyében. Már 18 éves korában betegek és segélyreszorulók látogatásával töltötte a szabad idejét. 1854-ben ütött ki a krími háború. A lazaretekben hajmeresztő viszonyok voltak: a betegek és sebesültek 60%-a pusztult el. Ekkor küldte le az angol hadügy-

ministerium *Miss Nightingale*-t 37, majd *Miss Stanley*-t 50 gyakorlatilag kiképzett ápolónővel, a kiknek közreműködése annyira javított a helyzeten, hogy a halálozások száma 20%-ra csökkent. Tudjuk, hogy *Miss Nightingale* önfeláldozó működését hálás nemzete — egy általa igénybe nem vett — nagy ajándékkal, 1¼ millió franc-kal honorálta. Működése oly felemelő és imponáló hatással volt *Dunant* lelkiületére, hogy példáját az 1859.-i háborúban maga is követte. Bizonyos, hogy ezen év június 25.-ének felkelő napja a világtörténelem egyik legrémesebb látványát pillantotta meg. 3 tábori marsall, 9 generális, 1566 tiszt és 40 ezer altiszt s közlegény borította el Solferino csataterét. *Dunant* a polgárság és a magasabb körök irgalmas hölgyeinek részvételével segélycsapatot szervezett és enyhíteni igyekezett a sebesültek és betegek sorsát.

Solferino ezen borzalmait adták meg a lökést a Vörös Kereszt és a genfi conventio léltrejtéséhez. *Dunant* teljes tevékenységét és vagyonát a sebesültek semlegesítése és az önkéntes segélyegyletek szervezése eszméjének áldozta fel. Szülővárosa és honfitársai a legmelegebb érdeklődésben és támogatásban részesítették nemes eszméit, melyek iránt elsőnek III. Napoleon kezdett a trónon ülők közt érdeklődni. A francia udvar által terjedt el az eszme az ott képviselt hatalmak követői közt, kik saját kormányuk és fejedelmük figyelmét is sikeresen fel tudták kelteni az ügy fontosságára. Az első nemzetközi tárgyalás az 1863 szeptember 7—12.-éig lefolyt statisztikai congressuson tartatott az ügyben; itt készítették elő a genfi bizottság meghívására az október 26.-án tartott nemzetközi, de magánjellegű konferenciát, mely az 1864 augusztus 8.-án megtartott hivatalos congressus számára a munkaprogramot nagy vonásaiban megállapította. Ez az 1864.-i congressus volt a voltaképpen megeremlője a Vörös Keresztnek, mely a háborúban elesettek segítését és ápolását, nemkülönben a hadi sebesültek és foglyok semlegesítését nemzetközi ügyggyé emelte.

Magánember aligha részesült oly tömeges és magas kitüntetésben, mint ekkor *Dunant*, csaknem az összes uralkodók részéről. Áradatként hullott rá a rendjeleső.

Már 1866-ban nagy munkát végzett a Vörös Kereszt a német-osztrák háborúban, például csak Berlint említem, a honnan 70 húszvaggonos vonat ment a háború színhelyére. A francia-német háború alkalmával a különböző országok Vörös Keresztjei részéről 70 millió marka gyűlt össze. Ime, milyen gyümölcsöket termett *Henri Dunant* samaritanus eszméje! Királyok fogadták őt udvaraikon és hálálkodtak neki. Páris megszállásakor a diplomáciai közvetítések szerepét is reá bízták. Hogy-hogy nem — nemsokára kémnek kezdték *Dunant*-t nézni és minősíteni. Lelkében mélyen megbántva visszahúzódik Angliába s a legnagyobb nyomorba jut az a férfiú, a ki az emberiségnek egyik legnemesebb gondolkodású jóltevője volt, ki eszméiért egészségét és vagyonát feláldozta. Az ürömpoharat fenéig ki kellett innia. Maga írja, hogy „a legszükségesebb életberendezés mellett is oly nélkülözéseket kellett kiállanom, a minőket lehetségeseknek sem tartottam” . . .

Egy irgalmas appenzelli orvos, *Altherr* dr. könyörül meg rajta és felveszi őt kórházába Heidenben, mert *Dunant* ekkor már ápolásra szorult. Innen megy ki idők múltán világgá a hír, hogy *Dunant* „még él”. *Maria Feodorowna* özvegy cárné egy élethossziglan való tartásdíjat utalványoztat az elfelejtett embernek, ki 1901-ben a Nobel-díjban is részesült. Később jött *Dunant* akkor már megtört, sírfele hajló ember volt. Ime így felejtkezett meg a szájalom és könyörület világszervezete, a Vörös Kereszt, az ő életrehívójáról. Nézzon körül minden ország Vörös Keresztje, nem akad-e egy-egy ilyen elfelejtettjére? . . .

1910 október 30.-án halt meg *Dunant* Heidenben. Hogy a széles világ összes nemzetei programjukba vették az ő eszméinek megvalósítását, egy utolsó napsugárt vetett lealkonyodó életére.

Győry Tibor.

* *Henri Dunant*, Begründer des internationalen Roten Kreuzes und der Genfer Convention. Irta: C. Sturzenegger. Zürich, Institut Orell Füßli. 1914.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A Pollatschek und A. Charmatz: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1913. Wien und Leipzig, Verlag von Josef Šafař.

Az ismeretes munkának 25. évfolyama ugyanabban a gondos szerkesztésben jelent meg, a melynek köszönheti a munka közkedveltségét a gyakorló orvosok között. Most is nagy súlyt helyez a fizikai gyógyításmódokra, a melyek hasonló más kisebb munkákban mostoha elbánásban szoktak részesülni a gyógyszeres kezeléssel szemben. A szerkesztők ez új évfolyamban még nagyobb rövidsége törekedtek, úgy hogy alig 200 lapon el tudták helyezni mindazt, a mi a therapia egy évi haladásából a gyakorló orvosnak fontos. Ezzel nemcsak olcsóbbá tették a munkát, hanem gyakorlati használhatóságát is fokozták. A lehető tökéletes utalás a megfelelő irodalomra azoknak is jó szolgálatot tesz, a kik egyik-másik kérdésről behatódó felvilágosítást óhajtanak.

Lexikon der gesamten Therapie. Herausgegeben von Walter Guttmann. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

A címben jelzett munka célját és irányát tekintve, körülbelül olyan lesz, mint a mintegy 20 év előtt ugyanazon cég kiadásában megjelent és nagy népszerűségnek örvendett Bum-féle Therapeutisches Lexikon. A munka agilis szerkesztője 50 szakembert gyűjtött maga köré, a kik megbízhatóan tájékoztatni kívánják a gyakorló orvost mindarról, a mit az adott esetekben a gyógyítás szempontjából tehet. A sebészettől természetesen csak a sürgős sebészet van ismertetve, a specialis ismereteket igénylő gyógyító eljárások pedig csak az indicatiók és kilátásaik tekintetében vannak tárgyalva. A gyógyszereket és a fürdőket külön függelékben fogják összefoglalni.

A közreműködők névsora jó biztosíték arra, hogy csak ugyan hasznos munkával gyarapszik a gyakorló orvosok könyvtára. A nemrégiben megjelent első füzet áttekintése pedig meggyőz arról, hogy a nyomás és illustratív kiállítás tekintetében is minden igényt ki fog elégíteni.

Az egész munka 20 füzetre van tervezve, egy füzet ára 3 korona.

Lapszemle.

Belorvostan.

A cystás vese klinikai symptomatológiájáról értekezik W. H. Veit. Senator hívta fel a figyelmet a cystás vese és a zsugorvese klinikai hasonlatosságára a betegség bizonyos stadiumában. A kettő közötti differentialdiagnosishoz szolgáltat a szerző adatokat három cystás vese esetében végzett functionalis vesevizsgálat kapcsán. Mindhárom esetben palpálható tumor volt jelen, a subjectiv panaszok azonban más irányúak voltak. Nitrogen- és NaCl-, Δ , vérnyomás- stb. meghatározások eredményeképpen a következő differentialdiagnostikai momentumokat állítja fel: 1. A cystás vesében a diluáló képesség megtartása mellett csökken a concentráló képesség. 2. Elég jelentékeny hypertensio, melylyel nem áll arányban a bal szív hypertrophiája. 3. Cystás vesében a vésavó osmosisos nyomása, concentrációja és N-tartalma normalis. A vizsgálatok bizonyítják továbbá, hogy lobos elváltozás nélkül a loboshoz hasonló symptomacomplexum jöhet létre, másrészt, hogy a vérnyomásemelkedés nem vonja szükség szerint maga után a bal szív hypertrophiáját, illetve a szív functióképességének csökkenését. (Deutsches Archiv für klin. Medizin, 115.) Weber dr.

A Friedmann-féle oltóanyaggal tett tapasztalatairól számol be Rosenfeld. 47 esetben alkalmazta a Friedmann-féle oltóanyagot az eredeti előírás szerint. Az előírt therapiás eredmény, két mirigy tuberculosis-esettől eltekintve, kedvezőtlen volt. Az oltás helyén abscessusok keletkeztek, még pedig

mindazon esetekben, a melyekben a szervezet reactióképesége megvolt. Nem keletkezett abscessus a III. stadiumbeli beoltottakon, a mi a Pirquet-reactióval való parallelismusra enged következtetni. A 2—2 első, 10 második és 11 harmadik stadiumbeli betegek egyikén sem változott az objectiv lelet (szőrtüszőrejek, hőmérsék, Gaffky-fokozat). 5 harmadik stadiumbeli beteg meghalt. A szerző tüdőtuberculosis eseteiben nem javálta a szer alkalmazását. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1914, 26. sz.) Weber dr.

Sebészet.

A golyvának járványszerű megjelenéséről számol be Tietze. Egyik városi árvaházban a gyermekek 60—80%-a betegedett meg egyszerre golyvában. Az aetiologióra vonatkozólag a szerző — miként mások sem — nem jutott eredményre. Feltűnő volt, hogy a golyva minden kezelés nélkül vagy teljesen eltűnt, vagy lényegesen visszafejlődött. A szövettani lelet, a melyet a régebbi hasonló megbetegedések alkalmával végzett strumectomia mutatott, hyperplastikus struma képeinek felelt meg, strumitisre jellemző elváltozások nélkül. Vajjon a monoton növényi táplálkozás, avagy valamely más anyagcserezavar okozza-e a leírt megbetegedést, azt mind-egyeddig biztosan nem tudjuk. (Zentralbl. f. Chir., 1914, 6. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Máj tuberculosishoz két esetéről referál Tietze. A szervezet egyéb helyein található gümös elváltozásokhoz viszonyítva, hasonló megbetegedések a májban ritkán fordulnak elő. A szerző két esetében is a belgyógyászati diagnosishoz nem gondoltak ezen megbetegedésre, hanem a jelenlevő ascites miatt Talma-műtétet ajánlottak. A laparotomia alkalmával kitűnt, hogy a máj jelentékenyen meg van nagybodva és a felületén gümös elváltozások voltak láthatók. A próbaexcisio a nevezett megbetegedést állapította meg. A Talma-műtét nem járt eredménnyel. (Zentralbl. für Chirurgie, 1914, 6. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Ideg- és elmebetegségek.

Az agyvelő fejlődési rendellenességeinek és az epilepsiának műtéti kezeléséről ír G. Anton. Ezen állapotokban gyakran szerepel az agyvelő és koponya térfogatának aránytalansága s különösen a pubertáskor, a koponyavarratok elcsontosodása után súlyosbítja a tüneteket. Ezen aránytalanság javítására szolgál az Anton és Brahman által feltalált Balkenstich, melyet eddig kb. 100 esetben végeztek, s mely több fiatalkori genuin epilepsia esetében is jó eredménnyel járt. A műtét a következő: A sutura coronaria mögött, a sutura sagittalistól oldalt 2 cm³-nyire a koponyán krajczárnyi nyílást készítenek. A durán készített kis nyíláson keresztül egy kanült vezetnek a falx cerebrihez, melylyel az utóbbi vezetése mellett a corpus callosumig hatolnak lefelé és ezt tompán átdöfik. Így közlekedést nyitnak az oldalkamarák s az agyvelő felülete között, mely tapasztalat szerint hónapokig, sőt évekig is megmaradhat. A műtét hatása úgy magyarázható, hogy az agyvelő belsejében levő folyadék, melynek normalis kivezető útjai a betegség folytán nem elégségesek, felszívó területet nyer s alkalmazkodhatik az adott térfogathoz. A műtét sokszor a diagnosisra is felvilágosítást nyújtott. (Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 54. k., 1. füzet.) L.

Szülészet és nőorvostan.

A vértelen carcinoma-kezelést ismerteti Altmann (Hamburg) 85 eset kapcsán. 150—200 mgr. mesothoriummal sugároz be rövid ideig és hosszabb pausák után. A sugárakat benikkeléztet sárgarézen át filtrálja. A kezelés alatt álló betegeknek hónapokon át háromszor napjában 15 cm. jodkalit és subcutan arsenit ad; a sugarak hatását emeli borsavas cholinnak (enzytol) bőr alá fecskendezésével.

A sugarak káros hatását, leszámítva sok bőr- és hüvely-fekélyt, három esetben látta: egyszer végbélhüvelysipoly és egy Wertheim-műtét utáni recidívában hasfal-

vékonybél-hólyagsipoly keletkezett. Az általános szervezetre is van a sugaraknak hatása, a mennyiben a daganat gyors szétesését mérgezési tünetek követik, néha nagyfokú izgatottsággal. (Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 21. szám.)

Bogdanovics dr.

A comában lévő eklampsiások diuresisét intramuscularis euphyllin-injectiókkal fokozza *Lichtenstein* (Leipzig). Az euphyllinnek 40%-a oldódik vízben; 2 cm³ oldatban 0.48 gr. euphyllin van. A szerző szerint napjában háromszor befecskendve 2 cm³ intramuscularisan kitűnő diureticumnak bizonyult és különösen alkalmazható comában fekvő betegeknek; gyorsan szívódik föl. Hatását fokozhatjuk digalen-injectiókkal is. A szerző 5 eklampsián próbálta ki sikerrel. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1914, 23. sz.)

Bogdanovics dr.

Börkórtan.

A tuberculidekről referált *Ehrmann* (Wien) a német dermatologiai társulat XI. congressusán. Tételeit a következőkben vonja össze: 1. A lichen scrophulosorum haematogen úton jön létre s biztosan bacillaris, bár csökkent erejű tuberculosis. A lichen scrophulosorum átmehet gümös erythrodermiákba, sőt szemölcsös alakokba. 2. Az acneiform papulonecrosis tuberculid nem más, mint többé-kevésbé legyőngült haematogen-emboliás tuberculosis, mely olykor bacillaris eredetű, olykor pedig csak bacillustörmelékek által jön létre. 3. A Bazin-féle erythema induratumnak ugyanaz az aetiologiája, mint az acneiform és subcutan tuberculidnek. Alakja kétféle, a torpid, mely a beteg általános állapotát nem zavarja és a súlyos, mely lázasan, olykor sepsisszerűen folyik le. A lupus-ernio hasonlít ugyan némileg az erythema induratumhoz, de klinikailag és szövettanilag mégis különálló, aetiologiája homályos. A lupoid úgylátszik, oly infectio, mely sérülésekből indul ki. 4. A lupus erythematodes olykor bizonyosan kiütéses toxituberculosis a bőrnek, mely néha átmehet az acneiform tuberculidbe. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 119. k., 1. rész.)

Guszman.

Venereás betegségek.

A neosalvarsan intramuscularis injectióját ajánlja *H. E. Kersten*. A szerző, a ki Német-Uj-Guineában benszületteknek szánt kórházat vezet, már a múlt esztendőben ajánlotta a neosalvarsannak intramuscularis alkalmazását. Ezt az eljárást eleinte szükségből használta, mert az ottani benszülettek kevésbé irtóztak tőle, mint a körülményesebb intravenás infusiótól. Utóbb azonban *Kersten* arra a tapasztalásra jutott, hogy az intramuscularis eljárás különben is igen alkalmas, mert nemcsak gyors, egyszerű és aránylag fájdalomtalan, hanem hatás dolgában is teljesen kielégítő. Az oldatnak befecskendezett mennyisége eleinte 10, illetőleg 20 cm³ volt. A szerző utóbb azután egy véletlen folytán arra a tapasztalásra jutott, hogy nem szükséges a salvarsan-adagot annyi destillált vízben oldania, hanem teljesen elegendő 2, sőt 1 cm³ folyadék ahhoz, hogy 0.9, illetőleg 0.45 gr. neosalvarsant intramuscularis úton bevigyen a szervezetbe. Sőt az eljárás még jobb, mint az előbbeni volt, mert a kevés folyadékú koncentrált neosalvarsan-oldat kisebb tömegénél fogva kisebb fájdalommal és beszűrődéssel jár. Kellemetlen vagy súlyos mellékhatásokkal ez az eljárás nem járt s ezért *Kersten* azt nemcsak a kórházi és általános gyakorlat számára, de még ambulans használatra is ajánlja. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 21. sz.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az orr rachitiséről és ennek az asthma bronchialehoz való vonatkozásairól ír *Walb* tanár (Bonn). Kiindulva azon tényből, hogy a rachitis különösen ott manifesztálódik, a hol porcz és csont összetalálkozik, a szerző vizsgálódása tárgyává tette az orrsövény difformitásait, melyek a porcz és csont összetalálkozása helyén fordulnak elő s azon

meggyőződésre jutott, hogy az orrsövény egyes alaki elváltozásai, főképpen cristái az esetek egy részében traumás eredésűek ugyan, de az esetek más részében a cristák és spinák, valamint a deviatiók is rachitises elváltozásoknak tekintendők. A cristaképződést a porcz szélének dudorszerű duzzanata előzi meg azon a helyen, a hol a porcz a csonttal összetalálkozik, csakúgy mint ezt pl. a bordákon látjuk. A rachitis egyebütt is kimutatható az ily esetekben s míg a rachitises orrelváltozások sokszor nagyfokú általános rachitises tünetekkel együttesen fordulnak elő, más esetekben az orr rachitise mint a betegség utolsó kifutója tekintendő, úgy hogy az orrbeli elváltozáson kívül csak a fogaknak rachitises alakulata található. Ugyancsak rachitises természetűnek tartja a szerző a porczos orrsövény elülső szélének bunkószerű megvastagodását, melyet mindig csak oly esetekben észlelt, melyekben a rachitis egyéb jelei is jelenvoltak; a jelzett helyen a fedő nyálkahártya chronikusan gyuladt és beszűrődött; hasonló gyuladós tünetek a perichondriumon is kimutathatók és ha az ily esetek idővel meggyógyulnak, rendszerint a porcz elülső szélének elferdülése, az úgynevezett subluxatio következik be. A rachitises spinák igen gyakran úgy jönnek létre, hogy a csont a porcz területébe betolódik és később az egész crista csontos tömeget alkot. Több esetben az orrbeli elváltozást és a test egyéb helyein levő rachitises elváltozást egyazon oldalon találta. Számos esetben észlelte a szerző, hogy az orr rachitise asthma bronchialeval szövődött és azon meggyőződésre jutott, hogy ezen rachitises elváltozások csakúgy mint más hasonló, de nem rachitises elváltozások az asthma bronchiale okozói gyanánt tekinthetők; könnyen érthető az összefüggés azon esetekben, melyekben ezen elváltozások az orrlélekzést jelentékenyen zavarják és bronchitisre hajlamosítanak. De a tisztán nervosus, rohamszerű és hurutnélküli asthmát is az orr rachitises elváltozásai okozhatják, a mint ezt számos esetben észlelte. Az a körülmény, hogy az orrbeli elváltozások megszüntetése után az asthma fenmaradhat, valamint az az észlelete, hogy orrbeli elváltozások hiányában is rachitis esetében asthma mutatkozik, a szerzőt azon gondolatra vezette, hogy a rachitis mint ilyen egyike az asthmára disponáló okoknak. Minthogy pedig a rachitis kezelésében a phosphornak lényeges szerepe jut, a phosphort ily rachitises asthmák eseteiben hosszú ideig használtatta és számos esetben sikerült ezáltal az asthmát megszüntetnie, a mint ezt több esetének kórtörténetével illusztrálja és kiderült, hogy a phosphor nem csupán a fiatal gyermekkorban, hanem 8—12 éves gyermekeken, sőt idősebbeken is hatásos. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1913, 47. sz.)

Safranek.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Pneumonia crouposa eseteiben *Grund* szerint igen jó hatású a collargol intravenás befecskendezés alakjában, előző chininhasználat után. Az eseteknek egy részében krízisszerű hőcsökkenés következik be az általános és a helyi tünetek megjavulásával; az eseteknek másik részében fokozatos láztalanodás áll be. (31. Deutscher Kongress für innere Medizin.)

A diabetes mellitus kezeléséhez szolgáltató gyakorlati értékű adatokat *E. Pfeiffer*. Mindenekelőtt a wiesbadeni fürdőkúra jó hatását emeli ki a glykosuriára; ez a hatás többnyire már nagyon rövid idő alatt bekövetkezik. A diabetesben gyakori gyomortáji fájdalmak ellen nagyon hatásosnak találta a pankreast; naponként 3 tableta mennyiségben több napon át adja. Végül azt a tapasztalását közli, hogy a dohányzás megszüntetése mennyire elősegíti a diéta kezelés hatását diabetesben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 21. sz.)

Idősült köszvény eseteiben *Lampé* nagyon jó eredménnyel használja az acitrin és colchicin kombinációját, a mely *acitrinum compositum* néven van forgalomban. Ebben az összetételben a colchicin már kicsiny, teljesen ártalmatlan dosisban fejt ki fájdalomcsökkentő hatását. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 20. sz.)

A sennatinnal (a sennalevelek hatóanyagait tömény alakban tartalmazó újabb hashajtószerezrel) tett tapasztalatait teszi közzé *Lindbom* (Stockholm). Intramuscularisan 2—3 cm³ mennyiségben befecskendezve főleg nem nagyon súlyos székrekedés eseteiben jól használható, enyhe hashajtónak mondja. 28%-ban tartós eredményre vezetett a használata. Némely esetben rövid ideig tartó hőemelkedést okoz. (München med. Wochenschrift, 1914, 16. sz.)

Az *eusitin* bizonyos mályvafajta nyálkás anyagaiból előállított készítmény, a mely pastillákban kerül forgalomba. *Markl* vizsgálatai szerint teljesen ártalmatlan és a nyálkahártyák érzékenységét csökkenti; így módon az éhségérzetet is leszámítja s azért soványító kúrák alkalmával jó szolgálatokat tehet. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1914, 22. szám.)

A *testijodyl* nevű újabb jodkészítményről, a mely a jodot vérfehérjéhez kötve tartalmazza, nagyon dicsérően nyilatkozik *Kafemann* tanár (Königsberg). Nagy előnye, hogy a gyomron változatlanul megy keresztül és csak a bélben hasad le belőle lassanként a jod; ezenkívül a haemoglobinnal eredő vasat is tartalmaz. 0.5 grammos dragéés alakjában kerül forgalomba, a melyekből naponként 2—3-szor veendő be 1—2 darab. Ára aránylag mérsékelt. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 21. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 27. szám. *Ság Sándor*: A coagulen, egy új vérzéscsillapító szer. *Sellei József*: Néhány újabb kérdés a syphilis pathológiájából.

Orvosok lapja, 1914, 28. szám. *Moskovitz Ignác*: A mandulakörüli tályog prophylaxisa és terapiája. *Hyden H.*: A kalmopirin fertőző megbetegedéseknél.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 28. szám. *Tornai József*: Újabb adatok a vérkeringés zavarának physikai orvoslásmódjához.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Wagner Károly* dr.-t Újvidéken tisztí főorvossá, *Hajós Béla* dr.-t a kaposvári, *Benkő Oszkár* dr.-t a pécsi közkórházhoz alorvossá, *Kathy Márton* dr.-t a debreczeni közkórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Meghalt. *Ormay József* dr. Korytniczafürdő orvosa, június 27.-én. — *Márkus Leó* dr. Nagyikindán, június 6.-án, 30. évében. — *Nebelthau* tanár, azelőtt a hallei belorvostani poliklinika vezetője, Brémában, június 28.-án, 50 éves korában. — *A. Ogilvy*, a szemorvostan tanára a bristoli egyetemen, 51 éves korában. — *J. Fr. Hobson*, a sebészet tanára Clevelandban, június 24.-én, 52 éves korában.

Illyés Géza dr. egyetemi tanár lakását IV., Ferencz József-rakpart 24. sz. alá helyezte át.

Személyi hírek külföldről. A jenai közegészségtani intézet igazgatója, *A. Gärtner* tanár, október 1.-én nyugalomba vonul. — *K. Lhoták* dr.-t, a gyógyszer-tanrendk. tanárát a prágai cseh egyetemen, rendes tanárrá léptették elő. — *A. Schütz* dr., az orvostörténelem rendk. tanára a prágai cseh egyetemen, rendes tanári címet kapott. — *Abderhalden* tanár Halleban most már végleg elfogadta a Berlinben szervezendő biológiai kutató intézet igazgatói állását.

Hírek külföldről. *H. Ford*, gazdag amerikai automobilgyáros, a tőle már előbb alapított new-yorki kórháznak megint egy millió dollárt ajándékozott, a melyen a kórházzal kapcsolatos rák- és tuberculosislaboratoriumot és kísérleti állomást fognak szervezni. — A szász második kamra majdnem egyhangúlag elfogadta *Dietel* nevű képviselőnek azt a javaslatát, hogy szóhíttassék fel a kormány a „természeti gyógymód” részére egyetemi tanszéki felállítására. A lipcei orvosok e javaslat hatását egy memorandummal igyekeztek megbénítani. — *Woronow* dr., Nizzában élő orosz orvos, a ki egy ideig *Carrel* newyorki laboratoriumában is dolgozott, egy 14 éves myxoedemás gyermeket azzal gyógyított meg, hogy egy nagyobb majom pajzsmirigyének a jobb lebenyét átültette a nyaka bőre alá. Az addig testileg és szellemileg nagy fokban visszamaradt gyermek 6 hónap alatt teljesen normalissá, korának megfelelővé fejlődött. *Woronow* dr. bemutatta a gyermekeket a párisi Académie de Médecine-ben.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába Vas Jenő, König József, Haas Simon, Makara Lajos, Déri Henrik, Schwarcz Viktor, Horváth Mihály, Fodor Ödön, Ambró Nándor, László Károly, Miskolczy Leo, Káldi Dezső, Kaufmann Henrik, Dobos, Méri Sándor, Lefkovich Mór, Szász József, Szegedi Kálmán, Kassovics Henrik, Klein Henrik, Köhler János, Váli Ernő, Stern Ignác, Viola Ignác, Mosászky, Naday Samu, Newirth N., Lamberger Emánuel, Berkes Nándor, Holzmann Dávid, Szontág Miklós, Linberger Albert, Stojics János, Ferenczi Ignác, Moskovits Miksa, Grünfeld Ignác, Somló, Stern Adolf, Szabadi

Lajos, Kollár Kamill, Komáromi Gyula, Raisz Sándor, Politzer József, Szilárd Armin, Gyémánt Jakab, Tauffer Jenő, Schulmeister Márton, Ladányi Mór, Klein Jakab 4—4 koronát; Viola Vilmos, Laki Árpád, Lugosi István, Steiner Ignác, Grósz Sándor, Lőrincz Mihály, Varga Miksa, Frenreisz Ferencz, Noel Jakab, Halló Arthur, Fialka Gusztáv Márton, Mikulási István, Strelinger Samu, Saly Miklós, Török Ferencz, Szabó Ferencz, Löwensohn Mór, Theil Albert, Kemény Antal, Taunek, Hofbauer Lajos, Szekeres József, Kajdy József, Trinkál Mór, Munkácsy Pál, Guttman József, Vajda Zsigmond, Löwensohn Mór, Wagner György, Weiszhaus Samu, Laufer Sándor, Grünwald Elek 8—8 koronát; Szörényi Zsigmond, Simonovits Radó, Pirót András, Fried Lipót, Bródics István 12—12 koronát; Lipscher Mór, Kelemen Dávid 16—16 korona tagdíjat befizetett. *Katona József* dr., pénztáros.

Mai számunkhoz a *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen bei Cöln „Tannigen“* című prospectusa van mellékelve

VESZÜNK 1914. évi 50 darab Pesti Alfréd-féle ORVOSI ÉVKÖNYV-et

Jókarban levő példányokért 3 koronát fizetünk.

Adorján Testvérek könyvkereskedők, Budapest, VII., Erzsébet-körút 16.

SZLIÁCS Dr. LÓRÁND GYULA, fűrdőorvos METROPOLE-szálloda.

Szovátafürdőn Dr. WEISZ HENRIK fűrdőorvosi működését ismét megkezdette.

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

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógymód, villamos kezelések. Hízlaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

sanatorium és vizgyógyintézet Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: Dr. Ullrich Gyula.

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

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek

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

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

Legmodernebbül berendezett magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati, zati, bel- és idegbetegek részére. Igazgató-főorvos: *dapsai Dapsy Viktor dr.*, operateur.

Epileptikus betegek intézete

BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál a gyógyfürdő gondnoksága vagy *Wosinski István* dr., örökös római gróf igazgató-tulajdonos. Vagyonatlan betegek a na ymált. m kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási al ap terhére vétetnek fel.

Dr. SZONTÁGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliolha. apia.

UJTÁTRAFÜRED. Röntgen-laboratorium

Fekvő- és hízlaló-kúrák. Nap- és légtüredők. Vizgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10.— koronától kezdve.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

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

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Bennlakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízlaló és soványító kúrák. Nagy vizgyógyintézet. Laboratorium. Röntgen. Vezető orvosok: *Rajnik Pál* dr. és *Kovács Aladár* dr.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen. —

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

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.) Vizgyógyintézet az összes fizikai gyógy-módokkal **Basedow-, ideg- és belbetegeknek.** Vezetőorvos: Dr. Groó Béla.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (XI. ülés 1913 november 13.-án). 556. 1. — Közkórházi Orvostársulat (II. bemutató szakülés 1914 január 21.-én). 557 lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(XI. ülés 1913 november 13.-án).

Elnök: **Alapy Henrik**, később **Dollinger Gyula**. Jegyző: **Ádám Lajos**.
(Vége.)

Lövés okozta májsérülés után keletkezett epeömleny áttörése a hasüregbe.

Ádám Lajos: 1913 július 24.-én éjjel 20 éves maczedon katonát szállítottak be az I. sz. sebészeti klinika orvosai-ból alkotott magyar vörös kereszt-missio vezetése alatt álló sofiai kórházba. A beteg előadta, hogy 3 nap előtt Sultan-Tepenél a szerbek sebesítették meg. Sérülését egy felcser rögtön bekötötte, majd hordágyon segélyhelyre szállították, miközben sok vért veszített. Sérülését szerinte golyó idézte elő 600 m. távolságból. 10 óra múlva került kórházba, hol ismét bekötötték. Minthogy a kórházat 2 nap múlva ki kellett üríteni, újabb 8 órai utazás után került hozzánk. Utközben többször hányt.

Status praesens: Az igen elesett beteg mellkasi szervei épek. A processus xiphoideus alatt közvetlenül kerek bemeneti nyílás, a kimeneti nyílás pedig a háton a jobb scapularis vonalban a XII. borda alatt. A has puffadt, az epigastrium nyomásra érzékeny, a májtompulat azonban kikopogtatható. A hőmérsék 37.6°, a pulsus 100. Mindkét seb környéke reactionmentes.

Májsérülést vettek föl s bár *Thöle* szerint a rendes harcászati távolságból jövő sérülés esetén a májnak vérzés nélküli átfúródására vagy a májnak spontán gyógyulására nem számíthatunk, mégis, tekintve, hogy a sérülés óta már 3 nap telt el és semmi beavatkozásra készítő tünet nem volt, várakozó álláspontra helyezkedtek.

A májsérülések a hassérülések 16.10%-át teszik. A máj egyszerű lövési sérüléseinek mortalitása 26.50%, főleg elvérzés, cholaemia vagy peritonitis következtében. A komplikált májsérülések mortalitása 62.50%, szintén főleg elvérzés, cholangitis, peritonitis és sepsis folytán.

A máj golyó által okozott sérülése lehet egyszerű keskeny lövési csatorna, de lehet a máj szövetének súlyos roncsolása. Függ ez a golyó nagyságától, alakjától, átütő erejétől, a golyó irányától, a belövés szögétől, a távolságtól, a máj vastagságától, a máj vérteltségétől, a máj szöveti szerkezetétől.

Kis kaliberű golyó közlő oly roncsolást okozhat, hogy a löcsatornát egyáltalában nem lehet felismerni. Minél távolabbról jött a golyó, annál kisebb a máj szövetén áthaladó löcsatornának az oldalsó berepedése és tekintve, hogy a máj szöve nem elastikus s alig összenyomható, még 2000 m. távolságról jövő lövés esetén is kicsi berepedéseket mutat a löcsatorna fala. Ha a golyó különböző ellenállású szöveten halad keresztül, súlyos roncsolásokat idézhet elő.

A bemeneti nyílás radiaer berepedéseket mutat és nagyobb, mint a golyó, a löcsatorna pedig a kimeneti nyílás felé tölcsérszerűleg szélesedik.

A porosz hadsereg egészségügyi jelentése szerint például egy esetben 20 m.-ről jövő lövésnél a bemeneti nyílás keresztalakú, a kimenet tenyérszerű, 30 m.-ről jövő lövésnél a bemeneti nyílás ujjbegyszerű, a kimenet ökölnyi, 400 m.-ről jövő lövés esetén a bemeneti nyílás 4 cm., a kimeneti 8 cm., 700 m.-ről jövő lövés esetén a bemeneti nyílás 1 cm., a kimeneti 7 cm. volt.

Ezen sérülésekből természetesen tetemes vérzés állhat elő; gyakoribb a belső vérzés, mint a külső.

Edler epefolyást 41.3%-ban látott, rendszeren az 5.—6. napon, midőn a primaer pörk levált.

Esetük különösen érdekesen alakult, a beteg állapota napról-napra javult, sőt már fenn is járt, 12 nap múlva étvágytalanságról, bágyadtságról, légzési nehézségről panaszkodott s 2 napra reá a hőmérsék is felment 37.9°-ra. Ekkor tompulatot találtak hátul a jobb mellkas felett, mely felterjedt a VII. bordáig. Próbapunctióval tiszta sárga epét kaptak, miért is 600 cm³-t rögtön lebocsátottak. Felvételük természetesen subphrenikus epeömleny volt, melyet, minthogy teljesen asepsisesnek látszott, többszörös punctióval akartak gyógyítani.

Néhány napig jól volt a beteg. Július 16.-án az előbb említett tompulat ismét előállott, miért is újból 500 cm³ epét bocsátottak ki. Július 20.-án, tehát 4 napra reá a beteg hirtelen rosszul lett, ajkai cyanosisosak voltak, végtagjai hűvösek, hideg veríték gyöngyözött homlokán, a pulsus alig tapintható, körülbelül 120, a has erősen puffadt s benne nagymennyiségű folyadék mutatható ki.

Nyilvánvaló volt, hogy a subphrenikus epegyülem tört át a hasüregbe. Kellő excitantiák adagolása után rögtön műtetre határozta el magát. Hogy a hasüregt megszabadíthassa a befolyt nagymennyiségű epétől és hogy a máj mindkét sebeit is elláthassa, a jobb bordaívvel párhuzamos metszéssel hatolt be. A máj elülső felszíne jórészt a mellkasfalhoz odanőtt. A májon levő bemeneti nyílás a bőrön levő nyílástól vagy 3 haránt ujjal jobb felé volt, erősen meg volt szűkülve, alig borsónyi, széle heges, körötte a Glisson-tok meg volt vastagodva, melyen át azonban a máj sugáralakú berepedései jól kivehetőek. A bemeneti nyílás heges szélét 2 öltéssel egyesítette.

A gyomorból, a colonból és a csepleszből alkotott conglomeratum a hasfalhoz odanőtt, úgy hogy csak az elülső hónaljvonalától jobbfelé lehet a szabad hasüregbe jutni, a honnan bőven ürült a sárgásbarnán elszínesedett epe. A kimeneti nyílást akarván hozzáférhetővé tenni, a bordaívet erősen fel- és hátrafelé húzták, a májat pedig előre és balfelé billentték, mikor is újból vagy egy 1/2 liter epe ürült a subphrenikus ürből.

A máj jobb lebenyének hátulsó felszínén kb. kis gyermektenyérszerű roncsolt, szennyes szürke lepedékkel fedett területet találtak, a honnan állandóan epe szivárgott. E területet tamponálta és a subphrenikus ür és a hasüreg felé vastag draincsövet helyezett s a seb alsó részén kivezette, a hasfaleb többi részét pedig egyesítette.

A szokásos excitansok, végbéklízmák stb. alkalmazására a beteg összeszedte magát. Az első napokban úgy a draincsövön, mint a gazecsíkok mellett bőven ürült az epe. 2 nap alatt a hasüregből teljesen kiürült. Augusztus 30.-án, mikor a beteget átadták, az epecurgás minimalis volt, a beteg pedig jól érezte magát.

A polycystás veséről.

Boytha Lajos: A polycystás vesedegeneratio aetiologiája még nincs tisztázva. Sokáig *Virchow* elmélete volt felszínen, mely a betegség eredetét a vesepapillákban folyó interstitialis nephritisre vezeti vissza. Egy másik elmélet a tömlős vesét daganatnak, adenocystoma multilocularenak tekinti. Ujabban a congenitalis elmélet lép előtérbe (*Ribbert*) s abból indul ki, hogy a kéregállomány az ősveséből, a velőállomány pedig az ureter, illetve a vesemedence fejlődési telepeiből nő. Ha a két rész közt az összeköttetés hiányosan jön létre, a csatornácskák és a glomerulusok kitérülése folytán tömlők keletkeznek. Ezt a nézetet az a megfigyelés is támogatja, hogy tömlős vese gyakran fordul elő egy család több tagjában. *Hornowsky* és *Forsman* újszülöttek tömlős veséjén végzett kísérletei is ezt a nézetet támogatják. A tömlők néha már az újszülöttnél oly nagyok lehetnek, hogy szülési akadályt

alkothatnak. Néha lassan fejlődnek, úgy hogy csak a későbbi életévekben leszünk rájuk figyelmesek. Többnyire kétoldali a megbetegedés. Küster 20%-ban, Lejars 50%-ban, Luzzatto 17%-ban talált egyoldali tömlős vesét. Tünettana homályos, néha évekig latens marad a betegség, míg végre az első tünetek jelentkeznek, melyek leginkább a genuin zsugorvase kezdeti tüneteire emlékeztetnek. Gyakran csak a hasban növekvő tumor figyelmezteti a beteget bajára. Vékony hasfalak mellett a nagy dudoros felszínű tumor néha igen jól kitapintható. Fontos a vizelet vizsgálata, melyet alacsony fajsúly, polyuria, kevés fehérje s néha haematuria jellemez. A prognózis rossz. A kezelés többnyire csak tüneti s az uraemiás rohamok megszüntetésére irányul, mint terapia még a sebészi beavatkozás sem jöhet számba, mert a betegség többnyire kétoldali. Ezért óvatossá kell lennünk a műtét indikációk felállításával. Háromféle műtét beavatkozásról lehet szó. A nephrectomia csak az egyik oldali súlyos complicatio eseteiben jöhet szóba, mint pyelonephritis vagy tuberculosis. Ekkor igen fontos szerepe van a vese functionalis vizsgálatának. Csak a másik vese kifogástalan működése mellett gondolhatunk nephrectomiára. Pousson 38 nephrectomia közül 9 halálozást talált, Sieber 62 esetet gyűjtött 20 halálozással. Chavannez és Lefèvre egy esetben részleges nephrectomiával gyógyulást ért el. Nephrotomiát sikerrel végeztek vesegenyedés, anuria eseteiben vagy ha a tömlős vese nagyságánál fogva a szomszéd szerveket nyomja. Ilyen esetben Kümmel az egyes tömlők punctióját is ajánlja. Decapsulatiót súlyos haematuria eseteiben végeztek sikerrel.

Az első sebészeti klinikán négy ízben került észlelés alá tömlős vese. Egy esetben az egyik már nem működő vesét távolította el Dollinger tanár s a beteg hat évvel a műtét után még egészséges. Egy esetben mindkét oldalon kitapintható volt a gyermekfölkoraszágú dudoros vese. Műtét nem történt. Egy esetben vesetumor gyanúja miatt lumbalis behatolás történt s ekkor derült ki, hogy a vese tömlősen elfajult. Nephrectomia nem történt. A bemutatandó eset azért bir némi érdekességgel, mert a betegség a vesék nagysága miatt az élőben elég könnyen volt körjelezhető.

A 37 éves nőbeteg f. évi szeptember 15.-én jelentkezett a klinikán. Előadja, hogy öt évvel ezelőtt vette észre a bal hypochondriumában növekvő tumort, mely fájdalmat nem okozott, de azóta egyre sűrűbben kell vizelnie. Együttal soványodni és halványodni kezdett, a munkát nem bírja. A jobb hypochondriumában fejlődő daganatról nem tud. Az igen lesoványodott anaemiás beteg szívtompulata két haránt ujjal terjed a bimbóvonalon kívül. A has erősen elődomborodik, feszes, 87 cm. kerületű. A hasfalak vékonyak. A léptompulat rendes, a máj három ujjal meghaladja a bordaívét. A has bal oldalán a lumbalis tájról előreterjed egy emberfőnyi tumor, mely felett a kopogtatási hang részben tompa, részben dobos színezetű. Felszínén kisebb-nagyobb, egész diónyi cysták tapintathatók ki. Consistentiája kemény, nyomásra fájdalommentes. A tumor lefelé a symphysisig, felfelé a bordaívig ér, befelé két harántujjal túlterjed a linea albán. Ballotement kiváltható. Jobboldalt a májtompulat közvetlenül átmegy egy tumor tompulatába, mely szintén a lumbalis tájékról indul ki s teljesen megfelel a baloldali tumornak, csak valamivel kisebb, körülbelül két ökölnyi. Szabad hasvív nincs. A belek felfúvásakor a colon descendens a baloldali, az ascendens a jobboldali tumor előtt fekszik. A qualitativ vérkép normalis, a vörös vörsejtek száma szintén, a fehér vörsejtek száma 14.200. A vizelet átlátszó, világos sárga, 24 órai mennyisége 800 cm³, fajsúlya 1011. Fehérje 1/2⁰/₁₀₀. Cystoskopiai vizsgálat trabecularis hólyagot mutat. Indigocarmin-befecskendezés után csak 2 órával kezd ürülni halványzöld vizelet, melynek színe még 8 órával később sem nyer intenzitásban. A beteg állapota október 6.-áig változatlan, vizeletmennyisége 1000 cm³. Október 10.-én 24 órai vizeletmennyiség 200 cm³, október 11.-én 4-szer van a betegnek uraemiás rohama. Két ízben végeznek venaesectiót, 250—250 cm³ vért bocsátanak le s ugyanannyi physiologiai konyhasó-oldatot fecskendeznek be intravenásan. A következő napokban a beteg közérzése javul, a vizelet 1300 cm³. 16.-án 3-szor

van uraemiás rohama, vizeletmennyisége 40 cm³, két ízben végeznek venaesectiót. 17.-én ismét két roham, a második után exitus. A sectio alkalmával kitűnik, hogy a hasüreg bal felét a kis medencze bemenetéig az emberfőnél nagyobb, sima hasártyával borított bal vese foglalja el. A colon descendens a vesétől balra halad le. A has jobb oldalát a colon ascendens borított jobb vese foglalja el. A vékonybelek a jobb vese fölött foglalnak helyet, míg a bal vese közvetlenül a hasfal mögött fekszik. A máj kicsiny, felszíne sima, benne apró mákszem-kölesnyi, áttűnő folyadékkal telt tömlők tűnnek át. A bal vese 30—145—85 cm., súlya 3300 gr. A jobb vese 26—135—7 cm., súlya 1600 gr. Mindkét vese tömőtelen kendernyi-ökölnyi tömlőből áll, melyek sárgás savóval vannak tele. A tömlők között alig van kevés tömött tapintatú veseállomány. Mindkét oldalon két-két arteria renalis van jelen.

Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1914 január 21.-én.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyi József.

(Vége.)

Anus vestibularis operált esete.

Balás Dezső: 4 éves leánygyermeket mutatok be a Szt. István-kórház gyermekosztályáról, kit a műtét előtt Hainiss demonstrált e helyen. Műtét előtt az urethra, a vagina és a rectum a vestibulum vaginae megfelelően nyílt, tehát anus vestibularis volt jelen. A műtétet, a mint azt a bemutatás alkalmával röviden vázoltam, oly módon végeztem, hogy az anust ívalakban vezetett metszéssel különválasztottam az urethra és vagina szájadékától. Majd a gáton vezetett hosszanti metszésből izoláltam a rectum hátulsó falát. A rectum elülső falát, nem mint azt vártam és a normalisnak megfelelő lett volna, hanem a hólyagról kellett élesen leválasztanom s a hólyagba vezetett szondával kellett gondosan ellenőriznem, hogy a hólyagot ne nyissam meg. Ily módon sikerült a rectum alsó szakaszát mobilizálni s a levator ani retraháló rostkötegeit jó részben átmetszve, az anust normalis helyének megfelelően a gáton, a hosszanti seb alsó zúgában kiszegtem.

A vagina nyílását az urethra alá húzva kiszegtem, s mély, sülyesztett, majd felületes áttöltő varratokkal megalkottam a vagina és az anus között a gátat.

A gyógyfolyamat zavartalanul folyt le. A beteg vizeletét és székét is tudja tartani s körülbelül 2 1/2 cm. magas gátja van. A műtét eredménye tehát abszolút és nem csupán kozmetikai.

Tic convulsiv.

Kellermann Kálmán. A 25 éves ügyvédjelölt szülei kis korában haltak el. Atyja iszákos volt. Két testvére egészséges. Családjában idegbaj nem fordult elő. Nemi betegsége nem volt. Gyermekkorában mindig egészséges, jó tanuló volt. Az egyetemen különösen jól tanult, úgy hogy colloquiumai mindig jelesek és jók voltak, szigorlatait is simán tette le.

Húsz éves korában kezdett szesz italokat nagyobb mennyiségben fogyasztani, úgy hogy idővel naponta 2—3 liter bort is meg tudott inni 3 esztendőn át, de 2 hó óta az ivást abbahagyta. A bal kéz hüvelyk- és mutatóujját születésétől fogva nem tudta mozgatni és karját mellére hajtva tartotta.

Jelen baja körülbelül 6 évvel ezelőtt kezdődött a bal kéz hüvelyk- és mutatóujjának reszketésével, illetve rángatózásával, majd lassan-lassan e reszketés felszállott a bal alkar, a bal felkar izmaira, innen a törzs bal oldalára, ritkán a bal ccomb izomzatára. A leghosszabb idő, mely alatt e rángatózás szünetelt, helyesebben csillapodott, 2 hét volt.

Újabban, körülbelül egy esztendeje, azt veszi észre, hogy ha társaságba megy, ha szokatlan helyre kerül, ha idegenekkel először beszél, vagy valami meglepetés éri szívdobogást kap és a rángatózás igen erőssé válik. Ilyen,

kor 5—10 perc szükséges ahhoz, hogy lecsillapodjék. E rángatódzáson kívül a testi és szellemi téren semmiféle rendellenességet sem érez.

Az elég jól fejlett és táplált beteg pupillái kerek, fényre kissé renyhébb és kis kitéréssel reagálnak, többszöri fénybeengedésre hamar kimerülnek. A bal pupillávala-mivel nagyobb a jobbnál, az alkalmazkodási reactio renyhe, összetérítéskor a bal bulbus kitér, illetve visszamarad. A szemmozgások, a facialis, a nyelv, a szápad innervatiója rendben van. A conjunctiva bulbi érzéstelen, a cornealis reflex kiváltható. A garatreflex hiányzik. Kisfokú jobb oldali torticollis, mely könnyen javítható. A gerincoszlopon erős scoliosis jobbfelé irányult convexitással. A végtagok izomereje és mozgásképesége jó. A bal felsővégtag izomzata talán valamivel gyengébben fejlett a jobbnál, a bal alkar helyenkénti sorvadása határozottan látható. A bal mellkasfél a jobbnál keskenyebb.

A triceps-reflexek megvannak, az alhasi és periost-reflex baloldalt erősebb mint jobboldalt, a térd-, az Achilles-reflexek élénkek, a talp- és hasfalbőrreflexek, valamint a cremaster-reflexek hiányosak. A sensibilitás sértetlen. Az izmok mechanikai ingerlékenységében kétoldalt feltűnő különbség nincs.

A reszketés, illetőleg a rángatózás a legtypusosabb a bal hüvelyk- és mutatóujjon, a melyek állandóan némileg az athetosisos, de éppúgy a paralysis agitansos reszketésre emlékeztető mozgásban vannak. A kéztartás bizonyos fokig emlékeztet a tetaniások özejszerű kéztartására. A bal hüvelykujjal azonkívül nem tud opponálni, továbbá abdukálni, úgy hogy tremor mellett paresis is van jelen. A rángások, melyek tonico-clonusos jellegűek, kiterjednek még a bal alkar és felkar, valamint a váll izomzatára, továbbá a törzs bal felére pontosan a középvonalig, a bal intercostalis izomzatra, a bal pectoralisra. A bántalom degeneratív alapon fejlődött tic convulsiv, mely lokalizáltan, valószínűleg a gyermekkortól fogva sorvadott izomcsoporton keletkezett.

A méh- és hüvelyrák operatív kezelése.

Frigyesi József. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

A méh- és hüvelyrák sugaras kezelése.

Mansfeld Ottó Pál. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

PÁLYÁZATOK.

1148/1914.

A nagykamarasi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A kör két községből áll, melyek egymástól 2 kilométer távolságban vannak.

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

Pályázni szándékozó orvosok felhívtnak, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi július hó 31.-éig** küldjék be.

Elek, 1914 július hó 1.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

7148/1914. szám.

Vizakna város **tisztiorvosi állása** lemondás folytán üresedésbe jővén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás a város részéről 2000, azaz kétezer korona évi kezdőfizetés és 450, azaz négyszázötven korona évi lakpénz élvezetével van egybekötve.

A magángyakorlat, látogatási és egyéb díjak szabályrendeletileg vannak megállapítva.

Ezenkívül, a mennyiben a bányaorvosi tendőket is elvégezi, a m. kir. sóbányahivataltól szerződés szerint körülbelül évi 600 korona és mérsékelt bér mellett megfelelő lakás.

A minősítést illetőleg utalok az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában foglaltakra.

Pályázni óhajtok kötelesek születési anyakönyvi kivonatokkal, eddigi szolgálatukat igazoló bizonyítványokkal, minősítésüket igazoló bizonyítványokkal és a tisztiorvosi bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket, a már hivatalban levők hivatalfőnökök, hivatalban nem állók pedig a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján Vizakna város polgármesteréhez beadni.

A pályázati határidő **1914. évi július 24.-én** jár le.

Nagyenyedén, 1914 július hó 2.-án.

Báró Bánffy Kálmán, alispán.

A debreczeni m. kir. bábaképezdében az 1400 korona évi fizetéssel, lakással és étellemezéssel javadalmazott **második tanársegédi állás** folyó évi július hó 15.-én betöltendő.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az előző szolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat **hozzám minél előbb** adják be.

Debreczen, 1914 június hó 23.

Kenézy Gyula dr., igazgató-tanár.

647/1914. ált. szám.

A vezetésem alatt álló közkórháznál lemondás folytán megüresedett **egy alorvosi és egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvos javadalmazása 2000 korona, lakás, fűtés és étellemezés. A kinevezés két évre szól, de meghosszabbítható; magángyakorlat csak annyiban van a városban megengedve, a mennyiben az a szolgálattal összeegyeztethető. Orvosi gyakorlatra utasított és nős pályázók figyelembe nem jöhetnek.

A segédorvos javadalmazása 1200 korona, lakás, fűtés, étellemezés; a kinevezés két évre szól. Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvosok is kinevezhetők. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok méltóságos **Makfalvy Géza** úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórház-igazgatóságnál nyújtan-dók **be július 23.-áig.**

Kaposvár, 1914 július 7.

Szigethi-Gyula Sándor dr., igazgató-főorvos.

3954/1914. szám.

A Barsvármegye garamszentkereszti járásához tartozó, Körömczbánya r. t. város székhellyel rendszeresített, 12 községből álló, lemondás folytán megüresedett, körömczbányavidéki **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása: évi 1600 korona törzsfizetés, négy-szeri egyenként 200 koronát tevő ötödéves korpótlék, 500 korona lakpénz és 600 korona útiátalány, valamint a szabályrendeletileg megállapított rendelési, beteglátogatási, távolsági és műtétekért járó díjak.

A körorvos köteles köre községeit minden évben május 1.-étől október végéig havonként egyszer, november 1.-étől április végéig pedig kéthetenként egyszer beutazni, a körbeli vagyontalan, valami a trachomaszembetegeket díjtalanul kezelni. Az utóbbiak sikeres gyógykezeléséért a működési év végén trachomajutalom kérhető.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachomakezelésben kellő jártassággal bír.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való utalással megjegyzem, hogy ebben a közegészségügyi körben a lakosság németül és tótul beszél.

A kellően felszerelt kérvélvel hatóságomhoz **folyó hó 27. nap-jáig** benyújtandó, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Körömczbánya r. t. városban, a körjegyzői irodában folyó évi július hó 31.-én d. e. 9 órakor fogom megtartani és a megválasztott állását lehetőleg azonnal elfoglalni tartozik.

Garamszentkereszt, 1914 július 3.

Finka Sándor, főszolgabíró.

4761/1914.

A Szarvas községben nyugdíjazás folytán megüresedett **ügyvezető orvosi állásra**, valamint az ezen állás folytán esetleg megüresedő **orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt okmányokkal felsze-relt pályázati kérvényeket **folyó évi július hó 17.-éig** kell hozzám beadni.

Az ügyvezető orvosi állás javadalmazása: 1600 korona fizetés, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában meghatározott korpótlék, 700 korona lakbér, 400 korona fuvarátalány és a szabályrendeletileg megállapított beteglátogatási díjak.

A nem ügyvezető orvosi állás javadalmazása: 1400 korona fizetés, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában meghatározott korpótlék, 700 korona lakpénz, 400 korona fuvarátalány, 400 korona halottkémlési díj és a szabályrendeletileg megállapított beteglátogatási díjak.

Szarvas, 1914 június 30.

A főszolgabíró.

2508/1914. sz.

Alsófehérvármegye alvinczi járásában, Alvincz székhellyel bíró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Alsócsóra, Alsó-tatárlaka, Maroskarna, Akmar, Szarakszó, Borsómező, Rakató, Poklos és Oláhdálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908: XXXVIII. t.-cz.).

2. 500 korona évi lakbér.

3. 600 korona évi útiátalány.

4. 1200 korona évi helyi pótlék.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles összes községeit havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör szegényeit ingyen gyógykezelni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **legkésőbb 1914. évi augusztus hó 15.-éig** nyújtsák be.

A választás napját később fogom kitűzni.

Alvincz, 1914 június 30.

Pongrácz, főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLESEK.

Bókay Zoltán: Közlemény a Berlin város által fentartott árvaházból. (Főorvos: Finkelstein H. dr., egyet. tanár.) A phosphor-olaj és phosphoros csukamájolaj hasznáról a rachitis kezelésében. 559. lap.

Konrád Jenő: Közlés a nagyváradi m. kir. bábaképezdekből. A hypophysiskivonatok alkalmazásáról a műtét esetek utókezelésében. 567. lap.

Reisz Elek: Közlés a budapesti egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos Stefánia-gyermekkorházából. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. tanár, udvari tanár.) A morbilli-exanthema jelentkezése a hajás fejbőrön. 569. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Alexander Béla: A magzati csontosodások syphillises változása, különös tekintettel a gerincoszlop csontosodásaira. — Lapszemle. Bel-

orvostan. Suber: Gyomorfekély keletkezése. — Sebészet. H. Kümmel: A vese- és ureterköveknek collargol segélyével körjelzése. — Szülészet és nőorvostan. Ph. Jung: A szülés alatti súlyos vérzések kezelése. — Venerás betegségek. Fürth: A syphilisnek contraluesinnal való kezelése. — Kisebb közlések az orvostudományról. Fischer: Láb-szárfekély. — von der Porten: A veronal haszna a delirium tremens kezelésében. — Soca: Menière-betegség. 570–572. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 572. lap.

Vegyes hírek. 572. lap.

Tudományos társulatok. 573–574. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Berlin város által fentartott árvaházból.
(Főorvos: Finkelstein H. dr., egyet. tanár.)

A phosphor-olaj és phosphoros csukamájolaj hasznáról a rachitis kezelésében.

Irta: Bókay Zoltán dr., egyet. tanársegéd.

A phosphornak a rachitis kezelésében való alkalmazása M. Kassowitz-től ered, ki 1884-ben megjelent nagyszabású s nagyjelentőségű közlésében a phosphort magát mint specifikumot ajánlotta a rachitis gyógykezelésében. Minthogy már a régi orvosok is tudták, hogy a phosphor a szervezetben csakis akkor oldódik, ha kellő mennyiségű zsírral találkozik össze, s mivel azon rendkívüli kis mennyiség phosphornak a lemérése, a mely a szervezetben nem okoz kárt, hanem hasznát hajt, igen nehéz, olajban oldott állapotban adagolták. Már a régi orvosok is tudták és ismerték a nép körében régebben alkalmazott csukamájolajnak jó hatását, így Bretonneau és Trousseau régen figyelmeztetett a csukamájolajnak jó hatására rachitis eseteiben. Így nem lehet csodálkoznunk azon, hogy oldószerül éppen a csukamájolajat használták úgy Kassowitz, mint követői. A phosphoros csukamájolaj valóban hosszú időn keresztül csaknem általánosságban alkalmazásba is vétetett az angolok gyógykezelésében, de magának a csukamájolajnak, phosphor nélkül, nagyobb jelentőséget nem tulajdonítottak s csupán mint oldószert alkalmazták, a melynek könnyen emészthető zsír jellegénél fogva előnyeit ismerték. A főszólván mindenki a phosphorra helyezte s ebből magyarázható az, hogy a gyermekklinikai rendelések legnagyobb részénél a nyári hónapokban, tehát akkor, midőn a nagy hőség folytán a könnyen avasodó csukamájolaj a szegényebb és hűtési lehetőségekkel nem rendelkező néposztály számára nem igen volt rendelkezhető, a csukamájolaj helyett magasabb rendű olajban (Ol. olivarum, Ol. sesami, Ol. amygdal. dulc.) oldották fel a gyógyszert. Ezen oldatok ren-

desen kevés olajjal készültek és azt cseppek alakjában adagolták.

Ugyanakkor, a midőn Kassowitz egyik oldalról olyan melegen ajánlotta a phosphortherapiát, magában Wienben akadtak egyesek, kik az új therapiát nem fogadták el. Azóta mind többen és többen tértek el azon tantól, hogy egyedül a phosphor az, a mely a rachitis specificuma s ma nagyjában három csoportra látjuk oszlova a rachitis kezelésében felelősködő csoport a phosphor specificitását elismeri, a második a phosphor + csukamájolaj mellett argumentál, a harmadik pedig a rachitis kezelését tisztán étrendi kérdésnek tekinti.

A Kassowitz által bevezetett phosphortherapia elterjedéséről a különböző országokban Kassowitz munkái kellő tájékozódást nyújtanak.¹

Schabad, Aschenheim, Schloss jól oldódó calcium-sóknak phosphoros csukamájolajjal való combinációjától láttak jó eredményeket. Viszont J. Rosenstern szerint maga a csukamájolaj is képes a rachitist megszüntetni. Czerny és iskolája a phosphoros csukamájolajat a rachitis kezelésében feleslegesnek tartja és a rachitis kezelésének kérdését tisztán étrendi kérdésnek tekinti. Heubner a phosphoros csukamájolajnak és csukamájolajnak a rachitis eseteiben specifikus hatást nem tulajdonít, s jó hatását a gyermekek általános állapotára való hatásnak gondolja, s ily értelemben nyilatkozik Salge is. Baginsky kimutatható hasznát a phosphor-therapiától nem látott.

A mint e rövid átnézetből is látjuk, a gyermekorvosok nézetei e téren tehát meglehetősen eltérők, s dacára annak, hogy a phosphoros csukamájolaj régen van alkalmazásban, specifikus hasznáról az akták még lezárva nincsenek.

A kérdés, melynek megoldását megkísérlni akartam, az volt, hogy vajon a phosphor-olaj alkalmas-e a rachitis gyógyítására, s vajon a phosphoros csukamájolaj annyira felette áll-e a phosphorolajnak, a mint állítják.

¹ Kassowitz M.: Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 36. sz. és Gesammelte Abhandlungen, 1914.

A kísérleteket 4 csoportra lehet osztani, úgymint olyanokra, a hol kizárólag 1. phosphorolaj, esetleg mészsóval támogatva, 2. phosphorolaj és phosphoros csukamájolaj kombináltan, 3. phosphorolaj és phosphoros csukamájolaj + valamely calciumsó, és végül 4. tisztán phosphoros csukamájolaj adagoltatott.

A kísérletekhez csupán fekvő és nem poliklinikai anyagot választottunk, hogy így a megfigyeléseket és az étkezés pontosságát kellőleg ellenőrizhessük, s ezenfelül lehetőleg zsenge egykorú kisdedeket vettünk csak megfigyelés alá, hogy ezáltal a korban való különbségek a képet ne zavarják annyira.

A gyógyulás megítélésére két mód van adva: az egyik az anyagcserevizsgálatokkal való ellenőrzés, a mely ma a rendkívül érzékeny és pontos methodika folytán idealisan vihető keresztül, a másik a klinikai megfigyelés, a *Rosenstein* által ismertetett módszer, a craniotabesnek időszakonkénti mérése, a mely szintén eléggé pontos eljárás.

Kassowitz annak idején a fontanella nagyságát mérte és ennek nagyságváltozásából vonta a gyógyulásra való következtetéseit. Mi, épp úgy mint *Rosenstein* is, a craniotabes nagyságát mértük. A mérést úgy végeztem, hogy a gyermeknek fejére pontosan rászabott főkörtökre, a melyek puha, hajlékony vászonból voltak, időnként reárajoltam a craniotabes nagyságát. A rajzoláskor persze két feltételnek kell szigorúan érvényesülni. Először is a főkörtöknek pontosan kell a fejre illeni és azon a rajzolás közben megfeszítés nélkül mozdulatlanul kell maradni. Másodszor a tapintáskor lehetőleg nem szabad hibát ejtenünk.

A rajzolás úgy történik, hogy a segéd a fejet a reáhelezett főkörtővel rögzíti, a főkörtő alsó széleit az alsó állkapocshoz szorítja kisujjával s hüvelykével a főkörtő felső elülső részét szorítja a fejre. A rajzoláskor először kitapintjuk a legpuhább helyeket és ezek központjától kifelé erősebb nyomásokkal megkeressük a craniotabes végső nyúlványait s mindenütt pontosan a határokon rögtön a fejen meghúzzuk a határvonalakat színes czeruzával. Minden egyes méréskor új főkörtőt alkalmaztunk, nehogy az előbbinek vonalai esetleg befolyásolhassanak.

Az elkészített főkörtőkből ezután a craniotabes területét kivágva négyzetes papíron (millimeterpapíron) a négyzetek számát ki lehet számítani. Persze a rajzoláskor ügyelnünk kell ismét, hogy a kivágott részletet semmi irányba ne feszítsük. Az általam használt ú. n. kereskedelmi papiros egy négyzete 9 mm² területtel bírt. Ha valaki kívánja, úgy négyzetcentiméterekben adhatja a számát a craniotabes területének, de hiszen az felesleges, mert egységsül bármely tetszőleges felületet vehetünk, mert összehasonlítás céljából, s nem abszolút mérés kedvéért dolgozunk.

Abszolút mennyiségekre kiszámítani az értékeket úgy sem érdemes, mert azok pontosak csak akkor lehetnek, ha mi a sphaeroidon talált területértékeket a síkra átszámítjuk. Ez a „hibaforrás“ azonnal elesik, ha nem abszolút értékekkel, hanem összehasonlító értékekkel dolgozunk, mert minden egyes értéknél (ugyanarról a fejről vévén az adatokat) a hibaforrás ugyanaz, tehát az összehasonlításnál egyszerűen kiesik, mint tényező a szereplésből.

A spasmophilia mértékét ismét összehasonlító methodikával, vagy a rohamoknak táblázatos felsorolásával lehet végezni, vagy a villamos ingerlékenység lezállásának mérése által, tehát időnkénti kathodnyitási rángás erősségének meghatározása által.

Hogyha a kísérleteinket végezzük, úgy természetesen lehetőleg iparkodnunk kell mindazon körülményeket, a melyek a rachitis gyógyulását elősegíthetik, kirekeszteni. Elsősorban tekintetbe kell vennünk azt a körülményt, hogy a rachitis önmagától is, minden gyógyszeres kezelés nélkül gyógyulhat. *J. Rosenstein* e miatt kísérleteiben egy szerelés nélküli előperiodust tartott, a mely hosszabb-rövidebb ideig húzódott. En ily előperiodust nem tartottam, két okból, először is összes eseteim kezdődő rachitisek voltak és így inkább rosszabbodásra való hajlammal bírtak, másodszor a spontán

gyógyulás igen hosszú ideig szokott elhúzódní s így rövidebb 2—3 havi megfigyelés alatt spontán gyógyulásról nem igen lehetne szó, s az egyes craniotabeses felületnagyságok között oly csekély különbségek lettek volna, hogy azok gyakorlatilag számba nem vehetők.

A rachitist, a mint a tapasztalás mutatja, rendkívüli módon befolyásolja a diaeta, tehát lehetőleg minden esetünkben a $\frac{2}{3}$ -tejet vettük alkalmazásba s azon esetek voltak csupán kivételek, a melyekben vagy az erőbeli állapot, vagy egyéb okok miatt kénytelenek voltunk az eredetileg előírt étrendtől eltérni.

Tapasztalati tény az is, hogy hideg és nedves-ködös téli hónapok és a kora tavaszi hónapok azok, a melyekben a rachitis leginkább progrediál s ellenkezőleg a nyári hónapokban fokozatosan javul, sőt esetleg önként gyógyul. Az időjárás befolyását kizártuk azáltal, hogy az összes kísérleteket mind a november végétől márcziusig terjedő időszakban végeztük. A gyermekek javarészt ugyanazon körtemben ugyanazon ártalmaknak, temperaturának voltak kitéve, s ugyanazon ápolónőnek keze alatt lévén, a lakás- és ápolási viszonyok azonossága folytán az ebbeli változásokban, előnyökben, vagy hátrányokban egyformán osztoztak.

Elsősorban meg akartuk vizsgálni, s vizsgálataink által eldönteni azt, hogy vajon a phosphor egymagában tud-e a craniotabesre, illetőleg a rachitisre jó hatást gyakorolni s ha igen, vajon ez a hatás milyen arányban van a phosphoros csukamájolaj hatásával.

E célból a phosphort olajos oldat alakjában adagoltuk cseppekben a következő módon: Rp. Phosphori 0.01, Ol. Sesami 10.0 kétszer napjában 10 cseppet; szándékosan választottam ezt a régen általánosan használt formát, mert így a phosphor oldott állapotban kerülve a szervezetbe, tudom a biztos mértékét a felszívódásra kerülő phosphor mennyiségének. *Schabad*, ki az adagoláskor a phosphort pilulák alakjában vitte be a szervezetbe, azt hiszem, jobban tudta volna a szer felszívódását elősegíteni, ha szintén az olajos oldatot alkalmazta volna. Az olajos oldatoknál csak egyre kell ügyelnünk: hogy frissek legyenek, mert különben a phosphor mennyisége bennök kevesebb az előírásnál.

A tisztán phosphorral kezelt két eset a következő:

I. eset. E. P., 11 hónapos leány. Felvételtett 1913 december 8.-án. A szülők előadják, hogy mindig beteges volt. Luesre anamnesis nincsen. Jól fejlett, jól táplált, feltűnő halvány. Késsé fénylő talpak, kifejezett nyeregorr. A bőrfelület tiszta. Mirigyduzzanat nem konstatálható. A tüdő és szív a rendestől eltérőt nem mutat. A lép és a máj alsó széle a bordaív alatt egy harántujjal tapintható. A csontrendszer, kifejezett craniotabestől eltekintve, rachitises elváltozásokat nem mutat fel. A Wassermann-reactio negatív. A testsúly 5000 gr.

A kezelést azonnal megkezdjük 5-ször 200 gr. $\frac{2}{3}$ tej és 5% *Soxhlet*-féle tápcukor táplálék mellett, híg tejbe darát, levest, húst és kompot adunk, és naponta 2×10 csepp phosphorolajat.

A craniotabes nagysága 10.-én 398 négyzetet tett ki.

A gyermek türethően fejlődik s 18.-án a puha terület a lambdavarat táján 205 koczká-nagyságú volt csupán. December 27.-én a gyermeknek mérsékelt hőemelkedései vannak, e miatt vizsgálva egyéb nem konstatálható, mint a nagy kutacska erős előbottosulása. Fontanellapunctio, negatív eredmény, a melyet követő második napon 40.1 C° hőmérsék áll be és az egész galea élénkvörös, oedemás tapintatú. A daganat, az oedema, a pír 5 napos jeges kezelésre megszűnik s az ugyanakkor (január 2.-án) készült főkörtő vetületén a craniotabes nagysága 531 négyzetet foglalt el.

A phlegmonés folyamatot követő két héten a gyermek szépen fejlődött, a craniotabes sem nem fogyott, sem nem nőtt s január 22.-én a gyermek súlya a 6300 gr.-ot meghaladta. Ekkor egy mérsékelt erősségű varicella áll be, a melynek folyamán a craniotabes (február 2.-án) 531 négyzetet ér el, hogy február 13.-án 552 négyzetnyi nagyságúvá növekedjék. E napon a gyermeket anyja otthoni ápolásba veszi s így a gyermek a további megfigyelés alól kikerül.

II. eset. G. R., 8 hónapos leánygyermek. Felvételtett 1914 január hó 8.-án.

Szülei állítólág egészségesek, luesre támpont nincsen. Gyengén fejlett és táplált, rendkívül halvány leánygyermek. A bőrfelület tiszta, mirigyültengések nem tapinthatók. Az izomzat satnya, pastosus külső. A csontrendszeren a csaknem az egész occipitalis tájt elfoglaló és a parietalis régiókra is reáterjedő craniotabesen kívül rachitises elváltozás nincsen. A gyermek nyugtalan, gyakran sír s ilyenkor elkékül, teljesen elalél igen erős laryngospasmusra folytán. Fokozott reflexingerlékenység, a facialis-reflexek igen élénkek. A szervekben egyébként eltérést nem konstatálunk. Villamos ingerlékenység: kathodnyitási rángás 1. A rend-

kívül erős és nagyszámú laryngospasmusos roham enyhítésére január 28.-ától fogva 2-0 gr. bromcalciumot, majd február 1.-étől 3 gr. bromcalciumot és napjában 2-szer 10 csepp phosphorolajat adagolunk. Étrend 1 liter teljes tej, hús, főzelék, kompót, tejbe dara.

Február 2.-án. A craniotabes nagysága 1763 négyszöget tett ki. A kathod nyitási rángás 1-4 és e status a január 7.-én bekövetkezett, meglehetősen súlyos pharyngitis és bronchitis lefolyására a következőleg változott: a számra és intenzitásra megfogott laryngospasmusos rohamok újra sürűbben és súlyosabban jelentkeznek, a kathodnyitási rángás 0-8, a craniotabes ellenben kevésbé kifejezett és területe 942 négyszöget foglal el. (1914 február 10.-én.)

Február 17.-én a craniotabes területe 632 négyszög. A villamos ingerlékenység lecsökkent 2-6-ra, majd 3-2-re.

Február 21-27.-éig enyhébb varicella, a melynek daczára a villamos ingerlékenység 3-8-ra száll le és a craniotabes 450 négyszögre fogy le. (1914 február 26.-i status!)

Márczius 7.-étől márczius 13.-áig véres, igen kiterjedt makacs nátha (diphtheria). A craniotabes (márczius 7) 298 négyszögre olvadt le. A villamos ingerlékenység 4-6, illetve 5.

Márczius 16.-án 5 alatti villamos ingerlékenység és 229 négyszög nagyságú craniotabessal a gyermeket ápolásra kiadjuk, phosphoros csukamájolajjal folytatva a kezelést.

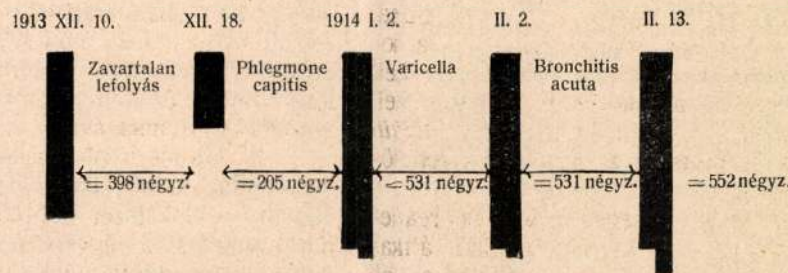
December 9.-én a csontrendszer enyhébb craniotabesen (278 négyszetterület) kívül elváltozást nem mutat. A táplálékot megváltoztatjuk: 5-ször 160 $\frac{2}{3}$ -tejet adunk a gyermeknek. December 28.-áig enyhe hőemelkedéssel járó nátha; a december 9.-én megkezdett 2-szer 10 csepp phosphorolajra a craniotabes területe december 26.-án 186 négyszet. Január 2.-ától 9.-éig igen erős fokú és egész 40°-ig emelkedő hőemelkedésekkel járó varicella, a mely után daczára a folytonos kezelésnek, a craniotabes hatalmasan (kétszeresére) emelkedett, területe 1914 január 16.-án 386 négyszet. Daczára a zavartalan lefolyásnak és a jónak mondható táplálkozásnak, a craniotabes területe napról-napra növekszik és január 26.-án 606 négyszetnyi területet foglal el. A további lefolyás alatt egy enyhébb egyensúlyzavar, ennek daczára a craniotabes területe 325 négyszetre ment vissza. Minthogy az ekkor jelentkezett furunculosis, lázas állapot és rossz súlyviszonyok mellett a craniotabes területe növekedőben volt (február 18.-án 430 négyszet), a phosphorolaját elhagyva, 2-szer 5-0 gr. napi phosphoros csukamájolajra² térünk át. Febr. 26.-án a craniotabes területe 319 négyszet, ekkor védhímlőoltást végzünk és márczius 5.-én a jól kifejtett védhímlőoltási hólyagok mellett 382 négyszet nagyságú craniotabest találunk. Márczius 14.-én a craniotabes területe 210 négyszetre süllyedt és a gyermeket jó állapotban, jó arcszín és fejlődés jeleivel adjuk ki magánápolásba.

IV. eset. Cz. E., 4 $\frac{1}{2}$ hónapos fiú. Felvételtett 1914 január 3.-án.

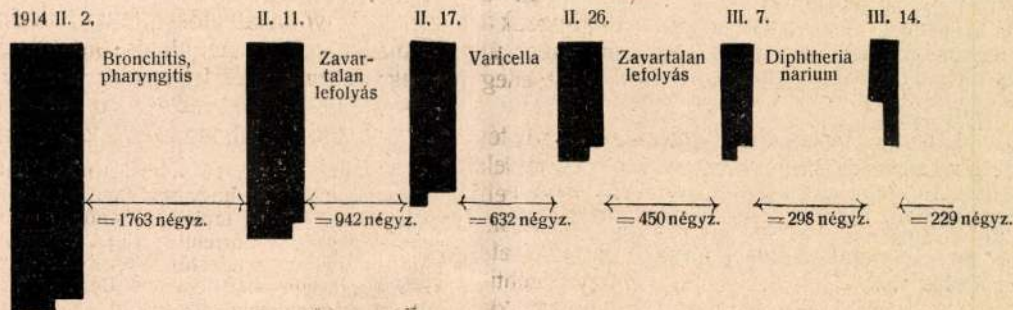
I. tábla.

Phosphorolajjal kezelt 2 eset craniotabes táblázata. I. eset tisztán phosphorolaj, II. eset phosphorolaj + bromcalcium-kezelés.

I. eset. E. P. 11 hónapos leánygyermek.



II. eset. G. R. 8 hónapos leánygyermek.



Lépték: 1 berajzolt négyszet = a valóságban 20 négyszettel.

A mint az előbbi kórtörténetekből és az I. tábla sémás rajzaiból látjuk, az egyedül adott phosphorolaj az első esetben rövid ideig tartó zavartalan lefolyás alatt a craniotabesnek 8 nap alatt tetemes megkisebbedését tudta okozni, de a beállott infectiók sorozata annak excessiv gyors rosszabbodását váltotta ki és végre is 9 $\frac{1}{2}$ heti phosphorolajkezelésnek úgyszólván semmi hatása sem volt, sőt a craniotabes nagysága az elbocsátáskor a felvételtkor mért craniotabes nagyságához viszonyítva $\frac{1}{3}$ -dal való növekedést mutatott.

A második esetben kénytelenek voltunk a phosphorolajcseppek mellett a megbetegedés elejétől fogva bromcalciumot adagolni. Ebben az esetben a javulás, daczára az itt is bekövetkezett infectióknak, kimutatható, bár lassu volt és a kezelés ideje alatt (40 nap) a craniotabes éppen egyhatedére ment vissza.

A következő esetek azok, a melyekben a phosphorolaj cseppkezelését utólag a phosphoros csukamájolajjal folytattuk.

III. eset. St. M., 4 hónapos leány. Felvételtett 1913 augusztus 13.-án. (Mint 2700 gr.-os koraszülött, icterus neonatorum.) Felvételtkor soor és catarrhus bronchialis, blennorrhoea umbilicalis. Táplálékul fehérjetejet kap 3-5% cukorral. Közben egy erősebb súlyesséssel járó enterális folyamat, a mely miatt gyakori kis adagokra kell fognunk a gyermeket. Augusztus 24.-étől elhúzódó mastitis és paronychia. Utána zavartalan lefolyás egész december 9.-éig, az észlelésünk kezdetéig, ekkor a testsúly 4140 gr. (Gyarapodott tehát 1440 gr.-ot.)

A gyermek már hosszabb idő óta kezeltetett a gyermekmenhelyen különféle enterális és parenteralis zavarok miatt.

Jól fejlett, de rendkívül halvány fiú, hypotoniás izomzat és gyengén fejlett zsírpárna. Mirigyduzzanat nem mutatható ki. Igen erős craniotabes (562 négyszet), kifejezett olvasó és mindkét térdizület duzzanata konstataálható. Nagy tonsillák. Egyébként eltérést nem találunk a rendestől. Táplálékul 5-ször 180 $\frac{2}{3}$ -tejet írunk elő és napjában kétszer 10 csepp phosphorolaját.

A gyermek kezdetben jól fejlődik. Január 19-27. éig közepes súlyosságú, de kiterjedt varicella folyt le 38° körüli lázakkal. Január 29.-én a craniotabes nagysága 908 négyszetet tett ki. Ugyanekkor a villamos érzékenység, a mely eddig a rendes ingerlékenység kereteiben mozgott, fokozódott és 2-3 között ingadozott. Február 6.-ától február 14.-éig igen makacs, 40° hőmérsékkel járó véres savós nátha. Február 11.-én a villamos érzékenység 3; a craniotabes nagysága 730 négyszetnyi területet foglal el. A phosphorolaját elhagytuk és helyette naponta 2-szer 5-0 gr. phosphoros csukamájolaját adagoltunk. (Február 17.) Február 18.-án a craniotabes felülete 592 négyszet, villamos érzékenység 4. Zavartalan lefolyás jó súlyemelkedés mellett a craniotabes 266 négyszetre megy vissza február 26.-ára, s a villamos érzékenység 4 és 5 között van. Márczius 4-10.-éig bronchitis és súlyos furunculosis 39° körüli hőmérsékekkel, súlyos és nincs. A villamos érzékenység 5 s e ponton marad végig. A craniotabes nagysága 371 négyszetet tesz ki. (Márczius 7.-én.) A furunculosis fennáll és márczius 14.-én a craniotabes területe még mindig 372 körül mozog, hogy márczius 23.-án 168 négyszetre olvadjon le teljesen zavartalan lefolyás mellett. A gyermeket

² A phosphoros csukamájolaját a rendes recipe szerint: Phosphori 0.01, Ol. Jecoris Aselli 100.0 arányban adagoltuk.

jó táplálkozási viszonyok mellett, ép bőrfelülettel, kis fokú craniotabesével egészségesen s jó színekkel adjuk ki márczius 24.-én ápolásba.

V. eset. J. R. 6 $\frac{3}{4}$ hónapos fiú. Felvételt 1914 január 28.-án.

Jól fejlett, túltáplált, halvány, hatalmas zsírpárnájú pastosus gyermek. Tátonyó, csaknem tallérnagyságú nagy kutacska, tátonyó varratok. Az occipitalis régió igen nagy kiterjedésű, 897 négyzet területét elfoglaló craniotabes elváltozás, a mely nyomásra érzékeny és a mely felett a hajzat lekopott. A többi szervek felett elváltozás nem konstatalható. A facialis-phaenomen ki nem váltható. A reflexek rendesek, a villamos ingerlékenység 5.

Táplálék 5-ször 200 $\frac{2}{3}$ -tejj és leves, főzelék, kompót, darából áll. 2-szer napjában 10 csepp phosphorolaját kap.

Az első időkben folytonos nátha és hörghurut. A villamos ingerlékenység állandóan növekszik és már február 9.-én 2-6-re emelkedett. Február 15.-étől kezdve véres-savós álhártyás nátha (diphtheria narium) magas lázzal, súlyosléssel. Február 17.-én a craniotabes nagysága 745 négyzet, villamos ingerlékenység 2-6. Február 26.-án 3-4 villamos ingerlékenység mellett a craniotabes területe 310 négyzetet tesz ki. Mivel az állandó makacs orrfolyás és folytonos súlyoslések miatt, és az állandóan magas villamos érzékenység mellett félős volt a craniotabes és rachitis elhatalmasodása, a phosphorolaját elhagyjuk és helyette naponta 2-szer 5-0 gramm phosphoros csukamájolajat adagolunk. A folyton fennálló orrfolyások ekkor bronchiolitis csatlakozik, február 14.-én a gyermeket anyja határozott kívánságára 284 négyzetterületű craniotabesszel, 4 és 5 közötti villamos érzékenységgel bocsátjuk el.

VI. eset. P. Ch. 4 $\frac{1}{2}$ hónapos leány. Felvételt 1913 december 6.-án. Jól fejlett, túltáplált halvány gyermek, igen fejlett zsírpárnával. A csontrendszeren mindenütt rachitises elváltozások, nevezetesen kifejezett, 507 négyzetterülettel bíró craniotabes, megvastagodott radius és ulnávégek, kifejezett olvasó. Mirigymegnagyobbodás nincs. Luesre anamnesis és klinikai tünetek nincsen. A Wassermann-reactio negativ. A szervek felett negativ lelet. A reflexek rendesek, a villamos ingerlékenység 5 alatti. December 14-23.-áig jellegzetes tünetekkel járó rubeola alacsony lázzal. December 31.-étől 1914 január 8.-áig intoxicatio alimentaris; az eddig 5-ször 200 $\frac{2}{3}$ -tejet elhagyva, kis adag fehérjetej + 3% cukorra térünk át. A phosphorolaját tovább adagoljuk. A craniotabes nagysága 717 négyzet területét fedti 1914 január 8.-án. Január 20.-áig zavartalan javulás, ekkor a craniotabes nagysága 769 négyzetet tesz ki. Január 23.-ától 30.-áig erős nátha, majd kifejezett bronchopneumonia, időközben a táplálék ismét 5-ször 200 $\frac{2}{3}$ -tejj. Február 2.-án a craniotabes területe 1115 négyzetet fed. Február 9-16.-áig mérsékelt tünetekkel járó varicella, a craniotabes területe ekkor 1207 négyzet nagyságúra nőtt. A phosphorolaját elhagyjuk és phosphoros csukamájolajból 2-szer 5-0 gr. naponta rendelünk. Zavartalan lefolyás február 27.-éig, ekkor a craniotabes területe 461 négyzetet tesz ki. Márczius első napjaiban erős bronchitis (márczius 7.-én) és kiterjedt furunculosis, a craniotabes területe 646 négyzetet fed. A furunculosis enged s márczius 13.-án a craniotabes ismét 449 négyzet nagyságúra ment vissza. A furunculosis ezután ismét növekedve és terjedve, typusos anaemia splenica infantummal szövődik, s az általános állapot gyors rosszabbodásával a craniotabes nagysága 824 négyzetre emelkedik márczius 22.-én. A tünetek folytonosan rosszabbodván, salvarsan injicálására határozzuk el magunkat. Márczius 31.-én általános rossz közérzet és állapot közepette a craniotabes területét 887 négyzetre növekedve találjuk. Kezelés alatt áll a mai napig (1914 április 15.)

VII. eset. G. E. 6 hónapos leánygyermek. Felvételt 1913 december 31.-én. Behozatalakor a nevelő szülő előadja, hogy a gyermek hosszabb ideje hány, táplálkozási zavarban szenved, nem gyarapodik. Gyengén fejlett és táplált sápadt gyermek. Gyengén fejlett izomzat, sátnya zsírpárna. Az összes nyirokmirigyek megnagyobbodottak. A csontrendszer kifejezett craniotabesben kívül (710 négyzetterületet foglal el) rachitis egyéb jeleit nem mutatja. A többi szerv felett a rendestől eltérés ki nem mutatható. Az anamnesis értelmében a gyermeket fehérjetejre (3%, illetve 5% cukorral) helyezzük és 2-szer napjában 10 csepp phosphorolaját adagolunk. A villamos ingerlékenység igen magas: 1 és 2 között van. Facialis-phaenomen ki nem váltható. Kezdetben a gyermek jól fejlődik és a villamos ingerlékenység is leszáll, február 26.-án már 4-4 csupán. Január 28.-án 38-39 közti lázzal járó igen erős varicella-eruptio. Január 29.-én a craniotabes felülete 429 négyzet. A varicella-eruptiót egyensúlyzavar követi, erre 330 gr. súlyesés áll be, rossz székek s elégtelen táplálkozás mellett. A diétán nem változtatunk. Február 11.-én 322 négyzetnyi craniotabes mellett a villamos ingerlékenységnek 3-ra való emelkedését tapasztaljuk. Február 8.-ától február 15.-éig makacs nátha s a február 17.-én végzett craniotabes-felvétel a csontpuhulás progressióját tünteti fel, a mennyiben a craniotabes területe 462 négyzet nagyságát fedte. A villamos ingerlékenység 4. Ekkor a gyermeket 2-szer 5-0 gr. phosphoros csukamájolajra fogjuk és 1-szer naponta híg tejbedarával emeljük a rendelt táplálék caloriamennyiségét. Február 26.-án a craniotabes területe 320 négyzetet tesz ki, a villamos ingerlékenység 5. Vaccinatio. Márczius 7.-én 340 négyzet nagyságát fedti a craniotabes, kifejezett oltási hólyagok, 38-4 hőmérsék, a villamos ingerlékenység 5 alatti. Márczius 14.-én a craniotabesnek 69 négyzetre való megkisebbedése mellett a gyermeket jó arczzsínnal és behozata óta körülbelül 1200 gr. súlyban való gyarapodással adjuk ki ápolásba.

A II. táblán sémás rajzokkal van érzéktve azon eseteknek csoportja, a melyekben a hosszabb-rövidebb ideig

tartó phosphorolaj-kezelést abban kellett hagynunk és a kezelést phosphoros csukamájolajjal fejeztük be.

A III. esetben (St. M.) a mérsékelt craniotabesben kezdetben rövid ideig tartó javulást láttunk phosphorolajra, a melyet azonban nemsokára igen erős remissio követett és végre is 70 napi gyógykezelés után a craniotabes $\frac{1}{7}$ -ével nagyobb területet mutatott, mint kezdetben. Az erre megindított és 27 napig tartó phosphoros csukamájolaj-kezelés alatt a craniotabes területe éppen a kezelés kezdetén való nagyságának a felét tette ki.

A IV. esetben a 36 napig tartó phosphorolajkezelés alatt a craniotabes területe $\frac{1}{3}$ -ával nőtt, míg a 40 napig tartó phosphoros csukamájolaj-kezelésre a craniotabes területe a kezelés alatt a kezelés előtti területnek $\frac{1}{4}$ -ét tette ki csupán. Az V. esetben a 17 napig tartó phosphorolajkezelést, a mely nem valami sok reménnyel kecsegtetett, a bekövetkezett orrdiphtheria miatt hagytuk abba és a 28 napig tartó phosphoros csukamájolajkezelésre a craniotabes eredeti területének $\frac{1}{3}$ -ára ment vissza.

A VI. esetben a phosphorolajnak 67 napig tartó adagolása alatt a craniotabes területe több mint kétszeresére emelkedett; a phosphoros csukamájolajnak megindított és hosszabb időn át alkalmazott adagolására a javulás kezdetben gyors volt, utána igen heves furunculosis folytán visszaesés következett be, de végeredményben a craniotabes terület kisebbedés folytán, az eredeti nagyságának csupán $\frac{1}{3}$ -át mutatta.

A VII. esetben 38 napi phosphorolaj adagolása mellett kezdetben gyors a javulás, a bekövetkezett infekciók után azonban rosszabbodás állott be s az ezt követő 28 napig tartó phosphoros csukamájolajos periodus a craniotabes területét eredeti nagyságának $\frac{1}{10}$ -ére tudta csökkenteni.

VIII. eset. B. B. 5 hónapos fiúgyermek. Felvételt 1913 november 5.-én.

Közepesen fejlett és táplált 37 cm. fejkörület és 58 cm. testhossz. Képes zsírpárna, sátnya izomzat. A csontrendszeren mérsékelt rachitises elváltozások, olvasó, kissé duzzadt epiphysis-végek. Az occipitalis koponyarészlet hajzata erősen lekopott és a csontok igen nagy kiterjedésben hártvas tapintatúak. A szervek semmi eltérőt a rendestől nem mutatnak. A craniotabes területe 1030 négyzetet tesz ki.

Kezelés 2-szer 10 csepp phosphorolaj, táplálék 5-ször 180, majd 6-szor 160 $\frac{2}{3}$ -tejj. A villamos ingerlékenység 3-7.

Egész december 16.-áig zavartalan lefolyás, mérsékelt súlynövekedés, a craniotabes felénél kisebb területre (402 négyzet) zsugorodott. A villamos ingerlékenység 4-3. A gyermek rosszabbul táplálkozik, ezért 7-szer 130 $\frac{2}{3}$ -tejet és híg tejbedarát egyszer napjában rendelünk. 1914 január 6.-án a craniotabes területe ismét felére zsugorodott (249 négyzet), a villamos ingerlékenység nőtt: 3. Minthogy a gyermek nem hogy súlyban gyarapodott volna, hanem folyton vesz a súlyából, 4-szer 130 $\frac{2}{3}$ -tejj mellett 3-szor 130 Keller-féle maláta-leveskivonatot adunk táplálékul.

Január 20.-án 4-5 villamos ingerlékenység és 158 négyzet nagyságú craniotabes mellett a phosphorolajkezelést a gyermek étvágytalansága miatt elhagyjuk s helyette napi 15-0 gr. larosant nyújtunk. A gyermek súlyban kitünően gyarapszik, a villamos ingerlékenység és a craniotabes területe nem növekszik egész a február 4.-én bekövetkezett erős varicella-infectióig. Ekkortól fogva napról-napra emelkedik a villamos ingerlékenység, február 17.-én: 3-8, a craniotabes területe 680 (több mint négyszeresére nőtt 4 hét alatt!).

A gyermeket a larosan-adagolás helyett 2-szer 5-0 gr. phosphoros csukamájolajra fogjuk s már 1 hét alatt a craniotabesnek 298 négyzetre való csökkenését észleljük, ekkor a gyermeket anyja a megfigyelésünk elől elviszi.

IX. eset. J. R. 5 $\frac{1}{2}$ hónapos leánygyermek. Felvételt 1913 december 4.-én.

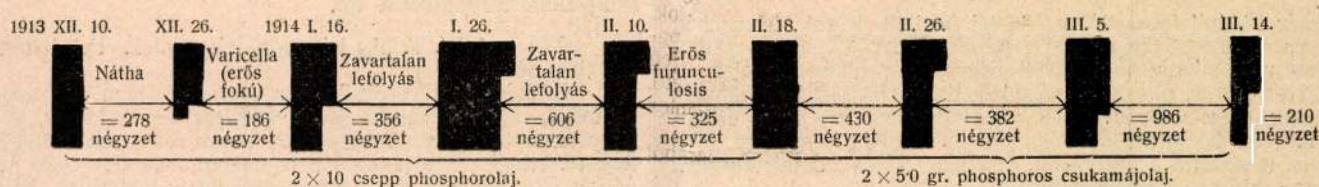
Jól fejlett, túltáplált, kövér, pastosus, halvány gyermek. Igen kifejezett zsírpárna. A csontrendszeren igen kifejezett craniotabesben kívül (641 négyzet nagyságú) rachitises elváltozás nem konstatalható. A villamos ingerlékenység 3-7. Egy ujjal a bordaíven alul tapintható lépén kívül egyéb szervi elváltozás nem állott fenn. Táplálékul 5-ször 160 fehérjetejet kap. Napjában 2-szer 10 csepp phosphorolaj. Már december 16.-án jól kitapintható kisebbedése a craniotabesnek (523 négyzet) vehető észre, a villamos ingerlékenység nem szállt alá. Január végétől 5-ször 180 fehérjetej 6% cukor táplálékhoz 10% lisztet adagolunk. A gyermek jól fejlődik és craniotabese 276 négyzetre csökkent. Nystagmus rotarius áll be. A villamos ingerlékenység 3-8 marad.

A január 19.-én beállott erős varicella-eruptiót követőleg a nystagmus és villamos ingerlékenység változatlanul fennáll, míg a craniotabes 633 négyzetre növekedett a január 23.-i méréskor. A phosphortherapia erősítésére erre 15 gr. larosant is adagolunk naponta, ennek dacára, bár a villamos ingerlékenység 5 alá szállt le, a craniotabes

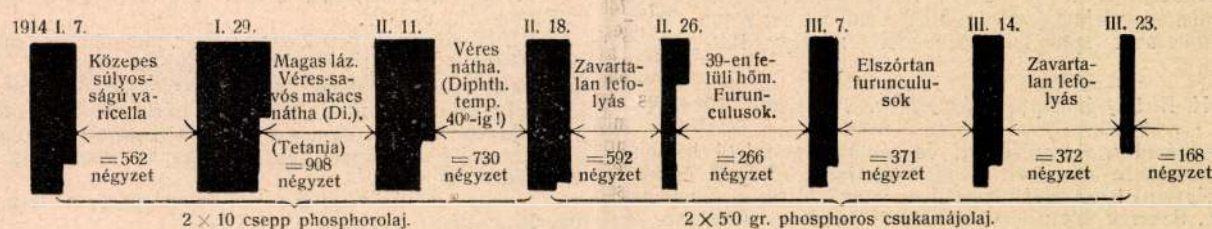
II. tábla.

Phosphorolajjal előkezelt, és phosphoros csukamájolajjal kezelt esetek.

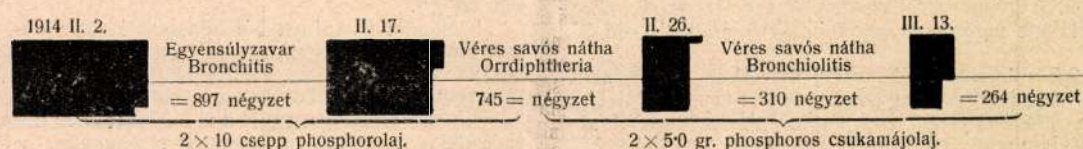
III. eset. St. M. 4 hónapos leánygyermek (koraszülött, felvétetett 1913 augusztus 13.-án.)



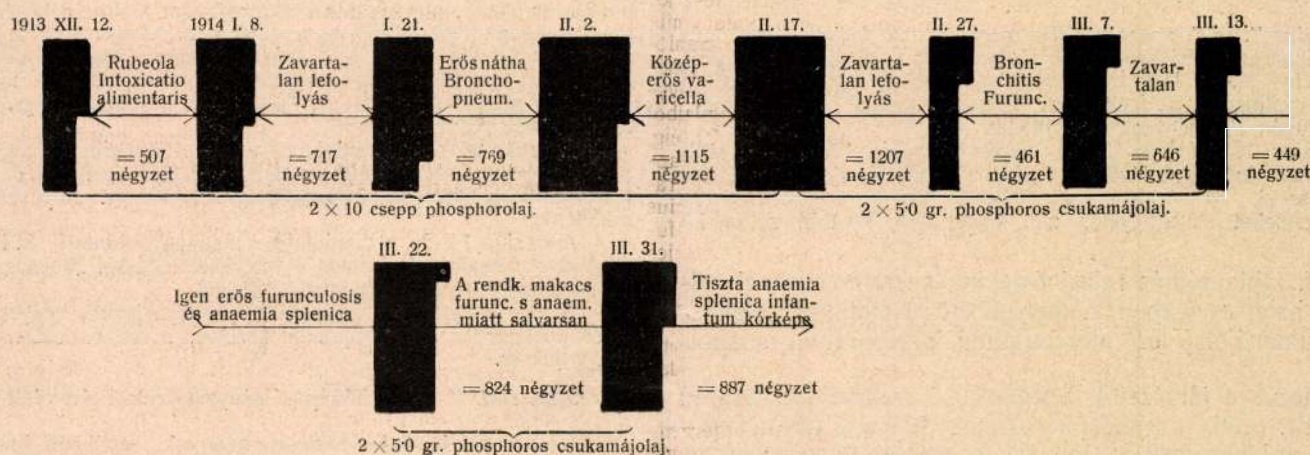
IV. eset. Cz. E. 4½ hónapos fiúgyermek. Felvétetett 1914 január 3.-án.



V. eset. J. R. 6¼ hónapos fiú. Felvétetett 1914 január 28.-án.



VI. eset. P. Ch. 4½ hónapos leány. Felvétetett 1913 december 6.-án.



VII. eset. G. E. 6 hónapos leánygyermek. Felvétetett 1913 december 31.-én



Lépték: 1 négyzet = a valóságban 20 négyzettel.

a gyermek rohamos súlygyarapodása ellenére február 2.-án 1185 négyzetre növekedett területet foglal el. Zavartalan lefolyás mellett február 18.-án 1007 területű craniotabes mellett a villamos ingerlékenység 3-8, a nystagmus fennáll. A gyermeket larosan- és phosphorolaj-terápiától elvonva napi 2-szer 5-0 gr. phosphoros csukamájolajra szorítjuk, s bár kezdetben a phosphoros csukamájolaj adagolása nehézségekbe ütközik, február 27.-én a craniotabes nagysága 739 négyzetre száll le, a villamos ingerlékenység 5. Daczára a végzett védhímlőoltásnak, a mely igen erősen fogamzott meg és a február 11.-étől 16.-áig tartó erős hőemelkedésekkel járó orrdiphtheriának, a craniotabes területe folyton kisebbedik: Március 7.-én 475, 14.-én 370, 22.-én 294 négyzetet tesz ki, 5 alatti villamos érzékenység, a nystagmus nem kijejezett. Elbocsátjuk.

X. eset. A. M. 5 hónapos fiú. Felvétetett 1913 november 9.-én.

Gyengén fejlett, halvány pastosus gyermek, felvételekor ideges

asthma és a bal szemén congenitalis glaukoma (hydropthalmus cong.). Enyhe hörghurut. Igen kiterjedt craniotabes, a mely 1250 négyzetet kitevő területével csaknem az egész occipitalis tájat elfoglalja. Mivel a gyermek egyensúlyzavart is szenvedett, 5-ször 120 gr. fehérje tej, 5% cukortáplálékra fogjuk és az ideges asthma miatt 2 gr. bromcalciumot kap. Az egyensúlyzavar megszűntével a bromcalcium adagolása mellett december 26.-ától napj. kétszer 10 csepp phosphorolaját is alkalmazunk. Január első napjaiban tetania, 2-5 villamos ingerlékenység, a mely folyton súlyos, s daczára a január 9.-én bekövetkezett calcium bromatum-elvonásnak, és a január 12.-étől 15.-éig tartó magas hőmérsékletekkel járó bronchopneumoniának, 5 alá száll le. A craniotabes nagysága 1270 négyzet (január 15.-én).

A gyermek január elejétől 200 gr. fehérjetejet kap napjában ötször.

Január 23.-ától ismét tetaniás rohamok, 2-4 villamos ingerlékenységgel. 31.-én még mindig 3-6—4 körüli villamos ingerlékenység mellett a craniotabes területe 1247 négyzetet tesz ki. A villamos ingerlékenység ezután 5 alá száll és többet onnan nem emelkedik fel.

Február 11.-én a craniotabes nagysága 1308 négyzet területét foglalja el.

Február 16.-ától fogva 900 gr. $\frac{2}{3}$ -tejjel mellett levest, húshachét, tejbedarát és kompótot irunk elő s mivel február 25.-én a craniotabes területe még mindig nagy (1208 négyzet), a phosphorolaját elhagyva, kétszer 5-0 gr. phosphoros csukamájolaj adagolására térünk át. Daczára annak, hogy védhímlőoltást végeztünk, a mely igen erősen fogamzott meg és hőemelkedésekkel járt és közben még egy több napos angina is zavarta a gyermeket, márczius 14.-én a craniotabesnek 485 négyzetre való csökkenését látjuk.

A márczius 18.-án végzett glaucomaellenes operatio daczára a gyermek jól fejlődik, az 585 négyzet-területtel bíró craniotabese ismét növekedik és márczius 31.-én 668 négyzet nagyságot mutat. Ettől fogva a csukamájolaj mellett calcium lacticum-adagolásra fogtuk s ma, április 15.-én, a craniotabes igen megkisebbedett, mintegy 100 négyzet nagyságú.

XI. eset. H. B. 5½ hónapos fiúgyermek. Felvétetett 1914 február 1.-én.

Erősen hypotoniás, rosszul fejlett és táplált, rendkívül halvány gyermek. Csontrendszere mérsékelt olvasón és igen kiterjedt craniotabesen (1148 négyzet) kívül elváltozást nem mutat. Mirigyei nem nagyobbodtak meg. Szervek felett semmi eltérés nem konstatalható. A gyermek igen nyugtalan, fokozott mély reflexek. A facialisreflex kiváltható. A villamos érzékenység igen felfokozott: 2-2, a mely időnként azonban 1 alá is emelkedik. Táplálékul 5-ször 180 $\frac{2}{3}$ -tejet rendelünk. Spasmophiliás rohamok. A gyógyszerül rendelt 2-szer 10 csepp phosphorolaj daczára a villamos ingerlékenység február 6.-án 1, 10.-én 3-4, 13.-án 1-6.

Február 18.-án 2-2 villamos érzékenység, mérsékelt hőemelkedésekkel járó bronchitis, craniotabes nagysága: 990 négyzet. Mivel a csaknem 3 heti kezelés eredménytelen és a spasmophiliás rohamok sem számban, sem intenzitásában nem csökkentek, 2-szer 5-0 phosphorolaj adagolunk 2-0 gr. calcium bromatummal.

Február 26.-án a spasmophiliás rohamok szünőfélben. Craniotabes nagysága 372 négyzet. A villamos ingerlékenység 3 és 4 között van.

Márczius 7.-én A spasmophilia megszűnt. A facialis-tünet még positiv, a villamos ingerlékenység 4. Craniotabes nagysága 161 négyzet.

Márczius 21.-én. Daczára a helylyel-közzel 40°-ig emelkedő lázzal járó cystitisnek, az igen nagy súlyos és mellett a craniotabes nagysága csupán 176 négyzetre emelkedik.

Márczius 18.-ától 31.-éig az összes súlyos 750 gr. Cystitis (coli!) súlyosan és magas lázzal fennáll. Craniotabes nagysága 480 négyzetet tesz ki.

A gyermeket a megfigyelés alól elbocsátva, további sorsa ismeretlen.

A III. tábla sémás rajzai érzékitik a craniotabesnek elváltozását azon esetekben, a melyekben phosphorolaj, phosphoros csukamájolaj és mésztartalmú praeparatum adagolattott.

Elemezve e táblázatot, a következő eredményre jutunk:

A VIII. esetben a phosphorolajnak 39 napig tartó adagolására a craniotabesnek $\frac{1}{7}$ -re való leolvadása következett be, a javulást azonban a bekövetkezett varicella, daczára a calciumtartalmú larosannak 27 napon át való adagolására, hatalmas rosszabbodással lerontotta. Phosphoros csukamájolaj adagolására a gyermek craniotabese rohamosan kisebbedett.

A IX. esetben az 55 napig tartó phosphorolaj-kezelés kezdetben javulást, később ismét rosszabbodást eredményezett, úgy hogy a periodus végén ott voltunk, a hol elkezdettük a therapiát. A bevezetett phosphoros csukamájolaj + larosantherapia a II. periodusnak 26 napja alatt a kezdeti rosszabbodás után javulást eredményezett, hogy a III. tisztán csukamájolajos periodusban 24 nap alatt oly javulás álljon be, daczára a diphtheriás infectionnak, hogy a craniotabes eredeti nagyságának $\frac{2}{5}$ -ére zsugorodott.

A X. esetben a 72 napig tartó phosphorolaj-kezelés semmit sem változtatott a craniotabes nagyságán, daczára a phosphorolajjal kombináltan adagolt calcium bromatumnak, ellenben a phosphoros csukamájolajnak 34 napon át való adagolására a craniotabes, daczára a védhímlőoltásnak, glaucomaellenes operatióknak, nagyságának a felére ment vissza.

A XI. esetben a rövid ideig tartó (8 nap) phosphorolajkezelésben a laryngospasmusos rohamok változást nem nagyon mutattak és mivel igen gyakran és hevesen következtek be, kénytelenek voltunk a calcium bromatum és phosphoros csukamájolaj kombinált therapiáját alkalmazni, a mely

alatt a javulás rohamos, de egy bekövetkezett igen heves és nagy lázzal járó pyelocystitis nyomán rohamos rosszabbodás állott be, s végre a javulás folyamán a craniotabes 41 napi gyógykezelés után felére ment vissza. A teljes gyógyulás még nem következett be.

XII. eset. W. T. 5½ hónapos fiúgyermek. Felvétetett 1913 december 24.-én.

Szülei egészségesek. Lueses anamnesis nem mutatható ki. Nagy, pastosus, sápadt, túltáplált gyermek. Kissé fényes talpak, kevésbé meg-nagyobbodott cubitalis mirigyek. A csontrendszeren mérsékelt craniotabestől eltekintve, elváltozás nem tapasztalható. A tüdő és a szív ép. A máj és a lép alsó széle éppen csak hogy tapintható. Kissé fokozott reflexek. Villamos ingerlékenység 3-6. Craniotabes területe 282 négyszög. A Wassermann-reactio negativ.

A gyermek tápláléka 5-ször 180 $\frac{2}{3}$ -tejjel, hig tejbedara egyszer napjában, 5% cukor.

1914 január 2.-ától 2-szer 5-0 gr. phosphoros csukamájolaját kap.

1914 január 10.-én a craniotabes 282 négyszög, a villamos ingerlékenység 3-6, a táplálékot emeljük 5-ször 200 $\frac{2}{3}$ -tejre. 5% cukorral 1-szer tejbedarával, s 11.-étől 1-szer húslevest is nyújtunk neki.

Január 15.-étől 22.-éig mérsékelt lázzal járó nátha. Január 22.-éig a villamos ingerlékenység leszáll 4-8-ra, a craniotabes nem változott: 279 négyszög.

Január 27.-én a craniotabes 58 négyszöget tesz ki, a villamos ingerlékenység a normalisra száll le.

Január 8.-án craniotabesnek *nyoma sincs*.

XIII. eset. A. P. 5 hónapos fiúgyermek. Felvétetett 1913 október 13.-án.

Rendkívül satnya hét hónapos koraszülött, a kit 2 hetes korától couveuseben tartottunk. A gyermek lueses tüneteket nem mutatott. Lueses anamnesis sincsen. Jól fejlődött egész február elejéig s súlyban is jól ment előre. Ekkor kezdett nála kezdetben csak varratlágulással, később mindinkább nagyobbodó területen érezhető craniotabeses elváltozásokkal a rachitis nyilvánulni. Ugyanekkor a bordákon kifejezett olvasó. Tápláléka kezdetől fogva fehérjetej volt, különböző czukormennyiségekkel, január 17.-étől 10% lisztel vegyítve.

Február 15.-étől tejebe darát és 5-ször 160 $\frac{2}{3}$ -tejet kap s napjában 2-szer 5-0 gr. phosphoros csukamájolaját. Február 17.-én a craniotabes nagysága 1353 négyszög területű volt. A gyermek a csukamájolaját nem szívesen veszi és a székletek száma nagyobbodik és kissé nyálkásakká lesznek, ennek daczára emeljük a táplálék mennyiségét 4-szer 200 gr. + 1-szer 100 gr. $\frac{2}{3}$ -tejre, a melyhez 100 gr. hig tejbedara jön még délben.

Február 26.-án a craniotabes területe 680 négyzet nagyságú.

Márczius 5.-étől 9.-éig magas, egész 39-40-ig felmenő, anginával és bronchitissal járó grippes megbetegedés, 400 gr. súlyosással, rossz székletekkel.

Márczius 14.-én a craniotabes meg-nagyobbodott, 801 négyzetet foglal el s a beállott javulással és súlyemelkedéssel 228 négyzetnyi területre zsugorodik össze (márczius 23.-án).

A gyermeket, mivel állapota rohamosan javult, vegyes táplálékkal és phosphoros csukamájolajjal kezelve, a reconvalescensek ápolásába adjuk ki.

XIV. eset. C. W. 7 hónapos leánygyermek. Felvétetett 1913 márczius 2.-án.

Rendesen fejlett, de pastosus gyermek, rendkívül halvány bőrszínnel. A bőrön elváltozás nem konstatalható, csupán a jobb otorrhoeás fülnek megfelelőleg eczema. Lueses anamnesis sincsen. A Wassermann-reactio negativ. A mirigyek nem tapinthatók, kifejezett olvasó és nagy-kiterjedésű craniotabes. A szervekben semmi eltérés nem konstatalható. A gyermek sírás közben laryngospasmusos rohamot kap s a rohamok száma igen nagy, köztük rendkívül hosszasan tartó és igen intenzív rohamokat konstatalhatunk. Fokozott mély reflexek, könnyen kiváltható facialis-phaenomen. Villamos ingerlékenység 1-5. Craniotabes nagysága 1224 négyzet. A gyermek 5-ször 180 $\frac{2}{3}$ -tejet kap táplálékul és napjában 2-szer 5 gr. phosphoros csukamájolaját.

Mint hogy a kórházi ápolás első napjaiban állandóan napi 15—20 gégegörcsös rohamot észlelünk és ezek egynémelyike 10—15 másodpercig is eltart, 2 gr. calcium bromatumot adunk naponként s mivel a rohamok erre sem enyhülnek, márczius 12.-én az adagot napi 3-0 gr.-ra emeljük s e mellett a phosphoros csukamájolaját tovább adagoljuk.

Márczius 13.-án a villamos ingerlékenység 3-8-ra szállott le és a craniotabes területe 640 négyzetet tesz ki.

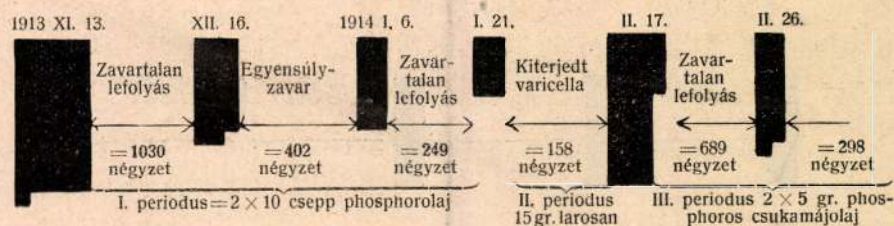
Márczius 16.-án a calcium bromatum adagját leszálítva 2 gr.-ra, a rohamok gyűrűlése mellett a villamos ingerlékenység is folyton kevesbedik s márczius 22.-én 4-8-ra száll alá, míg a craniotabes 342 négyzetnyi területtel bír csupán. Erre a calcium bromatumot 1-0 gr.-ra szállítjuk le napjára és márczius 24.-én teljesen beszüntetjük az adagolását.

Márczius 26.-án a gyermek normalis villamos ingerlékenységgel és jó conditióban adatik ki ápolásba, miután már csaknem 2 hete laryngospasmusos rohamja nem volt. Facialisphaenomen negativ.

A IV. táblán látható rajzok sémásan érzékitik a craniotabesnek változását tisztán phosphoros csukamájolajjal, illetőleg csukamájolajjal és bromcalciummal kezelt esetekben.

III. tábla.

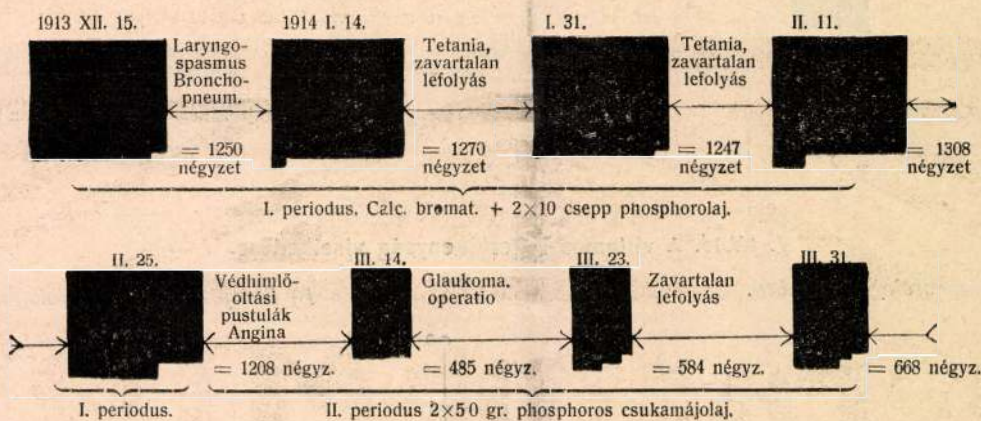
I. periodus phosphorolaj-kezelés, II. periodus larosan (Ca-só!), III. periodus phosphoros csukamájolaj
VIII. eset. B. B. 5 hónapos fiú.



I. periodus phosphorolaj-kezelés, II. periodus phosphorolaj + larosan, III. periodus phosphoros csukamájolaj.
IX. eset. I. R. 5½ hónapos leánygyermek.



I. periodus phosphorolaj + 2-0 gr. calc. bromatum pro die.
X. eset. A. M. 5 hónapos fiú.



I. periodus. 2 × 10 csepp phosphorolaj; II. periodus 2 gr. calc. bromat. + 10 gr. phosphoros csukamájolaj.
XI. eset. H. B. 5½ hónapos fiú.



Lépték: 1 koczká = a valóságban 20 koczkával,

A XII. esetben látjuk, hogy 37 nap alatt a craniotabes teljesen gyógyult, tisztán phosphoros csukamájolajtherapiára.

A XIII. esetben 34 napi phosphoros csukamájolajtherapiára a craniotabes $\frac{1}{5}$ -nél kisebbre ment vissza.

A XIV. esetben bromcalcium és phosphoros csukamájolajtherapiára 19 nap alatt $\frac{1}{4}$ -re ment vissza a craniotabes s a laryngospasmusos rohamok teljesen visszafejlődtek.

A phosphorolaj és phosphoros csukamájolaj közötti különbség és hatásfokban való megítélés szempontjából nem

csak a craniotabes és az általános viszonyok megfigyelése bir fontossággal, hanem a villamos ingerlékenység változásait is figyelemmel kell követnünk. Természetesen itt is ugyanazon cautelákkal kell eljárunk, mint a milyenekkel a craniotabes kiséreleteink alkalmával jártunk el. Finkelstein tapasztalatai e téren a következők: 32 gyermek közül 24-nél phosphoros csukamájolajra 2-3 hét múlva a laryngospasmus-rohamok teljesen megszűntek és a kathodnyitási rángás a rendes nagyságára sülyedt alá, míg 50 nem kezelt esetben a

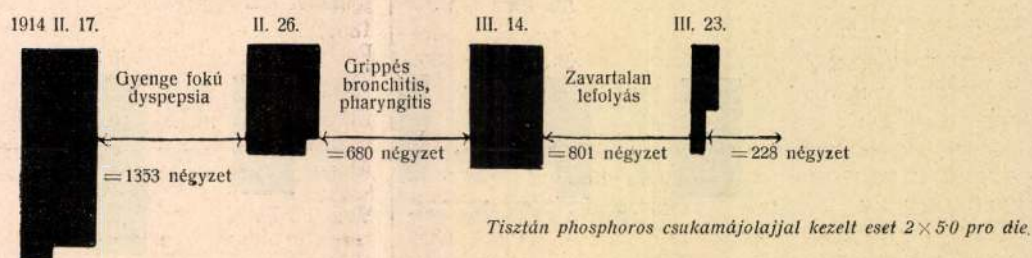
IV. tábla.

Phosporos csukamájolajjal kezelt 3 eset craniotabes táblázata.

XII. eset. W. T. 5½ hónapos fiú.



XIII. eset. A. P. 5 hónapos fiú (koraszülött).



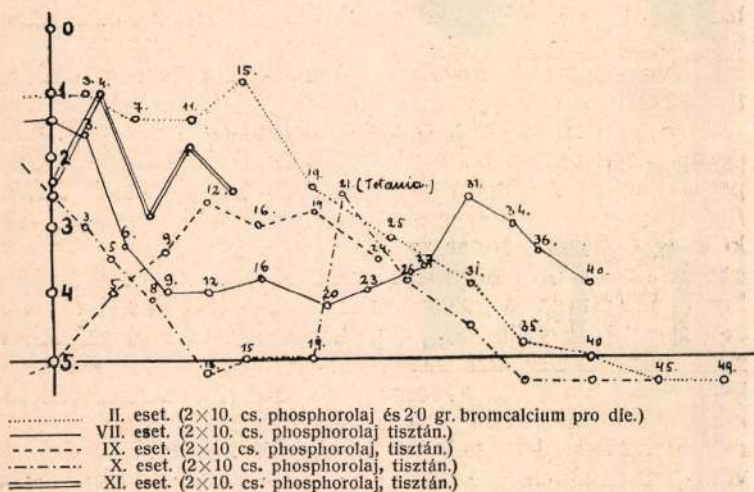
XIV. eset. C. W. 7 hónapos leány.



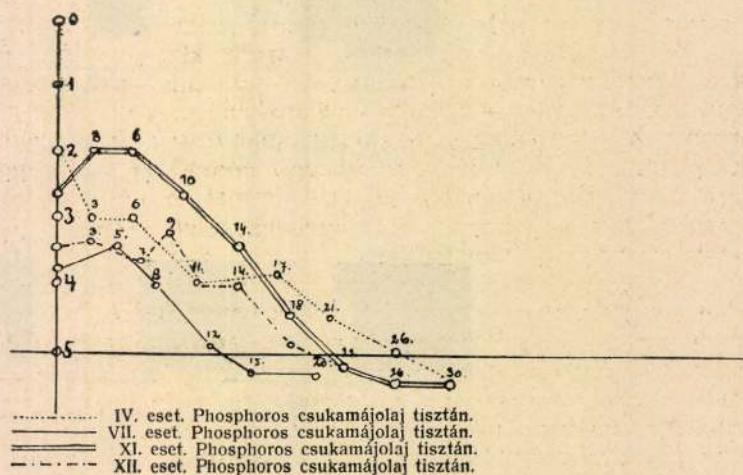
V. tábla. A villamos ingerlékenység viselkedése.

A) Phosphorolajjal szemben.

K, ny. rángás.



B) Phosporos csukamájolajjal szemben.



kathodnyitási rángás még mindig igen magas elektromos ingerlékenységi küszöböt tüntetett fel s jóformán változást nem mutatott. Finkelstein kísérletei a phosphorolajjal és phosphoros emulsiókkal azt mutatták, hogy ezek a tetaniát, laryngospasmust és a villamos ingerlékenységet nem befolyásolják a tiszta csukamájolaj is csak elvéve volt hatással a tünetekre. Rosenstern dolgozatában nagyszámú észleletei alapján kimu-

tatta, hogy a csukamájolaj nagy adagjai (25 gr. pro die) a spasmophiliát épp úgy mint a villamos ingerlékenységet 2-3 hét alatt gyógyítja, illetőleg leszállítja. Ugyanazon vizsgálati eljárást követve, mint Rosenstern és Finkelstein, a nervus medianusnak villamos ingerlésével az V. táblán lerajzolt eredményekhez jutottam.

A tábla értelmezéséhez hozzá kell fűznöm, hogy a bal-

oldali merőleges számok a milliamperek számát jelzik. Az egyes pontok felett látható arab számok a kezelés napját rögzítik.

A táblázat eredményei. A II. számú eset a táblázatban szerepel ugyan, de tekintettel arra, hogy, hogy ezen eset nem csupán phosphorolaját, hanem calcium bromatumot is kapott, ezen eset zsinórmértékül nem vehető. A VII. eset 40 napi kezelés dacára sem tért a rendes ingerlékenységre vissza, sőt kezelés közben rosszabbodást is mutatott. A IX. eset kezelés közben igen magas pathológiás értékeket tüntetett fel a 49 napos gyógykezelés alatt, holott a kezelés kezdetén csaknem normalis volt a villamos érzékenység. A X. eset 12 nap alatt a rendes villamos ingerlékenység határára megy vissza, utána rövidesen azonban (7 nap alatt) igen magas fokra emelkedik s csak a kezelés 35. napján tér ismét a rendes mértékére vissza. A XI. esetet nem volt soká alkamunk phosphorolaj-terápiával megfigyelni, a 14 napi megfigyelés alatt a villamos ingerlékenység hol nagyobb, hol kisebb volt, de mindig a pathológiai határok között.

Ha ellenben a B-táblázatot figyeljük meg, úgy azon 12–26 nap alatti phosphoros csukamájolaj-kezelésre a villamos ingerlékenységnek a rendes határra való leszállását minden esetben lépcsőzetes s meglehetősen meredek görbe alakjában látjuk érzékitve. A VI., XI. eset, melyek phosphorolajra gyógyulási tendenciát nem mutattak, phosphoros csukamájolajra 12, illetőleg 23 napra teljesen a normalisra csökkent villamos ingerlékenységet mutattak.

Összevetve tehát összes kísérleti tapasztalatainkat, a következő tanulságokat vonhatjuk le:

I. A rachitis gyógykezelésében a phosphorolaj³ nem teljesen megbízható gyógyszer, mert bár egyes esetekben a craniotabes nagyságát kétségtelenül befolyásolni tudja, végleges gyógyulást egyedül okozni 6–8 héten belül nem bír, sőt bekövetkezett infectiók esetén, adagolása dacára is, a rachitises tünetek fokozódnak.

II. A phosphorolaj cseppek alakjában adva, a villamos idegingerlékenységre állandó jó hatást, valamint tartós hatást nem tud gyakorolni.

III. Valamivel jobb hatását látjuk a phosphorolajcseppeknek, ha bromcalciummal együtt adjuk.

IV. Phosphoros csukamájolaj úgy a villamos ingerlékenységre, mint a rachitis tüneteire gyorsan hat, azokat aránylag rövid idő alatt gyógyítja s a bekövetkezett infectiók alatt sem látjuk a rachitises tüneteknek oly gyors haladását, ha a kezelést phosphoros csukamájolajjal folytatjuk, mintha a kezelés phosphorolajos cseppekkel történt volna.

A mint látjuk tehát, ezen egyszerű klinikai módszer által úgyszólván azonos eredményekre jutottunk, mint a legtöbb szerző s ha nem egészen fedik eredményeink pl. Schabad nézetét, ki a phosphoros csukamájolajnak egyedül hatást nem tulajdonít, és Schloss és Aschenheimer eredményeit, kik épp úgy, mint Schabad, az anyagcserevizsgálat controlját vették mérvadóknak, ez nem a methodusunk helytelenségét vagy pontatlanságát bizonyítja.

Még egy érdekes körülményre volnék bátor felhívni ezúttal a figyelmet: t. i. a rachitis és bizonyos infectiók közti összefüggésre. A véletlen úgy hozta magával, mint azt a fenti kórtörténetekből is láttuk, hogy az árvaházban egy meglehetősen kiterjedt varicella-járvány ütötte fel a fejét és éppen azon kórteremben tört ki leginkább, a melyben a kísérlet alatt álló gyermekek feküdtek. Azt tapasztaltuk, hogy a varicellás infectio a rachitis összes tüneteit praegnansabbá és súlyosabbá teszi és a bekövetkezett javulást a fertőzés kapcsán súlyos rosszabbodás váltja fel. Ugyanezt tapasztaltuk a gennyestő bacteriumok által okozott egyéb megbetegedésekben is (pyelocystitis, furunculosis). Kevésbé kifejezetten a bronchialis hurut és egyéb légzőszervi megbetegedés, valamint a gyomorbeltractus megbetegedése eseteiben. Régen ismerjük már azon összefüggést, a mely a rachitises szerve-

zet és a légzőszervi s egyéb infectiókkal szemben való csekély ellentállóképessége között fennáll s most talán egy más nézőpontból ítélve meg az infectiók szerepét, azt is lehetne állítanunk, hogy az infectiók a rachitis keletkezésékor a veleszületett dispositio jelenlétében mintegy kiváltó szerepet visznek. Ezen kérdés bizonyítása a jövő feladata lenne s nem lehetetlen, hogy felfogásaink ezáltal a rachitistről esetleg a jövőben tisztázottabbak lesznek.

Munkám befejeztével nem mulaszthatom el e helyen is őszinte köszönetemet kifejezni Finkelstein tanárnak szíves előzékenységeért, a melylyel anyagát minden irányban rendelkezésemre bocsátani sziveskedett.

Irodalom. E. Aschenheim: Über Kalkgehalt des Blutes bei rachitischen und nicht rachitischen Kindern etc. Jahrb. für Kinderheilk., 1914 április 1. — A. Baginsky: Zur Pathologie der Rachitis. Virchows Arch., 1882, 87. köt., 301. l. — Bohn: Diagnose Prognose und Therapie der Rachitis. Jahrb. für Kinderheilk., 1884, 22. köt. — Bókay J.: Bókay-Flesch. A gyermekorvoslás tankönyve. 1912, 511. oldal. — Finkelstein: cit. Rosenstern. — Kassowitz: Die Phosphorlebertheranbehandlung. Zeitschrift f. klin. Mediz., 1884, 7. köt. Prakt. Kinderheilk. Berlin, 1910, 17. Vorlesung. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 36. sz. Gesammelte Abhandlungen, 1914. — Pfandler: Rachitis: Feer. Lehrb. der Kinderkrankheiten. Über Kalkadsorption und Rachitistheorien. Wiener med. Wochenschrift, 1914, 30., 31., 32. sz. — Über die Elemente der Gewebsverkalkung und ihre Beziehung zur Rachitisfrage. Jahrb. für Kinderheilk., 1914, 60. köt. — J. Rosenstern: Zur Wirkung des Leberthrans auf Rachitis und spasmophile Diathese. Berl. klin. Wochenschrift, 1910, 18. sz. — Schabad: Zeitschr. f. klin. Mediz., 1909, 67. köt., 5.–6. füzet. — Zeitschrift f. klin. Mediz., 1913, 69. köt., 5.–6. füzet. — Zeitschrift f. klin. Mediz., 1909, 68. köt., 1.–2. füzet. — Jahrb. f. Kinderheilk., 1910, 1. füzet. Monatsschrift f. Kinderheilk., 1911, X. köt., 1. sz. — Seemann: Virchows Arch., 1879, 77. köt. — Szontagh: Jahrb. f. Kinderheilk., 1912, III. kiadás, VI. köt. — Spietscha: Jahrb. für Kinderheilk., 1904. — Stölzner: Pfandler-Schlossmann: Lehrb. f. Kinderheilkunde. — Unruh: Wiener med. Blätter, 1886. Behandlung der Rachitis durch Phosphor. — Wieland: Jahrb. f. Kinderheilk., 1908. — Zander: Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenese und Therapie der Rachitis. Virchows Archiv, 1881, 83. köt.

Közlés a nagyváradi m. kir. bábaképezdéből.

A hypophysiskivonatok alkalmazásáról a műtési esetek utókezelésében.

Irta: Konrád Jenő dr., igazgató-tanár.

A hypophysiskivonatok egy tulajdonságára akarom a figyelmet felhívni. Egy olyan tulajdonságára, melyet nézetem szerint még mindig nem méltányolnak annyira, a mennyire megérdemelné. Ez a tulajdonsága pedig az, hogy igen alkalmas a bél peristaltikájának megindítására, vagy a peristaltika fokozására.

Már Frankl-Hochwart és Fröhlich utalt erre állatkísérleti eredmények alapján.

Klotz volt az első, a ki a hypophysis-kivonatokat a peritonitisek okozta bélparalysis eseteiben alkalmazta, még pedig igen jó eredménnyel. Jaschke, ki — mint nálunk Bogdanovics — a hólyagműködésre való hatásában próbálta ki a hypophysis-kivonatokat, szintén megemlíti, hogy a hypophysis-kivonatok a bélperistaltikára is előnyös befolyást gyakorolnak és hogy a giesseni klinika mint általános tonicumot annyira megkedvelte, hogy az operált betegek utókezelésében nélkülözni ezentúl nem akarja. Az adrenalin fölött kétségtelenül előnnyel bír a hypophysiskivonat mint szívtonicum is, mert míg az adrenalin a vérnyomás emelése mellett a bélműködésre gátlólag hat, a hypophysiskivonatok hatása a vérnyomás fokozása mellett éppen ellenkező. Én főképp a bélműködést megindító hatására vizsgáltam ezen szert és főképpen a Richter-féle glanduitrint használtam.

Az első impulsust erre, melyből kifolyólag oda jutottam, hogy ma már minden operált betegnek rendszeresen meghatározott időközökben és mennyiségben adjuk a glanduitrin-injectiókat, egy makacs bélparalysis-eset adta. Egy osteomalaciás III.-P. nőn a harmadik hónapban terhes méh supravaginalis amputatióját (Faure szerint) és az adnexumok kiirtását végeztem. A műtét utáni harmadik napon bélparalysis kezdett kifejlődni, mely ellen a negyedik nap esteli 11 órá-

³ Rp.: Phosphori 0.01, Ol. Sesami 10.0. D. S. 2-szer 10 cseppet napjában.

jaig a szokásos eljárásokkal hiába küzdöttünk. A meteorismus nagy foka és az érverés rosszabb minősége a különben is igen gyenge nőbetegen már-már aggasztóvá tette a körképet. Ily körülmények között, mielőtt valamely újabb műtéti beavatkozásra készültünk volna, a Klotz ajánlta hypophysiskivonat-injectiókat kíséreltük meg.

A beteg a 4. napon este 11 órakor, az 5. napon d. e. 5 órakor és ugyanaz nap déli 12 órakor egy-egy 1 cm³-es glanduitrin-injectiót kapott.

A második glanduitrin-befecskendezés után az érverés minőségének javulása mellett, lassan bár, de észrevehető peristaltika indult meg, mely a 3. injectio után hirtelen igen erőssé és egyúttal igen fájdalmassá vált. Másfél órával a glanduitrin-befecskendezés után a bevezetett végbélcsövön át rendkívül vehemens módon rengeteg bélgáz ürült, úgy hogy 1—2 óra alatt a has egészen lapossá és puhává, a májtompulát újból normalisan percutálhatóvá vált. Ezzel egyidejűleg a pulsus és a közérzet valósággal mintegy villámcsapásra, lényegesen javult. Igaz, hogy a székelés megindítását ez esetben csak calomel adagolásával tudtuk elérni, de a meteorismus megszűnését a 3 injectióval mégis elértük. Ezen eset kapcsán határozottam el, hogy a glanduitrint mint peristalticumot rendszeresen és rendszeresen fogom minden műtét után alkalmazni.

A rendszer, melyet az első néhány eset észlelése alapján megállapítottam, a következő: Minden operált beteg közvetlenül a műtét befejezése után kapja az első injectiót és azután 6 óránkénti időközökben kap egy-egy 1 cm³-es glanduitrin-injectiót, a műtét utáni első 48 óra alatt. Ha a műtét utáni első 24 óra letelte után a glanduitrin-injectiók hatása nem mutatkozik, a szokásos eljárások (glycerinklysma, beöntés) igénybevétele következik.

Ezen rendszer szerint eddig 29 operált beteget kezeltünk.

Az esetek a következők:

Prolapsus-műtétek	5, eredmény: 4 positiv, 1 negativ.
Hasfali sérv műtete	2 " 2 " — "
Cysta vaginalis műtete	1 " 1 " — "
Carcinoma uteri (Wertheim)	8 " 6 " 2 "
Amputatio supravaginal. uteri (per laparot.)	1 " 1 " — "
Gravid. extrauterina (per laparot.)	3 " 3 " — "
Tumor adnex. + appendicitis (per lap.)	2 " 2 " — "
Tumor adnex. + retrofl. uteri (per lap.)	3 " 3 " — "
Retroflexio uteri + prolaps. vag. (per lap.)	2 " 2 " — "
Cysta ovarii intralig. + retrofl. uteri (per lap.)	1 " 1 negativ.
Cysta ovarii intralig. (per laparot.)	1 " 1 positiv.

Ezen kimutatásból kitűnik, hogy a hypophysiskivonat 25 esetben kielégítő hatással adagoltatott, azaz a bélgázok kiürülése az első 24 órán belül megindult. Rendszeren 20—22 órával a műtét befejezése után, de ismételtén jóval előbb is észleltük az első flatusok megindulását.

Négy esetben az eredmény nem volt kielégítő, tehát ez esetekben klysmák, beöntések is szükségessé váltak.

Számokban kifejezve, a hypophysiskivonatok hatásos volt 25 esetben = 86²/₁₀, hatástalan volt 4 esetben = 13⁸/₁₀.

A hatás egyenlőtlen intenzitását, vagy az esetleges hatástalanságot több okból lehet megérteni. Egyfelől a praeparatum, a mint az egyes czégek képviselői is mondják, eredeti hatóerejét csak 6—8 hónapig őrzi meg, azután már veszít hatékonyságából. Különösen kitűnik ez az utolsó műtéti esetünk utókezeléséből. Itt ugyanis egészen friss Richter-féle glanduitrint használtunk. Az eredmény a következő volt:

Az I. injectio 9 óra 10 perczkor d. e. közvetlenül a műtét befejezése után, a II. injectio 3 óra 10 perczkor d.

u. Már délután 5 óra 30 perczkor bő flatus, ürülés, melyet az este 10 óra 30 perczkor adott 3. injectio még csak fokozott úgy, hogy a végbélcső bevezetése is teljesen feleslegessé vált. A hypophysiskivonatok tartósságára valószínűleg befolyással van az ampullák készítésére használt üveg minősége is.

Az üveg nagyobb alkali- vagy silicat-tartalma kétségtelenül hátrányos befolyással van a készítmény állandóságára, a mennyire már ilyenfajta kivonatoknál állandóságról szó lehet.

Ugy értesültem, hogy a Parke-Davis, a Roche és a Richter czégek ennek tudatában is vannak és az ampullák készítéséhez használt üveganyag kiválasztására nagy gondot fordítanak.

A mennyire megítélhettem, a jelenleg forgalomban levő hypophysiskivonatok értéke körülbelül egyforma, talán a Parke-Davis „pituin”-je és a Richter-féle „glanduitrin” a legerősebbek, már nagyobb koncentrációjuknál fogva is.

Mindenesetre az üveg kérdését a szer készítésével foglalkozó czégeknek állandóan szem előtt kellene tartaniok. Ezenkívül jó volna az egyes dobozokon a szer készítésének idejét feltüntetni, mert így egy régebbi datumú praeparatumból mindjárt nagyobb adagot adhatunk, ha annak hatástalanságát, vagy feltűnő gyenge hatását látjuk.

Azt hiszem, hogy a hypophysiskivonat még más irányban is beválk: nem csak mint fájáskeltő, hanem mint a hólyag funkciójára, a bél peristaltikájára kedvező hatást gyakorló szer.

A hypophysiskivonat igen alkalmas, hogy pl. secacorninnal kombinálva súlyos atoniás vérzéseket igen gyorsan és biztosan megszüntessen. Mi a két szert olyképpen kombináljuk, hogy először 1 cm³ glanduitrint adunk és utána azonnal a secacornint injiciáljuk szintén 1, esetleg 2 cm³-nyi mennyiségben. A hatás igen gyorsan mutatkozik és tartama jóval hosszabb, mintha csak a secacornint vagy csak a glanduitrint használtuk volna. A Kehrler-klinika, mely éppen ezen kérdésekben ismert tekintély, körülbelül ugyanígy jár el és az eredményekkel szintén igen meg van elégedve. Szerintük ez érthető is a két szer hatásának módjából. A glanduitrin hatása igen gyorsan jelentkezik, hamar eléri a tetőfokot és azután bizonyos alacsonyabb fokra esve, ezen csökkent hatóerejét hosszú ideig megtartja. A secacornin hatása később jelentkezik, a hatás tetőpontján állandóbb, viszont ha erejét veszíteni kezdi, hirtelen és nagyot esik. Tehát a secacornin éppen a glanduitrinhatás csökkenésének kezdetén jelentkezve, a tonust megtartja, sőt fokozza, viszont a secacorninhatás vége felé az még nem szűnik meg oly hirtelen a glanduitrin mérsékelte, de állandó hatása következtében.

Ugyancsak előnyösnek találtam a glanduitrinnek a digalennal való kombinálását súlyos anaemiás egyénekben. Ugy látszik, hogy így kisebb adag digalennal bár, mégis hosszabb tartamú szívtonusozó hatást lehet elérni.

Ezen két irányban még folyik az anyag- és adatgyűjtés, melynek eredményeiről más alkalommal fogok beszámolni. Most csak előzetes jelentésül óhajtottam pár szóval megemlékezni ezen észlelésekről.

A peristaltinnal még jóval régebben kísérleteztem, de nem kaptam egyenletes és kielégítő eredményeket, pedig Brunn és Koch igen dicséri. Mivel az én ezirányú kevés számú kísérletem még 1911-ben történt, lehetséges, hogy az akkor még egészen új készítményt lényegesen javult állapotban hozzák azóta forgalomba. Érdekes volna a peristaltint is a glanduitrinrel kombinálva kipróbálni. A peristaltin állítólag gyorsabban hat, a glanduitrin pedig hosszabb ideig megőrzi a peristaltikát serkentő erejét és így lehetséges, hogy ily kombinált alkalmazással még jobb eredményeket fogunk elérhetni.

Valójában azt kell mondanom, hogy a glanduitrin ezen sok irányban előnyös hatásával megérdemli a Jaschke által használt „általános tonicum” dicsérő jelzőt és Jaschke-val együtt én is azt mondom, hogy a glanduitrint mint értékes, többféleképpen hasznos és megbízható szert az operált betegek utókezelésében nélkülözhetetlennek tartom.

Közlés a budapesti egyetemi gyermekklinikával kapcsolatos Stefánia-gyermekekórházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. tanár, udv. tan.)

A morbilli-exanthema jelentkezése a hajas fejbőrön.

Írta: Reisz Elek dr., klinikai segédorvos.

A mikor a Pfaundler-Schlossmann-féle nagy gyermekgyógyászat megjelent, R. Weigert¹ a következőket írta: „Mit szóljon az olvasó ahhoz, hogy olyan objectív tünetről, mint a minő a morbilli-exanthema initialis jelentkezése a hajas fejbőrön, két oly tapasztalt szerző, mint Bókay és Moser ellenkező véleményt hangoztat? Míg ugyanis Moser azt írja, hogy a kanyaró-exanthema legelőször a fej- és az arczregiónkon jelentkezik, legkorábban pedig a hajas fejbőr környékére és a fülmögötti tájra terjed ki, addig Bókay a rubeola symptomatológiájában a következőket mondja: „Diagnostikailag fontos, hogy a fejen, az arczon és hajzatos fejbőrön egyaránt látjuk a jellegzetes foltokat, míg kanyarónál tudvalevőleg a hajzatos fejbőr a legtöbbszor szabadon marad s csak erős eruptiónál lesz ott is látható”.

Már ez idő óta állandóan nagyobb figyelemmel kísérjük, hogy morbilli eseteiben a hajas fejbőrön az exanthema mint viselkedik. Ujabb impulsust adott erre Pirquet²-nek „Das Bild der Masern auf der äusseren Haut“ című nagy tanulmánya, mely folytatása a serumbetegségről, a himlőről, a vaccinatióról, a tuberculin-reactiőról szóló sorozatnak, a melyek mind az ő sajátos elméletének a bizonyításául szolgálnak. Már egy évtized előtt kifejtette ugyanis, hogy bizonyos betegségek incubációs ideje nem, mint eddig hitték, az infectiosus agensnek a szervezetben való elterjedésétől függ, hanem az antitestszerű reakciós productumok képzésétől. A betegség csak akkor jelentkezik, ha a reakciós termékek, az erginek a szervezetben megjelennek és a kórokozóval, mint a szervezetre idegen anyaggal, vonatkozásba kerülnek.

A morbilli-exanthema lefolyását igen pontosan észlelte. A kiütést sémás rajzokkal tüntette fel. Hatvan esetet észlelt végig. Vizsgálatait főleg olyan irányban végezte, hogy hol jelentkezik először és folytatódásgal mint folyik le az első, a második, a harmadik napon és hogy minő körülmények befolyásolják az exanthemát. Az összes szerzőkkel egyetemben megállapítja, hogy minden egyes esetben a fejen voltak az első jelek. A hajas fejbőrt azonban az esetek felében nem tudta jól inspiciálni és így diagnostikai következtetést nem is tudott levonni belőle.

Ha az irodalom adatait átvizsgáljuk, úgy igen különböző véleményre akadunk. Így Thomas³ a következőket írja: „Die Papeln zeigen sich am frühesten im Gesicht, besonders an Kinn, Wange, Stirn- und Schläfengegend, ferner über dem Processus mastoideus und ganz gewöhnlich am Capillitium, zumal am Hinterkopfe“. Jürgensen⁴ nem tett különbséget az arcz és a hajas fejbőr között. Bohn⁵ szerint: „Beim intensiven Ausschlage bleibt keine Körperstelle, auch die Kopfschwarte nicht, frei“. Biedert, Barthez-Rillet, Filatow, Comby, Hutinel és Darré, Baginsky egyáltalán nem említi. Feer⁶ szerint: „Die ersten Zeichen des Ausschlages zeigen sich in Form von kleinen roten Flecken, die meist vor oder hinter den Ohren im Gesicht, am Halse oder auf dem behaarten Kopfe auftreten“. Heubner⁶ tankönyvében a következőket találjuk: „Keine Stelle der Haut bleibt frei, behaarter Kopf und Ohren ebensowenig, wie die Genitalien“. Bendix szerint a hajas fejbőrt ritkán borítja kiütés. (Real-Encyclopädie).

Látjuk tehát, hogy a legtöbb szerző egyáltalán ki sem terjeszkedik rá és ha igen, a vélemények nagyon eltérők.

¹ Berliner klin. Wochenschrift, 1906, 40. sz.

² Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1913, VI. köt.

³ Thomas: Masern (Ziemssen). Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie.

⁴ Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten.

⁵ Feer: Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 1912.

⁶ Heubner: Kinderheilkunde, I. kötet, 1911.

Megfigyelésünkben úgy jártunk el, hogy igyekeztünk már a prodromalis szakban morbillit felvenni. Legtöbbször a Koplik-tünet alapján vettük fel, hogy így az exanthemás stádiumot egész lefolyásában pontosan észlelhessük. Majdnem minden esetben a felvétel után azonnal lenyírtuk a haját, a mi lehetővé tette a legszigorúbb kritikát. Minthogy észlelésünket főleg csak a hajas fejbőrre terjesztettük ki, az exanthema jelentkezését és lefolyását nem rajzokkal tüntettük fel, hanem pontosan napról-napra jegyeztük.

Az egyes eseteket a következő táblázat mutatja:

Sorszám	Név és kor	Az exanthema erőssége	A hajas fejbőr szerepe
1	K. B., 3½ év	Középerős	Mindkét halántéktájon és az egész tarkótájon
2	Cz. K., 2 év	Középerős	Nincs kiütés
3	Cs. J., 4 év	Enyhe	Nincs kiütés
4	Sz. F., 3 év	Enyhe	Nincs kiütés
5	M. S., 5 év	Enyhe	A homlok bőr szélén és a halántéktájon
6	M. S., 10 hó	Enyhe	Nincs kiütés
7	P. J., 6 hó	Erős, összefolyó jellegű	Az egész hajas fejbőrön igen erős, helyenként confláló kiütés
8	Sz. J., 11 hó	Középerős	A hajas fejbőrön enyhe exanthema
9	K. V., 4 év	Enyhe	Nincs kiütés
10	J. M., 13 hó	Erős	Az egész fejbőrön erős a kiütés
11	H. M., 2 év	Középerős, confláló	A hajas fejbőrön is jól látható
12	Cs. M., 2 év	Középerős	A hajas fejbőrön enyhe exanthema
13	M. A., 5 év	Enyhe	A tarkótájon
14	B. M., 2 hó	Erős, összefolyó jellegű	Az egész hajas fejbőrön enyhe az exanthema
15	Sz. Á., 9 hó	Középerős	A tarkótájon enyhe exanthema
16	Sch. R., 21 hó	Enyhe kiütés	A temporális tájakon enyhe exanthema
17	H. M., 1 év	Középerős	A tarkótájon és a homlok szélén
18	B. B., 1 év	Erős	Az egész fejbőrön intenzív a kiütés
19	Sch. Gy., 20 év	Középerős	Nincsen
20	B. R., 1 év	Enyhe	Nincsen
21	R. S., 16 hó	Középerős	Az egész fejbőrre ráterjed
22	K. J., 2 év	Középerős	Mindkét temporális tájon és az occipiton
23	M. J., 5 év	Középerős	Nincsen
24	L. A., 2¾ év	Kissé haemorrhagiás jellegű	Nincsen

Sor-szám	Név és kor	Az exanthema erőssége	A hajás fejbőr szerepe
25	N. S., 7 év	Enyhe	Nincsen
26	D. J., 11 hó	Erős, összefolyó jellegű	Az egész hajás fejbőrön sűrű exanthema
27	B. J., 7 év	Enyhe	A homlokbőr szélén
28	K. G., 1½ év	Enyhe	Nincsen
29	T. M., 2½ év	Erős, összefolyó jellegű	A hajás fejbőr szélén
30	S. A., 2½ év	Enyhe	Nincsen
31	L. A., 17 hó	Enyhe, kissé összefolyó	A homlok szélén
32	L. S., 4 év	Enyhe	A homloktájon két ujjnyi szélességben
33	L. M., 6 év	Enyhe	Nincsen
34	Sch. F., 10 hó	Enyhe	Az egész fejbőrre kiterjedt
35	M. J., 5 hó	Középerős	A hajás fejbőrre is kiterjedt
36	Ch. M., 2½ év	Enyhe	Nincsen
37	Cz. P., 12 év	Enyhe	Nincsen

Mint a táblázatból kitűnik, összesen 37 eset közül csak 12 esetben találtunk kifejezett exanthemát az egész hajás fejbőrön. Ellenben 15 esetben egyáltalán nem volt, 10 esetben pedig csak részlegesen a temporalis, illetve occipitalis tájon a hajás fejbőr szélére terjedt rá. Ha az egyes eseteket nézzük, úgy azt találjuk, hogy az exanthema a hajás fejbőrön minden különösebb rendszer nélkül jelentkezik. Egyszer erős kiütés keretében, máskor egészen enyhe exanthema mellett találjuk meg. Mégis azt mondhatjuk, hogy csecsemőkön majdnem mindig megjelenik és legtöbbször az egész hajás fejbőrre kiterjed.

Mi lehet ennek az oka? A kérdésre nem könnyű megfelelni. Erre Pirquet-nek az elmélete sem adja meg a választ.

Ismeretes, hogy Pirquet szerint a szervezetet elárasztó kórokozóval szemben antitestek képződnek, a melyeknek agglutináló hatásuk van. Ez az agglutinatio a hajszálerekben történik és minden egyes agglutinált bacteriumtömeg körül mint idegen test körül jön létre az exanthemás folt alakjában jelentkező reakció lob. A morbillire pedig jellegzetes, hogy az exanthema nem szabálytalanul, mint a varicella eseteiben, sem pedig úgy, mint a rubeolánál, a melyben majdnem egy időben jelentkezik az egész köztakarón, hanem fokozatosan terjed el. Azt is Pirquet vizsgálataiból tudjuk, hogy az exanthema a szív és a nagyerekhez közel korábban mutatkozik és azokban a régiókban jelentkezik később, a hol a véráram hosszabb utat kisebb ereken keresztül tesz meg. Ezért észleljük a fejen, mint a szívhez és a nagyerekhez legközelebb eső területen legelőször. Hogy különben a fej egészben oly korán és intenzíven vesz részt, az erős vascularisatio is magyarázza. Hisz említettük, hogy az agglutinatio a capillariskban folyik le. Ez okozza, hogy előbb jelentkezik a nyálkahártyán, mint a külső bőrön. A nyálkahártya sokkal bővebben erezett, mint a kültakaró. Ha azonban elfogadjuk, hogy ebből az okból kifolyólag jelentkezik a fejen először az exanthema, mi legyen az oka annak, hogy a fülmögötti tájon legelőször észleljük, de már néhány cm.-rel távolabb a hajás fejbőrön egyáltalán nem jelentkezik

vagy csak nagy ritkán? Erre nézve legfeljebb csak annyit mondhatunk, hogy — a nélkül, hogy az okot közelebbről jelezni tudnók — talán az az anatómiai különbség okozza, a mely a hajás fejbőr és a többi a bőr között van.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Alexander Béla: A magzati csontosodások syphilises változása, különös tekintettel a gerincoszlop csontosodásaira. 29 sajátkezű rajzzal lemezek után és 25 x-sugaras képpel. Budapest, Franklin-társulat, 1914. Ára 6 korona. A m. tud. akadémia és a nagym. m. kir. közoktatásügyi ministerium támogatásával.

A munka évekre visszamenő, hosszas, fáradságos vizsgálatok eredményeit foglalja össze. Kiindulási pontját egy 32 cm. hosszú syphilises magzat gerincoszlopán észlelt elváltozások teszik, a melyen a szerző az ép csontosodástól eltérő x-sugaras képeket kapott. A csigolyák szélső része felé a spongiosa finom rajzolata elmosódott, ezen túl a csigolya meszes tokba van burkolva, melyet a valóságos csonttól mérszékelt, a sugaraknak könnyen átjárható réteg választ el. A csigolyák e sajátos elváltozása, melyet Alexander vizsgálatai előtt egyáltalán nem ismertünk, arra indította a szerzőt, hogy a csontoknak magzati korú lueses elváltozásait tüzetes vizsgálat tárgyává tegye s ezért a syphilises elváltozásokat az ébrényi csontfejlődés első kezdetétől egészen a méhen kívüli életig átvizsgálta számos lueses magzaton és két csecsemőn s arra a meglepő eredményre jutott, hogy a syphilis közismert, osteochondritis lueticának nevezett elváltozása mindenütt ugyanabban az alakban jelentkezik, mint a csigolyákon. A fejlődő csontot mindenütt lágy, mérszékelt zóna övezi s ezen túl meszes burok határolja a környezet felé. Ez a változás úgy az enchondralis, mint a perichondralis és periostealis csontképződésnél is kimutatható és a szerző felfogása szerint, a mit példákon bizonyít, teljesen lépést tart a csontok fejlődésével, symmetriásan mutatkozik a test két oldalán s a csont fejlődésének mindig bizonyos phasisában jelentkezik. A szerző összes állításait nagy lelkiismeretességgel és pontossággal készített rajzokkal s részben az x-sugaras képekről készült sikerült reprodukciókkal bizonyítja. A szöveg jóformán a képeken látható elváltozások regisztrálása, sok helyen azonban túl rövid, nehézkes és fárasztó, mert a képek nagyon pontos leolvasása szükséges, hogy a szerzőt követni tudjuk. Reméljük, hogy úttörő vizsgálatait, a melyeknek nagy gyakorlati jelentősége a magzati és csecsemőkori rejtett lues felismerésében nyilvánvaló, a kóros elváltozás eddigelé még mindig rejtélyes lényegét illető vizsgálatokkal fogja kiegészíteni. E. B. dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomorfekély keletkezését új megvilágításba helyezik Suber vizsgálatai. Kísérleteinek alap gondolatát azon észlelete adta meg, hogy klinikailag ulcus ventriculiban szenvedő egyének hányadékában gyakran tudott epét és ascari-sokat kimutatni. E megfigyelését a pylorus záróizmának functionalis elégtelenségére vezette vissza, miáltal a pancreas-vádék regurgitálása a gyomorba lehetővé válik. Ez megemésztheti a gyomornyálkakártyát és ulcst idézhet elő. Vizsgálatait kutyákon végezte, melyeknek pylorusát operatív úton insufficienssé tette. Az ily módon operált kutyák gyomrában úgy kórboncolástanilag, mint klinikailag az emberével teljesen egyező fekélyek jöttek létre. Ellenben nem fejlődtek ki akkor, midőn a pancreas kivezető csövét lekötötte, avagy a bejutott vádékot sósavval közömbösítette. Végül alkális trypsin etetésével typosos fekélyek fejlődtek ki. A szerző ennél fogva „ulcus trypticumról” beszél és az emberi ulcus ventri-

culi keletkezését neurogen eredetű pylorusinsufficienciával magyarázza, mely lehetővé teszi a pancreasváladék regurgitálását a gyomorba.

Weber dr.

Sebészet.

A vese- és ureterköveknek collargol segélyével kórjelzéséről értekezik H. Kümmel. Általánosan ismert tény, hogy a Röntgen-technika tökéletes kifejlődése sem elegendő ahhoz, hogy a vese- és ureterkövek valamennyi féléseit ezen vizsgálati eljárás segélyével kórjelezzük. Azon kimutatások, amelyek szerint az esetek 2%-ában a vesekövek és 5%-ában a húgyvezér kövei a Röntgen-lemezen nem láthatók, a szerző szerint igen alacsony számok. Tapasztalatai azt mutatják, hogy sok oly esetben, a melyben a legjobb, legmegbízhatóbb Röntgen-laboratóriumokból kerültek ki a leletek, gyakoriak voltak a tévedések. A szerző ezért a Völker és Lichtenberg ajánlotta pyelographiát alkalmazza és úgy találta, hogy ezen eljárás igen megbízható. Igen alkalmasnak találta, hogy olyan kőre gyanus egyénen, a kikben a kő árnyéka nem jelent meg a Röntgen-lemezen, collargolt vigyen be a vesemedenczébe. Így egy fiatal nőn sikerült diagnoskálni nephrolithiasist, a kin a bal oldalában támadt fájdalmak miatt collumamputatiót, az uterus kikaparását végezték, súlyos ideg-betegnek kezelték, állítólagos skoliosis miatt corsettet rendeltek neki, míg végre a szerző a vesemedenczének collargollal való megtöltése után vesekőre jellemző árnyékot nyert. A műtét igazolta ezen leletet. Több esetben észlelt hasonló jó tapasztalat megerősíti a szerzőnek azon véleményét, hogy a collargol segélyével egyrészt a vesemedenczék kítágulását, míg néhány nappal utána, a midőn a collargol a kőre reáakodik, magát a követ könnyen kórjelezhetjük. (Zentralblatt für Chir., 1914, 3. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Szülészet és nőorvostan.

A szülés alatti súlyos vérzések kezeléséről értekezik Ph Jung (Göttingen). A szülés alatt keletkező súlyos vérzéseket legnagyobb részben placenta praeviák okozzák. Ritkább esetben okoz vérzést a rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválása. Igen ritkán a magzat életét fenyegető vérzés áll be a vitorlásan tapadó köldökzsinór ereinek megrepedésekor. A placenta praeviákból eredő vérzések súlyossága nemcsak az egyszerre hirtelen elvesztett nagy vérmennyiségtől függ, hanem függ ama kisebb vérmennyiségek összegétől is, a melyeket már a terhesség utolsó heteiben kisebb vérzések és vérszivárgások alakjában veszít el az asszony. A tökéletes therapiának tehát olyannak kell lennie, hogy először a vérzést azonnal megszüntesse, másodsor legyen meg a lehetőség arra, hogy a szülés további folyamában új vérzés ne állhasson elő s a szülés vérvesztés nélkül folyhasson le. Legideálisabban tehetünk eleget ezen két követelménynek azáltal, ha placenta praeviák súlyos eseteiben, különösen centralisan tapadó lepény esetén, azonnal vaginalis vagy abdominalis császármetszéssel oldjuk meg a kérdést. Ezen műtét azonban csak felszerelt intézetekben végezhető, éppen ezért a gyakorlat szempontjából más megfelelő conservatív műtéti módok között kell választanunk. A conservatív műtéti módok egy tökéletes, belülről kifelé való tamponálás célját szolgálják. Ezen műtéti módok lényege az, hogy akár a magzatnak megfelelő helyzetváltoztatásával, akár idegen eszközöknek a méh üregébe való helyezése által olyan helyzetet teremtsünk, a mely mellett a táglási szak fájásainak hatására leváló lepény szorosan a méh falához préselődjék, hogy ezáltal a vérzés megszűnjön, sőt a táglás alatt a további vérzés is lehetetlenné legyen téve. Nagyon természetes, hogy a közönséges tamponálás, amely mindenkor a fertőzés veszélyével fenyeget, e kettős célú nem szolgálja. Tamponálással a vérzés ugyan momentán szüntethető, de a tampon hatására jelentkező erősebb fájásokra a vérzés újból meg fog indulni. Ezért a tamponálás csak mint kisegítő eljárás szerepelhet akkor, midőn a súlyosan vérző asszonyt intézetbe akarjuk szállítani megfelelő műtét végzésének céljából. Tanácsos a

tamponált asszony szülőfájásait morphium adásával elnyomni, nehogy az erős fájások hatására a vérzés újból meginduljon. Teljesen megfelel a gyakorlat szempontjából a fent hangsúlyozott követelményeknek a Braxton-Hicks szerint való lábrafordítás és a ballontherapia. Az egyszerű burokrepesztés, melylyel azt akarjuk elérni, hogy a leszálló fej végezze a tamponálást, csak a placenta praeviák igen enyhe alakjaiban vezethet eredményre. Placenta praevia eseteiben a magzat megszületése után a szülés harmadik szakasza az eseteknek leg többjében újból vérzésekkel fenyeget. Ezért a szerző szerint sohasem szabad a szülés harmadik szakaszát conservative kezelni; ilyenkor a lepény gyors eltávolítása Credé szerint, szükség esetén a manualis leválasztás az indikált.

Nagyfokú vérzés eseteiben vitalis indicatio alapján szélesebb körben volna helye a Momburg-cső alkalmazásának, különösen klinikára való beszállításoknál.

A rendes helyen tapadó lepény idő előtti való leválása eseteiben a szülést minél hamarabb és bármilyen áron kell befejezni. A rendes helyen tapadó lepény idő előtti való leválása-kor a vérzés többnyire rejtett, éppen ezért az életmentő műtét gyakran már késő. A műtét megválasztása attól függ, hogy a szülés milyen stadiumban van. Az lesz a legjobb műtét, a mely mellett a szülés leggyorsabban befejezhető.

A magzatra nézve életveszélyes vérzés állhat elő a vitorlásan tapadó köldökzsinór ereinek megrepedésekor. Ezen ritka esetek nem ismerhetők fel mindig elég korán. Ha azonban ez idejében sikerül, gyors fordítással és extractióval a magzat élete megmenthető; annál is inkább, minthogy burokrepedéskor, a mely a vérzést okozza, a méhszáj műtétünk végzésére többnyire már elég tág. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1914, 23. szám.)

Szénády dr.

Venereás betegségek.

A syphilisnek contraluesinnel való kezelésével kísérletezett Fürth (Wien). A Richter-féle contraluesinnel, mint új antisiphiliticumról 1911-ben beszéltek először (Richter). Azóta többen kísérleteztek vele. A szernek pontos chemiai előállítását ma sem ismerjük, mert előállítója azt nem részletezte. A szernek suspensiók colloid jellege van. Vezérelvként az lebeg Richter szeme előtt, hogy a készítményben levő gyógyszerek a syphilis kórokozóját megtámadják, a sejteket azonban megkímélik. A készítményben a kénés mint suspensiók colloid van jelen. Ezenkívül tartalmaz még a készítmény kevés salicylt, sozójodolt, chinint (bactericid hatás), arsent és sublimatot (gyors antilueses hatás). A szerző ezzel a szerrel kísérletezve, azt tapasztalta, hogy távolról sem vált be, mert nem bír a valódi antisiphiliticum tulajdonságával. Korai esetekben alkalmazva, nem birta ugyanis az általános kiütést megakadályozni. Oly esetekben viszont, a melyekben az első általános eruptio már kifejlődött, a contraluesinnel nem volt az a hatása, hogy a kiütést eltüntesse. 4—6 heti contraluesines kezelés sohasem tudja a pozitív Wassermann-reactiót negatívvá átalakítani. Fürth tapasztalása szerint a készítmény jóformán hatástalan, a miért minden esetében egyéb hatásos antilueses kezelést kellett később igénybe vennie. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 119. k., 1. rész.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Lábszárfekély nagyszámú esetében használta Fischer (Düsseldorf) a pellidolt és az azodolent. Az előbbi, az amido-azotoluol (a skarlátvörös kenőcs hatóanyaga) származéka, leggyorsabban felületes fekélyzödések esetén hat; kitünően hat érzékeny vagy fájdalmas fekélyek eseteiben; másodfokú fekély eseteiben csak akkor eredményes a használata, ha már vannak sarjadzások; a mi az alkalmazásmódot illeti, legjobb a 2—5%-os kenőcs. Az azodolen a pellidol összekötése jodolennel s ezért fertőtlenítő hatása is van; csak nem fájdalmas fekélyekre szabad alkalmazni, ha desinficiálni is kell, vagy mint adstringenst, illetve a sarjadzást megindító szert; másodfokú fekély eseteiben legjobb poralakban használni flastrom-kötéssel; a kötésnek legfeljebb négy napig szabad

fekve maradni. Mindkét szer használata előtt természetesen gondoskodni kell, hogy a gyulladás megszűnjék, a piszkos, genyes, avagy üszkös részek már ellökődtek s a secretio a minimumra csökkent legyen. (Dermatologisches Zentralblatt, 1914, 8. szám.)

A veronal hasznát a delirium tremens kezelésében hangsúlyozza újból von der Porten. Tüstént 2 grammot kell adni egyszerre s ha ez nem bizonyul elegendőnek, 5 óra lefolyása előtt még 1 grammot. Nagyon makacs esetekben 12 órában 4 gramm is adható, a nélkül, hogy kellemetlenségtől kellene tartani. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 21. sz.)

Menière-betegség több esetében nagyon jó eredményt nyel használta Soca a fibrolysin. Többnyire naponként fecskendezett be egy ampullányit (2,3 gramm) 10 napon át és 10 befecskendezés után 10 napon szünetet tartott. Később azonban azt tapasztalta, hogy a legtöbb esetben a kétnaponként végzett befecskendezésekkel ugyanolyan jó eredmény érhető el, sőt nem nagyon súlyos esetekben a hetenként kétszer végzett befecskendezés is elegendőnek bizonyult. (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1913, 35. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 28. szám. Pauncz Márk: A rhino-laryngologia haladásáról. Dollinger Gyula: A gümös csont- és ízületi gyulladások gyógyítása.

Orvosok lapja, 1914, 29. szám. Décsi Károly: Késői katatonia (katonia tarda) esetei.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 29. szám. Keller Kálmán: Az írás típusainak megváltozása. Adatok a psychoneurosisok lelki mechanizmusához.

Vegyes hírek.

Néhai Réczey tanár tanszékének kettéosztása. A budapesti tud.-egyetem orvosi kara egy harmadik sebészeti tanszékkel bővült. A Réczey tanár halálával megüresedett 2. sz. tanszékét Kuzmik Pál tanár, az új 3. számú Verebely Tibor tanár veszi át. Értesülésünk szerint mindkét intézet az eddigi 2. számú sebészeti klinikán (Réczey-klinikán) lesz elhelyezve, melyet középfal által két egyenlő részre osztanak. A kinevezéseket tartalmazó királyi kézirat a hivatalos lap július 11.-i számában jelent meg a következő szöveggel: Vallás- és közoktatásügyi magyar miniszterem előterjesztésére a budapesti tudományegyetemen a II. sebészeti tanszék kettéosztását s ekként egy III. sebészeti tanszék rendszeresítését megengedem; az e képpen rendszeresített II. sebészeti tanszékre Kuzmik Pál dr.-t, a székesfővárosi új Szent János-kórház sebészeti osztályának főorvosát, a sebészeti műtétten nyilv. rendkívüli tanárát, a III. sebészeti tanszékre pedig Verebely Tibor dr., egyetemi címzetes rendkívüli tanárt, a Stefánia szegény gyermekkorház sebész-főorvosát egyetemi nyilvános rendes tanárokká a törvényszerű illetményekkel kinevezem s egyben a kettéosztás részletes módozatainak megállapítását nevezett miniszteremre bízom. Kelt Bécsben, 1914. évi július 4.-én. Ferencz József s. k., Jankovich Béla s. k.

Kitüntetés. A király Hajnal Albert dr., békésmegyei tiszteletbeli főorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. Gaál Mihály dr.-t a hajduböszörményi városi kórház vezető főorvosává, Bauer Soma dr. körorvost Hevesmegye tb. főorvosává, Dula Igor dr.-t Túróc-szentmártonban t. járásorvossá, Bock Ármán dr.-t a nagyvárad Sztaroveszky-gyermekkorházhoz szemészeti rendelőorvossá, végül a máramarosi közkórházhoz Nádas Henrik dr.-t osztályos főorvossá, Rozner Izidor dr.-t osztályos orvossá, Viltner Sándor dr.-t alorvossá, Oxhorn Ilona dr.-t segédorvossá nevezték ki.

Választás. Czigler Henrik dr.-t Eger városa 3. tiszti orvosává, Dulin Hugó dr.-t Temesságon és Jankulov Sándor dr.-t Magyarországon körorvossá választották meg.

Meghalt Gedeon János dr., Kaba nagyközség vezetőorvosa, júl. 12.-én. — Freund Miksa vármegyei tb. főorvos, a báni kerület járásorvosa, baleset következtében július 7.-én. — H. Fasbender, a nőorvos-tan rendk. tanára a berlini egyetemen, július 12.-én 72. évében. — L. Griffini, az általános kórtan tanára a genuai egyetemen. — Duguet dr. agrégé libre (belorvos), a párisi Académie de Médecine alelnöke. — E. Grüning, a szemészet tanára a newyorki polyklinikai orvosi tanintézetén.

Személyi hírek külföldről. Az új frankfurti egyetem gyógyszer-tani és körvegytani tanszékére A. Ellinger tanárt hívták meg a königsbergi egyetemről. — M. Hoffmann dr., gráci magántanár (sebészeti) s egyúttal meráni városi főorvos rendk. tanári címet nyert. — A paviai egyetem híres patho-histologusa, C. Golgi tanár, július 7.-én be-

töltötte 70. évét. — St. Prowazek, G. Giemsa és H. Noll osztályigazgatókat a hamburgi hajó- és tropusorvostani intézetben, tanári cízzel tüntették ki. — Turban dr., tilkos tanácsos aug. 8.-án ünnepli davosi működésének 25 éves jubileumát tanítványai, volt és mostani betegek körében. Sanatoriuma személyes vezetésétől visszavonulva, ezentúl csak mint consiliarius fog működni. A német császár a tuberculosiskutatás körül szerzett érdemeiért a korona-rendjellel tüntette ki.

Lapunk mai számához a Friedrich Bayer & Co., Leverkusen bei Köln a. Rh. Somatose-Guajacose című prospectus van csatolva.

Mai számunkhoz a Max Hermes, G. m. b. H., Hainichen (Sachsen) Varicosan-Binde című melléklet van csatolva.

VESZÜNK 1914. évi 50 darab

Pesti Alfréd-féle **ORVOSI ÉVKÖNYV**-et

Jókarban levő példányokért 3 koronát fizetünk.

Adorján Testvérek könyvkereskedők, Budapest, VII., Erzsébet-körút 16.

Alorvos

nyelvismerettel augusztus 1.-ére felvétetik a Szt. Lukács-gyógyfürdőben. Ajánlatok az igazgatósághoz intézendők.

„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.

SZLIÁCS Dr. LÓRÁND GYULA, fűrdőorvos METROPOLE-szálloda.

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

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

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

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

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

RÖNTGEN- REINIGER és vill. orvosi készülékek GEBBERT és SCHALL R-T. Orvosi labororium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd VII., Király-utca 51. Telefon 157-71.

Ótátrafüred magaslati gyógyhely (1020 m.) Vízgyógyintézet az összes fizikai gyógy-módokkal Basedow-, ideg- és belbetegeknek. Vezetőorvos: Dr. Gróó Béla.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhoz.

„LÁPSÓ” száraz kivonat ládákban a 1 kiló

LÁPLÚC folyékony kivonat üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1914 február 28.-án). 573. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 574. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1914 február 28.-án.)

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Dollinger Béla.

A pajzsmirigy heveny tályogja.

Neuber Ernő: Az 51 éves asszonyt 1914 január 22.-én vették fel a II. számú sebészeti klinikára. Felvétele előtt is már vagy 3 hétig betegeskedett. Subjectív panaszok: heves kisugárzó fájdalmak a nyak bal felében, a tarkóban és a fülben. Objectív lelet: a bal nyakfélen férfiökölnyi duzzanat, a mely felett a bőr feszes, kipirult. A daganat rugalmas tapintatú, de fluctuatiót nem lehet határozottan kimutatni. A nyelési mozgásokat renyhén követi. A tünetek alapján a bemutatkozó a thyreidea bal felében székelő tályogot vett fel, egész bizonyossággal azonban rossztermészetű daganat lehetőségét kizárni nem tudta. Kérdés volt továbbá az, hogy a tályog ép, vagy már golyvásan elfajult pajzsmirigyben keletkezett; más szóval, thyreoiditis vagy strumitis van-e jelen. A beteg bementése szerint a struma lehetősége csaknem egész bizonyossággal kizárható.

Műtét 1914 január 23.-án: 10 cm. hosszú metszés a nyak bal felén, a sternocleidomastoideus medialis felszínén. A pajzsmirigy tokjába metszve, 250—300 cm³ geny ürül, a mely híg, zöldes-sárga színű. Az üreg kitisztítása után drainéz és kötés.

Tárgy- és fedőlemezekészítményeken a genyben mikro-organismusként láthatók nem voltak, csak számos genysejt és sejttörmelék. Az oltott táptalajok egyikén streptococcus tenyésztett ki. Lues, tuberculosis, echinococcus, actinomyosis ki volt zárható.

A fentiek alapján a bemutatkozó a betegséget thyreoiditis suppurativának tartja, a mely a primaer thyreoiditisek kerekébe sorozható.

Cysticercus (?) subretinalis esete.

Fejér Gyula: A szemüreg-daganatoknak tükörrel kórjelzése néha nagyon sok akadályba ütközik; egy retina-leválásról sokszor nem tudjuk biztosan, hogy üvegtesthomályok, odatapadt czafatok vongálták-e el, vagy alatta levő daganat, tuberculum tolta-e el a helyéről. Ha nagyfokú myopia, úszkáló üvegtesthomályok vannak jelen és a leválás lapos, ide-odahullámzik, nagy terjedelmű, akkor könnyű a kórjelzés; de ha a leválás körülírt, feszes és nem változtatja a helyzetét, mert a támasztéka nem folyadék, hanem tömör képlet, akkor gondolnunk kell daganatra.

Legritkább esetben oka a retina-leválásnak a cysticercus.

A bemutatott eset tükörképe rendkívül érdekes, nem mindennapi; és ha a bemutatás címét kérdőjellel látta el, ennek az oka abban rejlik, hogy a kórjelzés nem biztos, csak valószínű.

A 36 éves mészáros kb. egy hó előtt azon panaszszal fordult hozzá, hogy bal szemére rosszul lát. 17 év előtt lues szerzett, a glans penisen most is látható kis lencsényi terjedelemben a kiemelkedő szélekkel bíró hegesedés. Egy gyermeke halva született. Vizsgálatkor $\frac{5}{50}$ visust és felül kívül 1—2 papillányi terjedelemben retina-leválást talált; az üvegtest tiszta, a szemfenék többi részlete ép, myopiának semmi jelensége.

Felvette a kórházba, hol a szemteke külső felső quadransában sclerotomia posteriort végzett és utána fekvőkúrát, nyomókötést és subconjunctivalis konyhasóinjekciót akart alkalmazni.

A műtét után váladék alig folyt el és a beteg csak pár napig maradt a kórházban; a retina-leválás a szeme előtt

folyton nagyobbodott. Ha most betekintünk a szem belsejébe, egy felülről lelógó, az aequator közelében fekvő hólyagot találunk, mely felett a retina meg van feszítve; a hólyag annyira előre áll, hogy alsó csúcsát 7—8:00 convex üveggel látjuk jól, tehát legalább 2½ mm.-nyire előredomborodik.

Érdekes megfigyelni a mélységi differentiát a pupilla és hólyag csúcspontja között. A hólyag oly nagy, hogy látható részlete mogoró gömbrészletének felelne meg. Sachs-féle lámpával való átvilágításkor a hólyag a fényt mindenütt átereszt, tehát nem valószínű, hogy solid daganat van alatta. Felülete mindenütt egyenletes, fényes és feszes, mozgást és alakváltozást nem mutat. A beteg jelenleg a látótér külső alsó negyedében $\frac{1}{4}$ m.-ről olvas ujjakat, látóterében alul közepén szívalakú hiány van, a leválás tehát főképpen felül közepén van, körülbelül 70° középszélességben.

A kórjelzést retina alatti cysticercusra teszi, bár alakváltozást, peristaltikás mozgást a hólyag nem mutat; de daganatot ki lehet zárni, nemcsak azért, mert Sachs-féle lámpával átvilágítható, de a csarnok mélysége rendes, a belnyomás normalis, ilyen nagy daganat pedig minden bizonyossággal megzavarná a szem vérkeringését.

Hogy a beteg a taenia petéjével miképpen fertőzte magát, biztosan kimutatni nem lehet; ugyanis azt állítja, hogy csak marhahússal foglalkozott, disznóhússal nem, lehetséges tehát, hogy a taenia mediocanellata cysticercusával van dolgunk.

A beteg szervezetében másutt cysticercust kimutatni nem lehet. Vas Bernát megvizsgálta a beteg véréit; a helminthiasisra jellegzetes eosinophiliát nem talált, a Wassermann-reactio negativ.

A mi a műtét technikáját illeti, a conjunctiva, a csontok és az izomzat lefejtése, esetleg átvágása után a sclera külső felső quadransában ejtett meridionalis metszés segítségével megkísérli eltávolítani a férget. A műtét után újra bemutatja a beteget és beszámol a kórlejárásról.

Szokatlan nagyságú agydaganat operált esete.

Csiky József: 23 éves férfibeteg erős fejfájásról, látásromlásról s bal oldalának, különösen lábának fokozatos gyengüléséről panaszkodott. Eddig beteg nem volt, lues tagad. Betegsége 1913 április hónapjában kezdődött; bal bokájában merevséget érzett, járása romlott, egy ízben 1—2 percig tartó görcsös rángása volt a bal bokájában. A merevség fokozatosan felterjedt az egész lábra, majd 2—3 hó múlva a bal bokájára. Ezóta fejfájás, látásromlás. 45 kénesebedőrszülésre állapota nem változott.

A jól fejlett és táplált férfibeteg belső szervei épek; bradycardia: 52—60 pulsus percenként. A vizeletben kóros alak-elem nincsen. Baloldali hemiparesis, legkifejezettebben a lábon. Járása spasmusos-ataxiás. A karok, főképpen a feszítőizmok, gyengültek. Fokozott reflexek baloldalt. Babinski + clonus + baloldali has-cremasterreflex nem váltható ki. A fejidegek épek, kivéve a nervus opticus. Szemvizsgálat (Imre): kétoldali friss papillitis, jobboldalt kifejezettebb. Az érzés jó. Klinikai tartózkodása alatt állapota romlott: fokozódó fejfájás, látásromlás, hányás, szédülés, baloldali facialis paresis, jobboldali abducensgyengeség. Látása fokozatosan romlott. A bal lábon és kézen mély érzés-zavar. Diagnosis: A jobboldali gyrus centralis legfelső és medialis végéből kiinduló, elég gyorsan növekedő s a mélyben ülő daganat.

A műtétet Winternitz helybeli anaesthesiában végezte. 8×8 cm.-es osteoplastikai lebenyt készített, mely felfelé a középvonalig ért. Az erősen feszülő durát felfelé hajlítva, első megtekintésre elváltozás nem volt látható, kivéve az erősen tágult vénákat. 1—2 mm. mélységben azonban egy erős,

szokatlan lefutású vena fekszik, mely a tumor felszínén halad. A daganat igen könnyen kifejthető, csak a medialis felszínén tapad kisujj vastagságú köteggel a falxhoz. Jodoformtampon, a lebeny visszahelyezése. A kifejtés alatt a beteg elsápad, pulsus 150-re szökik, hány. Ezen súlyos állapot körülbelül 3 napig tart, konyhasós infusio, oxygenbelélezés, kámför, coffein segítségével azonban sikerült a beteget életben tartani. A kezdetben petyhüdt bénulás lassan javult, a mozgás visszatért s a beteg jelenleg elég jól tudja használni bal végtagjait, bot nélkül jár. A többi tünet is teljesen visszafejlődött, a papillitis is. A műtét után többször clonusos rángás a bal karban.

A tumor felülete egyenetlen, gyrushoz igen hasonló rajzolatú és színű, tömött. A medialis felszínén köldökszerű behúzódnás. A tumor súlya: 143.5 gr. 1 órával az operatio után legnagyobb átmérője 8 cm. Szövetani vizsgálatkor sejtdús fibromának bizonyult.

A sarjadzó- és penészgombák okozta megbetegedések casuistikájához.

Orsós Ferencz: Annak további illusztrálására, hogy a mycosisok, melyeket *Verebély* a mult ülésben új pathologiai és klinikai szempontokból ismertetett, ha figyelmünk egyszer reájuk terelődött, gyakrabban kerülnek észlelésre, a bemutató idevonatkozó megfigyeléseiből két érdekes esetet demonstrál.

Az első esetben egy erősen pathogen moniliafaj szerepelt. A monilia-genus a saccharomyces (élesztő) és az oidium-(tepenész)genus közti átmenetet képviseli. Jellező sajátosságai, hogy endosporákat nem termel, csak conidiosporákat, nádczukrot invertintermelés nélkül directe tud elerjeszteni és 40 C°-on jól fejlődik. A pathogen moniliát a bemutató egy fiatal nő köpetéből tenyésztette, a ki klinikailag tuberculosisra emlékeztető idült tüdőhajtásban szenvedett. Gümöbacillus ismételt vizsgálattal sem volt kimutatható, ellenben igen nagy mennyiségben a szóban levő monilia. A szilárd táptalajokon tenyésztett gomba alakilag egészen azonos a saccharomycesekkel, folyékony közegben azonban foralak is fejlődtek. Tengeri malaczkokra és nyulakra a monilia a fertőzésnek úgyiszlván minden módja mellett erősen pathogennek bizonyult. Az egy kacsnyi anyaggal intravenásan oltott nyulak kivétel nélkül 24 órán belül elpusztultak. E nyulak vizeletében kocsonyás göbcsék rakódtak le, melyek közepében egy-egy sugaras gombatelep volt található. A nyulak boncolásakor legérdekesebb volt a vesék lelete.

Mind a két vese kétszeresére meg volt duzzadva és kéregállományuk töméntelen mákszemnyi szürkés-veres göbcsétől volt áthatva. A szabad szemmel is látható göbcsék gombatelepek által tönkretett glomerulusoknak bizonyultak. Az ilyen glomerulus tokja feltűnően kitágult, az érgomolyt a gombatelep a felismerhetetlenségig tönkretette, az igen tág intracapsularis teret pedig levált hámsejtek és leukocyták töltik ki. Szóval a legsúlyosabb emboliás glomerulo-nephritis mycotica képe látható.

A Giemsa-festés után a bemutató azt látta, hogy e gomba sejtjeinek vastag hártájára voltaképp szitaszerű, a meny nyiben legfinomabb csatornácskákkal van áthatva. E körülmény bizonyára összefügg a gyors vegetációval és a pathogenitással.

Ilyen pathogen moniliát a bemutató még két más esetben is kitenyésztett. Egy soor-fajjal pedig a vázolthoz hasonló glomerulo-nephritist sikerült előidéznie.

Másodszorban egy súlyos hyphomycosis nasopharyngealis, vagyis orrgaratüri penész esetét mutatja be. A 65 éves nő orrgaratüriének legnagyobb részét vastag penészbunda vonta be, mely az orrkagylók közepétől a nyelvcsap magasságáig terjedt hátra és a tubák bejáratát is kitömte. Mikroszkopos metszeteken kitűnt, hogy a penész hyphái a submucosába is behatoltak. Mint főbaj emphysema és anthracosis állott fenn. A hörgőket fedő nyálkában és a tömött tüdőrészekben sok penészgomba, spóra és hypha volt található s így

valószínű, hogy a talált friss bronchopneumonia is a penészsporák belégzése folytán keletkezett. A penésztelepekből 8 penészfajt sikerült kitenyészteni. Legnagyobb mennyiségben 3 aspergillus-fajt, melyek állatkísérletben is pathogennek bizonyultak. A beteg kórházbahoatata előtt napokig egy penészes, dohos kamrában feküdt.

Végül a bemutató egy rákos epehólyag falának leptothrix-fonalakkal való másodlagos átburjánzását demonstrálja.

A belső secretiós mirigyek szerepe és alkalmazása a szülészetben és nőgyógyászatban.

Kalledey Lajos: Külön melléklet gyanánt egész terjedelmében közöltük.

Frigyesi József: A szép előadáshoz két okból szól hozzá. Először egyik-másik mirigy kivonata megérett arra, hogy a praxisban alkalmazassék és az orvosgyesület előtt felemlítettessék. Foglalkozott a kérdéssel kontroll céljából. Megpróbálta az ovarium, a corpus luteum és a glandula pinealis kivonatát, különösen sokat kísérletezett az ovarium- és a hypophysis-extractummal. Valóban sokszor meglepő az eredmény; a szerek adagolása teljesen veszélytelen. A hypophysist az előadó nem említette, mert discussio alatt áll, de bizonyos esetekben beválik. Chronikus vérzések esetében, mikor a curettage nem adott eredményt, két injectióra megszűnt a vérzés. Myomás adnexumos betegeken, kik operálásra nem voltak alkalmasak, durva anatómiai elváltozások mellett a vérzés megszűnt. Legtöbbször a post hoc propter hoc is volt. A szer veszélytelen és ambulanter is adagolható.

A glanduovin nem mindig hatott, de néha a mechanikai okokból keletkezett dysmenorrhoea is az adagolására hónapokra megszűnt. Amenorrhoea eseteiben is jó az eredmény, oligomenorrhoea esetén csekélyebb a haszon.

Második oka a felszólalásra az, hogy a gynaekologiai szakosztályban valaki azt állította, hogy a magyar praeparatumok nem olyan jók, mint a külföldiek. Szólok ez ellen felemeli szavát, mert ilyen nyilatkozatot könnyelműségnek tart; a Richter-féle készítmény épp oly jó eredményt adott, mint a külföldi.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Diabetes insipidus esetét ismertette *Hoppe-Seyler* a kiel orvosgyesület május 14.-én tartott ülésén. Minthogy az újabb kórbonczolástani leletek és kísérletes vizsgálódások arra utalnak, hogy a diabetes insipidus keletkezésében a hypophysis hiányos működése nagy szerepet visz: esetében pituitrint fecskendezett be, azzal az eredménnyel, hogy a kiválasztott vizelet mennyisége rendes lett, s a vizelet fajsúlya 1020-ra emelkedett, a hiányzott verejték-elválasztás is megjelent, a szomjúság pedig megszűnt. Az atropin ugyan szintén csökkentette a diuresist, a vizelet fajsúlya azonban állandóan alacsony (1002—1003) maradt s a szomjúság sem csökkent.

PÁLYÁZATOK.

7148/1914. szám.

Vizakna város **tisztiorvosi állása** lemondás folytán üresedésbe jővén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás a város részéről 2000, azaz kétfőezer korona évi kezdőfizetés és 450, azaz négyszázötven korona évi lakpénz élvezetével van egybekötve.

A magányyakorlat, látogatási és egyéb díjak szabályrendeletileg vannak megállapítva.

Ezenkívül, a meny nyiben a bányarvosi tendóket is elvégezi, a m. kir. sóbányahivataltól szerződés szerint körülbelül évi 600 korona és mérsékelt bér mellett megfelelő lakás.

A minősítést illetőleg utalok az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában foglaltakra.

Pályázni óhajtok kötelesek születési anyakönyvi kivonatokkal, eddigi szolgálatukat igazoló bizonyítványokkal, minősítésüket igazoló bizonyítványokkal és a tisztiorvosi bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket, a már hivatalban levők hivatalfőnököjük, hivatalban nem állók pedig a lakhelyükre nézve illetékes főispán útján Vizakna város polgármesteréhez beadni.

A pályázati határidő 1914. évi július 24.-én jár le.

Nagyenyedén, 1914 július hó 2.-án.

Báró Bánffy Kálmán, alispán.

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.

Sarbó Artur: Közlemény a Ferencz József kereskedelmi kórház I. sz. idegrendeléséből. A hydrocephalus internus acquisitus diagnosztikát és műtéttel gyógyított esete. 575. lap.

Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egyet. nyilvános rendes tanár.) Fibroma durum multiplex petrificans esete, egyúttal adatok az úgynevezett multiplex subcutan kemény fibrosus daganatok ismeretéhez. 579. lap.

Tamásy Géza: Az amylose (diastase) fermentum mennyiségi vizsgálatáról. 584. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. H. Neumann und E. Oberwarth: Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. H. Neumanns Briefe an einen jungen Arzt. — *Katona*

József: A szesz italok és az egészség. — *Lapszemle.* Belorvostan. *Semeran:* A pulsus paradoxus tana. — *Zadek:* Metapneumoniás cardialis zavarok. — *Sebészet.* *Groszer:* A gyomornak állandó kiürítése. — *Venerés betegségek.* W. Wolfenstein: A gyermeki vulvovaginitis kapcsán jelentkező végbélkánkó gyakorisága és prognosisa. — *Húgyszervi betegségek.* L. Casper: Hólyagdaganatok. — *Kisebb közlések az orvostudományból.* *Vértes:* Az epilepsia kezelése. — *Wiesel:* Cymarin. — *Savariaud:* Harmadfokú égés-sebek. — *Landsberg:* A női nemi szervek gyulladásos folyamatai. — *Apolant:* Az emulsiók bomlásának megakadályozása. — *Halban:* Fenyegető abortus. 588–590. l. *Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — *Orvosok lapja.* — *Budapesti orvosi ujság.* 590. lap.

Vegyes hírek. 590. lap.

Tudományos társulatok. 591–593. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Ferencz József kereskedelmi kórház I. sz. idegrendeléséből.

A hydrocephalus internus acquisitus diagnosztikát és műtéttel gyógyított esete.

Írta: *Sarbó Artur* dr., egyetemi tanár.

A közlendő eset úgy a körjelzés, mint a gyógyítás szempontjából megérdemli, hogy publikáljam. Körjelzési szempontból azért, mivel a műtét előtt sikerült elég határozottsággal, a hydrocephalusnak külső látható tünete nélkül és más oldalról felvett agydaganat körjelzéssel szemben, a helyes diagnoszt felállítanom; gyógyítási szempontból pedig azért, mivel az alkalmazott kombinált eljárás: az *Anton-Bramann*-féle „Balkenstich” és decompressiv trepanálás, meglepő jó eredménnyel vált be. Tudtommal a közlendő eset az első, melyben a hydrocephalus internus acquisitus körjelzése in vivo szemben az agydaganat felvételével fel lőn állítva és a műtét által beigazolvva.

Maga az eset a következő:

St. Böske jelenleg hat éves; először két és fél éves korában láttam, mikor is halmozott epilepsziás rohamok voltak jelen; előzményileg semmi sem volt kimutatható. Ezen epilepsziás rohamok hat heti fennállás után megszűntek s azóta 1913 év február haváig nem is jelentkeztek. A gyermek jól fejlődött, úgy testileg, mint szellemileg. 1912 év nyarán *pertussisa* volt, utána kancsalítani kezdett, 1912 őszén tűnt fel anyjának, hogy a gyermek álmában sokat beszél. 1913 február hava óta minden éjjel 4–7 görcsös roham jelentkezett. A görcsök tonico-clonusosak s az egész testre kiterjedők voltak. Alattuk a gyermek ágybavizelt; nyelvét nem harapott.

A gyermeket újlag 1913 április hó 19.-én láttam Ferencz József-kórházi rendelésimen. Anyja előadta, hogy a gyermek igen érzékeny, indulatos lett; jó felfogású ugyan,

de fiatalabbik testvére okosabb. Mintha kissé feledékeny kezdene lenni. Minden éjjel több rohama van.

Status. A bal szem befelé kancsalít. A láták közep-tágak, jól reagálnak. A szemfenék ép (*Vermes* magántanár). Inreflexek rendben, járása szabad. Beszéde rendes. Bromkezelés alá vesszük.

Június havában újra jelentkezik. A rohamok sűrűbbek s nagyobbak lettek. Leírás szerint abban állanak, hogy végtagjait oldalt kinyújtja s azok remegnek: szemei nyitva vannak, azonban a gyermek nincs magánál. Főfájásról nem panaszkodik; szellemileg kezd tompa lenni. Járása kezd bizonytalan lenni.

Tekintettel a 2½ éves korban jelenvolt eszméletlenségi állapotokra, valamint arra, hogy a rohamok mindinkább súlyosbodnak, szellemileg kezd tompa lenni, végtagjainak sajátos félhüdes állapotba kezd kifejlődni: arra gondolok, hogy *hydrocephalus internus* van fejlődőben és ezért lumbalis punctiót hozok javaslatba és, a mennyiben valóban magas nyomás alatt állónak bizonyulna a liquor, a *Anton-Bramann*-féle Balkenstich-et ajánlom végrehajtani. Küldtem a gyermeket a Bródy-kórházba, a hol *Fischer Aladár* főorvos megejtette a lumbalis punctiót. A liquor, mely teljesen tiszta volt, magas nyomás alatt ürült; benne idegen alkotórészek nem voltak; Wassermann-reactiója negatív volt.

A lumbal punctio útbaigazítást annyiban adott, hogy beigazolta feltevésünket, hogy a liquor magas nyomás alatt állott; bizonyos eredménnyel is járt, a mennyiben míg a punctio előtti heteken át éjjelente számos roham volt a gyermeknek, a punctio utáni napon a rohamok kimaradtak és még 1–2 nap elvétele jelentkeztek, azután az előbbi gyakoriságban álltak be.

Mindez még jobban megerősített feltevésemben, hogy *hydrocephalus internus* van jelen s ezért is azt ajánlottam a szülőknak, hogy a Balkenstich-et engedjék végezni.

A szülők erről hallani sem akartak s elvitték gyermeküket a Balaton mellé. A gyermek állapota folyton rosszab-

bodott, úgyannyira, hogy észlelés végett beadták a szülők gyermeküket a II. sz. belklinikára, a hol több heti észlelés után agydaganatra tették a körjelzést és decompressiv trepanálást ajánlottak.

Ekkor hozták újra hozzám a gyermeket (1913 október 20.-án), a ki már deplorabilis állapotban volt. Psychikailag teljesen leromlott; a kérdésekre alig válaszol, csupán nógatás után ejt ki egynéhány többnyire érthetetlen szót, a bal ajak felét alig mozgatja. Állni-járni egyedül nem tud, valamint felső végtagjait se tudja használni, úgy hogy tulajdonképpen quadriplegia van jelen. Járása dülöngős, kisagyi járás.

A láták egyenlők, jól reagálnak. A szemfenék ép. A bal szem kissé befelé fordult. A bal ajak felét kevésbé idegzi be. A térdtünetek élénkek. Babinski-tünet mindkét lábon. A baloldali végtagok még gyengébbek, mint a jobboldaliak. A fej körfogata 52.5 cm. A sella turcica (Röntgen) ép. (Fischer Ernő). A fül ép. (Váli főorvos). A mellkasi-hasi szervek épek. Éjjelente 10—12 roham.

Minthogy a szülők most már beleegyeztek abba, hogy gyermekük megoperáltassék, Fischer Aladár főorvoshoz utasítottam őket, a ki szíves volt a gyermeket osztályára a Bródy Adél-féle kórházba felvenni. Fischer Aladár főorvossal tartott tanácskozás alkalmával kifejtettem, hogy tekintetbe véve az eddigi lefolyást, összekapcsolva a mai állapotot a két és fél éves korban jelenvolt állapottal, hydrocephalus internus felvétele a legvalószínűbb. Bemutatták erre a II. sz. belklinikát, melyben a körjelzés tumor cerebralis volt téve, közelebbi localisatio nélkül.

E felfogáshoz nem csatlakozhattam s megmaradtam a hydrocephalus felvétele mellett a következő okoskodás alapján.

Felteszem, hogy ugyanaz a folyamat, mely négy és fél év előtt létrehozta az epilepsiás jelenségeket, szerepel ma is. Daganat már ezért se valószínű; igaz ugyan, hogy észleltek hosszú évekre terjedő tartamot agydaganat eseteiben is, de oly agydaganat, mely epilepsiás rohamokat vált ki s aztán 4½ évig teljesen tünetmentes marad, nem igen létezik. Másrészt gyermekkorban sokkal gyakoribbak meningealis folyamatok s ha ilyen jelen esetben felveszek, úgy meg tudom magyarázni az összefüggést a mai állapot s a 4½ év előtti állapot között. Felteszem ugyanis, hogy ez a meningealis folyamat, mely 4½ év előtt oka volt az akkor észlelt epilepsiás statusnak, valami ok folytán kiújult s az agykamarákban a liquor szabad folyását akadályozza s így hydrocephalust hoz létre. Azt hiszem, hogy az a pertussis, mely az 1912. év nyarán a gyermekben mutatkozott s mely után kezdett a gyermek megváltozni (éjjeli feljérések jelentek, ingerlékeny lett a gyermek, majd kancsalítani kezdett), döntő fontosságú volt abban, hogy a meningealis folyamat feléledjen s hydrocephalusra vezessen. Mindezekről eltekintve, a tünetek jelentkezési módja is olyan, mely a hydrocephalus felvételére utal. *Előrehaladó agynyomás tünetei mellett az összes végtagokra vonatkozó bénaság, szellemi kötöttség, a tünetek kisérték javulása (az epilepsiás rohamok, melyek eddig éjjelente igen gyakoriak voltak, rövid időre kimaradtak a lumbalis punctio után), a bal abducens-paresis és a bal felső ajak kisérték felhűdéses állapotán kívül semmi góczytünet s végül azon tapasztalás, melyet egy másik hasonló esetben tehettem, mind arra utaltak, hogy a beteg egy meningealis folyamat által feltételezett hydrocephalus internust vegyek fel. E másik eset a következő.*

1910 január 28.-án hat esztendő lánykához hívtam el Ungár Dezső dr. A gyermek rendes időben s módon született. Három éves koráig rendes fejlődés, ebben az évben egymásután volt scarlatinája, morbillije s bárányhimlője, ezek után első jelenségei a mai bántalomnak: kis rohamok eszméletlenséggel, majd nagy görcsös rohamok, néha seriesekben.

1909 szeptemberben sűrű rohamok, naponta 60—70. Nagy lesóványodás. Deczember havában mind a négy végtag felhűdött állapotban volt, a gyermek nem beszélt. Kezelés (sótalan diaeta, brom) sikertelen, ekkor Érsekújvárra vitték a gyermeket egy kuruzslóhoz, a ki valami zöldes port rendelt,

mely után a rohamok három hétre elmaradtak, a gyermek egész normalis lett, játszott, szaladgált, beszélt, úgy mint más gyermek. Két hét óta újra rohamok, melyek úgy kezdődnek, hogy a gyermek feje lehanyatlík, mindkét karját vállban, könyökben, kéztőben behajlítva felrántja, más alkalommal az egész testre kiterjedő rángógörccsök csatlakoznak hozzá, vizelete elfolyik. Kis rohamai is vannak, melyek alatt pillanatokra felfordítja szemeit, eszméletlen. Utóbbi időben főfájások.

Vizsgálatom idejében mind a négy végtag felhűdéses állapotban, járása ingó, csak megszólításra beszél, minden kérdést ért és adequat feleletet ad, de vontatottan, lassan.

Jó felfogásának mondják szülei s a mint rohammentes, teljesen tiszta öntudatú, s a gyermek szellemi hanyatlás semmi jelét sem mutatja. Erősen fejlett. A koponya alaki eltérést nem mutat. A fontanellák rendesen záródtak.

Mindkét triceps-reflex és térdtünet rendkívül élénk, spasmusos. Az Achilles-inreflexek rendesek. Babinski-tünet nincs, Oppenheim sem. A szív, a tüdő rendben. Rigiditas: 0. Fül-baja sohasem volt. Kutya nem volt körülötte.

Ebben az esetben a körjelzést a következő indoklással állítottam fel hydrocephalus internusra:

Kiindulási pontul a kuruzsló kezelése alatt észlelt teljes feltisztulást, rohammentességet vettem, ezt csak úgy tudtam megérteni, hogy felvettem, hogy egy időnkint exacerbáló cerebális folyamat van jelen. Genuin epilepsia nem volt valószínű, mert brom által való befolyásolhatóság teljesen hiányzott, s mert dacára a sűrű rohamoknak, igazi szellemi hanyatlás mégsem volt jelen. Topikus tünet nincs. Ha egy helyből igyekeznék magyarázni a tünetcsoportot, úgy azt az agykéregre nem lokalizálhatjuk, mivel csaknem mindkét oldali, az egész fali lebenyre vonatkozó bántalmazottságot kellene feltennünk, ennek pedig egyéb tünetekben is (állandó kiesési tünetek) meg kellene nyilvánulnia. Minthogy a tünetek hol nagyon kifejezettek (quadriplegia erős szellemi kötöttséggel), hol meg teljesen megszűnnek, egy növekedő, majd kisebbedő folyamatra kell gondolnunk; ily ingadozások lehetőségét a ventriculusokban lejátszódó folyamat — hydrocephalus internus — adja meg. Okozhatja ezt egy echinococcustömlő a IV. agykamarában, de minthogy a kutyaanamnesis negatív, ezt a felvételt elejtjük s inkább arra gondolunk, hogy a bántalom kezdetén jelenvolt fertőző bántalmakban keressük a kiindulási pontot. Ezek mindegyike okozhat ependymitist vagy körülírt meningitist (meningitis serosa), mely folyamatok hydrocephalusra vezethetnek, s ezen hydrocephalus internus újul ki időnkint, majd meg kiürül.

A kuruzsló által alkalmazott hashajtószer hatását is csak így tudom magyarázni. Az erélyes hashajtással járó depletio járhatott azzal az eredménnyel, hogy a liquorgyülem csökkent s így teljes tünetmentességet hozhatott létre.

Természetes, hogy a liquor lefolyását egy tumor is akadályozhatja s így ez hozhat létre secundaer hydrocephalust. Ellene szólnak azonban az agydaganat felvételének a teljesen tünetmentes közti időszakok; másrészt a hydrocephalus internus felvétele mellett megmagyarázódik a végtagoknak felhűdéses állapota s a szellemi kötöttség, a mely tünetek rohammentes napokon teljesen megszűnnek. A gyermek nem beszél, de nem azért, mintha aphasiás volna, nem mozgatja jól végtagjait, de nem azért, mintha azok bénák volnának, hanem úgy a szellemi, mint a mozgási műveletek kötöttek, mintha egy fék hatása alatt volnának; a ventriculusokban felhalmozódó liquor az a fék, mely nyomást gyakorol az agyra s ezen hatásnak tudható be, hogy a pyramispálya gátló működését felfüggeszti, a minek folyománya aztán az összes inreflexek fokozódottsága.

Kérgi folyamat felvétele ellen szól: 1. ily folyamatnak túlnagynak kellene lenni (mindkét parietalis lebenyre kiterjedőnek);

2. szellemi kiesést kellene találnunk góczytünetekkel;

3. rohammentes időszakokban teljes restitutio ad integrum az összes vonatkozásokban nem következhetne be.

Mindezek alapján tehát *hydrocephalus internus acquisitus* állítottam fel a körjelzést és lumbalis punctiót ajánlottam, ha ez eredménytelen volna, ventriculuspunctióra gondoltam; tekintettel továbbá az apa luesére, kenőkrút is javallottam. Az *Anton-Bramann*-féle műtét még akkor nem volt ismeretes.

A lumbalis punctio hatása csak kis fokban mutatkozott, kenőkúra időszakos látszólagos javulást hozott ugyan létre, nagyjában azonban a gyermek állapota deplorable maradt; éveken át folytonos rohamok. A szülők egyik orvostól a másikkhoz vitték gyermeküket; arról, hogy ventriculus-punctio történjék, hallani sem akartak annyival kevésbé, mivel kiváló szakértők genuin epilepsiának mondták az esetet s az operatiót céltalannak, más szakértők pedig teljesen reménytelennek jelezték az állapotot. Mindezek dacára egy szép napon a rohamok teljesen megszűntek, a gyermek szellemileg rendbejött s most már évek óta rendben is van s minden irányban jól fejlődik.

Ez esetben az évek után beállott hirtelen gyógyulás igazolta feltevésünket: hogy *hydrocephalus internus acquisitus* volt jelen.

Ezen eset jut eszembe, mikor Böskét látom: sűrű epilepsiás görcsös rohamok, quadriplegia, szellemi kötöttség. Mindezek alapján ragaszkodva az ellentmondó vélemény dacára eredeti főlvételemhez, *decompressiv trepanálást* s vele kapcsolatos *Balkenstich* véghezvitelét indikáltam. A trepanálás helyéül a jobb falcsontnak a középvonalhoz (tekintettel a *Balkenstich*-nek e helyen való alkalmazására) közel eső tájékát jelöltem meg. A *decompressiv trepanálást* azért tartottam szükségesnek, hogy tisztán lássunk s ha felvételem ellenére mégis valamely más térszűkítő folyamat volna jelen, az osteoplasztikus lebeny képzésével ezen indicatiónak is megfeleljünk.

A trepanálás ajánlatára annyival könnyebben határoztam el magam, mivel ezen műtėti beavatkozás a sebészti tudás mai fejlettsége mellett már nem oly súlyos, mint azelőtt.

Fischer Aladár főorvos indicatióimat elfogadta s a nála megszokott virtuositással végezte is e műtétet.

Műtét 1913 október hó 26.-án. Trepanálás a jobb falcsonton a középvonaltól kiindulól, tekintettel arra, hogy ott van tervbe véve az *Anton-Bramann*-féle *Balkenstich* keresztülvitelekora behatolás. Az első megfúrt nyílás alján a dura megnyitása után betódul a nyílásba egy opákos hártya, melyről *Fischer* főorvos azt hiszi, hogy cysta, majd teljes felfedés után a dura feltárással előttünk fekszik egy régi lefolyt leptomeningitis maradványaként egy fehéres, opákos befutottság a parietalis lágy agyburkon, legerősebben kifejezetten a lábközpontoknak megfelelőleg. Ugyanott szondával a falx cerebriig hatol előre *Fischer* főorvos s annak vezetése mellett a corpus callosumig jut s azt átdöfi.

Az eleinte jól pulzáló agy kezd kidagadni, annyira, hogy a pulzálás elvész. Előbb háromszori punctio különböző helyeken nem ad semmiféle folyadékot, sem nem derít ki semmiféle ellentállást. A dura lefektetése után a csont ráhelyezésekor újra beáll a pulzálás és ekkor *bő liquorfolyás indul meg*. A bőrseb teljesen bevarrva.

Lefolyás. Október 27. Roham nem volt. Magánál van semmijét sem fájlalja. Jobboldali végtagjait csaknem folytonosan emeli s az ágyra csapkodja. Felszólításra, hogy üssön kezemre, ezt megteszi. A baloldali végtagokat nem mozgatja, azokban, különösen a karban önkéntelen összehúzódások jelentkeznek, melyek folytán a kar felemelkedik könyökben, sőt vállban is, a kéz töben behajlítva, könnyen hozható azonban ki ezen helyzetből. Mindkét oldalt *Babinski*-tünet. A térdtünetek nehezen válthatók ki. A hasreflexek rendben. A strabismus convergens engedett.

Október 29. Tegnap éjjel kisebb roham. Folyton alszik. Tegnap beöntésre bő széke volt. Jobboldali végtagok mozgásai kisebbek s ritkábbak; a bal kar spasmusos felhúzódsai állandóak. Délben *Babinski*-tünet nem váltható ki, estére megvan. A bal öregujj többnyire ebben a tartásban. Délben

a hasreflexek megvannak, estére nem, ugyanekkor megvan már a *Kernig*-tünet a jobb alsó végtagban, sőt akkor is kiváltható e végtagon a *Kernig*-tünet, ha a bal alsó végtagot csípőben túlhajlítom; a jobb alsó végtag ilyenkor térdben behajlítva, az alaptól elemelkedik. Délutánra már a bal alsó végtagban is van, *Kernig*-tünet, ez a végtag, valamint a felső végtag, dacára, hogy *Babinski*-tünetet mutat (állandóan dorsalflektálva van az öregujj s a kar felhúzódva), mégis petyhüdt; a jobboldali végtagok felemelve leesnek, míg a baloldali végtagokban nagyobb a tonus. Hőmérsék 37.5°.

Október 30. Nem volt rohama. Ma már evett. Kissé kevesebbet alszik. Nyugodtan alszik. A bal karban néha súroló mozgások. *Babinski*-tünet +. *Kernig*-tünet mint tegnap. *Hasreflexek*: 0. Kéri a vizelő-edényt. A hőmérsék 37.7°.

Este. A has nem behúzódott. Főfájásról nem panaszkodik. Agyideghűdés ezidőszertint nincs. Hőmérsék 38.8°.

Október 31. Az éjjel kis roham, karjait széjjelterpesztette, szemeit kimeresztette. Hőmérsék 37.7°. A szemfenék ép. Jól reagáló láták (*Mohr* magántanár). *Hasreflex*: jobboldalt olykor. *Babinski*-tünet: jobboldalt nincs, bal olykor. Jobb karja s lába gyakran remeg. Izgatott, sikít, ha valami nem tetszik neki. Többet van ébren. A *Kernig* még kifejezettebb, baloldalt is megvan. Fogait vicsorítja.

November 2. Hőmérsék tegnap 37.3—36.8°, ma 37.9°. Tegnap délelőtti roham, bal lábát a görcs felhúzta. Felsikoltások. Fogvicsorítások ritkábban. Jobboldali végtagok csapkodó mozgásai ritkábbak. *Babinski*-tünet nem váltható ki; térdtünetek sem. Kisfokú lábclonus. Igen kifejezett a *Kernig*-tünet. Felszólításra nyelvét őrli; alig beszél. Bal felső végtagját törzsétől eltávolítva tartja, vállban emelve, e végtag rigid. Az alsó végtagok hypotóniások. *Este*: 38.3°. Ma először panaszkodott kissé főfájásról.

November 3. Igen bő liquorfolyás egész idő alatt, a kötés mindig átnedvesedett. Rohama nem volt. Hő: 38.1°. *Babinski*: 0. Térdtünet: 0. *Achilles-inreflex*: 0. Daczára ennek, bal lábfejen clonus kiváltható, jobbra jelezve. *Hasreflexek* első vizsgálatkor megvannak. Jobb oldalon fekszik, a fejét a vánkosba turja. Táplálékfelvétel jó. Eleget van magánál.

November 4. Hőmérsék: 36.7°. Pulsus: 168. Ma délelőtti szabad psyche, beszél is. Rohama nem volt. *Babinski*: 0. Rángatózások a bal vállban. *Kernig*-tünet igen kifejezett, vizsgálatkor jajgat. *Bő liquorfolyás*. Eszik bőven. Kényszermozgás jobb végtagjaiban már napok óta nincs.

November 6. Rohama nem volt. Jól alszik. Láza nincs. Önkéntelen mozgások megszűntek. Állandóan jobb oldalra fekszik. Felszólítva, hogy szorítsa meg bal kezével kezemet, ennek eleget tesz s ekkor beáll egy kis roham: még erősebben jobbra fordul, beássa fejét a párnába, kis rángatózás áll be a baloldali végtagokon, különösen a karban. A prolapsus nem fokozódott. *Kernig*-tünet ma kevesebb. A *térdtünet* s *Achilles-inreflexek* élénkeek.

November 7. Feltűnő javulás. Roham nem volt. Hőmérsék: 36.0°. A psyche feltisztulóban. Megismer. Beszéde vontatott, a felső ajkak ataxiásan mozognak. A bal szem nem éri el teljesen a külső szemzugot. Felszólítva, hogy fogja meg fejét, jobb-bal kezével ennek eleget tesz. Lábaik csípőben emelni tudja. *Babinski*-tünet: 0. *Kernig*-tünet még kifejezetten pozitív. *Hasreflexek* ma kaphatók. Főfájás: 0. Nyelvét szabadon mozgatja.

November 8. Rohama nem volt. Hőmérsék: 36.1°. Beszéde vontatott, de jobb, mint tegnap. Felismer. Felszólításoknak eleget tesz. Nevetéskor (olykor) jobban idegzi be a jobb felső ajkát. Fejét nem fájlalja. A *térdtünetek* rendesek. A *Babinski*-tünet baloldalt erős, jobboldalt gyenge. Felszólítva, hogy emelje fel jobb lábát, ezt megteszi, de 45 fokon túl behajlik a láb a térdben. A bal alsó végtagon minden intenciós mozgáskor beáll a *Babinski*-tünet. Az evés rendben. A hasreflexek rendben. A szemfenék ép (*Mohr*). A bal szemben strabismus convergens. Az alsó végtagok mozgásai nincsenek a gyermek teljes hatalmában, így p. o. egyes helyeit egyik végtagjának

a másik sarkával érinteni nem tudja praecisen, lecsúszik a láb. Remegés nincs. *Oppenheim*: 0.

November 10. Teljesen láztalan. Jól alszik. Beszéde mind szabadabb, ilyenkor a bal felső ajakfél még visszamarad, főleg nevetéskor tűnik ez fel. A térdtünet igen élénk. Baloldalt *Babinski*, jobboldalt nincs. *Kernig*-tünet megvan, de kevésbé kifejezett. A hasreflexek élénkek. A karok és kezek mozgásai szabadok. Legfeltűnőbb javulás: 1. nincs roham, 2. szellemileg rendben.

November 12. Tegnapelőtt este 9 és $\frac{3}{4}$ 11 s 11.-én reggel 8 órákor rohamok. Az első igen erős volt, szemei ki voltak forgatva, bal fele, mindkét karja befelé volt fordulva, bal lábát széjjel tolta. Roham tegnap este is. Ma nem volt rohama. Szellemileg feltűnően friss, normalis. Ma először kelt fel, járni csak segítséggel tud, dülöng. Álláskor jobbra dülöng. Kezeinek használhatósága teljes. Feje nem fáj. A fogcsikorgatás teljesen megszűnt. Ma kötésváltoztatás; a liquorfolyás megszűnt.

November 13. Jól van. Rohama nem volt. Mindkét kezét jól használja. Láztalan. Térdtünet: a jobb élénk, a bal rendes. *Kernig*-tünet: a jobb lábon teljesen megszűnt, a balon jelezve. Psychikailag teljesen rendben van. Bal ajakfacialis már alig marad vissza. A rohammentességnek valószínű oka, hogy ma éjjel újból liquorfolyás volt.

November 15. Rohammentes. A kertben jár. Járása feltűnően javul.

November 21. Három nap előtt éjjel rosszul lett, csak annyiból állott, hogy felkiáltott, hogy „anya”, felült, bal lábát felemelte, hozzászólásra nem felelt, majd az éjjelire kért. A roham igen rövid ideig tartott. Beszéde, járása rendbejött.

November 27. Tegnap és ma reggel kétszer kis petit mal-szerű állapot: tétova tekintet, karjait felemeli, rászólásra rögtön magához tér s azt mondja: „Tudom, hogy szoltál anyám.” *Kernig*-tünetnek nyoma sincs. *Babinski*: 0. A járás, a beszéd teljesen rendben. A szellemi állapot kitűnő.

December 10. Jól van. Teljesen rohammentes. A szemmozgások szabadok, alig észrevehető kis convergens strabismus a bal szemén. A kéz- és karmozgások teljesen rendben. A térdtünet rendes. Az Achilles-inreflex rendben. A *Kernig*-tünetnek nyoma sincs. A beszéd teljesen rendben. Bizonyos féltékenység, kötöttség van viselkedésében, de otthon, mint anyja s nagynénje mondja, élénk, ugrál, énekel. Behuny szemekkel biztosan áll. Facialis-paresis alig észrevehető.

December 22. Minden irányban teljesen rendben. Hízik. Jól alszik. Rohama nincs. A szemek tengelye rendes. Középtág, egyenlő, jól reagáló láták. Az agyidegek rendben. A térdtünet rendes. Az Achilles-inreflex rendes. *Babinski*: 0. *Kernig*: 0. Járás teljesen rendben. Főfájás: 0. Szédülés: 0.

1914 január 31. Az Orvosegyesületben bemutatjuk, mint teljesen gyógyultat. Semmi panasz nincs; rohammentes. Idegrendszeri eltérés nincs jelen.

Július 20. Teljesen rendben van.

A lefolyásból kiemelendőnek tartjuk a következőket:

A műtét utáni napokban úgy állt a dolog, mintha meningitis volna fejlődőben. Harmadnapra rendkívül kifejezett *Kernig*-tünet, kis hőemelkedések álltak be. Szellemileg erősen kötött, sőt időnkint félnap hosszát teljesen eszméletlen volt. Bő liquorfolyás indul meg. A lázas állapot csak hat napig tart, a *Kernig*-tünet mind kisebb lesz s végül 16 nap múlva előbb a jobb alsó végtagon, majd a balon szűnik meg. Vele párhuzamosan vész el a *Babinski*-tünet is.

Érdekes, hogy közvetlen a műtét utáni napokon inreflexek nem válthatók ki.

Mindezeknél fontosabbak s megemlítésre méltóbbak azok az izgalmi jelenségek, melyek a végtagok részéről a lefolyás első idejében voltak észlelhetők.

Közvetlen a műtét utáni napon jobboldali végtagjait folytonosan emeli s az ágyra csapkodja, a jobboldali végtagokban pedig önkéntelen összehúzódások jelentkeznek, ezek folytán a kar könyökben, vállban felemelkedik, a kéz kéztőben behajlítva tartatik.

E tünetek néhány napi fennállás után megszűntek.

Magyarázatukat talán az adja meg, hogy a *Balkenstich* által a *corpus callosum* izgalomba jön, ennek izgalmi tüneteként fogandók fel a jelenségek vagy pedig, a mi valószínűbb, a subarachnoidealis üregbe hatoló liquor a lágy agyburkokba beivódva serosus leptomeningitist hozott létre s corticalis izgalom folyamánai voltak az említett mozgások.

Anton és *Bramann* monographiájukban, a melyben számos *Balkenstich*-műtétről számolnak be, nem említik ugyan e tüneteket, de talán azért nem, mert nem is térnek ki bővebben a lefolyások ismertetésére.

Ugyancsak izgalmi tünetként szerepelt esetünkben a *Kernig*-féle tünet, a melyet ily intenzitásban, mint Böske esetében, magam még sohasem észleltem. Meg voltam győződve, hogy meningitis cerebrospinalis van fejlődőben, midőn a *Kernig*-tünet ezen erős megnyilatkozását láttam s nagy volt a csodálkozásom, mikor az néhány nap múlva teljesen eltűnt.

Tekintettel arra, hogy a *Kernig*-tünet jelentkezése igen erős liquorfolyással esett össze, jogosan teszem fel, hogy ebben keresendő a tünetet előidéző momentum is. Valószínűnek tartom, hogy a liquor, mely a *Balkenstich* útján a subarachnoidealis üregbe szabad lefolyást nyert, a gerinczvelő subduralis üregeibe is eljutva, valószínűleg imbibálódott a lágy gerinczvelői burkokba, vagyis meningitis serosát hozott létre és így vezetett a *Kernig*-tünet jelentkezésére. A múltóan jelenvolt, igen erősen kifejezett *Babinski*-tünetet is úgy vélem magyarázhatni, hogy ezen meningitis serosa a pyramispályákra való nyomása által azokat időlegesen működésükben akadályozta.

Az összes jelenvolt tünetek teljes és végleges megszűnése, egybevetve a bő liquorfolyással, kétségtelenné teszi, hogy az összes tünetek előidézője más, mint felgyülemlett liquor nem lehetett.

Eseteimből fontos következtetések vonhatók le a *hydrocephalus internus acquisitus* diagnostikájára, ezzel azonban külön közlemény keretében kívánok foglalkozni. Jelenleg csupán konstatálni kívánom, hogy lehetséges in vivo elég határozottsággal a *hydrocephalus internus acquisitus* körjelzése, úgy hogy nem áll fenn többé *Bruns* híres tumormonographiájában foglalt azon vélemény, mely szerint a *hydrocephalus*-nak biztos elkülönítése az agydaganattól sohasem lehetséges.

Eseteinkből továbbá igen fontos következtetések vonhatók le a gyermekkori rángógörccsös állapotok pathologiai jelentősége szempontjából. Mindkét esetünkben az epileptikus jelenségek uralták a körképet, annyira, hogy mindkét esetet genuin epilepsiának tartották. Nem czélom a különbözőzeti körjelzés taglalásába bocsátkozni; részben a szövegben tettem ezirányú utalásokat, későbbi közleményemben pedig bővebben fogok kitérni e kérdésre is, jelenleg hangsúlyozni kívánom, hogy a fiatal gyermekkori epileptikus esetekben a meningitis serosa pathologiai jelentőségére fokozottabb mértékben kell ügyelnünk.

Végül ki kell, hogy emeljem az *Anton-Bramann*-féle *Balkenstich*-műtétnek fontosságát. Maga a műtét könnyen kivihető. *Anton* feltevése, hogy a *corpus callosum* elülső részének átmetszésével a liquornak a subarachnoidealis üregbe való szabad lefolyását biztosítani tudjuk, esetünkben is fényes beigazolást nyert. Esetemben az *Anton-Bramann*-féle műtét után kívül decompressiv trepanálás is történt, talán az eredménynek egy része ennek a számlájára irandó. Azt hiszem, hogy e két műtétnek ilyen kombinálása egy lépéssel előbbre fogja vinni tudásunkat és gyógyítási képességeinket a gyermekkori epileptikus jelenségekben.

Eddig is alkalmazták (*Kocher* stb.) epileptikus jelenségekben a trepanálást, de nem nagy eredménnyel, talán az ily decompressiv trepanálás egymagában nem változtat az agy görccsökre hajló sajátosságán, míg a *Balkenstich*-hel való kombinálás e sajátosságra a kívánt eredmény szempontjából befolyással bírhat.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., m. kir. udvari tanácsos, egy. nyilvános rendes tanár.)

Fibroma durum multiplex petrificans esete, egyúttal adatok az úgynevezett multiplex subcutan kemény fibrosus daganatok ismeretéhez.*

Írta: Gergő Imre dr., egyetemi magántanár, tanársegéd.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1912. évi január 14.-i első rendes tudományos ülésén főnökömnek, *Dollinger Gyula* tanárnak megbízásából az I. számú sebészeti klinika egy betegét mutattam be, a kinek sajátos megbetegedése főleg pathológiai és diagnostikai szempontból keltette fel figyelmünket. A beteget a közelmúltban újból láttam, az újabb megfigyelésekkel egyetemben érdemesnek gondolom arra, hogy reá vonatkozó észleléseket közöljem.

V. J. 36 éves, kenderesi (Jásznagykunszolnok vármegye) földműves először 1911 január hó 7.-én került *Dollinger* tanár klinikáján felvételre.

A beteg előadása szerint 6 éves korában bal lábszárán egy csomócska keletkezett, a mely lassanként növekedett. Egy idő múlva ugyanott, majd lábujjainak végén még több ily csomócska fejlődött. 18 éves korában (1891-ben) az egyik almanagyságra megnőtt daganatot egy helybeli kórházban (Szent István-kórház) megoperálták; ugyanakkor bal láb hátán és bal lábának kis ujján egy-egy kb. diónyi daganatot irtottak ki; a lábujján levő daganat kiirtásakor a kis ujját is el kellett távolítani. Ezen műtét után azonban a jobb boka felett kiirtott csomó helyén újabb csomó keletkezett, ez mindjobban nőtt és kb. négy hét előtt kifekélyesedett.

Az anamnesis előzetes traumáról, vagy lobosodásról a csomócskák helyén nem derített ki semmit. A betegnek hozzátartozói mind egészségesek; a betegnek lúse nem volt.

Jelen állapot: Az általános vizsgálat ép mellkasi és ép zsigeri szerveket mutat. Az áll és a jobb állkapocs alatt, úgyszintén a nyak jobb oldalán hegesedés látszik, a mely 26 év előtt, a betegnek 10 éves korában lezajlott nyirokcsomó-genyedésnek maradványa.

Azon elváltozások székhelye, melyek miatt a beteg a klinikára jött, főleg a bal czomb, a bal lábszár és láb, valamint a jobb térdalj, boka és láb.

Ezen helyeken mindenekelőtt több mogyorónyi, egész diónyi, kerek, tömött, fájdalommentes tumor észlelhető, mely tumorok a köztakaró alatt fekszenek s a melyek közül az egyik kocsányos is; ezen tumorok a klinikai kép alapján kifejezetten fibromák. (Lásd az 1. és 2. sz. ábrát.)

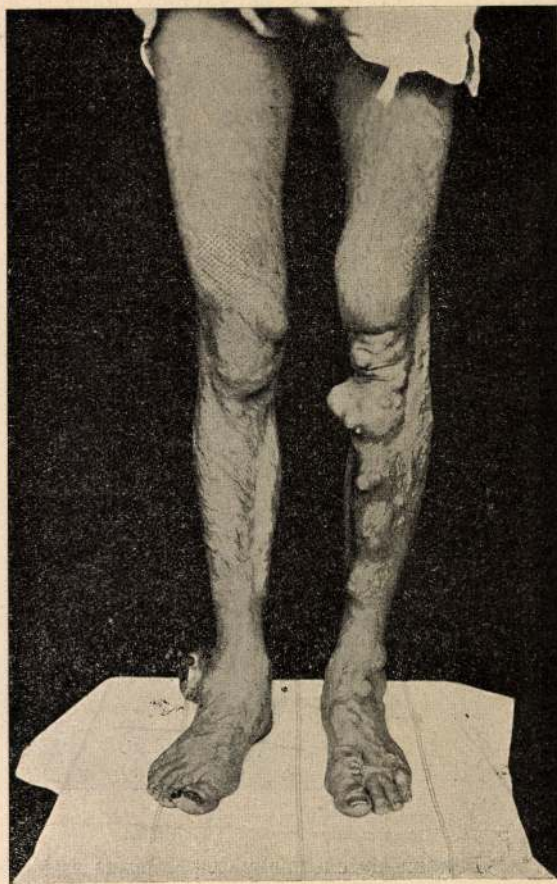
De találunk itt multiplex, sűrűn egymás mellett ülő oly daganatokat is, melyeknek külseje csomós vagy dudoros, tapintata porczkemény és a melyek részben az ép vagy kissé elvékonyodott bőr alatt fekszenek, részben a periosteummal függnek össze; e tumorok a betegnek szintén nem okoznak fájdalmat. Ezen tumorok expansive nőttek és *klinice* chondroma, illetve fibrochondroma képét adják.

Végül a jobb lábon, a külső boka felett körülbelül almányi, alapján mozgatható, fájdalommentes daganatot látunk, melynek növekedési tendenciája az előbbi tumorokhoz hasonlóan szintén expansiv jellegű, de ezen tumornak majdnem egész felszíne kifekélyesedett. Első pillanatra ezen daganat rossztérmetűnek látszik, mintegy chondro-sarkoma benyomását kelti. Ezen tumor az, a mely a 10 éve történt exstirpálás helyén recidivált.

Az *x-sugaras képek* szerint a tumorokban csontszövet nincsen, a nagyobb göbökben azonban regressiv elváltozás, kiterjedt meszesedés keletkezett, azonkívül a tumorok a csontok egy részén (bal femur, bal tibia) nyomási atrophíát is okoztak. (Lásd a 3. és 4. sz. ábrát.)

Látunk tehát multiplex tumorképzést, a tumorok lassan,

évek, évtizedek alatt nőttek, helyenként a csonton nyomási atrophíát is okoztak és közülük az egyik a kiirtás után évek múlva recidivált. E klinikai kép alapján részben fibromára,



1. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esete műtét előtt. Elülről nézve.



2. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esete műtét előtt. Oldalról nézve.

* A dolgozat eredetije a német nyelven kiadott *Pertik-émlék-könyvben* (Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin) jelent meg.

részen chondromára, sőt a jobb boka feletti recidiv kifekélyesedett tumornál sarkomára is gondolhattunk, de a próbakimetszés és a szövettani vizsgálat eredménye mást mutatott. A szövettani vizsgálat — és az esetnek nagy érdekességét éppen ez kölcsönöz — a klinikai vizsgálat eredményét nem fedi.

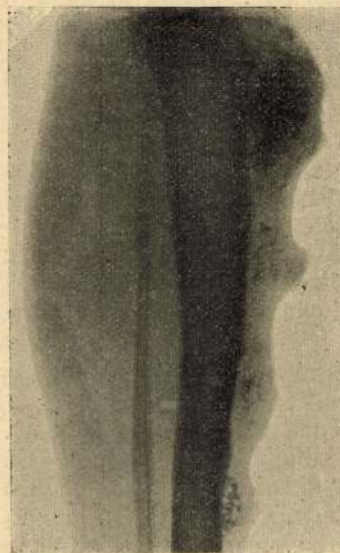
A porckemény, ki nem fekélyesedett tumorok képe: Az egész tumor kérges, durva rostú, igen sejt-zegény kötőszövetből áll. Gyéren elszórt vastagfalú erek körül laza perivascularis kötőszövet látszik, plasmasejtekkel és számos hízósejttel. A kérges szövetben néhány körülírt meszes folt is

található. Porcyszövet vagy osteoid szövet a metszetekben nincsen. (Lásd az 5. és 6. sz. ábrát.)

A kifekélyesedett tumor széli részletéből készített metszet képe pedig a következő: A tumor alapszöve itt is durva rostú, sejt-zegény kötőszövet; ebben sem látszik porc- vagy osteoid szövet, de még meszesedés sem. A gyéren elszórt vastagfalú ereket a daganatszövettől itt is laza adventitialis kötőszövet választja el, ezen laza szövetben számos plasmasejtet és hízósejtet látunk. A durva kötőszöveti rostok között is sok hízósejt fekszik. A metszet egy részét hám fedi; a subepithealis kötőszövet a valamivel durvább rostú daganat-



3. ábra.



4. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esetének x-sugaras képei; egyes csomók elmeszesedése mellett a csontokon helyenként nyomási atrophíát is látunk.



5. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esete. Szövettani kép gyenge nagyítás mellett.



6. ábra.

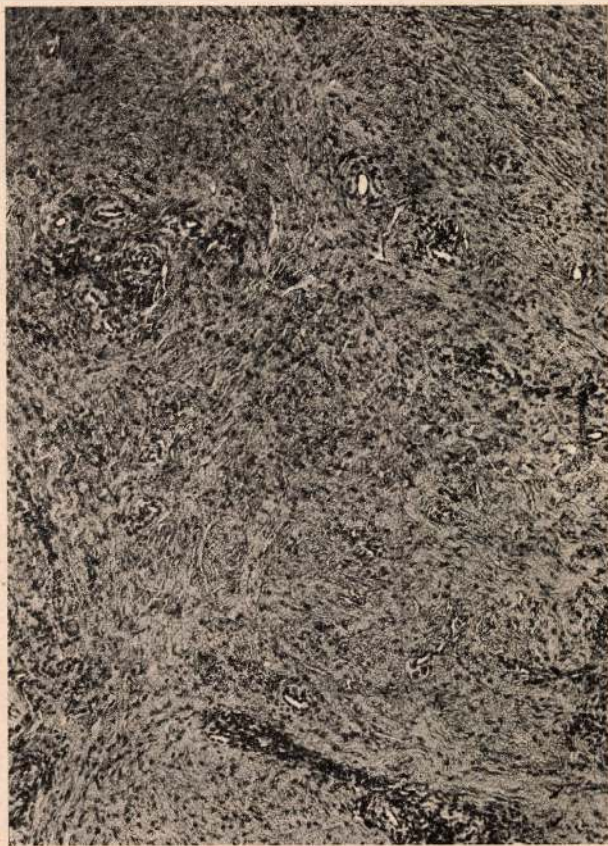
Fibroma durum multiplex petrificans esete. Szövettani kép erős nagyítás mellett.

szövetbe éles határ nélkül megy át. A fekélyesedésnek megfelelőleg a hámboríték megszűnik és a fekély alapját tevő kötőszövet gömbsejtesen beszűrődött. Szóval a kifekélyesedett daganat histologice rossztermészetűnek nem mondható. (Lásd a 7. és 8. sz. ábrát.)

A kezelést illetőleg a betegnek azon tumorok eltávolítását ajánlottuk, melyek részben helyzetük, részben nagyságuk miatt, vagy kifekélyesedés folytán a betegnek terhére vannak.

A műtétet főnököm megbízásából 1911 január havában végeztem. A beteg alsó végtagjain 14 helyen (jobb oldalon 4, baloldalt 8) ejtett bemetszésből mindazon tumorokat eltávolítottam, melyek nagyságuknál fogva a beteg terhére voltak, esetleg a mozgást akadályozták, vagy áttörni készültek, vagy mint a jobb láb külső bokája feletti, át is törtek.

A beteg 2 héttel a műtét után primául gyógyult sebbel a klinikáról távozott, rendes foglalkozása után látott, állítólag azóta bajával semmi kellemetlensége nem volt, állapotában semmiféle változást nem tapasztalt.



7. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esete. Kifekélyesedett tumor szövettani képe gyenge nagyítás mellett.

1912 november 22.-én a beteg utánvizsgálat céljából újból a klinikára jött. A megejtett újabb vizsgálat eredménye a következő:

A beteg elég jól táplált, mellkasi és zsigeri szervei épek.

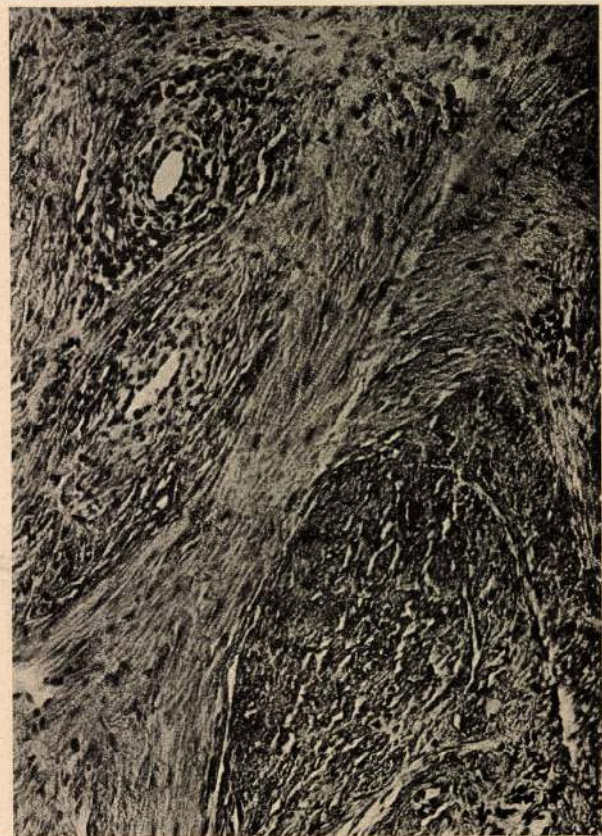
A bal spina ant. superior felett a közel 2 év előtt végzett bemetszés helyének megfelelőleg kb. 3—5 cm. hosszú, 1 cm. széles porczkemény, egyenetlen dudoros, kb. 1 cm.-nyire kiemelkedő heg (keloid) látszik. A bal femur feszítő oldalán eszközölt bemetszés helyének csak egyes részletei vastagodtak néhány milliméternyire, ezen heg alsó fele alatt 3—4 borsónyi-babnyi csontkemény tumor érezhető, a mely az izomzattal látszólag összefügg. Ettől medialisán a musculus rectusnak kb. középső harmadában egy almányi, az izomzattal összekapaszkodó s vele elmozdítható csontkemény tumor érezhető. A tumor felett a köztakaró ép s mérsékelten elődomborodik. A quadriceps inában közvetlen a patella felett a quadriceps inával könnyen összefüggő csontkemény tumor

érezhető; ennek medialis és alsó szélén pedig 5—6 kisebb borsó-babnyi, könnyen elmozdítható csomócskát tapintunk. A bal patellának basisán és belső szélén 3—4 borsó-bab, egész mogorónyi csomócska ül. A tibia condylusainak elülső és medialis felszínén pedig egy a csonttal szorosan összefüggő, a csontot kérégszerűen fedő, kb. 1—2 cm.-nyire kiemelkedő porczkemény, egyenetlen felszínű térfogatnagybodást látunk. A tibiának felső $\frac{2}{3}$ -a felett ejtett metszés hegvonalában recidiva nincsen.

A tibia alsó harmadában a tibia cristája mellett, úgyszintén a külső boka felett és alatt elszórtan babnyi-mogorónyi, porczkemény tumorok érezhetők, melyek részben elmozgathatók, részben az alappal összefüggnek. A bal lábon újabb göbök nem fejlődtek.

Jobboldalt a térdaljban ejtett két metszésnek megfelelően keloidszerű heg keletkezett, újabb göbök azonban nem tapinthatók. A két heg között a mélyben néhány borsónyi tumor érezhető.

A jobb boka felett a fibula mentén, látszólag a pero-



8. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esete. Kifekélyesedett tumor szövettani képe erős nagyítás mellett.

neus inával összefüggő 3—4 cm. hosszú, 1 cm. széles, $\frac{1}{2}$ centiméterrel a bőr niveauja fölé emelkedő keloidszerű heg keletkezett, a melynek periferiáján borsónyi-babnyi, részben szabad, részben a heggel összefüggő csomócskák észlelhetők. A jobb lábon újabb tumorok szintén nem fejlődtek. (Lásd a 9. és 10. sz. ábrákat.)

Vizsgálat végett a bal térd tájáról két körülbelül mogorónyi és vele összefüggésben négy kisebb borsónyi-babnyi daganatot vettem ki. A szövettani vizsgálat eredménye teljesen azonos volt a körülbelül 2 éve megejtett vizsgálat eredményével, ezért azt közelebbről nem részletezem.

A készítmény bakteriologiai vizsgálata, valamint a daganat többi részéből végzett bakteriologiai oltások negatív eredménnyel jártak.

* * *

A most ismeretett bántalom sok tekintetben egy típusos tropusi bántalomra emlékeztet, a melyre a figyelem csak az utolsó évtizedben irányult. Ezen bántalom lényege szintén

multiplex, porczkemény, többnyire heges göbök keletkezése. Szükségesnek gondolom tehát, hogy az azonosnak látszó tropusi betegséget kissé részletesebben méltassam.

Ezen specialisan sebészi tropusi megbetegedést először *L. Steiner* 1904-ben Surabayában észlelte, ugyanakkor az Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene VIII. kötetében „multiplex subcutan kemény fibrosus daganatok“ elnevezés alatt, majd újból 1909-ben és 1912-ben a fenti név megtartásával ismertette.

Jeanselme Steiner-től függetlenül Siamban, Laosban, Cambodjosban, Annamsban és Madagaskaron hasonló megbetegedést látott, észleléseit 1906-ban: „Nodosités juxta-articulaires“ név alatt közölte.

Gros 1907-ben Algierben észlelte ezen megbetegedést és „Nodosités juxta-articulaires de Jeanselme“ név alatt írta le. *Gros* egy kabyról sikerült fényképfelvételt is készített; ezt azóta majdnem valamennyi irodalmi közlemény átvette.

Manaud 1908-ban Cambodjából hasonló esetet „fibromes cutanés multiples“ néven közölte. Esetének idetartozása



9. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esete műtét után, elülről nézve.

azonban nem biztos. *Goebel* legalább *Manaud* esetét kétségesnek mondja.

Neveux 1908-ban Senegalban, legutóbb pedig (1910) *Fontoynont* és *Carougeau* Madagaskaron észleltek ily megbetegedést. *Neveux* szerint Senegalban a benszülötték a megbetegedést narinde-nek nevezik.

Ha még megemlítem, hogy *E. Payr* és *H. Küttner* „Ergebnisse d. Chirurgie u. Orthopaedie“ című munkájának III. kötetében *Carl Goebel* (Breslau) a tropusi betegségekről írt kimerítő tanulmányában is megemlékszik ezen bántalomról, ezen megbetegedésről a rendelkezésünkre álló összes irodalmat ezennel kimerítettem.

Míg a szerzők túlnyomó része pusztán a kóresetek makroszkopos leírásával elégszik meg, *Jeanselme* és *Steiner* szövettani vizsgálatokat is végeztek, *Fontoynont* és *Carougeau* pedig már a betegség aetiológiáját is kutatták.

Azonban ha mindezen szerzők valamennyi adatát is összefoglaljuk, ismereteink a megbetegedés kóroktanáról, pathológiájáról, klinikai képéről még mindig igen hézagosak, rövidesen felsorolhatók.

A tumorok jelentkezése. Eddigi tapasztalatok szerint ezen tumorokat leginkább jávai, maláji, chinai, japán egyéneknek, továbbá Algir, Siam, Madagaskar és Senegal egyes benszülöttein észlelték; a betegség szóval látszólag Ázsiában és Afrikában honos.

Steiner szerint Jáva szigetén ezen megbetegedés oly gyakori, hogy a benszülöttek szinte csodálkoztak azon, hogy orvosnak figyelme ilyesmire kiterjed. *Steiner* ily csomócskát a lakosságnak körülbelül 3%-ában talált, férfiakon és nőknél körülbelül egyenlő arányban.

Érdekes *Steiner*-nek azon adata, melyet *H. Tokutoka* portarthuri japán főorvosnak egy levélbeli értesítése alapján közöl: Portarthurban egy alkalommal oly japán nő is észlelték a bántalmat, ki sokáig Formosán lakott.

Fontoynont pedig a betegséget egy alkalommal európai egyénen (matrózon) is látta; a beteg előzőleg éveken keresztül a tropusokban tartózkodott.

A mi a betegség aetiológiáját illeti: *Jeanselme* a tumorok okául mechanikai insultust szerepeltet, ezzel szemben



10. ábra.

Fibroma durum multiplex petrificans esete műtét után, oldalról nézve.

Steiner arra utal, hogy maláj egyének válla és tarkója ezen daganatoktól mentes, annak dacára, hogy teherhordáskor ezen hely állandó traumának van kitéve, a minek folytán e helyeken kérges bőrkeményedés is keletkezhetik.

Mivel a daganatok praedilectió helye az alsó végtag, a malájok pedig majdnem naponta folyóban, mocsárban fürdenek és ilyenkor hosszabb ideig szennyezett vízben állanak, *Steiner* szerint közelekvő az a gondolat, hogy a köztakaró apró sérüléseinek keresztül paraziták hatolnak a bőrbe.

Érdekes azon körülmény is, hogy a bántalmat Európában nem észlelték, ellenben európai matrózon, a ki évek során át a tropusokban tartózkodott, tapasztalták. Ez egyrészt a faji immunitás ellen szól, de másrészt oly ok mellett bizonyíthatna, a mely a tropusokban előfordul, Európában azonban nem (*Steiner*).

Fontoynont és *Carougeau* Madagaskarban nyert friss anyagnak sajtos genyes tartalmában apró fehér szemcséket is láttak; ezen szemcséket egy gomba alkotta, a melyet *discomyces Carougeau*-i néven ismertettek. A gomba állítólag rövid, vastag, Gram-negatív fonalakat alkotott, bunkót

nem mutatott, ezüsttel igen jól festődött. Tenyésztése, úgy-szintén állatra való oltása azonban nem sikerült.

Fontoynt és *Carougeau* közleményében leírt bántalomhoz sok szó fér. Szerény nézetem szerint már a klinikai tünetek is *Steiner*-féle bántalom ellen szóltak. A szerzők a lábnak sipolyos megbetegedését írták le, a sipolyokból fehér, gombostű-, egész borsónagyságú szemcséket tartalmazó geny ürült. A kórkép más megbetegedés, valószínűleg úgynevezett madura-láb mellett szól.

Ennek folytán sem fogadható el a *Steiner*-féle bántalom aetiológiai factorának azon növényi parazita, melyet a szerzők a geny szemcséiben találtak és *discomyces Carougeau*-i névvel illették és melyet egyikük, *Carougeau*, a *Société de Biologie*ben mint „parasite probable des nodosités juxta-articulaires“ szerepeltetett; a francia szerzők közlése pedig teljesen tárgyitalanná akkor vált, mikor később *Steiner*-t szóbelileg arról értesítették, hogy a leírt gombák nem az említett *Steiner*-féle csomókból, hanem egy európai embernek a nyaktályogjából valók (*Steiner*: Über multiple subkutane harte fibr. Geschwülste. *Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie* etc., II. kötet, 2. füzet); a kulturák tévedésből elcserélődtek. (?)

Klinice ezen tumorok multiplex, kemény, kerek vagy egyenetlen göbös csomócskák alakjában jelennek meg közvetlen a bőr alatt; nagyságuk borsónyitól almanagyságig változhatnak, a köztakaró felettük vagy szabadon elmozgatható, vagy ritkábban velük összenőtt, alapjukon mindig szabadon elmozgathatók.

A tumoroknak kedvencz és jellegzetes székhelye: a kéz, előkar és könyök fesztő oldalai, főleg az olecranon alatti tájék, a keresztcsont, a natesek, a nagy trochanterek tája; a térd, fibula, bokák tájéka és a lábhát. A fejen, a nyakon, a vállakon, a mellkason, a hason vagy a háton a megbetegedést állítólag sohasem látták. A csomókra jellegzetes a multiplex jelentkezés, az említett praedilectiós helyek leg többjén egyszerre mutatkoznak. A csomók nagyobb kellemetlenséget nem okoznak, hordozójuknak azáltal válnak terhessé, hogy a mozgást mechanice akadályozzák.

A szövettani vizsgálat szerint, a melyet még *Steiner* végzett, a csomók nagyobb része sűrű, sejtszegény, degenerált kötőszöveti rostból áll; helyenként az alapanyag homogen, structura és magnélküli tömeget alkot. A kisebb, szóval fiatalabb csomókban sejtszaporodást is látunk; a nagyobb csomók sejtszegények, *Steiner* ezeket a subcutan zsír- és kötőszövet chronikus lobos folyamata eredményének tekinti. A metszetek közepe — *Steiner* leírása szerint — durva, egyenetlen rögökké degenerált, ezekben kifejezett structura és magfestés nem volt látható, hyalin elfajulás vagy amyloid degeneratio kimutatható nem volt. Mészlerakódás, porcz, csontszövet a göbökben szintén nem volt található. Számos metszeten végzett bacteriumfestés sem derített ki parazitákat vagy mikroorganizmusokat.

Legutóbb 1912-ben *Steiner* (a *Ziegler*-féle *Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie* 52. kötetének második füzetében) újabb közleményt írt ezen daganatokról. A daganatokat hasonlóan jellemzi, mint első közleményeiben, de kiemeli, hogy alapjukon szabadon mozgathatók, alapjukkal össze nem nőttek és hogy a szomszédos szöveteken és szerveken (pl. a fascián, a csonton, az izületen stb.) kóros eltérések még az autopsia alkalmával sem találhatók.

Steiner egyúttal hat jávai egyén sectiójából származó összesen 6 ily daganatot szövettanilag is megvizsgált.

Újabb szövettani készítményein három zónát különböztet meg. Egy belső, úgynevezett degenerációs zónát egyenetlen, homogen, átlátszó rögökből; egy külső, úgynevezett lobos reakciós zónát, részben vérerdős és sejtű sarjszövetből, részben fibrosus kötőszövetből; végül egy úgynevezett átmeneti zónát a belső és külső zóna között, sűrű sejtszegény kötőszöveti rostokból.

A bakteriológiai vizsgálat eredményét ismét negatívnak mondja.

Szövettani képet ismertettek még *Jeanselme* (*Revue de médecine et d'hygiène tropicales*, II., p. 13, 1905), *Neveux* (*Revue de médecine et d'hygiène tropicales*, IV., p. 184, 1907), *Fontoynt* és *Carougeau* (*Archives de Parasitologie*, 1910). *Jeanselme*-nek a leírása *Steiner* leírásától lényegesen eltér, úgy hogy már *Steiner* maga is kérdésesnek tartja, vajjon a szövettani vizsgálat analog tumorokra vonatkozik-e?

Neveux-nek szövettani vizsgálata értelmében a vizsgált tumor belül fibrosus szövetből állt, e körül gyér sejtű kötőszöveti rostok, ettől kifelé egy vastagabb kötőszöveti réteg számos sejttel és fibrillaris structurával következett, legkívül pedig egy átmeneti rétegben a kötőszövetrostok behatolása izomrostok közé volt látható.

Steiner szerint *Neveux*-nek ezen vizsgálatai saját vizsgálatainak eredményével összeegyeztethetők, bár *Steiner* saját készítményein azt sohasem látta, hogy a daganat rostjai az izomrostok közé nőttek volna.

Fontoynt és *Carougeau* oly eset mikroszkopos vizsgálatát közölték, melyet a szerzők *Steiner*-féle megbetegedésnek gondoltak, bár a leírt klinikai tünetek, mint azt fentebb már kifejtettem, más bántalomra, ú. n. madura-lábra vallanak.

A daganatok prognosist illetőleg: *Steiner* szerint a tumorok pathológiai jelentősége alárendelt. A csomócskákon ellágyulást, elgenyvesedést, sipolyképződést sohasem észlelt, másokon pedig hosszabb idő múlva is alig látott elváltozást. A tumorok tehát feltétlenül jótermészetűek, kellemetlenséget csak azáltal okoznak, hogy a mozgást mechanikus gátolják.

A gyógykezelésre vonatkozólag egyik szerző sem nyilatkozik.

A közölt eset és most részletezett úgynevezett *Steiner*-féle bántalom között szerény véleményem szerint pathológiai szempontból rendkívül sok az analogia.

Mindkét bántalom lényege borsó-almányi, kerek, ovalis vagy lapos csomók keletkezése a bőr alatt. Mindkét bántalomban a csomók a végtagokon észlelhetők, praedilectiós helyek a térd, a lábszár, a boka és a lábhát tája; mindkét bántalomban a fej, a nyak, a váll, a mellkas, a has és a hát a csomóktól mentes. Mindkét bántalomban a csomók multiplex módon keletkeznek, egyszerre több praedilectiós helyen látjuk fejlődésüket.

A csomók felett a köztakaró rendszerint ép, kóros eltérést nem mutat, esetemben százakra menő csomóképzés mellett csak egyik túlnagy csomó felett fekélyesedett ki a bőr. Alapjukkal a csomók rendszerint össze nem függenek; *Steiner*-féle betegségben a csomók alapjukon mindig elmozgathatók, esetemben pedig rendszerint csak a nagyobb csomók függenek össze többé-kevésbé szorosan a mélyebb szövetekkel, izmokkal, inakkal, esetleg csontthártyával.

Lágyulás, elgenyvedés a csomóban sem az egyik, sem a másik bántalom esetén elő nem fordul, sipolyképzés nincs.

Legnagyobb azonban az analogia szövettani szempontból. Mindkét fajta megbetegedés esetén a tumorok alapanyaga: sejtszegény, durva, heges kötőszövet kevés vérrel. Paraziták vagy mikroorganizmusok egyik bántalomban sem voltak találhatóak.

Egyik betegség sem veszélyezteti közvetlenül az életet: *Steiner* szerint belső szerveken eltérést még az autopsia sem mutatott, esetemben pedig szintén hiányzott minden oly klinikai tünet, mely a belső szervek eltéréseire utalt volna. Mindkét bántalom a betegnek azáltal válik kellemetlenné, hogy a megnövekedett csomók — főleg az izületek körül — a végtagot mozgékonyágában mechanice gátolják.

Ha ezzel szemben a két bántalom közötti különbségeket nézzük, ezek — a sok analog vonáshoz viszonyítva — lényegtelenebbek látszanak.

Igy a *Steiner*-féle bántalomban a csomók a felső végtagon, főleg a könyök fesztő oldalán is gyakoriak, esetemben ott csomók nem képződtek.

A *Steiner*-féle bántalomban a csomók felett a bőr mindig normalis és elmozgatható volt, esetemben, mint említettem, az egyik túlnagy csomó felett a köztakaró ezen csomóval

összekapaszkodott és kifekélyesedett. Ez azonban csak kivételes elváltozás volt és a csizma nyomásának volt betudható.

A Steiner-féle bántalomban a csomók alapjukon mindig szabadon elmozgathatók, azzal össze nem nőttek, esetemben főleg a kisebb csomók alapjukon szabadon voltak elmozgathatók, a csomók egy része azonban azzal összenőtt.

A Steiner-féle bántalomban a daganatban mészlerakódás, porcz- vagy csontszövetképződés nem volt található, esetemben ellenben ily elváltozások főleg a nagyobb tumorok egy részén keletkeztek.

Távolról sem merném ezek alapján azt állítani, hogy a két bántalom azonos. Az eddigi szerzők egybehangzó véleménye szerint annál is inkább, mivel a Steiner-féle bántalom kizárólag tropusi megbetegedés; saját észlelésem tárgya pedig színmagyar vidékről való beteg, ki idegen országban nem járt, sőt szülőfaluját úgyszólván el sem hagyta. De mégis a két bántalom között annyi a közös vonás, hogy ha azokat nem is azonosnak, de lényegében rokon pathológiás folyamatnak kell tekintenünk. Nagyobb világosságot ezen kérdésre csak újabb esetek hosszabb megfigyelése és pontos észlelése deríthet.

Végül még egy megjegyzést ezen tumorok elnevezéséről illetőleg. Esetemben az elváltozás pathologiai (helyesebben kórszövettani) lényegét vettem irányul és ezért a folyamatot fibroma durum multiplex petrificans elnevezéssel illetem.

Mélyen tisztelt főnökömnek, Dollinger Gyula dr., egyetemi nyilv. rend. tanárnak az esetnek szíves átengedéseért és jóindulatú tanácsaiért hálás köszönetet mondok.

Irodalom. Steiner L.: Über multiple subkutane, harte, fibröse Geschwülste. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1904, VIII. köt., 157. lap. — Jeanselme M. E.: Des nodosités juxta-articulaires observées sur les indigènes de la presqu'île indo-chinoise. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1906, 1. füzet. — Gros H.: Nodosités juxta-articulaires de Jeanselme chez les indigènes musulmans d'Algérie. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1907, XI. köt., 552. lap. — Manaud: Fibromes cutanés multiples. Bull. de la soc. de path. exot., 1908, 51. — Neveux: La Narindé, fibromatose, souscutanée des Toncouleurs du Boundou (Senegal). Revue de médecine et d'hygiène tropicales, 1907, 4. sz., 183. lap. — Neveux: Deuxième note sur le Narindé. Rev. de méd. et d'hyg. trop., 1908, 3. sz., 150. lap. — Fontoynt M. et Carougeau J.: Nodosités juxta-articulaires, mycose du au discomyces Carougeau-i. Archives de Parasitologie. 1910, XIII. köt., 583. lap. (Ref. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1. sz.) — Steiner L.: Über multiple subkutane, harte, fibröse Geschwülste. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1909, XIII. köt., 461. lap. — Goebel C.: Chirurgie der heissen Länder. E. Payr und H. Küttner. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie, 1911, III. köt., 276. lap. — Steiner L.: Über multiple, subkutane harte, fibröse Geschwülste. E. Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie u. zur allgem. Pathologie. LII. köt., II. füz., 213—223. lap.

Az amylase (diastase) fermentum mennyiségi vizsgálatáról.

Irta: Tamássy Géza dr. (Debreczen).

A fermentumokról ismeretünk az utóbbi években jelentékenyen bővült, számos olyan felfedezéssel gyarapodott, melyet nemcsak az élettan és általában az elméleti tudományok, hanem néhány gyakorlati tudomány, a belorvostan és szülészet is sikeresen alkalmazott. Gyakorlatilag a polysaccharidot hasító enzymből az amylasénak, a fehérjét hasító enzymből a pepsinnek és tripsinnek van jelentősége; s újabban, mióta Abderhalden a terhelességi reakciót felfedezte, a polypeptideket hasító fermentumok is nagy jelentőségre jutottak. A többi sok enzymből diagnostikai szempontból értékesíteni mindeddig nem tudták. A legszebb gyakorlati eredményt mostanáig a szénhydrathasító amylasével érték el s éppen ezen fermentum mennyiségi kimutatására szolgáló methodusokat és ezeknek diagnostikai értékét kívánom behatóbban ismertetni.

A fermentum minőségi kimutatása, mint ismeretes, nagyon egyszerű; az enzymből tartalmazó anyag vizes oldatát hig keményítő-oldattal összeöntjük s a keveréket akár szobahőmérsékleten, akár thermostatban állani hagyjuk. Időnkint pipettával egy keveset kémlelőcsőbe viszünk s kevés, pár csepp jodtincturát cseppentünk hozzá. Ha a keményítő még nem

változott meg, a folyadék megkékül, ha a keményítő erythro-dextrinné bomlott, vörös szín keletkezik, ha achroodextrinné változott, akkor csak a jodtinctura festi meg halványárgára az oldatot. Ezen eljárás régóta ismeretes, míg a mennyiségi vizsgálatra vonatkozólag csak néhány évtizede kísérleteznek. A legelső Gliniski és Walter kísérletei a keményítőoszloppal, Müller kísérletei a keményítőlemezével; ezek azonban igen bizonytalan kísérletek voltak. Sokkal pontosabb és a gyakorlatban is alkalmazható Bang és Lintner reduktions módszere. Mindkét eljárás alapfogolata, hogy az amylase a polysaccharidokat disaccharidokra bontja, ezeket pedig a reduktions módszerekkel pontosan meghatározhatjuk. Bang a fermentumtartalmú folyadék 1 cm³-éhez 10 cm³ 2%-os keményítőoldatot ad, a keveréket 1 óráig 38°-os thermostatban hagyja, azután 10%-os ecetsav pár cseppjével az ott levő fehérjét kicsapja s a folyadékot megszüri. A szűrőpapírosra a szűrés után meleg vizet önt, hogy az összes cukor az oldatba jusson. Bang ezen oldatot kaliumrhodanidot és kaliumcarbonatot tartalmazó réz-sulfatoldattal titrálja meg, ezen kémlelőszert feleslegben alkalmazva; a megkötetlen réz-sulfatot pedig hydroxylaminnal visszatitrálja. Lintner eljárását a gyakorlatban az árpamaláta amylasetartalmának meghatározására is használják. Bizonyos mennyiségű fermentumhoz bizonyos keményítőoldatot adnak s az így keletkezett cukrot Fehling módszerével határozzák meg. Több kísérletet végeznek fermentumot tartalmazó különféle oldatokkal s meghatározzák, milyen fermentummennyiség redukálja még a Fehling-féle oldatot. A glycogen-módszer ezen eljárástól abban különbözik, hogy keményítő helyett glycogen-oldatot alkalmaznak. A megmaradt glycogent Pflüger módszerével titrálják meg.

Ezen eljárás mellett az utóbbi években a colorimetriás módszerek is érvényesültek. Az első ilyen módszert Roberts alkalmazta, a ki több, bizonyos mennyiségű keményítőt tartalmazó oldathoz bizonyos cm³ fermentumtartalmú folyadékot adott és a jodtincturás kémlelőszel vizsgálta, hogy a fermentum milyen keményítőoldatot emésztett meg. Egységnek azon amylasemennyiséget vette, mely 1 cm³ keményítőoldatot 5 perc alatt az achromiás ponthoz juttatott, vagyis jodtincturával nem színeződött el, jelétül annak, hogy azon oldatban keményítő már nem volt. Wohlgemuth 1908-banközölt colorimetriás módszerével az amylasemennyiséget aránylag egyszerű módon határozhatjuk meg. Ő az előbbi módszerrel ellenkezően a fermentumot tartalmazó anyagot hígítja és ezen hígítások mindegyikéhez állandó mennyiségű keményítőoldatot adva vizsgálja, mely hígításban történik még keményítőt bontás. Eljárása a következő: a különböző fermentumtartalmú folyadékok szerint különböző számú, rendszeren 6—12 kémlelőcsövet megszámozunk és az 1. számú kémlelőcső kivételével mindegyikbe 1 cm³ 10%-os konyhasóoldatot adunk. Vizeletben a hígítást forrált vizelettel is végezhetjük, mert a forrált vizeletben a fermentum inaktívulódik. A nyálat desztillált vízzel hígítjuk. Az első számú csőbe 1 cm³-t adunk a vizsgálandó amylasetartalmú folyadékból, a 2. számú csőbe szintén 1 cm³-t; így ezen csőben 1 cm³ konyhasóoldat és 1 cm³ fermentumot tartalmazó oldat van. A folyadékot jól összerázva s a pipettával a folyadékot 2—3-szor felszívva, ugyanazon pipettával pontosan 1 cm³-t felszívunk és ezen folyadékot a 3. számú kémlelőcsőbe viszzük. Mi történik mostan? A 2. számú kémlelőcsőben 1 cm³ felénnyire hígított fermentumtartalmú folyadék marad s ha ugyanannyit viszünk a 3. számú csőbe, ott már negyedrésznire hígítást kapunk. A keverést ott is ismételve, 1 cm³-t a 4. csőbe viszünk át, hol már 1/8 hígításunk van. Így haladva tovább, az 5. csőben 1/16, a hatodikban 1/32 hígításunk van. Egy geometriai sorral dolgozunk, hol az egymásután következő sorok felénnyel nagyobb hígításban félannyi fermentummennyiséget tartalmaznak. A fermentumhatás, a keményítőt bontás a legnagyobb az első kémlelőcsőben, fokozatosan csökken a következőkben, végül bizonyos hígításban teljesen megszűnik. Ezen határértéket (limes) keressük Wohlgemuth módszerével. Ha az összes hígításokat megcsináltuk, mindenik kémlelőcsőbe 5 cm³ 10%-os keményítőoldatot adunk. A keményítőoldatot nem közönséges keményi-

tővel, hanem a kereskedésben kapható *Kahlbaum*-féle oldható keményítővel, az úgynevezett *amylodextrin*-nel végezzük. Az amylodextrinből 5 gr.-ot pontosan lemérünk, 500 cm³ destillált vízzel keverjük és folytonos keverés között addig melegítjük, míg a zavaros emulsió teljesen fel tisztult és a folyadék átlátszó, kissé opálozóvá vált. Kihűlés után a melegítés közben elpárolgott vizet destillált vízzel pótoljuk. A keményítőoldat hideg helyen napokig bomlás nélkül eltartható. Miután ezen 1%-os keményítőoldatból minden kémlecsőbe 5 cm³-t adunk, az egyes kémlecsővekbe a bacteriumos bomlás elkerülése végett pár csepp toluolt vagy 5%-os thymolos chloroformot adunk, mely anyagok a fermentumhatást nem gátolják. A kémlecsőveket vattával vagy parafadugóval lazán bedugaszolva, 24 órára 37–38°-os thermostatra helyezük, ezen idő elteltével minden kémlecsőbe az eprouvetta $\frac{3}{4}$ részéig hideg vízvezetéki vizet öntünk, a melynek az a célja, hogy joddal a színárnyalatokat élesebben elkülöníthessük. Ezután minden kémlecsőbe 1 csepp tizednormal jodtincturát adunk s megvizsgáljuk, hogy az egyes csővekben milyen elszíneződés keletkezik. Az első csővekben a folyadék legfeljebb sárgára színeződik, néhány csőben barnás-vörös, a következőkben bíborvörös, végül a többiben szép ultramarinkék színt kapunk. Kétes esetben, miután a folyadékot jól összeráztuk, még egy csepp jodtincturát adunk azon kémlecsőbe. A színárnyalatok úgy keletkeznek, hogy a keményítő joddal kékre, az erythrodextrin vörösszé színeződik, az achroodextrin és maltose joddal nem színeződik. A hol vörös ibolyaszínt kapunk, ottan amylodextrin és erythrodextrin keverten van, a hol sárgás-vörös szín keletkezik, ottan erythrodextrin és achroodextrin keveredett. A színsorozatban minket az a határ érdekel, hol a kék szín a vörösbe, illetve vörös-ibolyába átmegy. Azon legelső hígítás, mely jodtincturával kékre festődik, a *limes*; az amylasemennyiség kiszámításakor pedig a limes előtti hígítást, mint legutolsót, melyben a fermentumhatás még mutatkozik, vesszük a kiszámítás alapjául. A fermentumhatást nem egyedül a hígítással jelezzük, hanem egységben fejezzük ki, egységül tekintve azon amylasemennyiséget, mely 1 cm³ 1%-os keményítőoldatot 24 óra, 1 nap alatt megemészt. Ha 1 cm³ 1 nap alatt 5 cm³ keményítőoldatot bont el, akkor az amylasemennyiség $A_{24h}^{380} = 5$. Ha egy kísérletben azt találjuk, hogy a hatodik kémlecsőben kék, az ötödikben vörös ibolyaszín keletkezik, akkor $\frac{1}{16}$ hígításban, hol az eredeti fermentummenyiség $\frac{1}{16}$ része, 0.0625 cm³ van jelen, történt még keményítőtöbbség; mivel ekkor 0.0625 cm³ emészt meg 38°-on 24 óra alatt 5 cm³ keményítőoldatot, az a kérdés, hogy 1 cm³ mennyit emészt meg, vagyis

$$0.0625 : 5 = 1 : x, \text{ ebből}$$

$$x = A_{24h}^{380} = \frac{5 \cdot 1}{0.0625} = 80.$$

A számítás elkerülése végett célszerű táblázatot készíteni, melyen azonnal leolvashatjuk, melyik hígításnak milyen fermentummenyiség és amylasemennyiség felel meg, úgy a 24 órás, mint a később leírandó félórás módszerrel.

Ezen eljárásán kívül *Wohlgemuth* később még egy másik, rövidebb ideig tartó módszert dolgozott ki, melylyel az

eredményt már $\frac{1}{2}$ óra múlva megkapjuk. Ezen eljárás előnye, hogy néhány egyszerű eszközt és kémlőszert beszerelve, minden gyakorló orvos elvégezheti, míg az előbbi módszert csak olyan orvos végezheti, kinek thermostátja is van. Az amylasemennyiség folyadékot éppen úgy hígítjuk, mint az előbbi eljárásban, csupán 1%-os keményítőoldat helyett használunk tiszta hígabb, vagyis 10/100-s oldatot. Ezen 10/100-s oldatból minden kémlecsőbe 2 cm³-t adunk. A kémlecsőveket 30 percig tartjuk 37–39°-os hőmérsékletben és nem thermostatban, mivel ottan a lassú felmelegedés következtében pontos eredményt nem kapnánk, hanem olyan edénybe tesszük, melyben 37–39°-os meleg víz van s ügyelünk arra, hogy a $\frac{1}{2}$ óra alatt a víz állandóan ezen a hőmérsékleten maradjon. $\frac{1}{2}$ óra múlva a kémlecsőveket a meleg vízből kivéve, pár percre hideg vízbe helyezzük, hogy a fermentumhatást megszüntessük és a nélkül, hogy a kémlecsővek tartalmát felhígítsuk, n/10 jodtincturából 1 cseppet adunk hozzá. A kiszámításakor itt tekintetbe vesszük, hogy 10/100 oldatunk van és ebből csupán 2 cm³ adunk az egyes csővekbe, a fenti képlet tehát megváltozik. Az előbb említett példát alkalmazva

$$x = A_{30'}^{380} = \frac{2.1}{\text{hígítás}} = \frac{2.1}{0.0625} = 32.$$

Ezen módszert alkalmazva, mindig kisebb amylasemennyiséget kapunk, mint a fenti táblázatban is láthatjuk. Mint tájékozódó vizsgálat a pontos laboratoriumi vizsgálat előtt is igen megfelelő, mivel így megtudjuk, milyen hígítást kell a 24 órás eljárásnál csinálnunk.

Mindenik módszerrel magam is számos kísérletet végeztem és az eljárás egyszerűségéről és előnyeiről meggyőződtem. Az eljárás igen megfelelő akkor, ha a vizsgálandó anyagban a fermentummenyiség nagy határok között ingadozik. Megtörténik azonban, hogy a fermentum mennyiségét még pontosabban akarom tudni olyan folyadékban, mint a vizelet vagy vérsavó, melyben a fermentummenyiség kisebb határok között ingadozik és csekélyebb. Szükségem van erre a veseműködés vizsgálatakor, hol a 2 vese által ürített vizelet amylasemennyiségét akarom összehasonlítani. Ekkor természetesen több hígítást kell végezni, hogy pontos adatot nyerjek és ezen célra a következő eljárást ajánlom.

A kémlecsőveket megszámozom és a kémlecsőtartóban külön sorba helyezem a páros, külön sorba a páratlan számú csőveket. Az 1. és 3. számú cső kivételével minden csőbe 1 cm³ 10/100-os konyhasóoldatot adok, a 3. számú csőbe 2 cm³-t, az első csőbe semmit. A fermentumtartalmú folyadékból 1–1 cm³-t teszek az 1., 2., 3. számú kémlecsőbe. Az első kémlecsőben a hígítatlan fermentum 1 cm³-e van, a másodikban a felére hígított fermentum, melylyel a páros számú kémlecsővekben a *Wohlgemuth*-féle geometriai sor szerint hígítok. A 3. számú kémlecsőben, hol 2 cm³ konyhasóoldat és 1 cm³ fermentum van, $\frac{1}{3}$ a hígítás; ezen csőből 1 cm³-t az 5. számú csőbe viszek, hol $\frac{1}{6}$ hígításom van, onnan a *Wohlgemuth*-féle sor szerint a 7., 9., 11. csőbe, hol $\frac{1}{12}$, $\frac{1}{24}$, $\frac{1}{48}$ hígításom van. Minden csőben végül 1 cm³ folyadék marad, csupán a 3. számú csőben marad 2 cm³, ebből pipettával 1 cm³-t felszívok, úgy hogy ebben is 1 cm³ ma-

A kémlecső száma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
A hígítás	—	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{1}{16}$	$\frac{1}{32}$	$\frac{1}{64}$	$\frac{1}{128}$	$\frac{1}{256}$	$\frac{1}{512}$	$\frac{1}{1024}$	$\frac{1}{2048}$	$\frac{1}{4096}$
A fermentum-mennyiség azon hígításban (cm ³)	1	0.5	0.25	0.125	0.0625	0.031	0.016	0.008	0.004	0.002	0.001	0.0005	0.0003
Az amylase-mennyiség $A_{24h}^{380} =$	5	10	20	40	80	156	312	625	1250	2500	5000	10.000	20.000
Az amylase-mennyiség a félórás módszerben $A_{30'}^{380} =$	2	4	8	16	32	64	128	250	500	1000	2050	4100	8200

radjon. A további eljárás az előbbi módszerrel teljesen azonos, mindenik kémlelőcsőbe 5 cm³ 1%-os, illetve a 1/2 órás módszerben 2 cm³ 1%-os *Kahlbaum*-féle keményítő-oldatot adok és a 24 óra, illetve 1/2 óra emésztési idő elteltével a kémlelőcsőveket már nem két sorba, hanem egy sorba helyezem és 1 csepp n/10 vagy n/50 jodtincturát cseppentek hozzá. Az amylasemennyiség kiszámítása, mint az alábbi táblázatból kitűnik, itt is ugyanaz.

A kémlelőcső száma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
A hígítás	—	1/2	1/3	1/4	1/6	1/8	1/12	1/16	1/24	1/32	1/48	1/64	1/96
A hígításnak megfelelő fermentum-mennyiség (cm ³)	1	0.5	0.33	0.25	0.17	0.125	0.083	0.062	0.042	0.031	0.021	0.016	0.011
Az amylase-mennyiség (24 órás módszer)	5	10	15	20	30	40	60	80	120	156	238	312	476
Az amylase-mennyiség (félórás módszer)	2	4	6	8	12	16	24	32	48	64	96	128	192

Ha még pontosabb sorozatot akarunk készíteni, egy harmadik sort is csinálhatunk; 1/5 hígításból, hol $A_{38}^{24h} = 25$, a *Wohlgemuth*-féle hígítási módszer szerint 1/10, 1/20, 1/40, 1/80 hígítást csinálhatunk, hol $A_{38}^{24h} = 50, 100, 200, 400$ és ezen hígításokat 4a, 6a, 8a, 10a, 12a stb. jelzésű kémlelőcsővekben helyezem el. Így még kisebb ingadozást is felismerhetek.

Az amylasemennyiség meghatározását a veseműködés vizsgálatakor *Y. Noguchi* és *Wohlgemuth* ajánlotta. A beteg vese kevesebb amylasét választ el, mint az egészséges és az ureterkatheteren ugyanazon időben és ideig ürült vizeletet összehasonlítva, az amylasemennyiség eltéréséből nagy valószínűséggel következtethetjük, hogy melyik a beteg. Véres vizeletet lehetőleg ne vizsgáljunk. A budapesti II. számú belklinikai laboratóriumában eljárásommal már kis ingadozást is felismertem. Így egy 40 éves pyelonephritises beteg jobb veséjéből ürült vizeletben $A_{38}^{24h} = 80$, a bal veséből ürült vizeletben $A_{38}^{24h} = 50$ volt. A vizeletből bacillus coli communét lehetett kitenyészteni. Más betegen 80—100, 80—60 egységet kaptam. Egy másik vizeletben, melyben a bal veséből ürült vizelet zavarosabb volt, több genyet taratlmazott, a jobb- és baloldali vizeletben egyforma értéket, $A_{38}^{24h} = 25$ -öt kaptam, a mi az eddigi tapasztalat szerint azt mutatja, hogy a vesék nem betegek. Az amylasemennyiség meghatározásának a veseműködés vizsgálatában nagy jelentősége van és egyértékű más veseműködés-vizsgáló módszerrel. Kiváncos, hogy minél több olyan esetünk legyen, melyben a diagnoszt mütéttel is igazolhassuk, különösen azon irányban, hogy a rendesen nagyobb vagy rendellenes fekvésű vesében változott-e az amylasemennyiség, különbözik-e a másik rendes nagyságú és rendes helyzetű vese amylasemennyiségétől.

Eljárásomról azon kifogást mondhatják, hogy igen sok hígítást alkalmazok, a mi néha igen sok kémlelőcsövet tesz szükségessé. Hosszadalmassá az eljárást nem teszi, mivel némi gyakorlattal a hígítást oly gyorsan végezzük, hogy pár kémlelőcsővel több nem határoz, hibázni pedig az eljárásban alig lehet. Azon módszerek, hol a hígítást úgy végzik, hogy pl. 0.9 vizeletet és 0.1 vizet, azután 0.8, 0.7, 0.6 vizeletet és 0.2, 0.3, 0.4 cm³ vizet adnak az egyes kémlelőcsővekbe, sokkal lassabban végezhető és ugyancsak kell ügyelnünk, hogy a hibát elkerüljük. Ha pedig az amylasemennyiség nagy, akkor előbb 1/10, 1/100, 1/1000 hígítást csinálunk, ezek 1 cm³-jével 1/2 órás elővizsgálatot végzek s ha azt találom, hogy az 1/100 hígítás bontja a keményítőt, ellenben az 1/1000 hígítás már nem, akkor ezen két hígítás között van; a hígítást a 100-szoros hígításnál kezdve, 1/100, 1/200, 1/300, 1/400, 1/600, 1/800 hígítást csinálva, összesen tehát 6—7 kémlelőcsővel, igen pontos értéket kapok. Az elővizsgálat alkalmával 2 cm³

helyett csak 1 cm³ 1%-os keményítő-oldatot használunk, midőn az A_{38}^{24h} és $A_{38}^{30'}$ érték meglehetősen egyező.

Röviden megemlítem, mennyi az amylasemennyiség a test egyes váladékaiban. A nyálban az érték nagy, az A_{38}^{24h} 500—5000 között ingadozik, a 1/2 órás módszerrel $A_{38}^{30'}$ 60—300 között. A nyál sóban szegény váladék lévén, a hígítást nem 1%-os konyhasós vízzel, hanem destillált vízzel végezzük.

A pankreasváladékban, pankreas-sipolyos kutyákból nyert pankreasnedvben is igen nagy értékek, $A_{38}^{24h} = 4000—40.000$ vannak. A vérben amylase csak a vérsavóban van, emberben a vérsavó amylasemennyisége $A_{38}^{24h} = 10—80$ között ingadozik, a kutyában $A_{38}^{24h} = 160—320$, a nyúlban $A_{38}^{24h} = 10—40$.

A legtöbb vizsgálatot a vizelettel végezték. Az értékek itten $A_{38}^{24h} = 20—160$ között ingadoznak. Én a budapesti II. számú belklinikán 59 emberen 116 esetben végeztem amylase-vizsgálatot és szintén hasonló értéket nyertem. Eleinte a *Wohlgemuth*-féle methodust, majd az én módosításomat végezve, átlagos érték gyanánt $A_{38}^{24h} = 80—100$ -at nyertem. A legkisebb érték 20—25 egység volt, csupán két esetben nem találtam amylasét a vizeletben, de itt sem állandóan. A napok múlva ismételt vizsgálatkor pozitív eredményt nyertem. Az egyik negatív eredményt diabeteses emberen kaptam, de pár nap múlva nála az $A_{38}^{24h} =$ már 100 volt. Nagy értéket is kaptam pár esetben; 312 és 625 egységet pankreas-tumorra gyanus esetben, ugyancsak 1250 egységet K. J.-n 1913 február 18.-án cirrhosis hepatitisben, hol a vizsgálat előtti napon az első vizsgálatkor az amylasemennyiség 2500-nál nagyobb volt, azonban elegendő hígítást nem végezvén, a limes-értéket akkor nem kaptam meg. Pár nap múlva ugyanezen emberen csak 100 egységet kaptam. Nagy értéket kaptam még carcinoma cardiae esetében (sectio!), hol február 6.-án 250, február 7.-én 625 egységet, cholelithiasisban, hol 1913 február 9.-én 312, február 10.-én 100 egységet nyertem, gyomortumorra gyanus esetben, hol 1913 január 18.-án 250, január 22.-én 250, január 28.-án 312 egységet nyertem. Diabetesben néha kis, néha nagy értékhez jutottam. V. J.-n 1913 február 20.-án 30, február 21.-én 40 egységet, H. D.-n február 10.-én 10, T. J.-n 1912 október 31.-én 500, november 1.-én 625, november 4.-én 80, november 16.-án 60, november 23.-án 250, november 25.-én 250, december 10.-én 100 egységet nyertem. Myodegenerációban is nagy értéket kaptam K. J.-n, 1912 november 2.-án 312 egységet. Nephritisben S. J.-n 1913 január 28.-án $A_{38}^{24h} = 0$ volt, január 29.-én $A = 5$, más esetben más vesebajos egyéneknél nagyobb értéket, 50, 60, 80 egységet is találtam.

Sem diabetesben, sem nephritisben állandó nagy vagy kis értéket nem találtam, a mi pedig a pankreas-tumorok, icterusok, cholelithiasisok magyarázatát illeti, arról később összefüggően fogok beszélni.

Legnehezebb az amylase vizsgálata a bélsárban, hol előbb előkészítő eljárással dolgozunk. A széketétet 4 annyi 1%-os konyhasós vízzel keverjük, dörzsölő csészében egyenletes péppé keverjük és fél óráig állani hagyjuk. A keverékből

10 cm³-t kalibrált kis kémlecsőbe helyezve, szükség szerint 5—15 percig centrifugáljuk, míg a keverék 2 rétegre, egy felső tiszta vagy kissé zavaros és egy alsó üledékes rétegre különült.¹ Az üledék és a felette levő folyadék egymáshoz való viszonyát feljegyezzük. A felső rétegből vett próbával végezzük el a hígításokat. Mivel az amylasemennyiséget itt 1 cm³ faecesre számítjuk ki, az üledéket is számításba vesszük. Ha pl.

$$A_{\frac{24h}{38^\circ}} = 156$$

és a 10 cm³ keverékből 7.5 a folyadék, 2.5 cm³ az üledék, akkor a javított érték

$$D = A_{\frac{24h}{38^\circ}} \cdot \frac{7.5}{2.5} = 156 \cdot 3 = 468.$$

Az amylasemennyiség normalis viszonyok között is nagy határok között ingadozik, 100—100.000 értéket kapunk s ez nagyon megnehezíti tájékozódásunkat, ha kóros esetet óhajtunk vizsgálni. Többen ezért ajánlják, hogy a vizsgálandó betegnek a vizsgálatot megelőző napokon olyan kosztot adjunk, melyből meglehetősen híg pépes, egyenletes eloszlású székletét keletkezik. A legjobb ilyen koszt a Schmidt-féle próbakoszt, a melyet nemcsak az amylase, hanem a tripsin és általában a bél- és pancreasműködés vizsgálatokor alkalmaznak. Ezen koszt a következő: Reggelire fél liter tej. 10 órára sűrű pépes zablisztleves (az angolok és amerikaiak részéről oly kedvelt *Quacker oats*) kevés cukorral megédesítve és tejjel leöntve, mely 40 gr. zabkéményitőből 10 gr. vajjal, 1 tojással, 300 gr. vízzel, 200 gr. tejjel készül. Délben 125 gr. angolosan sült marhahús, 250 gr. burgonyapéppel. Uzsonnára ismét zablisztleves, mint 10 órára. A vacsora ugyanaz, mint az ebéd. A vizsgálandó egyén kenyér helyett egész napra 50 gr. kétszersültet fogyaszthat el. Az ital mennyiségét nem korlátozzuk.

Pontos klinikai vizsgálatkor ezen kosztra feltétlenül szükség van, mivel értékesíthető adatot csakis így találunk. Hogy a székletét elhatároljuk, a betegnek a koszt megkezdésekor 0.20—0.30 gr. karminport adunk be kapszulában, mire a vizsgálható székletét pirosra színeződik. Szorulásra hajlamos egyéneknek, ha kemény székletét nyerünk, keserűvizet is adhatunk. A bélben sokáig pangó bélsárban az amylase elbomlik s csekély vagy semmi értéket sem nyerünk; a vizsgálat nagy hátránya éppen az, hogy az amylase mennyiségét igen befolyásolja, hogy a bélsár mennyi ideig időzött a bélben. Hasmenéses székletében, hol a kiürülés gyors, óriási értéket nyerünk, szorulásban rendszeren kis értéket; *Wohlgemuth* szerint, ha az amylasemennyiség (D) 100-nál kisebb, akkor már a pancreaskiválasztásban valami zavar van. Pancreastumor, a pancreast összenyomó daganat esetén a székletében a fermentum hiányzik vagy jelentékenyen megkevesbedik. Ilyen esetet két ízben vizsgálhattam 1912 október óta; az egyik P. G., 56 éves ember, kin Schmidt-féle koszt után 1912 október 24.-én a székletében az amylase D = 35, míg a vizeletben megszorodott $A_{\frac{24h}{38^\circ}} = 625$. A másik esetben, özv. B. F.-nén 1913 február 16.-án a vizeletben $A_{\frac{24h}{38^\circ}} = 312$, a székletében D = 5, a vérsavóban $A_{\frac{24h}{38^\circ}} = 80$. A székletében itt kevés, míg a vizeletben sok amylase volt s a vérsavóban is elég nagy értéket nyertünk. Mindkét betegnek jól tapintható hastumora, az első betegnek icterusa is volt, operációba azonban egyik beteg sem egyezvén bele, diagnózisunkat pontosan nem igazolhattuk.

Az erre vonatkozó állatkísérletek² is igen tanulságosak. A pancreas kivezetőcsővének leköttése után házinyúl vizeletében az amylase 78-ról 500-ra, 780-ra, a vérsavóban 40-ről 780-ra emelkedett, a kutya vizeletében 0-ról 625-re, vérsavójában 312-ről 5000-re emelkedett; az amylasemennyiség a leköttés utáni napon fokozatosan emelkedett, pár napig nagy értékek voltak, végül az amylase ismét a normalis mennyiségig hanyatlott. A pancreas fejének leköttése után kutyavize-

letben az amylase 10 egységről 200-ra, a vérsavóban 310 egységről 2500 egységre emelkedett. A ductus choledochus leköttésekor az egyik esetben a vizeletben 0-ról 625-re, a vérsavóban 312—2500-ra, a másik esetben a vizeletben 5-ről 156-ra, a vérsavóban 625-ről 2500-ra emelkedett. A maximum itt is a műtét utáni 8.—11. napon következett be.

Állatkísérlettel is bebizonyított dolog tehát, hogy a pancreas kivezető csővének elzáródása után az amylasemennyiség megszorodik a vérsavóban és vizeletben, csökken a bélsárban. Mivel a bélmirigyek kevés amylasét, 5—10 egységnyi szintén kiválasztanak, ha a bélsárban kevés amylasét találunk, az diagnostikailag azonos értékű az amylase teljes hiányával. Minden olyan daganat, mely a pancreas fejében ül, a pancreasszal összenőtt vagy a pancreast nyomja, úgy hogy a ductus Wirsungianus elzáródik, az amylasemennyiségben ezen változást okozza. A pancreaskő és a pancreas vagy pancreas körüli cysta ugyanezen elváltozást okozza. Ilyenkor állandóan és szabályosan sok amylasét találunk a vérben és a vizeletben.

Előfordulnak azonban esetek, hol a vérsavóban és vizeletben átmenőleg szaporodik meg az amylase csupán néhány napra, azután ismét a rendes mennyiségben ürül ki. Az állatkísérletekben ilyen kellően meg nem magyarázott jelenség a ductus choledochus leköttésekor észlelt amylaseszorulat. Ezt magyarázhatjuk azzal, hogy a ductus choledochus leköttésekor a ductus Wirsungianusban a pangás és az e miatt bekövetkezett kóros változások következtében a kiürülés ideiglenesen akadályozott, vagy azzal, hogy az amylasemennyiségre a felszívódott epe van hatással. Klinikailag icterus catarrhalis, duodenalis hurut, cholelithiasis, egyes májtumorok eseteiben ezen kérdés eldöntése nagyjelentőségű. Több ilyen esetben észleltem a vizeletben az amylasemennyiség megszorodását, de ez többnyire nem volt állandó, csak pár napig tartott és olyan betegségben, melyben a ductus choledochus vagy ductus Wirsungianus elzáródása nagyon nehezen és kis valószínűséggel magyarázható, szintén előfordult. Az amylasemennyiség megszorodásának okát eddig pontosan kideríteni nem lehetett. Nagyon fontos azonban azon néhány éve pontosan ismert és vizsgált körülmény, hogy az epe az amylase hatását jelentékenyen növeli. Az epe, melynek magának is van csekély amylasetartalma, 20—40 egységnyi, jelentékenyen növeli minden állati és növényi eredetű amylase keményítőt bontó képességét. Hosszabb ideig forralt epében, mely fermentumot nem tartalmaz, is megvan ezen aktiváló erő; a beszárított epéből alkohollal kivonható anyagokban is megvan ezen tulajdonság. Dialyzálással az epe ezen tulajdonságát elveszti. Az epesavas sók és a cholesterol kis hígításban közömbösek, nagy hígításban pedig ellenkezőleg jelentékenyen gátolják a keményítőt bontást. Mindaddig nincsen eldöntve, hogy az epének melyik alkotórésze aktiválja az amylasét. Pedig míg ezen dolgokat pontosan nem ismerjük, a klinikailag észlelt rendellenességeket sem magyarázhatjuk meg.³

Az amylasemennyiség meghatározását a gyakorlatban még próbapunctióval nyert egyes folyadékok vizsgálatokor is értékesítjük. A pancreascystákban, melyekbe pancreasváladék jut, nagy amylasemennyiséget találunk, a 24 órás módszerrel több ezer egységet. Más cystákban, ascitesfolyadékban az amylasemennyiség kevés, legfeljebb annyi, mint az emberi vérsavóban, 20—80 egységnyi. Diagnózisunkat ez sok esetben pontosabbá teheti.

Az elmondottakból látjuk, hogy az amylase mennyiségi vizsgálatának a belorvosi és a sebészi urológiai diagnostikában nagy jelentősége van s a vizsgálat egyszerűsége következtében sok más módszernél előnyösebb. Az eddig ismertek eredményeket összefoglalva, a fermentum mennyiségi vizsgálatát következő kóros elváltozásokban alkalmazzuk:

1. *Vesebetegségben.* Az amylase abszolút mennyisége a vizeletben, habár egyes vizsgálók vesegyulladásban a mennyiségét kisebbnek találták is, nem irányadó, mivel egészséges emberben és más betegségben is csekély vagy hiányozhat. Csakis

¹ Wynhausen a keveréket egyszerűen szűri.

² Wohlgemuth: Untersuchungen über die Diastasen, V. Biochemische Zeitschrift, 1909, 21.

³ A berlini Charité-kórház kísérleti biológiai osztályán erre vonatkozó kísérleteimet külön közlöm.

az ureterkatheterrel egyidőben nyert két vizeletrészlet összehasonlító vizsgálatával következtethetünk oly valószínűséggel, mint más veseműködés-vizsgáló módszerrel arra, hogy az a vese, melyik kevesebb amylasét ürít ki, beteg esetleg beteggebb, mint a másik vese.

Hastumor vagy cysta jelenlétében, ha a vizeletben és vérsavóban az amylasemennyiség állandóan nagy, a bélsárban pedig kevés vagy hiányzik, a pancreasban vagy a pancreas környékén üllő, a pancreas kivezető csövét elzáró vagy összenyomó daganatra következtethetünk; míg ha a hasüregben más módszerrel daganatot nem diagnosztizálunk, a pancreas egyéb megbetegedéseire, esetleg pancreaskőre, májbetegségekre vagy a ductus Wirsungianusnál keletkezett duodenum-fekélyre gondolunk.

Irodalom. Benczur: Magyar orvosi archívum, 1910 és Wiener klinische Wochenschrift, 1910, 24. sz. — Cohnheim: Virchows Archiv für path. Anat., 1863, 28. — Noguchi és Wohlgemuth: Experimentelle Beiträge zur Diagnostik der subkutanen Pankreasverletzungen. Berliner klinische Wochenschrift, 1912, 23. sz. — Oppenheimer: Handbuch der Biochemie, 1909. — Wohlgemuth: Grundriss der Fermentmethoden, 1913. — Wohlgemuth: Über eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung des diastatischen Fermentes. Biochemische Zeitschrift, 1908, 9. köt. — Wohlgemuth: Untersuchungen über die Diastasen, III., V., VI. Biochemische Zeitschrift, 1909, 21. köt. — Ehrmann und Wohlgemuth: Untersuchungen über die Diastasen, IV. — Wohlgemuth und J. Benczur: Untersuchungen über die Diastasen VII. Biochemische Zeitschrift, 1909, 21. köt. — Wohlgemuth: Beitrag zur funktionellen Diagnostik des Pankreas. Berliner klin. Wochenschrift, 1910, 3. sz. Über eine neue Methode zur Prüfung der Nierenfunktion. Berliner klinische Wochenschrift, 1910, 31. sz. — Wynhausen: Berliner klinische Wochenschrift, 1909, 30. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. H. Neumanns Briefe an einen jungen Arzt. Sechste gänzlich veränderte und erweiterte Auflage, bearbeitet von weil. Prof. H. Neumann und Dr. E. Oberwarth. Berlin, Oscar Coblentz. 1913.

„Es ist zum Erstaunen, wie manche Gelehrte in Deutschland Kenntnisse anhäufen, bloss um sie vorzuzeigen.“ *Georg Christoph Lichtenberg* maró gúnnyal telt kijelentése a megbeszélés tárgyául szolgáló munka szerzőjére valóban nem volt alkalmazható. *Neumann* nem tartozott a könyvekkel dolgozó, tülekedő, ultramodern tudománygyárosok közé; ritka elméleti és gyakorlati orvos- és társadalomtudományi ismeretét nem fitogtatta, de minden alkalommal felhasználta a szenvedők javára s midőn az orvosok javarésze a socialis munkát lekicsinyelve csakis a laboratorium eredményeit tartotta értékesnek, ő egyik socialhygienés intézményt alkotott a másik után, mindig példát nyújtva, hogy az igaz orvosnak hogyan kell működnie az emberiség legszentebb javai érdekében. Orvosi tevékenységének egyik legértékesebb gyümölcse a gyermekbetegségek kezeléséről írt levelek, melyeket *Oberwarth* azon célzattal rendezett sajtó alá, hogy „das Andenken des unvergesslichen Mannes lebendig zu erhalten“. Huszonkét levélben van letéve az elméleten és gyakorlaton egyenlően uralkodó szakember tudásának tárháza, melyben böngészni az irány szépsége s világossága, valamint a tartalom gazdagsága folytán egyaránt élvezetes és hasznos.

Deutsch Ernő.

Katona József: A szeszes italok és az egészség. Budapest, Pfeifer Ferdinánd-féle könyvkereskedés. Ára 2 korona 50 fillér.

A közegészségtant irodalmilag is sikerrel művelő, nem nagy számú orvosaink között az előttünk fekvő kis munka szerzője egyike a legszorgalmasabbaknak. Ez alkalommal a szeszes italok befolyását az egészségre foglalta össze a nagy közönség igényeire való tekintettel. Nem túlzó állásponton ismerteti a szeszes italok okozta károkat, kiterjeszkedve az alkoholfogyasztással egybefüggő minden kérdésre. Mindenki nagy haszonnal olvashatja a munkát, a melyről meg vagyunk

győződve, hogy számottevő tényező lesz a hazai alkohol-ellenes küzdelemben. A benne felhalmozott sok érdekes adat alapján tanítók és lelkészek is nagyon jó hasznát fogják venni az alkoholizmus ellen tartandó előadásai, beszédei egybeállításakor. A könyv, mint a *Gerlőczy Zsigmond* dr. gondos szerkesztésében megjelenő „Egészség könyvtára“ XVIII. kötete jelent meg.

Lapszemle.

Belorvostan.

A pulsus paradoxus tanához szolgáltat adatokat *Semeran. Wenkebach* a pulsus paradoxusnak három formáját különbözteti meg, melyek közül eddig leginkább a mediastino-pericarditisre jellemző, ú. n. mechanikai pulsus paradoxus vonta magára az orvosok figyelmét. Pulsus paradoxus állhat fenn azonban dinamiai okokból is, mint a milyen a szívizom atóniája és muscularis insufficienciája. A szerző dolgozatában ez utóbbi forma jelentőségét igyekszik kiemelni, mint a mely a szív momentán állapotáról nyújt felvilágosítást és így prognostikailag fontos. Jelenléte ugyanis latens, illetve fenyegető szívgyengeségre figyelmezteti az orvost. Különösen fontos ez emphysemás szívinsufficiencia, infectiosus betegségek és narcosis után. (Deutsches Archiv f. klin. Mediz.) *Weber* dr.

Metapneumoniás cardialis zavarokról ír *Zadek*. A pneumonia crouposa kapcsán beálló szívcomplicatiók, mint a pericarditis, myocarditis, ritkábban endocarditis, rendszeren a lázas állapot tetőfokán jelentkeznek. Ezzel szemben a szerző oly szívcomplicatiókról emlékszik meg, mely a pneumonia teljes lezajlása után, a krízis után hetekkel állnak be. Ezeket a pneumonia alatt és kevéssel utána kétségtelenül fennálló bacteriaemiára, illetve toxaeamiára visszavezetni alig lehet, ellenben egy súlyosan laedált szervezet labilitását tükrözi vissza. A szerző 2 esetet ír le, melyek közül egy 3 héttel a krízis után exitált acut szívinsufficiencia tünetei között. A pneumonia utókezelésében tehát fokozott elővigyázatra int. (Deutsches Archiv f. klin. Mediz., 115.) *Weber* dr.

Sebészet.

A gyomornak állandó kiürítéséről értekezik *Groszer*. Acut gyomoratonia, postoperativ peritonitises vagy adhaesiókból eredő ileus eseteiben a szerző ajánlja a gyomornak állandó kiürítését, a mely eljárásnak az időszakos kiürítéssel szemben előnye, hogy a beteget a gyakori izgalmtól megszabadíttuk, másrésről a gyomorban pangás a legrövidebb időre sem jöhet létre. Az eljárás technikája abból áll, hogy az orr nyálkahártyáját 3—5%-os cocainoldattal érzéktelenítjük és az ornyíláson keresztül egy vékony csövet eresztünk a gyomorba. Az orrból kiálló gyomorcsovet egy másik gumicsóval kötjük össze, a melynek vége egy vízzel telt edénybe vezet. A beteg e közben ülő helyzetben van. Ezen eljárásnak hatása a szerző szerint igen gyorsan mutatkozik. A beteg közérzése javul, a mellkasban addig jelen volt oppressió tünetek elmaradnak, a peristaltika élénkebb lesz, bőséges szék jelentkezik. A pulsus javul, a betegek nyugalma ismét visszatér. Ajánlatos a betegnek — mivel per os táplálékot nem vehet magához — konyhasós infúziókat adni. A gyomorcső 1—4 napig egyfolytában a gyomorban maradhat. (Archiv für Chir., 1914, 104. köt., 3. füz.) *Ifj. Hahn Dezső* dr.

Venereás betegségek.

A gyermeki vulvovaginitis kapcsán jelentkező végbélkánkó gyakoriságáról és prognosisáról ír *W. Wolfenstein* (Charlottenburg). A szerző tapasztalása is azt bizonyítja, hogy a gyermekek gonorrhoeás vulvovaginitisének aránylag gyakori szövődménye a végbélnek megbetegedése (eseteiben 54%-ban). A végbélgonorrhoeának gyógyulása legalább is annyi időt vesz igénybe, mint a gonorrhoeás vulvovaginitisnek a kezelése. A vulva és vagina részéről az a veszedelem áll fenn, hogy a végbél a gyógyulás után újra fertőződik. Kezelésére legalkalmasabbak az ezüstsók, melyeket oly módon

kell alkalmazni, mint a gonorrhoeás vaginán, illetőleg urethrán. A gonorrhoeás vulvovaginitis, valamint a végbélkánkó véglegesen szokott gyógyulni s e tekintetben a szerzőnek tapasztalása is kedvező eredményt ad. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 120. köt., 1. füz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A hólyagdaganatokról ír L. Casper tanár. Az utolsó 15 évben közel 500 hólyagdaganat került észlelése alá, nem lehet tehát mondani, hogy ez ritka betegség volna. Az ismert daganatok közül valamennyit találhatjuk a hólyagban is, úgy mint a carcinoma legkülönbözőbb alakjait, a sarcomát, adenomát, myomát s papillomát; de a leggyakoribbak mégis a carcinomák s a jóindulatú papillomák. A legtöbbször a fájdalom s különös ok nélkül beálló vérvizelés az egyetlen feltűnő jelensége a betegségnek; ez serkenti az orvost a további vizsgálatokra s ez adja meg a biztos körjelzést. A vérzés néha nagyon csekély, de máskor meg olyan bőséges lehet, hogy a hólyagban nagy véralvadékok képződhetnek, melyek teljes vizeletrekedést is idézhetnek elő. A haematuria esetleg hamar megszűnik, de máskor viszont hetekig, hónapokig is eltarthat. Az első vérvizelés után keressük azonnal az alkalmat a hólyagtükrözésre, mert csak ezzel tudjuk mielőbb megállapítani a pontos diagnoszt. Sajnos azonban, hogy vannak olyan esetek is, a mikor a hólyagdaganat már évek óta fennáll, a míg végre haematuria következik be.

Mihelyst a hólyagdaganatot megállapítottuk, a legfontosabb dolgunk annak a kiderítése, hogy jótermészetű, avagy malignus tumorról állunk-e szemben. Ebben a tekintetben nem támaszkodhatunk mindig feltétlenül a klinikai körképre, mert sem a vérzés tartamából, sem a fájdalom és vizelet-inger nagyságából — mert ezek az egyidejű cystitisnek is lehetnek a következményei —, sem pedig az esetleges cachexiából nem vonhatunk le feltétlenül biztos következtetéseket a baj minőségére vonatkozólag. Általában veve azonban úgy áll a dolog, hogy a bolyhos daganatok, vagyis a papillomák, melyek rojtok módjára a folyadékban ide-oda lóbálódznak, csaknem mindig jótermészetűek. A papillomának többnyire zömök teste rendesen rövid vékony nyéllel kapaszkodik a hólyag nyálkahártyájába. Ezzel szemben a laposan ülő, széles alapú, sima felületű s tömött állományú tumorok rendesen malignus természetűek és a hólyagfalba is beszűrődnek. Ezeket a kemény beszűrődéseket néha már a végbél felől is kitapinthatjuk. Az egészen sima, tehát nem bolyhos daganatok legtöbbször myomák. A cavernomákat a kékes színük és a varixszerű alakjuk alapján fogjuk felismerhetni. De vannak olyan tumorok is, melyek a felületükön bolyhosak, tehát papillomyszerűek, míg az alapjuk már a rossztermészetű daganatra jellegző sajátságokat, a mélyrehatást és a beszűrődést mutatja. Azzal, hogy az ilyen daganatból egy darabkát kimetszettünk, sokszor még korántsem dönthetünk a tumor benignitása avagy malignitása felett, hanem akárhányszor csak a többször megismételt cystoskopia és a további figyelmes klinikai észlelés hozza meg a biztos diagnoszt.

A rossztermészetű daganat szétesése s a hólyagfal beszűrődése után már súlyosabb tünetek jelentkeznek a betegen, úgy mint a rendesen már semmiképp sem befolyásolható cystitis és a hólyagzsugor, mely utóbbi minden therapiailag segítséggel dacoló tenesmussal és hólyagfájással jár. A therapiát tekintetében tartuk mindig szem előtt azt az alaptételt, hogy az operabilis tumorokat radicalisan ki kell vágni, még pedig úgy, hogy az infiltratumokat az egészséges hólyagfalig ki kell irtani. Ennek a követelésnek azonban csak a legritkább esetben fogunk pontosan megfelelni, még pedig legtöbbször azon okból, mert vagy a körjelzést későn állapítottuk meg, vagy pedig a daganat a hólyagalapon az ureterek körül terjeszkedik szét; érthető tehát, hogy a műtéti eredmények a legtöbbször igen kedvezőtlenek. A szerző által operált 33 beteg közül csak 8 élt egy évnél, egy beteg 4 évnél s egy 7 évnél tovább, a többi vagy nemsokára a

műtét után, vagy még az első évben halt meg. Egyébként pedig a többi műtőnek is ugyanilyen kedvezőtlenek az eredményei.

Öt betegen a szerző a *radiumbesugárzást* próbálta ki; ezen beavatkozásnak a következők voltak az eredményei: 2 beteg túlrövid ideig állott gyógykezelés alatt, ezekkel tehát nem lehet számolni; egy betegen lényeges rosszabbodás (erős cachexia) következett be, egy másik betegen a tumor a sugárzás ellenére rohamosan növekedett és csakis egy betegen észlelték határozott javulást; ezen a betegen ugyanis a daganat csaknem teljesen felszívódott, fájdalmak nincsenek, közérzet aránylag nagyon jó, a testsúly is gyarapodott.

Az inoperabilis betegek részére a legjobb palliatív eljárás a punctio vesicae, mely után a kiállhatatlan vizelet-inger s a tenesmus csökken, s a betegek esetleg még esztendőkön át tűrhető közérzetben élhetnek tovább. Mint legutolsó mentő-eljárás a hólyag teljes kikapcsolása jöhet még számításba, a mikor az uretereket bevarrjuk a bőrbe, vagy pedig a kétoldali nephrotomia.

De a jótermészetű tumorok is feltétlenül kioperálandók, minthogy a papillomák a sokszor ismétlődő és nagyobb arányú vérzések, a fertőzés következtében beállható cystitis, a hólyag zsugorodása, valamint azáltal, hogy a kezdetben jótermészetű tumor idővel malignussá válhatik, a beteg életét örökösen veszélyeztetik. A kisebb papillomákat a szerző a cystoskopen át kezelhető kacs, csipesz, pincetta és kauter segítségével *endovesicális úton* irtja ki, miután azt tapasztalta, hogy az ilyféle daganatok a sectio alta után igen sokszor gyorsan kiújulnak, sőt annyira generalizálódhatnak, hogy idővel a hólyagban valóságos papillomatosis fejlődhet ki, nem is szólva arról, hogy a felső hólyagmetszés egyéb veszélyekkel is járhat.

A 186 endovesicalis úton operált betege közül eddig egy sem halt meg, míg a sectio altát igénybe vevő műtők 5% halálozással dolgoznak. Csakis az olyan papillomákat irtja ki a szerző a magas hólyagmetszéssel, melyekhez a cystoskoppal nem tud hozzáférközni. Az *Oudin-féle*, valamint a magas feszültségű áramokkal az ilyen tumorok könnyen s radicalisan elpusztíthatók s csaknem fájdalom nélkül teljes beolvadásra hozhatók. (Mediz. Klinik, 1914, 15. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az epilepsia kezelésében Vértes szerint is jó szolgálatokat tesz a luminal. Kezdetben 5 centigrammos adag adandó naponként kétszer, majd lassan emelkedünk, míg a görcsök hosszabb időre szünetelnek. Kellemetlen melléktünetek csak kezdetben mutatkoznak (szédülés, álomosság). A brom-megvonás okozta kellemetlenségek elkerülhetők, ha a brom adagait lassan csökkentjük és luminallal pótoljuk. (Epilepsia, 5. kötet.)

A cymarinnal, az apocynum cannabinum hatóanyagával tett kedvező tapasztalatairól számol be Wiesel. A szívre ugyanolyan hatású, mint a digitalis, csak hogy a hatása gyorsabban múló; ezzel szemben azonban nagy előnye, hogy a hatása sokkal gyorsabban áll be és hogy nincs cumulatív hatása. Több esetben az volt a benyomása, hogy az intramuscularisan adott 1 milligramm cymarin életmentően hatott. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 14. szám.)

Harmadfokú égés-sebeket Savariaud a következő ke-
nőcsccsel kezel: Rp. Balsami peruviani, Argenti nitrici aa 1.0; Antipyrini 5.0; Vaselineae, Lanolini aa 50.0. (Journ. de médecine de Paris, 1914, 167. 1.)

A női nemi szervek gyulladásos folyamataiban Landsberg szerint nagyon kedvező hatású a calcium lacticum. Kiemeli, hogy az össz-szervezetre nemcsak hogy nem káros, hanem ellenkezőleg még javítja is az állapotát. 1%-os oldata fecskendezendő be legfeljebb 10 cm³ mennyiségben több helyre elosztva a bőr alá. (Therapeutische Monatshefte, 1914, 5. füzet.)

Az emulsiók bomlásának megakadályozására
Apolant azt ajánlja, hogy kevés salicylsavat tegyünk beléjük (20 centigrammot 150 gramm emulsióra). Ily módon eljárva, még nyáron is legalább 8 napig bomlás nélkül áll az emulsió. (Therapeutische Monatshefte, 1914, 5. füzet.)

Fenyegető abortus eseteiben Halban tanár a papaverin megkínálását ajánlja, mint a mely szer kifejezett csökkentő hatást fejt ki a sima izomzat tonusára. 11 eset közül 6-ban kedvező hatást ért el, a mi elég jó eredménynek mondható, ha tekintetbe vesszük, hogy oly nőkről volt szó, a kik terhességüktől szabadulni szerettek volna s azért a conservativ therapiának ellene dolgoztak. Adható suppositoriumban (0.05 gramm), vagy subcutan illetve intramuscularis befeckendés alakjában (0.005 gramm 1—2-szer naponként). Hyperemesis gravidarum eseteiben is jó hatásúnak találta a papaverint. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1914, 9. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 29. szám. Kovács József: Ujabb irányelvek a gümőkór gyógyszeres therapiájában. Dollinger Gyula: A gümös csont- és ízületi gyulladások gyógyítása.

Orvosok lapja, 1914, 30. szám. Décsi Károly: „Késői katatonia” (katatonia tarda) esetei.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 30. szám. Boross Ernő: A hólyagdaganatokról.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király Balogh Elek dr.-nak, Nagyszalonta város főorvosának, nyugalomba vonulása alkalmával érdemei elismerésül a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. Sándor Gyula dr.-t, a vámosmiklósi járás tisztí orvosává, Bálint Andor dr.-t a gyöngyösi városi kórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. Teutsch Károly dr.-t Feketehalmon községi orvossá, Belopotoczky György dr.-t Szarvas község ügyvezető orvosává választották.

Meghalt. Terray Lajos dr. nyug. kincstári fő- és klenóczi községi orvos, július 16.-án Rimaszombatban, 63 évében. — Varga Mihály dr., viski községi orvos, Nagyszöllősen, július 19.-én, vízbefulladás következtében.

A nemzetközi sebésztársaság következő, 5. congressusa Párisban lesz 1917-ben. Megvitatásra a következő kérdések vannak kitűzve. 1. A szív és erek sebészete, beleszámítva a thrombosit, emboliát és vértransfusiót. 2. A daganatoknak Röntgen-sugárral és radiummal való kezeléséről. 3. A vér vizsgálata és a biológiai reakciók sebészeti betegségek esetén. 4. A lábszár és lábtörése. 5. A tetanus kórjelzése és kezelése.

A II. sz. női klinika szülészeti poliklinikumának segélyét június havában 110 esetben vették igénybe.

A nátháról. A közhírség körében igen elterjedt az a felfogás, hogy a nátha — a melletti, hogy a meghűlés okozza — még ragadós is. Sokan igyekeztek az utóbbi időben a nátha váladékában specifikus bacteriumokat kimutatni, de eredménytelenül. W. Kruse, a lipcei egyetem a közegészségtan tanára, a Münchener mediz. Wochenschrift júl. 14.-i számában megjelent cikke szerint kísérletileg igazolta a nátha ragadósságát. Náthás tanársegédének az orrváladékát 15-ször felhígította physiologiai konyhasóoldattal, az oldatot átfiltrálta Berkefeld-szűrőn s belőle egy-egy cseppeket tett intézete 12 alkalmazottjának az orrlikába. Közülük négyen — tehát 33% — megkapták a náthát, 1—3 napi larpangási időszak után. Ugyane nátha váladékával egy másik kísérletben 20-szoros hígítás és átszűrés után 36 hallgatója orrnálkahártyáját fertőzte, avval az eredménnyel, hogy 15-en (42%) estek náthába. Az átszűrött váladékban mikroskoppal vizsgálva bacteriumot egy esetben se lehetett kimutatni. Kruse szerint kétségtelen, hogy a nátha kórokozója, éppúgy mint az influenzáé, a sárgalázé, a trachomáé, a skarlaté, a veszettségé stb., láthatatlan és filtrálható bacterium, „Aphanozoon coryzae”.

Személyi hírek külföldről. Kronecker tanár utódja a berni egyetem élettani tanszékében L. Asher dr., az elhunyt physiologus sok évi tanársegéde lett. — M. Fetzer dr. königsbergi magántanárt a stuttgarti bábaképző intézet igazgatójává nevezték ki, a nyugalomba vonuló Walcher dr. helyébe. — A fülszetet rk. tanárává Tübingenben Albrecht dr. berlini magántanárt nevezték ki. — Kopenhágában A. V. Lendorf magántanárt a sebészet rendk. tanárává nevezték ki.

Küzdelem a szaporodás csökkenése ellen. A német fajegészségtani (eugenikai) társaság idej nagygyűlésén a születések számának csökkenésében mutatkozó aggasztó tünetmennyel foglalkozott s a kormányokhoz intézett feliratot fogalmazott meg ez ügyben, a melyben javaslatot is tesz a veszedelem elhárítására. A felirat a baj okát egyfelől a kankó, syphilis és alkoholismus terjedésében, másfelől a fogamzások szándékos korlátozásában s a művi abortusokban látja; ennek

pedig főképp gazdasági okai vannak: a nehezebb megélhetéstől, a vagyon elforgácsolódásától való félelem, továbbá a nagyvárosi lakásrendszer, a nő ipari elfoglaltsága. A baj orvoslására az eugenikai társaság a következőket javasolja: 1. A belső telepítések fokozott elősegítését az örökösödési jog oly irányú rendezésével, hogy a sokgyermekű család kedvezményben részesüljön. 2. Családi otthonok létesítését sokgyermekű városi családok számára (kertvárosi telepítés, kertekkel ellátott kislakások építése szövetkezeti alapon, kiskerttelepek stb.). 3. Sokgyermekű családok gazdasági segélyezését tetemes nevelési pótlékkal törvényes anyák, illetve túlélő atyák számára és a gyermekszám tekintetbe vételével a hivatalnokok és alkalmazottak fizetésénél. (Nálunk ez az utóbbi kívánság már megvalósult.) 4. A számos férfihivatásnál (katonák, hivatalnokok) fennálló házassági akadályok lehető eltörlését. 5. A szesz-, dohány-, és luxusadó felemelését, valamint hadmentességi adó behozatalát a harmadik pontban említett célra. 6. Az eljárás törvényes szabályozását oly esetekben, melyekben a terhesség megszakítása vagy a terméketlenítés orvosilag szükségesnek látszik. 7. Küzdelmet minden a szaporodási képességet veszélyeztető tényező ellen, különösen a gonorrhoea és syphilis, a tüdővész, szeszfogyasztás, ipari mérgezések és a kenyérkereső női környező veszélyek ellen. 8. Egészségi bizonyítványok kölcsönös kicserélését a házasságkötés előtt. 9. Nagy díjak kitűzését kitűnő művekre (regények, színművek, képzőművészet), melyek az anyaság eszményét, a családi érzést és az egyszerű életet dicsőítik. 10. Áldozatkész nemzeti gondolkodás és az eljövendő nemzedékek iránti kötelességérzés felébresztését, az ifjúságnak ebben a szellemben való erőteljes nevelését.

VESZÜNK 1914. évi

Pesti Alfréd-féle ORVOSI ÉVKÖNYV-et

Jókarban levő példányokért 3 koronát fizetünk.

Adorján Testvérek könyvkereskedők, Budapest, VII., Erzsébet-körút 16.

SZLIÁCS Dr. LÓRÁND GYULA, fűrdőorvos

METROPOLE-szálloda.

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

Felvétetnek férfi- és nőbetegek négyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyimód, villamos kezelések. Hízoló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

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

Epileptikus betegek intézete

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

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

Therapia sanatorium r.-t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Bennlakó és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízoló és soványító kúrák. Nagy vízgyógyintézet. Laboratorium. Röntgen. Vezető orvosok: Rajnik Pál dr. és Kovács Aladár dr.

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

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, vill. soványítás stb. Almatlanság, neurosisok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

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

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

UJTÁTRAFÜRED.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. tudományos ülés 1914 márczius 7.-én). 591. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (XII. ülés 1913 november 27.-én.) 592. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (VII. ülés 1914 április 25.-én.) 593. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. tudományos ülés 1914 márczius hó 7.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Bence Gyula.

**Klinikai szempontból érdekesebb gyomorrák-esetek
Röntgen-lemezei.**

Révész Vidor: a) *Scirrhusus rák-esetek:* I. A 74 éves férfi főpanasza az, hogy évek óta szenved székrekedésben, 3 hó óta nem segítenek a megszokott hashajtók, erősebb szereket kell szednie. Néhány hét óta rossz a gyomra, sokat böfög, pár héten át undorodott a hústól. Erősen lefogyott. Feltűnően halovány, lefogyott, cachexiás. Gyomornedv-vizsgálat nem végezhető előrehaladott arteriosclerosisa miatt. Tapintással rendellenes resistentia nem található. A bélsárvizsgálat occult vérzést nem mutatott. A Röntgen-kép típusos scirrhusus gyomorrákot jelez. A fundus kitágult, a cardia alatt, a kis görbületen egyenetlen, karélys szélű, nagy telődési hiány van, a mely egy ott ülő tumornak felel meg. A pars mediától kezdve a gyomor fala egészen a pylorusig annyira infiltrált, hogy alig kisujjnyi tág a lumene. Az egész gyomor a has felső részében inkább jobbfelé helyezkedik el, a mi a májjal való összekapaszkodást mutatja, viszont ezért nem is tapintható ki. A kiürülés lassú volt. A beteg vastagbelei ptosisosak, a colon transversum meanderszerű görbületet ír le, a mi esetleg megmagyarázhatja a székrekedését, mely bizonyára a gyomor chemismusának megváltozása következtében rosszabbodott annyira. A Röntgen-lelet azt is mutatja, hogy gyökeres műtét nem végezhető.

A beteg még él, de ereje folyton fogy, az ágyból nem tud már felkelni.

II. 52 éves éves férfi, 1913 december 9.-én vették fel a Liget-sanatoriumba tabo-paralysis diagnosissal, különféle súlyos tünetekkel. December vége felé hányásingerek jelentkeztek, majd hányni kezdett, végül minden ételt kihányt. A hányásokat eleinte crises gastriquesnek tartották. Tapintani semmit sem lehetett. A próbareggelit sem tudta megtartani. A hányadéokban szabad sósav 21, összaciditás 34, tejsav pozitív, vér pozitív, a székletében vér nem volt.

A Röntgen-vizsgálat (1914 január 19) a hányások miatt csak úgy volt végezhető, hogy 3 napon át papaverint vettek vele (3-szor napjában 0.05 papaverinum hydrochloricum Merck), mire a hányások megszűntek. A Röntgen-kép típusos scirrhusus rákot mutatott. A pars medián hirtelen összeszűkül a gyomor és annyira infiltrált az egész fala, hogy a lumene néhol csak lúdtoll vastagságú. A gyomor absolute nem mozgatható, mert összekapaszkodott az egész szomszédságával. A kiürülés nagyon lassú.

A beteget Hüttl magántanár megoperálta, de a műtét csak laparotomia maradt, mert az egész gyomor teljesen tele volt carcinomával, valamint a környéki nyirokcsomók is mind infiltráltak voltak.

b) *Medullaris carcinoma-esetek.* III. 56 éves férfi. Mindig erős, egészséges volt. 3 hét óta tartja magát betegnek, azóta teljesen étvágytalan, sokat böfög, felfuvódott, gyakran hány nyálkás-sós folyadékot. Erősen lefogyott.

Gyomra nyomásra mindenütt érzékeny, a köldöktájon határozatlan körvonallú, elmosódott szélű puha resistentia tapintható.

A gyomornedvben szabad sósav 43, összaciditás 68, tejsav pozitív.

A Röntgen-kép típusos medullaris carcinomát mutat, a mennyiben a caudalis poluson, a nagy görbületen nagy telődési hiány, ú. n. „kiesés” van, melynek szélei nem simák, szabálytalan görbe vonalat alkotnak. A kiesés területén nyomásérzékenység van. A fundus és pars media kissé tágult. A kiürülés normalis idő alatt fejeződött be.

Tekintettel a beteg aránylag még kitűnő erőbeli állapotára, orvosa operatiót ajánlott, melyet Gellért Elemér végzett, azonban a tumor nem volt reszekálható, a máj tele volt metastasisokkal, a környéki nyirokcsomók infiltráltak voltak. Ezek egyikének szövettani vizsgálata carcinomát mutatott. Hasfalzárás.

A beteg a műtét után 3 héttel meghalt.

IV. 76 éves férfi. 2—3 hó óta beteg. Étkezés után pár órával nyomást és fájdalmat érez, néha hány is, a mire kissé megkönnyebbül. Az utóbbi időben csak úgy tud aludni, ha kihányta a vacsoráját. Évek óta szenved székrekedésben. Erősen lefogyott, súlyos arteriosclerosisa miatt gyomornedv-vizsgálat nem végezhető. Tumor nem tapintható, a has mindenütt érzékeny nyomásra. A bélsár idő híján nem vizsgálható. A Röntgen-lelet medullaris carcinomát mutat. A fundus tágult, a pars media szintén. A pars pyloricában, a nagy görbületen, nagy „kiesés” látható, melynek szélei szabálytalan, karélys vonalat alkotnak. A kiesés területén nyomásra fájdalmasság van. A pylorus a jobb bordaív mellett van, fixált, a mi a májjal való összekapaszkodást mutatja. A kiürülés rossz, 8 óra múlva sok volt még a gyomorban. Gyökeres műtét nem végezhető.

A beteg további sorsáról nem tudnak.

Bemutatja egy beteg ulcus callosus okozta homokóra-gyomrának a Röntgen-lemezét is, hogy a feltűnő különbséget demonstrálja az ulcusos és a carcinomás homokóragyomor között, mint azt a múlt év üléseinek egyikén Holitsch Rezső is demonstrálta.

Azért választotta ezeket az eseteket a mai bemutatáshoz, mert ezek egyikében sem lehetett más módon megállapítani a carcinomát.

Három betegen (scirrhusus rák eseteiben rendszerint úgy szokott lenni) nem volt a rák tapintható, a negyedik tapintható volt ugyan, de a gyomornedv hyperaciditást mutatott.

A bélsárban occult vérzés részben nem volt, részben nem volt vizsgálható, mert a vidékről feljövő betegek gyakran nem maradhatnak itt e miatt 4 napig.

Az esetek egy részében a gyomornedv-vizsgálat nem volt kivihető, mert a betegeknek nagyon erős aorta-dilatációjuk volt, a mi a szonda bevezetését ellenjavalta. A harmadik pedig kihányta a próbareggelit is.

A Röntgen-vizsgálat ellenben azonnal meggyőzően és minden kétséget kizáróan mutatta nemcsak azt, hogy gyomorrákkal van dolgunk, hanem azt is, hogy az esetek gyökeres műtetre már nem valók, mint azt a két esetben eszközölt laparotomia is mutatta.

Ezek az esetek is világosan demonstrálják tehát a Röntgen-vizsgálat óriási fontosságát a gyomorbetegségek diagnosztikájában.

Holitsch Rezső: A bemutatott diffuse, egyenetlen zsugorodott gyomrok, a melyeknek csak a cardialis részlete tud tágulni, míg a gyomornak középső részlete és a pylorus-részlet egyenetlen szűkültre marad és lefelé csúcsosodó ökörszarvhoz hasonlít, gyakran fordulnak elő és tudjuk róluk, hogy a gyomrot ilyen esetekben diffuse scirrhus infiltrálja, még pedig vagy egész terjedelmében, vagy majdnem egész terjedelmében. Az ép szövet és a kóros szövet közötti határ nem állapítható meg. Az ilyen gyomorcarcinoma gyökeresen nem operálható. Tehát a radiologusnak kell a belgyógyászt vagy a sebészt figyelmeztetni, hogy inoperabilis ez a carcinoma és így a beteg a biztosan hiábavaló laparotomiától megkímélhető.

Donath Gyula: A nagyfokú pylorusszűkületet mutató Röntgen-kép 51 éves férfiúra vonatkozik, ki múlt év december 4.-én hozzászólónak kezelése alá jött kifejezett dementia paralytica kórképpel, mely eleinte nem engedte sejteni e súlyos complicatiót. Jelen volt anisocoria (a jobb pupilla tágabb volt mint a bal), nagyfokú dysarthria (a beszédzavar már a múlt év júliusában mutatkozott), a kezek finom reszeketése, a patellaris reflexek gyengesége, míg az Achilles-inreflexek elég jók voltak, az emlékező tehetség tetemes csökkenése, mely már

7 év előtt kezdődött. A potentia már 3–4 év óta gyengült. Az írás reszkető volt, a számolás hibákkal járt, de maga javította, a fogalmazás elég jó volt. A vér Wassermann-reactiója, mely a megelőző hónapban a kolozsári elmeklinikán vizsgáltatott meg, erősen pozitív volt. Időnként reggeli hányás. A vizeletben $\frac{1}{2}/_{00}$ fehérje, szemcsés és hyalin cylinderekkel. A kezelés intravenosus neosalvarsaninfúziókból (0.3, 0.45 és 2×0.75) állott, kombinálva natrium nucleicum- és embarin-injectiókkal. A beteg a kezelés alatt, mint ez környezetének is feltűnt, testileg erősödött, szellemileg felfrissült, az azelőtt lehangolt és hallgatag ember ismét vidámabb és beszédesebb lett, a beszéde javult, hangja erősödött, a kézmegés megszűnt, az írás biztos lett; a fehérje a vizeletből már az 1. infúzió után eltűnt. December 23.-án azonban évés után hányni kezdett, a mi azután mindinkább sűrűn mutatkozott évés közben is. Sem spontán, sem nyomásra gyomortáji fájdalmai nem voltak, a gyomornedv mindig sósavtartalmú volt, véres hányása vagy bélvérzése nem volt. Kétségtelen volt most, hogy a gyomorpassage akadály áll fenn, mely már közel a cardiához kezdődik. A Röntgen-vizsgálat nagyfokú pylorusstenosist mutatott ki, mely az említett tünetekre való tekintettel inkább jótérmetűnek látszott. A Hüttl által január 21.-én a szt. István-kórházban végzett laparotomia kiderítette, hogy a gyomor egész falzata rákosan van elfajulva, a mirigyek infiltráltak, úgy hogy az operációt abba kellett hagyni. Ez esetben tehát dementia paralytica gyomorcarcinomával volt szövődve, mely utóbbi a szokott klinikai képet éppen-séggel nem mutatta.

Tizenhat hónapos gyermekén lichen planus esete.

Csillag Jakab: Életének 17. hónapjában levő gyermeket mutat be, kin már $1\frac{1}{2}$ hó óta az arczon, de főként a törzsen és a végtagokon monomorph, tömött consistentiájú, sokszögű, oldalvilágításakor viaszszerűen fénylő felületű, közepükön köldökszerűen behúzódnak, átlagban gombostűfej nagyságú, halvány sárgás-vörös efflorescentiákból álló kiütés van; az efflorescentiák itt-ott olvasószerűen elrendezettek, de különben különállóak. Az efflorescentiák e tulajdonságai a Wilson által 1869-ben leírt lichen planusra jellegzetesek.

A lichen planus a 20–50. életév bőrbaja. Serdülő korban levőkön is csak kivételesen fordul elő, az első életévekben pedig a legnagyobb ritkaságok közé tartozik; az irodalomban Kaposi-nak egy 8 hónapos, Tilbury Fox-nak és Mayer-nek egy-egy 9 hónapos csecsemőre, Hamacker-nek egy $\frac{5}{4}$ éves és Isaak-nak egy 16 hónapos gyermekre vonatkozó lichen planus esete van leírva. A terapia szempontjából a lichen planus helyes körjelzése cardinalis fontosságú, mert egyetlen megbízható gyógyszere az arsen. Ezt kapja a gyermek is 3 hét óta, és az efflorescentiák involúciója már megindult.

Ritka nagyságú fibroma eltávolítása a mesocolon descendensből.

Pólya Jenő: A nőbeteget 1913 december 2.-án vették fel. 3 év óta fájdalmai vannak hasa bal oldalában, mi miatt Röntgen-sugárzással is kezelték. Fájdalmai néha görcsös rohamok alakjában jelentkeztek. 4 hó óta fájdalmai erősebbek és időnként különösen munka közben nagyfokú gyengeségérzet, ájulás lepi meg.

A lesoványodott nő mellkasi szervei épek, a bal tüdőhatár hátul 1 bordaközzel magasabban végződik.

A has bal oldala elődomborodó és itt egy kb. emberfőnyi kemény, göbös resistentia tapintható, mely a bal borda alul indul ki s a köldököt meghaladva, a jobb oldalra is áterjed és a légzési mozgásokat követi; felette a kopogtatási hang tompa, a tompulat a VI. bordán kezdődő léptompulattal egybefolyik.

A vérvizsgálat eredménye: a fehér vérsejtek száma 9000, a vörös vérsejteké 4,450.000, a haemoglobin 65. A qualitativ vérkép a vörös vérsejtek kistokú poikilocytosisán kívül semmi változást sem mutat. A fehér vérsejtek közül a polynuclearis leukocyták aránya $81\frac{8}{10}\%$, a lymphocytáké $16\frac{2}{10}\%$, a mononuclearis leukocytáké 2% .

Lépdaganat, valószínűleg lépsarkoma diagnosissal fogott a műtéthez 1913 december 4.-én. Aethernarcosis. Hasmetés a bal bordaívvel párhuzamosan. A peritoneum megnyitása után kitűnik, hogy a daganat nem a lépből indul ki, hanem retroperitonealisan fekszik a colon descendens mögött. A colon descendensstől lateralisán levő peritoneum meghasítása után a daganatot tompán fejtik ki ágyából. Minthogy azonban a bordaívvel parallel metszés nem elégséges,

a metszést a középvonalig meghosszabbítják és ehhez a medián vonalban egy a köldökig érő metszést csatolnak a mi által a hasfalban nyelvalakú lebenyt kapnak. A bal vese in toto a daganat hátulsó felszínébe van ágyazva, a honnan épen kifejtik az ureterrel és ereivel együtt. Épp, úgy sérülés nélkül sikerül kihámozni a mesocolon ascendensben levő ereket. A daganat a mesocolon transversumba is betérjed felső polusával, innen is sikerül azonban az erek sérelme nélkül kihámozni, ellenben a vele összekapaszkodott pankreas egy részletét el kell távolítani. E helyen a pankreas elvarrják és a pankreasconkra csíkot vezetve, először a hashátyadefectust, majd a hasizmokat és a bőrt varrják s a csíkot a bordaív mellett vezetett metszés alsó zugában vezetik ki.

A kiirtott daganat méretei friss állapotban: $28 \times 21 \times 9$ cm., körfogata 70 cm., súlya 2450 gr.

Entz főorvos lelete: A daganat mikroszkopice csupán rostos kötőszövetből áll, a melynek szabálytalan lefutású, egymással sokszorosán kereszteződő kötegei hol sejtszegény durva rostokból, hol orsósejtekkel átszőtt, laza szövésű rostokból állanak. E szövettömeget meglehetősen bőséges érhalózat hatja át, az ereknek azonban mindenütt jól felismerhető önálló faluk van. Tekintve, hogy a hatalmas daganatban regressiv elváltozást egyáltalában nem találunk, tekintve továbbá, hogy a daganatszövetben sehol sejtűsebb részek nincsenek, a benne levő erek pedig különálló falakkal bírnak, a daganatot teljesen jótérmetű fibromának kell tartani. A vizsgálatra küldött hatalmas daganat formolban való conserválás után $24\frac{1}{2}$ cm. hosszú, $19\frac{1}{2}$ cm. széles és 10 cm. vastag, 2300 gr. súlyú, egészben szabálytalan félgömbalakú, alsó felszínén csekély benyomattal, felszíne egyenetlen dudoros, róla mindenütt mogoró-almanagyságú durva dudorok domborodnak elő, sok helyen még a környező kötőszövet lóg le róla rendetlen szalagok és hárták alakjában; felső belső szélén van a vékony mellékvesének mintegy cm. széles darabkája s e mellett egy kicsiny pankreasrészlet is. A felette tömött, szívós, fehér daganatszövet nagyon vérszegény s a metszéslapon mindenütt durva rostos szerkezetű, körülbelül olyan, mint a méhbeli fibromyomák, hol szürkésen áttűnő, hol fehér szövetből áll, de metszéslapján sehol elhalás vagy egyéb degeneratio nem látszik, sem véres beszűrődés, sem tömlős szétesés nincs benne.

A sebgyógyulás sima, a seb összevarrt részei primára egyesültek, a csik helye eléggé gyorsan besarjadt. A beteg a műtét után rendkívül collabált és pulsusa az első 10 napon meglehetősen gyenge volt; később azonban jól összeszedte magát; jelenleg meghízott és teljesen panaszmentes.

(Folytatása következik.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(XII. ülés 1913 november 27.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Ádám Lajos.

Műtétek a gyomron (műteti demonstratio.)

Hüttl Hümer: A műtetre kerülő beteg 57 éves villanyszerelő, kinek 1 éve vannak gyomorpanaszai. A klinikai vizsgálat az epigastriumban galambtojásnyi, eléggé mobilis tumort mutat, mely a légzőmozgásokat követi, a kilégzés végén fixálható, nyomásra érzékeny. A Röntgen-vizsgálat tárgult gyomrot mutat, tumorral az antrum pylorin, mely hátrafelé fixált. A gyomor kiürülése rendkívül rossz és lassú. Gyomornedvvizsgálatba a beteg nem egyezett.

Chloroformbódulatban operálja a beteget, a hasat a középvonalban nyitja meg a kardnyúlványtól a köldök alá 3 harántujjal terjedő metszésből. A gyomor tárgult, a praepylorikus részleten, a kis hajlatról kiindulóan tyúktojásnyi rákos daganat ül, mely a máj bal lebenyével forintnyi területen összenőtt, úgygyszintén a mesocolon transversumba is ötkorónányi területen betérjed és a pankreas fejéhez is rögzített.

Mindezek dacára a daganatot kiirthatónak véli. A máj-

ból közel ötökronányi darabot élesen metsz ki és a keletkező vérzést U-alakú catgutöltésekkel csillapítja. Most a ligamentum gastrocolicumot metszi át klammerek között akként, hogy a nagy hajlat mentén ülő számos mirigy az eltávolítandó gyomor részlettel összefüggésben marad.

A gyomor hátulsó fala a mesocolon transversummal függ össze, miért is ebből ötökronányi darabot szintén ki kell metszeni. A kis csepleszt klammerek között szintén átvágja.

Mirigyek itt alig vannak. Ugy a kis, mint a nagy hajlatot a cardia felé megfelelő hosszúságú darabon teljesen szabaddá teszi, hogy úgy az alkalmazandó varróműszer részére, mint a metszészlap besülyesztésére elegendő hely legyen.

A duodenum szabaddá tételét és szükséges mobilizálását a cardialis részlet átmetszése és a daganatnak jobbra való kihelyezése után fogja végezni. A varróműszert a tumortól jó 4 cm. távolságban alkalmazza és a gyomrot átvarrja. A nyert 2—2 varratsor között egyenes ollóval a gyomrot átmetszi. Mindkét csonk víz- és légmentesen el van varrva és egyúttal a vérzés teljesen csillapítva. Az eltávolítandó részletet jobbra kihelyezi, a nyert vékony cardialis metszészlapot a két csücsöktől elindulva egyetlen sor csomós selyem sero-serosus varrattal fedi. Ezután a duodenumot mobilizálja, a mi a pankreasban nagy vérzéssel jár. Ezt catgut-alátöltésekkel csillapítja.

A duodenumot a tumortól 2 cm.-nyi távolságban klammerek közé fogva átvágja, a visszamaradó csonkot 2 sor tova futó catgutöltéssel átvarrja, majd csomós catgutvarratokkal invaginálja, végül a pankreas fejével és a csepleszszel borítja. Ezután a cardialis csonkon Wölfler-féle gastroenteroanastomosist készít 2 etage-os varrattal.

Hasfalreconstructio. A kiirtott gyomor-részlet a nagy hajlaton 14, a kis hajlaton 9 cm. A daganat a kis hajlaton nyereg módjára ül.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(VII. ülés 1914 április 25.-én.)

Elnök: Klumák Adolf.

Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Kenyeres Balázs kivégzett ember holttestének vizsgálata. Az akasztás után az első orvosi vizsgálatot a törvényszéki orvosok 10 percz múlva végezték, megállapítva akkor, hogy a szívverés megszűnt. A holttest még 30 perczig maradt felfüggesztve.

Levétele után a szembogarak $3\frac{1}{2}$ mm. átmérőjűek, távolságuk nyomásra nem változik. A himvessző petyhüdt, ráncos; a húgycsőből ondót lehet kiszorítani, de a ruházaton ejaculatio nyomai nincsenek. Verejték nincs, a végbél zárt. A nyelv a fogak mögött. Az összekötözött kezek felett, az alkarokon nyomásra eltűnő, sötét szederjes foltok. A kötelek nyoma a nyakon, a kézen, a lábszáron kékes, foltonként erősen feltűnő; a barázdák puhák. A jobb szembe atropin. További vizsgálat két óra elteltével, tehát 2 óra 40 percczel az akasztás után. A jobb szembogár erősen tágult, 7 mm., a bal $3\frac{1}{2}$ mm. A jobb szem belső zugában kölesnyi barnás folt (Larcher). A herezacskón tallérnyi kiszáradás. Az izomzat az ütések helyén mindenütt kidudorodik. A hátulsó részeken kiterjedt hullafolt-képződés, a foltok között sok kendermagnyi vérömlés. A kötél-barázdák kékes foltjai közül sok eltűnt, helyenként a barázda már erősen pergamentszerű. A végtagok hidegek, a test langyos. A merevség az ujjakon kezdődik. A nyak és mellkas bőrének átmetszésekor sok híg vér gyűl meg. A tüdők kicsinyek, a metszészlapról igen sok híg vér ürül, mely a mellüregbe folyva úgyszólván rögtön megalvad. A szív bal fele összehúzódott, a jobb feszesen telt, tartalma nagyrészt fekete, egészen laza alvadék. A májon ejtett bemetszés újból és újból híg vérral telik meg. A bélén mechanikai izgatásra nagyon gyenge peristaltika. Az agyburkok és az agyvelő feltűnően vértelenek. A pajzsporc és szakcsontszarv jobboldalt törve; a törések körül némi beszűrődés. Az izomzat, az erek és idegek sértetlenek. Az alsó végtagokon, a kéz- és nyakbarázda mélyében egy egy lencsés-

nél kisebb feketés-vörös nedvdús vérbeszűrődés. A nyaki gerincoszlop teljesen sértetlen; az epistropheus a rendes helyén, ép. A szíven egy mákszemnyi és két kisebb vérömlés, a tüdőn vérömlés nincsen.

II. Krcsméry Károly: Nagyobb kiterjedésű bordasarkoma eltávolítása a mellkas megnyitásával. Az 55 éves földmíves f. év április 5.-én kereste fel a sebészeti klinikát azon panasszal, hogy körülbelül 3 hónap óta a bal bimbó alatt daganat nő rohamosan, a mely erős kisugárzó fájdalmakat okoz, úgy hogy az utóbbi időben dolgozni sem tud. Megvizsgálása alkalmával körülbelül a IV. és V. borda lefutásának megfelelőleg a szegycsont szélétől szinte az első hónaljvonalig terjedő, mindenütt élesen elhatárolt daganat volt látható, mely fölött a bőr kissé feszült, de elcsúsztható, ellenben a daganat a bordákkal össze volt nőve. A daganat közepének megfelelőleg szinte ökölnyire kiemelkedő, dudoros, rugalmas tapintatú, szélei felé inkább ellapult. A daganat nyomásra, de magától is fájdalmas. A leírt daganatot a bordákból kiinduló sarcomának tartották s ezért gyökeres műtetre határozták el magukat. A műtétet Makara tanár április 9.-én végezte Tiegel-féle magasnyomású altatás segítségével.

Szövettanilag a daganat, mely 22 cm. hosszú, 10 cm. széles volt, sarcoma rotundoparvicellularenak bizonyult.

Az előadó részletesen ismertetéi ezután a bordadaganatok műtete alkalmával keletkező pneumothorax veszélyeit és okait, valamint elkerülésük módját (Dollinger, Sauerbruch, Tiegel, Meltzer-Elsberg-féle insufflatio).

A beteg a műtét után 1 órával kis mértékben collabált, de excitansokra csakhamar magához tért; 2 napig mérsékelt láza volt, de azon túl a gyógyulás zavartalanul, láz nélkül folyt le. Az ötödik napon felkelt, azóta fennjár, sebe per primam gyógyult és jelenleg a mellkas-defectust védő bandage-készülékkel a klinikáról távozóban van.

III. Lechner Károly előadása: A freudismusról. (I. rész.) (Megjelenik az „Értesítő” 1914. évfolyama, III. füzetében.)

PÁLYÁZATOK.

2618/1914.

A lemondás folytán megüresedett ratkói körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

1. Az 1908: XXXVIII. t.-cz. szerint 1600 korona törzsfizetés és négyszer ismétlődő, a nyugdíjba beszámítók kettőszáz korona ötödéves korpótlék.

2. 700 korona utiátalány.

3. Természetbeni, újonnan épült épületben lakás.

4. 1000 (egyezer) korona helyi pótlék.

5. A trachomások kezeléseért 400 korona évi járandóság.

6. Ratkó nagyközségtől a halottkémlés teljesítéseért 16 köbméter tűzifa házhoz szállítva, mi a nagyközség kívánatra pénzzel megvált.

7. Kötendő szerződés alapján a rimaszombati kerületi munkásbiztosító pénztártól a taglétszám szerinti járandóság, mely a lemondott körorvosnál legutóbb 1720 koronát tett ki.

8. A szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A közegészségügyi kör székhelye Ratkó nagyközség, járási székhely.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi szeptember hó 15.-éig annál is inkább adják be, mivel az elkésztett beérkezett, vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választás megejtésére határidőt később fogok kitűzni.

Ratkó, 1914. évi július hó 13.-án.

Madarassy, főszolgabíró.

127/1914.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi áll. kórháznál üresedésben lévő évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és első oszt. étellemezzel javadalmazott másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek, felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám f. évi augusztus hó 15.-én d. e. 11 óráig annyival is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1914 július 23.-án.

Herzog Ferencz dr., s. k., tud.-egy. ny. r. tanár, igazgató-helyettes.

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

Felhívom azon magyar honos orvosdoktorokat, illetve orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevelükkel felszerelt, egy koronás bélyeggel ellátott s a belügyminister úrhoz címzett folyamodványokat hozzám legkésőbb 1914. évi július hó 28.-áig küldjék be.

Az állás augusztus hó 1.-én elfoglalandó.

Kecskemét, 1914 július hó 20.-án.

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

A losonci kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága Fülek székhellyel lemondás, illetve nyugdíjazás folytán megüresedett **pénztári orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás 2600 korona fizetés és 350 korona évi fuvardíj és az illetmény-szabályzatban megállapított fokozatos előléptetéssel járó korpótlékból álló javadalmazással van egybekötve.

Az orvosi szolgálat, a szolgálati, fegyelmi és illetmény-szabályzat alapján teljesítendő s az állás szeptember 1.-én töltendő be.

Pályázati határidő: augusztus 3, déli 12 óra.

Losoncz, 1914 július hó 17.-én.

Losonci ker. munkásbiztosító pénztár.

341/1914.

Az évi 1600 korona készpénz és 600 korona lakbérrel javadalmazott **szárcsai körorvosi állásra** választás útján betöltendő lévén, felkérnek mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **flyó évi szeptember hó 1.-éig** a módosi szolgabírói hivatalhoz nyújtsák be.

Az orvosi körhöz Szárcsa, Szárcsatelek, Nagynezsény és Kisnezsény községek tartozván, a szerb és román nyelv ismerete — nem feltétlenül szükséges — de kívánatos

Módos, 1914 július 6.-án.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

2308/1914.

A nagykararási **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. A kör két községből áll, melyek egymástól 2 kilométer távolságban vannak.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés, 400 korona lakbér, 800 korona személyi pótlék és a kézi gyógytártól várható jövedelem és a m. kir. belügyminister úrtól engedélyezett 1000 korona helyipótlék.

Pályázni szándékozó orvosok felhivatnak, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi augusztus hó 15.-éig** küldjék be.

Elek, 1914 július hó 17.

Mladin Miklós, főszolgabíró.



—→→ ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL. ←←—
Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál a **Bór és Lithion tartalmu gyógyforrás**

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

Hugyhajtó hatása.

Kellemes 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 hugysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

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

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

Orvosok számára.

Alkalikus savanyuforrás, tekintélyek által elsőrendű gyógy- és asztali viznek elismerve, 3 millió liter évente, remek hegyi fekvés (Karinthia), a vasút közelében, jól látogatott gyógyhely, gyógyház, fürdő, emelkedő vízszétküldés, nagy jövővel, családi körülmények miatt igen jutányosan, 250.000 koronáért eladó; fizetés gyanánt bérház is elfogadtatik.

RICHARD PATZ, Wien, IV., Margaretenstrasse 5.

GYÓGYHELY

Gleichenberg

STEIERMARK.

SAISON: Május hó 15.-étől szeptember hó 30.-áig.

Felülmulhatatlan a légzőszervek összes betegségeinél.

Világhírű gyógyforrások (Emmaforrás, Konstantinforrás.)

Értesítéseket és prospektust küld: **KURKOMMISSION GLEICHENBERG.**

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

Gyógyintézet tüdőbetegek számára.

Napos, védett fekvés. Saját kertek. Legmodernebb hygienikus berendezések. Központi fűtés, lift, villamos világítás. Röntgen-kabinet. Heliotherapia. Quarzlámpa (mesterséges magaslati napfény). Új berendezett laboratórium. Sputumot fertőtlenítő készülék. Igen szép társalgási helyiségek. 80 ágy. Penzió-ár, szoba, orvosi kezelés, ledörzsölések, fürdők, fűtés és világítás betudva, Fr. 11.50-tól kezdve.

Vezető orvos: Dr. H. Alexander. Gazdasági igazgató: E. Graf.

„BAYERLAX”

**egy modern enyhe biztos hashajtó
tabletta-alakban.**

BAYER GYÓGYSZERTÁR

Orvos uraknak ☐
minta díjmentesen.

BUDAPEST, VI., Andrásy-út 84.

Főhercegi udvari
☐ szállító. ☐