

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Safranek János: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem orr- és gégegyógyászati klinikáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) Az ozaena kóroktanáról és specifikus (vaccinációs) orvoslásáról (a Perez-féle coccobacillus foetidus ozaenae szintenyészetéből készült vaccinával). 595. lap.

Takács Zoltán: Közlemény a székesfevárosi szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár.) A Whitehead-féle műtét szerzett tapasztalatok. 598. lap.

Gáli Géza: Közlemény a budapesti izr. hitközségi kórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Benedikt Henrik dr., egyetemi magántanár.) Leukaemiás lymphomatosus és paroxysmusos haemoglobinuria szövödményének esete. 599. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. W. Kruse und Paul Selter: Die Gesundheitspflege des Kindes. — O. Polano: Geburtshilflich-gynäkologische Propädeutik. — Lapszemle. Belorvostan. Levi: Pulzáló pleura-folyadékgyülemek. — Ludin: A struma és Basedow-

kór Röntgen-kezelése. — Sebészeti. Weiss: Sérvkizáródás után jelentkezett bélszűkület. — L. Moszkovitz: A bőrnek mekkora darabja távolítandó el emlőrák eseteiben? — Szülészet és nőorvostan. Sielmann: 100 nőorvostani eset Röntgen-kezelése. — Gyermekeorvostan. Hochsinger: Nagyfokú izolált facialis tünet. — Knöpfelmacher: Pylorospasmus klinikai tünetei. — Húgyszervi betegségek. Alfred Zinner: A vaccinattherapia hatása a húgyszervek idősült, de nem gonorrhoeás betegségeiben. — Fül-orvostan. Voss: A belső fül megbetegedéseinek kóroktana parotitis epidemica eseteiben. — Krüger: Az othaematoma kezelése. — Fizikai gyógytömődok. Doumer: A galvánáram interpolaris hatása. — Kisebb közlések az orvostudományról. Wilenko: Diabetes mellitus. — Porritt: Postoperatív bélpangás. — Berglund: Orbáncz. — Rohmer: Heveny fertőző betegségek kapcsán fejlődő vérkeringés-zavarok. 603—606. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 606. lap.

Vegyes hírek. 606. lap.

Tudományos társulatok. 607—610. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi orr- és gégegyógyászati klinikáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.)

Az ozaena kóroktanáról és specifikus (vaccinációs) orvoslásáról (a Perez-féle coccobacillus foetidus ozaena szintenyészetéből készült vaccinával).*

Írta: **Safranek János** dr., operateur, klinikai tanársegéd

A midőn az ozaena aetiologiájára vonatkozó újabb kutatásokról s ezek eredménye alapján fogantatott — és mint előre jelezhetem — jelentős sikereket mutató specifikus orvoslásról óhajtok beszámolni, a tárgyalandó kérdéseket nem csupán rhinológiai szempontból tartom fontosnak, hanem általános orvosgyakorlati, hygienés és socialis szempontból is. Ez utóbbi szempont megvilágítására elegendő, ha utalok azon szerencsétlen ozaenás betegekre, a kik undorító, förtelmes bűzt árasztva maguk körül, nemcsak a társas életből számkivetettek, de bajuknál fogva sokszor foglalkozásuk végzésére is alkalmatlannak mutatkoznak és állásukat veszítik, a mennyiben a legerősebb illatszerek stb. használatával sem tudván leplezni undorító bajukat, környezetüknek, hozzátartozóiknak szinte elviselhetetlen terhére válnak s végül önmaguktól is megundorodván, öngyilkosságra szánják magukat. Ha pedig figyelembe vesszük, hogy az újabb kutatások szerint az ozaena infectiosus, sőt contagiosus baj, nyilvánvaló a kérdés hygienés fontossága. Az ozaenának még tüneti orvoslása is eddigelé tökéletlen s a betegre igen körülményes és nehézkes lévén, szóbanforgó és sikeres orvoslásmódjának gyakorlati fontossága nem szorul magyarázatra.

Mint ismeretes, az ozaena az orr nyálkahártyájának, de csontos részeinek is, főleg az orkagylóknak sorvadásával járó

chronikusan lefolyó kórfolyamat, melynek legkimagaslóbb klinikai tünete a gyorsan beszáradó és sokszor a pörköknek óriási tömegévé beszáradó váladék s ennek egészen sajátos pestilens bűze. Ez utóbbitól nyerte nevét a baj, mely már az orvostudomány őskorában ismeretes volt ugyan, de a melynek pathologiája és therapiája, főleg pedig kóroktana a leg-többet vitatott kérdések közé tartozik.

Nem szándékozom az ozaena aetiologiájára vonatkozó összes elméleteket tárgyalni, hanem csupán a tárgyunkkal szoros összefüggésben levő fertőzési theoriára kívánok kitérni. Az irodalomban ezen theoriának első nyoma egy XVII. százabeli munkában található, melyben *Johannes Crato* a bajt fertőző természetűnek mondja. A múlt század utolsó tizedeiben a bakteriológia térfoglalásával az ozaena pathologiájára vonatkozó vizsgálatok is ezen irányba terelődtek s elsőnek 1882-ben *E. Fränkel* végzett behatóbb vizsgálatokat az ozaenás váladékokra vonatkozólag s ebben többféle mikroorganizmust talált, ezek között bizonyos vastag bacillusokat is, melyeket a foetor okozójának tartott, de a melyeknek kitenyésztését és izolálását nem végezte. Három évvel utóbb *Löwenberg* a *Fränkel* bacillusával egyező bacillust talált s ezt kitenyészteni megkísérelte, de teljesen tiszta culturákat nyernie nem sikerült. *Löwenberg* szerint ez a bacillus nemcsak a foetornak, de magának a kórfolyamatnak is kórokozója, de ezen feltevését nem bizonyította be. Miután még mások (*Klaman*, *Thost*, *Hajek*) a *Friedländer*-féle pneumobacillushoz hasonló tokos bacillusokat találtak az ozaenás secretumban, de ezeknek specifikus jelentőséget nem tulajdonítottak, 1893-ban *Abel* bacillus mucosusát írta le, melyet utóbb az előbbi kutatók bacillusával azonosnak ismert fel. *Abel* e bacillus culturalis tulajdonságait tüzetesen megállapította, elkülönítette a *Friedländer*-féle bacillustól s az ozaena specifikus kórokozójának mondotta. *Abel* után különösen *Paulsen*, *Löwenberg*, *Fricke* és *Stein* foglalkozott behatóan e bacillusal s míg *Fricke* szerint a *Friedländer*-féle pneumobacillus és az *Abel*-féle bacillus mucosus egyazon bacillus mucosus capsulatusnak csak változata, mely a megváltozott életviszonyok

* Előadatott a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1914 május 23.-án tartott ülésén.

következtében differenciálódott, később *Klemperer* és *Scheier* immunisatiós és serodiagnosisos vizsgálatok alapján a *Friedländer*-, az *Abel*- és a rhinoscleromabacillust teljesen azonosnak mondta. Ez utóbbi felfogásnak ugyan *Streit* ellentmondott, de a nevezett szerzők azon következtetésre jutottak, hogy az *Abel*-féle bacillus nem kórokozója az ozaenának, hanem csupán saprophyta, mely ozaena (és scleroma) eseteiben igen kedvező életviszonyokat talál fejlődésére és elszaporodására. Az említettekén kívül még más mikroorganizmusokat is kóroktani kapcsolatba hoztak az ozaenával; így *Della Vedova* és *Belfanti* az általuk talált pseudodiphtheriabacillust, *Gradenigo* egy kicsiny, közelébből nem definiált bacillust stb.

Az ozaena bakteriológiájára vonatkozó vizsgálatok eltérő és ellentmondó eredménnyel járván, nem sok érdeklődést keltettek *Fernando Perez*-nek az Annales de l'Institut Pasteur 1899.-i és 1901.-i évfolyamában megjelent közleményei, melyekben kísérletes bakteriologiai, epidemiologiai és klinikai vizsgálatai alapján az ozaenát infectiosus, sőt contagiosus bajnak mondja, melynek kórokozója gyanánt az általa talált és tüzetesen leírt coccobacillus foetidus ozaenae-t jelöli meg. E bacillus szerinte kicsiny, sokoldalú, a használatos anilinfestékekkel jól festődő, Gram-negatív, mozdulatlan pálczika, mely testhőmérsék mellett költőszekrényben jól tenyészik úgy-szólván minden táptalajon; a gelatinát el nem folyosítja, a tejet nem erjeszti, a vizeletben ammoniakos erjedést idéz elő s mesterséges culturában intenzív, typusos, az ozaenás foetoral megegyező bűzt terjeszt. E bacillus culturáinak intravenás alkalmazásával házinyulakon typusos kórfolyamatot váltott ki, mely intenzív, véres-nyeres orrsecretióval, hőemelkedéssel és az állatok lesóványodásával jár; nagy dosisra az állatok néhány napon belül elpusztulnak s a bonczolás alkalmával az elülső orrkagylókon véres suffusiót és duzzanatot találhatni; kisebb adagok alkalmazásakor a betegség chronikus jelleget ölt és több hét múltán az elülső orrkagylók sorvadása következik be; az orrváladékban a beoltott mikrobium majdnem szintenyészetben található. *Perez* epidemiologiai kutatásai azt mutatták, hogy az ozaena eminenter családi betegség, a fertőzés emberről-emberre terjed, közvetlen érintkezés, csókolódzás, zsebkendők közös használata, stb. útján (contagion affectueuse amicale); a fertőzést kutyák is terjeszthetik s a coccobacillus ezekben is kimutatható.

Perez vizsgálatai valószínűleg a mondott okoknál fogva jó ideig nem sok figyelmet keltettek; míg *Slavcschiff* (*Escat*-nál, Toulouse-ban) a *Perez*-féle bacillus jelenlétét az ozaenás secretumban megállapította. *Grünwald* és *Waldmann* (München) e bacillust nem találta meg, *Lautmann* (Paris) pedig *Perez* epidemiologiai kutatásainak eredményét vonta kétségbe. Így állottak a viszonyok, midőn a Berlinben (1912) megtartott nemzetközi laryngologiai congressus határozatából kifolyóan az egész culturvilágban megindultak a vizsgálatok az ozaena homályos kérdéseire vonatkozólag. Ez adta meg az ösztönzést arra, hogy *Perez* kutatásait a wieni csász. kir. serotherapiás intézetben utánvizsgálják; ezen vizsgálatok e edményeiről *Paltauf* tanár segéde, *G. Hofer*, a múlt év tavaszán Wienben, majd itt nálunk is, a nemzetközi ozaenabizottság magyar osztályának ülésén, számolt be. *Hofer* *Perez* állításait beigazolta és szabatos állatkísérletekkel, bakteriologiai és serologiai vizsgálatokkal megerősítette. A *Hofer* és *Perez* által előadottak oly értékes és tanulságos adatokat nyújtottak, hogy indokoltnak látszott ezen kérdések további vizsgálata és kutatása, s ezek végzésével az egyetemi orr- és gégegyógyászati klinikán *Ónodi* tanár engem bízott meg.

Vizsgálataim egyrészt kísérleti bakteriologiai irányban folytak s ezek célja volt megállapítani, vajjon a *Perez*-féle bacillus az ozaenás betegek orrsecretumában kimutatható-e, illetve az eseteknek hány százalékában; továbbá, hogy más orrmegbetegedések eseteiben, nevesetesen pörkösödéssel és bűzzel járó, de nem ozaenás kórfolyamatokban is előfordul-e e bacillus. Meggyőződést kívántam továbbá szerezni arról, vajjon e bacillus culturáinak beoltásával állatokon (házinyulakon) az emberi ozaenával homolog kórfolyamat előidézhető-e és hogy más, az ozaenás orrváladékban található bacteriu-

mokkal is nem válthatók-e ki hasonló elváltozások? Vizsgálataim ezen részében hathatós segítségemre volt *Entz Béla* dr., a ki az állatkísérleteimben használt állatok bonczolását és a bakteriologiai vizsgálatokat volt szíves végezni. Vizsgálataim tárgya volt továbbá a *Perez* által felsorolt epidemiologiai momentumok kikutatása. Végül a *Hofer* által jelzett irányban, a *Perez*-féle bacillus szintenyészetéből készített vac-cinnel ozaenás betegeken therapiás kísérleteket végeztem a klinikán.

A mi a *Perez*-féle bacillusnak az orrsecretumban kimutatását illeti, ki kell emelnem, hogy az nagy nehézséggel jár, mert az ozaenás orrváladékban a különféle mikrobiumok óriási számban hemzsegnek s kitenyésztéskor egymással versengenek, úgy, hogy jóformán lehetetlen volt az egyes mikrobiumok izolálása; különösen buján tenyészőnek találtuk a bacillus mucosust (*Abel-Löwenberg*), több esetben bacillus pyocyaneus kelt ki, egyes esetekben pedig staphylococcus pyogenes. Ez okból a klasszikus szélesztéssel való izolálást csakhamar elhagytuk és, mint ezt *Hofer* is tette, az állatpassage-zsal való izolálást kíséreltük meg.

E célból az ozaenás betegekből vett pörköket steril bouillonba tettük, majd 12—24 órás thermostatban való állás után, a vegyes tenyészetek közül kiválasztottuk azokat, a melyek az ozaena jellegzetes bűzt mutatták s ezekből állatoltást végeztünk oly módon, hogy 1 cm³-t házinyúl fülvenájába fecskendeztünk. Az így beoltott 4 nyúl másnapra elpusztult; az állatok tüdejében vérzéses infarctusokat találtunk, melyek a szövettani vizsgálat szerint bakteriumemboliákból származtak. E nyulak közül egyiknek szívverésében sikerült egy morphologic és culturalisan a coccobacillus foetidus *Perez*-zel megegyező mikrobát kimutatni.

Könnyebb szerrel sikerült a *Perez*-féle bacillus tiszta culturáinak beoltásával házinyulakon kiváltódó kórfolyamatról meggyőződést szerezni. Nagy dosist, egy agarkulturának kb. harmadát házinyulak fülvenájába befecskendezve, az állatok néhány óra múltán lázassá lettek, az orrból többé-kevésbé intenzív secretio indult meg s az állatok többnyire már az első 24 órában, legkésőbb 3-szor 24 órán belül elpusztultak. A bonczolás alkalmával duzzadt és erősen vérbő orrkagylókat találtunk, melyek egyik-másik esetben határozott suffusiókat is mutattak; egyéb kóros elváltozást az állatokban nem észleltünk. Kisebbs dosis alkalmazására az állatok néhány óráig 24 óráig tartó lázas állapottal reagáltak, majd néhány napon belül orrsecretio mutatkozott, bár nem oly intenzív, mint a nagy dosissal beoltott állatokon; néhány héten belül a kísérleti állatok lesóványodtak, bár eléggé jól táplálkoztak; több hét elteltével az állatok leöletvén vagy kimulván, a bonczolás alkalmával az elülső orrkagylók kezdődő sorvadását találtuk; egy-két esetben az orrbemenetben igen kifejezett varosodással járó folyamat mutatkozott a kísérleti állatokon, mely folyamatnak azelőtt nyoma sem volt.

Bakteriologiai és experimentalis vizsgálataink ugyan még nincsenek lezárva s a magunknak feltett kérdések valamenynyire választ még nem adhatunk, de eddigi eredményeink is sokban megerősítik *Perez* és *Hofer* vizsgálatainak eredményeit nevezetesen alapot nyújtanak azon gyakorlatilag legfontosabb következtetésre, hogy a *Perez*-féle bacillusnak kóroktani szerepet kell tulajdonítanunk a genuin ozaena létrejöttében.

Áttérve klinikai vizsgálataimra, ezeknek során szorgos figyelemmel voltam a fentiekben említett epidemiologiai momentumok kikutatására. Vizsgálataim e tekintetben igazolták a már régebben mások által is észlelt családi előfordulását az ozaenának, vagyis azon tényt, hogy az ozaena egyazon család több tagján valóban eléggé gyakran mutatkozik. Szóbanforgó vizsgálataim kezdetétől, múlt év szeptember havától ezideig kezelt 121 ozaenás beteg között 19 esetünk volt, melyekben egyazon család több tagja mutatta az ozaena typusos tüneteit; azonban még sokkal nagyobb azon esetek száma, melyekben a betegek bemondása szerint családjuknak több tagja szenved hasonló bajban, de a kiket külső okoknál fogva megvizsgálunk nem volt módunkban.

Egy igen érdekes észleletünk van egy budai családra vonatkozóan, mely esetben a 49 éves anya, ennek 21 éves férjezett leánya és 13 éves hajadon leánya, valamint a férjezett leánynak 3 éves fia volt ozaenás; egy másik érdekes esetünkben a kezelésünk alatt álló ozaenás nő dajkája volt az ugyancsak kezelésünkbe jutott 16 éves fiúnak, a ki hozzátartozói állítása szerint kisgyermekkorától orrbajos, szintígy ennek nővére is. A *Perez* által supponált intim érintkezések (csókolódzás, zsebkendők közös használata, együttalás stb.) útján való infectióra több adatunk utal ugyan, de a dolog természete szerint abszolút bizonyítékot erre vonatkozóan nem lehetett szerezni; több esetben mondták el az ozaenás betegek, hogy kis korukban kutyákkal játszadoztak, de hogy az infectio a kutya által történt-e, erre bizonyítékot szerezni nem lehetett. *Hofer*-nek levélbeli közléséből tudom, hogy neki kutyák orrában is sikerült a *Perez*-féle bacillust kimutatni.

Perez és *Hofer* vizsgálatai, de saját kísérletes bakteriologiai vizsgálataink eredménye alapján is megokoltnak látszott, hogy specifikus therapiás kísérleteket végezzünk a *Perez*-féle bacillussal való activ immunisatióval vaccinatio útján. Oltóanyag gyanánt polyvalens vaccinát használtam, melyet több, különböző ozaenabetegekből agaron tenyésztett coccobacillus-szintenyesztetből physiologiás konyhasóoldattal nyert emulsióból a szokásos módon készítettem, s melyet subcutan injectio alakjában növekedő, átlag 10–600 millió csírás dosisokban alkalmaztam. A dosis fokozását s az egyes injectiók közötti időközt szigorú individualizálással, a beállott reactiók szerint szabtam meg. Mult év szeptemberétől ez ideig 121 beteg orvosoltatott ily módon a klinikán, kik valamennyien a genuin ozaena sarkalatos tüneteit mutatták. Mielőtt az elért eredményekre térnék át, vessünk egy pillantást az ozaenának azon sarkalatos és objective megállapítható tünetekre, melyek befolyásolása egyáltalán várható. Mint említettem, a legkifejezettebben rendszerint az alsó orrkagylókon mutató atrophia kívül ezen tüneteket piszkos zöldessárga pörkök és ezek sajátos bűze teszik; pörkösdést és bűzt más orrmegbetegedések kapcsán is észlelhetünk ugyan, de kivált az utóbbi — a foetor — sohasem olyan, mint ozaena esetén, úgy hogy ezt specifikusnak s a kóroktani tényező közvetlen productumának lehet tartani. Ezen cardinalis tüneteken kívül az ozaenás esetek nagy részében a felső légutak többi szakaszában, kivált az orrgaratban és garatban száraz hurut található és számos esetben a külső orr alakváltozásai (kiszokott nyeregorr), az orrbemenet bőrének lobos folyamatai stb. találhatók, olykor jelen vannak általános tünetek is, mint beteges külső, étvágytalanság, lesóványodás stb. és subjectiv tünetek, mely utóbbiak részben a pörkök által okozott mechanikai lélekzési akadály által váltatnak ki, részben reflexneurosisnak tekinthetők, így a gyakori oppressió érzések. A gyakori anosmia, illetve hyposmia az esetek egy részében respiratiós, s a pörkök szolgáltatja mechanikai lélekzési akadály által okoztatik, az esetek nagy részében azonban essentialis, nevezetesen a körzeti szaglóterületnek az atrophias folyamat okozta destructiójának következménye.

Ezen tünetek közül a már kifejlődött atrophia a specifikus therapia természetesen nem lehet hatással, hanem várható a pörkösdésnek és az előbb mondtak értelmében különösen a foetornak befolyásolása, valamint az említett kísérő tüneteknek (pharyngitis sicca), a subjectiv és általános tüneteknek befolyásolása.

Az ozaenás betegek vaccinatiójára typusosan jelentkezőnek azok a helyi, általános és topikus reactiók, melyek más chronikus bacteriumos megbetegedésekben alkalmazott vaccinatióra bekövetkeznek. A localis reactio az oltás helyén támadó, többé-kevésbé fájdalmas és lobos, fillérnyi-tallérnyi infiltratum alakjában mutatkozik, erősebben rendszerint az első injectiók után, míg a későbbiek után intenzitása csökken. Az általános tünetek nyilvánulnak hőemelkedésben, a mely rendszerint csak néhány tized fokot, ritka esetekben egy-két fokot ér el s a melyhez főfájás, fáradtság, bágyadtság, elcsétség társul; a későbbi injectiók kapcsán az általános tünetek is mindinkább veszítenek intenzitásukból. Igen jól érté-

kelhető a topikus, nasalis reactio, mely az injectio után néhány óra — 24 óra multán mondhatni, heveny nátha képében mutatkozik: az orrból intenzív híg elválasztás indul meg, sokszor orrvérzés kíséretében; a pörkök meglazulnak, könnyen kifújhatók s sokszor a foetor időlegesen erősebbé lesz. Ha ilyenkor végzünk orrtükri vizsgálatot, az ornyálkahártyát succulensnek, hyperaemiának találjuk, olykor suffusiókat is láthatunk rajta; elég gyakori az orrbemenet és az orrcsúcs bőrének elpirosodása és duzzanata. A topikus reactio sokszor a környezetben mutató kísérő tünetekkel is jár, ú. m. az orrcsontokban, a felső állcsontok homloknyújtványában mutató fájdalmakkal, congestiókkal, conjunctivitissal, könnycsorgással, fülzúgással, a fogakban érzett fájdalmakkal, mely tünetek olykor néhány óra hosszat, máskor $1\frac{1}{2}$ napig — 1 napig tartanak.

Kitűnik ezekből, hogy a vaccina alkalmazására ozaenás betegekben előálló jelenségek sok hasonlatosságot mutatnak a gümőkóros egyének tuberculin-kezelésekor mutató allergias tünetmennyhez. Kétségtelen, hogy az injectiók hatása alatt az egyébként par excellence chronikus kórfolyamat acut fellobbanást, exacerbatiót mutat, az időszűlt folyamat egy időre acuttá válik s szinte klasszikus példáját nyújtja a vaccinatiók kapcsán mutató azon reactionnak, a mely — mint *Detre* mondja — a beteg szöveteknek a fertőzőmennyel szemben megújuló érzékenységeinek nyomában fejlődik ki s a mely, miként egyéb acut lobos állapotokban, a szervezetnek bacteriumellenes védekező erejét a fertőzés szintjára mobilizálja. A szervezetbe bevitt antigen hasonló reactiót hoz létre ozaenás betegek orrában, mint midőn a tuberculinnak megfelelő adagja az alkalmazás helyétől eltekintve, eklektikusan a gümős szövetekben vált ki lobos reactiót. Megjegyzendő, hogy az ellenőrzésül beoltott egészséges egyénekben a leírt reactiók elmaradnak, valamint elmaradnak más pörkösdéssel járó, de nem ozaenás kórfolyamatokban is (így pl. lueses, orrbeli destructiókat, pörkösdést és foetort mutató betegekben).

A kezelés további folyamán egyes esetekben csakhamar, más esetekben későbbben a foetornak fokozatos csökkenése, majd megszűnése konstatalható; erről saját magunk, valamint a betegnek, illetve környezetének bemondása alapján győződhetünk meg; a pörkök mind lazábbá válnak, a váladék beszáradása mind csekélyebb, az azelőtt hatalmas pörkökké beszáradozó váladék hígabbá, nyúlóssá s végül a rendes orrváladékhoz hasonlóvá lesz. Megjegyzendő még, hogy sok esetben a foetor megszűnése már olyankor megállapítható, a midőn a pörkösdés lényegesebb változást még nem mutat, úgy hogy ez a körülmény is a mellett szól, hogy a foetor specifikus s a kórokozó közvetlen terméke, melyet tehát specifikusan befolyásolunk. A többi kísérő tünetek közül a pharyngitis sicca is javul oly értelemben, hogy a váladék nem szárad be pörkökké, hanem hígabbá lesz; mindezekkel kapcsolatosan az említett subjectiv és általános tünetek is kedvező változást mutatnak: a subjectiv kellemetlen érzések, oppressiók stb. megszűnnek, a betegek kedélye felvidul, arczkifejezésükben s egész külsejükben határozottan sokkal kedvezőbb benyomást tesznek, étvágyuk javul s ezzel kapcsolatosan egyes betegeinken jelentékeny súlygyarapodás következett be. Javult több esetben a respiratiós (mechanikai) anosmia, illetve hyposmia is.

Ezekben vázoltam az alkalmazott specifikus therapia kedvező eredményét; meg kell azonban jegyeznem, hogy nem valamennyi esetünk mutató ily kedvező eredményt. Régebben kezelt s hosszabb ideig, több hónapig észlelésünk alatt álló kb. 100 esetünk közül sikeresnek mutatózott a specifikus kezelés az eseteknek kb. 60%-ában, sikeresnek oly értelemben, hogy a foetor és pörkösdés megszűnt s ezzel kapcsolatosan a többi tünetek is kedvezően befolyásoltak; javult az eseteknek kb. 30%-a oly értelemben, hogy a foetor és a pörkösdés csökkent, de teljesen meg nem szűnt, míg a fenmaradó 10% a specifikus therapiával szemben refractaer módon viselkedett.

Az első csoportba tartozó eseteink közül kétféleképpen recidiva mutatózott, az egyik beteg 6 héttel, a másikon 2

hónappal a vaccinatio befejezése után: pörkösödés mutatkozott ismét, bár nem oly intenzíven, mint azelőtt, s foetor is — bár csekélyebb — érezhető volt; néhány injectióra e tünetek gyorsan visszafejlődtek. Megjegyzem még, hogy a vaccinatioval kezelt betegek egyéb orvoslásban, nevezetesen helyi kezelésben nem részesültek s betegek között alig volt 2—3, a ki a régebbtől megszokott orröblítéseket még egy ideig folytatta, de utóbb ezek szükségtelen voltáról meggyőződve, elhagyta.

Végső következtetésben tehát: 1. egyrészt kísérletes bakteriologiai vizsgálataink, másrészt az alkalmazott specifikus therapia szolgáltatja eredmények alapján a *Perez-féle coccobacillus foetidus*-nak kóroktani szerepet kell tulajdonítanunk a genuin ozaena létrejöttében; de hogy valamennyi, klinikailag genuin ozaenának imponáló esetben-e, ezt a további vizsgálatok vannak hivatva eldönteni; 2. valószínűnek kell mondanunk, hogy a fertőzés közvetlen érintkezés (csókolódzás, zsebkendők közös használata, együttthalás stb.) útján terjed és ezen körülményre különösen a közegészségügyi szolgálatot végző kartársak, iskolaorvosok stb. figyelmét óhajtánám felhívni és 3. megállapítjuk, hogy a specifikus terapiával, a *Perez-féle coccobacillus szintenyészetéből* készült vaccinával való vaccinatio orvoslással jelentékeny siker érhető el genuin ozaena eseteiben s ezen orvoslásmód alkalmazását annyival is inkább ajánlhatjuk, mert a betegre semmiféle káros következménnyel, de még számbavehető kellemetlenségekkel sem jár.

Egyes, a therapia methodikájára vonatkozó változtatásokat illetőleg kísérleteink még folyamatban vannak, nevezetesen tanulmányozás tárgyává tesszük a polyvalens vaccin alkalmazása helyett az autovaccinatio alkalmazását. Az autovaccinatio szerzett tapasztalatainkról, általában betegek további sorsáról s még folyamatban levő kísérletes bakteriologiai vizsgálataink további eredményeiről később lesz szerencsém beszámolni.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár.)

A Whitehead-féle műtét szerzett tapasztalatok.*

Irta: Takács Zoltán dr., kórházi segédorvos.

Ha az aranyér operatív kezelésére vonatkozó munkákat áttekintjük, azt látjuk, hogy igen nagy azon műtétek száma, melyek az aranyér radicalis gyógyítását célozzák. Általában véve azonban két műtéti eljárás van leginkább elterjedve, az egyik a *Langenbeck-féle* égetés, a másik az excisio, melynek legradicalisabb formája a *Whitehead-féle* műtét.

A Pólya főorvos vezetése alatt álló sebészeti osztályon ezen utóbbi műtétnek, a *Whitehead-féle* körkörös excisióknak hívei vagyunk, még pedig a következő okokból:

1. A *Whitehead-műtét* radicalisabb eljárás, mint a *Langenbeck-féle* égetése. Nemcsak egyes csomókat távolít el, hanem a csomók összeségét, sőt alkalmat nyújt a mélyebb rétegeket feltárva, a mély venafonatok eltávolítására is.

2. A *Whitehead-műtét* kivitele sokkal egyszerűbb, mint a *Langenbeck-féle* égetés; nem igényel specialis instrumentariumot és különösen nagy előnye, hogy thermokauter nincs szükségünk, mely nehézkesen kezelhető, ennek kezelésébe külön begyakorolt segédzemélyt tesz szükségessé s nem egyszer váratlanul felmondja a szolgálatot, úgy hogy alig van eszköz, a mely annyi kellemetlenséget okoz a műtötnek, mint éppen a thermokauter.

3. A *Whitehead-műtét* alkalmával a vérzéscsillapítás kezünkben van, helyes eljárás mellett a beteg alig veszít vért és ha nagyobb erek nyílnak is meg, könnyű azokat rögtön lefogni és lekötni.

A *Langenbeck-eljárás*, ha teljesen jól megy, vértelen,

* Előadatott a Magyar Sebészárság nagygyűlésén.

de ha a fogó levétele közben a pörk leesik, a vérzés a visszacsúszott nyálkahártyán nehezen csillapítható. Utóvérzés a *Whitehead-műtét* után, ha a nagyobb vérző ereket lekötjük, a nyálkahártyát a bőrrel coaptáljuk és ha az öltések nem esnek egymástól nagyon távol, nem fordulhat elő, míg a *Langenbeck-féle* eljárás kapcsán úgy közvetlen a műtét után, valamint később, különösen az első székletét alkalmával, midőn a bélsárrögök a pörköt lehorzsolják, az utóvérzés nem éppen ritka.

4. Az excisiós eljárás per primam gyógyulást biztosít, mely ugyan, minthogy nem teljesen asepsises területen dolgozunk, nem egészen olyan sima, mint herniotomia vagy laparotomia eseteiben, és kisebb sebsztétválások elég gyakran következnek be, mégis 8 nap múlva munkaképesé teszi a beteget, a ki az első székelés után rendszerint elhagyja a kórházat.

Az égetés után a gyógyulás csak per secundam következhetik be és heteket vesz igénybe.

A hosszan fennálló granuláló sebeket azután fertőzés is érheti, mely — igaz, hogy csak kivételes esetekben — thrombophlebitist és sepsist is vonhat maga után.

5. Szűkületek úgy az excisiós, mint a *Langenbeck-féle* égetés után előfordulhatnak.

A *Whitehead-műtét* után beálló stricturák azonban tartós kellemetlenségeket ritkán okoznak, a mi abban leli magyarázatát, hogy a heg rendszerint puha, engedékeny és azért később kitágul.

A *Langenbeck-eljárás* után létrejövő hegek, mivel circularis nyálkahártyapusztulás következményei, rendszerint igen súlyosak, makacsak és nehezen befolyásolhatók.

6. A *Whitehead-műtét* után a recidivák ritkák, a *Langenbeck* után gyakrabban fordulnak elő, a mi az első pont alatt említettekből önként folyik.

Összefoglalva tehát, a *Whitehead-műtét*nek három nagy előnye van: a radicalis és gyors gyógyulás, s a biztos vérzéscsillapítás.

Pólya főorvos a *Whitehead-műtét* bizonyos módosítással végzi, melynek lényege abban áll, hogy nem praeparative távolítja el a csomókat, hanem egyszerűen excindálja őket. A műtét menete a következő: A beteget a műtőasztalon oly módon helyezzük el, hogy czombjai hasa felé erősen fel legyenek húzva; legcélszerűbb e posztionban való rögzítésre a *Schauta-féle* lábtartó. A közönséges térdtámaszokkal való felpolcolásnál a végbél nem elég kényelmesen hozzáférhető. A beteg farát egészen az asztal végére húzzuk ki s az asztal végét kissé felemeljük. A lelógó herezacskót mullpólyából készült hurokkal a *Schauta-féle* lábtartó rúdjaához rögzítjük. A műtő ülő helyzetben van. Desinfectio jodtincturával.

Ha csak lehet, a műtétet novocain-anaesthesia-ben véghezvük *Braun-féle* körülfecskendéssel. Az anaesthesia beállta után Recamier-tágítás. Azután Kocher-csípőkkel megfogjuk a csomók csúcsát és kihúzzuk őket; most két-két csomócomplexum között Kocher-csípőkkel megfogjuk a nyálkahártyát a csomók basisán s azután a csomók basisán lévő Kocher-csípőket széthuzatjuk, miáltal a csomók alapját és a köztük lévő nyálkahártyahidat kiemeljük és megfeszítjük.

Most a csomó csúcsát jól kihúzza, a csomócomplexum alapján a csomókat és a köztük lévő nyálkahártyát Cowper-ollóval egyszerűen levágjuk, nagyon ügyelve arra, hogy a bőrt és a sphinctert ne sértjük s a nyálkahártyaszélt rögtön tova futó catgut-varrattal kivaradjuk a bőrhöz.

Ha a nyálkahártyaszél visszahúzódásra mutatna hajlamot, a bőr sebsztéléhez Kocher-csípőkkel rögzítjük.

Ha az egyik csomócomplexum kiirtását ilyképpen befejeztük, átmegyünk a következő csomócomplexumra, ily módon 3—4 etappeban az egész aranyérkoszorút a csomók közti nyálkahártyával együtt eltávolítjuk és a nyálkahártyaszélt a bőrhöz tova futó catgutvarrattal kiszegjük. Ha a nyálkahártyát jól kihúzzuk, a sphincter sértése ki van zárva és ugyanez biztosít az anus bőrének sértése ellen is; az ollóval mindig csak kihúzott nyálkahártyát szabad vágni.

Ezen methodus szerint 1910 július 10.-től 1914 május 5.-éig a nevezett osztályon összesen 140 beteget operáltunk.

A lefolyás 1 eset kivételével teljesen sima volt. A betegek a műtét előestéjétől számított 5 napig opiumot, a 6. napon hashajtót kapnak; székelés után a beteget bekötjük és a 8. napon mint gyógyultat elbocsátjuk. Kb. a betegek $\frac{1}{3}$ -án csapolás vált szükségessé. Utóvérzés egyetlen egy esetben sem fordult elő, hasonlóképpen periproctalis phlegmonét vagy abscessust sem észleltünk egyszer sem.

1 beteg meghalt a műtét után 8 nap múlva; prostatatályogból kiinduló pyaemia volt a halál oka. Maga a seb per primam gyógyult és a kórbonczoló véleménye szerint is a prostatatályog a sebbel semminemű összefüggésben sem volt.

A késői eredmény szempontjából 140 beteg közül 130-at vettünk figyelembe, a kik 1914 február előtt lettek operálva. Ezek közül tehát a legrégebbi eset 4 év, a legutóbbi 4 hónap előtt operáltatott.

Ezek közül 12 1910-ben, 40 1911-ben, 34 1912-ben, 35 1913-ban, 9 1914 február hóig volt operálva.

Ezek közül egy, mint említettem, meghalt s így maradt 129.

A betegekhez levélbeli kérdéseket intéztem, illetve felhívtam őket, hogyha tehetik, személyesen jelentkezzenek.

A levélben feltett kérdések a következők:

Elmult-e az aranyere?

Nincs-e most is égése, fájdalma, viszketése?

Nem vérzik-e székeléskor?

Nem nehéz-e a székelése, nem jár-e fájdalmakkal?

Tudja-e székét tartani?

Kérdéseimre levélbeli választ 38 esetben kaptam, 35 levelemet mint nem kézbesíthetőt, visszahozta a posta, 32 pedig válaszolatlanul maradt, 24 beteg személyesen jelentkezett az osztályon.

A 38 beteg közül, kik kérdéseimre válaszoltak, 32-től azon választ kaptam, hogy teljesen jól érzik magukat, úgy mint a mikor még teljesen egészségesek voltak. A hat közül, kiknek panaszai vannak, 1 vizketésről, 3 kemény székletét alkalmával kisebb vérzésekről panaszkodik.

1 beteg, aki 5 hó előtt volt operálva, nehéz székelésről panaszkodik és azt írja, hogy orvosa szűkületet konstatait és bougiétágítást ajánlott. Erre szépen javul, csak egész kemény székletét alkalmával vannak még most is fájdalmai. Megjegyzendő, hogy ezen egyén lueses.

1 beteg azt írja, hogy a műtét után 2 hónapig híg székét tartani nem tudta, de azután teljesen rendbe jött s jelenleg már 2 év óta teljesen jól van.

A 24 beteg közül, kik személyesen jelentkeztek, 20 minden tekintetben meg volt elégedve, semminemű panaszuk nem volt. Ezeknek objective is teljesen normalis végbélviszonyokat találtam, aranyeres csomó nem látható és nem tapintható, a végbélnyílás ujjal könnyen átjárható.

1 beteg vizketésről panaszkodik, objective sem kívül, sem a végbélben kóros elváltozás nem konstatait. A vizketés oka mindenképpen tisztatlansága.

2 beteg, kit 1, illetve $1\frac{1}{2}$ év előtt operáltak, arról panaszkodik, hogy kemény székelés alkalmával időnkint székletében véres csíkokat lát.

Az egyik betegen a végbélnyílásban búzaszemnyi kis repedés, a másikon ugyancsak fissura s azonkívül a nyálkahártyán lencsényi exulceratio volt látható. A végbélnyílás ujjal jól átjárható. Székelés alatt nyilván az említett laesiókból származott a vérzés.

1 beteg arról panaszkodik, hogy időnkint, ha hasmenése van, megcsik vele, hogy éjjel alvás közben székét maga alá bocsátja. 2 év előtt volt operálva, a műtét után 2 hónapig székét tartani egyáltalában nem tudta; később állapota oda javult, hogy székét csak hasmenés alkalmával nem tudta tartani, 1 év óta már csak az említett kellemetlenség éri néha éjnek idején.

Vizsgálat alkalmával kissé tágabb, lazább, de összehúzódni tudó sphinctert találtam.

Tehát 61 beteg közül, kiknek sorsát követni tudtuk: teljesen gyógyult 52, csekély vérzésekről panaszkodik 5, vizketésről 2, nehéz székelésről (strictura) 1, időnkint éjjeli incontinentia 1.

Látjuk tehát, hogy a műtét késői eredményei túlnyomólag kifogástalanok, a betegek túlnyomó többsége teljesen panaszmentes s a visszamaradó panaszok csekélyek; incontinentia 2, strictura 1 esetben állott be a műtét után, ezek is azonban múlóak voltak s 1 esetben teljesen, 2-ben majdnem teljesen megjavultak.¹

Eredményeinkkel tehát teljesen meg lehetünk elégedve.

Hangsúlyozom azt is, hogy az általunk követett eljárás az eredeti Whitehead-műtétnél sokkal egyszerűbb, vértelenebb és gyorsabb s a mellett mindazon előnyökkel rendelkezik, melyeket az eredeti Whitehead-eljárás nyújt, azért ajánlom a szakkörök figyelmébe.

Közlemény a budapesti izr. hitközségi kórház belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Benedikt Henrik dr., egyet. magántanár.)

Leukaemiás lymphomatosis és paroxysmosus haemoglobinuria szövödményének esete.*

Írta: Gáli Géza dr., volt kórházi alorvos, a gyulai József-sanatorium igazgató-főorvosa.

Hanseman a Berliner klinische Wochenschrift ez évi első számában hypothesis állít fel, a melynek alapján való kutatás — szerinte — előbbre vinne bennünket a leukaemia, e rejtélyes megbetegedés okának kifürkészésében. A hypothesis: a leukaemia okozati összefüggése fertőző betegségekkel, nem egészen új.

Az Obrastzow híres esete, a melyben a fiú és röviddel utána orvosa acut leukaemiában halt meg, Ziegler, Jochmann és Hertz betegek, a kikben kétségtelenül megelőző fertőzéshez csatlakozott a leukaemia, mindenkit gondolkodásra kényszerítenek. Ezzel a pár esettel azonban szemben áll az a sok leukaemiás megbetegedés, a hol semmi ilyest nem lehetett kimutatni, még bakteriologias vizsgálattal sem. Hogy a fertőzést mint okot ilyen esetekben is fentartsa, állította fel Hanseman tételét. Szerinte a leukaemia nem primaer megbetegedés, hanem mindig secundaer, talán olyan a viszonya a primaer megbetegedéshez, mint a gummának a lueshez.

A véletlen úgy hozta magával, hogy akkor, mikor Hanseman cikke még elkerülte figyelmünket, az izr. hitközségi kórháznak Benedikt dr. vezetése alatt álló belgyógyászati rendelését egy beteg kereste fel, a ki szerintünk e tétel illusztrációjául szolgálhat, ha nem is teljesen a Hanseman adta értelmezésben.

A 49 éves, jól fejlett férfibeteg 1914 január 10.-én történt felvételekor előadja, hogy betegsége, a mely őt a kórházba hozta, 5—6 hetes. Akkor vette észre, hogy úgyszólván hirtelen nyakán, hónaljában, lágyéktáján mirigyek keletkeztek, a melyek azóta fokozatosan nagyobbodtak. Ugyanazon idő óta gyengül, soványodik, sápadtabb lesz. A távolabbi anamnesis adatokat illetőleg elmondja a beteg, hogy 15 év előtt közvetlenül mulatás után erősen meghűlt és akkor hirtelen sötétvörös-véres lett a vizelete. Ez azóta, valahányszor meghűlt, illetve ha hidegben járkált, mindannyiszor megismétlődött, mindig nagy vesetáji fájdalmak, hányás és hidegrázás kíséretében. A roham röviddel azután, hogy meleg helyre jutva átmelegszik, megszűnik s utána erősen

¹ Tapasztalataink egyszersmind a leghatározottabban ellene mondanak az Aldor-féle tapasztalatoknak, melyek szerint a haemorrhoidalis panaszok túlnyomó többsége nem magától a nodustól, hanem egy ettől quasi független proctitis haemorrhagictól származik (Orvosi Hetilap, 1912, 8. sz.) és bizonyítják, hogy a helyesen megválogatott esetek nagy többségében a nodusok eltávolítása a haemorrhoidalis panaszokat is teljesen megszünteti, a visszamaradt panaszok pedig a végbélnyílás laesióiban kielégítő magyarázatot nyernek.

* Az esetet bemutatta a Budapesti Kir. Orvosegyesület január 31.-i ülésén.

izzad. Ezenkívül felemlíti betegünk még, hogy 21 év előtt lágy sankérja volt s akkor bubo miatt megoperálták. Arra is visszaemlékszik, hogy 3 éves korától 6 éves koráig olyan betegsége volt, a melyet orvosa ízületi tuberculosishoz tartott. A beteg nős, 9 gyermeke él és egészséges; felesége 5 ízben abortált.

Megvizsgálásakor azonnal feltűnnek a nyakon, hónaljban, inguinalis tájon lévő mogorónyi-nagydiónyi, néhol almánagyságú csomókat alkotó, tömött tapintatú mirigyek.

Külső vizsgálatkor feltűnik még a jobb lábízület csökkent mozgathatósága és a könyökízület és külső boka alatt látható hegek, a melyek eredetét a beteg a 3 éves korában kiállott ízületi bajra vezeti vissza.

Belső vizsgálatkor a mellkasi szervek fölött eltérést nem találunk.

A has elődomborodó; a máj, melynek felső határa az 5. bordaköz, 2 ujjal a bordaív alatt tapintható, a lép tompulata a 8. bordaközben kezdődik, a tompulat előfelé túlhaladja az elülső hónaljvonalat; alsó polusa a bordaív alatt 4 ujjal tapintható, igen kemény tapintatú. A hasban azonkívül még a jobb és bal hypogastriumban egy-egy nagy diónyi mirigy volt tapintható.

A torok megvizsgálásakor feltűnt a jobb tonsilla erősen duzzadt volta.

Vizsgálat alatt a beteg igen heves hasi fájdalomról panaszkodott; elmondja, hogy röviddel ezelőtt hányt is és mert a kórházba jövet hideg időben igen sokat járt, azt hiszi, hogy a vizelete ismét „véres” lesz. A vizsgálat alatt ürített vizelet csakugyan sötétvörös, átlátszatlan volt; chemiailag haemoglobin volt benne kimutatható; vörösesbarna üledékében 1—2 ép hyalin cylindert és fehér vörsejtet láttunk; vörös vörsejt egy sem volt látható.

E vizsgálattal kiderült, hogy a beteg régebbi, 15 éves megbetegedése paroxysmusos haemoglobinuria.

Annak eldöntésére, vajjon mi az újabb keletű betegsége, azonnal vérvizsgálatot végeztünk, miután a leukaemia fölvétele a talált status alapján kézenfekvő volt.

Az eredmény a következő volt:

Vörös vörsejtek száma	---	3,488.000
Fehér vörsejtek száma	---	428.800
Haemoglobintartalom	---	65% Sahli sz.

Ebből és a később tárgyalandó qualitativ vérképből kétségtelenül kiderült, hogy betegünknek leukaemiája is van.

* * *

A paroxysmusos haemoglobinuriának azóta, hogy *Charles Stewart* 1794-ben leírta, annyi magyarázata volt, a hány észlelője. Előbb a fölött folyt a vita, vajjon hol képződik a kiürülő haemoglobin, a vesében-e avagy a véráramban? Majd mikor a véráramban való képződést általánosan elfogadták, ennek támadt számos magyarázata. *Ehrlich* és *Chvostek* elméleteinek volt a legtöbb híve, míg *Donáth* és *Landsteiner* szellemes experimentumokkal meg nem állapították a rohamok közvetlen okát, létrejöttének módját. Kiindulási pontjuk az volt, hogy a paroxysmusos haemoglobinuria lényege: haemolysis; oka egy a véráramban keringő haemolysin, a mely, minthogy a rohamok legtöbbször megfázás után állnak be, 0°-on, mint rá nézve optimalis hőmérséken egyesül a vörös vörsejtekkel. Ebben semmi elvi különbség nem volna a többi haemolysinnel szemben, hiszen *Ehrlich* és *Morgenroth* vizsgálatai óta tudjuk, hogy immuno-ambceptor egyesül 0°-on a vörös vörsejtekkel, csak a hőmérséki optimumuk nem az; az egyesülés a többi haemolysinnél magasabb hőfokon gyorsabban megy végbe. Ezen okoskodás alapján a reactiót a következőképp csinálták meg: a beteg vérsavóját és vörös vörsejtjeit 15—20 percze jeges vízbe tették s innét kivéve, 2 órára thermostatba helyezték. Ezen idő leteltével a paroxysmusos haemoglobinuriában szenvedő beteg vérsavója a vörös színt vette föl: feloldva saját vörös vörsejtjeit. Annak beigazolására, hogy itt lényegében véve ugyanaz a folyamat játszódik le, mint más

haemolysis-esetben, hogy itt is két factor kell a vörsejtek feloldásához: a specifikus amboceptor és a nem specifikus thermolabil komplement, ennek a beigazolására a savót felmelegítés — inactiválás — után tették csak a vörös vörsejtekkel együtt a jeges vízbe és ekkor csak az esetben oldotta fel a savó a vörsejtet, ha a thermostatba helyezés előtt akár normalis, komplementet tartalmazó savót tettek hozzá.

Azt, hogy a haemolysishez okvetlenül a beteg vérsavójában keringő haemolysin kell s ennek lehülés alatti egyesülése a vörös vörsejtekkel adja meg a roham lényegét, úgy bizonyították be, hogy az előbb említett hőmérséki feltételek mellett a beteg vérsavóját más egyén vörös vörsejtjeivel hozták össze s az oldás ekkor is bekövetkezett.

A vizsgálok legnagyobb része csakugyan megegyezik abban, hogy a *Donáth-Landsteiner*-féle reactio typusos a paroxysmusos haemoglobinuriára. Akadtak azonban olyan esetek, a melyekben mind a mellett, hogy a paroxysmusos haemoglobinuria diagnózisához kétség sem fért, a reactio negativ volt. E körülménynek megvizsgálása vezetett a haemoglobinuriás vérben lefolyó egyes finomabb elváltozások megismerésére. Kiderült, főleg *Meyer* és *Emmerich* vizsgálataiból, hogy a reactio negativ volta rohammentes időben a komplement eltűnésében leli magyarázatát. Annál, hogy ezt teleologiai okoskodásra is felhasználták, sokkal fontosabb az, hogy ez a tünet más fertőző betegségben is előfordul. Keresve most már azokat a tüneteket, a melyek ezenkívül más fertőző betegségben is előfordulnak s minden valószínűség szerint a szervezet védekezésének kifejezői, *Meyer* és *Emmerich* rájöttek arra, hogy a paroxysmusos haemoglobinuriában szenvedő beteg vérben opsonikus — haemotrop — anyag van, a mely a vörös vörsejtet a fehér vörsejt által phagocytálásra előkészíti. Közös sajátága a haemoglobinuriás vérnek más acut fertőzésben szenvedőkével még az is, hogy a roham alatt az eosinophil granulatiójú fehér vörsejt el-tűnnek, a lymphocyták száma erősen csökken, roham után pedig relativ lymphocytosis és eosinophilia van jelen.

Bár az anamnesis és a vizelet megvizsgálása kétségen kívül tette azt, hogy betegünknek paroxysmusos haemoglobinuriája van, mégis szükségesnek tartottuk a *Donáth-Landsteiner*-féle reactio elvégzését és a többi most ismertett tünet keresését. A reactiót előbb activ serummal csináltuk, még pedig háromféle hígításban; a serumhoz hozzáadott vörös vörsejt mennyisége (0.025) mindig ugyanaz volt.

Az eredmény a következő volt: A I. számú (legtöbbször) serummal hűtve le együtt a vörös vörsejtet, 2 órai thermostatban való állás után haemolysis következett be. A II. jobban és III. legnagyobb fokban hígított serummal végezve a reactiót, csak akkor oldódott fel a vörös vörsejt, ha a serumhoz normalis emberi vérsavót adtunk, még pedig a III. számúhoz többet kellett adnunk, mint a II.-hoz. Ez az eredmény kétségen kívül beigazolja azt, hogy ha nem is tűnik el — legalább nem minden esetben — a komplement, mennyisége rohammentes időben fogy. A reactiót ugyanilyen technikával megcsináltam úgy is, hogy nem a beteg vörsejtjeit hűtöttem le a beteg serumával egy időben, hanem normalis emberi vörös vörsejtet. Az eredmény az előbbivel teljesen megegyezett: a hígított serumok csakis friss komplement hozzáadása után oldották fel a vörös vörsejtet. Ezzel szemben azonban, ha a beteg vörös vörsejtjeit normalis serum hatásának tettük ki, a leírt feltételek mellett oldás nem következett be. Annak eldöntésére, vajjon a hideg mint inger szerepel-e a haemolysin képződésére, vagy feltétel arra, hogy az ilyen beteg serumában állandóan jelenlévő haemolysin egyesüljön a vörös vörsejtekkel, a haemolysin absorbeálódjon a vörös vörsejtbe, egyedül a serumot hűtöttem le és lehűtés után adva hozzá a vörös vörsejtet, tettem thermostatba. Így végezve a reactiót, oldás nem következett be, bizonyosságul annak, hogy a lehűtés nem kiváltó ingere a haemolysinnak, hanem conditio sine qua nonja a haemolysis folyamat első részének; a folyamat második része felmelegítéskor játszódik le s itt már a serum akár

normalis serummal is helyettesíthető, minthogy a vörös vérszettek a haemolysinnel ekkor már mintegy telítve vannak.

A haemoglobinuriás serumának másik sajátosságát, hogy vérében olyan anyagok vannak, a melyek a vörös vérszettek mintegy előkészítik arra, hogy a fehérek phagocytálják, szinte kutatás alá vettük. Eason és Ehrlich minden előzetes eljárás nélkül, egyszerűen megfestett vérpraeparatumban is látták ezt a roham alatt; mi ilyet nem láttunk. Ezért úgy jártunk el, hogy a haemoglobinuriás beteg serumát inaktiválás után vörös vérszeteivel hoztuk össze és a keveréket 2 órára thermostatba tettük. Kivéve innét a keveréket, a serumot lecentrifugáltuk, a vörös vérszettek physiologiás konyhasóoldattal többször mostuk és ezután normalis emberi fehér vérszettek adtuk hozzá. Ebből csináltunk azután — újabb állás után — praeparatumokat s festettük meg Pappenheim eljárása szerint. Bár olyan feltűnő képeket, mint a milyeneket Kümmerer és Meyer írnak le, hogy a vörös vérszettek mint kis félholdak összetapadnak a leukocyttal, színüket elvesztik, a sejtek a makrophagok belsejében szétesnek, haemoglobinjuk elpusztul, mi nem láttunk, mégis 2 helyen kétségtelenül lehetett demonstrálni egy-egy vörös vérszét felvételét fehér vérszétbe.

Sokat vitatott kérdés, vajon egyedül a serumnak vannak-e olyan sajátosságai, a melyek jellemzők a haemoglobinuriára vagy szenvednek-e a vér corpuscularis elemei is ilyenkor kóros elváltozásokat. A szerzők egy része azt állítja, hogy a vérszettek resistenciája csökkent, a másik része tagadja ezt.

A resistencia meghatározása, illetve az eredményének mérlegelése már teoriás szempontból is nézve a dolgot, igen nehéz. A vörös vérszettek resistenciája complex fogalom. Más a vörös vérszettek ellentállóképessége osmosis behatásokkal, más serumhaemolysinnel, ismét más saponinanyagokkal szemben. Például minél resistensebbek a vörös vérszettek saponinnal szemben, annál kevésbé azok hypotoniás oldatokkal szemben. Mindezekkel szemben megvizsgálni a vörös vérszettek resistenciáját emberen klinikailag kissé nehéz (különösen a mi esetünkben, a hol leukaemiáról lévén szó, a vérrel igazán takarékoskodni kellett).

A legtöbb szerző a vérszettek osmosis resistenciáját vette vizsgálat tárgyává s minthogy itt van a legnagyobb összehasonlítási „alap“, mi is ezt néztük meg. Ribierre módszerével vizsgáltam meg a vörös vérszettek resistenciáját, rohamon kívüli időben, miután roham alatt a haemolysin befolyása alatt a resistenciacsökkenés úgyszólván természetes. Ekkor azt találtuk, hogy 0.64% koncentrációjú konyhasóoldatban kezdődik haemolysis, holott — ugyanezen módszerrel — normálisan 0.44%-nál kezdődik csak. Betegünk vörös vérszeteinek osmosis resistenciája tehát csökkent. *Hangsúlyoznom kell azonban, hogy nem ez adja meg a haemoglobinuria lényegét, hiszen láttuk, hogy normalis savó e vörös vérszettek az előbb leírt kísérleti berendezés mellett nem oldotta föl, míg a beteg savója normalis vérszettek is felold.*

A másik corpuscularis elemeket illető elváltozás — a lymphocyták csökkenése, az eosinophilok eltűnése a roham alatt — a fehér vérszettek vonatkozására s itt a mi esetünkben igen érdekes adatokra bukkantunk, a melyeknek taglálása átvész bennünket betegünk másik betegségének: leukaemiájának tárgyalására.

A beteg az első vizsgálat éppen roham alatt történt. A fehér vérszettek száma — mint fönt jeleztük — 428.800 volt ekkor. Ebben, minthogy a klinikai kép alapján leukaemiás vérképet vártunk, nem találtunk feltűnőt. Meglepő volt azonban a Pappenheim-féle panoptikai módszerrel festett praeparatumok áttekintése. A nagy mirigyek jelenléte, az acut súlyos tünetek hiánya miatt a chronikus lymphás leukaemiának „monoton“, kis lymphocytás képet vártuk: és a legnagyobb meglepetésre olyan vérképet kaptunk, a mely inkább az acut lymphás leukaemia képének felelt meg. Kis lymphocyták mellett sok typusos nagy lymphocytá volt, világoskék protoplasmával; néhol asurophil granulatióval, pachychromatikus-durván gerendázott maggal, néhol a mag körül perinuclearis

udvar is volt látható. E nagy lymphocyták közt egész typusos karélyos magvú „Rieder-sejteket“ is láttunk. Feltűnő volt azonban az, hogy e nagy sejtek mellett olyan — szintén nagy — sejtek is voltak láthatók, a melyek ezektől határozottan el voltak különíthetők magjuk leptochromatikus, finoman rekeszes volta által és azáltal, hogy e magban több nucleolust láttunk. Feltűnő volt még az is, hogy myelocytákat is láttunk. Chronikus leukaemiához a Klein-Gumprecht-féle szétesett magvak („magárnyékok“) számát is túlnagynak találtuk, mert ezek ily nagy számmal szintén inkább acut leukaemia eseteiben fordulnak elő.

Százalékokban kifejezve, a qualitativ vérkép a következő volt:

Kis lymphocytá	40%
Nagy lymphocytá	35%
Myeloblast	5%
Átmeneti alak	1%
Neutr. polynuclearis leukocytá	4%
Neutr. myelocytá	2%
Klein-Gumprecht-féle szétesett mag	13%

Ez a vérkép ott, a hol a klinikai tünetek chronikus lymphás leukaemia mellett szólnak, igen meglepő. Eltekintve attól, hogy már a nagy lymphocytáknak is ily nagy számmal való megjelenése chronikus leukaemiában igen ritka, még ritkább a myeloblastoknak és a myelocytáknak már pusztán előfordulása is, nem mint itt: nagy számban való jelenléte.

Tudva azt, hogy a nagy lymphocytáknak és a myeloblastoknak morphologiás alapon való elkülönítése annyira nehéz, hogy sokan a különbségeket egyáltalán kétségbe vonják, leletünket ellenőrizni akartuk. A myeloid eredésű sejtekben — szemben a lymphoid sejtekkel — oxydáló fermentumok vannak, a melyek igen egyszerű módon mutathatók ki. Ezekben a sejtekben ugyanis, ha a készítményt formolalkoholban való fixálás után 1—2 percze 1% alkalis α -naphtol s 1% vizes dimethyl-p-phenylendiamin oldatába teszszük, intenzív kékre festett granulákat látunk. Eredeti felvételünknek ez a reactio igazat adott: mindazok a sejtek, melyeket morphologiás alapon myeloid eredésűnek vettünk fel, biologiás alapon is annak bizonyultak.

Ezek után két lehetőség között választhattunk volna; az egyik az, hogy esetünk az acut lymphás leukaemia azon formájához tartozik, a melyet Gilbert és Weil typusosnak neveznek; Hertz pedig a legkritikábbnak — ha ugyan egyáltalán előfordulónak — tart. Az acut lymphás leukaemia ezen formájában ugyanis a nagy mirigyduzzanatok és a léptumor kezdettől fogva jelen vannak és a képet dominálják. Ebben az esetben a vérképben előforduló myeloblastokat és a myelocytákat úgy kell felfognunk, mint a melyek a myeloid elemek reactiv burjánzása útján kerülnek a véráramba, vagy azáltal, hogy ez elemek a csontvelő egy részének lymphoid metaplasziája miatt izgalmi állapotba jutnak (Reizungsmyelocytose), vagy hogy a myeloid szövet compensatiós túlműködést fejt ki. A másik lehetőség pedig az, hogy itt mindkét systema: myeloid és lymphoid egymás melletti burjánzásáról — vagyis vegyes leukaemiáról — van szó, a mely bár igen ritka, mégis előfordulhat (Hertz, Gorjaew. Beltz). Úgy látszik azonban, hogy a mennyire ezt a kérdést histologiás vizsgálat nélkül el lehet döntenie — bár sokszor ez is cserben hagy —, sem az egyik, sem a másik eshetőség nem forog itt fenn, hanem egy harmadik. Erre a lehetőségre egy második quantitativ és qualitativ vérvizsgálat vezetett rá, a melyet a roham után 8 nappal végeztünk.

Akkor a haemoglobin 81.25% corr. Sahli sz.

A vörös vérszettek száma:	4,200.000
A fehér vérszettek	300.000
A qualitativ vérkép a következő volt:	
Kis lymphocytá	67.8%
Nagy lymphocytá	19.0%
Átmeneti alak	1.0%

Myelocytá	1.0%
Neutr. polynuclearis leukocyták	3.0%
Eosin.	0.2%
Klein-Gumprecht-féle magroncsok	8%

A vérkép tehát lényegesen megváltozott. A myeloblastok — tehát a legfiatalabb myeloid eredésű sejtek — teljesen eltűntek, a nagy lymphocyták száma erősen megkevesbedett, a kis lymphocytáké megnőtt. Vajjon lehet-e ez a qualitative fontosabb különbséget annak a kakodyl-injectiókból álló arsenkúrának tulajdonítani, a melyen a beteg a két vérvizsgálat közt lefolyt héten átment? Nem hinném. Azt hiszem, hogy itt a haemolysises folyamat az, a melynek hatása a vérképben meglatsszik. Tudjuk, hogy a haemoglobinuriás roham, hasonlóan az acut infectiókhoz, változást idéz elő a vérképben: a lymphocyták egy része tönkre megy, az eosinophilek pedig teljesen eltűnnek a vérképből. Itt is ugyanaz történt: a normalis kis lymphocyták jó része elpusztult a toxin befolyása alatt, az eosinophilok eltűntek. Azonban itt még más is történt. Itt nem normalis lymphoid és — ha anatomiailag talán az is, de biologiailag biztosan nem normalis — myeloid systema dolgozik. Mindkét rendszer úgy látszik, „túl van feszítve”: toxikus behatásra azonnal a legnagyobb ingerülettel (reactióval) felel: azonnal a legfiatalabb, legesetlenebb elemeit dobja be a véráramba. A mint az inger megszűnt — vagy legalább is kisebb fokban hatott —, a kevésbé tangált myeloid systema izgalmi állapota teljesen megszűnt; a nagy fokban beteg lymphoidé pedig csökkent. Újabb éretlen alakok a vérbe nem jutottak. Hogy pedig a roham alatt a véráramba került éretlen elemek egy nagy része a roham után egyáltalán nem volt látható (pl. a myeloblastok teljesen eltűntek), az talán abban leli magyarázatát, hogy ezen éretlen alakok therapiás behatásra legkönnyebben pusztulnak el.

Ezen feltevésünk mellett szól — azt hiszem — az is, hogy míg roham alatt eosinophil sejt nem volt látható, addig roham után láttunk ilyeneket.

* * *

Ha így áttekintünk a klinikai képen és látjuk, hogy a régebbi megbetegedés mennyire befolyásolta tüneteiben az újabbkeletűt, akkor önkéntelenül is felmerül bennünk az a kérdés, vajjon egyáltalán nincs-e okozati összefüggés e két betegség közt? Vajjon tisztán a véletlen játéka az, hogy egy emberben két ritka megbetegedés jelentkezik, a mely megbetegedések mindegyike a vér összetételének megváltozásában nyilvánul meg leginkább? Az egyik a vér finomabb chemiai, a másik a vér morphologiai összetételét zavarja meg. Hogy e kérdésre választ tudjunk adni, nézzük előbb e két betegség keletkezésének mechanizmusát.

A paroxysmosus haemoglobinuria infectiós eredetét már legrégebb leirói is hitték. A lues volt az infectio, a melyre minden paroxysmosus haemoglobinuriát visszavezettek. Eleinte az összefüggés homályos volt, most azonban, részben Meyer és Emmerich vizsgálatai alapján az első infectiós betegség — akár lues az, akár nem — s a paroxysmosus haemoglobinuria közti kapcsolat világos. Az első infectiós megbetegedés a vérképzőszervek megbetegedésére vezet, vagy abban az értelemben, hogy e miatt beteg vörös vérsejtek kerülnek a véráramba, vagy úgy, hogy a lép túlműködést fejt ki — hypersplenía —, a normalisnál több vörös vérsejt pusztul el s az elpusztult vörös vérsejtek időnkint a véráramba jutnak. A szervezet megfertőzése a beteg vörös vérsejtekkel s a reactio ezzel szemben haemoglobinuriás roham.

A leukaemia keletkezésének mechanizmusa fölött a vélemények rendkívül eltérők. A legsajátságosabb a dologban az, hogy míg az acut leukaemia összefüggését fertőző betegségekkel a legtöbben elhiszik, addig a chronikusét tagadják. Pedig: a mint az acut és chronikus leukaemia között histologiailag is csak fokozati különbségek vannak, sokszor a határ klinikailag is elmosódott, úgy a keletkezést illetőleg is csak fokozati a különbség. Hevesebb, nagyobb virulentiájú infectiók gyorsabban vezetnek a másodlagos elváltozásokhoz, mint a kisebb virulentiájúak. Különösen, ha olyan „érzékeny” szervekről van szó, mint a milyenek a vérképzők.

Ha ezt az összefüggést elfogadjuk, akkor a két megbetegedés közti oki kapcsolat felvétele nehézségekbe nem ütközik.

Pappenheim theoriáját a leukaemia keletkezéséről véve kiinduló pontul, a két megbetegedés okozati viszonyát így lehet demonstrálni. I. stadium: infectiós-toxikus befolyás alatt a cytoplastikai rendszer dispositiója káros behatásokkal szemben fokozódik. (Ez közös mindkét betegségben.) II. stadium: újabb toxikus folyamatok játszódnak le a már csökkent ellentállású rendszerben, ezt ezen folyamatok azután „cytometaplastikusan” befolyásolják és e mellett hyperplasiát is okoznak. A mi esetünkben az egyik — a régebbi megbetegedés — vezet ilyen toxin-haemolysin képződésre. Ez a toxin vezetett azután a III. stadiumra is, a leukaemiára, a mikor is e lymphoid meta- és hyperplasiát szenvedett szövetelemek betörték a véráramba.

Analógia nélkül a mi esetünk nem áll. Paroxysmosus haemoglobinuria kombinálódása leukaemiával ugyan nincsen még leírva az irodalomban, de igenis vannak esetek, a hol perniciosus és haemolysises anaemia mellett jelentkezett leukaemia. (Mi is észleltünk az izr. kórházban acut leukaemiával kombinálódott haemolysises anaemia esetét.) Ezen esetben, a merev anatomiai gondolkodás alapján, igen sokan az összefüggést nem fogadták el, bár (extramedullaris) myeloid metaplasziával járó anaemiákat még histologiailag is nehéz acut leukaemiától megkülönböztetni. Nem hajlandók elismerni, hogy toxikus megbetegedések, mint az anaemiák (haemolysises vagy perniciosus) „átmehetnek” systemamegbetegedésbe, mint a milyen a leukaemia. S az anaemiát ekkor úgy fogják fel, mint a leukaemia aleukaemiás stadiumát. Itt azonban nincsen szó „átmenetről” anatomiai vagy szövettani értelemben. Egyszerűen úgy áll a dolog, hogy ugyanazon infectio toxikus befolyása, a mely megindítja az egyiket, megindítja a másikat is.

A különbséget a három rokon megbetegedés: perniciosus anaemia, haemolysises anaemia, paroxysmosus haemoglobinuria között valószínűleg a fertőzés virulentiája okozza. Ezenkívül itt is, mint abban, hogy melyik jár leukaemiával, melyik nem, bizonyos szöveti dispositio is szerepel. Nem tudom elhallgatni azt a nézetemet, hogy a mi esetünkben arra, hogy lymphás leukaemia — tehát a lymphoid szövet burjánzása — állott be, befolyással lehet az a körülmény, hogy a betegünknek kétségtelenül csonttuberculosis volt (sőt a jobb szemén keratitis scrophuloticája is volt). A tuberculosis összefüggése lymphomatosisokkal régóta ismeretes. Hogy lehet-e szerepe a tuberculosishoz a paroxysmosus haemoglobinuria előidézésében, azt nem merem állítani, de meglepő, hogy esetünkben lues felvételére nincs ok, a Wassermann-reactio is negatív.

Az anaemiák s fertőzések okozati viszonyát a leukaemiákkal kísérleti úton is igyekeztek kipuhatolni. Lüdtke pyrodinnal anaemizált kutyákat a csontvelő gyöngítésére s azután staphylo- és streptococcus-injectiókkal próbált leukaemiát előidézni. Ha histologiailag beigazolt leukaemiát nem is, de leukaemiás vérképet kapott.

Nekem is vannak folyamatban erre vonatkozó kísérleteim toluylendiaminnal mérgezett állatokon, a hol különösen a lép és csontvelő szerepére vonatkozólag igyekszem felvilágosítást nyerni e kérdést illetőleg.

* * *

A mi betegünk további sorsát illeti, jelenleg arsen- és Röntgen-kezelés alatt áll. Erőbeni állapota javul, fehér vérsejtjeinek száma csökken (legutóbb 240.000) és a nagy lymphocyták száma is fogy. A betegen haemoglobinuriájára való tekintettel nem akartuk a kezelést benzollal kezdeni. Előbb roborálni akarjuk őt az arsennel s azután térünk át óvatos benzol-kezelésre.

Irodalom. Chvostek: Paroxysmale Haemoglobinurie. Leipzig und Wien, 1894. — Donath és Landsteiner: Münchener med. Wochenschrift, 1904. — Donath és Landsteiner: Wiener Zeitschrift f. klin. Med., 1905, 52. és 58. kötet. — Donath és Landsteiner: Wiener klin. Wochenschrift, 1908, 45. szám. — Choroschilov: Zeitschrift für klin. Med., 1907, 64.

kötet. — *Hymans van den Berg*: Berliner klin. Wochenschrift, 1909.
 — *E. Meyer és Emmerich*: Deutsches Archiv für klin. Med. 96. kötet.
 — *Moro Noda*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1909, 11. szám. —
Grafe és Müller: Archiv für exp. Path. und Pharm., 1908, 59. kötet.
 — *Gläser és Pick*: Zeitschrift für exp. Path., 9., 1911. — *Pringsheim*:
 Münchener med. Wochenschrift, 1912, 32. szám. — *Askana*: Deut-
 sches Archiv, 1900, 68. kötet. — *Körmöczy*: Deutsche mediz. Wochens-
 schrift, 1909, 15. szám. — *Potpeschnigg*: Wiener mediz. Wochenschrift,
 1907. — *Beltz*: Über Leukaemie. Deutsches Archiv. für klin. Med.,
 113. kötet, 1. és 2. füzet. — *Meyerstein*: Über. pathol. Blutzerfall. Er-
 gebnisse der innern Medizin, Berlin, 1913, 12. kötet. — *Eppinger*: Zur
 Path. der Milzfunktion. Berliner klin. Wochenschrift, 1913, 33. és 34.
 szám. — *Naegeli*: Blutkrankheiten und Blutdiagnosen. Leipzig, 1912.
 — *Grawitz*: Klin. Path. des Blutes. Leipzig, 1911. — *Hertz*: Die akute
 Leukämie. Leipzig und Wien, 1911. — *Gorjaew*: Folia Haemat. XVI.
 kötet, 87. és 120. — *Pappenheim*: Grundriss der haematol. Diagnostik.
 Leipzig, 1911.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die Gesundheitspflege des Kindes. Herausgegeben von
 Professor W. Kruse und Professor Paul Selter. Stuttgart,
 F. Enke, 1914.

Csodálatos, hogy 1881 óta, midőn *Uffelmann* kitűnő munkája megjelent, a gyermekhygienét tudományosan nem dolgozták fel, úgy hogy a *Kruse* és *Selter* tanárok szerkesztette műhézagpótlónak nevezhető. Német alapossággal és tudással van e könyv minden fejezete megírva, annak tudatában: „So ist denn die Kinderhygiene ein Produkt der modernen Zeit und ihre Lehren zu kennen und zu befolgen ist eine Notwendigkeit für jeden Arzt und jedes geordnete Gemeinwesen“ (*S. Selter*). Felfogásom szerint a modern gyermekorvosnak, ha feladatainak a legmesszebbmenően eleget akar tenni, nemcsak a gyermekorvostant, hanem a hygienét és a gyermekvédelem elméletét is uralnia kell. E nézet tükröződik vissza az előttem fekvő könyv minden oldalán s ez irányban haladjon mindenki, a ki a nemzet legféltettebb kincse, a fiatal nemzedék érdekében akar munkálkodni. *Kruse* és *Selter* könyve kitűnő útmutatóként fog mindenkinek szolgálni, ki ez áldásos mesgyn akar haladni.

Deutsch Ernő.

O. Polano: Geburtshülfflich-gynäkologische Propädeutik.
 Würzburg, Verlag von Curt Kabitzsch, 1914

A szerző 144 oldalas, dióhéjba szorított könyvét kitűnő mesterének, a német nőorvosok egyik legtiszteltebb alakjának, *Hofmeier*-nek ajánlja. A könyv kizárólag csak a rendes viszonyokat ismerteti; a kezdőt a klinikai dolgozáshoz és a részletes tankönyvek tanulmányozásához készíti elő.

Polano a teoriás, részben a legtöbbnyire elhanyagolt anatómiai és biológiai ismeretekkel foglalkozik. Külön rövid fejezetekben tárgyalja a külső és belső genitáliák bonczolást, fejlődést. Majd a nemi szervek természetes védőberendezéseit az infectio ellen. Egész röviden tér ki az ovulációra, belső secretióra, majd a menstruációra és a korral járó elváltozásokra. Külön találjuk a terhességnek a nemi szervekre és az egész organismusra való hatását.

A gyakorlati rész tárgyalja a szülészeti és nőgyógyászati vizsgálatot. Mindezeket csak egy-egy kitűnően odavetett szóval írja le. Az *Abderhalden*-reakciót egy kis sematizáló ábrával oly világosan és érthetően mutatja be, hogy a kezdő is azonnal megérti. Külön kell megemlíteni a terhesek vizsgálatának gondos és alapos sémáját.

A nőgyógyászati részben súlyt helyez a mikroskopi, bakteriologiai, hólyag- és végbélvizsgálatra. A Röntgen-sugár — szerinte is — a diagnostika terén alig nyújt felvilágosítást, míg a therapia terén váratlan jelentőségre emelkedett. Nemcsak a kezdőnek, de a gyakorló-orvosnak is hasznos barátja lesz ez a kitűnő ábrákkal tarkított és nagy tanítói érzékről tanuskodó kis könyv, mely újra azt bizonyítja, hogy csakis a normalis állapot pontos ismeretével juthatunk a pathologiai elváltozások ismeretéhez. *Lovrich József dr.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Pulzáló pleurafolyadékgyülemekről ír *Levi*. A „pleuritis pulsans“, illetve „empyema pulsans“ kórképe régóta ismeretes és klinikailag két csoportra osztható: 1. külsőleg pulzáló exsudatum tumor nélkül, 2. ugyanez tumorról. Azon régebbi feltevés, hogy csak genyes pleuritis lüktethet, nem áll. Aetiologiájában a gümőkór dominál, azonban lehet postpneumoniás, lehet oka megrepedt aneurysma, sőt egy esetben a pleura rákja. A pleuritis kezdete után rendszeren 6—8 héttel diagnoskálható, mint a thorax legkülönbözőbb helyén látható és tapintható, a szív működéssel synchron lüktetés. Magyarázata ma is vita tárgya. Legvalószínűbb, hogy az exsudatum positiv nyomása mellett a mediastinum és rekesz resistentiája nagyobb a külső thoraxfalénál. Ezen állapot az intrathoracalis falak pseudomembranosus megvastagodása által jöhet létre, a külső thoraxfal pedig ellazult. Differentialdiagnózis szempontjából az aorta aneurysmái jönnek szóba. Felvilágosít 1. az anamnesis, 2. a kopogtatás, 3. a surranás és fúvó zörejek hiánya, 4. a kifejezett fluctuatio. A pulsatio előidézője az esetek túlnyomó részében az aorta thoracica.

A therapia empyema esetén sebészi beavatkozás, nem genyes pleuritis pulsansok azonban gyógyszeres kezelésre, illetve punctióra is meggyógyulnak. (*Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie*, 1914, 3. sz.) *Weber dr.*

A struma és Basedow-kór Röntgen-kezelését tárgyalja *Ludin*. A közönséges, nem Basedow-kóros struma x-sugaras kezelését illetőleg a vélemények rendkívül eltérők. Az elért therapiás eredmények összegezéséből a szerző mégis arra a következtetésre jut, hogy bizonyos esetekben, pl. midőn a műtét contraindikálva van, a besugárzás alkalmazandó. Hasonlóképpen megkísérülhet a therapia fiatal egyének növekvő parenchymás strumája eseteiben. Annál eredményesebbnek mondja a Basedow-struma Röntgen-therapiáját. Kezdeményezője *Mayo* volt, ki a thyreoidektomiánál jobbnak tartja. S noha a kezelésnek számos ellenzője akadt, kétségtelen, hogy számos esetben javulást, sőt teljes gyógyulást is eredményezett. A Basedow-kór különböző tüneteit a Röntgen-sugár nem egyformán befolyásolja.

A kezelés veszélye kettős. Egyrészt tokösszenövéseket okozhat, melyek műtét esetén akadályok lehetnek, másrészt hosszabb kezelés után myxoedemaszerű tünetek fejlődhetnek ki. (*Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin u. Chirurgie*.) *Weber dr.*

Sebészet.

Sérvkizárodás után jelentkezett bélszűkületről értekeznek *Weiss*. 60 éves nőbetegnek jobboldali czombsérve záródott ki. A műtét alkalmával, a mely 10 órával a kizárodás után történt, kékesen elszínesedett vékonybél volt a sérvtartalom, a mely meleg konyhasónak alkalmazása után visszanyervén színét, reponáltatott és radicalis műtét végeztetett. A gyógyulás per primam történt, a bél részéről semmiféle kellemetlenség nem mutatkozott. Három hónappal a műtét után a beteget heves hasi fájdalmak lepték meg, a melyek különösen a köldöktájra lokalizálódtak. A köldöktől jobbra resistentia volt érezhető, a mely nyomásra erős korgással tűnt el. A laparotomia alkalmával kitért, hogy egy vékonybélkacs a czombgyűrűhez van fixálva, az odavezető bélkacs erősen fel volt fúvódva, a bélfal megvastagodva, az elvezető bél pedig össze volt esve, halvány fala elvékonyodott. 30 cm.-nyi része a bélnek reszekáltatott, s a reszekált végek oldalsó anastomosissal egyesítették. A készítmény körkörös szűkületet mutatott a bélben, a mely oly nagyfokú volt, hogy az egy csepp vizet sem engedett keresztül. (*Zentralbl. f. Chir.*, 1914, 7. sz.) *Ijf. Háhn Dezső dr.*

A bőrnek mekkora darabja távolítandó el emlőrák eseteiben? Ezen kérdéssel foglalkozik *L. Moszkovicz*. Ismert tapasztalat, hogy az emlőrákok műtétje után a recidi-

vák gyakrabban állnak be a bőrben, mint a környéki mirigyekben, a mi valószínűvé teszi, hogy sok esetben a bőrből nem távolítottunk el kellő nagyságú darabot. Ezen kérdés fontosságára való tekintettel a szerző egy oly tünetre hívja fel figyelmünket, a melyet a betegnek aetherrel és alkohollal való lemosásakor tapasztalt. Az operálandó területnek ezen szereklle való előkészítése alkalmával mindenütt hyperaemia keletkezik, csak a rákos elváltozás közelében láthatunk egy anaemiás zónát. Valószínűleg ezen anaemiás zónát a mammarcarcinomának a vérekre gyakorolt nyomása idézi elő, a mely a hyperaemiás terület mellett jobban feltűnik. Adenomának három esetében ezen tünetet a szerző nem tapasztalta, a miből egyéb tünetek mellett valamely mammaedaganat jó- vagy rossztermészetűségére is következtethetünk. A szerző azt ajánlja, hogy jóval ezen anaemiás zónán túl távolítsuk el a bőrt emlőrák műtétéj esetén. (Zentralbl. f. Chirurgie, 3. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Szülészet és nőorvostan.

100 nőorvostani eset Röntgen-kezeléséről száml be Sielmann. Az esetek mind magángyakorlatából származnak, nőorvosoktól állandóan kontrollálva. Kezelve lettek: metropathia, climacterikus vérzések, dysmenorrhoea, rossztermészetű daganatok s emlőrákok. Az eredmények felette kielégítők. Az ovariumban már néhány besugárzás után konstálható a Graf-féle tüszők elfajulása. A Röntgen-kezelés a conceptiót nem akadályozza meg, ha az ovarium állománya még nem pusztult el teljesen s regenerációra képes. Röntgenizált nő még nem hozott torzot a világra. A freiburgi intenzív kezelést csak rossztermészetű esetekben alkalmazza, egyekben közepes adagokkal dolgozik. A kezelés a mai technika mellett csak minimális veszélyt rejt magában; nagy ritkán jelentkezik kisebb fokú erythema, mely azonban gyorsan el is múlik. (Fortschr. der Röntgenst., XXII. köt., 3. füzet.)

Hoffmann Jenő dr.

Gyermekeorvostan.

Nagyfokú izolált facialistünet. Hochsinger a bécsi orvosegylet gyermekeorvosi szakosztályán több gyermeket mutatott be anyjukkal, a kiknek mindegyikén nagyfokú izolált facialistünet volt kiváltható. Az első családban egy már menstruáló, nagyon ideges 14 éves leányról van szó, a kinek főleg az iskola előtt és után félelemérzetei vannak. Ezen leány öcscse 12 éves, rendkívül ingerlékeny, otthon és az iskolában sok bajnak okozója. Anyjuk 36 éves, könnyen sír, hamar izzad és reszket. Mindhármukon igen kifejezett a facialisphaenomen. A másik családban hasonló az eset. Az anya hysteriás, 46 éves, sokszor van főfájása. 8 éves leánya ingerlékeny, éjszaka felriad és állandó főfájásban szenved. 5 éves fián pavor nocturnus. Mind a három esetben nagyfokú facialistünet. Ezen esetekkel újból akarja bizonyítani a bemutató abbéli régi felfogásának helyességét, hogy az izolált facialistünet a középső gyermekkorban a neuropathiás alkatnak szembetűnő jele, illetve kifejezője egy túlérzékeny idegsphaerának. Raudnitz tagadja ezen tünetnek fontosságát az első életéveken túl, a mennyiben az ő 2041 meg nem válogatott eset közül különböző korban igen gyakran észlelhette ezen tünetet. Zappert szintén azon a véleményen van, hogy a facialistünet fontosságát túlbecsülik a neuropathiás alkat megállapításánál. (Mitteil. der Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderh., 1914, 2. sz.)

Vas Jakab dr.

Pylorospasmus klinikai tüneteivel, melyek a negyedik héten jelentkeztek, mutatott be Knöpfelmacher ez év január 22.-én a bécsi gyermekeorvostani szakosztályon egy 3 hónapos gyermeket. Nagy hányás, székrekedés és lesóványodás voltak a legszembetűnőbb jelek, a mellett a gyomortájon időnkint kifejezett kis duzzanat tapintható. Még 4 órával a táplálékfelvétel után is mintegy 100 cm³-nyi táplálékmaradék mutatható ki, a mellett időnkint sok sav, de kevés szabad sósav. A csecsemőt főleg a kezelési mód miatt mutatja be, a mennyiben gyomormosások mellett papaverinum hydrochloricumot rendel. Pál volt az, a ki kimutatta, hogy a papaverin a sima izomzatra hűdítőleg hat és a szernek ezen tulajdonsága miatt használja a bemutató pylorospasmus eseteiben, még pedig 0.01 adagban kétszer naponta bőr alá fecskendezve. Az eredmény kielégítő, a mennyiben a hányás mindinkább alábbhagyott, sőt hetekre kimaradt. (Mitteil. der Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderh., 1914, 2. sz.)

Vas Jakab dr.

Húgyszervi betegségek.

A vaccinattherapia hatásáról a húgyszervek idősült, de nem gonorrhoeás betegségeiben referál Alfred Zinner. E célra olyan eseteket szemeltek ki, melyek eddig minden más kezelésnek makacsul ellentállottak; az oltásos gyógy-mód tartama alatt a gyógyszeres és helyi kezeléstől eltekintettek. Mindenik esetben cystoskopia, ureterkatheterismus és a veseműködés vizsgálata által megállapították, hogy a vesék is betegek-e s milyen fokban. A hólyagból s a vesékből vett vizeletet mikroskoppal és bakteriologiailag megvizsgálták s a tisztán tenyésztett bacillusokból autovaccinát készítettek, melylyel az illető betegen időnként s megfelelő adagokban oltásokat végeztek.

A 15 megvizsgált eset közül 6-ban colibacillust, 3-ban staphylococcus pyogenes aureust, 4-ben colibacillust és staphylococcus pyogenes aureust és végül 2-ben a colibacillus mellett egyéb, részben meg nem állapítható bacillusokat találtak. 2 parenchymasérüléssel járt idősült pyelonephritis esetében a vaccinattherapia hatástalan maradt, a többiekben helyenként igen lényeges javulás mutatkozott. Két, már évek óta fennálló renalis bacteriuria esetében a nagy vaccina-adagok olyan reactiót idéztek elő, hogy az oltás utáni másodikon napon a vizelet teljesen feltisztult s 9, illetőleg 14 napon át megmaradt ilyennek, ezentúl azonban ismét megzavarodott. Lázat a legtöbb betegen nem észleltek; az esetleges hőemelkedés mellett rendszeren kisebb-nagyobb visszaesések mutatkoztak, melyek közül az egyik egy hónapnál tovább is eltartott. Ez bizonyára túlnagy adagnak volt a következménye. Rendszeren már 1—2 órával az oltás után, de hőemelkedés nélkül, kisebb-nagyobb helybeli fájdalom jelentkezett, mely a pyelitis esetekben a vesetájakra lokalizálódott.

Különösen érdekes megfigyeléseket tettek a következő két betegen. Az első esetben már évek óta fennállott cystitis ulcerosával kapcsolatos kétoldali pyelitis állott fenn, melyben minden therapia, a többször ismételt medenczeöblítések is, eredménytelenek voltak. Az első vizsgálat alkalmával colibacillus és staphylococcus pyogenes aureus mellett egy Gram-negativ coccust is kitenyésztettek. Az ezekből készült kevert vaccinával történt oltásra a beteg nagy fájdalommal, magas lázzal reagált. Minthogy az objectív tünetek nem javultak, az oltást nem folytatták. A később megejtett ureterkatheterismus után a tenyésztésben már csak colibacillust találtak. Az ezen törzsből készített vaccinával ezután, kezdetben igen kis adagokkal és nagy óvatosság mellett, az oltásokat megismételték s idővel szép eredményt értek el. A beteg lassanként meghízott, a fájdalom teljesen eltűnt, a vizelet feltisztult, az éjjeli vizelési inger 4-ről 1-re csökkent, a vizeletből a hárták eltűntek. A másik eset egy 36 éves férfire vonatkozik, a ki kankó következtében már évek óta járáskor s ülésakor heves fájdalmat érzett, éjjelenként 5—6-szor vizelt s a kibén nagyfokú prostatitist, jobboldali spermocystitist és renalis bacteriuriát (colibacillus s staphylococcus) állapítottak meg; a betegség minden kezeléssel dacolt. A vaccinatio az elég sokáig tartott negatív időszak eltelté után rendkívül jó hatással járt; a subjectív panaszok egészen elmúltak, a prostata s ondóhólyag elérte csaknem a rendes nagyságát s nyomásra már nem volt érzékeny. Később a beteg éjjelenként már csak kétszer vizelt.

Egy már évek óta fennálló renalis staphylococcusos bacteriuria esetében az ambulanter és kis adaggal végzett intravenás oltást a beteg igen jól tűrte el s jól reagált rá. Lehetséges, hogy sürgős esetben az intravenás oltással a betegséget gyorsabban lehet majd kedvezően befolyásolni.

A 15 kísérletből levont észleléseit a szerző a következőképpen összegezte: 1. Klinikai és bakteriologiai értelemben vett gyógyulást nem ért el. 2. A húgyszervek minden helyi és gyógyszeres kezeléssel daczoló, időszílten bacteriumos, de nem kankós eredetű betegségeiben a vaccinattherapia *egy-magában* is hatásosnak mutatkozott; kétségtelen, hogy a helyi s gyógyszeres kezelés az oltásokat lényegesen támogatni fogja. 3. Hőmérsékemelkedés nem szükséges a hatás elérésére; az erős láz rendszeren túladagolás következménye és rövidebb-hosszabb időre visszaveti a beteget. 4. A staphylococcustörzsekből általában véve nagyobb adagok alkalmazhatók, mint a colibacillusos-törzsekből. 5. Renalis bacteriuria esetében a vaccinát kizárólag az uretervizeletből tenyésztett bacteriumokból állítsuk elő. 6. A kellő óvatosság mellett végzett vaccinattherapia teljesen veszélytelen eljárás, melyet a húgyutak úgy subacut, mint időszílt fertőzéseiben a kórfolyamat gondos localisatiója után a többi klinikai eljárásokkal kapcsolatosan minden esetben, de legfőképpen akkor kell feltétlenül megkísérelnünk, a mikor az utóbbiakkal egymagukkal nem tudnók a kívánt tartós eredményt elérni. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1914, 13. sz.) *Drucker.*

Fülörvostan.

A belső fül megbetegedéseinek kóroktanáról parotitis epidemica eseteiben ír Voss tanár (Frankfurt a. M.). A belső fül megbetegedéseinek okai mumps eseteiben még nincsenek tisztázva; míg régebbi szerzők a lobos folyamatnak per contiguitatem tovaterjedését vették fel, mások pedig a toxikus szemmegbetegedésekkel analog módon a parotitis kapcsán mutatkozó süketiséget toxikus, neuritises eredésűnek mondták, a szerző több általa észlelt eset, valamint az irodalmi adatok alapján azon következtetésre jut, hogy az acusticus functionalis viselkedése parotitis eseteiben nagy hasonlatosságot mutat a fül lueses affectióival, melyek a salvarsan-ára óta gyakran kerülnek megfigyelésre. Mind a két bajban a megbetegedés egy- és kétoldali lehet, továbbá izoláltan vagy csak a cochlearis, vagy pedig egyes esetekben látszólag csak a vestibularis beteg. A folyamat intenzitása a legenyhébb, alig észrevehető functionalis zavaroktól a halló- és egyensúly-készülék teljes kieséséig változik. Ezen zavarok a heveny stadiumban vagy fokozódnak vagy csökkennek. Míg egyes esetekben a folyamat a teljes tartós funkciókiesésig fokozódik, más esetekben a többé-kevésbé súlyos functiozavar után teljes restitutio ad integrum következik be. A belső fül cochlearis és vestibularis része alteratióinak parallelismusa jelen lehet ugyan, de gyakrabban hiányzik. Miként lues eseteiben, parotitis epidemica eseteiben is más agyagidegek részese-
sedése a kórfolyamatban, illetőleg direct meningealis tünetek észleltettek; a mi más agyidegek megbetegedésének gyakoriságát illeti, a sorrend mumps eseteiben ugyanolyan, mint luesben: facialis, opticus, szemizomidegek, trigeminus. Az irodalmi adatok arra utalnak, hogy a mumps-süketiség meningitises eredetűre kell gondolnunk, mint ezt *Ménière* és *Brieger* is tették és véleménye szerint mumps eseteiben a belső fül affectióinak összefüggését meningealis elváltozásokkal a lumbal-punctio útján nyert liquor cerebrospinalis mielőbbi és ismételt vizsgálata útján lehetne beigazolni. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1914, 70. köt.) *Safranek.*

Az othaematoma kezelésére *Krüger* (Weimar) a következő eljárást ajánlja: A bőrnek jodtincturával desinfectiója után a tulajdonképpeni lymphából álló kiömlést megpungálja és kiüríti, majd a felemelkedett bőrre vékony vat-aréteget helyez, esetleg a helix és antihelix közé pincettával vattaréteget töm be és most collodiumot ken rá; a collodiumrétegnek néhány mm.-nyire az ép bőrre kell kiterjedni. A collodium megmerevedése után a bőr nem emelkedhetik le újból a porcziól és ezzel összetapad. A mennyiben a collodiumréteg leválnék, a kötést meg kell újítani s a gyógyulás rövidesen bekövetkezik. Szerinte ez az eljárás sikerebb, mint a punctio vagy incisio után alkalmazott egyszerű nyomókötés, mert a kötést bajos úgy feltenni, hogy a körülírt helyet tartósan és

jól komprimálja, másrészt a kötés oly nagy, hogy a betegnek alkalmatlan. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 11. sz.) *Safranek.*

Physikai gyógyítómódok.

A galvánáram interpolaris hatásairól ír *Doumer*. A galvánáram hatása alatt az interpolaris térben nemcsak az ionvándorlás következtében beállott egyszerű ionkicserélődés, hanem még más komplikált, részben chemiai, részben physikai folyamatok is történnek, melyek hatásaképpen alkalomadtán szövettelhalás is állhat be. Már régebben tapasztalták, hogy az izomnak megszakított galvános izgatásakor az alternatív voltaisatio (áramcsukáskor és -nyitáskor egyidejű áramfordítás. *Ref.*) sokkal hatásosabb, mint az egyszerű áramcsukás és -nyitás. Békaizomzaton végzett kísérletek azt mutatták, hogy az egyszerűen megszakított galvános izgatáskor az izomzat nagyon rövid idő múlva kimerül s már néhány nap múlva konstatalható a szemcsés degeneratio. Oka pedig az, hogy a szabad ionok az interpolaris térben, valószínűleg a különböző rétegek érintkezési felületein, elektromos töltéseiket leadják, egymással egyesülve maróvegyületeket alkotnak, polymerizálódnak s így polarisatiós jelenségek képződésére vezetnek.

A galvánáram hatása alatt a tiszta gelatina s így a többi colloid test is, hova a protoplasma is tartozik, az egyik polusnál beszárad, a másiknál megduzzad, nedvelvonás, illetőleg nedvodaáramlás következtében (hydratio és deshydratio). Hogy melyik polusnál melyik jelenség áll be, az attól függ, hogy a colloid milyen jegyű elektromos töltésű, mely a környező nedv összetételétől függ. Ezen beszáradás a protoplasma életképességére nem irrevalans s az ionok polymerizálódásával egyetemben necrosisra vezethet.

Isovesco kísérleteiből kitűnik, hogy a colloidok normalis körülmények között semmiféle anyagot sem engednek magukba hatolni, ellenben a galvánáram hatása alatt saját elektromos töltésükkel egyező elektromos töltésű anyagok számára átjárhatók. A sejthártyán, mint lipoid, tehát colloid testen a tápanyagok ennél fogva csakis az elektromos áram közvetítésével juthatnak keresztül, a miből következik, hogy a szövetek mélyében potentialkülönbségnek kell léteznie, mert a sejttáplálkozás csak így mehet végbe. U-alakú üvegcsőbe, melyben koagulált tojásfehérje felett normalis gyomornedv van, villamos áramot vezetve, tapasztalni lehet, hogy a fehérje a positiv polusnál megemésztődik, a negativnál ellenben változatlan marad. Pankreas-nedvvel az eredmény fordított. Az emésztés alkalmával tehát szintén villamos áramok játszanak közbe.

A sejtműködés fenmaradásában az elektromos áramoknak rendkívül nagy a fontosságuk s tulajdonképpen az interpolaris hatás az, melynek nagyobb a jelentősége s a mely mellett a polaris hatás eltörpül. Ezen kísérletek új világot vetnek az elektromos áramok therapiás alkalmazásaira s hatásaira; kiterjedtebb tételüktől rendkívül fontos orvostani irányelveket várhatunk. (Ann. d'Él. Biol., 1914, 4. sz.)

Hoffmann.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Diabetes mellitusban az alkáli-therapiát eddig főleg csak akkor vették igénybe, a mikor a savmérgezés jelenségei már mutatkoztak. *Wilenko* szerint azonban acetonuria nélküli esetekben is használandók alkális, mert a diabetes kezelésében fontos szénhydratszegény és húsgazdag diéta mellett a szövetek és a vér alkálisága csökken, *Róna* és *Wilenko* pedig kimutatta, hogy csökkent alkáliság mellett a glycolysis csökken. Némelyik gyógyhely kedvező hatású diabetesben ily módon (alkális vizek ivása) megérthető. (Medizinische Klinik, 1914, 24. szám.)

Postoperatív bélpangás két esetében *Porritt* nagyon jó eredménnyel használta a pituitrint bőr alá fecskendezés alakjában; $\frac{1}{2}$ cm³-t fecskendezett be. (British med. journal, 1914, máj. 23.)

Az orbáncz tovaterjedése *Berglund* szerint fagyasztással megakadályozható. A fagyasztást aether- vagy aethylchlorid-spray-vel végzi keskeny csík alakjában a kóros terület körül. (Allm. svensk. läkaretidning, 1914, 21. és 22. szám.)

A heveny fertőző betegségek kapcsán fejlődő vérkeringés-zavarok ellen *Rohmer* docens (Marburg) szintén jó eredménnyel használta az adrenalin pituitinnel egyidőben. Kisebbszámú gyermekeknek az $1/100$ hypophysis-készítményből 0.25, az $1/100$ adrenalin-oldatból pedig 0.5 cm³-t fecskendez be egyszerre és ezt 6 óránként megismétli; nagyobb gyermekeknek kétszer ekkora mennyiség is adható. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 24. szám.)

A luminallal tett tapasztalatairól számol be *Hoven*. Eredményei alapján kitűnő hypnoticumnak mondja. Epilepsiában kifejezett sedatív hatása van, a mely sokszor felülmúlja a bromsókét. Tekintettel kell lenni azonban arra, hogy a luminal nagyon erősen ható szer s azért bizonyos óvossággal szabad csak használni, főleg szív- és vesebajosokon. Epilepsia eseteiben rendszerint 7.5 centigrammot adott naponta kétszer, s ha ez elégtelennek bizonyult, az esteli adagot lassanként fokozta; 30 centigrammnál többet pro die csak kivételesen adott. Hypnoticum vagy sedativum gyanánt este adott 30—60 centigrammot egyszerre vagy két adagra elosztva. A luminal natrium-sója bőr alá fecskendezés alakjában is használható; ily módon alkalmazva erősebb a hatása. (Bulletin de la Société Mentale de Belgique, 1913, 171. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 30. szám. *Dőri Béla*: A benzoltherapiáról. *Kovács József*: Újabb irányelvek a gümőkór gyógyszeres terapiájában.

Orvosok lapja, 1914, 31. szám. *Hollós István*: Alkohol és elmebetegségek. *Socialis egészségügy* melléklet. *Szana Sándor*: Az elhagyott csecsemők magyar állami védelmének 1913. évi eredményei. *Edelmann Menyhért*: A gyermekhygiene népszerűsítése. *Hampel Ferenc*: Élveszületés és csecsemőhalálozás.

Budapesti orvosi újság, 1914, 31. szám. *Bárony Tivadar*: Adatok a postoperatív jejunális és anastomosis-ulcusok diagnosztikájához. *Rutich Jenő*: Sarcoma mediastini posterioris $1\frac{3}{4}$ éves gyermekben.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Vilt Vilmos* dr.-t Ujvidéken tiszteletbeli városi főorvossá nevezték ki.

Választás. Körörvossá választották: *Herzog Jakab* dr.-t Galgócson, *Nobel Vilmos* dr.-t Gyömrén, *Hunyady Béla* dr.-t Tasnádon, *Popper Nándor* dr.-t Necpálon, *Kalisch Henrik* dr.-t Jókán, *Kertész József* dr.-t Csengelén. — *Jankulov Sándor* dr.-t községi orvossá választották Magyarcsernyén.

Uj magántanárok a budapesti egyetem orvosi karán. A vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyólag tudomásul vette *Királyfi Géza* dr.-nak „A belső betegségek terapiája” című tárgykörből, *iffj. szentlőrinczi Liebermann Leo* dr.-nak „Válogatott fejezetek a szemészetből” című tárgykörből, *Orsós Ferenc* dr.-nak „A Kórbonczolástani és kórszövettani diagnostika” című tárgykörből és *Schmidlechner Károly* dr.-nak a „Diagnostikus módszerek a nőorvostanban és szülészetben” című tárgykörből a budapesti egyetemen egyetemi magántanárként történt kinevezését és nevezeteket ezen minőségükben megerősítette.

Személyi hírek külföldről. A jeni egyetem közegészségügyi tanszékére *Abel* dr.-t, a porosz belügyministerium orvosi osztályának előadó tanácsosát nevezték ki. — *R. Hesse* (szemészet) és *R. Pollard* (bőrkórtan) magántanárok Graczbán rk. tanári címet kaptak. — *A. V. Lendorf* dr.-t Kopenhágában a sebészet rendk. tanárává nevezték ki. — Az új frankfurti egyetem orvosi tanártestülete eddigé a következőkből áll: *anatomia: Göppert*, *élettan: Bethe*, *biológiai kémia: Embden*, *kórbonczolástan: Fischer*, *általános kórtan: Ehrlich*, *kísérleti kórtan: Apolant*, *kísérleti terapia: Sachs*, *gyógyszertan: Ellinger*, *belorvostan: Schwenkenbecher*, *physikai gyógymódok: Strassburger*, *idegtan: Edinger*, *klinikai idegkórtan: Knoblauch*, *gyermekorvostan: Mettenheimer*, *elme-kórtan: Sioli és Raecke*, *sebészet: Rehn*, *nőorvostan: Walther*, *bőrkórtan: Herxheimer*, *szemészet: Schnaudigel*, *fülörvostan: Voss*, *közegészségügy: M. Neisser*, *gégeorvostan: Spiess*, *orthopaedia: Ludloff*, *fogászat: Loos*. Az új egyetem ősszel nyílik meg. — Rendes tanárok lettek: *M. Ascoli* (Catania, belorvostan), *Orlando Pes* (Modena, szemészet), *V. Ascoli* (Pavia, belorvostan), *Fr. Tilney* (New-York, Columbia University-College, idegkórtan.)

Meghalt. *O. G. Ramsay*, a nőorvostan tanára a new-haveni Yale egyetemen.

Avicenna sírja. A teherani angol nagykövetség orvosa, *A. R. Neligan*, meglátogatta legutóbb Hamadan városában a 11. század nagy

arab orvosának, *Avicenná*-nak a sírját. *Avicenna* Bocharában született 980-ban, de Hamadanban, egy északkeleti perzsi városban telepedett le s folytatott orvosi gyakorlatot. Innen politikai okból szökönie kellett s Isphában ültette fel a sátorfáját. Egy Hamadan ellen indított hadi expedícióban való részvétele alkalmával halt meg 1037-ben Hamadanban. Változatos életfolyása során sohase szünt meg irodalmilag működni. Valami 100 művet írt, leginkább arab nyelven, kisebb részben perzsa nyelven. Főműve „Az orvostudomány kánon”-ja, melynek latin fordítása 30 kiadást ért, s melyet a 17. század közepéig az európai egyetemeken is az orvosi tanítás alapjául használtak; Perzsiában és Arábiában még most is ebből tanítják az orvostudományt. A nagy tudós hamvai felett épült mauzóleum még igen jó állapotban van.

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

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

Számtalan megbetegedés hozható kapcsolatba az emésztőszervek tökéletlen chemismusával. *Metschnikoff* erre vonatkozó tanulmányai és tapasztalatai igazolják, hogy egész sereg bántalom gyógyítása befolyásolható igen előnyösen a *Lactobaciline* egyidejűleges alkalmazásával azért, mert a *Lactobaciline* a béltraktus kóros flóráját egészséges bélflórával segíti helyettesíteni.

VESZÜNK 1914. évi

Pesti Alfréd-féle ORVOSI ÉVKÖNYV-et

Jókarban levő példányokért 3 koronát fizetünk.

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

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

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. — **Vegyi és Röntgen-laboratorium.**

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út sarok.) Telefon 81—01. **Diaetás osztály** cukorbetegségeknek, anyagcserebetegségeknek. 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 págyélt, m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

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

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fűrdőkhoz.

„LÁPSÓ”
száraz kivonat
ládákban a 1 kiló

LÁPLUG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. tudományos ülés 1914 márczius 7.-én). 607. lap. — Közkórházi Orvostársulat (III. bemutató ülés 1914 február 4.-én). 608. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya (IX. és X. szakülés 1914 május 9.-én és 16.-án). 609. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. tudományos ülés 1914 márczius hó 7.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Lipoma a scrotumban.

Lobmayer Géza: *Kuzmik* tanár megbízásából mutatja be az esetet, mely ritkasága és előfordulása helyének szokatlan volta miatt érdemel figyelmet. A 65 éves, arteriosclerosisban és emphysemában szenvedő férfibeteget folyó évi február hó 24.-én vették fel az új Szt. János-kórház sebészeti osztályára, a scrotumban lévő nagy emberfejnyi, lebenyes tapintatú, helyenként galamb-tyúktójasnyi kemény göbökkel bíró daganatával. E daganat 40 év alatt lassan, fájdalomtalanul nőtt s súlyát nem tekintve, a betegnek különösebb kellemetlenséget nem okozott. Műtét február 25.-én, helybeli érzéketlenítésben (*Kuzmik* tanár). Az 1070 gr. súlyú daganat eltávolítása. A beteg simán gyógyulva márczius 5.-én hagyta el a kórházat. A daganat lipoma, helyenként elmeszesedett és elkrétásodott göcczokkal.

A scrotumban nagy lipomák előfordulása ritka. Rendesen a scrotum válaszfalának vagy az ondókötegek kötőszövetéből indulnak ki. Eddig mintegy 4 eset van ismertetve az irodalomban (*Winiwarter, Kocher, Langenbeck*). Hazánkban *Dollinger* tanár klinikáján 1903-ban távolítottak el a scrotumról egy gyermekfejnyi fibrolipomát.

Érhártyadaganat esetei.

Ifj. Imre József: A mult ülésen *Fejér* tagtárs beteget mutatott be, kin subretinalis cysticercust diagnoskált. Mint-hogy ezt a diagnosit maga is kérdőjellel látta el, indokolt lett volna, hogy az utána következő discussio hozzájáruljon a kérdés tisztázásához. A bemutatónak nem volt módjában azonnal szólni, ezért jelzi, hogy bemutatása kapcsán kísérli meg az esetet egy és más szempontból megvilágítani.

Tudjuk, hogy a szem belsejében, különösen az érhártyában fejlődő daganatok korai diagnosisa néha nagy nehézségekbe ütközik; az újabb vizsgáló módszerek azonban lehetővé teszik, hogy a kétségeskedést idejében megszüntessük és nyugodt lelkiismerettel ajánlhassuk a betegnek a sokszor még jó látású szem feláldozását az élet érdekében.

Érhártyadaganatra kell gyanakodnunk, ha a szemtükörrel félgömbalakú feszes ablatiót látunk, ha az üvegtest teljesen tiszta és ha nincs okunk gyulladásos, myopiás vagy traumás ablatióra gondolni. Ha a leváláshoz a szem feszülésének emelkedése járul, a leválást bizonyosan daganat okozza. Megerősíti a diagnosit, ha a leválás helyének megfelelő körülírt helyen az episclerális erek feltűnően tágak, kanyargók.

Azokban az esetekben, melyekben a daganat az érhártya elülszélén részéről indul ki, vagy az érhártya infiltrálásával laposan nő előre, már korán nyomásemelkedés támad. De ilyenkor a *Sachs*-féle lámpával is könnyű eldöntenünk, hogy a retina leválását daganat okozza-e. Ha azonban — a mint az gyakori — az érhártya hátulsó felében, vagyis az aequator és a papilla n. opt. között van a daganat, egyrészt aránylag nagyra nőhet a nélkül, hogy nyomásemelkedést okozna, másrészt a *Sachs*-féle lámpával nem tudunk mindig oly hátra jutni, hogy az ablatio fölé helyezzük.

Ilyen esetekre való a *Gyergyai Árpád* által szerkesztett kis lámpa és a *Herczel*-féle diaphanoskop, melyekkel a garat felől történik a szemteke átvilágítása. A pupillán át látjuk a felvörösítő szemfenéket s ha különösen a hátulsó bulbus-félben daganat van, az kifejezett árnyékot ad.

Sajnos, az ablatiót néha a fájdalommal figyelmeztető sec. glaukoma nélkül követi a hátrafelé áttérés, sőt olyan

esetet is észlelt, mikor az I. stadiumban levő $5/30$ látású szem enucleálása után 3 hónappal májmetastasisban halt meg a beteg.

Ezek után áttér *Fejér* esetének a megbeszélésére. Ha az esetében a retina leválását cysticercus okozná, üvegtesti homályok, jelentkező plaque-okban jellemző retinalis gyulladás jelezne már az első időben a fereg jelenlétét és a levált retinán keresztül a cysticercushólyag jellemző élénk sárgászöldes irizálását kellene látnunk, még ha a fej és mozgások nem volnának is láthatók. Ezzel szemben a bemutatót esetben a szemteke hátulsó felében a papilla fölött feszes félgömb van, a mely legfeljebb az aequatorig terjed előre. Az üvegtest absolute tiszta és a retinán semmi gyulladásos jelenség nincs. Vagyis a cysticercusra jellemző elváltozások hiányoznak. Azt hiszi ezért, hogy igen meggondolandó: vajjon nem érhártyadaganat okozza-e ebben az esetben is a leválást. És minthogy az elváltozás a szemteke hátulsó felében van, meg kellene próbálni a diaphanoskopiát, ez talán pozitív eredménnyel járna. Az észlelés hosszú időre nyújtását pedig a beteg érdekében nem merné ajánlani.

Új diagnostikai eljárás a vesefunctio meghatározására.

Mező Béla: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Korányi Sándor: Az előadónak a kryoskopia felől elmondott véleményére vonatkozólag megjegyzi, hogy tapasztalata szerint az úgynevezett reflexpolyuria sok esetben onnan származik, hogy a beteg a vizsgálat előtt rövidebb vagy hosszabb idővel vizet iszik. A vér kryoskopiájával szemben tett ellenvetések legnagyobb részének oka, hogy a vér fagyáspontjának meghatározása csak akkor ér valamit, ha az kifogástalan technikával történik és ha a szénsav befolyását oxgyénáram átbocsátásával kiküszöböljük. Az az állítás, hogy carcinoma fokozza a vér fagyáspontsüllyedését, hibás meghatározásokon alapszik. A módszer discreditalásához hozzájárult az, hogy pl. *Kümmel* a nephrektomia contraindicatiói közé mereven odaállított egy a vér kryoskopiája alapján meghatározott számot. Ez a szám csak azt mondja meg, vajjon van-e veseinsufficiencia vagy nincs. Egymagában sem a prognosist nem adja meg, sem indicatiók és contraindicatiók nem vonhatók le belőle. Csak egy adat a sok közt, a melyeknek alapján az orvos gondolkodása valamennyi körülmény tekintetbe vételével jut conclusióra. Annak idején bebizonyította, hogy a beteg vese egyenletesen működik, míg az egészségesnek működése az anyagcsere ingadozó szükségleteihez alkalmazkodik. Ez a törvény, a melyet a francziák *loi de Guyon* néven jelölnek, igen világosan jut kifejezésre *Albarran* kísérleteiben, a ki azok eredményét graphikai módon tüntette fel. A beteg vese vizeletének többé-kevésbé az egyenes vonalban közeledik, az egészséges vese vizeletében e concentrációk étkezés után jelentékenyen ingadoznak. Az előadó methodusa tulajdonképpen ezt a tényt demonstrálja, de egyszerűen, mert csak a húgyanyag kiválasztását ellenőrzi. Ha egyszeri meghatározások kétségben hagynak, akkor csakugyan a két vese vizeletének változékonyságát összehasonlítva juthatunk eredményre. Erre szolgál a hígítási kísérlet itatással, az előadó módszere és *Albarran* eljárása. Közülük az utóbbinak előnye sokoldalúsága.

Illyés Géza: A reflexes polyuriát kellő óvatossággal, az előírt szabályok pontos betartásával legtöbbször ki lehet kerülni; 3—4 órával a vizsgálat előtt a vizsgált egyén ne egyék és ne igyék. *Frisch* egy esetében, melyet az előadó említett, az egészséges vese alacsonyabb kryoskopiás értéket mutatott, mint a beteg vese. Ezt máskor is lehet látni. Ezt eredményezheti az experimentalis polyuria. Az általa és *Kövesi* által kidolgozott experimentalis polyuriát mint vesevizsgáló methodust már nem alkalmazza, mert nagyon hosszadalmas eljárás. A kathetert 2—3 óráig kell bennhagyni. Rendszerint a vesék működésének megítélésére két parallel eljárást alkalmaz. Az ureterkathetert a beteg szomjazó állapotában vezet be. Bennhagyja körülbelül $1\frac{1}{2}$ óráig, ezalatt összegyűl mintegy 5 cm³ vizelet, meghatározza ennek kryoskopiás értékét. Ugyanekkor ad indigocarmint. Polyuria esetén figyelni kell a kiválasztás idejére és nem a minőségére. Mert míg a szín intenzitásában zavar a reflexes polyuria, a carmin megjelenésének ideje az előbb meghatározott molecularis fagyáspontcsökkenéssel egybevetve, kellő betekintést enged a vesék állapotába.

A vér fagyáspontját nem szokta meghatározni, mert ott, a hol századfokokról van szó, könnyen hiba csúszhatik be a vizsgálatba és ezért abból következtetéseket levonni nem szabad. A vérfagyáspont meghatározására akkor van szükség, ha a vizeletet nem tudjuk sepa-

rálni, pl. hólyagtuberculosis esetén. Ilyenkor a vér fagyáspontja tájékoztat a felől, hogy van-e renalis insufficiencia.

Torday Árpád: Azon eljárások közül, a melyeket a vesék functionális vizsgálatára ajánlottak, az I. sz. belklinika a phenolsulphophthaleint próbálták ki.

Az eljárás kellő cautelák mellett végezve eléggé megbízható eredményeket ad ugyan, azonban nem teljesen veszélytelen, mert két vitumban szenvedő állapota a szerek intravenás befecskendezése után rosszabbodott. A mi a serum alkalmazását illeti, megjegyzi, hogy azt a vesebántalom helyének és fokának megállapítására Monakow ajánlatára alkalmazzák. Az ureumot olyképpen adják, hogy miután a beteget több napon át egyenlő összetételű diétán tartották, egyszerre 20 gr. ureumot adnak be neki, a mit az egészséges vese 48 órán belül elválaszt, míg vascularis természetű vesebaj eseteiben a többlet lassabban vagy egyáltalában nem választatik ki.

Weisz Ferenc: Rendkívül nagy érdeklődéssel hallgatta az előadást, mert az eddigi functionális vesevizsgálati eljárások nem teljesen megbízhatók. Míg az esetek legtöbbszörében — ott, hol pontosan végezhető az urether-katheterismus — 2-3 vizsgálati mód összehasonlító adatai alapján a gyakorlat számára elég megbízhatók az eredmények, addig azon súlyos esetekben, hol nemcsak a vesék, de a hólyag is megbetegedett és így sem ureterkatheterismus, de még cystoskopiai vizsgálat is alig végezhető, a mai functionális vizsgálati módszerek nem elégségesek. Kétoldali megbetegedés esetén ma többnyire a vérkryoskopióból vonnak következtetést, de még föltéve, hogy jól történt a vizsgálat, még akkor sem teljesen megbízhatók az adatok, mert egyrészt vannak veseinsufficienciák, mint a reflexinsufficienciák vesefájdalmak tartama alatt és a mechanikai insufficienciák, a melyek nem jelentenek kétoldali megbetegedést; és másrészt a vér normalis fagyáspontja sem utal okvetlenül teljesen ép vesére; mert lehet, hogy a vér fagyáspontja azért normalis, mert az anyagcsere oly csekély, hogy egy vese kis része is győzi a termékeinek eltakarítását; vagy pedig veseinsufficiencia mellett azért találunk normalis fagyáspontot, mert a szilárd molecularetentióval arányos vízretentio van jelen. Ily esetekben tehát sem a vérfagyáspont-meghatározás, sem a kétoldali vesefeltárást nem nyújt elég biztos érzést az operateurnak a veseeltávolítást illetőleg, mert már többször megtörtént, hogy a beteg, de azért még kis fokban secernáló vese el lett távolítva és a szervezetben visszamaradt veséről utólag kiderült, hogy ez még betegesebb volt és abszolúte nem tudott secernálni. Ily esetekre feltétlenül jó volna egy megbízhatóbb functionális vesevizsgálati módszerünk, csak hogy az előadó módszerét nem tarthatja annak; mert egyrészt tudjuk, hogy ilyen súlyos betegségeken a hígítási eljárás milyen nehezen vihető keresztül, mert a betegek a vizet nem jól tűrik, a mellett még ureumot kell befecskendezni egy oly szervezetbe, melyben onnan el nem távozott anyagok úgyis túlnagy mennyiségben vannak jelen.

Mező Béla: A hozzászólásokra megjegyzi, hogy a beteg előkészítésével, nevezetesen a vizsgálat előtti vízelvonással nem sokra megyünk. A reflexes működés-zavarok a vízelvonás mellett is beállhatnak, még pedig úgy a polyuria, mint az oliguria és anuria. Felemlíti egyik esetét, a hol az volt előtérítendő, hogy van-e pyelitis? A vízelvonás mellett végzett vizsgálatot háromszor meg kellett ismételni, mert a bal vese kétszer egymásután anuriás lett. A harmadik vizsgálat alkalmával, a mikor a beteg indigocarmint is kapott, a jelenlevők nagy meglepetésére a jobb vese lett anuriás s a megelőző vizsgálatok alkalmával anuriás oldalról bőven ürült vizelet. Ismétli, hogy a reflexes működés-zavarok gyakoriak és a kizárásukra irányuló törekvés jogosult. Elismeri, hogy belgyógyászati szempontból az ureum kiürülési viszonyainak egyedüli tanulmányozása nem elég. Veseagyuladás eseteiben ismernünk kell a veséknek a konyhasóval szemben magatartását is, sebészeti szempontból azonban az ureumkiválasztás meghatározása elégséges. Kísérletei, hogy az ureummal egyidejűleg NaCl-t is adjon, már folyamatban vannak. Arra az ellenvetésre, hogy az *Illyés-Albarran*-féle experimentalis polyuria physiologiásabb s előnyösebb, kiemeli a reflexes működés-zavarok lehetőségét s a módszert nagy hátrányával tudja be azt, hogy végzése óráig tart, a mi a gyakorlatban kivilhetetlen. Az előadó módszere egyébként ugyanazt végzi, mint az experimentalis polyuria, avval a különbséggel, hogy az experimentalis polyuriával szemben az új módszer először hígít s azután concentrál. Itt is a vesék alkalmazkodási képességét mérjük, még pedig maximalis megterhelés mellett. Több módszernek egymás mellett való alkalmazását már *Casper* ajánlotta. Itt még egy hibaforrás csúszik be, az, hogy több eljárás egymást kölcsönösen befolyásolja, pl. az indigocarmin és phloridzin. Az indigocarmin-próba és a kryoskopia nem egészíti ki egymást. Hogy az indigocarmin-próba mennyire megbízhatatlan, mutatja *Albarran* esete, a hol nagy tumor mellett talált 2 cm³-nyi functionáló veseállomány a kék színeződést élénken s pár perczen belül hozta, pedig a betegnek csak az az egy veséje volt. A vérfagyáspontmeghatározáshoz csak mint ultimum refugiumhoz fordulunk. A gyakorlati jelentősége kevés. Az ureumbeadáshoz nem kell félni még oly esetekben sem, a hol a vesék már insufficiensek, mert a kísérlet közben beadott kis ureumplus nem jön számításba, mert a szervezet több 100 gr. ureumot elbir. Végül felemlíti egyik esetét, a hol négy hét múlva újból kellett ureterkathetereznie. A míg a vízelvonás mellett kapott értékek Δ -je az első esetben — 1.10 körül volt, addig az előadó eljárásával kapott értékek Δ -je — 0.15 és — 1.60 volt. Hangsúlyozza, hogy az ugyanazon oldalon kapott két érték sokkal többet mond, és pedig olyankor, a mikor a reflexek kizárásával nyert adat feltétlenül megbízható.

Közkórházi Orvostársulat.

(III. bemutató ülés 1914 február 4.-én.)

Elnök: Hainiss Géza.

Jegyző: Szinnyei József.

Tabes juvenilis.

Keller Kálmán: A 22 éves tanulót 1908 szeptember 28.-ától kezelik mint ambulánst a szent István-kórház idegosztályán.

Gyermekkorában átesett kanyarón, scarlatinán és más gyermekbetegségeken. Az iskolában jól tanult, elvégezte a polgári és kereskedelmi iskolát és a kereskedelmi érettségit jó eredménnyel letette. Nyolcz évvel ezelőt bal szemének felső szemhéja lassan lejjebb sülyedt, nehezen tudta emelni és ugyanakkor duplán is látott. A bántalom pár nap alatt fejlődött ki, s áttért a jobb szemhéjra is. Ugyanakkor a felső állkapocsból öt foga kihullott, de azóta újra kinőttek. Szemhéját csak a homlok ránczolásával tudta emelni. Születe óta rövidlátó, e miatt szemüveget visel.

A mult esztendőben heves szaggató fájdalmakat kapott bal alsó végtagjában, mely hónapokon át tartott, éjjel és nappal fennállott. Zsibbadást vagy más paraesthesiákat végtagjaiban nem érez, vizeleti és székelési nehézségei jelenleg nincsenek, négy hét előtt azonban egy hétig tartó vizelet-csepegés jelentkezett.

Édes anyja fiatalon halt meg koraszülés közben. Két testvére halva született, három koraszülött volt.

Jelen állapot: Gyengén fejlett, halvány, gracilis csontrendszert, satnya izomzatú, igen szűk mellkasú egyén. A homlokránczolás, általában a facialis-innervatio rendben van. Baloldalt erős ptosis, jobboldalt mérsékelt, de felszólításra jól emeli mindkét szemhéját. A szemzárás jól sikerül. A szemmozgások minden irányban megvannak, de a fel- és lefelé nézés baloldalt korlátozott. A pupillák inkább tágak, szabálytalanok, szögletesek, sem fényre, sem alkalmazkodásra nem reagálnak. A szemfenék ép.

Szily tanár 1908 október 6.-án még astigmatismust is megállapított. A felső végtagi csonttörések és inreflexek élénkek, a térd- és Achilles-inreflexek mindkét oldalt hiányoznak. A hasfali bőrreflexek kiválthatók. A tapintás- és fájdalomérzés ép. Csekély *Romberg*-tünet, mérsékelt ataxia és hypotonia.

A Wassermann-reactio úgy nála, mint atyjánál positiv. Összefoglalva a mondottakat, betegünknek aránylag hirtelen beállott kétoldali ptosis, szemizombénulások, a pupillák fény- és alkalmazkodási reakciójának hiánya, *Romberg*-tünet és az alsó végtagi inreflexek kiesése által jellemzett körképet találunk. Ez alapon bátran diagnoskálhatnók akár a tabes juvenist, akár pedig a *Friedreich*-féle ataxiát, mert mindazon megkülönböztető jelek, melyek alapján egyszer inkább tabest, máskor *Friedreich*-ataxiát körjelzünk, az idők folyamán az észleletek gyarapodásával elmosódtak. *Oppenheim* maga is hangsúlyozza, hogy ez esetek közt sok az átmeneti alak, mely részben az egyik, részben pedig a másik csoportba sorozható.

A beteg további sorsára nézve nagyobb fontosságúnak találom azt, hogy a mult esztendőben heves, több hónapig tartó lancináló fájdalmak jelentkeztek a bal alsó végtagban, a melyek összefüggésbe hozva a beteg vérének positiv Wassermann-reactiójával, a régi degeneratív folyamat mellett hevenyész folyamat keletkezésére, ez esetben spinalis meningitisre utalnak. Véleményem szerint minden tünet sokkal inkább értékesíthető a degeneratív folyamat mellett, mint a fájdalom. A fájdalom már nem magyarázható a lassú degeneratív processus előhaladásával, itt fel kell vennünk a gerinczvelő burkának hevenyebb irritációját, mint a mely e localis fájdalmakat előidézte.

Favus corporis esete.

Havas Adolf: A favus capitis nem tartozik a ritkán előforduló bőrbajokhoz; a miért ez esetet bemutatja, az azon körülmény, hogy a favus-scutulumok elszórtan a törzs köztakaróján is láthatók. A bántalom ezen alakja igen élénken igazolja azon tapasztalatot, hogy a favus különösen a szegénység, a nyomor, a rossz hygienés viszonyok között élők,

a művelődés alacsony fokán lévő és piszokban tengődők megbetegedése. Ott fordul különösen gyakrabban elő, a hol az emberek a háziállatokkal intenzívebb érintkezésbe jönnek, velük egy helyiségben laknak. Az egér és patkány azon állatok, a melyeket igen gyakran támad meg a bőrbántalom és ezen kis állatokra ezen megbetegedés majdnem mindig halálos. Ezek fertőzik a kutyát, a macskát, a házinyulát és a szárnyas háziállatokat, ezek azután különösen a fiatalok egyénét, a gyermekeket. A favus gyógykezelése ma tetemesen megkönnyített a röntgenezés által.

A törzsön előforduló favus erőyes szappanos mosással hamar meggyógyítható.

Acne picealis esete.

Havas Adolf: Kátránnyal vagy kátrányt tartalmazó anyagokkal (nem destillált petroleum, benzin, kreosot, stb.) foglalkozókon, akár azáltal, hogy ezen anyagok a bőrre dörzsöltetnek, vagy hogy ilyen anyagok páráival telített levegőben tartózkodnak, a bőr szőrzetes részein egy az acne vulgaris-hoz hasonló elváltozás keletkezik. A bántalom különösen az alsó és felső végtagok feszítő oldalán jelentkezik. A faggyumirigy- és hajtüsző-nyílások fekete kátrányos anyaggal kitöltöttek; kölesnyi, kendermagnyi, borsónyi, vörös, tetejükön fekete comedóval bíró vagy sárgás-zöldes genyet tartalmazó göcsök képződnek, melyek esetleg kis mogyorónyi tályogokká alakulnak át. Ilyen elváltozást mutat a bemutatott petroleum-munkás, a kin az acne vulgaris jellegzetes helyén, az arczon, háton, sternalis részen comedók nincsenek, de igenis sűrűn fedve vannak az alsó és felső végtagok feszítő oldalai és a szőrzetes hasfal comedókkal, papulákkal és pustulákkal.

Mycosis fungoides esete.

Havas Adolf: A mycosis fungoides ritkán előforduló, rendkívül idősebben lefolyó és többnyire halálra vezető megbetegedés. A kórkép az esetek nagyobb számában éveken át tartó és fennálló erythemák, urticariaszerű elváltozások, az eczema különböző szakait imitáló alakzatok, vagy a psoriasis vulgarishoz hasonló képek alakjában jelentkeznek. Ezen elváltozások rendkívüli viszketéssel járnak és hol visszafejlődnek, hol ismét kiújulnak. Majd a bántalmazott bőr megvastagszik és a kórfolyamathoz a nyaki, hónalji, az inguinális és cruralis mirigyek feltűnő megduzzadása szegődik. E most leírt elváltozások éveken át jöhetnek és mehetnek és az ú. n. praemycosis szakot alkotják.

Ezek az említett változások a bőrön zajlanak le a most bemutatott betegen is. A midőn a beteg bejött a kórházba, a kórkép hasonlított az universalis erythema scarlatiniforméhoz. Különböző gyógybeavatkozásokra az állapot javult, a bőr halványult, de a viszketés nem szűnt meg. Hetek után egy másik kórkép jelentkezett az egész bőrön: az eczema desquamansra hasonlító kórkép. Több heti fennállás után ez is eltűnt, de a viszketés, bár kis fokban, még mindig fennállott. Most azután a hónalji, az inguinális stb. nyirokmirigyek megduzzadásával egyidejűleg a psoriasis vulgarishoz hasonló kórkép jelentkezett a bőrön. Ezekből az erythrodermiákból fog majd most kifejlődni a lichenoid vagy a lapos beszűrődéses állapot, a milyen már most is látható a jobb ágyéktájon, vagy a bántalom még tovább halad és egyes merev beszűrődésű daganatok keletkeznek, melyek úgy mint az előzetes szakok elváltozásai, spontán visszafejlődhetnek, vagy fekélyesen szétesnek. Így tart ez éveken át, mígnem lassanként táplálkozási zavarok jelentkeznek, a betegek lesóványodnak, lázak, diarrhoeák szegődnek a folyamathoz, cachexia fejlődik ki, majd a folyamathoz szegődő valamely complicatio a beteget elpusztítja.

A bántalom aetiologiája tökéletesen ismeretlen. Ugy a praemycosis, mint a tumoros szak elváltozásainak szövetszerkezete a mellett látszik szólni, hogy gyulladásos folyamattal van dolgunk. Talán valamely protozoon a betegség okozója.

Therapeutice elsősorban arra kell gondolnunk, hogy a

beteg erejét fenntartsuk, constitutióját javítsuk. Ennek megfelelően különösen az arsen-készítmények jönnek tekintetbe. A viszketés, a beszűrődéses állapot és a tumorok ellen határozottan jó befolyást gyakorol a Röntgen-sugárzás. Azonban sajnos, e jó hatás csak ideiglenes, mert mihelyt beszüntetjük a röntgenezést, rögtön ismét jelentkeznek a tünetek.

A testfelület és az emlő rákjai.

Pólya Jenő: A testfelületen látható és tapintható rákokról szólva, reámutat elsősorban bizonyos aetiológiai momentumokra, a melyeknek ezen rákok keletkezésében klinice fontos szerep jut. A köztakaró rákjaira nézve főleg apró, de gyakran ismétlődő traumás ingerek, hosszú ideig fennálló gyulladásos folyamatok bírnak oki jelentőséggel, míg az emlőrákok keletkezésében az egyszeri behatásnak is úgy látszik, nagy szerep jut. Hangsúlyozza a korai diagnosis fontosságát, fejtegeti a különböző differentialdiagnostikai jeleket és reámutat a próbaexcisio és a próbaexstirpatio jogosultságára és fontosságára. A therapiában ezidőszert a legtöbbet — és korán operált esetekben igazán sokat — a sebészi beavatkozástól várhatunk. A sugaras gyógykezelési eljárások közül a Röntgen-fényről bebizonyult, hogy csak egészen felületes bőrrákok, ulcus rodensek és basalsejtű rákok esetén várhatunk tőle hasznót; a radiumra nézve az eddigi tapasztalatok nem engedik meg végleges vélemény alkotását, mindenestre szaporodnak itt is az esetek, a melyekben a szer nem vált be vagy a melyekben az elsődleges daganat eltűnését mirigyrecidiva követte. De még ha panaceája volna is a radium a ráknak, a mint hogy bizonyosan nem az, már a radium ritkaságánál fogva is a rákbetegek nagy tömege más-képp, mint sebészi beavatkozásokkal, nem volna kezelhető. Ezen sebészi beavatkozások principiumait fejtegeti azután a bőr különböző localisatiójú rákjai, valamint emlőrák eseteiben.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(IX. szakülés 1914 május 9.-én.)

Elnök: **Tompa János.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. **Géber János spirochaeta pallida** tenyésztését mutatja be és a kitenyésztett spirochaetákat elsötétített látótérben demonstrálja.

II. **Tatár Koriolán: Rhinoscleroma esete.** Az eset azért érdekes, mert a rhinoscleroma aránylag ritka megbetegedés, másrészt mert a scleroma ráterjed az egész orrüregre, a garatívre, az uvulára, a kemény szájpadon át pedig a gingivára. Az állalatti mirigyek beszűrődöttek.

Az előadó röviden tárgyalja az irodalmat, rámutat *Hebra*, *Kaposi*, *Géber*, *Mikulicz* és *Marschalkó* vizsgálataira. Foglalkozik a rhinoscleroma aetiologiájával és a rhinoscleroma-bacillus morfológiájával. Előadja, hogy a therapiája a rhinoscleromának még nagyon a kezdetén van. Előhaladottabb esetekben a Röntgen-kezeléstől várnak jobb eredményeket. A prognosisa a bemutatott esetnek infaust. Az excidált gingivából mikroszkopi metszeteket mutat be, rhinoscleroma-bacillusokkal.

Makara Lajos felhívja a bemutató figyelmét arra, hogy ilyen esetekben ajánlatos volna a radiumos kezelés.

III. **Bánóczi Margit két staphylococcus-sepsisről** referál és bemutatja az élőből kitenyésztett coccusokat.

IV. **Lechner Károly előadása: A freudismusról.** II. rész. (Megjelenik az „Értesítő” 1914. évf. III. füzetében.)

(X. szakülés 1914 május hó 16.-án.)

Elnök: **Davidá Leo.**

Jegyző: **Konrádi Dániel.**

I. **Büchler Dezső: Veszélyesített karbénulás.** Egynapos újszülöttet mutat be, ki a bal karját emelni, mozgatni nem tudja, de az alkarját be tudja hajlítani, bár lassabban és gyengébb erővel, mint a jobbát. A bal hüvelykujj is béna, kisebb mér-

tékben a mutatóujj. A kéz erős pronatiós tartásban. A nyak bal oldalán még kivehető egy gödörszerű behúzódnás, a hova a bal váll jól beilleszthető; a kar és alkar természetes elhelyezése, illetve a nyakra való beillesztése egészen könnyen sikerül, a mikor is a kéz a jobb vállra jut fokozott befelé-rotatiónban.

Érdekes, hogy ugyanazon anyától ezelőtt két évvel tökéletesen hasonló bénulásos jelekkel született egy fiúgyermek, szintén I. koponyatartásban. Akkor fogóműtét történt és a szülők az orvost hibáztatták, hogy a fogóval történt erős összenyomása a fejnek okozta a bénulást.

Bemutatja ezt a két éves gyermeket is, a kin tökéletesen megegyező bénulásos jeleket lehet észlelni. Megemlíti, hogy ezen veleszületett karbénulást több ok hozhatja létre. Lehet izomhiányok, veleszületett vállizületi ficzamosodások vagy ficzamosodás nélküli distorsiós állapotok, tokszalag-, vagy porczihiányok, centralis vagy peripheriás idegbénulások stb. következménye. Ugy véli, hogy jelen esetben a leírt jelenségek a válnak a nyakhoz való szorítottsága, az elég jól fejlett (4650 gr.) gyermek intrauterin életének utolsó szakában a plexus brachialis főleg axillaris és radialis idegfonatainak nyomása következtében támadtak. Legalább a váll beillesztése a supraclavicularis tájék felett a nyak bal oldalára, a hol a plexus brachialis lefutásának megfelelő helyen gödör látható, könnyen végezhető és arra enged következtetni, hogy ez a nyomás okozta a részleges bénulást.

Korán kezdett massage, villamozás indokolt.

II. Döri Béla: *Plethora vera* esete. Az esettel kapcsolatosan ismerteti a benzollal való orvoslás mai állását.

III. Lechner Károly előadása: A freudismusról. Harmadik folytatásos és befejező előadás. (Megjelenik az „Értesítő” 1914. évf. III. füzetében.)

PÁLYÁZATOK.

2618/1914.

A lemondás folytán megüresedett **ratkói körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A körorvos javadalmazása:

1. Az 1908 : XXXVIII. t.-cz. szerint 1600 korona törzsfizetés és négyszer ismétlődő, a nyugdíjba beszámító kettőszáz korona ötödéves kórpótlék.
 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 **flyó 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. étellemezéssel javadalmazott **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek, felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi augusztus hó 15.-én d. e. 11 óráig** annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1914 július 23.-án.

Herzog Ferencz dr., s. k., tud.-egy. ny. r. tanár, igazgató-helyettes.

A losonczi 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 kórpótlékból 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.

Losonc, 1914 július hó 17.-én.

Losonczi ker. munkásbiztosító pénztár.

A Gregersen-féle erdőipar részvénytársaság betegsegélyző pénztára **azonnali belépésre** keres egy orvost, ki a 8 ágyas gyári kórházat vezetné és a háziógyszertárt is ellátná. A német és egy szláv nyelv tudása szükséges. Az állással bútorozatlan lakás, világítás és tűzifa jár. Pályázatok az igény és az eddigi gyakorlat közlésével fenti pénztárhoz intézendők.

Gregersen-féle erdőipari részvénytársaság betegsegélyző pénztára Zavidovici.

Gregersen Béla, igazgató.

A mezőhegyesi m. kir. állami ménesintézetnél az alanti parancsnokság **két kiegészítő orvosi állásnak** bizonytalan időre való azonnali betöltésére pályázatot hirdet.

Ezen orvosok javadalmazása egyenkint 12 kor. napidíj és egy bútorozott szobából álló lakás.

A folyamodványok a megfelelő okmányokkal felszerelve, **flyó évi augusztus hó 10.-éig** a lenti ménesparancsnoksághoz nyújtandók be. Később beérkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

Orvosszigorlók is pályázhatnak.

M. kir. állami ménesparancsnokság Mezőhegyesen.

341/1914.

Az évi 1600 korona készpénz és 600 korona lakbérrel javadalmazott **szárcsai körorvosi állás** 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 nagykamarási **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.

2508/1914. sz.

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

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Alsócsóra, Alsótatárlaka, Maroskarna, Akmár, 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 utiátalány.
4. 1200 korona évi helyi pótlék.
5. Vármegei 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 EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Nagy Tivadar: Közlemény a pesti izr. hitközség nőbeteg-osztályáról. (Főorvos: Berczeller Imre dr.) Egy méhsarcomáról. 611. lap.

Lénárd Dezső: Közlemény Magdeburg város sudenburgi közkórházának belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Schreiber E. dr.) A vér czukortartalmának megállapítása a Bang-féle mikromethodussal. 616. lap.

Sellei József: Parapsoriasis és tuberculid. 617. lap.

Kollarits Jenő: Háború és tuberculosus. 619. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Georg Burckhard: Joseph Servatius von d'Outre-pont. — **Hugo Selter:** Handbuch der deutschen Schulhygiene. — Új könyvek. —

Lapszemle. Belorvostan. Hotz: A coagulennal való vérzéscsillapítás. — **Th. Hausmann:** 'A lappangó és burkolt vesekehelymegbetegedés (pyelitis). — **Sebészet. H. Janszus:** Noviformmal végzett sebészi kezelések. — **Húgyszervi betegségek. Kümmel:** A nephritis sebészi gyógyítása. — **Fülörvostan. Kirchner:** A koponyaalapi törések a processus mastoideus részesedésével és ezek kezelése. — **Kisebb közlések az orvosi gyakorlatra. Zahn:** Gelonida somnifera. — **Kossuth László:** Calcarin. — **A. Fraenkel:** A szívelégtelenségben szenvedők álmatlansága. — **Popper:** Pertussis. 619—622. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. 622. lap.

Vegyes hírek. 622. lap.

Tudományos társulatok. 623—626. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának nőbeteg-osztályáról.
(Főorvos: Berczeller Imre dr.)

Egy méhsarcomáról.*

Irta: **Nagy Tivadar** dr.

A méh sarcomáit úgy szoktuk osztályozni, mint a sarcomákat általában; legszokásosabb felosztásuk a daganatsejtek alaktani tulajdonságain, egy másik a daganat-sejttömegeknek a környező szövetekhez való viszonyán alapszik; nyoma van olyan törekvésnek is, hogy az egyes daganatokat keletkezésük helye, tehát eredetük szerint különítsük el egymástól s mindezekon kívül a méhsarcomák felosztásakor külön szempont is szerepel, a mikor a daganat helye szerint megkülönböztetünk nyálkahártya- és fali sarcomákat.

A felosztás valamelyes rendszer alkotását célozza, hogy ilyennek birtokában azokat a szövetképződéseket, melyeket általános ismertető jelek alapján sarcomának ismertünk fel, de a melyek a részletekben mégis különböznek egymástól, éppen ezen eltérő tulajdonságok által szorosabban körülhatárolt, tehát kisebb osztályokba is sorozhassuk s így a sarcomák nagy körén belül még pontosabban jellemezhezzünk adott esetben egy-egy daganatot. Világos, hogy a beosztás csak akkor fogja célját megközelíteni, ha az osztályozás jellegzetes és éles különbségek alapján történt s ilyen szempontból bírálva a méhsarcomák szokásos felosztásait, egyikről sem állíthatjuk azt, hogy tökéletes.

Ha elméletben helyeselhetjük is a sarcomáknak nyálkahártya- és fali sarcomákra való különítését, ez a gyakorlatban sokszor nem jelent egyebet, mint elmosódó makroszkopias különbségeket s egyes osztályain belül a sarcomáknak sok olyan válfaját ismerjük, a melyek bár egymástól lényegesen

elütnek, ezen beosztás alapján mégis egy csoportba kerültek. Hogy a daganatsejtek alaktani tulajdonságain felépülő rendszer miért nem felel meg céljának, azt **Rob. Meyer** szavaival magyarázom: szerinte a kis gömbsejtes sarcomák azért ritkák, mert fejlődésük folyamán csakhamar átalakulnak nagy gömbsejtesekké, viszont a nagy gömbsejteknek orsó- vagy sokszögletű daganatsejtektől való elkülönítése majdnem lehetetlen s talán ez az oka annak, hogy ezen rendszer legtöbb tagot számláló alosztálya a vegyes sejttű sarcomák nevét viseli.

A diffuse infiltráló sarcomák tekintélyes számával szemben az alveolaris, perivascularis és angiosarcomák csak elenyésző kisebbséget jelentenek, de ha el is tekintünk ettől, a sarcomáknak ilyen felosztása már csak azért sem szerencsés, mert nem egységes alapon nyugszik. Alább látni fogjuk, hogy a diffúz infiltrációt nem állíthatjuk szembe sem az alveolaris szerkezettel, sem az érköri helyezkedéssel, mert utóbbi tulajdonságok következményei egyrészt a daganatsejtek magasabb érettségi fokának, másrészt specialisan érköri eredetűnek, ezek tehát már más, még pedig olyan rendszernek tagjai, a melyben a felosztás a daganatok histogenesise szerint történik. A sarcomáknak eredetük szerint való osztályozása azonban mindeztideig csak kísérlet maradt; ezt a kétségtelenül czélszerű felosztást meghiusítja az egyes daganatformák homályos és meg nem állapítható histogenesise. Ezen körülményben rejlő akadályokat nem hárította el annak a megismerése, hogy a növekedés általános szabályai nemcsak a physiologias embryonalis és postembryonalis növekedésben, hanem a pathologias növekedési folyamatokban is érvényesülnek, a hova a regeneráció, sebgyógyuláson, metaplaszián, hypertrophián stb.-in kívül a daganatfejlődés is tartozik s nem győzte le a növekedés problémájának ha lassan, de mégis fokozatosan előrehaladó megismerése sem.

Nagyjelentőségű tétele a növekedésnek, hogy minden növekedés ébrényi állapotban levő sejtelemekből indul ki s hogy minden szövetféleség pathologias növekedése közben is azt az utat követi, a melyen áthaladt akkor, a mikor physiologias növekedése közben ébrényi állapotából functionáló

* Ezt a közleményt az Archiv für Gynaek. 102. kötetének X. és XI. tábláján nyolcz színes ábra illusztrálja.

szöveté fejlődött. A növekedésnek egy másik szabályszerűsége, melyet a specificitas törvényének nevezünk, hozzávetőlegesen mértékét adja az embryonalis állapotba való visszatérés mélységének; az a körülmény, hogy a növekedésben levő szövetek majdnem kivétel nélkül az anyaszövettel azonos szövetféléseket hoznak létre, a mellett szól, hogy pl. a kötőszövetes csoportban a növekedés nem a teljesen indifferens mesenchymalis csírákból, hanem olyanokból indul ki, a melyek bizonyos irányban, még pedig jövő működésük tekintetében, már differenciálódtak. Az ép szövetben meglátni vagy megjelölni ezeket a csírákat nem tudjuk, de minden szövetféléseknél ismerjük azokat a helyeket, a hol a növekedés céljait szolgáló, embryonalis állapotban levő sejt termékek legelőbb jelentkeznek, a hol a növekedési folyamat kezdődik, s ezeket a helyeket növekedési középpontoknak, vagy másképp indifferens zónáknak nevezzük.

Minden egyes szövetféléseknél vannak növekedési középpontjai s ezek nemcsak a physiologiás növekedés céljait szolgálják, hanem a pathologiás növekedés közben ott jelennek meg az ébrényi állapotban levő sejt termékek, a melyek aztán a physiologiás növekedéssel nagyjában megegyező érési folyamatnak indulnak. A pathologiás növekedésnek kezdeti sejt termékei azonban növekedési képesség tekintetében nem egyenrangúak; általában véve azt mondhatjuk, hogy azok a szövetfélésegek, melyeknek tökéletesebben kellett specializálódnok, hogy életfeladatuknak megfelelhessenek, veszítenek növekedési képességükből, az ilyen szövetek pathologiás növekedési termékei nem tudják elérni a szövetérésnek azt a magas fokát, mely az anyaszövet sejtjeit specialis működésre képesítette. De nemcsak minőségi különbségek vannak, a tökéletesebben érett szövetek számbelileg sem produkálnak elegendő sejtelemeget, s az ebből eredő hiányok olyan szövetek növekedési középpontjai által pótoltnak, a melyek az ontogenésis alacsonyabb fokán maradván, nagyobb növekedési energiával bírnak. A növekedési képesség tehát fordított arányban áll a szövetek fejlettségével, így azt látjuk, hogy a mesenchymából eredő, gyűjtőnéven kötőszövetes csoportba tartozó szövetfélések között a legkevésbé fejlett és specializált rostos kötőszövetnek maradt meg a legnagyobb növekedési energiája, utána következik az ér-, csont-, porc-, zsír- stb. szövet olyan sorrendben, a mint a szövetérésnek mind magasabb fokára jutottak, hogy specialis feladatuknak megfelelhessenek. A megőrzött nagy növekedési energia azonban nemcsak arra képesíti a rostos kötőszövetet, hogy pathologiás növekedése közben is elérje érettségének olyan fokát, melyet physiologiás növekedése közben ér el, hanem hogy a fejlettebb szövetek megfoghatózott növekedési képességéből eredő hiányokat is pótolja, vagyis hogy minden pathologiás növekedésben vezérszerepet játszszen.

Hogy honnan származnak azok az embryonalis állapotban levő sejt elemek, a melyekből a rostos kötőszövet pathologiás növekedése kiindul, az még vita tárgya, egyes kutatók kíváncsori fehér vérsejteknek mondják, mások érett szövetsejtekből származtatják őket, sokan úgy magyarázzák, hogy a vérből és érett szövetsejtekből vegyesen erednek. A vitás eredet mellett azonban bizonyos az, hogy ezek az egyformán embryonalis állapotban levő sejtek, nevezzük őket apró gömb-, epitheloid, plasmasejteknek, klasmatocytáknak és különféle vándorsejteknek, az érköri laza kötőszövetben jelennek meg legelőbb, e helyen kell tehát a rostos kötőszövet növekedési középpontjait keresnünk, itt kezdődik a rostos kötőszövet pathologiás növekedése. A kezdeti sejt termékek aztán fokozatos érésnek indulnak s ennek az érési folyamatnak az a lényege, hogy az embryonalis állapotban levő sejtek nagy, majdnem kizárólagos szaporodási képessége lassankint functionáló képességgé alakul át s a sejt életében folyó változás kifejezésre jut a sejt alakbeli tulajdonságaiban is. A pathologiás növekedés kezdeti termékeiben, mely túlnyomóan apró, de mégis változatos alakú sejtekből tevődik egybe, előbb a sejt alakbeli különbségei enyésznek el, a sejt alakjának megváltozása egy-egy állomását jelzi a haladó szövetérésnek s ezzel arányosan a szaporodási energia csök-

kenésének, s ez a folyamat akkor éri el csúcspontját, a mikor a sejtek mind orsó-alakot öltvén, rostot produkálnak s így feladatuknak megfelelően, teljes nyugalmi állapotba helyezkednek.

A sarcomák histogenesisének mai állása szerint a daganatok is a növekedés céljait szolgáló sejt elemekből indulnak ki. A daganatképződés azonban abban tér el és pedig jellegzetesen minden más pathologiás növekedéstől, hogy a daganatsejtek végig megőrzik azt a nagy szaporodási energiát, mely a többi pathologiás növekedési folyamat kezdeti, tehát még érésre váró sejt termékeit jellemzi, az nem alakul át functionalis energiává, vagyis a működő szöveté érési folyamata valamilyen okból elmarad. A rendes növekedési folyamatból való kikökenés aztán azt eredményezi, hogy ezek a sejt termékek változatlanul megőrzött nagy szaporodási energiájuk révén újabb és újabb és mindig hasonló természetű sejteket hoznak létre s ebben az önmagából gyorsan fejlődő új szövetben hiányozván a rendes érési folyamatra való hajlandóság, ez nem illeszkedhetik bele az anyaszövetnek a szervezet céljait szolgáló működésébe, hanem határtalan növekedési energiájánál fogva a környezet rovására menő pusztító hatásokat fejt ki. Ezek szerint tehát a sarcomák a mesenchymából eredő szövetek növekedési középpontjaiban keletkeznek, a rostos kötőszövet sarcomái a szorosabb értelemben vett kötőszövet indifferens zónáiban, az érköri laza kötőszövetben; folytatólagos fejlődésük folyamán elmarad a functionalis rendes szövetbe érési és a növekedési termékek változatlanul megőrzik szaporodási energiájuknak azt a mértékét, mely őket a rendes növekedési folyamatból történt kikökenéskor jellemezte. A már kialakult sarcomák megjelenési formái aztán különböznek egymástól a szerint, a mint a sejt termékeknek daganatsejtekévé való átalakulása a rendes növekedési folyamat kezdeti vagy már előrehaladottabb fasisában következett be, mert a szöveté érési folyamatával arányosan csökkenvén a kezdeti nagy szaporodási energia, a különböző időpontokban más és más proliferáló képesség állandósul s jut kifejezésre a sejt morphologiai tulajdonságaiban is s ennek megfelelően a daganatszövet sejtjei is az éretlen vagy más érettebb sejtalakok külső jeleit viselik.

Nem lehet ezek után tagadni, hogy a sejtalak szerint való osztályozásnak van némi jogosultsága, csak hogy a régi felosztás a sarcomák histogenesisének kutatása közben új tartalmat nyert, a sejt alakja ugyanis kifejezője lévén a daganatszövetet alkotó sejtek alacsonyabb vagy magasabb érettségi fokának, a daganatsejt alakja hozzávetőlegesen mértékét adja az állandósult szaporodási energiának, illetve a daganat növekvő képességének. A két legellentétebb formát állítom egymással szembe, a mikor a növekedésben gátat nem ismerő apró gömbsejt sarcomát hasonlítom össze az alveolaris sarcomával, mely daganatfészes sejtjei már a rostképzés képességét is megszerezték s a lassú tempóban növekvő daganatban a sejt parenchymán kívül rostos stroma is fejlődik.

E két határpont közé kellene a sarcomák többi formáit besoroznunk, e szerint kellene a mesenchyma más szövetfészeséből eredő daganatokat is értelmeznünk, a daganatoknak azonban ilyen sémákba való besorítása ezidőszert még legyőzhetetlen akadályokba ütközik, mert az egytípusú sejtekből álló tiszta formákon kívül nagy számban vannak olyan megjelenési alakok, a melyekben különböző alakú és típusú sejteket láthatunk.

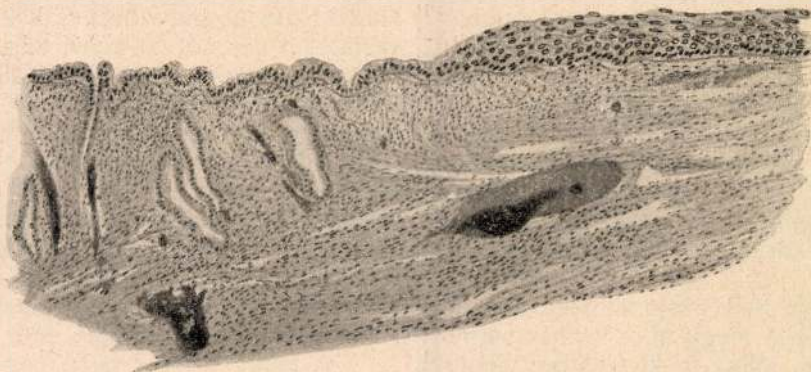
Ezt a jelenséget *Rob. Meyer* úgy magyarázza, hogy ha a daganatszövet sejtjei általában véve ki is zökkentek rendes érési folyamatukból, mégis maradt bennök valamelyes érési képesség, ez azonban csak olyan szövet fejlődését eredményezi, mely az anyaszövetből úgy structura, mint functio tekintetében elüt, annak csak torzképét adja. Előfordulhat az is, hogy a szövettani vizsgálat idején még nem tárul élénk a daganat kialakulandó végleges képe, hogy a daganatfejlődésnek csak közbeeső phasisát látjuk, különösen akkor, a mikor a vizsgálati anyag a daganat életének olyan és pedig

önkéntesen megállapított időpontjából származik, a mikor a daganat még nem érte el fejlődésének csúcspontját. Az ilyen kialakulófélben levő daganatszövetnek amúgy is elég változatos képe még szövetvényesebb lesz, ha a daganatfejlődést a szomszédos szöveteknek akár egyszerűen lobos, akár daganatos burjánzása kíséri s végeredményben olyan komplikált kép keletkezhetik, hogy annak elemzése a lehetetlenséggel határos.

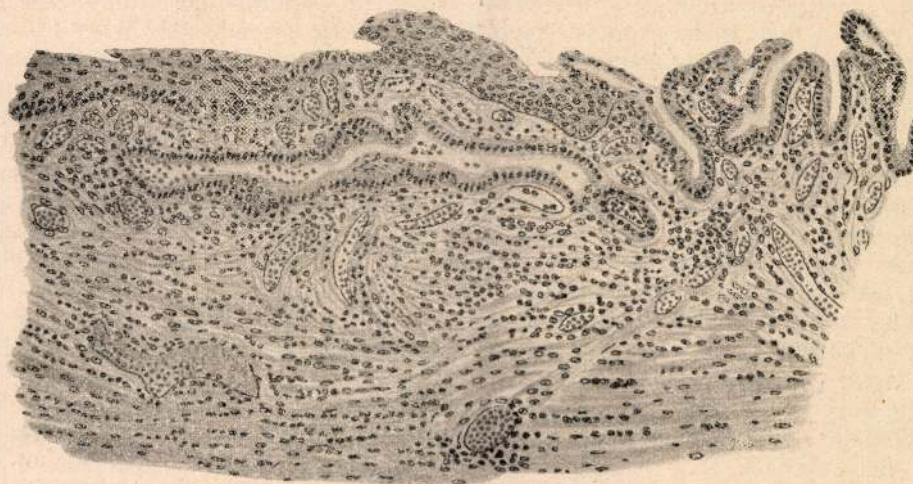
A 34 éves asszony egy kora halott, utána egy élő gyermeket szült, hat hónap előtt terhességének harmadik hónapjában elvetél, azóta rövid megszakításokkal vérzik. A feltűnően halavány, különben egészséges szervezetű asszony méhe alig valamivel nagyobb a rendesnél, környezete szabad. Laminariatágítás után kitapintjuk a méh üregét s közel a fundushoz, a hátulsó falban a méhüregbe domborodó puha szövettömeget találunk. A mikroszkopi vizsgálat céljaira ki-

ségét nem tudtam szorosan meghatározni, a mikroszkopi kép és a méhüri vizsgálat együttes adatai rossztermészetű daganatképződés mellett szóltak s ezért a méhet a hüvelyen át eltávolítottuk. Az asszony meggyógyult, ma is egészséges.

A méh nagyobb a rendesnél, hossza 11 cm., szélessége 7 cm., legnagyobb vastagsága 6 cm.; savós borítéka sima, fénylő. A méh ürege tágult, híg sötét-vörös vért és szövet-törmelékét tartalmaz. A méh alig megvastagodott, elülső falán az endometrium általában véve halvány, bársonykülsejű, helyenként azonban köles-, sőt akár lencsényi terjedelemben csillagszerűen elágazó, egyenetlen szélű s lepedékhez hasonló palaszürkésen fénylő foltok vannak rajta. A méh hátulsó fala a méhüreg felé bedomborodik, ennek csúcsán piszkos szürkésbarnás színű, egyenetlen széteső felület van, e helytől eltekintve a méh megvastagodott, akár 5 cm. vastag hátulsó falát olyan endometrium borítja, a mely a méh elülső falának



1. ábra.



2. ábra.

hozott kb. borsónagyságú darab szívós, sötét vörösesbarna véralvadékhoz hasonlít, helyenként világosabb szürkés árnyalattal. Mikroszkop alatt az egész szövet egyneműen festődő régi alvadék képét adja, helyenként finoman recézett, elhalt világosabb szövetben bőven vannak leukocyták. Ilyen elhalt területek között, bár elenyészően kis terjedelemben vannak olyan helyek, a hol frissebb vérzések közepette valamelyes szöveti szerkezet felismerhető. Kétféle, egymástól teljesen elütő sejtalakot találunk, apróbb, igen erősen festődő, sötét magú és protoplasmájú sejtek és sejt sorok között egyenként és kisebb-nagyobb tömegekben nagy számmal vannak nagy, világos magvú és széles világos protoplasmájú sejtek, a melyekben az indirect magoszlás számos jelét látjuk, utóbbi sejtfarmák többnyire egy-egy rendetlen alakú vértűrt határolnak, köztük 8—18 maggal bíró óriás sejteket is látunk.

A mikroszkopi kép teljesen elütött a méh ismert szöveti szerkezetétől, különbözőtt lepényi maradványoktól is s bár a rendelkezésemre álló anyagból a szövettképződmény minemű-

borítékával egyezik. A bedomborodás csúcsán bemetszünk a méh falába, ott kb. kisdiónagyságú daganatszövetet találunk, a puha daganatszövet egyes részleteiben régi véralvadékhoz hasonlít, másutt szívós fehéres-sárga, itt-ott ellágyult törmelékes szövetből áll. A sötét vörösesbarnás felületet a méh ürege felől betérjedő hasadékszerű mély behúzódások több mezőre osztják; világosabb sárgás-szürkés színű, sőt majdnem a fehéres izomszövet színével egyező vékonyabb-vastagabb szövetgerendák és szigetek tarkítják s a daganatnak márványhoz hasonlító olyan külsőt kölcsönöznek, mintha az több góczból állana. Egyes góczok, különösen az izomszövet határán, kifejezetten vérdús, szivacsos szerkezetűek. A daganat a halavány izomszövet felé elég élesen határolt, ki nem hámozható, közvetlen szomszédságában a látszólag ép izomszövetben is találunk apró gombostüfejnű, sőt nagyobb, elmosódott szélű sötétvörös vagy sárgás-szürkés foltokat.

Mikroszkop alatt a méh elülső falát borító endometrium helyenként alig tér el a rendestől, egysoros jól festődő fedő-

hám sejtszegény stromát borít, a melybe gyér számú kanyargós mirigymenet mélyed. A hátulsó falon is van rendes endometrium, a daganat felé közeledve azonban jól festődő egy-soros fedőhám, s ugyancsak ilyenl bélelt kanyargós mirigymenetek között a stroma sejtdús és feltűnő nagy számban tartalmaz magas endothellel bélelt kanyargós tág capillariseket; a friss vérrel telt ürök között a stroma sejtjei és rostjai finom hálózatot alkotnak, a melynek üreit apró sejtek töltik ki, a melyek sötét festődésük révén élesen elütnek a stroma halványabb sejtjeitől. Ezek az apró sejtek változó mennyiségben láthatók, helyenként nagyobb csoportokban, másutt rövidebb-hosszabb, egy vagy több sejtsorból álló menetekben helyezkednek el a stroma rostjai között, protoplasmájuk kerek, ovalis, jól körülhatárolt, benne kerek, sötétén festődő mag, mely rendszeren 2—3 magocskát tartalmaz s excentrikusan helyezkedik. Az endometrium és izomszövet határán különösen nagy számban vannak tágult és friss vérrel telt capillarisek és alacsony endothellel bélelt, tágult nyirokürökre emlékeztető nagy ürök, a melyek vagy üresek, vagy egyszerűen halvány rózsaszínű anyagot és ebben néhány polynuclearis leukocytát tartalmaznak. A vérerek és nyirokürök között levő, gerendázathoz hasonló alapszövet részben a már jellemzett módon elváltozott nyálkahártya stromából, részben jól festődő izomszövetből áll, utóbbinak kötegei között nagy tömegekben, az egyes izomrostok között pedig csak keskeny és rövid menetekben szintén találunk sűrűn összeszorított aprósejteket.

Az endometrium fedőhámja helyenként minden átmenet nélkül többrétegű laphámborítékba megy át, a laphámboríték Malpighi-rétege jól felismerhető, utána 5—6 rétegben világos fésűs sejtek következnek, tényleges elszarusodás azonban nem látható. A laphámboríték terjedelme változó, néhol csak kis szigetekskét látunk, s utána rendes fedőhám következik, másutt akár 1 cm. átmérőjű, s megfelel azoknak a lepedékhez hasonló foltoknak, melyeket a méh makroszkopiás leírásakor jeleztem. A többrétegű laphámboríték az alapszövet felé vonalszerű éles határral végződik, ez a határ sok helyen egyenes, alatta vékony rétegben kis sejtiesen infiltrált rostos kötőszövet s ez alatt izomszövet következik; másutt apró papillaszerű kiemelkedések ezt a határt alacsony vagy meredekebb hullámú vonallá alakítják, ismét más helyeken a laphámboríték érben és nyirokérben bővelkedő, apró sejtiesen infiltrált endometriuma takar, s itt a laphámboríték alatt még jól festődő hámokkal bélelt, kanyargós tágult mirigymenet is látható, mely sejttermeléken és néhány leukocytát tartalmaz; ilyen mirigymenet és fedőhám között sűrűn egymás mellett alacsony endothellel bélelt tágult capillarisek futnak. Másutt az egyrétegű fedőhámboríték még felismerhető, éles sejthatárok azonban nincsenek; majdnem egybefolyó keskeny protoplasmacsikban rendetlenül helyezkednek el a gyengén vagy már alig festődő kerek vagy szabálytalan alakú magvak, mirigymenetek hiányoznak, a fedőhám alatt az endometrium helyén erekben bővelkedő szövet van, a friss vért és sok polynuclearis leukocytát tartalmazó vérerek oly nagyszámúak, hogy lumen lumen mellé kerül. Az ilyen tág és friss vérrel telt capillarisek között vannak keresztmetszetben talált olyan szűkebb lumenek, a melyeket a bélelő magas endothel majdnem teljesen kitölt s ezeknek tartalma alig néhány vörös vérsajt, s míg a tágabb erek falán helyenként rendes alacsony endothel van, addig a szűkebb lumenek falán ülő endothelsejtek magasak, rövid orsóalakúak, s halvány protoplasmájukban egyenlőtlen nagyságú halványan festődő ovalis mag ül. Az érfalak merevek, nem egy sejtsorból állanak, hanem a lument övező rövid orsóalakú sejtek 2—3 sorából tevődnek össze, rétegesek. A hosszában metszett erek falán is rétegesen ülnek a rövid orsóalakú sejtek, helyenként a lumen meg is szűnik, illetve 2—4 sejtsorból álló hosszú és kanyargós sejtmenetbe folytatódik. A sűrűn egymás mellett álló lumenek között csak keskeny közök maradnak, a melyek néhány halványabb orsóalakú sejten kívül főképp plasmasejtekre emlékeztető sötétén festődő sejtekkel vannak kitöltve, ezek az apró sejtek ritkábban vagy sűrűbben állnak egymás mellett,

s e szerint a nagyobb ovalis alak mellett látunk sűrűn egymás mellett tömött sorokban vagy nagyobb mezőkben álló szabálytalan alakú kisebb formákat is. Indirect sejtoszlásra valló jelet nem találtam, ellenben vannak köztük ugyancsak sötétén festődő ovalis sejtek, a melyekben a hossztengetelyel és egymással is párhuzamos két ovalis mag ül. Az izomszövet határán a lumenek ritkábbak, de tágabbak, a köztük fennmaradó nagyobb közöket apró sejtekből alakult tömegek töltik ki, a melyek itt kisebb csoportokba, vagy egy-két sejtsorból álló rövidebb-hosszabb menetekbe alakulnak és szorosan odasimulnak a capillaris külső falához. A sűrűn egymás mellett álló aprósejtek határai már nem élesek, mintha a sejtek egybeolvadnának, s közös protoplasmás tömegben vagy csikban igen erősen festődő apró szabálytalan alakú magokat látunk.

A daganat csúcsa felé közeledve, a kép hirtelen változik, endometriumnak nyoma sincs, helyét tág vérürökben bővelkedő szövet foglalja el, a vérürök terjedelménél és nagy számánál fogva az alapszövet csak sejt tömegekből álló vékonyabb-vastagabb gerendázat képét adja. Az alapszövet rövid orsóalakú, nagy, világos sejtekből áll, a melyek hossztengetelyükkel párhuzamosan helyezkedvén, egy irányban fekvő sejtekből álló sejtkötegeket alkotnak, halvány protoplasmájukban ugyancsak halvány, rendetlen alakú és különböző nagyságú mag ül, mely a sejttestet a rövidebb átmérőben majdnem kitölti. Másutt a sejtek inkább nagy epitheloid sejtekhez hasonlítanak, a sejtmag kerekesebb, de nagyságban igen különböző. E sejtalakok bőven szolgálnak az indirect rendetlen magoszlás változatos képeivel, s nagy számban vannak köztük 10—20 sejtmaggal bíró óriássejtek is.

A tágult vérerek falán endothelboríték nincs, az ér fala daganatszövetből áll, az endothelnélküli nagy és szabálytalan alakú vérürök helyenként összeszűkülnek s hosszú nyúlványszerű szűk capillarisba folytatódnak, a melynek falán jól felismerhető endothelsejtek ülnek, bár nyújtott orsóalakú testük tömegesebb a rendesnél, az ér lefutásával párhuzamosan helyezkedő ovalis magjuk sötét festődése révén élesen elüt az alatta fekvő daganatsejtek világos magjától. Másutt az endothelsejtek rövidebb orsóalakúak, a sejtek hosszanti láncolata fel is bomlik s a hiányossá vált endothelboríték réseit világos daganatsejtek töltik ki. Van a daganatnak olyan részlete is, a hol daganatsejttömegek között endothellel bélelt szűkebb vagy tágult kanyargós lumenek futnak, a daganatot több apró mezőre osztják, illetve a daganatsejttömegek endothellel bélelt lumenek köré csoportosulnak.

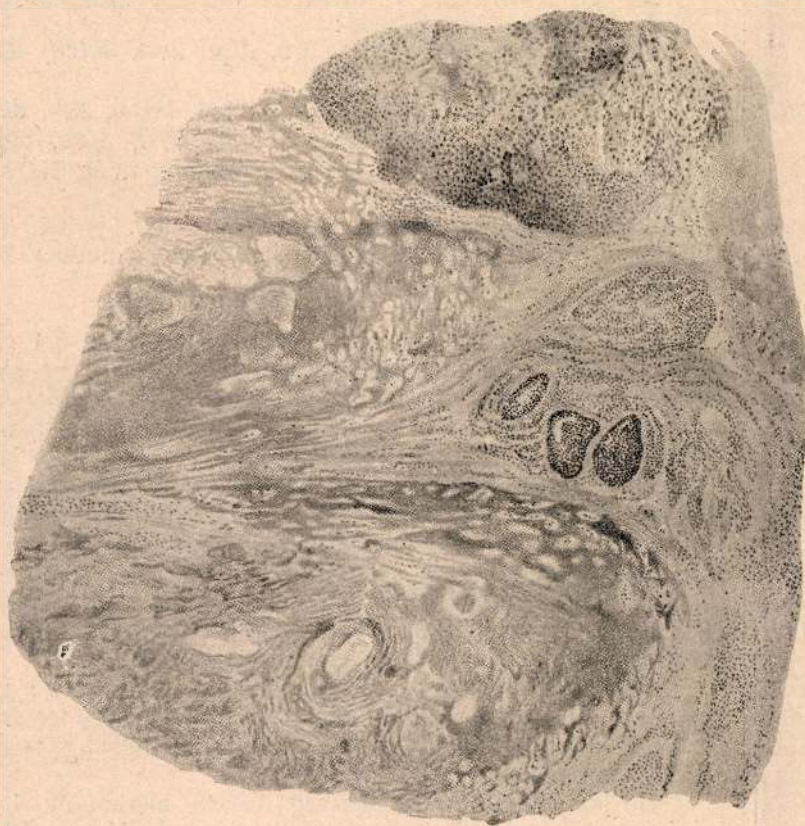
A daganat csúcsán az endometrium helyén nagy kiterjedésű elhalt szövet van, mely *Van Gieson* szerint egyneműen sárgán festődik, helyenként finoman recézett s bőven tartalmaz sokmagvú fehér vérségeket. A szövethaladás az izomszövetbe is folytatódik s az elhalt területet a felületről kiinduló hasadákszerű mély behúzódások és jól festődő vékonyabb-vastagabb szövetgerendák több mezőre osztják. Az izomszövet általában feltűnő gazdagon erezett, vastagfalú és szűk lumenű arteriák és tág vénák futnak benne, falukon rendes endothelboríték, ezalatt egy-két sorban rövid orsóalakú sejtekből álló intima van, az arteriáknál feltűnő vastag media következik. Az adventitia igen lazafonatú kötőszövet. Négy-öt ilyen eret is találunk egy csoportban, az érkörűli udvarok szélesek, az izomközötti rések tágak s az érkörűli laza kötőszövet az izomközötti tág résekbe is követhető, ezáltal az izomkötegek szoros összefüggése meglazultnak látszik. A makroszkopián is kórosan elváltozott szövet felé közeledve az erezettség még gazdagabb, a lumenek kisebbek, az adventitia tág fonatú rostjai között kisebb csoportokban vagy egy-két rövid sejtsorból álló menetben apró plasmasejteket látunk, a melyek jellegzetes sötét festődésük révén elütnek a halvány alapszövettől. Az izomzat köteges structurája jól megtartott, a magok jól festődnek.

A kórosan elváltozott rész felé haladva az elébb csak kis csoportban látható plasmasejtek mind nagyobb tömegekben jelentkeznek és kifejezetten érkörűli elrendeződéssel bírnak, a nagyobb erek adventitiájának rostjait majdnem teljesen elfedik, a vénák falán a sejtes intima orsóalakú sejtjeihez si-

mulnak. A szorosan egymás mellett fekvő plasmasejtek kitöltik az érköri udvarokat, innen behatolnak az izomkötegek között levő tágult résekbe. Más helyeken a plasmasejtek nemcsak az izomkötegek között levő résekben láthatók, hanem az egyes izomrostok között is van ilyen sejtsor, majd mind nagyobb számban fordulván elő, végül az izomköteget több izomrostból álló vékonyabb-vastagabb nyalábokra bontják. Nagyobb tömegekben láthatjuk a plasmasejteket az erek körül, melyeknek száma itt feltűnő nagy; az erek falán ülő endothel vagy gyöngysorhoz hasonlít, sok apró kerek maggal bíró sejt áll egymás mellett, vagy pedig orsóalakú testesebb sejtformák fonódnak össze rendetlen sorba; az intima halvány, rövid orsóalakú sejtek 2—3 sorából áll, ezen sejtek között már látunk plasmasejteket. A lumenek vagy üresek, vagy friss vért tartalmaznak s ez a vér feltűnő gazdag egy- és többmagvú fehér vérsejtekben. Helyenként a jól felismerhető alacsony endothel alatt a lumenbe bedomborodó sejtburjánzás van, mely a lumen nagy részét kitölti, a sej-

endothelboríték, helyét az alapszövet nagy világos sejtjei foglalják el; ezek a sejtformák elég élesen határoltak, úgy nagyság, mint alak tekintetében igen változatosak s a rendetlen magoszlás számos jelét mutatják. A vérűrok száma és terjedelme szerint a sejt alapszövet többnyire csak vékony gerendázat képét adja, másutt a vérűrok szűk capillarisba folytatódnak, ezeknek falán már van endothelboríték, közvetlen szomszédságában azonban ismét nagy halvány sejtek ülnek, köztük sok óriássejt. A plasma sejtiesen infiltrált, több helyen a szétzilált izomszövet határán a világos nagy sejtek kisebb csoportokká vagy menetekké alakulva követhetők az izomrostok és kötegek közé is.

Alig szorul bővebb bizonyításra, hogy a szövettani képek nem minden esetben alkalmasak arra, hogy valamely sarcoma histogenesisét megvilágítsák; egy előrehaladottabb kórfolyamatnak lépésről-lépésre haladó fejlődése nem tükröződik vissza a még oly szorgosan összeválogatott és mozaikszerűen egymás mellé rakott képekben sem. Érdekes és



3. ábra



4. ábra.

tes burjánzás sejtjei nem plasmasejtek, hanem jóval nagyobb rövid orsóalakú vagy epitheloid sejtekhez hasonló formákból áll, a protoplasma halvány, a mag kerek vagy szabálytalan alakú, benne rendetlen chromatin-szemcsézet. E helyen az izomszövet már teljesen felbomlott, izomköteg- és izomrostmaradványok között nagy számban vannak plasmasejtek, a rendetlen sejtszoródás kifejezett jeleit mutató halvány, nagyobb epitheloid sejtek, sok fehér és vörös vérsejt. A rendetlen összevisszaságban fekvő sejtek elhalt területekbe folytatódnak, az egyneműen festődő tömegben csak itt-ott lehet egy-egy érfal vagy vastagabb szövetgerenda alakját felismerni.

Az elhalt területek határán a rendetlen összevisszaságban fekvő sejtek között, mégis egy-egy lumen közelében gyakran találunk 10—20 magot rejtő óriássejtet s néhány típusos Langhans-féle óriássejtet.

Az elhalt terület és még jól festődő, bár plasmasejtiesen infiltrált izomszövet határán vannak egymástól izomszövetgerendák által elválasztott, körülírt góczok, a melyeknek sejtű alapszövetében igen hatalmas vérűrok fekszenek. A vérűrok tartalma friss vér, helyenként alvadék, falukon nincs

tanulságos voltuk mellett is nem egy kérdés marad válasz nélkül.

A mi az első pillanatban az összes készítményeken feltűnik, az az érköri szöveteknek olyan elváltozása, mely általában véve a gyuladás jeleit mutatja; erre vall a nagy erezettség, az erekben folyó vérnek fehérvérsejt-gazdagsága, továbbá a plasmasejtes izzadmány, mely az érköri laza kötőszövet rostjai közé, majd tömegében megnövekedve az izomközi résekbe helyezkedik, az izomkötegek szétbontása után az egyes izomrostok között is megtalálható. A plasmasejtes infiltratio az anyaszövetben egészen sajátosan rendeződik el s méreteiben túlhaladja a collateralis hyperplasia néven ismert gyuladós folyamatot, mely a sarcoma fejlődését kísérni szokta. A plasmasejtek nagy és vastagfalú erek adventitiájában jelennek meg legelőbb, kitöltik az érköri kötőszövet tág fonatú hálózatainak üreit, majd szorosan oda-simulnak a kisebb erek, különösen vékonyabb falú vénák falához s mint középpont körül nagyobb csoportokat alkotnak, később már nem tartják be az érfal által szabott határt, hanem egyenként és kisebb csoportokban vagy sejtsorokban benyomulnak az ér falába is. Ezen folyamattal párhuzamosan

haladó intimaburjánzás rövid orsóalakú sejtjei közé is; e helye a lumenek szabálytalan alakúak, tágultak, az alapszövetben az izomkötegek vékonyabb-vastagabb nyálábokra vagy egyes rostokra bomlanak s ezek között fehér és vörös vérsejtekkel vegyesen látjuk a plasmasejteket.

Az alapszövet felbomlásával arányosan fokozódnak az érfalak elváltozásai, a sejtés intimából olyan szövetszaporulatok emelkednek ki, melyek a lumenbe domborodva, az ér ürét majdnem kitöltik, a sejtés szövetszaporulatokat alacsony endothelboríték választja el az ér üretől, másutt ez a boríték hiányzik s a sejtörmégek szabadon érintkezhetnek az ér tartalmával, az átellenes falon azonban még ilyenkor is látunk endothelborítékot. A környező szövetek hiján vannak minden structurának, bár a lumenek körül főképpen plasmasejtek csoportosulnak, mégis látunk már ezek között is nagyobb világos sejteket, olyanokat, a melyenkből az endovascularis burjánzások állanak. Rendetlen összevisszaságban fekszenek plasmasejtek, izomrostmaradványok, epitheloid és óriássejtek egymás mellett, bőven tarkítva kisebb-nagyobb vérzésekkel; ezekhez kiterjedt szövetelhalások társulnak, utóbbiak környéki részein néhány típusos *Langhans*-féle óriássejt. Mindezen leleteket egybevetve, a specifikus gyuladás képe alakul ki előttünk, nevezetesen az infectiosus granulomaképződésnek két alakja: a lues és a tuberculosis.

Nem mindig könnyű e két kórfolyamatot egymástól megkülönböztetni, ha, mint esetemben is, a specifikus kórokozót kimutatni nem sikerül. Az eddig vázolt szövetelváltozások részjelenségei lehetnek a lueses granulomának, de egy atypusos gümőkóros szövetelváltozásnak is. A plasmasejtek mennyisége azonban óriási mértékben túlhaladja az epitheloid sejtek számát; az elhalt területeken nincs elcsajtosodás, sőt valamelyes szöveti structura, egy-egy érfal vagy vastagabb szövetgerenda körvonalai felismerhetők, olyan jelenségek, a melyek az infectiosus granuloma általános ismertető jeleit olyan irányban egészítik ki, hogy abból ezen szövetelváltozás lueses természetét kétségen kívül megállapíthatom.

A méh bujakkóros, még inkább gummás megbetegedéseit mindeddig sűrű homály fedi. *Döderlein* az endometrium betegségeit tárgyaló monographiájában (*Veit: Handbuch der Gynäk.*, 1907) csak annyit mond, hogy a méhnyálkahártya syphilisének anatómiai elváltozásai ismeretlenek. *Aschoff* 1911-ben megjelent *Pathologische Anatomie*-jében a méhnek két lueses elváltozását említi, a portión ülő elsődleges fekélyt, s a nyálkahártyának specifikus hurutját, utóbbinak azonban nincs jellegzetes szövettani képe. Az újabb irodalomból *Recasens* esete érdemel említést (*Ref. Zentralblatt f. Gynäk.*, 1911, 13. sz.). Rák gyanuja miatt egy méhet távolítottak el, pontosabb vizsgálásnál csak fungosus endometritist s helyenként hegszövetet találtak a nyálkahártyában, e mellett endovascularis burjánzások egyes lumeneket majdnem kitöltöttek; ezen és jellegzetes perivascularis elváltozások alapján esetét luesnek mondotta. *Hoffmann* a berlini gynaekologiai társaság ülésén 1908-ban bemutatott méhben ülő gummát.

(Folytatása következik.)

Közlemény Magdeburg város sudenburi közkórházának belgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Schreiber E. dr.)

A vér cukortartalmának megállapítása a Bang-féle mikromethodussal.

Irta: Lénárd Dezső dr.

Az eddig ismert cukormeghatározási módszerek között legmegbízhatóbbnak bizonyult a *Möckel*-féle, melyet később *Frank* módosított. Kétségtelen azonban, hogy e módszernek nagy hátránya van azon körülmény, hogy a vér fehérjementesítése nem a legkönnyebb. Főhibája pedig, hogy a vasoldat hozzáadásával göbök képződnek, a mit csak igen erős rázással akadályozhatunk meg. Továbbá az, hogy az oldat nehezen filtrálható és ha az asbestfilter nem elegendően tömött, könnyen megeshetik, hogy rézoxydul jut a filtratumba, a mi hibás eredményt ad.

A rézoldat szűrésére különben nagyon megfelelő a „Goochtiegel“, melyet *Rolly* ajánlott.

Azonkívül a módszer hátránya az is, hogy 5 cm³ vér szükséges a meghatározáshoz. Ez utóbbi körülmény okozza azt, hogy bajos kisebb kísérleti állatokon több sorozatos cukormegállapítást véghez vinni.

Röviddel ezelőtt közölt *Bang* egy módszert, melyhez csak 0.1—0.2 cm³ mennyiségű vér szükséges. E módszer előnyösnek ígérkezett már azért is, mert a hozzá szükséges vér mennyisége oly kevés, hogy több sorozatos vizsgálatot is megtehetünk.

A módszer alapelve a következő:

0.1 cm³ vért forró kaliumchlorid segélyével pár csepp eczetsavval fehérjementesítünk. A cukor az oldatból, *Seignette-só*ból és *rézsulfat*ból, *rézoxydult alkot.* E rézoxydult azután jodoldattal titráljuk. Mivel a rézoxydul magában is könnyen tovább oxydálódik, e titrálást áramló szénsav mellett végezzük. Indicatorképp keményítő-oldat szolgál.

Az egész kivitelhez a következő oldatok szükségesek:

1. A fehérjementesítéshez:

Kaliumchlorid-oldat: KCl 100, Aqu. dest. 400.0, 40% eczetsav-oldat.

2. A rézoldat ez: Kal. bicarbon. pur. 160.0, aqu. dest. 600.0, kal. carbonic. 100.0, kal. chlorat. 66.0, 4.4% cupr. sulf.-oldatból 100 cm³; az összes mennyiség még 1000-re feltöltendő.

A titráláshoz kell még: 1 cm³ sol. kal. jodici 2% (KJO 3), 2 gr. jodkali, 10 cm³ n/10 sósav s mindez 200 cm³-ig vízzel hígítandó.

A módszer kivitele a következő:

¹/₁₀₀ beosztású 1 cm³-es pipettával lemérünk 0.1 cm³ vért, melyhez 3 cm³ forró KCl-oldatot és 4 csepp eczetsav-oldatot adunk, filtráljuk és a filterpapirost még két ízben átöblítjük 3 cm³ forró KCl-oldattal. A filtratumhoz azután 3 cm³ rézoldatot adunk. Most ezt felforraljuk, még pedig a lángot lehetőleg úgy igazítva, hogy körülbelül 1½ percig tartson, míg forrásba jut a folyadék s azután a forrástól számítva pontosan még 2 percig forraljuk. Majd vízvezetéknel lehűtve, a forralás befejezte után a levegőtől rögtön elzárva, szénsav beáramlása mellett titrálunk, míg sötétkék színt kapunk. Némi gyakorlat mellett a különben eleinte talán nehezebben észrevehető színváltozás könnyen felismerhetővé lesz.

Bang tulajdonképp a vér analitikai mérését (0.1 gr.) ajánlotta; mi megkíséreltük a vért pipettával (1:100) lemérni. Az összehasonlító vizsgálatok az eredményt illetőleg semmi eltérést sem mutattak.

De hogy pontosan, veszteség nélkül mérhessük le a mégis csekély mennyiségű vért, czélszerűbb a *Thoma-Zeiss*-féle pipettához hasonló pipettát készíteni, melylyel 0.1—0.2 cm.-t könnyen lemérhetünk, az esetleges veszteséget pedig elkerülhetjük, ha a hajszálcsőbe destillált vizet vagy mindjárt forró KCl-ot utána szívunk és ezzel átöblítjük. Különösen óvatosan kell a vért a pipettába szívni, mert a legcsekélyebb többlet vagy a pipetta külső falához tapadó vér már hibát okozhat a számításban. Vigyáznunk kell a módszer kivitelekor arra is, hogy pontosan 2 percig forraljunk, mert pár másodperc differencia szintén hibás eredményt hoz létre.

A legfontosabb azonban a titrálás előtt és alatt a szénsav beáramoltatása. Nagyobb nehézséget ez nem okoz, mert a szénsavballon könnyen beszerezhető. A szénsav beáramlása különben csakis a forralás után elzárt s már lehűtött lombik kinyitása pillanatában s párszor a titrálás folyamata alatt szükséges.

A következő példa mutatja, hogy szénsav nélkül mily hibás eredményt nyerhetünk.

0.1 cm³ vér szénsav nélkül titrálva, a titráláshoz 0.33 cm³ jod használtatott el.

Ugyanebből a vérből 0.1 cm³ szénsavval titrálva, a titráláshoz 0.22 cm³ jod használtatott el.

Bang a titrálást n/10 jodoldattal ajánlja. Mi ismételt kísérletek útján meggyőződést szereztünk arról, hogy sokkal könnyebb a titrálást n/100 oldattal végezni. Sokkal kisebb

hibát követek el ez oldattal, ha a szükségesnél egy cseppel több vagy kevesebb jut a titráló folyadékba. Mindenesetre el kell ismernem azt is, hogy megfelelő gyakorlattal a $n/10$ jodoldattal való titráláskor is kitűnő eredmény érhető el.

A mi a *Bang*-féle mikromódszerrel elért eredményeket illeti, ezekről a következő adatok adhatnak felvilágosítást.

Például szolgáljon a következő pár adat, melyeket tiszta szőlőcukor-oldat feldolgozása után nyertem.

Vizsgáltatott:

0.20% -os oldatból 0.1 cm^3 , elhasználtam a jodoldatból $0.47 = \text{Bang}$ elhasznált 0.47 .

0.10% -os oldatból 0.2 cm^3 , elhasználtam a jodoldatból 0.32 , míg *Bang* 0.25 .

0.10% -os oldat 0.2 cm^3 .

Jodhasználat 0.40

0.43

0.47

0.48

0.47

Átlag 0.45 , *Bang*-nál 0.47 .

0.10% -os oldat 0.1 cm^3 .

Elhasznált jod 0.27

0.25

0.25

0.25

0.27

0.24

Átlag 0.25 , *Bang*-nál 0.26 .

0.29% -os oldatból 0.1 cm^3 .

Jod 0.63

0.58

0.63

0.61

Átlag 0.61 , *Bang* elhasznált 0.67 jodoldatot.

Ugyanez az oldat ugyanannyi vízzel hígítva, belőle 0.2 cm^3 vizsgálva, adta a következő eredményeket:

Elhasznált jodmennyiség 0.31

0.32

0.26

0.33

Átlag 0.29 , *Bang* adatai szerint 0.34 .

Mindez egybevágó adatok mutatják, hogy a *Bang*-féle módszer mesterséges cukoroldatban jól használható.

Épp ily jó eredményeket értünk el a vér vizsgálatakor is.

Előrebocsátom azt, hogy a vér cukortartalmának vizsgálatakor épp úgy, mint a *Frank*-féle módszer alkalmazásakor, az alvadás elkerülése céljából pár kristály fluornatriumot tehetünk a vérbe.

Ezzel elérhetjük azt, hogy egy ízben vett ugyanazon vérről kontrollképp egész sorozatos vizsgálatokat végezhetünk. Meggyőződünk többszörös vizsgálat kapcsán arról, hogy a fluornatrium az eredményt egyáltalán nem befolyásolja.

A következő pár sorozatos vizsgálat eredménye mutatja, hogy a vérvizsgálat alkalmával is a *Bang*-féle módszerrel jó eredményeket érhetünk el.

1. 0.26 }
 0.25 }
 0.22 }
 átlag 0.24

5. 0.09 }
 0.09 }
 átlag 0.109

2. 0.13 }
 0.14 }
 átlag 0.135

6. 0.26 }
 0.26 }
 átlag 0.26

3. 0.18 }
 0.18 }
 0.19 }
 átlag 0.18

7. 0.45 }
 0.44 }
 átlag 0.445

4. 0.16 }
 0.14 }
 átlag 0.15

8. 0.23 }
 0.20 }
 0.23 }
 átlag 0.22

Az elég jól bevált *Frank*-féle cukormeghatározási módszerrel végzett pár összehasonlító kísérlet útján nyertük többek közt a következő adatokat.

Vizsgáltatott defibrinált friss vér:

1. *Frank*-féle methodus szerint 0.095
 0.105

Átlag 0.10

2. *Bang*-féle methodus szerint 0.29
 0.33

Átlag 0.31 , a mi megfelel 0.125

cukornak.

Nem friss vér, cukorhozzátéttal:

1. *Frank* szerint 0.11 2. *Bang* szerint 0.12
 0.13 0.14

0.15

0.12

Átlag 0.13

Átlag 0.13

Ezek után el kell ismernünk, hogy e módszer teljesen jó eredményeket nyújt és a mennyire a vércukor chemiájába betekinthetünk, a klinikai vizsgálatokra nagyon alkalmas.

Tagadhatatlan az az előnye, hogy oly csekély mennyiségű vérral dolgozik, a mennyit esetleg az ujjcsúcsba való beszúrással is nyerhetünk. Továbbá, hogy az egész meghatározás rövid ideig tart. Fődolog a módszer teljesen pontos kivitele, a mit némi gyakorlattal könnyen el lehet sajátítani.

Remélhető, hogy e módszer segítségével éppen azért, mert a sorozatos és folytatódó vizsgálatokat lehetővé teszi, sokkal jobb betekintést nyerhetünk a vércukor normalis és kóros állapotaiba.

Irodalom. *Bang*: Biochemische Zeitschrift, 49. kötet, 19. oldal. — *Bang*: Der Blutzucker. Wiesbaden. Bergmann, 1913. — *Rolly*: Oppermann, Biochemische Zeitschrift, 49. kötet. — *Möckel und Frank*: Zeitschrift für physiol. Chemie, 1910, 5., 85. és 498. oldal.

Parapsoriasis és tuberculid.*

Irta: *Sellei József* dr.

F. L., 35 éves hivatalnok 4 év előtt hasmütétet végeztek. Az operatio után később a hasfalán levő hegek mentén apró képletek jelentek meg, melyek a mellkas bőrére is ráterjedtek. E bőrbántalmat különféleképpen gyógykezelték s mivel bőrbaját syphilissel is hozták kapcsolatba, a beteg kénésókúrát is végzett, de eredménytelenül. A bőrbaj eddig kevés kellemetlenséget okozott a betegnek, alig viszkelt s noha némelyik helyen magától visszafejlődik, az utóbbi időben a kóros képletek megsaporodtak.

Eltékelve néhány pontszerű angiomától, a különben egészséges, erős testalkatú férfi — duzzadt mirigyeket nem lehetett kimutatni — hátbőrén a gerincoszloptól kétoldalt részarányosan, a mellkas bőrére jobbra és baloldalt, a hason, mindkét hónaljban kölesnyi-lencsényi nagy, élesen körülhatárolt papulákat lehetett találni. A papulák kevésbé emelkedtek a bőr szintje fölé; a kicsinyek kissé pirosak, a nagyok, a régebbiek barnás-lividek, kevés pikkelylappal borítottak, melyeket ha körömmel eltávolítottunk, itt-ott vérző felület marad vissza. Némely helyen barnás-livid foltok, pontok láthatók, nyilván a régebben fennálló papulák nyomai, habár a beteg bemondása szerint egy papula sem fejlődött teljesen vissza.

A szövettani vizsgálat a következőket derítette ki: Egyes papulák retenyülványai mérsékelten meghosszabbodtak. Ilyenkor oedema és hyperaemia volt észlelhető a stratum papillareban, valamint kisebb fokú lobos sejtfelhalmazódás a rete papillare alatti rétegben. A nagyobb papulák azonban egyéb sajátságokat is mutattak. Legnevezetesebb elváltozásuk abban állott, hogy a papula közepét epitheloidok- és lymphocyták-ból álló infiltratum foglalta el. A lymphocyták túlnyomólag kicsinyek és egymagvúak és csak kevésbé polynuclearisak. Az epitheloid sejtek keskenyek, a régebben fennálló papulákban szélesebb protoplasmával és nagy maggal bírnak. Hízósejtek nem találhatók. Az infiltratum az egész cutisra kiterjed, kevésbé kifejlődött közvetlenül a rete alatt, ettől lefelé azonban jobban és jobban sűrűsödik, itt-ott egyes nyúlva-

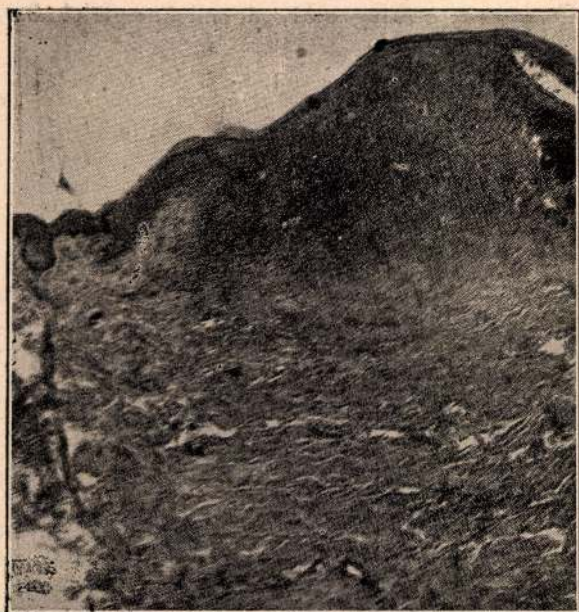
* A referálás joga fentartva.

nyokat küld a subcutisba, a melytől azonban egyébként élesen elhatárolódik. A rete erősen ellaposodott, megvékonyodott. A nyúlványok egészen eltűntek, csak a tulajdonképpeni infiltratum határain túl kezd a rete lassanként mintegy compensatoriusan megvastagodni és mérsékelt acanthosisba (burjánzásba) megy át.

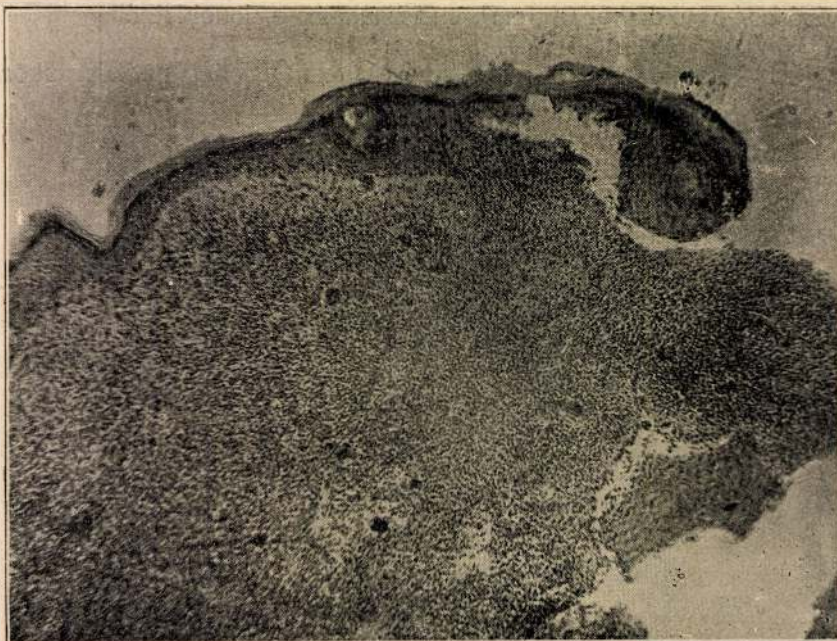
A rete, mely, mint mondtuk, csaknem az egész infiltratum felett megvékonyodott, csupán egyes helyeken mutat

utóbbiaknak csak egyes maradványai követhetők a beszűrődésig. A beszűrődés, a „granuloma” sehol sem lebenyes, tagolt, hanem a már említett lymphocytákból és epitheloid sejtekből álló, élesen körülírt tömeget alkot. Óriássejteket nem találtam.

Az említett szövettani elváltozásokon kívül egyes papulák viszont histologice a rete mérsékelt megvastagodását mutatták a papillaris testek oedemájával és kifejezett para-



1. ábra.
Papula centruma lymphocytákból és epitheloid sejtekből álló infiltratum; lelapult rete.



2. ábra.
Szarugyöngy a reteben.



3. ábra.
Szarugyöngy az infiltratumban. Lapult rete. Erős infiltratum.

egyik-másik metszetben mérsékelt megvastagodást, melyben pontos vizsgálatkor itt-ott epithelgyöngyök vehetők észre. Egyik-másik metszetben az is látható, hogy a retéből a cutisba keskeny nyúlványok indulnak ki, melyek néha mélyen a cutisba követhetők. A retében levő szarugyöngyökön kívül hasonlókat az infiltratumban beágyazva is lehet észlelni. A beszűrődött zóna nyirokrései, nemkülönben a vérerek is erősen kitágultak és ezek körül helyenkint erős fokú sejtes beszűrődés látható. Az infiltratum területén a kötőszövet és a rugalmas rostok teljesen tönkrementek, orcein-festéssel az

keratosissal. E kép tehát parapsoriasisnak felelne meg. Megnehezítette a mikroskopi differentialis diagnoszt még az a körülmény is, hogy az ilyen visszafejlődésben levő parapsoriasisos papulák, a mint azt legutóbb *Lewtschenkov* (*Dermatologische Wochenschrift*, 1913) is leírta, olyan elváltozásokat mutathatnak, a mint ezt esetünkben is láthatjuk, hogy t. i. a coriumban levő infiltratio következtében a rete erős ellaposodása, atrophijája jöhet létre.

A *Much*-féle granulára, valamint tuberculosis-bacillusra vonatkozó vizsgálatok negativ eredménnyel jártak. E rövid

leírás alapján esetünket klinikailag leginkább a *Brocq*-féle „parapsoriasis lichenoides“-sel hozhatjuk vonatkozásba. A baj évek óta áll fenn, eddig minden kezeléssel dacolt, a kicsiny foltoszerű, továbbá a bőr niveauján csak kevés felülemelkedő, élesen elhatárolt papulák, amelyek a tetejüket borító csekély pikkelyek gyenge lekaparása után itt-ott véreznek is, a különálló, sehol egymással össze nem folyó kivirágzások és a helytelenül bár, de a psoriasisához, valamint visszafejlődésben levő lueses papulához hasonlítható bőrelemek miatt a klinikai kép sok tekintetben tényleg a *Brocq* leírta kórképnek felelt meg.

Esetemet szövettani szempontból azonban *tuberculidnak* kellett minősítenem, a mire a következő indító okok szolgáltak:

Az élesen elhatárolt infiltratum sejtjeinek sajátos magatartása (lymphocyták, epitheloid sejtek), az erősen tágult nyirokrétek, a kötőszövet és a rugalmas rostok magatartása.

Már *Darier*, ki a tuberculidekkel behatóan foglalkozott, hangoztatta, hogy a parapsoriasis bizonyos alakjai szintén a tuberculidekhez számítandók, sőt régebben már mások: *Civatte* (1906), *Millian* és *Pinard* (1907), *Verotti* (1908) állították, hogy a parapsoriasis en gouttes, továbbá az idetartozó parapsoriasis en plaques és a lichenoid formák is gümös granulomáknak tekintendők. A német szerzők a parapsoriasisnak tuberculosissal való összefüggését és így e bőrbajnak a tuberculidek csoportjába való beosztását határozottan tagadták. *Jadassohn* pl. még legújabbban is *Darier* könyvének német fordításában (1913 „Tuberculidek“, 413. l.) *Darier*-rel szemben a következőket mondja: „Nem teljes a tuberculidok felsorolása azonban. *Darier* szerint oly alakok is ide tartoznának, melyeknek a tuberculidekhez való számítása valószínűtlen, mint a pityriasis rubra pilaris, az angiokeratoma, parapsoriasis, pernio. *Jadassohn* szerint legfeljebb azt lehet mondani, hogy előfordulnak tuberculidek, melyek a morphológiát illetőleg utánozzák ezen bőrbajokat, a mint ez lues eseteiben szintén előfordul.“ A német dermatologiai társulat 1913. évi congressusán *Jadassohn* referatumban ugyancsak azt az álláspontot foglalja el, hogy a parapsoriasis és a tuberculidek között semmiféle összefüggés nincs.

Az úgynevezett tuberculidek pathogenesise az utóbbi időben sokban tisztázódott a kísérletek révén. Kimutatták egyes tuberculidekről, hogy a bántalom átvihető állatokra, melyek ekképp gümössé lettek.

A beteg szövetben saválló bacillusokat, *Much*-féle granulákat, tuberculosis-bacillusokat directe, vagy *Uhlenhuth* anti-formin-módszerével mutattak ki. A tuberculinra heves reakciók állanak be stb. Jóllehet mindezen momentumok — a tuberculidek *tuberculo-toxikus* természetével ellentétben — e betegségek bacillaris (legyengült, élő vagy holt) eredete mellett szólnak, mégis sok kérdés még tisztázandó.

Mint a tuberculid, éppen úgy a „parapsoriasis“ fejezetében is alapos revisio szükséges. *Unna*, *Santi*, *Politzer* először 1890-ben „parakeratosis variegata“ néven két esetet írtak le s azóta az ehhez hasonló bőrbajokat *Brocq* ajánlatára „parapsoriasis“ elnevezés alatt foglalták össze. Csakhogy az eddig összegyűjtött anyagban nincsen még rend a klinikai és szövettani kép különbözősége folytán. A különféle leírásokkal összezávarták már a klinikai fogalmakat is és ugyanez történt a mikroskopi lelettel, mely pedig egyetlen támaszpont lehetne e kérdésben. *Ricke* (1907), utóbbi időben pedig *Lewtschenkow* (1913) kísérlették az egész idetartozó anyagot összegyűjteni és rendezni. Maga a „parapsoriasis“ elnevezés is már szerencsétlen, hiszen szó sincsen a psoriasisal való összefüggésről. *Brocq* ezen elnevezését csak azért használom, mert a legtöbb szerző elfogadta. *Brocq*-nak a parapsoriasis a) en gouttes, b) lichenoid, c) en plaques elnevezését a legtöbb szerző ugyanazon betegség három szakaszára használja. Egyes szerzők azonban ugyanegy egyéni a betegség két típusát is észlelték, mások azonban, mint mondtuk, e típusokat teljesen önálló bántalmakként fogták fel, melyek csak elvétve fordulnak elő kombináltan. Mindenesetre feltűnő, hogy szövettani

tekintetben az en gouttes-szal és lichenoides-szel megjelölt formák inkább szólnak tuberculosissal, mint a harmadik típus. Esetem a *Jadassohn*-féle felfogással szemben a parapsoriasisnak a tuberculidekhez való tartozandósága mellett bizonyít.

Háború és tuberculosis.

Irta: *Kollarits Jenő* dr., egyet. magántanár.

Az istenek szomjaznak . . . Már-már úgy látszik, hogy nem lesz Európában olyan ember, a] kire ne jutna valami rész a szenvedésből.

Sokan azt gondolják, hogy ebben az időben csak seb-orvosokra van szükség, pedig a belorvosnak is akad majd elég dolga, mert könnyen lehet, hogy a rosszabb egészségügyi ellátásban álló országokból járványok jutnak hozzánk. De a háborúnak hatása lesz a tuberculosissal is. Országunk állapota már most is elég rossz ebben a szomorú betegségben; el lehetünk készülve arra, hogy ez a baj a harci zajban nemcsak nem fog a műszak példájára elhallgatni, hanem jobban fog pusztítani, mint valaha.

A két szerencsétlenség kölcsönös hatása elég fontos dolog és azt hiszem, nem gondoltak vele eleget. Szeretnék hát erről egy pár szót szólni.

Tudjuk, hogy a tuberculosis-fertőzés elterjedése milyen nagy. Egészen bizonyos, hogy sokakban azok közül, a kik a csatatérre indultak, lappang a baj csirája; máig, a rendes polgári élet erőpróbájában bírta szervezetük a küzdelmet, de az éjszakázás, átfázás, átázás és a fárasztó munkában erre nem lesz képes.

Ha majd ezeket az embereket „tüdőhurttal“ betegen hazaküldik, egy részükön nem lesz mindjárt nyilvánvaló, hogy miről van szó. Azok, a kiknek friss levegőre volna szükségük, mint egy falat kenyérre, nagy városok füstjének, faluk porának közepén otthon, vagy kórházakban, zárt ablakok mögött fognak sínylődni és állapotuk nem fog javulni, hanem rosszabbodni.

Célszerű volna minden a csatavonalból hazaküldött tüdőhurutos, illetve tüdőbajos embert erdőben, hegyekben elhelyezni és azt hiszem, hogy ez nem is ütköznék olyan nehézségbe, mint a hogy az ember az első pillanatban gondolná. Szeptember elején ugyanis a legtöbb magyar és osztrák hegyi fürdőtelep bezárul és üresen marad tavaszig. A fürdőtelepek igazgatóságai gyönyörűen hasznos dolgot vinnének végbe, ha ezeket az amúgy is üres házakat a hadegészségügyi vezetőségnek rendelkezésre bocsátanák. A bajok elmúltával kellő fertőtlenítés után nem kellene félni, hogy a jövő évek nyaralói kárt szenvednének.

Különösen a tátrai telepek igazgatóságainak figyelmét hívom fel erre a kérdésre. Ott egy-egy télen nyitva tartott szálló mellett egy csomó épület üresen marad. Ez a körülmény könnyebbé teszi az élelmezést.

Azt hiszem, hogy e tekintetben az állami telepekre legelsősorban kell számítanunk. (Csorbató, 1350 méter.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Georg Burckhard: Joseph Servatius von d'Outrepoint. Jena, Gustav Fischer. 3 arcképpel és egy családfával. (180 lap.) Ára 6 márka.

A würzburgi frank egyetem Németország legelőkelőbb egyetemeihez tartozott a multban is. Hírneve messzire hatott volt el, tanszékeire csak gondos válogatás után hívták meg a kiváló erőket. Az egyetem díszai közé tartozott *d'Outrepoint* is, ki *Siebold E.* után vette át 1816-ban a szülészeti katedráját. Saját életrajzi feljegyzéseiből tudjuk, hogy 1776-ban született Malmedyben, Aachen területén, tehát eredetere

nézve wallon volt. 1795-ben immatrikulálták Würzburgban; tanulmányait Halleban és Bécsben folytatta s az utóbbi helyen képezte ki orvosi tudását teljesen a Boër-féle szellemben. 1800-ban a salzburgi bábaiskolába került s ott 1804-től — az odavaló egyetem alapításától — kezdve a szülészetet tanította; 1816-ban Münchenben találjuk őt s innen hívják el az Alma Julia megüresedett tanszékére. Innen fejt ki sok tekintetben alapvetőnek nevezhető munkásságát, melyet 124 kisebb-nagyobb művében találunk megörökítve.

Burkhard rövid kivonatban ismerteti fontosabb közleményeit, plastikusan domborítva ki mindenütt d'Outrepoint kezdeményező, önálló gondolatait és eljárásait.

A tanulságos monographiát melegen ajánljuk a szülészek figyelmébe.

Handbuch der deutschen Schulhygiene. Herausgegeben von Prof. Hugo Selter. Dresden und Leipzig. Theodor Steinkopff. 1914.

Amos Comenius szavait: „Scholae sunt humanitatis officinae: efficiendo nimirum, ut homines vere homines fiant“ Selter megszívlelte, midőn kitűnő munkatársakkal karöltve oly művel ajándékozta meg az orvosi olvasókörzönséget, melynek átértése hozzá fog járulni, „ut homines vere homines fiant“. Az utolsó évek tudományos munkásságának egyik értékes gyümölcse, „dass man neben der Schulhygiene notwendig von einer besonderen Schulerhygiene sprechen kann“ (Selter), s így az általános egészségtan mellett, az iskolahygiene keretében, az idegélettan-, a lélektan- és a kísérleti paedagogiával is kell foglalkozni. Felette megszívlelendő, hogy nemcsak a születések száma, hanem a katonai szolgálatra alkalmasaké is csökken évről-évre, mely utóbbi szám egyenes arányban van az iskoláztatás hosszával: vagyis nemcsak az egykerendszer és a csecsemőhalandóság elleni küzdelemnek, hanem az iskolát látogató gyermek védelme érdekében kifejtett ténykedésnek egyaránt nagy a nemzetfentartó hordereje. Ezen elveknek hódol s tesz a legmesszebbmenően eleget az előttem fekvő műnek minden fejezete, mely idővel nélkülözhetetlen kelléke lesz minden orvosnak, tanítónak, gyermekvédelemmel foglalkozónak és építésznek.

Deutsch Ernő.

Új könyvek:

F. Treves und A. Keith: Chirurgische Anatomie. Deutsch von A. Mülberger. Berlin, J. Springer. 12 m. — Th. Christen: Die dynamische Pulsuntersuchung. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 m. — A. Grotjahn: Geburten-Rückgang und Geburten-Regelung im Lichte der individuellen und sozialen Hygiene. Berlin, L. Marcus. 6 m. — M. Müller: Die persönliche Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Halle a. S., C. Marhold. 180 m. — W. Strohmayer: Das manisch-depressive Irresein. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 240 m. — L. Hirschlaff: Suggestion und Erziehung. Berlin, J. Springer. 6 m. — S. Samelson: Die exsudative Diathese. Berlin, J. Springer. 120 m. — L. Tobler und G. Bessau: Allgemeine pathologische Physiologie der Ernährung und des Stoffwechsels im Kindesalter. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 10 m. — F. Tangl: Energie, Leben und Tod. Berlin, J. Springer. 160 m. — Brauer, Schröder und Blumenfeld: Handbuch der Tuberkulose. Bd. II. Leipzig, J. A. Barth. 20 m. — Sonnenkalb: Die Röntgendiagnostik des Nasen- und Ohrenarztes. Jena, G. Fischer. 15 m. — H. Schlesinger: Die Krankheiten des höheren Lebensalters. I. Teil. Wien, A. Hölder. 12 m. — J. Welterer: Handbuch der Röntgentherapie. Leipzig, O. Nemnich. 45 m. — J. Misch: Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde. Stuttgart, F. Enke. 36 m. — L. Teleky: Vorlesungen über soziale Medizin. I. Teil. Jena, G. Fischer. 8 m. — E. Papin: Manuel de cystoscopie. Paris, Gittler. 15 fr. — A. Escaich: Les anomalies de l'urine. Paris, Vigot frères. 3 fr. — R. le Blaye et H. Guggenheim: Manuel pratique de diagnostique bactériologique. Paris, Vigot frères. 8 franc.

Lapszemle.

Belorvostan.

A coagulennal való vérzéscsillapításról ír Hotz tanár. A coagulen nevű vérzéscsillapító szerre Fonio hívta fel a figyelmet. A poralakú gyógyszert fractionált centrifugálás útján vérlemezkékből állítják elő Baselban. Vízben jól oldódik, főzéssel sterilizálható, de azért minden alkalommal friss használandó. A sebészek által kipróbált coagulen a belgyógyászt is eminenter kell hogy érdekelje, mert épp oly esetek-

ben értek el vele prompt kitűnő hatást, a melyekben a vérzés a nagy testüregekből avagy parenchymás szervekből indult ki.

Igy vérző rák, haemophilia, morbus Werlhofii, haemoptoe, haematemesis eseteiben értek el vele jó eredményt. Alkalmazása lehet localis, így vérző proctitis ulcerosa eseteiben a béllumenbe applikálva, de lehet intravenás is. Fonio kutyakisérletekkel kimutatta, hogy 3.5% coagulenoldat 100 cm³-e kutyára ártalmatlan és a vér megalvadási ideje tetemesen megrövidül.

Emberen 5%-os oldat 20 cm³-ének intravenás alkalmazására egy 12 hete fennálló haemoptoe prompte megszűnt. Kellemetlen mellék tüneteket Fonio nem észlelt.

Az érrendszer megbetegedése, arteriosclerosis, venathrombosis, lues és pyaemia eseteiben a coagulen contraindikálva van. Ettől eltekintve tehát az intravenás coagulen-injectiót alkalmazandónak tartja nagy vérzéssel járó műtétek előtt prophylactice és olyan belső vérzések therapiájában, hol a vérzés rejtett, megközelíthetetlen és mechanikusan nem csillapítható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 29. sz.)

Weber dr.

A lappangó és burkolt vesekehelymegbetegedésekről (pyelitis) ír Th. Hausmann. A felső húgyutak betegségei nem járnak jellemző subjectiv tünetekkel. Innen származik, hogy pyelitisek oly gyakran maradnak felfedezetlenül, illetve téveszertetnek össze ulcussal, rheumatismussal, appendicitissel, neuralgiával stb. A szerző éles klinikai megfigyeléssel egy tünetcomplexumra figyelmeztet, mely a vizsgáló orvos figyelmét a pyelon felé irányítja. Ez az egyoldali lumbalis ütögetési fájdalom (Sukussionsschmerz), egyoldali pszoafájdalom és bármily kevés pathologiai vizeletalkotórész, főleg vörös vérszéklet. Különösen hangsúlyozza, hogy a pyuria nem feltétlen kelléke a pyelitis diagnózisának, a mit az Oppenheimer-féle beosztás is igazol, mely az acut genyes pyelitisen kívül chronikus proliferáló, granulosus és cystás pyelitist vesz fel. Ez utóbbiakban a vizeletben sem geny, sem albumen nem található. Ilyenkor fontos az occult haematuria jelenléte (guajac-próba). A vesekehely megbetegedései főleg nőknél igen gyakoriak és latens módon folynak le. A pyelitisek objectiv symptomatológiájában fontosnak találja a már említett triason kívül a bacteriuriát, még pedig nemcsak a zavaros vizelet által jellemzett manifestet, hanem a kulturálisan kimutatható lappangót is.

Mindezek természetesen csak figyelmeztető momentumok arra nézve, hogy a felső húgyutak megbetegedésével állunk szemben. A végleges diagnoszhoz a cystoskopia és ureterkatheterismus útján juthatunk el. (Zeitschrift f. klin. Mediz., 1914, 79. köt.)

Weber dr.

Sebészet.

Noviformmal végzett sebészi kezelésekről számol be H. Jansus. Ugy találta, hogy a noviform a jodoformnak kitűnő helyettesítője. Ezen hintőpor teljesen szagtalan, a sebet nem izgatja, úgy hogy vastagabb rétegben a sebfelületre hinthető. Száritó hatása röviddel használata után már mutatkozik, a mennyiben a sebváladék midig kevesebb lesz és egészséges sarjak képződnek az addigi renyhe sarjadzás helyett. Fontos előnye ezenkívül úgy a xeroform, mint a legtöbbször, a sebészetben használt hintőporok felett, hogy a sebváladékkal nem alkot beszáradt pörköt (a mely esetleg gennyretentiót okozhat) és a kötészváltáskor éppen ezért a betegnek nincs fájdalma. Szagtalanító hatása is jelentékenyebb, mint a xeroformnak, a mi zúzott, üszkösödő sebek esetén igen gyakran jó szolgálatot tesz. Széteső carcinoma-esetekben is meggyőződött a szerző a noviformnak ezen igen üdvös hatásáról. Desinficiáló képességében a szerző szerint feltétlenül megbízhatunk, a miről több esete kapcsán volt alkalma meggyőződést szerezni. Ezen gyógyszert úgy hintőpor, mint gaze- és emulsióknak elkészítve alkalmazhatjuk a sebészetben. (Zentralblatt für Chirurgie, 1914, 4. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Húgyszervi betegségek.

A nephritis sebészi gyógyításáról tartott igen tanulságos referatumban Kümmel a műtéttel befolyásolható veselobot két nagy csoportra, úgymint a heveny és idősült alakokra osztályozza. Az első csoportba tartoznak: a nephritis toxica, az eclampsias veselob és a nephritis aposthematososa.

A skarlátos veselobot decapsulatio- és nephrotomiával igyekeztek többen kedvezően befolyásolni és azon sikerek alapján, melyeket a más fajtájú veselob által előidézett anuria eseteiben értek el a sebészi beavatkozással, Kümmel a súlyos skarlátos nephritis eseteiben az említett műtéteket feltétlenül indokoltak mondja. Köztudomású, hogy a nephritis toxica akárhányszor teljes anuriával jár: ilyen esetekben Kümmel többször tapasztalta azt, hogy a decapsulatio az említett súlyos tünetet egyszerre megszüntette s rövid idő múlva bőséges vizeletkiválasztást idézett elő. Az eclampsias veselob ellen sokan nagyon hatásosnak tapasztalták a decapsulatiót. De a műtéttel jól befolyásolható heveny veselob legfontosabb alakja a haematogen úton keletkezett nephritis acuta infectiosa seu aposthematososa.

Ezen betegségnek igen változatos a kórképe: hirtelen jelentkezés, heves vesefájdalom, hasfelfúvódás a beteg oldalán és mint általános tünetek, rosszullét, hányás, hőemelkedés, sőt esetleg rázóhideg is. A zavaros vizelet bacteriumokat, genyit és vesealakélemeket, néha vért is tartalmaz. A betegség legtöbbször egyoldali, a miről cystoskopiával igen könnyen meggyőződhetünk; mindkét oldalra csak akkor terjed át a kór, ha a vizeletlefolyás valamiképpen (strictura, prostatahypertrophia) gátolva van s így a fertőzés urogen úton a másik vesére is áterjedt. Szöveti lelet: tömör abscessus és zavaros parenchyma. A kórokozók többször a colibacillus, a streptococcusok és a staphylococcusok. Az aetiológia szempontjából igen fontosak a carbunculusok a nyakon, a typhus és a paratyphus.

Kümmel 20 ilyen esetben operált, még pedig 17 esetben nephrectomiát s 11 ízben pedig nephrotomiát csinált. A nephrectomia csak akkor jöhet szóba, ha biztosan meggyőződünk arról, hogy a másik vese teljesen ép és kifogástalanul működik. Az operált betegek közül 3, még pedig egyik sepsisben, a másik kettő pedig uraemia következtében meggyógyultak. Ezen tapasztalatai alapján Kümmel a conservativ therapiát (a nephrotomia elsőségével) ajánlja. A nephrectomia akkor indokolt, ha a fertőzés már a vese legnagyobb részére kiterjedt, ha tehát a vese kiirtásával már csak nagyon kevés működésképes vese szövetet áldozunk fel.

A fertőzőes vesegenyedés spontan gyógyulását Kümmel lehetségesnek tartja, de a mennyiben a nephritis infectiosa diagnózisáról teljesen meggyőződünk, a műtétet mégis mindenkor feltétlenül javalltnak mondja s pedig főképp azon veszélynél fogva, mely a várakozó álláspontból azáltal származhatik, hogy a fertőzés a beteg veséről a másikra is áterjedhet.

A sebészt érdeklő másik csoport, az idősült veselob kérdésében Kümmel praegnansabb tünetek alapján 3 csoportot, ú. m. nephritis dolorosa, haemorrhagica s a tulajdonképeni Bright-kórt különbözteti meg.

Nephritis dolorosának nevezi a szerző a chronikus veselobnak azon többször mindkét oldalon egyszerre jelentkező alakját, melyet rendkívül nehéz biztosan körjelezni, s melynek legjellemzőbb tünete azon neuralgiás fájdalom, mely a két veséből sugárzik kifelé. Klinice cylindereken s fehérjén kívül alig találunk más tünetet; szövettani lelet: a vesetok vastagodott és összenőtt, a felületén ráncosodások, behúzódnások, a veseállományban pedig sclerosisos s hyperaemiás góczok láthatók. Kümmel 13 ilyen esetet operált, még pedig 4 beteg decapsulatiót, 9-en meg nephrotomiát végzett. Az első 1891-ben operált betegnek kívül, a ki nephritisben elpusztult, a többiek mind tünetmentesek maradtak a műtét után s a nephritis nem mutatkozott többé náluk.

A nephritis haemorrhagica egy bár eléggé jellegzetes, de néha mégis nehezen körjelezhető betegség, melynél a

vesetumoroktól való megkülönböztetés okoz néha nagy nehézséget. Bár ebben a betegségben legtöbbször mindkét vesében találunk esetleg igen lényegtelen nephritis elváltozásokat, a vérzés mégis többnyire csak az egyik oldalon szokott jelentkezni. Egyedül az idejében végzett műtét képes a beteget gyorsan s tökéletesen meggyógyítani. Kümmel 17 ilyen beteget operált ezideig, 4-en indicatio vitalis okából nephrectomiát, 8 beteg nephrotomiát, 4-en pedig decapsulatiót végzett és ezen tapasztalatai alapján elsősorban a decapsulatiót tartja javalltnak, s csak a mennyiben ez elégtelen volna, a nephrotomiát.

A Bright-kórt igen jellegzetes tünetei miatt (sok cylinder, bő fehérje, oedema és rossz közérzet) rendszeren igen könnyű körjelezni. 1901 óta Edebohl kezdeményezésére ezen is műtétet próbálnak segíteni. Ugy gondolják, hogy a decapsulatio által sikerül a vesében a feszülést csökkenteni és collateralis vérpálya révén a veseállományba több vért juttatni. Kümmel 26 beteget operált meg, ezek közül 5 nem sokára a műtét után meghalt, 7 esetben a műtét semmiképp sem enyhítette a kóros tüneteket, 14 beteg több-kevesebb idő múlva igen eltérő fokú javulás mutatkozott, végre 2 klinikai értelemben is gyógyultnak volt minősíthető.

Kümmel a végkövetkeztetéseket ekképpen összegezi: Nephritis acuta abscedens esetében mihelyst biztos diagnózisra jutottunk, azonnal nephrotomiát kell végezni; az eredmények általában véve igen kedvezőknek mondhatók.

Az idősült veselob azon esetei, melyeknek főtünete többször egyoldali vesefájdalom, decapsulatio, illetőleg még inkább a nephrotomia által lesznek rendszeren igen kedvezően befolyásolva. Az operált betegek hosszú időn át tünetmentesek s munkaképesek maradnak.

A nephritis chronica haemorrhagica legpraegnansabb tünete a vérzés s pedig többször az egyoldali tömegvérzés. Itt is a decapsulatio, illetőleg még inkább a mielőbbi nephrotomia fogja az illető egyént minél hosszabb időre tünetmentes s munkaképes állapotba hozni.

A Bright-kór egyes eseteiben a műtét után nem következik be javulás; máskor meg a legsúlyosabb tüneteket (anuria, uraemia) igen kedvezően befolyásolja a műtét. Nem is olyan ritkán az idősült veselob legjellemzőbb tüneteiben (cylinder, albumen), sőt az illető egyén közérzetében is csakhamar lényeges javulás következik be, az operált beteg hosszabb időre munkaképes lesz; sőt egyes esetekben klinikai értelemben vett gyógyulás is következhetik be. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, CXIII. köt.)

Drucker.

Fülörvostan.

A koponyaalapi törésekről a processus mastoideus részesedésével és ezek kezeléséről ír Kirchner, a würzburgi egyetemi fülklinikából. A koponyaalapi töréseknek és különösen a csecsnýlvány fracturáinak kezelésére vonatkozólag két nézet áll szemben egymással; az egyik a várakozó, conservativ álláspont, a másik a rögtöni műtét beavatkozás mellett szól. A szóbanforgó törések különböző tünetekkel járnak s míg olykor csupán a vestibularis és cochlearis készüléknek súlyos megrázkódtatása következik be, más esetekben a szomszédos részek súlyos sérüléseivel komplikálódik a törés. A koponya jó elasticitása, sejtűs processus mastoideus esetén a koponyát érő trauma rendszerint nem jár a csecsnýlvány jelentékenyebb törésével és ily esetekben többször csak a labyrinthus súlyos megrázkódtatásának tüneteivel találkozunk. Kevésbé rugalmas koponya, sklerosisos és sejt-szegény csecsnýlvány esetén meg vannak adva a feltételek a komplikált törésre a középfül részesedésével. Különösen fontos és veszélyes a sinus transversus sérülése a processus mastoideus fracturája következtében, mert a csecsnýlvány üreibe vérnek és genyeltököknek bejutása folytán gyulladásos folyamat áll elő, mely kezdetben meglehetősen latens és tünetek nélküli. Csak később, a heves főfájások, rázóhideg vagy meningealis tünetek által leszünk figyelmessé a veszélyes complicatióra. A processus mastoideus törésének körjelzése azonban nem mindig könnyű.

A klinikai tünetek: főfájás, szédülés érzése lehajlaskor és megerőltető munka végzésekor, általános gyengeség, heves fülzörejek, sokszor nagyfokú érzékenység fény- és hangbehatásokkal szemben, hőség érzete az arcban; objective a dobhártyán találunk elváltozásokat, beszakadásokat, hyperaemiát, vérzéseket a dobüregben és ezeken kívül a pulusszám szaporodását (vasomotoros tünetcomplexus). Gyakori a Müller-féle tünet is, úgy mint hyperaemiás állapot a hallójárat mélyében és a dobhártyán; felvilágosítást nyújt továbbá a Röntgen-vizsgálat; Goebel szerint pedig a csecsnylvány törései vagy repedései esetén percussió különbség van jelen, és pedig a sérült oldalon a kopogtatási hang tompa. Két idevágó esetét ismertet, melyekben koponyaalapi törés volt jelen a processus mastoideus részesedésével és a melyekben rövid időn belül mastoiditis fejlődött ki, mely az antrum megnyitása útján meggyógyított. Esetei és az irodalmi adatok alapján utal a hallószerv tüzetes megvizsgálásának szükségességére fejsérülések, illetve koponyaalapi törések eseteiben; ha ily esetekben a közép- vagy belső fül részesedését találjuk, a beteg tüzetes megfigyelése szükséges és adott esetben az operatív beavatkozással, a csecsnylvány korai eltávolításával nem szabad soká késlekednünk. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 10. sz.) *Safranek.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gelonida somnifera elnevezéssel ismét egy új altatószer jött forgalomba, a mely tulajdonképpen nem más, mint három ismert szernek kombinációja, a mennyiben egy-egy tabletta 0.01 gramm codeinum phosphoricumot, 0.25 gramm diaethylbarbitursavat (veronal) és ugyanannyi erva-sincalciumot tartalmaz. A tabletták nagyon jól oldódnak s azért nagyon könnyen szívódik fel a tartalmuk és gyorsan fejti ki hatását. *Zahn* szerint többnyire elegendő egy tabletta a kívánt hatás elérésére, csak súlyos esetekben volt szükség $1\frac{1}{2}$ –2 tabletta. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 25. szám.)

A **calcarin** nevű, Németországban szétlétben használt mész-készítmény (ketted phosphorsavas mész), a melynek nagy előnye, hogy jól oldódik, *Kossuth László* dr. (Ujszász) szerint nagyon jó eredménnyel használható főleg rachitisben és általa feltételezett bajokban (eclampsia infantum), továbbá kezdődő tüdőgümőkór eseteiben. Legjobb tejbe keverve adni. Az adag nagyságát illetőleg részletesebb adatok nincsenek a közleményben. (Orvosi Hetiszemle, 1914, 25. szám.)

A szívelégtelenségben szenvedők álmatlansága ellen *A. Fraenkel* tanár szerint nagyon jó hatású a strophantin intravenás befecskendezése. A *Boehringer*-féle készítményt 0.5–0.75 milligrammos adagban fecskendezi be; a legnagyobb adag 1 milligramm. (Therapie der Gegenwart, 1914, 5. füzet.)

A **pertussis**ről írt cikkében *Popper* a gyógyítás szempontjából főleg két dologra hívja fel a figyelmet. Az egyik az, hogy a psychés, suggestív kezelésre nagy súlyt kell vetni; a másik pedig az, hogy a papaverin kitűnően ható symptomás szer, a mely a rohamokat könnyebbé és ritkábbá teszi, s főleg a hányás ellen jó hatású. Következő módon rendelhető: Rp. Papaverini Roche 0.2–0.3; Aquae destill. 100.0. Két óránként kávéskanálnyit. A papaverin teljesen ártalmatlan, nem narcosisos hatású opium-készítmény, a mely gyermekeknek bátran adható. (Mediz. Klinik, 1914, 26. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1914, 3. füzet. *Butean Márta*: A kóros folyadékok cirkulációjának viszonya a vérplasma cukortartalmához. *Elfer Aladár* és *Purjesz Béla*: Adatok a kalium-elem kiválasztásához maláriában. *Neuberg C.* és *Galambs Arnold*: Fém-katalysatorok és fluoreszkáló színes anyagok hatásmódja közti összefüggésről. *Csepai Károly*: Adatok a hypophysis-betegségek kórtanához és kórok-tanához.

Klinikai füzetek, 1914, 6. füzet. *Budai (Bauer) Kálmán*: Miért nincs nálunk jó kenyér? — 7. füzet. *Blaskovics László*: Javaslat a látás-élesség egysége kérdésének megoldására.

Gyógyászat, 1914, 31. szám. *Szilárd Ármán*: A leplezett gümőkór felismeréséhez és gyógyszeres kezeléséhez. *Dollinger Gyula*: A gümős csont- és ízületi gyulladások gyógyítása.

Vegyes hírek.

Európa nagy államainak lakossága. 1911 január elsején a lakosság száma a következő volt: Ausztria 28.6 millió, Magyarország 20.9, Oroszország 169.3, Franciaország 39.6, Nagybritannia és Írország 45.2, Olaszország 34.7. A német birodalomnak a legújabb adatok szerint 67.8 millió lakosa van. A lakosság évi szaporodása a következő: Németország 1.36%, Ausztria 0.88, Nagybritannia és Írország 0.87, Magyarország 0.81, Olaszország 0.63, Franciaország 0.18.

Értesítés az ápolói és kiegészítő orvosi szolgálatra jelentkező orvostanhallgatók számára. A budapesti egyetemi orvosi fakultás dékánjának felhívására 400 nem hadköteles felsőbb éves orvostanhallgató jelentkezett ápolói és orvosi kiegészítő szolgálatra. A jelentkezőket a dékáni iroda egyenként értesíteni fogja, hogy hol és mikor jelentkezzenek. Elsősorban a szigorló orvosokat, azután az ötdéveseket hívják be, a harmad- és negyedévesekre csak később kerül a sor.

Meghalt. *J. C. Stewart*, a sebészet tanára a minnesotai egyetemen, június 26.-án, 60 éves korában. — *G. Strawbridge*, a fülvostan tanára a newyorki Pennsylvania-egyetemen, június 29.-én 68 éves korában. — *J. Nixon*, az anatomia és élettan tanára Dublinban.

Személyi hírek külföldről. A párisi orvosi fakultáson a szülészeti tanszék tanárává *Couvelaire* dr.-t nevezték ki.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. *Natrium nucleicum* intramuscularis befecskendezése *Könnecke* szerint értékes lehet a vérbetegségek differential-diagnostikájában és prognosizálásában, a mennyiben a befecskendezés után mutatkozó vérképből következtetést vonhatunk a csontvelő állapotára. Ha normalis a csontvelő, több érett leukocyta jelenik meg a vérben; chlorosisban és néhány másodlagos anaemiában a csontvelő túlérzékeny s azért nagyobb fokú a leukocytosis; anaemia perniciosa, carcinoma, sepsis eseteiben a csontvelő érzéstelen, ennél fogva nem áll be leukocytosis. (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 115. k., 1. és 2. f.) — A *natrium bicarbonicum* hatását a pankreasra tanulmányozta *Wilbrand*; úgy találta, hogy a natrium bicarbonicum a pankreas-secretiót csökkenti és a pankreasra kímélően hat. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 26. sz.)

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

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógyászati, villamos kezelések. Hízlaló, soványító kúrák. Bejáróknap is. **sanatorium és vízgyógyintézet** Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon. Vezető főorvos: **Dr. Ullrich Gyula.**

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Epileptikus betegek intézete

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

Therapia sanatorium r.t. Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Belső- és bejáró belbetegek részére. Diagnostica. Therapia. Mindennemű ojtásos kezelések. Hízlaló 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.**

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

Orvosi labororium: Dr. SZILASZ JENŐ, v. egy. tanársegéd VII., Király-utca 51. Telefon 157—71.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia.

UJTÁTRAFÜRED. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízlaló-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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes bemutató ülés 1914 márczius 14.-én). 623. lap. — Közkórházi Orvostársulat (IV. rendes bemutató szakülés 1914 február 18.-án). 625. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes bemutató ülés 1914 márczius 14.-én)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

Súlyos defectus (méh-hólyagsipoly s egyszersmind complet gátrepedés) műtétrel gyógyított esete.

Kubinyi Pál: A sipolyok sikeres gyógyításának kulcsa a jó műtégi terv, ennek alapja pedig a sipoly anatómiai és topographiai viszonyai felől való előzetes pontos tájékozódás. Bonyolult esetben még így is sok szírtet kell ügyesen körülhajózni, úgy a műtét, mint az utókezelés folyamán, hogy célhoz érjünk. Két szempontból tartja érdemesnek az eset bemutatását: az egyik az, hogy miként szerezte meg sipoly daczára a cystoszkopiai tájékozódást, a másik pedig a műtégi eljárás, főként pedig az, hogy miként biztosította magát a hólyagműtét alkalmával a nyitott végbél felőli szennyezés ellen.

P. P.-né, 40 éves, VI. P. Köztük 3 műtétrel befejezve. Utolsó szülése harántfekvés, fordítás, extractio vidéken. Halott magzat. A műtét óta sem vizeletét, sem bélsarát nem tudja tartani. Orvosa műtét végett küldi. A beteget szánalmas állapotban veszik fel a poliklinika kórházába. A lesóványodott beteg hüvelye valóságos kloaka, a melyből egyaránt ürül vizelet és bélsár. A környező bőr macerált, e miatt nehezen jár.

Jelen állapot: Complet gátrepedés, a végbél 6 cm. hosszúságban közlekedik a hüvelylyel. A hüvelyboltozat és a portio ép, a vizelet összmenyisége a méhszájon át folyik ki. A nyakcsatorna ujját átbocsát. Elülső falának defectusán át közvetlenül be lehet tapintani a hólyagba, a melynek nyílása jó két harántujjnyi. E szerint fistula vesico-cervicalis s ezenkívül complet gátrepedés van jelen.

Műtégi terv: Először a hólyagsipoly zárása s ha ez meggyógyult, gátplastika. A sipoly s nevezetesen az ureterek viszonyai felől előzetesen pontos tájékozást kell szerezni. A műtétnél gondoskodni kell a nyitott végbél felől fenyegető fertőzés kizárásáról. Ezt következőképpen oldotta meg: Mint-hogy a nagy sipoly és a zsugorodott hólyag mellett a *Mansfeld*-féle transcondomoskop — a melynek gondolata egyébként jó —, nem adott felvilágosítást, akként segített magán, hogy dohányzacskóvarrattal elzárta a hüvelyt, vagyis a cystoskopos vizsgálat idejére klopokleiszt csinált. E módon sikerült a hólyagot megtölteni s kellőképpen kitágítani, miáltal a sipoly viszonyai teljesen tisztázódtak. Ezt az eljárást évek előtt már használta. A hólyagdefectus nagyobb, mint a cervixfal defectusa s míg emez sagittalis irányú, a hólyagé harántul fut a ligamentum interuretericum megett a jobboldali ureternyíláshoz közelebb, a baloldaltól távolabb s azután ívben kanyarodik fel s hátrafelé. Ennek a zugnak az egyesítése adta a műtétnél a legnagyobb nehézséget. Az ureterek épek.

Első műtét aethernarcosisban 1914 január 14. Mindenekelőtt provisorikusan bevarrja a végbélrepedést s ugyancsak varrattal zárja a végbélnyílást, hogy innen ne támadhasson fertőzés. Azután, miként szokta, hydrogensuperoxyddal, majd acetonnal s jodtincturával desinficiálja a hüvelyt. Feltárás mellett golyófogóval lehúzza az uterus, fordított T-alakban átmetszi a mellső hüvelyboltozatot s a hólyagot leválasztja a cervixről. A cervix nyílása látóterbe jön. A jó feltárás és majd a cervixvarrás érdekében ollócsapással átvágja a mellső fal még tartó részletét s a portio mellső ajkát. A cervixrepedés eleinte sagittalis, de felső vége balra kanyarodik, úgy, hogy itt a parametrium felé tekint. A hólyagot oly magasan leválasztotta a cervixről, hogy a peritoneum is látszott, épp úgy oldalvást is annyira mobilizálta, hogy *Kocher*-csípőkkel előhúzhatta. A vérzés miatt a két arteria uterinát le kellett kötni.

Legnehezebb volt a hólyagrepedés baloldali mély zugát látóterbe hozni. Innen kezdő a varrást a sebszék felfrissítése után. Először a hólyagot, majd a cervixet varrta össze s végül a hüvelyboltozatot zárta. Középen egy kis nyílást hagyott s 24 órára keskeny jodoformgazedraint vezetett be, hogy sebváladék meggyűlésének elejét vegye. A hólyagmegtöltésnél teljesen zártnak bizonyul, sehol semmi szivárgás, sőt mindjárt cystoskoppal is átvizsgálja; az ureterek szabadok. A hólyagba *Pezzer*-féle állandó katheter. Gyógyulás zavartalan. Helmitolt szed. A beteg alacsony intelligenciájára tekintettel, az állandó kathetert kivételesen 14 napig hagyta benn. Időnként átöblítik.

Az első műtétől számítva 3 hét múlva végzi a *második műtétet*. Ez alkalommal, tekintettel arra, hogy a súlyos defectust egy esetleges szülés újból előidézhetheti s mivel gyermeke amúgy is van, ajánlja a betegnek a tubasterilizálást, a melyet ez azonban nem képes megérteni s félelemből makacsul visszautasít.

A gátplastikát typusosan végezte localanaesthesiában. A végbelet sodronnyal, a többbit a hüvely felől etageban catguttel s a bőr felől silkkel varrta. Sphincterotomia.

A gyógyulás, eltekintve az egyik gátvarrat kisfokú genyedésétől, mely egyszeri hőemelkedést okozott, sima volt s ma teljes hólyag- és végbélcontinenciával mutathatja be. A végbél sphinctere is kitűnően zár. A decrepid beteg azóta magához jött, egészen kicserélődött.

A cystoskopos képben jól látható a hegvonal, néhány catgutvarrat még nem vált ki, ha a hólyagfalbeli rész felszívódott, ezek is kiürülnek a vizelettel.

A hólyag belsejéről fényképfelvételeket készítettek photografáló cystoskoppal (*Remete*). Ezeket vetíti s a beteget cystoskoppal is demonstrálja.

Remete Jenő: Két szempontból szólna fel. Az egyik a cystoskopos képet illeti. Sajnos, nem vagyunk azon helyzetben, hogy ideális összképet kapjunk a hólyagról. Ezért ha nagyobb elváltozást akarunk a hólyagban bemutatni, akkor részleteket kell felvenni, mint a bemutatott négy kép, mely a hólyag állapotát mutatja.

Másik megjegyzése a nyálkahártya repedésének gyógyulására vonatkozik. Rendesen két hét után csak hyperaemiás sáv mutatja sectio alta után a behatolás helyét és ez is csakhamar eltűnik. A bemutatott sebszék egyesítése nem történhetett lege artis, ezért sarjadzás állott be és ezért, valamint a ligaturák incrustálása miatt volt látható a seb iránya.

Vitalis indicatio alapján végzett gastrostomia, bárzsingtágítás, gastrorrhaphia.

Bradách Emil: A bemutatandó eset azért érdekes, mert a beteg két műtét beavatkozás révén az életveszélyes inanitióból mai életerős állapotába jutott.

A 18 éves cselédleány 1913 december havában lúgkövet ivott s a Rókus-kórházból 3 hét múlva mint reconvalescent elbocsátották. Pár nap múlva, december 23.-án állapota annyira rosszabodott, hogy ismét kórházba akarta felvételni magát, de ezúttal állítólag egyik közkórházban sem nyervén felvételt, kenyéradója a rendőrség oltalmába helyezte. A rendőrkórházba való felvételekor a beteg rendkívül lesóványodott és elgyengült, a ki lábán még támogatással sem tud megállani. A pulsus 90, könnyen elnyomható, a szívhangok gyengék. A táplálék cseppenként folyadék, a mely sokszor görcsös fájdalmak közt regurgitál. Énnéfogva *Katzenstein*-féle táplálék-klysmákat kap. A folytonos erőhanyatlás miatt 1913 decz. 30.-án több adagban 800 gr. hypodermoklysisben, 60 gr. steril olajinjekcióban részesül, majd este 6 órakor a pulsus-gyengülés miatt előrebocsátott cardiotonicumok után a bemutató a rendőrkórház sebészeti osztályán gastrostomiát végzett (gastrost. simplex). A műtét után súlyos collapsus. A pulsus 140; konyhasós infúziók, coffein, tonogen. Másnap táplálás a

sipolyon át, a pulsus 110. A negyedik naptól kezdve per os is felvett folyékony táplálékot, ereje rohamosan nő.

1914 január 19. én első sondázás 16-os Porgés-szondával, tizenkét nap múlva a 32 számig tágul a szűkület. A sipoly zárására irányuló kísérletek (Paquelin stb.) nem vezetvén eredményre, a beteg socialis helyzetére tekintettel radicalisan kellett eljárni. Február 17.-én műtét scopolamin-morphin-aether-chloroform-narkosisban. Kb. 8 cm. hosszú, 4 cm. széles ellipsis alakjában a sipolyt körülmetszve, a hasfal rétegein áthatolva, a gyomrot előhúzta s a gyomor-nyílás körüli gyomorrészt kb. ötkoronásnyi nagyságban eltávolította. A gyomorfal egyesítése hosszirányban. Rendes étage-varrattal hasfalegyesítés.

E műtét után ismét súlyos collapsus. A pulsus 120. Másnap ehhez 38.5 C°-os láz társul. A pulsus alig számlálható. Negyedik napon a hőmérsék 38.9, a pulsus 130, s mindez puha, fájdalommentes hasfal mellett, peritonealis vagy hűdéses tünetek nélkül, míg nem sűrű konyhasós infúziók, coffein-, digalen- és chinin-injectiók után hatodnapra állapota hirtelen láztalanra fordult s nyolczadnapra per primam gyógyult. A tizedik napon a beteg felkelt; egyelőre még bárzsingszondázásban részesül.

Amblyopia toxica esetei.

Grósz Emil: A 25 éves beteg három hét előtt fejfájással ébredt, gyomra fáj s látása homályos volt. Munkába ment, de csakhamar hazavánszorgott, délutánig aludt s a mikor felébredt, már világozságot sem látott. Orvosa tág pupillát talált, glaucomára gyanakodott, pilocarpint rendelt s a klinikára küldte, hol ez évi január hó 25.-én vették fel. Ekkor azt találtuk, hogy egyik szemén sincs fényérzése, pupillái tágak, merevek, a corneák érzéstelenek, a szem közegei tiszták, a szemfenék igen csekély borusságot leszámítva, ép. Reflexei nem válthatók ki. Pulsusa nagyon retardált (45—50). Az egész körkép megfelelt annak, a melyet 1910-ben methylalkoholos mérgezések után láttak, az ez irányban folytatott vizsgálat eredményre is vezetett. A beteg vizeletében egyik tanítványa, *Csapodi István*, a methylalkoholt kimutatta s a főszolgabíróhoz intézett megkeresésre megkapták azt a folyadékot, melyből a beteg rosszulletét megelőző napon ivott s abban *Liebermann Leo* tanár intézetében jelentékeny mennyiségű methylalkoholt találtak. A nyomozás kiderítette, hogy a beteg olyan folyadékból ivott, melyet egy methylalkoholt tartalmazó nagy tartály csepegésekor fogtak fel.

A beteg állapota a klinikán való tartózkodása alatt megjavult, a mennyiben most már 3—4 méterről olvas ujjakat s centralis relativ scotoma mutatható ki. De a látóidegfók külső fele decolorált s a partialis atrophia képe kezd kifejlődni.

A methylalkohol-mérgezésekről 1909 és 1910-ben elég tapasztalatot gyűjthettünk, a midőn a klinikán 10 ilyen esetet ápoltak. Akkor a legtöbb eset rummérgezés volt. A gyárleégett, az igazgató Amerikába szökött s a mérgezések megszüntek; 70 emberélet esett volt áldozatul.

Majdnem ilyen kiterjedésű volt a berlini mérgezés, a midőn 57-en haltak meg s bár akkorára eseteinket a német literatura is átvette, nagyon későn gondoltak a methylalkoholra. A most bemutatott beteg állapota nagyon sok fontos tudományos problémát vet fel: a cornea érzéstelensége, a reflexhiány, a retardált pulsus, az atrophia ascendáló jellege s a javulás módja, mindezekre most csak utalni akar. A bemutatás célja csak a figyelem ébrentartása. Erre szükség is van, mert egy újabb esetünk is van az ország más részéből, melyben ugyancsak methylalkohol-mérgezésre van gyanu. Az első esetek korai felismerése sok élet megmentésére vezet; csakis ez szolgál mentségül, hogy az egyesület figyelmét néhány perczre igénybe vette.

Tuberculosisnak kórjelzett syphilisesetek.

Scharl Pál: Három beteget mutat be, kiket aktiv tuberculosisos tünetek miatt küldtek az Erzsébet királyné-sanatoriumba. A bemutatott esetekben, valamint az eddig 19 beteg szerzett tapasztalatai alapján arra a következtetésre jutott,

hogy a syphilis egymagában is tudja az activ tuberculosis tüneteit utánozni.

A megkülönböztető kórjelzés nézőpontjából kiemeli, hogy a kórlezmény adatai közül összetévesztésre adhatnak okot a véres köpet, a láz, a köhögés és a határozatlan jellegű mellkasi fájások. A véres köpet igen kevés festékes nyál vagy garatváladék, mely heteken keresztül ürülhet és erosiókból származik. A lázalakok közül különösen azok ismerhetők könnyen félre, melyek hosszú ideig tartanak és 38.4—37.8-ig emelkednek. Syphilisre kell gondolni különösen akkor, ha a napi ingadozások csupán 2—4 tizedfoknyiak és a hosszú tartam mellett a tuberculosis gyógyító eljárásaival nem befolyásolhatók. Praemenstruációs hőemelkedés nem szokott előfordulni és a menstruatio után nem csökken a temperatura. A köhögés és a felső hátcsigolyák érzékenysége múltó jellegű.

Az ilyen betegek legtöbbször jól tápláltak; a mellkas a légzéskor nem marad vissza. Kopogtatáskor majdnem kivétel nélkül a jobb interscapularis táj felső harmada és esetleg a tövis feletti árok rövidebb hangot ad. A rekesz jól mozog. A légzés a rövidebb kopogtatási hangot adó terület felett hangosabb szokott lenni. Óvatosságra int minden jobboldali kis kiterjedésű elváltozás értékelésekor, mert az eltérések megállapítása és méltatása nagyon alá van vetve a subjectivitásnak és a tuberculosis korai kórjelzésére irányuló törekvésünk elfogulttá tehet. A Röntgen-lemezen a hilusárnyékok kiterjedtebbek lehetnek és okozzák a kopogtatási eltérést (lueses mirigyduzzanat), de egyébként eltérés nincsen.

A negatív köpetlelet, a pozitív *Wassermann-reactio* és a syphilisellenes kezelés gyógyító hatása fogja a kórjelzést megerősíteni.

A bemutató arra következtet, hogy minden kis kiterjedésű tüdőbetegségnek mutatózó esetben, mely idült subfebrilitással jár és változatlan lelet mellett a láz huzamos ideig tartó sanatoriumi kezelésre sem szűnik, syphilisre kell gondolnunk, mert a syphilis minden egyéb tünet nélkül is utánozhatja a kezdeti tüdőtuberculosiszt.

Detre László: Hálások lehetünk az előadónak, hogy a kérdést idehozta, mert mindenfelé foglalkoznak e kérdéssel. Legutóbb a Wienerwald-sanatorium egyik orvosa 4 eset kapcsán foglalkozik a kérdéssel, melyekben a latens syphilis kezelésére a láz megszűnt. A kénéső-kezelésre a láz emelkedett, mint rendszeren szokott, de azután végleg megszűnt. Ez a *Herxheimer-féle* ismert tünet.

Még a *Wassermann-aera* előtt két hasonló esetet közölt. Az egyikben kerülő úton jutott a helyes diagnózisra. 8—10 éven át tuberculosisnak kezelt eset került hozzá, a kinek köpete negatív vizsgálati eredményt adott; ekkor az eszébe jutott *Dieulafoy* egy előadása, melyben mondja, hogy negatív bacteriologiai köpetvizsgálat esetében, ha a köpet sárga, túrós, tapadós, gondolni kell luesra. Kénéső-kezelésre a beteg csakhamar meghízott.

Másik esetében a láz nem felelt meg a *Scharl* által leírt típusnak. 39°-os rázó lázak, majd néhány heti apyrexia és ismét láz. A láz okát nem tudták megtalálni, de láz közben a légyszájpad oedémás lett, ezért hátulsó gátordaganatra gondoltak; a Röntgen-átvilágítás árnyékot adott és az eset kénésőre gyorsan javult.

A salvarsanról azt mondják, nem alkalmas a tuberculosis luesesek kezelésére, de ez nem áll, a salvarsan gyorsan gyógyítja a luest és a tuberculosisos tünetek is megszűnnek csakhamar.

Havas Adolf: Vizsgálati módjaink tökéletesedésével a tüdőnek syphilises megbetegedését ma már sokkal gyakrabban kórjelzik, mint annakelőtte. A tüdőnek syphilises megbetegedésére többé-kevésbé jellegzetes a hónapokon át fennálló relative alacsony lázas állapot, 37.5°—38.5°; hiányzik a tuberculosisra jellegző arczkifejezés, a mellkas nem lapos, nem összeesett, a bordaközök nem tágak.

A syphilis okozta tüdőmegbetegedések két csoportra oszthatók: a) Recens syphilisnél jelentkeznek, a midőn maculosus és papulosus syphilid van különösen a nagyobb bronchusokban. Ezek rendszeren hurokos állapotot idéznek elő, a mely rendszeren tovább tart, mint a látatható kiütés.

b) A kései syphilis okozta elváltozások; ezek háromféleképpen lehetnek: 1. kötőszöveti túltengés a bronchusok és később az alveolusok körül, 2. diffus infiltrációk a pneumoniához hasonló képen, 3. körülírt infiltrációk, a szoros értelemben vett gummosus alak.

Mindezen elváltozásokban azonban a legfontosabb szerepet játszza a vérerek megbetegedése. A vérerek falzatának mind a három rétege, az adventitia, a media és az intima részt vesz a folyamatban. E megbetegedés folytán részben obliterálódnak a vérerek, részben pedig az által, hogy a rugalmas rostok tönkremennek, miniatűr aneurysmák keletkeznek. Ezen miniatűr aneurysmákból, valamint a bronchusokba betört vagy azokban székelő és széteső syphilises infiltrátumokból származik az a jellegző vérzés, a melyet *Scharl* kiemelt.

Különösen fontos tünet a tüdősyphilis diagnózisában az, hogy a relative csekély anatómiai elváltozások mellett igen nagy a légszomj, a dyspnoë, a mi a nagyfokú vérérmegbetegedés által idéztetik elő.

Scharl Pál: A láznak rendesen az a typusa, a melyet a szülő leirt, de természetesen mindentéle más lázalak is mutatkozhatnak. Főként a chronikus subfebrilis hőmérsék okozhat zavarokat.

A *Detre* által említett köpetalak a gummosus alakban fordul elő. A vérzést *Havas* helyesen magyarázza, de szülő két esetében felületes fekélyekből történt a vérzés.

Egyoldali phrenicusbénulás esete.

Ország Oszkár: 23 éves férfibeteget mutat be, a kit 1914 február 20.-án vettek fel az Erzsébet királyné-sanatoriumba. A betegen mellkasi daganatot állapított meg mirigyáttételekkel, a mely a vagust, a tracheát, a bal bronchust és a nervus phrenicus összenyomja, azonkívül nyomást gyakorol az aortára, subclaviára és a sympathicusra is.

Esetében a phrenicusbénulás teljesen kifejezett. A *Litten*-féle phaenomen hiányzik. A bal rekesz magasan áll s Röntgen-vizsgáláskor a paradox légzés typusát adja. A két rekeszfél mozgása olyan, mint a mozgó kézi mérlegé. A rekesz a középvonal felé húzódó, belégzéskor median- és felfelé emelkedő. A beteg helyzetváltoztatása, a has préselése, a gyomor felfúvása a rekeszt több mint egy bordaközzel emeli fel s ez kopogtatással is jól kimutatható. A nyakon a nervus phrenicus ingerlési pontja nyomásra fájdalmas. E pontot galvanárammal ingerelve, a rekesznek összehúzódását nem válthatjuk ki. Az előadó a baloldali rekeszbénulásra jellemzőnek tartja a situs viscerum megváltozását. A bénult rekesz alatt, a mint Röntgen-képeken demonstrálja, a gyomorphólyag képe megváltozott s mellette a colon helyezkedik el a rekesz alatt; a lép sem kopogtatással, sem Röntgen-sugarakkal nem mutatható ki.

Az egyoldali phrenicusbénulás ismeretének jelenleg a *Kuhlenkampf*-féle plexusanaesthesiánál észlelt tünetek, másrészt a phrenicotomia-műtét adnak actualitást. Az előbbiről *Manninger* emlékezett meg e helyen. Az előadó esetében észlelhetette, hogy a bénult phrenicus oldalán a tüdő alsó lebenye nem jut teljes nyugalomba. A rekesz mozgása az inspiratio alkalmával, a mediastinum és szív mozgásai az ép mellkasfél irányában, annak szívó hatása következtében, a rekesz lálásának befolyásolása a gyomor és belek részéről a tüdő alsó lebenyének két irányból való vongálását okozzák. A bénult rekesz a köhögést és köpést teszi lehetetlenné vagy nehezíti meg s így az operált oldal locus minoris resistentiae-vé válik.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1914 február 18.-án.)

Elnök: **Eisler Hugó.**

Jegyző: **Szinnyei József.**

Súlyos hysteria 13 éves fiun.

Hainiss Géza: A 13 éves fiut 1913 december 20.-án vette fel osztályára azon panaszszal, hogy három hét előtt lett beteg, azóta nem beszél és nehezen lélegzik. A sápadt fiucska szemei bágyadtak, a pupillák egyenletesek, jól reagálnak; nystagmus nincs; a nyelv tiszta, nem remeg; az arc és a végtagok izmainak beidegzése rendes, az inreflexek fokozottak.

A hozzá intézett kérdéseket megérti, de felelni nem tud, legfeljebb ha nevét kérdezzük, látható kinok között tud egy szóttagot nagy nehezen kiejteni, ma pedig már ezt sem tudja. Fájdalmat látszik panaszolni a bal mellkasfél alsó részén, de a vizsgálat sem a jelzett helyen, sem a test egyéb helyén rendellenességet nem állapított meg, épp úgy a Röntgen-vizsgálat is teljesen normalis viszonyokat mutatott. A száj csukásakor és nyitáskor nagyobb erőt kell az állkapocsra gyakorolni, hogy az izomtonust legyőzhessék. Állandóan félig nyitott szájjal nyög, illetve a szapora be- és kilégzéseknek megfelelően nyögő hangokat ad, mely jelenség különösen fokozódik akkor, ha nyelésre vagy beszédre szólítjuk fel; ilyenkor azután az összes légzési segédizmok is fokozott

működésben vannak. Nyelése oly nehezen sikerül, hogy $\frac{1}{2}$ —1 percbe kerül, míg a nyitott szájjal tartott folyadékot nagynehezen sikerül a fej erősebb megrázása közben lenyelnie; e miatt táplálkozása csaknem nulla, a miért is gyomorsövön át öntenek belé naponta kétszer $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ liter tojásos tejet.

Éjjelei elég nyugodtak, de a mint felébred, azonnal kezdi a nyögést, mely leghangosabbá válik, a mint a reggeli látogatáskor ágyához jövünk. Egész nap különben szomorú, csak itt-ott vidul fel beteg társai játszadozása közben.

Ijesztés, megfélemlítés, faradozás, parancs, gyengéd rábeszélés mind eredménytelen maradt.

Kezelése eleinte brom adagolásából állott, majd enyhe vízkúrát, majd pedig villamozást alkalmaztak minden legcsekélyebb eredmény nélkül. Most roboransokat szed, szintén eredmény nélkül, úgy hogy felvétele óta nemcsak hogy nem javult, de ma már egyáltalában nem tud beszélni, még nehezebben nyel, ezenkívül az aphasiához abasia is járult pár nap előtt, úgy hogy az előbb jól járt gyermek ma már járni sem tud, daczára, hogy fekvés közben alsó végtagjait jól mozgatja.

A prognosist ezen esetben a bajnak máris nagyon hosszú tartama miatt nem tartja kedvezőnek, bár lehetséges, hogy valami módon mégis sikerülni fog a görcsös jelenségeket megszüntetni.

Egyben bemutat egy másik fiúcskát, kit anyja azon panaszával vett fel 3 nap előtt osztályára, hogy gyakran vannak olyan görcsei, mint a nehézkórosoknak és pedig régebb idő óta, a mikor egy bozontos oláh tört be hozzájuk s ő azt hitte, hogy meg akarja ölni. Ekkor úgy megijedt, hogy minduntalan görcsöket kap. Panaszolja, hogy hasában csomót érez, melyet ha megfog és felfelé tol, görcsrohamot vált ki. Roham alatt hevesen kiáltozik, szemeit kimereszti, majd becsukja, arcizmait megfeszíti, száját görcsösen nyitva tartja, fejét féloldalra hajlítja, de rángásai nincsenek, majd álomba merülni látszik, s néhány pillanat múlva mély felsóhajtással ismét a rendes állapotba kerül. A rohamok alatt állítólag nem tud magáról, de az orvos úgy vette észre, hogy önkívületi állapotba nem jut. Reméli, hogy ez esetben talán sikerülni fog a görcsöket megszüntetni.

Ez a két eset feltűnő bizonyítékát adja annak, hogy mily sokféle, szinte kimeríthetetlen a hysteria symptomatológiája különösen a gyermekkorban. Typusos kórképet nem igen találunk, az ú. n. stigmák a legtöbb hysteriás gyermekben nem fordulnak elő, de mégis valami közös jellegük van, t. i. a monosymptomás jelentkezés, a mi magyarázatát találja a gyermek naív képzeleti életében.

Cystitis pseudomembranacea incrustata.

Jakovlyevity Iván: A 62 éves nőt 1913 november 24.-én a következő panaszszal vették fel. Olyan gyakran kell vizelnie, hogy úgy veszi észre, mintha folyton csurogna a vizelete.

A beteg előadja, hogy egy év előtt kezdődött a gyakori vizelésinger, mely pár hónapra rá oly mértéket öltött, hogy mint jelenleg is, éjjel-nappal csaknem szakadatlanul vizel. Vizelete rendkívül fájdalmas.

Az erősen fejlett, jól táplált nőbeteg mellkasi szervei, nemi szervei épek, vizelete zavaros, vörhenyes, erősen üledékes, az edény faláról alig mosható le, vegyhatása erősen lúgos, kevés genyet, valamivel több fehérjét tartalmaz, az üledékben sok szénsavas mészsó van. A hólyag kapacitása 30 cm³.

$\frac{1}{2}$ °/o-os argentum nitricum-instillációra és urotropinra a vizelésinger ritkább lesz, s a megejtett cystoskopiával a következő leletet találják: A hólyag különösen a trigonum táján rendkívül erősen belövelt, helyenkint bullosus oedema látható, ismét másutt vastag, szürkés-fehér, a hólyag ürébe lógó képlet, különösen pedig a nyak körül vastag, szürkés fehér lepedék.

A további instillációkat 1°/o-os argentum nitricum-oldattal a beteg már nem jól tűri. Állapota nem javulván, magas hólyagmetszésre s ezen át a hólyag kürettezésére határozzák el magukat, mely után a hólyagot hosszabb időig drainezni

szándékoznak. Az 1913 december 22.-én Witzel-féle narcosisban végzett epicystostomia a zsíros, lógó has és a csekély hólyagcapacitás miatt nehéz, az átmeneti redőt nagyon mélyen találják, úgy hogy a peritoneumot meg is sértik; a nyílás elvárása után mégis sikerül a symphysis mögé teljesen visszahúzódtott hólyagot extraperitonealisan megnyitni. A hólyagot ezután éles kanállal kikaparják, a necrosisos incrustált réteg könnyen leválik, alatta a hólyagseb vérzékeny, a miért is a hólyagot jodoform-csikkal lazán kitamponálják, a tampont a felhasított drainen keresztül húzzák, a draint a hólyagseb alsó zugába helyezik és odáig a hólyagsebet bevarrják. A cavum Retziibe csíkot vezetnek s a hasfalat zárják egészen a drainezésig. Másnap a hólyagtampont a drainnel együtt eltávolítják s helyébe Pezzer-kathetert vezetnek be.

A lefolyás láztalan. A bevarrt seb primára gyógyul. Január 14.-én revisio: A trigonumon még látni pseudo-membránás felrakódást, melyet per vias naturales leküretteznek és utána a hólyagba noviform-orthoform olajos suspensióját fecskendezik be.

A kikapart hárttyák szemcsés, valószínűleg húgsavas, esetleg phosphorsavas sókkal incrustált, sejtes alakelemet nem tartalmazó izzadmánynak felelnek meg. A rossztermészetű elfajulásnak jelei hiányoznak. A beteg ezután kétnaponként noviformot kap.

Január 22.-én újból megtükrözik a hólyagot; egyetlen egy ponton van szürkés-fehér lepedék a trigonumon, melyet újból lekaparnak és folytatják a noviform-kezelést.

Február 2.-án revideálva a beteget, az incrustatio teljesen eltűnt, a hólyagfal belővelt, helyenként excoriatio látható. Február 3.-án eltávolítják a Pezzer-kathetert, utána a seben többé nem ürül vizelet.

Jelenleg a beteg $2\frac{1}{2}$ —3 óránként vizel; a vizelet még kissé zavaros, savi vegyhatású, 1014 fajsúlyú, kevés genyet és nyomokban fehérjét tartalmaz. Az üledék nem tapad az üveghez és carbonat nincs benne.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A Gregersen-féle erdőipar részvénytársaság betegsegélyző pénztára **azonnali belépésre** keres egy orvost, ki a 8 ágyas gyári kórházat vezetné és a házgyógyásztartást is ellátná. A német és egy szláv nyelv tudása szükséges. Az állással bútorozatlan lakás, világítás és tűzifa jár. Pályázatok az igény és az eddigi gyakorlat közlésével fenti pénztárhoz intézendők.

Gregersen-féle erdőipari részvénytársaság
betegsegélyző pénztára
Zavidovici.

Gregersen Béla, igazgató.

127/1914.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi áll. kórháznál üresedésben lévő évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és első oszt. élelmezéssel 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.

650/1914. sz.

Békésvármegye közpórházának különböző osztályain — a mozgósítás folytán — megüresedett több **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 1200—1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. teljes ellátás.

Pályázni óhajtókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat méltóságos Kéry Gyula úrhoz Békésvármegye főispánjához intézve, a közpórház igazgatóságához **1914. évi augusztus hó 17.-éig** küldjék be.

Megjegyzem, hogy a mennyiben oklevéllel bíró folyamódók kellő számban nem jelentkeznek, szigorló orvosok és ötödéves orvostan-hallgatók is alkalmaztatni fognak.

Gyula, 1914 augusztus 8.

Békésvármegye közpórházának igazgatósága.

31461/1914. sz.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgárnál rendszeresített **harmadik gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással a m. kir. állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasuti rendszerű tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozatának megfelelő, vagyis évi 2300 korona fizetés, természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány és az üzleti eredményekhez képest változó — évi fizetésének 42 százalékát kitevő — jutalék van egybekötve.

A felveendő orvos egyelőre egy év tartamára ideiglenes minőségben nevezetik ki és ezen idő letelte után megfelelő szolgálat esetén, változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesített fog.

Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Felhívom azon egyetemes orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a megkívánt képesítést igazoló okmányokkal kellően felszerelt folyamódványaikat „a m. kir. állami vasgyárak központi igazgatóságához Budapest” címezve, a diósgyőri magy. kir. vas- és aczélgár főnökségénél (Diósgyőr-vasgyár) **folyó évi szeptember hó 1.-éig** nyújtsák be.

Folyamódók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni:

1. családi és keresztnévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallási, családi állapotukat;
2. előéletüket, illetve eddigi foglalkozásukat;
3. nyelv- és szakismereteiket;
4. kifogástalan erkölcsi magaviseletüket;
5. katonasághoz való viszonyukat;
6. egészségi állapotukat a gyárorvosi szolgálattal egybekötött köteleességek teljesítésére alkalmas voltak szempontjából;
7. sebész-műtői oklevéllel bírók előnyben részesülnek.

Elkésve érkezett vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

Diósgyőr, 1914 július 23.

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgár.

A mezőhegyesi m. kir. állami ménestézetnél az alanti parancsnokság **két kiegészítő orvosi állásnak** bizonytalan időre való azonnali betöltésére pályázatot hirdet.

Ezen orvosok javadalmazása egyenkint 12 kor. napidíj és egy bútorozott szobából álló lakás.

A folyamódványok a megfelelő okmányokkal felszerelve, **folyó évi augusztus hó 10.-éig** a lenti ménestézetparancsnoksághoz nyújtandók be. Később beérkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

Orvosszigorlók is pályázhatnak.

M. kir. állami ménestézetparancsnokság Mezőhegyesen.

A larvált gümőkór, csúcshurut és görvélyesség gyógyító szere.

Krearsan

Pilul. Kreosoti c. arsen comp. Kerat. obd.

Adagja: napjában három szem.

Egy eredeti phiola: K 1.40.

PRAEVALIDIN

Kámfor-gyapjuszirkenőcs kőnensuperoxyddal, kámfor-
□ és Balzsam peruvian. percutan bedörzsöléshez □

Alkatrészek: kámfor, balzsam peruvian. és Ol. Eucalypt

Minden egyes doboz tartalmaz 0.4 gr. kámfort.

Szíverősítő, expectoráló és étvágygerjesztő hatása miatt javulva tuberculosis, emphysema, bronchitis chronic., influenza, vérszegénység, görvélykór és szívgyengeségi állapotoknál.

Minden tubus 5 darabot tartalmaz.

Pontos használati utasítás minden tubusban található.

Egy tubus felnőttek részére M 1.20, gyermekek számára (fél adag) M 0.80.

Irodalmat és mintákat szívesen küld a

WOLL-WÄSCHEREI UND KÄMMEREI in DÖHREN bei Hannover.
Abt. Chem. Fabrik.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ÉS

SZÉKELY ÁGOSTON
SZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Vas Bernát:** Közlemény a székesfővárosi bakteriologiai intézetből. Vizsgálatok a gyakrabban használt fertőtlenítő szerek értékéről. 620. lap.
- Vigyázó Gyula:** Közlemény a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár.) A gerinczsatornából eltávolított löveg. 629. lap.
- Morelli Gusztáv:** Közlés az Erzsébet királyné sanatoriumából. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) A szájnálkahártya gümőkóros megbetegedéseiről. 630. lap.
- Nagy Tivadar:** Közlemény a pesti izr. hitközség nőbeteg-osztályáról. (Főorvos: Berczeller Imre dr.) Egy méhsarcomáról. 611. lap.

Irodalom-szemle. Könyvtármertés. I. Boas: Die Lehre von den okkulten Blutungen. — **E. Oberndörffer:** Roth's klinische Terminologie. — **Lapszemle. Bel-**

orvostan. Taeg: Steril konyhasóoldatok új, gyors előállítási módja. — **Sebészet. A. Schanz:** A gerincoszlop megbetegedéseinek diagnosztikája. — **Dobbertin:** A ductus thoracicus-sipolyok elzárása. — **Húgyszervi betegségek. Blum Viktor:** A purpura vesicae és következményei (ulcus simplex vesicae pepticum). — **Venerás betegségek. Blumenthal:** A Wassermann-reactio érzékenységeinek fokozása. — **Fül-orvostan. Denker:** Az otogen és traumás meningitisek gyógyíthatósága. — **Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Goldschmidt:** Protylin a gyermekgyakorlatban. — **Scholtz:** Urticaria. 635—637. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. — Orvosok lapja. 637. lap.

Vegyes hírek. 637. lap.

Tudományos társulatok. 638—640. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi bakteriologiai intézetből.

Vizsgálatok a gyakrabban használt fertőtlenítő szerek értékéről.*

Irta: **Vas Bernát** dr., egyetemi magántanár.

Kiterjedt kísérletek alapján, melyek tulajdonképp már **Geppert** alapvető munkáival kezdődnek és melyeket kb. 20 évvel később **Ottolenghi**, **Croner** és **Neumann**, újabban pedig **Steiger** és **Döll** folytatott, alig szenved kétséget, hogy a kémiai fertőtlenítő szerek hatásuk tekintetében revizióra szorulnak.

Az említett vizsgálatok elsősorban a kén-sóknak, különösen a sublimatnak fertőtlenítő hatásának meghatározására vonatkoztak és egyértelműleg arra a feltűnő eredményre vezettek, hogy ennek hatóképeségét annak idején **Koch R.** és mások tetemesen túlbecsülték volt. Az újabb vizsgálatoknak ez a meglepő eredménye egy, már régebben **Geppert** által megállapított methodika segítségével volt elérhető, mely, mint ismeretes, abban áll, hogy a sublimatot, miután az egy ideig bacteriumokra, főképp pedig anthraxspórákra behatolt volt, kénammoniummal, illetve **Ottolenghi** kísérleteiben kénhydrogennel lecsapjuk és ezáltal hatástalanná teszszük.

Ismeretes tény, hogy az anthraxspóra sublimatban relative rövid idő alatt elveszti csírázó képességét; **Geppert** szerint azonban ezen tetszhalászzerű állapotból a kén-sónek lecsapódása, illetve semlegesítése által ismét feléled és visszanyeri csírázó képességét. A sublimattól megszabadított spórák állatokra nézve gyakran nem pathogének többé. **Steiger** és **Döll** a neutralisatiós eljárással virulencia-csökkenést konstatáltak, relative kisebbfokú a pneumococcusnál, nagyobbab a paratyphus B.-nél; **Croner** és **Neumann** találtak olyan anthraxbacillusokat, melyek sublimathatásnak kitéve, állatokra még 21 nap múlva is pathogéneknek bizonyultak.

* A londoni XVII. nemzetközi orvoscongressuson tartott előadás.

Ezen kísérletekből **Geppert** szerint következik, hogy a míg kulturákat nyerni vagy infectiót előidézni még sikerül, addig valamely bacterium előléréséről nem lehet szó. Az egyedi, a mit megállapíthatunk, az, hogy egy bizonyos mérgezés és esetleges méregtelenítés után a spórák még nőnek, ill. inficiálnak vagy sem. A desinfectio bizonyításának ezek szerint egyik elengedhetetlen része: az állatkísérlet.

Az a körülmény, hogy a **Geppert** által megállapított eljárás szerint eszközölt vizsgálatok csak a sublimatra vonatkoznak és számuk sem elegendő, birt arra az elhatározásra, hogy egységes methodika segítségével ismétljem meg vizsgálatait és azokat az aldehidek és phenolok csoportjához tartozó desinfectiensek főképpviselőire különösen a formalinra és carbolsavra is kiterjeszszem.

Ezen vizsgálatok alkalmával alkalmazott módszer a következő volt: a megvizsgálandó anyagból 5—5 cm³-t tettünk centrifugacsövecskékbe s hozzá lement mennyiségű bacteriumemulsiót adtunk — melynek bacteriumtartalmát előbb quantitativ higitás által meghatároztuk — még pedig a higabb emulsióból rendszerint 0.2, a concentráltabból pedig 0.1 cm³-t.

Miután a desinfectáló anyag bizonyos ideig (5, 10, 15, 30, 60, 120 perczig) hatott a bacteriumokra — 2 óránál hosszabb időre terjedő vizsgálatokat rendszerint nem eszközöltünk, mivel csak a praxisban értékesíthető kísérleti időket vettük figyelembe — a csövecskéket centrifugába tettük és az így nyert üledékről a desinfectáló folyadékot pipettával óvatosan eltávolítottuk, majd pedig a sedimentumot egymásután destillált vízzel kétszer átmostuk.

Ezután a sedimentumot pontosan 5 cm³ destillált vízzel erőteljesen összeráztuk, hogy ily módon a bacteriumok lehetőleg egyenletesen oszoljanak el, majd pedig a desinfectáló anyagot neutralizáltuk, ill. eltávolítottuk.

A sublimattal való kísérletek alkalmával ezt az által értük el, hogy egy perczig kénhydrogen hatásának tettük ki, melyet finoman kihúzott pipetta segítségével vezettünk át.

A formalinnal történt vizsgálatok alkalmával ammonia-

kot használtunk, a melyet szalmiakkból hevítés által nyertünk és a mely a folyadékot keresztülvezetve a formalint hexamethylen-tetramin képződése által semlegesítette.

Fáradtságosabb volt a karbolnak a bacteriumfolyadékból való eltávolítása. Megkíséreltük a karbolt bromvizzel lecsapni, de eredménytelenül. A fehérje és a konyhasó által való eltávolítás már jobban sikerült. Hosszas kísérletezés után arra az eredményre jutottunk, hogy a kísérlethez használt 5 cm³ karborsavoldatnak akkor érjük el a legtökéletesebb lecsapolását, ha 5—8 csepp 10% fehérjeoldatot és néhány csepp koncentrált konyhasóoldatot adunk hozzá. Sűrű, pelyhes csapadék keletkezett és a filtratum alig észrevehetően festette meg a vaschlöridot.

A desinficiáló folyadék semlegesítése után 2—3 cseppből agarlemezeket öntöttünk és azokat rendszerint 24 órára, az anthraxkísérletek alkalmával többnyire 48 órára, thermostatba helyeztük. A koloniák megszámlálásakor az eredményt 1 cm³ folyadékra vonatkoztattuk, mely célból természetesen előbb meg kellett állapítani, hogy a használt pipetta 1 cm³-ben hány csepp foglaltatik.

Mielőtt tulajdonképpen kísérleteinkhez hozzáfogtunk volna, meg kellett győződnünk az alkalmazott neutralizáló szereknek, különösen pedig a kénhydrogennek és ammoniaknak esetleges desinficiáló hatásáról. Ottolenghi a H₂S-nek bactericid hatást tulajdonít, mi azonban, épp úgy, mint Steiger és Döll, nem tudtuk ezt sem a kénhydrogenre, sem az ammoniakra számbavehető mértékben konstatálni, legalább nem azon mennyiségekre és időtartamra vonatkozólag, a melyek a mi kísérleteinknél tekintetbe jöttek.

Ezt az alábbi összeállítás is világosan feltünteti:

	A bacteriumok száma az emulsio 1 cm ³ -ében	A bacteriumok száma az emulsio 1 cm ³ -ében NH ₃ behatása után
Anthrax	2.068.000	2.060.000
Staphylococcus	17,552.000	17,540.000
Coli	64,000.000	60,000.000

Kénhydrogen hatásának kitéve, a különbség még kisebb volt.

Kísérleteinkhez a következő bacteriumokat használtuk: egy mitigált laboratóriumtörzs sporás anthraxbacillusait (*Pas-*

teur II. vaccin) egy furunculusból kitenyésztett staphylococcus pyogenes aureust, egy 1911-es, budapesti esetből nyert cholera bacillust, széketéből kitenyésztett typhusbacillust és végül régebbi coli laboratóriumtörzset.

A mellékelt táblázatokban a nagy számban végzett kísérleteknek csupán összefoglalt eredményeit közöljük. Ezeknek könnyű áttekinthetősége feleslegessé teszi a részletes magyarázatot.

A methodus egységességére való tekintettel a 24—48 óránál hosszabb időre terjedő megfigyelésekről le kellett mondanunk, minek következtében eredményeink csak összehasonlítható értékkel bírnak, mely körülmény azonban nem változtatja meg a kísérletekből levezetett végső következtetéseket.

Kísérleteink eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze.

II. tábla.

A formalin hatásai.

A bacterium neme. Azok száma az emulsio 1 cm ³ -ében	Ammoniak nélkül 1% formalin				Ammoniak alkalmazása mellett 1% formalin			
	5'	15'	30'	60'	5'	15'	30'	60'
	coloniák száma				coloniák száma			
Anthraxsporák:								
20,680.000	—	—	—	—	144.000	86.000	56.000	5.600
390,000.000	—	—	—	—				9.100
Staphyl. pyog. aur.:								
344,900.000	—	—	—	—	222.400	25.000	10.000	3.000
63,000.000	—	—	—	—	280.000	24.000	36.000	900
440,000.000	—	—	—	—				9.700
Typhus:								
348,120.000	—	—	—	—	3.600	3.000	1.720	
Cholera:								
490,008.000	—	—	—	—	—	—	—	—
B. coli:								
86,400.000	—	—	—	—	25.800	30.000	22.000	1.000

I. tábla.

A sublimat hatása.

A bacterium neme, azok száma, az emulsio 1 cm ³ -ben	Kénhydrogen nélkül								Kénhydrogen alkalmazása mellett							
	1% sublimat				2% sublimat				1% sublimat				2% sublimat			
	5'	15'	30'	60'	5'	15'	30'	60'	5'	15'	30'	60'	5'	15'	30'	60'
	coloniák száma								coloniák száma							
Anthraxsporák:																
1,800.000	—*	—	—	—	—	—	—	—	60	20	10	—	120	40	—	—
211,000.000	—	—	—	—	—	—	—	—	224.000	150.000	110.000	20	200.000	137.600	86.000	10
290,000.000	—	—	—	—	—	—	—	—				32				
Staphyl. pyog. aur.:																
368,000.000	—	—	—	—	—	—	—	—	12.400	360	120	16	360	250	100	—
48,000.000	—	—	—	—	—	—	—	—				58				
Typhus:																
348,120.000	—	—	—	—	—	—	—	—	8.600	2.300	—	—				
Cholera:																
790,008.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—				
Coli:																
72,000.000	—	—	—	—	—	—	—	—	30.000	1.900	2.700	380	22.500	2.800	320	150

* Nem fejlődött.

III. tábla.

A kárbol hatása fehérje és NaCl-mal való kezelés nélkül és mellett.

A bacterium neme. Azok száma az emulsió 1 cm ³ -ében	Utókezelés nélkül 5% kárbol		Utókezelés mellett 5% kárbol	
	5'	15'	5'	15'
	coloniák száma		coloniák száma	
Anthraxsporák:				
13,500.000	525.000	260	4,600.000	4,400.000
1,500.000	450.000		800.000	
8,400.000	300		1,800.000	
Staphyl. pyog. aur.:				
135,000.000	—	—		800.000

IV. tábla.

Állatkísérletek arra vonatkozólag, hogy a sublimat és formalin minő befolyással van a bacteriumok pathogenitására.

A bacteriumok neme	A halál beállta	1% sublimat és H ₂ S hatásának ideje		A formalin és NH ₃ hatásának ideje	
		5'	60'	10'	60'
Anthrax 1/20 kacs (subcutan)	2. nap	2. nap +		2. nap +	
Staphylococcus pyogen. aur. 1/20 kacs (intraperitonealis)	2. nap	3. nap +		3. nap +	

Az általánosan használatban levő desinficienseknek (sublimat, formalin, kárbol), desinficiáló hatása kisebbnek bizonyult, mint azt eddig hitték; különösen áll ez a formalinra és kárbolsavra.

Ezen chemiai desinficienseknek eddig elismert, biztosan ható koncentrációjával (sublimat 0.1—0.2%, formalin 1%, kárbolsav 5%) végzett kísérletek szerint a neutralisációs eljárás alkalmazásával a kísérletekhez használt bacteriumok egy része megtartotta csirázókéességét és pathogenitását is csaknem változatlanul.

A praxisban végzett fertőtlenítéseknél ezen eredmények figyelembe veendőek és egyúttal szükségessé teszik úgy a fertőtlenítő eljárásoknál, mint az új vegyi fertőtlenítő szerek értékének megállapításakor eddig használt methodikának megfelelő változtatását.

Irodalom. Geppert: Zur Lehre von den Antiseptics. Berliner klin. Wochenschrift, 1889. — Ottolenghi: Experim. Untersuchungen über das Desinfectionsvermögen des Sublimats Desinfection 1908, 1909, 1910, 1911. — Croner és Neumann: Vergl. Untersuchungen über die Desinfectionswirkung von Sublimat und Sublimin. Deutsche med. Wochenschrift, 1911. — Steiger és Döll: Untersuchung über die Desinfectionskraft des Sublimats. Zeitschrift f. Hygiene, 73.

Közlöny a szent István-kórház III. sebészeti osztályáról.
(Főorvos: Pólya Jenő dr., egyetemi magántanár.)

A gerinczsatornából eltávolított löveg.*

Irta: Vigyázó Gyula dr., műtő, orvos.

A lövegek eltávolítását illetőleg a modern chirurgia a hadi sebeszt tapasztalatain okulva, meglehetősen conservatív. Ha a löveg a testen keresztül haladva nem sért olyan szerveket, melyeknek sérüléseiből közvetlen életveszély származhat; ha a löcsatorna nem fertőzött s a löveg nem fekszik olyan helyen, a honnan könnyen és minden veszély nélkül eltávolítható, általában nem tartjuk fontosnak a művi beavatkozást s a löveg eltávolítását.

* Bemutatta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1913 november 29.-i ülésén.

A központi idegrendszerbe jutott lövegek esetén, a mennyiben a sérülés nem halálos, az említettek kivül irányadóul az operatív beavatkozást illetőleg még a következő kérdések jönnek tekintetbe:

1. Okoz-e a löveg az idegrendszer részéről kiesési, izgalmi vagy nyomási tüneteket?

2. A löveg olyan helyen van-e, a honnan különösebb technikai nehézségek s a beteg életének különösebb veszélyeztetése nélkül eltávolítható?

3. Várható-e javulása a kiesési és izgalmi tüneteknek a golyó eltávolítása után?

E szempontok irányítottak bennünket egy, a Szt. István-kórháznak Pólya főorvos vezetése alatt álló III. sebészeti osztályán észlelt esetben, hol a gerinczsatornából távolítottunk el egy löveget.

Az eset a következő: L. Ö. 17 éves fiú, 1913 szeptember 6.-án társaival dinnyét lopott. A csősz észrevette s kb. 10—15 lépés távolságból hátba lőtte. A lövés után azonnal összeesett, lábára állni már nem tudott, úgy hogy kocsin vitték haza. Azóta nem tud járni, jobb lábát nehezen mozgatja s heves fejdalmakat érez jobb czombjában. A lövés óta vizelni nem tud s vizelete időközönként csöppenként ürül. Székletétét maga alá bocsátja, ürülését nem érzi.

Az idegrendszer vizsgálatakor a következőket találjuk: a) Motoros sphaera. A beteg fektéből felkelni nem tud. A jobb alsó végtagot tudja ugyan mozgatni, de az egészében paresises. Jobboldalt a patellaris reflex megvan, azonban gyengült. Az Achilles-inreflex nem váltható ki. A bal alsó végtag active jól mozgatható, a patellaris reflex kissé fokozott, spasmusos jellegű. A Babinski-tünet negatív.

b) Az érzőkör vizsgálatakor a jobb czomb elülső és oldalsó felszínén a középső és alsó harmad határáig nagyfokú hyperaesthesia és spontán fájdalomérzés. Baloldalt az analis nyílás körül és az ezt környező kb. tenyérsi glutealis részlet feléle a keresztcsont basisáig, lefelé a glutealis redőig teljesen anaesthesiás. A glutealis redőtől lefelé a czomb hátulsó felszínének közepéig analgesia és thermanaesthesia, míg a tactilis érzést illetőleg csak hypaesthesia van jelen. Ugyancsak hypaesthesiás a bal lábszár lateralis felszíne és a láb hát külső része, valamint a talp- (fél lovaglóadrágszerűleg).

A hólyag a köldökig ér s belőle csöppenként ürül a vizelet (ischuria paradoxa). Csapolás után a vizelet-csepegés megszűnik s csak akkor áll be újra, ha a hólyag erősen megtelik s a sphincter vesicae tonusa már nem tud ellenállni. A végbélnyílás sphinctere teljesen petyhüdt; incontinentia alvi van jelen.

A hát megtekintésénél három borsszem nagyságú belővési nyílást találunk: 1. a XI. hátcsigolya proc. spinosusától 3 cm.-nyire jobbfelé, 2. a linea scapularisban a XII. borda niveaujában jobboldalt, 3. az első ágyékcsgigolya processus spinosusától 1/2 cm.-nyire balra.

A beteg 2 nappal az elszenvedett sérülés után szeptember 8.-án került Pólya tanár osztályára. Általános állapota elég jó. Kisebb subfebrilis hőemelkedései vannak. Nagy fejdalmak a jobb czombban s a hólyag kellemetlen tetsége.

A felvétel az volt, hogy a sérítés lövésből eredt valamelyik sérét a gerinczsatornába jutott s ott sértette azokat az ideggyökereket és centrumokat, melyek részéről kiesési és izgalmi tünetek voltak.

Kiesési tünetek voltak jelen a centrum vesico- és anospinale részéről. E kiesési tünetek és a bal alsó végtagon levő anaesthesia, valamint a jobb végtagon levő motoros zavarok és hyperaesthesia a laesiót valamivel a conus terminalis feletti részletbe, az ú. n. epiconusba lokalizálják. Azonban ugyanezt a tünetcsoportot a cauda equina részleges laesiója is előidézhetheti. Feltűnő volt mindenesetre a tüneteknek Brown-Séguard-szerű elrendeződése, mi inkább epiconus-laesio mellett szól, viszont a nagyfokú fájdalom s hyperaesthesia a jobb alsó végtagban inkább gyöki eredetre utal. A tünetek mindenesetre az V. lumbalis s a 3 első sacralis segmentumra vonatkoznak s ezek a XI. és XII. hátcsigolya

magasságában fekszenek. Ez ideggyógyászati localisatiót a Röntgen-felvétel (*Fischer dr.*) is igazolta, a mennyiben a XI. és XII. hátsigolya közti területen, pontosan a középvonalban egy lencsényi sűrítet tüntetett fel, mely úgy látszott, a XI. csigolyatest alsó részében ült. Hogy vajjon az idegrendszerbeli tüneteket maga a projectil vagy haematoma, haematomyelia vagy roncsolás okozta, arra nézve nem volt támpontunk.

A sérülés szeptember 6.-án történt. Tekintettel arra, hogy a sérülést követő hét alatt a tünetek egyáltalában nem fejlődtek vissza, a fájdalom változatlanul fennállott, úgy hogy beteg csak bal oldalán tudott feküdni, mi viszont a baloldali anaesthesiás területeken kezdődő decubitusra vezetett, tekintettel a cystitis veszélyére, melylyel az anuria jár, műtetre határoztuk magunkat, s azt szeptember hó 12.-én aether-narkosisban hajtottuk végre (*Vigyázó dr.*).

A X.—XI.—XII. hátsigolya processus spinosusait megjelölve oldalfekvésben a középvonalban nevezett processus spinosusok felett 15 cm.-nyi metszést ejtünk. A tövisnyújtványokat szabaddá téve, a csigolyán tapadó izmokat széles rasparatoriummal subperiostealisan letoljuk. A vérzést taponnáddal csillapítjuk s a hátizmokat szétkampóztatva, a processus spinosusokat *Luer*-féle csípővel eltávolítjuk. Ezután *Doyen*-féle fraise-fűróval lyukat fúrva a XII. hátsigolya ívébe, e lyukból *Luer*-féle csípőkkel eltávolítjuk a XII., XI. és X. hátsigolya ívét. Most a dura mater spinalis fekszik 8—10 cm.-nyi területen előttünk, mely igen feszes s alig pulzál. Abban a reményben, hogy egy útbaigazító haematoma vagy löcsatornát találunk, csálódunk. A dura egész épnek látszik. Most két vezető fonállal felöltve a durát, a duralis zsákot a középvonalban megnyitjuk. A nyílásból erős sugárban nagy nyomás alatt ürül a víztiszta liquor cerebrospinalis. Vájt szonda vezetése mellett felfelé és lefelé meghosszabbítva a durán ejtett metszést, a megtekintésre ép gerincvelő fekszik előttünk. Sem vérömlenyt, sem löcsatornát nem látunk. A XI. ív niveaujában jobboldalt egyik hátulsó gyökbe ékelve, a gerincvelő és dura közt találjuk meg a kis löveget (farkas-serét) s miután meggyőződünk róla, hogy sem haematoma, sem beékelt csontszilánk nincs, a dura sebet csomós catgut-varratokkal egyesítjük. Ezután átöltő catgut-varratokkal a hátizmokat hozzuk össze, majd a bőrsebet egyesítjük csomós silk- és tova futó selyemvarratokkal. Hogy a durán belövési nyílást nem találtam, azt magyarázhatom úgy, hogy a durán a belövés ugyan hátul volt, de a feltárásnál mélyebb niveau-ban az I. lumbalis ívnek megfelelőleg (itt volt a bőrön egy belövési nyílás), de lehetett a belövés a kiszedett íveknek megfelelő csigolyák magasságában s a durába való behatolás ez esetben a foramen intervertebrale megfelelően vagy attól előrefelé a csigolyatestek közötti porczkorongon keresztül, elülről történt.

A műtét utáni lefolyás láztalan volt. Műtétet követő napon az idegrendszerbeli tünetek még változatlanul fennállnak. Szeptember 16.-án a jobb láb mozgathatósága javult, a fájdalmak szűnnek, a jobb czomb nem hyperaesthesiás. Vízelní még nem tud, a székletét maga alá bocsátja.

Szeptember 18.-án spontán székel s a széklet tartani tudja, keveset spontan vizelet sugárban. Ágyból rövid időre felkeltetjük s támogatással járni tud. Utána erős fájdalmak.

Szeptember 22. A vizeletürülés zavarai fokozatosan javulnak, spontán székel és székét vissza tudja tartani. A vizelet zavaros. Urotropin. A bal alsó végtagon az anaesthesia még fennáll.

Szeptember 25. Jól jár. A vizelet tiszta. A fájdalmak teljesen megszűntek, csak az an-, illetve hypaesthesia áll még fenn, de csökkent mértékben.

Az orvosegyesületben való bemutatáskor, november 29.-én, a hátán a műtétnek megfelelőleg keloidszerű heg. A betegen, ki egy hónap óta villamos kezelésben is részesül, az idegrendszerbeli tünetek között egyedül a $\frac{1}{2}$ lovaglónadrágszerű hypaesthesia áll fenn. Járáskor törzse kissé hátrafelé dül. A patellaris reflexek mindkét oldalt fokozottak.

Esetünkben tehát egy neurologice és radiologic ponto-

san lokalizált löveget tavolítottunk el a duralis zsákból. Jól lehet a löveg igen kis kaliberű volt, mégis tetemes zavarokat okozott az idegrendszer részéről, s tekintettel arra, hogy e tünetek javulása a műtéttel remélhető volt, azt javaltnak tartottuk. A golyó eltávolításával részben az érzőgyökökre gyakorolt nyomást szüntettük meg, részben spinalis decompressiót létesítettünk a laminektomiával. A kiesési és izgalmi tünetek műtét után rapide visszafejlődtek. A golyó eltávolítása az esetleges fertőzés szempontjából is fontos volt.

A gerincvelő-lövések prognosist illetőleg nagy a különbség a háborúban vagy békében elszennvedett sérülések közt. A háborúban ugyanis a gerincvelő-lövések kórjólata gyakran végzetes, mert nagy kaliberű és horderejű roncsoló lövegekről van szó. A békében a prognosist jobb. Itt *Nastkolb* statisztikáját véve alapul, 75 gerincvelő-lövésből meghalt 31. Ezekből 54 operáltatott. Az operáltakból meghalt 20. Nem operált volt 21; ezek közül meghalt 11.

A műtét indikációkat a gerincvelő-lövés eseteiben a különböző sebészek nagyon különbözőképpen állítják fel. Ha a gerinczsatornába jutott löveg idegtüneteket nem okoz, (*Braun és Bergmann* szerint) beavatkozunk nem kell. *Schmidt és Hoffmann* az esetleges infectióra való tekintettel ilyenkor is beavatkoznak.

Ha gerincvelő-laesio van jelen és az súlyos, a beteg műtéttel és műtét nélkül is elpusztul.

Abban meglehetősen egyetértenek a szerzők, hogy olyan esetekben, mikor a gerincvelőt egész keresztmetszetében érő szakadásról van szó, minden művi beavatkozás hiábavaló. Egyetlen esetben, *Stewart és Harte* esetében, sikerült a gerincvelőcsomók varratával gyógyulást elérni (?). A hol nyomási tünetek vannak jelen s azok nem túlságosan súlyosak, vagy ha roncsolásról van szó, de az csak részleges, a műtét beavatkozást illetőleg sokan a várakozó álláspontra helyezkednek, a jelentkezett kiesési és izgalmi tünetek spontan visszafejlődésére számítva. Mások azonban ilyenkor is operálnak.

Esetünkben elég súlyos idegrendszerbeli kiesési és izgalmi tünetek voltak jelen s főleg a jobb alsó végtagban fennálló nagy fájdalmak, a cystitis veszélyei s a kezdődő decubitus voltak az okok, melyek egy heti várakozás után beavatkozásra készítettek.

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

A szájnyálkahártya gümőkóros megbetegedéseiről.*

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

A gümőkór a szájban meglehetősen ritka megbetegedés. Még előrehaladott tüdővészeseken is aránylag kis számban fordul elő és ezért a szájüreg hajlamosságát gümös megbetegedésre igen kiskötnak kell tartanunk. Ennek többféle oka van. Mindenekelőtt a száj nyálkahártyája feszes, sima, állandó vegyi és erőművi ingereknek lévén kitéve, az összes bacteriumokkal szemben igen ellenálló. Továbbá az elválasztott nyál állandóan elmosza, felhigítja a bekerülő bacteriumokat, a szájnyál ezek fejlődését gátolja, bár különös bacteriumölő hatása nincsen. A nyelvmozgások, evés, ivás, hozzájárulnak, hogy a szájüreg tartalma helyzetét állandóan változtassa és így a bacteriumoknak a letelepedésre nincs meg a kellő alkalom. Mindazonáltal, ha e védelmi berendezésű szolgáló bonczolástani és élettani viszonyok megváltoznak, úgy a gümösbacteriumok helybelileg fertőznek. Így ha a szájnyálkahártya valami módon sérül, vagy életképességében csökken, már nem tud a bacteriumok behatásának ellenállni. Fokozott a fertőzés veszélye, ha a bacteriumok nagyobb tömegben jutnak a szájüregbe, mint pl. tüdőgümőkórosokon. Hogy azonban az ép nyálkahártya sem tud tömény vírusnak ellenállani minden esetben, bizonyítja *Cornet*, ki egészséges álla-

* Előadatott a II. tuberculosis-nagygyűlésen.

tok szájnyalakárhártyáján idézett elő gümőkört, tömény bacterium-emulsio bedörzsölése által.

A szálgümőkór rendszeren másodlagosan fejlődik, midőn a tüdővésztes beteg önmagát fertőzi köpetével, leginkább ha az alapbántalom már előhaladott stadiumban van és így a szervezet ellenállóképessége bizonyos mérvben csökkent. Észleltettek azonban elsődleges száj tuberculosisek is, így *Petit*, *Partsch* egy-egy, *Zaudy* öt, valamint *Erhardt* legutóbb közölt esete, hol foghúzás után keletkezett elsődleges szálgümőkór és melyben a fertőzést talán indokolatlanul a fogorvos fogójának tulajdonítja. Ugy az elsődleges, mint a másodlagos szálgümőkór fertőzési kapuja a nyálkahártya sérülése, vagy mint látni fogjuk, a fogak cariese. Miután a száj bizonyos részei általában könnyebben sérülnek meg, szinte megállapítható, hogy hol szokott a szálgümőkór különösen előfordulni. Így az ajkakon, a foghússzélen, a nyelv hegyén és a nyelv szélén a fogbenyomatoknak, a pofanyálkahártyán a fogak záródási vonalának megfelelően, a nyálkahártyazugok mélyén, mindig ott, a hol a hám megsérült. Ugyanez áll a bölcsességfog áttörési helye, cariosus fogtól izgatott nyálkahártya, vagy nyelvrészlet, idősült kóros folyamatok, mint hurut, foghúslob, psoriasis, sőt bujakór szintén adhatnak okot gümőkór kifejlődésére a hám fellazulása vagy *horzsolása folytán*. Fontos a fogak szerepe a szálgümőkór előidézésében, a fogsérülésektől eltekintve is. Köztudomású, hogy különösen gümőkórosokon a fogcaries igen gyakori. Mint az Erzsébet királyné-sanatoriumban végzett vizsgálataimból kitűnik, a betegek több mint felén volt cariosus fog, leggyakrabban többes számban ugyanazon betegen. Ennek okait tavalyi előadásomban kifejtettem, ezúttal csak arra utalok, hogy a caries tartalmában gyakran lehet gümöbaccillust találni. Mindazonáltal meglepő, hogy a sanatoriumi 535 beteg között csak 4-en volt szálgümőkór, valamint az irodalomban is csak kb. 65 eset van összegyűjtve.

Magyarázatul *Miller* állapította meg először, hogy a caries tartalma még tüdőgümőkórosokon is csak aránylag ritkán tartalmaz gümöbaccillust. Feltették, hogy a szálgümőkór tartózkodó számos saprophyta elnyomja a caries ürében lassan fejlődő bacillust. Továbbá a nyirokutak hiánya a pulpában és az elhalt fogak gyökércsúcsán levő tályog hatalmas lobgátja védik a szervezetet a gümős vírusnak a fogon keresztül való behatolása ellen. A caries üregében azonban nemcsak a saprophyta vegetáció akadályozza a gümöbaccilusok szaporodását, hanem azok sajátos módon tönkre is mennek. Ugyanis az itt lefolyó élettani folyamatokra élénk fényt vetnek *Zilz* munkálatai, melyekről tavaly a londoni orvoscongressuson számolt be. Kimutatja úgy kihúzott fogak vizsgálataival, mint állatkísérletekkel, hogy a caries ürében a gümöbaccilusok az erjedéssé savak, főleg tejsav behatására saválló állományuktól megfosztatnak és *Much*-féle granulákká bomlanak, melyek azonban virulentiájukat megtartják és kedvező körülmények közé kerülve, ismét saválló alakokká nőnek ki. Ezért a caries tartalmában ritkán találunk *Ziehl* szerint festődő bacillust, ellenben gümőkóros egyéneken úgyszólván mindig vannak *Much*-féle alakok, melyek az elhalt pulpa ürében a csúcs felé vándorolnak. A foggyökér dentinállományában, valamint a gyökér csúcsán levő tályog vastag lobgátjában is bőven mutathatók ki granulák. Ha ezen keresztül az infectio az alveolusba, vagy innen a nyirokutakba és az ezeknek megfelelő nyirokmirigyekbe jut, e helyeken gümős folyamatok indulnak meg. A foggyökéren keresztül történt fertőzésből tehát egyrésztől gümős csontthártyalob, másrésztől lymphomák fejlődhetnek, mely utóbbinál a vírus behatolási útja teljesen ép és rejtett maradhat, míg az előbbi helybelileg tovább terjed és a közvetlen környezet megbetegedése folytán a szájnyalakárhártyára terjedhet át. Ezek szerint a szájbán előforduló gümős megbetegedés két irányban jöhet létre. Rendszeren a nyálkahártya sérülése következtében, ritkábban a mélyebb szövetek megbetegedésének áttérjedése útján.

A szájnyalakárhártya gümős megbetegedésének, az iro-

dalmi közlések és a saját eseteimből leszűrt klinikai képei a következők:

Rendszerint a foghúson és a nyálkahártyán apró fél-gömbszerűen kiemelkedő, kissé piros udvarral körülvett szürkés-sárgás csomócskák fejlődnek, melyek csakhamar elszajtosodnak, beolvadnak és összefolyó apró, eleinte kisebb, majd nagyobb fekélyeket alkotnak. E fekélyek felületesek, majd mélyebbek, genyes alapúak, széleik szabálytalanul szakgatosodtak, alávájtak, közvetlen környezetükben apró vörös egészséges granulációkkal vannak övezve, melyek mellett gyakran friss kölesnyi csomócskák vannak, a melyek szétesnek, kifekélyesednek és a már meglevő fekélylyel összefolyva, azok kiterjedésükben mindinkább növekednek. Ha a fekélyesedés a mélybe terjed, úgy a fogmedernyujtványt is megtámadja, a felületes csontrészek sequestrálódnak, a foggyökerek lemez-telenítetnek, e fogak megmozdulnak és kihullanak. Ily esetben a lágyrészek kiterjedt pusztulása és állcsontelhalás rendszeren gyorsan következnek be, ellentétben az állcsont elsődleges megbetegedésével, mikor a folyamat általában lassabban fejlődik ki, mint alább idézett esetemben is. Másor a foghúson eleinte csak duzzadság és felpuhultság látható. A beteg részek kolbászszerűen duzzadtak és elég éles szél választja el őket az ép szövetektől. Az epithel lefoszlik és élénk piros, finoman szemcsézett, könnyen vérző felület van előttünk, a mely a rendes gümős fekélytől teljesen elüt. Későbbben e granulomaterű területen fekélyes szétesések mutatkoznak, a melyek összefolynak és a másodlagosan odakerült genyerjesztők közrehatásával genyes lepedékkel bevont granulatiós fekélyekké lesznek. A szájnyalakárhártya és foghús e többé-kevésbé típusos gümős megbetegedéseinek kívül leirtak e képektől eltérő formákat is.

Myahara észlelt egy esetben az ajakpír és nyálkahártya átmeneti helyén üllő 1½ cm. átmérőjű kerek 1 mm.-re kiemelkedő, sima szélű, a közepén besüppedt sötét, kissé kékes-vörös színű képletet, mely szürkés-fehér vonalakkal és húzalokkal volt átszőve és ezek közül egyesek az ép területre is áthúzódtak. Erosio, fekélyesedés vagy csapadék nem volt. Tapintva merev, 2 mm. vastag, nem érzékeny, nem vérző lemez. Az állalatti mirigy duzzadt. Néhány hét múlva az I. zápfog magasságában cseresznyemagnyi hasonló kemény térfogatnagyságú, mely kimetszve szövettanilag is megvizsgáltatott. Jellemző, hogy a tuberculumok a nyirokutak endotheljén voltak elhelyezve és a nyirokutak varicosusan ki voltak tagulva. A venák falán viszont az epithel alatt ülték a tuberculumok és néhol azt át is törték. Másik esetben az ajakpíron ¾ cm. átmérőjű, kerek 1 mm. vastag barnás feketé vart látott, melyet leválasztva, alatta sima szélű, feltűnő sima alapú, vörös, alig bemélyedt, könnyen vérző fekély volt. Tapintásra 1 mm. vastag elemelhető, alig hajtható lemeznek bizonyosult, górcsövíleg gümősnek találtatott. Harmadik esetben a nyelven kis fekély volt, melytől a nyelv csúcsa felé 1 cm. hosszú piros vonal húzódott és alatta libatollszár vastagságú köteg volt érezhető, a mely 2 helyen is látható cystává bővült. E cystákból punctióra geny ürült. Közelebbi vizsgálat alkalmával a köteg gümős nyirokérlobnak lett körjelezve, mely helyenként tályogképződéshez vezetett.

E ritkább megjelenési alakokon kívül előfordul a szájnyalakárhártyán és foghúson lupus, ha az arczról terjed át a szálgümőkór. *Torne* szerint foghúsgümőkór és foghúslupus egymástól élesen különböznek. Lupusra jellemző a csomós beszűremkedés és bársonyszerű belőveltség az ép nyálkahártyán, míg gümőkór eseteiben az ép nyálkahártyaszívetek halványak. Ugyanitt nem található egyidejűleg beszűremkedés, fekélyesedés és hegesedés, mint lupus eseteiben. Valószínű, hogy legtöbbször nem lehet ily különbséget látni és a kórkepet csakis a fekélyesedés egyes phasisai dominálják.

A kórjelzés szempontjából az első stadiumban mutatózó foghúszduzzadás összetéveszthető foghúshypertrophiával, a fekélyesedés luessel, a granuláló területek rákkal. A nyelv gyakran észlelt tumorszerű tuberculumja, mely elszajtosodás és szétesés nélkül sokáig fennáll, a foghúson eddig nem észlel-

tetett. Az aetiológiai adatok és szövettani vizsgálat mindig tisztázzák a körjelzést.

Mindaddig, míg a folyamat kis kiterjedésű, legcélszerűbb a megbetegedett részek sebési úton való eltávolítása. Ha ez nem lehetséges, tömény tejsav, trichloreccetsavval való edzés, esetleg radio-, heliotherápia jöhet szóba. A körjósát elsődleges folyamat esetén általában jó, főleg ha mindjárt gyökeresen eltávolítható, másodlagos szájgümőkör eseteiben rossz, mert mint említve volt, rendszeren az elgyengült szervezetben fejlődik ki.

Az Erzsébet királyné-sanatoriumban észlelt és tavaly közölt esetek óta ismét volt alkalmam 3 esetet látni, melyek közül azonban csak a következő érdemel figyelmet:

Zs. K., 19 éves férfi. Felvétetett 1912 december 30.-án. Jelen állapot: Elég jól fejlett és táplált beteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Izomzat mérsékelten petyhüdt. A köztakaró és a nyálkahártyák kissé halványak. A szív ép. A bal felső tüdőleány és a jobb csúcs felett tompulat. Baloldalt néhány szörtyzöre. A köpetben gümöbacillások. 1913 márciusában a jobb alsó I. zápfoga fájdalommal válik, miért is a fogászati rendelésre jön. Az I. jobb alsó zápfog külső részén a foghús kissé duzzadt, piros, nyomásra fájdalmas és ugyanakkor a foghús széle és a fog közül híg sárgás geny ürül. A fog sem hőingerre, sem kopogtatásra nem érzékeny. Conservatív kezelésre a foghús- és állcsontfájdalmak nem szűnnek, mire április 2.-án a fog eltávolíttatik. A foggyökérhártya kissé belövelt a külső részen, a pulpa teljesen normalis, 1 hét múlva a foghús pirja, duzzadása és fájdalmasága csökken, nyomásra még kevés geny ürül. Tüdőbeli állapot javulva, a beteg távozik június 27.-én.

Másodszor felvétetik 1914 március 15.-én. Tüdőbeli állapot rosszabbodott és a bal mellkasfél alsó részén a szív-tompulattal összefolyó kiterjedt tompulat, mely felett szörtyzörejek nincsenek, mellhártyamegvastagodásra mutat. A szájban a kihúzott fog helyén teljesen simán gyógyult heg látható, melytől kifelé az állkapocs hosszával párhuzamosan a III. zápfogtól előfelé az I. kis zápfogig terjedő 2 cm. széles, kékes-vörös, sima fénylő nyálkahártya látható, melyen helyenként kölesnyi félgömbszerűen kiemelkedő szürkés-sárga csomókák látszanak. Az egész terület kissé érzékeny és nyomásra egy alig látható, a kihúzott zápfogtól kifelé nyíló sipolyon át jelenleg is sárgás híg geny ürül. Állalatti mirigyek nem tapinthatók.

Körjelzés céljából a nyálkahártyából egy részletet kismetszettem és azt a tud.-egy. II. sz. kórbonczolástani intézetben Krompecher dr. tanár volt szíves megvizsgálni, melyért e helyen hálás köszönetet mondok. A vizsgálat szerint a szövetrészlet rétegezett laphám-tól borított, mely kóros elváltozást nem mutat. A papillaris testben itt-ott egy-egy tuberculum, mely epitheloid sejtekből áll, jellegzetes óriás sejteket tartalmaz s a szomszédság felé gömbsejtes udvartól határolt. A nyálkahártya kötőszöve, főleg a tuberculumok helyének megfelelően, de szomszédságában is gömbsejtesen beszűrődött s főleg a mélyebb rétegekben hyalin módon elfajult. Diagnosis: Igen kifejezett tuberculosus.

Esetünkben tehát a szájgümőkör úgyszólván szemünk előtt fejlődött. A fertőzés teljesen ép fog esetén a foghússzél és a fog között történt és a lassan fokozódó kezdeti tünetek biztosan arra mutatnak, hogy a gyuladás mindjárt specifikusan kezdődött.

Bizonyító erővel szolgál arra nézve, hogy a foghúzás után jelentkező szájgümőkörök nem mindig a műtét alatt vagy után történt specifikus fertőzések, hanem már annak idején ilyenek voltak, de nem ismertettek fel. Megerősíti továbbá a fentemlített azon tételt, hogy a belülről kifelé haladó folyamatok lassan terjednek, bár ebben a beteg aránylag jó erőbeli állapotának is van része. Ugyancsak ezért a teljes sebési eltávolítás fog történni és jöllehet, esetünk másodlagosnak minősítendő, remélhető a helyi megbetegedés teljes gyógyulása.

Irodalom. Cornet: Die Tuberkulose. Wien, 1907. — L. H. Petit: Revue de la Tuberculose. II. kötet, 229. oldal. — Partsch: Die Zähne

als Eingangspforte der Tuberkulose. Deutsche med. Wochenschrift, 1909, 39. szám. — Zaudy C.: Über die Tuberkulose der Alveolarfortsätze. Archiv für klinische Chirurgie, 52. kötet, 1. füzet. — Erhardt O.: Primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut etc. nach Zahnextraction. Deutsche med. Wochenschrift, 1911, 3. füzet. — Miller: Die relative Immunität der Mundhöhle. Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde, 1903. — Zilz: Die phthisiogenetische Bedeutung der Zahnwurzelcysten. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1912, 22. kötet, 2. füzet. — Zilz: Wie wehrt sich der Organismus gegen die Versuchung, durch die in kariöse Zähne gelangenden Tuberkelbacillen. XVII. Orvoscongressus London, 1913, XVII. sectio. — Myahara: Kasuistische und histologische Beiträge zur Kenntniss der Tuberkulose der Mundhöhle. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1912, II. kötet, 1. füzet. — Tappinier: Ueber Zahnfleisch-tuberkulose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 122. kötet, 3-4. füzet. — Morelli Gusztáv: Adatok a stomatologia jelentőségéhez a tüdőgümőkör intézeti kezelésekor. Orvosi Hetilap, 1913, 32. füzet.

Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának nőbeteg-osztályáról. (Főorvos: Berczeller Imre dr.)

Egy méhsarcomáról.

Irta: Nagy Tivadar dr.

(Vége.)

Paul Laffont a női nemi szervek tertiaer lueses megbetegedéseiről értekezvén (ref. Zentralbl. f. Gynaek., 1913, 35. sz.), azon véleményének adott kifejezést, hogy a méh gummás megbetegedése sokkal gyakoribb, mint azt az irodalmi adatok gyér számából gondolnók; ismertető jelei a szövetek teljes vagy részleges sclerosisa, hyper- vagy atrophias angiosclerosis s a méh nyálkahártyájának leukoplakiája, értvén ez alatt, hogy az endometrium mirigyhámjának helyét többretegű laphám foglalja el.

A mirigyhámnak ilyen átalakuló képességére a corpus primaer laphámrákjai terelték a figyelmet. Több jól észlelt esetben a méhtest mirigyhámjának helyén olyan többretegű laphámborítékot találtak, melynek sejtei kifejezetten rossztermészetű tulajdonságokat árultak el. A méhtest mirigyhámjának helyén először Zeller észlelt jótermészetű többretegű laphámborítékot (Zeitschrift f. Geb., XI.) s ezt a jelenséget psoriasis uterinek nevezte el. Hullából kivett méhben ismerte fel ezt az átalakulást s experimentális úton, különböző chemiai ingerekkel igyekezett hasonló elváltozást élő anyagon is létrehozni s ez szerinte majdnem 60 esetben sikerült is, mert az edzéseket követő bővebb törmelékes váladékban laphámsejteket vélt felismerhetni. Zeller kísérletei nem maradtak megjegyzés nélkül; kifogásolták a methodikáját, a mely lehetővé tette azt, hogy a portio vagy hüvely laphámborítékja keveredjék a vizsgálati anyaghoz. Ilyen tévedésnek a lehetőségét Pinkus saját készítményein demonstrálta is; valószínűtlennek látszott a Zeller említetté gyakoriság is, mert nagy tapasztalatú vizsgálok, mint Gebhardt és Ruge, sohasem találkoztak e jelenséggel s hivatkozván is e körülményre, kétségbe vonták Zeller észlelésének helyes voltát: Häufig erhobener Befund von mehrfach geschichtetem Plattenepithel (sog. Psoriasis) im Corpus (unter Ausschluss maligner Degeneration) beruht auf Täuschung (Ruge). Még határozottabb állást foglal el e kérdésben Hitschmann, mondván: „Dass es eine Psoriasis uterina, solange man darunter durch Metaplasie entstandenes typisches, geschichtetes Plattenepithel versteht, nicht gibt, und dass die anderen, mit Atypien einhergehenden Psoriasisfälle diesen Namen nicht mehr verdienen, sondern Karzinome sind“. A teljes tagadással szemben azonban újabban észlelt esetek is vannak; Thompson T. Sweency (ref. a Zentralblatt für Gynäk., 1913, 44) kilencz olyan esetet gyűjtött össze az irodalomból, a melyekben a mirigyhámot jótermészetű többretegű laphám helyettesítette s ezt a számot saját esetemmel tízre növelhetem. A többretegű laphámszigetnek szép képét mutathatom be a mellékelt ábrán; a basalis sejtek rendezettsége, a hámnak a kötőszövet felé éles és egyenes vonalban történő elhatárolása, a proliferatív jelenségek hiánya, kizár minden kétséget azíránt, hogy itt csakugyan jótermészetű laphámmal állunk szemben, vagyis azzal a sokat vitatott elváltozással, a mit talán nem nagyon szerencsésen psoriasis uteri névvel illettek. Az újabb irodalomban ez az elváltozás már

leukoplakia uteri néven is szerepel, ily címen ismertette esetét *Hofbauer* (*Zeitschrift f. Geb.*, 68), így emlékeznek meg róla *Th. T. Sweeney*, *Jayle* és *Bender*, valamint *Paul Laffont* is. Hogy vajon általánosítható-e ez az elnevezés, hogy az esetemben talál-e, az kitűnik *Hermann Schridde*: „Die ortsfremden Epithelgewebe des Menschen” című monographiájából.

Schridde ezen értekezésében behatóan foglalkozik a metaplasziákkal s arra az eredményre jutott, hogy a leukoplasia, a mit a subepithelialis kötőszövet chronikus gyuladása, sclerosisa, továbbá akantosis és hyper-, illetve parakeratosis jellemez, voltaképpen nem metaplasia, hanem egy el nem szarusodó laphámborítéknak rendellenes szarusodásban jelentkező megbetegedése. Létrejöhet ez az elváltozás ott és csakis ott, a hol praexistáló laphámboríték van, még pedig tekintet nélkül arra, hogy ez a laphámboríték funkciójának megfelelően az ontogenesis alacsonyabb fokán álló, el nem szarusodó többrétegű laphám, mint a szájban, a nyelven, a hüvelyben, a portión, vagy pedig a fejlődés még alacsonyabb fokán álló laphámszármazék, mint a hólyagban vagy a magasabb húgyutakban. A leukoplakia nem metaplasia, mert a felsorolt esetekben a többrétegű laphámborítéknak nem a helye szokatlan, lévén e helyeken rendes viszonyok között is az ontogenesis alacsonyabb fokán maradt laphámboríték, a melyben a leukoplakiát kiváltóok folytatódó érési folyamatot indít meg, a melynek folyamán az eléri, sőt túl is haladhatja physiologiás érési folyamatának maximumát. Ezt a pathologiás érési folyamatot *Schridde* prosoplasiának nevezi.

Az endometriumban praexistáló lamphámszármazék nincs s ezért *Jayle* és *Bender* a méh mirigyhámjának leukoplakiájáról beszélve, azt mondják, hogy az endometrium leukoplakiájának logikus előfeltétele, hogy a méh mirigyhámja előzetesen laphámmá alakult legyen át. Röviden vázolom *Schridde*-nek gondolatmenetét, hogy mint kerülhetnek idegen hámelemek szokatlan helyekre.

Az ébrényi fejlődés legkezdetibb időszakában az egyes csíralemezek sejtjei még nem áruznak el tagozottságot, az egyes csíralemezek sejtjei általános és közös tulajdonságokkal bírnak s szükségszerűen magukban rejtik mindazt az energiát, mely a későbbi fejlődés folyamán különböző s egymástól eltérő structurájú szervek létrehozására képesíti őket. Csakhamar bekövetkezik a csíralemezek sejtjeinek tagozódása, az embriologiai kutatás tapasztalataiból megismert és megállapított helyeken kialakulnak az egyes szervek elsődleges telepei, az előbb még csak általános és közös tulajdonságokkal bíró sejtek olyan csoportosulásai, melyek egy bizonyos szerv létrehozását célozzák, vagyis a sejtek képességei egy bizonyos cél érdekében specializálódnak. Ezekből az elsődleges telepekből alakul ki a különböző szervek végleges szerkezete, a más és más úton haladó szövetérés folyamán átmenetileg felmerülnek és letűnnek olyan sejtformák, a melyekben az egyes szervek phylogenesisének állomásaira ismerhetünk, míg végül megjelenik a teljesen érett, functionáló szövetalakulás, melynek sejtjei most már helyüknek megfelelően egészen specialis jelleggel bírnak, minden más szerv sejtjeitől úgy functio, mint alakjuk tekintetében elütnek, bár ha fejlődésük egy közös alaptól, az egyes csíralemezek azonos sejtformáiból indult is ki.

Rendes fejlődés esetén a helyi jelleg határát az egyes szervek éles találkozási vonala jelzi, *Schridde*-nek a béltractus fejlődésévei foglalkozó vizsgálataiban azonban azt mutatták, hogy egyes szerveknek a fejlődés tekintélyes részén áthaladt, már-már kialakult helyi jelleggel bíró sejtjei minden átmenet nélkül is olyan új sejteket produkálhatnak, a melyek a szomszédos szerv sejtjeivel azonosak s hogy az egyes szervek határain itt nem részletezhető szabályok szerint olyan sejtek, illetve teljesen érett szövetek keletkezhetnek, a melyek a szomszédos szerv uralkodó helyi jellegével bírnak. Cardiamirigyeket talált az oesophagusban, bélmirigyeket és pankreas-szövetet a gyomorban, Brunner-mirigyeket egy Meckel-diverticulumban. Közelebbről érdekelnek bennünket azok a határeltolódások, a melyeket a női nemi szervekben észleltek:

ismételten találtak foetalis méhek mirigyhámborítékában fésűs laphámszigeteket, a postembryonalis fejlődés folyamán ezek eltűnnek, a cervixben azonban megmaradhatnak. Gyakran láthatók cervixmirigyek a portio szövetében s a hymen belső falát néha tipusos cervixhám borítja, s szövetébe cervixmirigyek mélyednek.

Schridde e hámoknak szokatlan helyen való jelentkezését úgy magyarázza, hogy az ébrényi fejlődés folyamán a kialakulandó uralkodó helyi jelleg mellett is marad a szervek határain fekvő ébrényi sejtekben a közös eredet alapján olyan képesség, a mely a szomszédos szerv uralkodó helyi jellegének kialakulását eredményezheti. Rendes fejlődés esetén ez a képesség nem érvényesül, rendellenes, tehát zavart fejlődés eseteiben a latens képesség túlsúlyba kerülhet s így keletkeznek a már említett teljesen érett és tökéletesen functionáló szövetek, a melyekre, mint hypothesisének bizonyítékaira hivatkozik s e fejlődési rendellenességnek heteroplasia nevet adott.

Hofbauer esetének magyarázatában hivatkozik arra, hogy a cervix nyálkahártyájában ismételten találtak már fésűs laphámokat, a cervixben tehát lehet olyan praexistáló laphámszármazék, a mely a leukoplakiának alapfeltétele s a melyben a leukoplakiát kiváltó ok utólagos érési folyamatot indít meg. Ha tekintettel vagyunk továbbá a heteroplasiák azon szabályára, hogy a szokatlan helyen talált hámszövet ugyanaddig az érettségi fokig fejlődik és addig, de csakis addig differenciálódik, mint az a szövet, melynek uralkodó helyi jellegét magában rejt, hogy a heteroplasiás szövet mindig tükörképe annak a szomszédos szövetnek, melynek uralkodó helyi jellegét fejlődési zavarok közben érvényre juttatja, akkor a cervixben talált többrétegű elszarusodó laphámot a szomszédos portio vagy hüvely el nem szarusodó laphámborítékához viszonyítva olyannak kell mondanunk, mely a fejlődés magasabb fokát érte el, tehát érettebb, s alig kifogásolhatjuk *Hofbauer* theoriás okfejtését, a mikor a cervixben jelentkező elszarusodó laphámban heteroplasián alapuló prosoplasiát látván, ezt a folyamatot leukoplakiának nevezi.

Schridde már *Hofbauer* közlése előtt valószínűtlennek mondomta a keletkezésnek ezt a módját, mert az eddig ismert esetekben, s e tekintetben *Hofbauer* esete sem kivétel, a többrétegű laphám keletkezését a cervix vagy a méh nyálkahártyájának olyan súlyos megbetegedésével kapcsolatban észlelték, mely a nyálkahártya teljes pusztulásával járt, s alig képzelhető, hogy éppen csak a szokatlan helyen levő fésűs laphámok állnának ellen a pusztító hatásnak, s őrizhetnék meg a teljes pusztulás közepette életképességüket oly mértékben, hogy még új szövetet is tudnának termelni. Szerinte a méhben talált többrétegű laphámboríték keletkezésének egyetlen elfogadható magyarázat az indirekt metaplasia. A szövetpusztulás nyomán járó regenerációs termékek, megfelelő a növekedés általános szabályainak, visszamehetnek az embryonalis állapot olyan mélységébe, a mikor még osztatlanul magukban rejtik azokat a képességeket, a melyek lehetővé teszik, hogy belőlük a további fejlődés folyamán különböző szerkezetű szövetek keletkezessenek. Az ilyen ébrényi állapotban levő sejtekből meginduló regeneratio azonban nem halad a helynek megfelelő rendes úton, ismeretlen kóros behatások eltéríthetik rendes fejlődésétől s a mirigyhám regenerációs termékéből atypusos regeneratum, többrétegű laphám fejlődik.

Hofbauer, ki a prosoplasiák kérdésében *Schridde* álláspontján áll, a méhben fejlődő többrétegű laphámboríték eredetét heteroplasián, tehát fejlődési rendellenességen alapulónak mondja, s ezzel eltér *Schridde* magyarázatától, a ki a heteroplasiás eredetet a már említett okokon kívül azért sem fogadhatja el, mert ha a cervixben észleltek is egyes szerzők fésűs laphámszigeteket, ez a lelet nem adhatja magyarázatát a méhtest nyálkahártyájának többrétegű laphámborítékba való átalakulásának, mert a méhtest nyálkahártyájában persistáló fésűs laphámleletek mindezideig ismeretlenek.

Abból a szempontból vizsgálva esetemet, hogy *Schridde* és *Hofbauer* eltérő magyarázata közül vajon melyik mellett

bizonyít, elsősorban is meg kell állapítanom, hogy a méh nyálkahártyájának destructiv elváltozásai távolról sem olyan méretűek, mint azt *Schridde* feltételezi; ha egyes helyeken hiányzik is a nyálkahártya, s a helyettesítő többrétegű laphámboríték rostos kötőszöveten, vagy erekben rendkívül gazdag sarjszöveten nyugszik, ilyen laphámszigetek között azonban vannak helyek, a hol a nyálkahártya structurája teljes épségben fennmaradt, rendes fedőhám, szabályos mirigymenetek láthatók, s csak az endometrium abnormis érezettség és a plasmasejtes infiltratio árulja el a kóros folyamatot. Találunk e mellett olyan helyeket is, a hol a mirigymenetekkel ellátott endometriumot rendes fedőhám helyett többrétegű laphám borítja, sőt a laphámból kiinduló mirigymenetek is láthatók. A többrétegű laphám jelentkezését tehát nem előzi meg szükségszerűen a nyálkahártya teljes pusztulása, sőt az előzetes curettázás után rövid időre már ép fedőhámot is találunk, a miből megállapíthatjuk a mirigyhám regenerációs képességének változatlan megmaradását s ezzel egyidejűleg a mirigyhámokban esetleg jelenlevő heteroplasziás eredetű laphámszigetek persistálásának lehetőségét. Ez a lelet megegyezik más szerzők tapasztalataival is. *Wertheim* és *Menge* a laphámszigetek mellett a mirigy-, illetve fedőhám polypusos burjánzását találták, a mit egyik ábrámon én is demonstrálhatok.

A heteroplasziás eredet ellen leginkább az a körülmény szól, hogy a többrétegű laphámboríték legnagyobb kiterjedésben a méh üregében található, a hol az eddigi vizsgálatok szerint heteroplasziát még nem észleltek. A méhtestben talált laphámboríték azonban a méhnyakba is követhető, s az egyes laphámszigetek finom nyúlványok útján összefüggének egymással, a mi már makroszkopias megtekintéskor is azt a benyomást kelti, mintha az üregben talált laphám valamilyen szomszédos laphámborítékból nőtt volna be az endometrium pusztulása után a hámtól fosztott helyekre, a mely folyamatot elősegíthette a méh nyálkahártyájának *Schridde* és más szerzők által említett súlyos megbetegedése, nagy mértékben lecsökkentvén annak rendes regenerációs képességét.

Benőhetett ez a laphám a portio többrétegű laphámborítékjából, de nem lehet a limine elutasítani azt a feltevést sem, hogy előbb a cervixben *Hofbauer* magyarázata szerint heteroplaszián alapuló prosoplasziás hámboríték fejlődött, s innen terjedt be a többrétegű laphámboríték a méh üregébe. Ezen már önmagában is valószínűtlen feltevés ellen azonban egyéb körülmények is szólnak. Esetem t. i. különbözik *Hofbauer*-étől abban, hogy sem a cervixben, sem a méhüregben talált laphámborítékon nincs szaruréteg, a többrétegű laphámboríték felső sejtsora világos laphámokból fonódnak egybe, melyekben helyenként magot nem is látunk, a sejteknek szarurétegbe való egybeolvadása azonban hiányzik, hasonlóképpen nem látjuk a subepithelialis szövetben azokat az elváltozásokat, a melyek a leukoplakiát jellemzik. Concedálok azt a lehetőséget, hogy a laphámboríték a méh eltávolításakor még nem érte el teljes kifejlődését, hogy esetemben az elszarusodás talán még bekövetkezett volna, ennek ellene szól azonban, hogy a cervixben talált s ezen feltevés szerint szükségszerűen idősebb laphámborítékon sem találunk szaruréteget s a méhben és cervixben látható laphámboríték egyező szövettani képe a mellett szól, hogy a méh üregét bélelő laphámboríték elérte már érettségének azt a legmagasabb fokát, mely a helynek, illetve természetének megfelel. Esetemből kétségtelenül kiderül, hogy a méh üregét borító mirigyhám helyét többrétegű laphám foglalhatja el, hogy ezen laphámon a teljes szövetérés külső jelei mellett hiányoznak a leukoplakia egyéb jellegzetes tünetei is. Fontosnak vélem ennek hangsúlyozását, mert ha a heteroplasziás hámboríték utólagos érési folyamatát a leukoplakiát kiváltó agensek indítják meg, akkor a leukoplakia szövettani ismertető jeleinek hiányában megszűnik a feltételezett oki összefüggés, s alapját veszíti a heteroplasziás elmélet.

Kizárás útján tehát *Schridde* álláspontjára jutunk, mely szerint a többrétegű laphámboríték indirekt metaplasia útján keletkezik, bár nem tévesztendő szem elől az a lehetőség sem,

hogy a többrétegű laphámok a portio laphámborítékából terjednek és nőnek be a mirigyhámtól fosztott helyekre.

Paul Laffont a méh tertiaer luesének ismertető jelei között a méhnyálkahártya leukoplakiáját is szerepelteti. Észleléséhez fűzhetem saját esetemet, melyben a méh gummás megbetegedésével kapcsolatban a mirigyhám többrétegű, el nem szarusodó laphámmá alakult át. Az irodalmi adatok tanúsága szerint úgy a méh tertiaer luese, mint a mirigyhámnak említett átalakulása a ritkábban észlelt jelenségek közé tartozik, s talán nem következtetek túlmerészen, ha ilyen két, külön-külön ritkán észlelt elváltozás ismételt összehasonlításában nemcsak a véletlen játékát látom, hanem abban bizonyos szabályszerűséget keresek. Nem tudom ezt a kifejezést annyira letompítani, hogy az első látszatra ne jelentene pártoló állásfoglalást a lues és leukoplakia oki összefüggésének vitás kérdésében, kellő értékére redukálom azonban ezt a látszatot annak a hangsúlyozásával, hogy a méhüregben talált többrétegű laphámot nem leukoplakiának jellemeztem; a mikor szabályszerű kapcsolatról szólok, nem értem a kérdésnek azt az oldalát, hogy mennyi rész jut a luesnek a leukoplakiák előidézésében, csak besorozom a luest mint specifikus gyuladást azok közé a kóros folyamatok közé, a melyek a méh nyálkahártyájának olyan elváltozását eredményezhetik, melynek nyomán abból többrétegű laphámboríték keletkezhetik.

A gummásnak ismertetett méhszövetben találunk azonban kisebb-nagyobb, sokszor kimutathatóan összefüggő góczokat, melyeknek szöveti szerkezete nem illeszthető be a lues kórszövettani képebe. Friss vért vagy alvadékot tartalmazó szabálytalan alakú nagy vérüröket látunk, ezen érrendszer alap-szöveve olyan sejtekből áll, melyek a gyors szaporodás, rendetlen magoszlás számos jelét mutatják s a lumenek számának és terjedelmének megfelelően vagy nagyobb mezőket alkotnak, vagy csak vékonyabb-vastagabb gerendázattá alakulnak. Ilyen sejtek ülnek a vérürök falán is, vagyis a tartalmat nem határolja endothelboríték; a hol a vérür kimutathatóan szűk lumenű érbe folytatódik, ott már felismerhető endothelboríték ül az ér falán, mögötte aztán daganatsejtek következnek s az ilyen ér egyszer-másszor a plasmasejtesen infiltrált izomszövetbe is követhető. A leírás hiányait ábrákkal pótolom, a melyeken világosan látható, mily feltűnő különbség van a vérürök köré csoportosuló daganatszövet és a gummásan elváltozott izomszövet között.

A két elváltozás találkozási vonalában a sarcoma sejtsői kisebb-nagyobb csoportokban behatolnak az izomrostok közé is s ott plasmasejtekkel vegyesen fordulnak elő, átmeneti alakok azonban nem láthatók. Helyenként a daganatszövet a perithelioma jellegzetes szerkezetével bír, a daganatszövetet endothellel bélelt keskeny ürmenetek osztják kisebb-nagyobb rendetlen mezőkre, illetve a daganatsejtek ilyenek körül csoportosulnak, a hol azonban a vérürök terjedelmükben meg-növekednek, ott az endothelboríték miatt perithelialis eredetű csak akkor lehet kimutatni, ha a tág vérür szűk lumenbe folytatódik, melynek falán felismerhetjük az endothelborítékot.

Esetem különös voltában rejlik az oka annak, hogy az érfalból kiinduló rossztermészetű daganatnak egyik általános ismertető jelét, a környező szövetekre gyakorolt pusztító hatását nem lehet kifogástalanul demonstrálni, mert a környező szövet gummásan elváltozott és plasmasejtesen infiltrált, nem egyszer szétfelbomlott lévén, a határon talált destructiv elváltozásokat nem lehet úgy elkülöníteni, hogy pontosan meg lehetne jelölni, mely szövetpusztulások irandók a lueses s melyek a sarcomás elváltozás rovására. Némi kis útmutatással szolgálnak azok a helyek, a hol a daganatgócoktól távolabb eső részeken, lueses elváltozások közepette a peri-, illetve endo-vascularis burjánzások túllépik azt a határt, a melyet a lueses elváltozásakor még megtartanak. Nem egy helyen látjuk, hogy az intima burjánzó sejtsői, bár subendothelialis helyezkednek el, majdnem kitöltik egy-egy tágult ér lumenét, kifelé azonban nem maradnak meg az ér fala által alkotott határok között, az érfal feloszlik, eltűnik az intimaburjánzásból kiinduló sejtömegek között s ez a daganatszövetre emlékeztető szövetszaporulat folytatódik az ér környezetét alkotó

szövetbe is. Az érfalnak egyik részét tehát daganatszövet helyettesíti, ellentétben a lumen falának többi részével, a hol felismerhető endothelboríték alatt sejtes intima és plasmasejtesen infiltrált izomszövet következik.

Ezek a leletek, a melyek az érfal feloszlásában a daganatsejtek pusztító hatását bizonyítják, egyben magyarázatát is adják a lueses szövetben keletkező angiosarcomának. A bevezető részben bőven kifejtettem, hogy a pathológiás növekedés egyes formáinak vannak közös tulajdonságaik, még ha különböző kórokozók indítják is meg őket s eltérő célok szolgálatában állanak; az infectiosus granulománál képződött sejteket kezdetben épp úgy jellemzi az embryonalis állapot, mint a sarcoma sejteit. Ebben az érintkezési pontban adva van a teoriás lehetősége annak, hogy a lueses agens által megindított növekedési folyamat termékei, ha még egy bizonyos érettségi fokot el nem értek, egy újabb kórokozó által rendes növekedési irányukból eltéríthessenek, vagyis hogy a lueses szövetújképződés sejtei utóbb sarcomássá váljanak, a minek létezését, ritkaságuk kiemelése mellett *Borst* is említi. Feltevésem határozottan nyer valószínűségben azáltal, hogy a luest jellemző endovascularis burjánzásokból éppen angiosarcoma keletkezett, mert mindkét szövetújképződésnek kiindulási pontját egy helyen, az intimában sejtjük, s ha a szövettani képek descriptív természeténél fogva nem is tudjuk az intimában talált sejteket karakterük szerint osztályozni, nevezetesen, ha egy-egy érben nem is tudjuk pontosan megjelölni, mely burjánzások érintettek a sarcomás növekedést kiváltó ok által, lévén mindkét sejtféleségnek az embryonalis sejteket általánosságban jellemző, tehát sok közös morfológiai tulajdonsága, mégis sikerült találni olyan helyeket, a hol a már előbb szükségszerűen lueses szövetburjánzásból olyan szövetújképződés indult ki, mely a lueses szövetproductiók kereteit messze túlhaladta s már a daganat szövettani képébe illeszkedik, összekötő kapcsot alkotva a lueses endovascularis szövetburjánzások és a teljes egészében kifejezett angiosarcoma között s ezek a leletek egyben élesen megvilágítják az angiosarcomák keletkezésének helyét és módját.

A sarcomák histogenesisének fejtegetésekor kiemeltem, hogy a most uralkodó vélemény szerint a sarcomák fejlődése az egyes szövetek növekedési középpontjaiból indul ki s az itt jelentkező új sejtes termékek az anyaszövettel azonos szövettélethez hoznak létre, még ha ez az új szövet a daganatfejlődést jellemző hiányos szövetérés folytán csak torzképe is az anyaszövetnek.

A lues virusa egyazonképpen működésbe hozta a rostos kötőszövet és az érszövet növekedési középpontjait, létrehozván az érkörüli laza kötőszövet plasma- és fehérvérsejtes infiltrációját s az intima sejtes burjánzását. Míg azonban a rostos kötőszövet növekedését szolgáló sejtes termékeken nem látunk olyan vonásokat, melyek a daganatsejteket jellemzik, addig az ér növekedési középpontjai által produkált sejtes termékek nem egy helyen egybefolynak olyan szövetalakulásokkal, a melyek a malignitás kifejezett jeleit mutató sejtekből állanak s a melyek további fejlődésük folyamán tipusos angiosarcoma képét adják. Újabb bizonyítéka ez az egyes növekedési középpontokban termelt sejtek specificitásának s annak, hogy az angiosarcomák fejlődésének kiindulási pontját az érszövet növekedési középpontjában az intimában kell keresnünk.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

I. Boas: Die Lehre von den okkulten Blutungen.
Leipzig, Verlag von Georg Thieme. Ára 5 márka.

Az emésztőszervek diagnostikájában nagy jelentőségű úgynevezett „occult“ vérzések kérdését az előttünk levő munka szerzője vetette fel ezelőtt 13 évvel és azóta is sok érdekes

és értékes adattal járult a ma már csaknem tökéletes tén kiépítéséhez. Mindenesetre ő volt a legilletékesebb, hogy összefoglaló kritikai tanulmány alakjában könyvet írjon róla. A szerző ismert alaposságával elkészült munka, a mely a legtagabb orvosi körök osztatlan érdeklődésére tarthat számot, alkalmas arra, hogy elhallgattassa ama keveseket is, a kik a szóban levő tannal szemben még mindig kételkedéssel viselkednek. Nagyon jóleső az a világosság, a melylyel tárgyát ismerteti, meg a tartózkodás a bőbeszédűségtől, a mely tekintetben méltán csatlakozik ez a könyv előbb megjelent jeles munkáihoz. Minthogy a helytelen methodika, valamint az egy vizsgálat eredményére alapított következtetés okozta a legtöbb zavart az occult vérzések klinikai értékesítése terén: a helyes methodika tárgyalására és az ismételt vizsgálat fontosságának kiemelésére nagy súlyt helyezett a szerző.

Roth's klinische Terminologie. Achte Auflage von E. Oberndörffer. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. Ára kötve 12 márka.

A jól ismert munkának, melynek több kiadását ismertettük már, ezen legújabb kiadása annyiban tér el elődeitől, hogy nem csupán a klinikai terminológiára szorítkozik, hanem felöleli az anatomia, embryologia, physiologia és physiologiai chemia körébe vágó szakkifejezéseket is. Ennek megfelelőleg természetesen megnövekedett a könyv terjedelme, de csak az előnyére, a mennyiben most már megint teljesen egyenrangú vetélytársa a Gutmann-féle hasonló munkának.

Lapszemle.

Belorvostan.

Steril konyhasóoldatok új, gyors előállításí módját adja *Taege*. A salvarsantherapia kapcsán azon tapasztalatra jutottak a kutatók, hogy a kellemetlen salvarsanmellékhatások egy része az ú. n. „vízhibára“ vezetendő vissza, vagyis a sterilizált destillált víz és konyhasóoldat megbízhatatlanságára. Klinikákon, kórházakban nem ütközik nehézségekbe a drága, lassan működő készülékek alkalmazása, bizonyos körülmények között azonban szükség lehet rövid percek alatt steril konyhasóoldatot előállítani, és éppen erre alkalmas *Taege* methodusa. *Taege* közönséges vízvezetéki vízhez sósavat ad és ezt később natriumhydroxyddal neutralizálja. A chemiai formula a következő: $\text{HCl (36.5)} + \text{NaOH} = \text{NaCl (38.5)} + \text{H}_2\text{O}$. Az előállításához 25% acid. hydrochloricum 2.5 gr.-ja szükséges, mely natronlúggal telítve 1 gr. konyhasót ad. Az ily módon előállított konyhasóoldat bármely csíratartalmú vízből készült is, absolut steril. Elkészítéséhez üvegedénynél egyéb nem kell. A neutralizálás szükség esetén szódával is végezhető. Indicatorul 1% alkoholos phenolphthalein-oldat néhány cseppje szükséges.

A sósavas víz akkor is steril marad, ha hosszabb ideig fedetlenül áll. Alkalmazását főleg a salvarsantherapiában ajánlja, mikor is a következőképpen jár el. A salvarsan ugyanis physiologiai konyhasóban rosszul, ellenben sósavas vízben igen jól oldódik. E célra 2% sósavoldatot használt, melyet használat előtt újból felforralt s ehhez adja a salvarsant, az oldódás után pedig a fenti módon közömbösíti az oldatot. A hivatalos natronlúgot célszerű aná partes vízzel felhigítani. Nem használható kiindulási pontul a magnesium, mangan és vastartalmú víz, hacsak előbb sóitól meg nem fosztjuk, a mi natronlúggal való forralás és filtrálás útján könnyen lehetséges. A freiburgi klinikán 2 1/2 éve használják e módszert, melynek megbízhatóságához kétség nem fér. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1914, 24. szám.)

Weber dr.

Sebészet.

A gerincoszlop megbetegedéseinek diagnostikájáról értekezik *A. Schanz*. A gerincoszlopnak traumás megbetegedéseiben, ha kimutatható elváltozást nem találunk, a midőn a betegek csak hátfájdalmakról panaszkodnak, gyakran nehéz véleményt adnunk, hogy baleset következtében keletke-

zett neurasthenia avagy csakugyan valamely súlyosabb természetű megbetegedéssel állunk-e szemben. Csak támasz segélyével való járás, a hátnak görnyedt tartásba való elhelyezése, nyomási érzékenység a gerincoszlop mentén, mind olyan tünetek, a melyeket a betegek észlelhetnek illetve a melyeket a betegek utánozhatnak a nélkül, hogy ezen tüneteknek valamely kóros elváltozás volna alapja. Egy oly tünet van, a melynek jelenléte, illetve kimutatása a szimulálást feltétlenül kizárja s ez a hátizmoknak contracturája, a mely a gerincoszlopon létrejött megbetegedések elmúltával lassan-lassan visszafejlődik. Kifejlődik a contractura a csigolyákon létrejött törés, tuberculosis vagy más gyulladásos processusok után. Különösen jellemző azonban az oly változások esetén, a melyeket a szerző „insufficiencia vertebrae” körjelzéssel ismertetett. Hogy milyen mechanizmus útján fejlődik ki az izmoknak ezen összehúzódása, azt biztosan nem tudjuk, de a tapasztalat azt bizonyítja, hogy jelenlétük a gerincoszlopnak valamely komolyabb megbetegedésére vezethetők vissza. (Zentralblatt für Chirurgie, 8. sz.) *iff. Hahn Dezső dr.*

A ductus thoracicus-sipolyok elzárásáról értekezik *Dobbertin*. A ductus thoracicus-sipolyok tudvalevően a bal kulcscsontfőletti táj mirigyének kitakarításakor jöhetnek létre. Az ezzel jelentkező chylorrhoea a beteget módfelett gyötri s annyira elsenyveszti, hogy exitus állhat be. Néha igen ritkán sikerül a ductus thoracicus falának elvarrása, azonban ezen A szerző egy nagy sarcoma eltávolítása után létrejött fistulát az ismert ragtapaszszal való összehúzás s a *Madelung*-féle bőrredő képzésének sikertelensége után a következő módon zárt el: A sebet tágitotta, majd 5 steril vattagomolyt helyezett a seb mélyébe, oda, a honnét a chylus ömlött. E fölött összevarrta a fasciát catguttal, majd pedig jó szorosan elzárta a bőrt úgy, hogy lymphá nem mutatkozott. A 10. napon a seb alsó zugát megnyitva, a vattagomolyt eltávolította. A seb teljesen begyógyult és a lefogyott beteg teljesen összeszedte magát. (Zentralblatt für Chir., 1914, 9. sz.)

iff. Hahn Dezső dr.

Húgyszervi betegségek.

A purpura vesicaeról és következményeiről (ulcus simplex vesicae pepticum) ír *Blum Viktor* wieni magántanár. Az ulcus vesicae keletkezése lehetőségeinek a felsorolásában a szerző bizonyos hiányt vett észre úgy *Le Fur* előadásában, a ki az ő értékes és nagy alapossággal megírt monographiájában mint első foglalkozott igen részletesen a hólyagfekélyekkel, valamint azon tankönyvekben, a melyekben *Fenwick*, *Guyon* és más igen előkelő szerzők a hólyagfekélyt tárgyalták; ezen további pathogenesises lehetőségét a vizelet emésztőképességében véli keresendőnek.

A szerző tehát az ulcus simplex vesicae és a gyomorfekély közötti analógiára hívja fel a figyelmünket, mely azonban nemcsak a fekély cystoskopiai képeben mutatkozik olyképpen, hogy ez akárhányszor teljesen hasonlatos az ulcus rotundum kórképéhez. A hólyagban találunk épp olyan felületes haemorrhagiás erosiókat, mint a gyomor nyálkahártyáján, máskor meg az ulcus rotundumhoz hasonló mélyreható, hegyes szélekkel bíró és minden terapiával daczoló idősült hólyagfekélyeket is; úgyisintén a szétesésre és a teljes perforációra való hajlamosság is megvan mindkettőnél. Azon gyógy mód, a melyet a szerző az ilyen esetekben rendszerint sikeresen alkalmazott, szintén a hólyagfekély peptikus természete mellett szól.

Egyébként pedig a szerző az e téren szerzett észleléseit a következőkben foglalja össze:

1. A cystitis acuta haemorrhagica, melyre sok kisebb avagy egy nagyobb solitaer hólyagnyálkahártyavérzés jellemző, épp úgy mint a purpura haemorrhagica, valamilyen általános fertőzésnek vagy pedig intoxicációs betegségnek a következménye; az ilyen eseteket, melyek bizonyos évszakokban (tavaszszal, őszszel) rendszeren csoportosan szoktak jelentkezni, jogosan nevezhetjük purpura vesicae-nak és az ily

alakban jelentkező bántalmakat a rheumatoid betegségek közé sorozhatjuk.

2. A nyálkahártyavérzések kedvező körülmények között teljesen felszívódhatnak, a kórkép ilyenkor gyorsan visszafejlődik. Legtöbbször azonban a vérzés kezdetben haemorrhagiás erosióvá, később pedig már felületes avagy mélyebb fekélyllyé alakul át, mely végül a hólyagfal átfúródására is vezethet.

3. Minden „spontan” hólyagfekély haemorrhagiás laesióból származott.

4. Az ulcus simplexnek intra- avagy submucosus vérzésből történt keletkezése a vizelet peptikus hatásának tulajdonítandó. Ugyanis a tünetcsoport, a kórlefolyás, az aetiológia és a pathogenesise tekintetében rendkívül nagy a hasonlóság a hólyag- és a gyomorfekély között.

5. Kezdődő ulcus vesicae esetében tehát a therapia a szokásos vizeletfertőtlenítésen és a helyi kezelésen kívül a vizelet állandóan égvényes állapotban való tartásából fog állani.

6. Az ulcus pepticum képződésének a megelőzése céljából leghelyesebb, ha purpura vesicae minden esetében széda nyújtásával a vizeletet állandóan égvényes állapotban tartjuk. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1914, 13. sz.) *Drucker.*

Venereás betegségek.

A Wassermann-reactio érzékenységeinek fokozásáról ír *Blumenthal*. Ennek lényegéhez tudnunk kell, hogy az antigen, lueses savó és complement közötti reactio nem absolut értelmű, vagyis elég gyakran sikerül az összeköttetést úgy megbontani, hogy haemolysis álljon be. Ez megtörténhet akkor, ha a haemolysises systema erős, avagy a complement egy része szabadon marad és így jön létre haemolysis. Az érzékenység fokozására tehát két mód áll rendelkezésünkre: 1. a vizsgálandó savót és antigenet erősíteni, 2. a haemolysises systemát gyengíteni. Az idevonatkozó methodusok (*Wechselmann*-féle bariumsulfat-eljárás, *Herz*-féle kaolin-eljárás stb.) felsorolása után a szerző azon conclusióra jut, hogy bár e módszerekkel sikerül a Wassermann-reactiót érzékenynyé tenni, de ugyanakkor elveszíti specificitását. A szerző tehát az érzékenyítési eljárásokat elvetendőnek tartja.

A mi a Wassermann-reactio quantitativ értékelését illeti, két stadiumot kell megkülönböztetnünk. Korai syphilis-esetekben quantitativ differentiáknak nincs jelentőségük, mert bármily erősen vagy gyengén positiv az ily betegek savója, a legerélyesebb kezelést kell folytatnunk. A késői syphilis esetekben azonban prognostikai jelentősége van a quantitativ viszonyoknak. A hol ugyanis a reactio befolyásolható a therapia által, ott jó eredményeket várhatunk a gyógyulás szempontjából. Ellenkező esetben eredményt nem várhatunk, de nem szabad szem elől téveszteni, hogy positiv reactio klinikai gyógyulás mellett is fennállhat. (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 28. sz.) *Weber dr.*

Fülörvostan.

Az otogen és traumás meningitisek gyógyíthatóságáról ír *Denker* tanár (Halle a. S.). 4 esete kapcsán, melyek kórtörténetét kimerítően közli, állást foglal az otogen meningitis terapiájának homlokterében álló két kérdéshez, melyek elseje a megbetegedés diagnosist, másodika a kezelés sikerét illeti. Feltveti a kérdést, hogy kifejezett meningealis tünetek esetén felállíthatjuk-e a diffus genyes meningitis diagnosist, ha a lumbalis punctio alkalmával a liquor csupán megnagyobbodott nyomás alatt áll s a leukocyta erős megszorodását mutatja, de sterilis, avagy pedig szükséges-e a diagnosis felállítására pathogen mikroorganizmusoknak kimutatása a liquor cerebrospinalisban? Második kérdése a következő: gyógyszeres vagy operatív kezelés által kedvezően befolyásolhatjuk-e a diffus genyes meningitis lefolyását és mely eljárások a legcélszerűbbek a gyógyulás elérésére? A szerző azon nézetének ad kifejezést, hogy az utóbbi években szerzett tapasztalatok alapján nem szabad többé kétel-

kednünk a diffus genyes meningitis diagnózisának helyességén csak azon okból, mert a beteg meggyógyult; a szerzőnek fejtegetései, valamint *Schmiegelow, Alexander, Mygind* és *Voss* közleményei is oly gyógyult esetekről számolnak be, melyekben a zavaros liquor számos leukocytán kívül pathogen mikroorganizmusokat tartalmazott s a mely esetek bizonyítékát szolgáltatják annak, hogy az otogen diffus leptomeningitis meggyógyítható. A klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a chronikus középfülgyulladás társuló meningitisek sokkal jobb prognoszt nyújtanak, mint az acut otitis kapcsán mutatkozó agyhártyagyulladások: abszolút kedvezőtlennek az otogen meningitis prognosztát nem szabad jelezni, hanem alapos reményünk lehet a conservatív és operatív eljárások (urotropin, a primaer fészék radicalis kitakarítása, lumbalis punctio stb.) sikeréhez és ezeket alkalmaznunk kell. Túlságos optimismusra azonban szintén nem vagyunk feljogosítva. A szerzőnek 4 esetében az agyhártyagyulladás előbbi középfülgyulladás társult, ötödik esetében az intracranialis megbetegedés koponyatrauma következtében támadt; a trauma által a középfül üregei a hátulsó és középső koponyabírákkal összeköttetésbe jutottak és a középfülbe történt vérkiömlés a tuba útján vagy a hallójárat felől a dobhártyarepedésen át fertőződött. Hogy ily esetekben már az intracranialis tünetek megjelenése előtt operáljunk-e vagy sem, ez a kérdés az utóbbi években sokszor felvetődött s koponyatörések esetén a beavatkozás indicióját illetőleg a legtöbb szerzőnek az az álláspontja, hogy agynyomás tünetek mutatkozásakor és oly tünetek jelentkezésekor, melyek intracranialis fertőzésre (extraduralis tályog, agytályog, sinusphlebitis, meningitis) utalnak, a megbetegedett terület operációval szélesen feltárandó. Hogy oly koponyatörés esetén, midőn a törés a halántékcsontra ráterjed és heveny középfülgyulladás mutatkozik, az intracranialis fertőzés elkerülésére a középfülben, illetve labyrinthusban levő kóros fészket ki kell takarítani, ezt általánosan elfogadják; a szerző azonban tovább megy, s *Voss*-szal együtt azt tartja, hogy egyidejűleg jelenlevő *chronikus* középfülgyulladás esetén is operative kell eljárunk. (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, 1914, 70. köt.).

Safranek.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Protylinnal a gyermekgyakorlatban tett tapasztalatait közli *Goldschmidt*. Elsősorban rachitisben látta hasznát, jó eredménnyel rendelkező továbbá görcsös állapotok ellen (tetania, spasmophil diathesis) és a scrophulosis bizonyos alakjaiban (látszólag jól táplált, pastosus gyermekek, a kik a csukamájolajat rendszerint nem jól tűrik). (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1914, 18. szám.)

Urticaria több esetében *Scholz* nagyon jó eredménnyel használta az adrenalint bőr alá fecskendezés alakjában; a hatást úgy magyarázza, hogy az adrenalin megszünteti az érszűkítőkre kifejtett izgatató hatása útján az értágítók izgalmát, a mely szerinte az urticariás rohamnak az oka. (*Zentralblatt für Herz- und Gefäßkrankheiten*, 1914, 12. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 32. szám. *Lévy Lajos*: Epilepsiás halál mint baleset. *Szilárd Ármán*: A leplezett gümőkör felismeréséhez. *Dollinger Gyula*: A gümös csont- és ízületi gyulladások gyógyítása.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 32. szám. *Johan Béla*: Elsődleges elszarusodó laphámra a tüdőben.

Orvosok lapja, 1914, 32. szám. *Loránd Gyula*: Basedow-kór egy érdekes esetéről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Kiss István* dr. simontornyai kórorvost és *Reisz József* dr. dombovári közséki orvost Tolnamegye főispánja tb. vármegyei főorvossá nevezte ki.

A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek állandó központi választmánya elhatározta, hogy az ezidei nagyszabedű vándorgyűlést a hadi állapot miatt a jövő évre halasztja.

A magyarországi betegápolók és ápolónők országos egyesülete (Budapest, VII., Dohány-utca 74., Miksa-utca sarkán, telefon: 3-64) értesíti az érdeklődő közönséget, hogy betegápolási tanfolyamát a *poliklinika* tantermében: VII. ker., Szövetség-utca 14-16. sz. a. köz-

napokon d. e. 8-10 órákor tartja, melyen vendégeket szívesen lát. Szükség esetén párhuzamos tanfolyamot is rendez az egyesület a délutáni órákban. Az előadások hallgatása és az állásközvetítés ingyenes, az egyesület rendes tagjai azonban elsőbbségi joggal bírnak. Tagsági díj havonként 1 korona 50 fillér. Előadó: *Rajnai Béla* dr., műtőorvos, az egyesület elnöke. Jelentkezéseket az egyesület titkára fogad az irodai órák idejében.

A Nagyvárad-városi tüdőbetegrendelő-intézetben (dispensaire) *Grósz Menyhért* dr. főorvos jelentése szerint 1913-ban 614 beteg jelentkezett, a kik közül 394 volt kifejezetten gümőkóros; a rendelések száma 4082 volt. A gondozók első ízben 244 lakást látogattak meg, ismételt 150-et. Lakásfertőtlenítést 65 esetben végeztek, köpetvizsgálatot pedig 244 esetben. 127 beteg 381 családdal összesen 9889 korona 1 fillér értékben részesült támogatásban (ebből volt 3545 korona 20 fillér értékű tej és 2845 korona 84 fillér értékű hús).

Picker Rezső dr. lakását IV., Borz-utca 9. szám alá (Váci-utca és Veres Pálné-utca között) helyezte át.

A németországi orvosi fakultások hallgatóinak száma a legutóbbi nyári félévben (a zárójelben lévő számok a nőhallgatókra vonatkoznak): Berlin 2168 (17), Bonn 834 (59), Breslau 682 (29), Erlangen 399 (8), Freiburg 1243 (128), Giessen 358 (13), Göttingen 455 (29), Greifswald 340 (14), Halle 412 (15), Heidelberg 956 (95), Jena 465 (32), Kiel 970 (44), Königsberg 514 (34), Leipzig 903 (36), Marburg 581 (31), München 2275 (157), Münster 314 (9), Rostock 397 (11), Strassburg 541 (17), Tübingen 435 (22), Würzburg 675 (10). Összesen 15.917 (964).

Személyi hírek külföldről. Freiburgban *G. F. Knoop* dr.-t a physiologiai chemia rendk. tanárává nevezték ki. — *B. Mayrhofer*, a fogászat rendkívüli tanára az innsbrucki egyetemen, a rendes tanári címet kapta. — *R. Fischl* dr.-t a gyermekorvosban, *R. Winternitz* dr.-t pedig a dermatologia rendkívüli tanárává nevezték ki, mindkettőt a prágai német egyetemen. — *Hochenegg* tanár Wienben értesítette a Loew-sanatoriumot, hogy az augusztusban és szeptemberben általa végzett műtékekért járó összeget juttassa a Vörös Kereszt-egyletnek.

Kisebb közlemények az orvostudományok köréből. A *veszett-ség-ellenes védőoltás* új módjára vonatkozó kísérletekről számolt be *Phisalix* a párisi "Académie des sciences" egyik utóbbi ülésén. Házinyulakat a salamandra meg a vipera mérge ellen immunissá téve, ezek az állatok a teljesen biztos hatású intracerebrális fertőzést fix veszettség-vírussal baj nélkül kiállották; a jelzett mérgeknek csak egyikével végzett immunizálás nem bizonyult megbízhatóknak. — *Súlyos borsav-mérgezés* esetét észlelte *Savariaud* egy gyermekben, a kinek égett sebeit kezelték borsav-porral. Egyébként megjegyzi, hogy 30 év alatt 9 halálos borsav-mérgezést látott. (Académie de médecine, július 28.-án tartott ülés.) — *Aspirinnal szemben túlérzékenység* esetét közli *Rotky*; az egyébként egészséges, 45 éves nő fejfájása ellen 1/2 gramm aspirint vett be, mire szívgyengeség és tüdőviznyelő állott be s az állapot órákon át életveszélyes volt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1914, 31. szám.) — *Nehezen csillapítható szövetvérzés* (pl. májvérzés) ellen *Horsley* magából a betegből vett izomdarab odaszorítását ajánlja; az izom odagyógyul és egy idő múlva szervül. (Brit. med. journal, 1914, júl. 4.)

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

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

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Diaetás osztály cukorbetegségeknek, anyagcserebetegségeknek. Hízaló és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: **Dr. Dolecskó János**, főorvos.

Epileptikus betegek intézete

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

RÖNTGEN-REINIGER

és VIII. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R-T.**

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia.

UJTÁTRAFÜRED. Röntgen-laboratorium Fekvő- és hízaló-kúrák. Nap- és légfürdők. Vízgyógyintézet. Tüdőbetegeknek külön osztály. Lakás, fűtés, világítás, teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel együtt napi 10,— koronától kezdve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes bemutató ülés 1914 márczius 14.-én). 638. lap. — Közkórházi Orvostársulat (IV. rendes bemutató szakülés 1914 február 18.-án). 639 lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes bemutató ülés 1914 márczius 14.-én)

Elnök: **Salgó Jakab.**

Jegyző: **Dollinger Béla.**

(Vége.)

A myomák és metropathiák sugaras kezelése.

Mansfeld Ottó: Előadásában a Tauffer-klinika anyagáról számolt be, 88 esetről.

A nem daganatos méhek vérzései a szerint kezelendők, hogy a vérzés *primaer oka* hol van: a méhürben-e, vagy a petefészkekben.

A gyakorlat számára következő irányítást adja: Ha a vérzés oka a méhürben rejlik, akkor intrauterin kezelés (curettage, edzés) végzendő. Ha a vérzéseket a petefészkek daganatos elváltozása idézi elő, akkor a daganatot ki kell irtani. Ha a függelékek lobja a vérzés oka, akkor lobellenes kezelés vezet célhoz. Ha anatómiai elváltozás nélküli hyperfunctiója a petefészkeknek tartja fenn a vérzést, akkor a sugaras kezelés javalt.

A *primaer ok* felismerésére legfontosabb a vérzés *typusának gondos regisztrálása*. *Atypusos vérzést* a méhüri folyamatok adnak, *fokozott, de rendes időközökben* jelentkező vérzéseket a petefészkek hyperfunctiója.

A nem daganatos méhvérvérzések 80-60%-ában tudta a vérzéses panaszokat sugarakkal megszüntetni. Az eredmény elérésére rendszerint 4 besugárzási sorozat (egy-egy között 3 heti szünet) szükséges.

A myomásokról nem lehet mondani azt, hogy a sugaras kezelés gyógyítja őket. De gyógyítja leggyakoribb tünetüket: a vérzést, *eseteinek 84-80%-ában*. A daganatok zsugorodását csak az esetek igen kis (12%) százalékában látta. Ezért oly daganatot, mely fájdalmakat, nyomás-tüneteket okoz, operálni kell.

Tisztán vérzéses panaszokat okozó myoma eseteiben a sugaras kezelés javalt. Contraindicációt csak a submucosus góczok vagy a malignitás gyanúja adnak. Mindkettőre a vérzés *atypusos* volta kelti a gyanút.

Kalledey Lajos: Két megjegyzése van az előadásra. Nem tartja oly élesen elkülöníthetőnek aetiologie a meno- és metrorrhagiát, mint azt az előadó tette. Azok a histologiai vizsgálatok, melyeket az előadó említett, kétségtelenül bebizonyították, hogy a vérzéseknek oka sem a myometriumban, sem az endometriumban nem lelhető fel. Felszólaló, mint ezt nemrég tartott előadásában e helyen kifejtette, az ovarium fokozott vagy az antagonista mirigyek csökkent funkcióját tartja a vérzések okának. Az I. sz. női klinika ambulanciáján 100 méhüri vérzést kezelt organotherapiával, intravenásan fecskendezvén be hypophysis-, thyreoidea-, mamma- vagy corpus luteum-kivonatot. 10 elmaradt a 100 közül, 89 esetben rendeződött a menses. Az indicatiónak megszorítását tartja a felszólaló szükségesnek, még pedig olyképpen, hogy contraindikált az X-sugaras kezelés minden olyan esetben, hol a genitáliák hypoplasiája vagy atrophijája van jelen. Elég gyakran látunk ugyanis fiatal leányokon, vagy még gyakrabban fiatal asszonyokon hypoplasiás genitáliák mellett menorrhagiát; ilyenkor határozottan ellenjavalt az X-sugaras kezelés. Akár az ovariumra való hatást, akár a méhre való direct hatást fogadjuk el, az X-sugarak a genitáliák atrophiját elősegítik. A metropathiák causalis terapiájának a correlatio befolyásolását kell tekintenünk, nincs kizárva annak a lehetősége, hogy az X-sugarak is így hatnak.

Kelen Béla: Öröme szolgál, hogy az előadó saját tapasztalatai alapján is meggyőződött a Röntgen-therapia veszélytelenségéről és eredményeinek bemutatásával sok olyan ellenvetést megczáfolt, a melyet szólnak 4 év előtti hasonló tárgyú előadása alkalmával a Röntgen-therapia ellen felhoztak.

Sajnálja, hogy nem tért ki technikai eljárásának ismertetésére. Az eredmények kulcsa a kellő minőségű és kellő mennyiségű sugárzás kimérésében rejlik. A radium γ -sugarainak tanulmányozása azon feladat elé állít bennünket, hogy a hatásfokozás szempontjából olyan sugarakat állítsunk elő, melyek a felületes szövetekben az eddigiekénél kisebb mértékben absorbeálódnak és így a mélybe hatásuk fokozott. Eddig maximum olyan sugarakat tudtunk előállítani, a melyek az emberi testben 3-3 cm.-enként intenzitásuk felét elvesztik. A szólnak specialis módszerekkel sikerült 7 cm.-enként feleződő sugárzást is előállítani,

de ezeknek a γ -sugarakat már nagyon megközelítő sugárzásoknak az eredményeiről még nem tud véglegesen beszámolni.

Az I. sz. női klinikán máig 1083 esetben alkalmazták a Röntgen-therapiát. Ezek közül myoma és méhvérvzés 655 eset. Legújabb eredményeik jobbak a régiekénél. Fokozott penetrációjú sugárzással kezelt 112 myoma eset közül egy sem került operációra. Néhány beteg a kezelés kezdete után elmaradt. 43 méhvérvzés is — egynek kivételével, melyben az időközben beállott profus vérzés organotherapiára szűnt meg — meggyógyult, vagy még részben kezelés alatt van.

Gyógyultnak tekintjük azon myomásokat, a kiknek már több mint $\frac{1}{4}$ éve szűnt meg teljesen a vérzése. A gyógyultakat $\frac{1}{4}$ évenként felülvizsgálatra berendeljük.

A Röntgen-hatás fölötté áll a sebészi castratióknak, a sugarak a myomát directe is zsugorítják. Postclimacteriosus myomák is feltűnően zsugorodnak, pedig ezeknél az ovariumok működésén kívül helyezése útján való indirect hatás ki van zárva. Látunk gyermekfejnyi myomát 30 éves betegen, mely a cessatio mensium előtt teljesen eltűnt.

Az eljárás technikájának tökéletesítése a mai eredmények mellett is szükséges a kezelés hosszadalmasságának és költségeinek a csökkentésére.

Az indicatiók felállításakor szorgos individualizálásra van szükség és tekintetbe kell venni azokat a socialis indicatiókat is, a melyek egyik vagy másik irányban imperative döntenek.

Kubinyi Pál: 1910 és 1911-ben is hozzászólt a kérdéshez az egyesületben. Álláspontja nem változott. Akkor azt mondta, hogy a Röntgen-sugárzás nem minden esetre való s individualizálni kell. Ma is ezt tartja. Akkoriban hangsúlyozta a méhüri vizsgálat nagy fontosságát a sarcoma, de főként a carcinoma kizárása végett. Ma ezt már mások, így újabban Krause és Ziegler is követelmény gyanánt állítják fel. A szülő 1911-ben erre vonatkozó praeparatumokat is bemutatott.

A mi a sarcomák és carcinomák gyakoriságát illeti, az előadó táblázata nem mond semmit, mert a sarcomákra vonatkozólag nem létezik szerző, a ki a kiírtott myomákat mind feldolgozta volna histologiailag, pedig csak ezen az alapon lehet megkülönböztetni. A mi a rákokat illeti, főként a corpuscarcinoma kerül szóba. Ezt általában ritkaságnak tartják, holott szinte érthetetlen, hogy miért volna éppen a corpusrák olyan ritka, a mikor a collumrák rendkívül gyakori, pedig mind a két helyen van mirigyállomány és a corpusnyálkahártya-vakarekban különben is gyakran látunk adenomás elváltozást, a mi a rák előfutárja. Nem is felel ez meg a valóságnak, hanem úgy van, hogy nem végeznek méhüri és histologiai vizsgálatot, tehát nem ismerik fel a bajt s az ilyen betegek később más címek alatt halnak meg.

Mióta rendetlen vérzés esetén gondot fordít a méhüri vizsgálatra, sokkal több corpusrákot talál, mint azelőtt; ezidén már 4-et operált s egyet meg se lehetett operálni, mert a rák átnőtt a méh falán s betört a peritoneumba s a bélbe. A mi a Röntgen-therapiát illeti, 55 eset tapasztalata alapján szól. Nagyon jó eredményt ad vérző myoma eseteiben 40 éven felül s közel a climaxhoz, főleg pedig ebben a korban metropathia fennforgásakor.

De vannak refractaer módon viselkedő esetek is, most is lát egy ilyen.

Sok esetre nem való. Hallottunk számos contraindicációt, köztük még a socialisat is. De meg a myoma nemcsak vérzést okoz, hanem egyéb bajokat is, nyomhatja az uretereket s károsítja a veséket, genyes adnextumork lehetnek mellette, rapide nőhet még a Röntgen-kezelés dacára is, fájdalmakat okoz, bántalmazza a szívet stb. Már csak ezért sem igaz a Krönig- és Gauss-féle 100% gyógyulás és igaza van Stoeckelnek, a ki rámutat arra, hogy nem egy beteg idővel belehal a myomájába cachexia, necrosis, thrombosis, rossztermészetű elfajulás stb. folytán, a mit műtéttel elkerült volna, tehát a Röntgen-kezelésnek is megvan a mortalitása.

De azért a Röntgen-kezelés nagy nyereség már azért is, mert nem minden esetet lehet megoperálni, pl. nagyon kivértett, vese-, szívbajos stb. beteget. Nem is szabad a műtéttel szembeállítani, hanem csak melléje.

Az előadó által feltüntetett műteti mortalitás éppen a nagy számok miatt, a melyek első tekintetre imponálnak, nem felel meg a valóságnak és nem a jelen időnek. A sok száz esetet felölő statisztikák közt sok a régi eset, pedig még 10 év előtt is más volt és sokkal rosszabb volt a mortalitás, mint ma.

A szülő 127 myomát operált s ezek közül csak 16-ot per vaginam, a többi 111 laparotomiával volt s a 127-ből csak egyetlen egy esetet vesztített, egy myomacolosust, ujjnyi vastag erekkel, kivértett állapotban operálva, a 2. napon szívhűdés folytán. Nézete szerint az elsőség a myomák kezelésében az operatív eljárást illeti meg, a többi segédeszköz.

Tauffer Vilmos: Ha visszatérünk a myoma terapiájára, ott kell kezdenie, hogy nagy vívmány volt, a mikor jodtincturát fecskendezve a myomába, gyógyítani véltünk. Az idősebbek emlékeznek, hogy a secale cornutum hatására mennyire lelkesedtek a nőgyógyászok. Jött azután a castratio, melynek nyomán az asepis aerájában 83% gyógyulásról számolt be Rosthorn egy congressusi referatumban. Ez is letűnt. Azután

jött az epochalis Apostoli-féle kezelés 100–150 milliamperes állandó árammal. *Keath* és *Spencer-Wells* Angliából jött át *Apostoli*-hoz, és mikor egy sorozat beteget végignézték, műhibának jelentették ki a myoma operálását, mielőtt az *Apostoli* eljárása meg nem kíséreltetett a betegen. És íme, ma *Apostoli* szerint már senki sem kezel többé.

Azután jött a műtői kezelés és birtokába jutottunk olyan minden részletében kidolgozott szép methodusoknak, melyekről nem egykönnyen mondunk le. Nem hivatkozom a saját klinikám eredményeire, hanem arra, a mit előbb *Kubinyi* említett, t. i. hogy 113 myomását operált egy-végteben, egyetlen egy halálesettel, pedig ezek között befigyaltatnak azok is, melyekben utolsó életmentési kísérletnek tekintjük a műtétet. Ezek pozitív, minden időben megálló eredmények, melyeket műtői technikáknak és tökéletes aseptisünknek köszönünk.

Ilyen körülmények között tűnik fel egy új eljárás, t. i. a *Röntgen-kezelés*, melyről egy oldalról nem kevesebb mondatik (*Krönig és Gauss*), mint hogy 100%-ban gyógyítja a myomás betegeket. Hangzatos mondas, alkalmas arra, hogy diskreditálja a methodust. Hisz hallottuk épp az előbb, hogy más oldalról máris egész sorát a contraindicatiónak említik és a podiumra lépő következő felszólaló még a maga részéről is tud egy újabbat hangoztatni.

Az igazság a közepén van! Három év előtt még tartózkodóbb volt, mint ma, mert néhány száz eset kapcsán meggyőződött, hogy a *Röntgen-kezelés* csakúgyan nagy gyarapodást jelent gyógykincsünkben, de nem hajlandó az enthusiasmusra, mert látta árnyoldalait számos esetben. Hol mások lázas röntgenkezése után igen súlyos körülmények között kellett operálni és tudomása van felőle, hogy *Tóth* is tett hasonló tapasztalásokat.

Helyesli *Kubinyi* tagtárs felfogását abban is, hogy a malignus complicatiók gyűjtőstatisztikáját mostanában még alig értékesíthetjük, mert csak úgy volna értelmi, ha minden esetet jóformán centiméterről centiméterre végigvizsgáltunk volna; ez pedig igen kevés helyen történt meg, tehát kétségtelen, hogy még a *Martin* által számított 3% is igen alacsony a sarcomás elfajulást illetően; tehát egy újabb ok, hogy az enthusiasmustól tartózkodjunk, mert az ilyen eseteket a *Röntgennel* nem gyógyíthatjuk.

Szólok mindezen okokból és sok más, itt nem részletezhető dolog miatt is álláspontját úgy fejezné ki, hogy a *Röntgen-sugaras kezelés* igenis hatalmas újabb segítőeszköz therapiánkban, de a tapasztalás óvatosságra int; a 85–90, sőt 100%-os gyógyulások hangoztatása pedig deceptióra vezet.

Bársony János: Annyiszor vitatkoztak már az orvosegyletben a mai előadás themája felett, hogy hozzászólván az előadottakhoz, kénytelen ismétlésekbe bocsátkozni. Nem is szólalt volna föl, ha *Tauffer* tanár nem nyilatkozott volna olyan kifejezetten a myomák operatív therapiája érdekében. Az előadás első részére az a megjegyzése, hogy a vérzésben nyilatkozó metropathiák genesisét nem lehet olyan könnyedén elintézni, mint azt az előadó tette; a méhvérezéseknek tudniillik az okát nemcsak helyi elváltozásokban vagy az ovarium befolyásában kell keresnünk, mert sok más constitutionális rendellenesség is lehet az alapja. Verváltozások, arteriosclerosis, syphilis, tuberculosis, nephritis, vitium, lymphás constitutio mind okozhat rendellenes vérzést, ezeknek a gyógyítására pedig sem a *Röntgen*, sem a kaporás nem lesz elegendő. Az úgynevezett metropathiás vérzésekről, melyeknél a *Röntgen-therapia* egyáltalában szóba szokott jönni, az a véleménye, hogy e therapia tulajdonképpen területé a klimakterium vagy az ahhoz közeli évek idejére esik. A klimakteriumos rendellenességek gyógyításában a sugaras kezelés kitűnő eszköz. Fiatalokon azonban csak akkor jöhet szóba, a mikor a betegség minden más therapiával dacolván, már-már a totalis exstirpációt tenné indikálttá; a fiatal testnek ilyen nagy megcsontítása előtt a zsugorító sugaras kezelést meg kell kíséreni. A myomákra nézve ma is az a véleménye, a melyet e helyen többször is elmondott. Különválasztandók azok a myomák, a melyek 40 éven alul s a melyek ez időn felül, tehát a klimax éveiben jönnek kezelésbe. A fiatalok myomáira nincs a sugaraknak olyan nagy hatása, mint a későbbi években, ezeket is besugoríthatjuk igen kemény besugározással, azonban a kezelés akár egy évig is eltarthat. Éppen ezért ilyeneken, ha beleegyeznek, a műtétnek megvan a jogosultsága. 40-en felül azonban 84–90%-ot meggyógyít a *Röntgen* és e kezelésnek 0% a mortalitása. Ezzel szemben az operatív technikát és tisztaságot akármilyen tökélyre is fogjuk fokozni, kívül álló okokból (arteriosclerosis, myodegeneratio, thrombosis, embolia), mégis fogunk veszteni betegeket. Ilyen körülmények között lelkiismerettel az e korban levő betegeket, a ki e therapiára amúgy is alkalmasnak látszik, elsősorban a *Röntgen-kezelést* kell javaslatba hozni. Ezek mellett egy nagy sorozata marad a myomáknak még e korban is az operatio számára. Hiszen 10–15%-on nem segít a *Röntgen*, azonfelül sokan vannak, a kik unják a kezelést, a kiket a specialis viszonyok kényszerítenek az operatióra, a kiknek a myomák submucosus elhelyeződése, adnexum-daganata, vagy a myomák nagysága, a keresztcsont ereire, idegeire való rátolakodása kényszerít az operatióra. De ha ezekben az esetekben is tennénk kísérletet a *Röntgen-sugarakkal*, tulajdonképpen akkor sem mulasztathatnánk semmit, a kezelést bármely időszakban abba lehet hagyni és át lehet menni az operatióra. A mi a sarcomás degeneratiókat illeti, az a megjegyzése, hogy bizonyosan malignus daganatot mindenki siet operálni; s ha a klinikai tünetek a diagnosit még nem állapítanak meg s ennek folytán *Röntgennel* kezelnek az asszonyt, ez esetben sem járnánk nagyon hibás úton, mert hiszen tudvalevő dolog, hogy a *Röntgen-sugaraknak* a malignus daganatok közül a sarcomára van a legnagyobb hatása. A carcinomás társulások tekintetében nem ért egyet *Kubinyi*-vel. Nem tartja azt, hogy az endometrium rákja

jobb természetű volna mint a másutt fejlődött rák és hogy az éppen ezért metastasisokat sem hozna létre, sőt hogy felfedezetlenül, titokban maradna. Ellenkezőleg: az endometrium-, a corpusrákok operatióinak éppen azért jobb a gyógyulási % a, mert míg a cervixrákok minden nagyobb tünet nélkül, mintegy belopják magukat az asszonyi testbe, addig az endometriumban székelő újképlet vérzésekkel, folyással mindjárt jelzi magát és idejében felhívja magára a figyelmet, hamar kerül operatióra; ez a kulcsa a jó eredménynek. A metastasisokat illetően pedig utal a legutóbbi *Weibel-féle* összeállításra a *Wertheim-klinikáról*, a melyből az látszik, hogy a mirigyek corpuscarcinománál is gyakran betegek és éppen e gyakoriság argumentum *Weibel* számára, a mikor corpuscarcinoma eseteiben is az abdominalis operatiókat tartja javalltnak.

Kelen Béla: Félreértett szavainak helyreigazítására megjegyzi, hogy szavaival annál kevésbé czélozhatott *Tauffer* tanárra, mert *Tauffer* az apostrophált ülésen jelen sem volt, a mai ülésen pedig csak a szóló után nyilvánította véleményét. Nem akart egyebet mondani, mint hogy az előadó régebben nyilvánított elméleti aggályait vizsgálat alá vette és kísérleteinek eredményeként közülök többet elejtett. Ez pedig minden tudományos kutatónak csak dicséretére válhatik.

Kubinyi Pál: *Bársony* félreértett szavai miatt szólal fel. Ismétli a mit mondott s tanúnak hívja fel a hallgatóságot. Egy szót sem szolt a corpuscarcinomák jóindulatúságáról, hanem azt mondta, hogy sokkal több corpuscarcinoma létezik, mint hiszik, csak hogy nem ismerik fel, mert nem végeznek rendszeres méhüri és histologiai vizsgálatot. A corpusrák sokszor elrejtőzik, főként a myoma által deformált méhürben s a curette se hozza ki. A szóló erre már több példát demonstrált az egyesületben és a gynaekologiai szakosztályban. A mióta erre ügyel, sokkal több corpusrákot lát, ezidén is negyvet operált, egy pedig műtetre sem kerülhetett, mert áttörte a méh falát, a belet s peritonitist okozott. E szerint éppen nem jóindulatúságról tett említést. A főszólyt a méhüri vizsgálatra fektette. E nélkül nem ismerik fel.

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1914 február 18.-án.)

Elnök: *Eisler Hugó.*

Jegyző: *Szinnyei József.*

(Folytatás.)

A medenczébe beékelte kő, uropyonephrosis, nephrectomia.

Jakovlevyevity Iván: A 31 éves géplakatos 1913 december 29.-én azzal a panasszal jött a kórházba, hogy véreset vizele és járaskor fájdalmai vannak a bal oldalában.

Előadja, hogy 1913 február hó közepe körül vette észre először, hogy kissé véres a vizelete; ez kezdetben csak megérőltető mozgás után jelentkezett ritkábban, de 3 hó óta csaknem állandóan véres a vizelete. Vizeleskor fájdalmai sohasem voltak. Több ízben voltak bal vesetáji fájdalmai, először 7 éves korában, másodszor 12 és harmadszor 18 éves korában, a mikor minden ízben 5–6 hónapig fekvő beteg volt. A beteg ezt gyomorfájásnak tartotta. Vért nem köpött. 14 éves korában kocsit ment keresztül derekán. 1907-ben blennorrhoeája volt.

A beteg kissé gyengén táplált, halvány. Mellkasi szervei épek. A vesék nem tapinthatók, nyomásra csak a bal vese érzékeny. A nemi szervek függelékeikkel együtt épek, 4–5-évről vizele naponként. A vizelet véres, erős üledéke van, vegyhatása lúgos, igen sok genyest s a genynek megfelelő fehérjét tartalmaz.

December 31. Kétoldali ureter-katheterezés, mely baloldalt lényeges functionalis kiesést mutat.

Január 11. *Röntgen-felvétel:* Baloldali kövese.

Január 15.-én nephrectomia aether-chloroform-narcosisban. A bal vese óriásinak bizonyul; felfelé a bordaív alá terjed, alsó polusa a rendes mélységet nem haladja meg. Typusos műtét. A kivett vese 3 férfiökölnyi, hosszúkas, rendes vesealakú, hydronephrosissal, melynek ureterében és medenczében egy-egy jókora, kemény, beékelte kő foglal helyet. A *Röntgen-képen* a vese alsó polusán látható 2 nagy homály, mely a kelyhekben képződött nagy köre engedett következtetni, onnan származhatott, hogy a vese alsó polusának kitágult kelyhei tele voltak sűrű, uratos iszappal, apró homokkal, sőt kavicscsal.

A műtét után a vizelet még kissé zavaros, de urotropinra és $\frac{1}{6000}$ hydrargyrum oxycyanatummal való naponkénti instillatióra a vizelet csakhamar teljesen megtisztul.

Jelenleg a vizelet egészen tiszta, 1015 fajsúlyú, savi vegyhatású, fehérje nincs benne, vér és geny még mikro-

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markosovszky 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.

Konrád Jenő: A nagyváradi m. kir. bábaképezdéből. Tuberculosis és terhesség. 641. lap.
Lukács Elek: Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem II. számú belklinika-járól. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.) Előrehaladó kétoldali athetosis bénulás nélkül. 643. lap.

Seenger Gyula Kornél: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udv. tan., ny. r. tanár.) Recidiváló vesekő folytan keletkezett primaer kankroid vesemedenczerák. 646. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. F. Umber: Ernährung und Stoffwechselkrankheiten. — Új könyvek. — *Lapszemle. Belorvosan. Benedict Henrik:* Az anaciditás. — *Sebész.*

szet. Angerer: A lőtt sebek kezelése általánosságban. — *Ideg- és elmekörtan. H. Hirschfeld:* Dial-Ciba. — *Venerés betegségek. E. Hoffmann:* Szabad-e lágyfékely esetén a prophylaxis szempontjából salvarsant alkalmazni? — *Húgyszervi betegségek. A. Glingar:* Urethritis non gonorrhoeica. — *Börkörtan. Strauss és Miedreich:* A bőrtuberculosis gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Sittler:* Tricalcol. — *Ulrich:* Az epilepsia bromkezelése. — *Müller:* Szaruhártyabajok gyógyítása. 648—650. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. — Orvosok lapja. 650. lap.

Vegyes hírek. 650. lap.

Tudományos társulatok. 651—653. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A nagyváradi m. kir. bábaképezdéből. Tuberculosis és terhesség.*

Irta: **Konrád Jenő** dr., igazgató-tanár.

A terhesség és tuberculosis kérdése az utolsó néhány év óta különösen intenzív munkásság tárgya. Hosszú évek sora telt el azóta, hogy *Birch-Hirschfeld* az első placenta-tuberculosis-esetet közölte és ezzel beigazolta, hogy a lepény tuberculosisú lehet és ennek szükségképpen folytatódólagos következtetéseképpen azt a tételt állította fel, hogy a foetus intrauterin tuberculosis-infeciója lehetséges.

Hazánkban tudtommal *Genersich* volt az első, ki néhány csecsemőhulla tüdejében talált aránytalanul előrehaladott tuberculosis folyamat kapcsán arra utalt, hogy a magzat születésétől annak haláláig eltelt idő túlrövid volt a talált súlyos elváltozások előidézésére és így ennek kezdetét a születés előtti, tehát intrauterin életben keletkezettnek lehet tartani.

Az idő folyamán tökéletesedett vizsgálati módszerekkel éppen az utolsó néhány év valósággal megdöbbentő körbonczolástani, illetve kórszövettani ténnyel gazdagította tudásunkat.

Kiderült, hogy a lepény tuberculosis sokkal gyakoribb, mint azt 4—5 évvel ezelőtt hittük volna. *Sitzenfrey*, *Schlimpert*, *Novak* és *Ranzel* 43 eset gondos vizsgálatával 20 esetben, azaz 46.5%-ban talált placenta-tuberculosisot.

Aschoff, ezen thema legalaposabb ismerője, kivel e kérdésben levélváltásban álltam, ezt írja: „Meine eigenen Erfahrungen über Plazentartuberkel und intrauterine Infektion lassen sich dahin zusammenfassen, dass ich die Plazentartuberkulose für relativ häufig halten muss, für häufiger, als man nach dem klinischen Befund annehmen möchte.“

Schmorl reámutat arra, hogy a placenta tuberculosis

infeciója esetén semmi sem állhatja útját a magzat intrauterin tuberculosisus infekciójának. Még fontosabbnak kell tartani *Sitzenfrey* azon leletét, hogy tuberculosisus nők teljesen intact placentájának szövettani vizsgálata alkalmával több esetben talált, elváltozást még nem mutató lepényszövetben is, gümöbacillusokat. Ezt követte azután a gümöbacillusoknak a tuberculosisus egyének vérkeringésében való kimutatása. (*Ács-Nagy, Liebermeister, Lüdtke, Forster* stb.)

Hogy a foetus intrauterin tuberculosis-infeciója, melynek gyakori előfordulása ezen leletek alapján különben is kétségbevonhatatlan, tény, klinikailag *Rietschel* esete is bizonyítja, melyben a megszületése után azonnal egészséges környezetbe átvitt, tuberculosisus anyától származott csecsemő néhány hónap alatt súlyos tuberculosisban halt el. És ez nem az egyedüli eset: hasonló eseteket azóta többen is közöltek.

Szükséges volt ezen adatok előrebocsátása, mert így könnyebben érthető és méltányolható azon megváltozott álláspont, a melyre a külföldi szülészek jóformán kivétel nélkül, igen sokan nagyon is radicalis nézetet vallva, helyezkedtek.

Régóta ismeretes az, hogy a terhességben és gyermekágyban a tuberculosisosok jelentékeny hányada rosszabbodást mutat. Feltűnő ezen rosszabbodások arányszámának, mely 70—80% közt ingadozik, a tuberculosis nőkön talált placentalis tuberculosis arányszámával párhuzama, a mennyiben ez a legújabb vizsgálatok alapján szintén 70—80%-ra tehető.

Ha most figyelembe vesszük, hogy számos tuberculosisos inficiált egyén bántalma enyhül vagy meg is gyógyulhat, ha ezen góczok nyugalomban maradnak, és viszont, hogy már megnyugvának indult folyamatok egy újabb gócz keletkezése vagy a régebbinek megfolytatása következtében újból és esetleg veszedelmesen fellángolhatnak, akkor megérthető, hogy a placentalis tuberculosis a tuberculosisus nőt fenyegető új és elég komoly veszedelemnek tekinthető. A lepény kitűnő talaj a gümöbacillusok számára, a lepény szerkezetéből pedig világosan érthető, hogy különösen a szülés alatt és a

* Az 1914 évi orvosi továbbképző tanfolyamon tartott előadás.

gyermekágy kezdetén az anya vérébe igen sok gümöbacillus fog mintegy beprésetetni. A gümöbacillusoknak a vérkeringésbe való ily újabb bevitel következményeként jelentkezik a tuberculosus nő állapotának rosszabbodása éppen a gyermekágy kezdetén, vagy annak lefolyása alatt. Ilyenképpen megtaláltuk a magyarázatát annak a régóta tudásunkba áment észlelésnek, melynek következtetéseként született meg a francia klinikusok azon tétele, hogy: „*ha tuberculosus egy nő, ne menjen férjhez, ha pedig már asszony, ne legyen gyermeke*”. Tekintetbe kell még vennünk a tuberculosus anyáktól származó csecsemők nagy halálozási arányszámát és a statisztikák azon adatait is, melyek szerint az ily csecsemők számbavehetően jelentékeny hányadában tuberculosus jelentkezik. A Weinberg-féle statisztika adatai szerint a tuberculosus anyáktól született csecsemők 70%-a hal el az első életév végéig és ebben az intrauterin fertőzéssel egyenrangú fontos fertőzési ok maga a tuberculosus anya, vagy a tuberculosus környezet. Annyi bizonyos, hogy ezenfelül sokkal nagyobb %-ban találunk tuberculosusnőktől halvaszületteket, koraszületteket és az is bizonyos, hogy az első életévet túlélte ily csecsemők közül alig 12–15% éri el a 20. életévet. Érthető tehát, hogy mindezen körülmények mérlegelése terelte a szülész állásfoglalását a mostani, mondhatni majdnem mindenütt egyforma irányba.

Különösen azon közlemények, melyek a belgyógyászok és szülészek közös, egységes terv alapján végzett munkájának eredményeit ismertetik, igen tanulságosak.

Ilyen a Bardeleben munkája, mely 30.000 tuberculosus nő észleléséből építi fel a következtetéseit. A berlini tuberculosus-szakorvosokkal együttműködésben készült ezen közlemény és ez fokozza értékét. A 30.000 között 800 gravidával foglalkoztak és 112 esetben történt a terhesség művi megszakítása, mert az észlelés azt bizonyította, hogy activ tuberculosusban szenvedő nőknél a terhesség kiviselése az esetek 86%-ában a tüdőbeli folyamat súlyos, irreparabilis rosszabbodásához vezetett.

Bardeleben és a tuberculosus-specialisták együttes álláspontjuk alapján tisztán a terhesség művi megszakításával csak a terhesség első négy hónapjában érték be és csakis akkor, ha:

1. a folyamatok csakis az apexre lokalizáltak voltak;
2. infiltratum kimutatható nem volt;
3. exsudatum nem találtatott;
4. magasabb hőemelkedések nem észleltek;
5. ha a Koch-féle bacillust a sputumban kimutatni nem tudták.

Az ily kriteriumok alapján végzett művi abortusok után 3·3% volt a halálozás, míg ezen öt követelmény csak egyikét is mellőzve, a művi abortus után (1½ évi észlelési időt számítva) 45·0% volt a mortalitás. Ezért ő ilyen esetekben éppen a kórszövettani tanulságok figyelembe vételével a terhesség megszakítását a nő egyidejű sterilizálásával kötötte össze. A sterilizálás módjaul pedig részben a méh teljes kiirtását, 5·6%-nyi részben a corpus uteri excisióját választotta 0% halálozási eredménnyel.

Ezen eredmények is világos jelei annak, hogy a placenta és a placentatapasadás helye nemcsak egy új tuberculosus gócot, de valóságos tuberculosusbacillus-tenyésztőtelepet jelent, melyből újabb és újabb bacillustransportok kerülnek közvetlen a vérkeringésbe. Innen a nagyfokú rosszabbodás csak művi abortus után és innen a halálozási arányszám óriási csökkenése ezen veszedelmes gócnak, a méhnek kiirtása után. Egyébként is technikai szempontból a méh kiirtása a legbiztosabb sterilizáló eljárás, melynek méltatására még visszatérek.

Pankow és Küpferle 222 esettel foglalkozott, melyek közül 145 manifest, 77 pedig latens tuberculosusban szenvedett. Ők a manifest tuberculosusban szenvedő terheseken, ha a terhesség 1.—4. hónapjában kerültek észlelés alá, a terheseknek az első 4 hónapban megszakításával csak 1·5% mortalitást kaptak, a tüdőbeli folyamat pedig 12·1%-ban mutatott határozott rosszabbodást, míg e nélkül a terhesség a

manifest tuberculosusoknak 94%-ban rosszabbodását okozta. A terhesség 4. hónapján túl észlelésre került nőknél már az anyai mortalitás 56·8% és a csecsemőké 54·5%, ezért ők a terhesség első 4 hónapjában észlelésre került esetekben feltétlenül a terhesség azonnali megszakítását tartják szükségesnek.

Ezzel ellentétben a latens tuberculosusban szenvedő anyák halálozási százaléka csak 3·5%, a csecsemőké pedig csak 26%. Ezért ők latens tuberculosus esetén teljesen conservatív álláspontot foglalnak el.

Ilyen tapasztalatok alapján mindinkább megerősödött azon felfogás, mely azt vallja, hogy manifest tuberculosus esetén, ha a belgyógyász a terhesség megszakítását szükségesnek tartja, a szülész a beavatkozását úgy végezze, hogy egy ülésben, a terhesség megszakításával kapcsolatosan a nőt sterilizáló is tegye és így a további terhességek beálltának és az ezekkel járó újabb és újabb rosszabbodásoknak gátat vessen. Így nemcsak egy teljesen kifejlett élő, esetleg értékes életet mentünk meg, de bizonyos fokig a tuberculosus terjedése ellen is activ küzdelmet fejtünk ki, mert tudva azt, hogy mily ijesztően nagyszámú a tuberculosus anyáktól származó egyének közt a tuberculosus, a sterilizációval igen sok tuberculosisterjesztő, bacillushordozó elimináltatik az emberiségből. Így tehát az eugenetika és a prophylaxis kérdése kerül előtérbe. Kétségtelen, hogy a tuberculosus anyáktól származó csecsemők 10–12%-a éri el a 20. életévet, esetleg minden tuberculosus megbetegedés nélkül; de éppen úgy bizonyos, hogy a tuberculosus anyák csecsemői közül 54·5–70% hal el az első életév végéig tuberculosusban. Ha már ezen csecsemők is kétségtelenül bacillusterjesztők, bár kevésbé veszélyesek, mint a felnőttek, mennyivel komolyabban veendő azon 15–19%-nyi csecsemő, illetve gyermekanyag, mely a 20. életév végéig mégis csak a tuberculosus áldozata lesz.

Ezek kétséget kizáróan veszedelmes bacillushordozók, bacillusterjesztők. Mindenesetre azon kérdés döntendő el már most, hogy az emberiség fentartására és szaporodására mi előnyösebb? Sterilizni minden manifeste tuberculosusban szenvedő terhes nőt a terhesség megszakításakor, vagy tisztán az ismételt művi vetéléssel elégedjünk meg, vagy egyáltalán ne tegyünk semmit sem?

Azt hiszem, hogy mindnyájan, a kik a tuberculosus és terhesség szövődményeit klinice észlelhetjük, a semmittevést, illetve a csak belgyógyászati kezelést manapság már mind elvetjük. Hátra van még, hogy az első két felvetett kérdésre adjunk feleletet.

Megvallom, itt már eltérők a vélemények; nem annyira a szülészek, mint a szülész és belgyógyászok között. Mert nem egy belgyógyász részben érzelmi szempontból is, részben, mert nem egy esetben a tuberculosus gyógyulását észlelte, a sterilizálás ellen van és elegendőnek tartja a terhességnek esetleg ismételt való megszakítását.

A hiba, azt hiszem, abban van, hogy az ezen állásponton állók nem distinguálnak a manifest és latens tuberculosus között. Az utóbbinál a terhesség egy-kétszeri megszakítását sokkal kisebb %-ban fogja követni a tüdőbeli folyamatnak a fellángolása. Az előbbinél azonban, mint tudjuk, minden egyes abortus, minden egyes gyermekágy a folyamat ugyanannyiszor fellángolását, illetve súlyosbodását jelenti az esetek igen nagy, túlnyomó százalékában. Ha most tekintetbe vesszük a tuberculosus nők közismerten fokozott sexualis vágyakozását és termékenységet, azt hiszem könnyű megérteni, hogy mennyire jogosult a szülész azon álláspontja, hogy ily esetekben a terhességnek ismételt megszakítását nem vállalják, mert ezzel a nő veszedelmét kétségtelenül fokozzák.

A kérdés megvilágítása céljából nem lesz érdektelen, ha vezető állásban nagyobb tapasztalatokat szerzett több szülésznek e kérdésben elfoglalt álláspontját pár szóval ismertetem.

A Tauffer-klinika (Frigyesi és Királyfi) kétségtelenül a közlemény megjelenésének idejében fennállott tartózkodóbb állásponton van. Feltétlenül csak a Turban-féle II. stadium-

ban levő és a gégetuberculosisban szenvedő nőkön szakítanak meg a terhességet, az I. stadiumban levő egyéneknek csak akkor, ha a folyamat a terhesség beálltával határozott rosszabbodást mutat. Ők is csak a terhesség első felében tartják helyesnek a terhesség megszakítását, a terhesség második felében már csak vitalis indicatio esetén avatkoznak be. A jelenleg előtérben álló, sterilizéssel egybekötött eljárást még nem említik.

A *Bársony*-klinika álláspontját nem ismerem, de úgy értesültem, hogy *Bársony* legközelebb egy előadásban fogja az ő felfogását ismertetni. A *Szabó*-klinika álláspontja az, hogy minden esetben, a melyben a tuberculosis a terhességet kedvezőtlenül befolyásolja, a terhesség megszakítandó. De viszont a *Szabó*-klinika csupán a terhesség megszakítását csak egyszer vállalja és ha a nő röviddel ez után újból teherbe esik, a terhesség megszakítását mindenkor a nő sterilizálásával köti össze. A sterilizálás módjával pedig a méh vaginalis exstirpációját gyakorolja; az adnexumokat, illetve a petefészkeket azonban visszahagyja.

Bumm, mihielyt a tuberculosis a terhesség beálltával rosszabbodik, azonnal a terhesség megszakítását és azzal egyidejűleg a nő sterilizációját végzi, vaginalis totalexstirpáció útján, a terhesség első 4 hónapjában. A mint *Martin*, ki a *Bumm* eredményeit ismertette, közli, 26 ily módon kezelt nő közül 20, három évig észlelt nőből 17 maradt életben; ezek meghíztak, teljes jó egészséggel örvendenek. *Bumm* a kasztrálással a hízást, a zsírlerakódást akarja elősegíteni, a kasztrálással azonkívül a betegek egész anyagcseréjét véli kedvezően befolyásolhatni.

Winter bármily könnyű, de activ tuberculosis esetén a terhesség első 3—4 hónapjában a terhesség megszakítását feltétlenül szükségesnek tartja. Ha csak lehetséges, mindig a méh kiürítésével egyidejűleg a nő sterilizációját végzi és legfeljebb egyszer elégednek meg a betegnek a sterilizációtól való vonakodása esetén a művi abortussal. Másodszor ugyanazon nőn a művi vetélés megindítását a sterilizálás mellőzésével nem vállalja. A sterilizálás módjával a vaginalis méhkiirtást alkalmazza, a petefészkeket visszahagyásával. A *Winter*-klinika eredményei most vannak feldolgozás alatt, pontosabb adatokat az eredményeiről még nem kaphattam.

Veit némileg engedett a conservatív álláspontjából; mindenesetre, ha beavatkozik, a művi vetéléssel nem elégszik meg és azt a sterilizációval köti össze. Műteti technikája a vaginalis uterus exstirpáció. Az eredményei nem mindig elégségesek.

Döderlein a terhesség megszakítását csak a belgyógyászok indicatio-állítása alapján végzi. Először megelégszik a méh kiürítésével, azután már csak a sterilizációval kapcsolatosan vállalja a terhesség megszakítását, még pedig kétoldali dupla tubalektóziával, esetleg később a Röntgen-sugarakkal való sterilizációt is megkísérte. Az eredményeik elég jók, de az esetek száma még csekély.

Fehling csak a *Turban*-féle II. stadiumban levő nőkön szakítja meg a terhességet, de ha már a beavatkozás szükséges, nem tartja megengedhetőnek, hogy az a beteg újabb terhességbe essék és ezért a terhesség megszakítását csakis sterilizációval egybekötve vállalja. Eddig 20 esetben végzett vaginalis totalexstirpációt, kitűnő eredménnyel; jelenleg — összehasonlításképpen — a sterilizációt egy sorozatban tubalektóziával végzi.

Hofmeier, hacsak igen fontos családi érdekek a terhesség megtartását szükségessé nem teszik, minden activ tuberculosisban szenvedő terhes nőnek — még könnyű esetekben is — a terhesség megszakítását javasolja. Ő is a sterilizáció híve, a művi abortus megindításával csak akkor elégszik meg, ha a betegek nagyobb beavatkozásba nem egyeznek bele. Ő a méh supravaginalis amputációját végzi a petefészkeket visszahagyásával; az eddig kezelt esetekben elért eredmények még feldolgozás alatt állnak.

Schauta és *Wertheim* szintén radicalis állásponton van, ők a vaginalis tubalektóziával végzik a sterilizációt. Különösen érdekes *Schauta* állásfoglalása, kit az előbb betartott

conservatív eljárásának szomorú eredményei birtak reá a radicalisabb irányhoz való csatlakozásra.

Franqué activ tuberculosis eseteiben a terhesség megszakítását, természetesen az első 4 hónapon belül, szükségesnek tartja és pedig sterilizációval egybekötve. Ő jelenleg a *Rieck*-féle vaginalis corpusamputációt végzi (eddig 10-szer) igen jó eredménnyel.

Hasonló a *Kröner* felfogása, valamint a *Schütz*-é is, kik teljesen a *Franqué*-hoz hasonló eljárást követnek. *Schütz* 14 *Rieck*-féle corpusamputációval sterilizált nőn igen jó eredményeket látott.

Sellheim szintén a radicalis irány híve, ő a saját tuba-sterilizációs módszerét alkalmazza.

Radicalis álláspontot foglalnak el az olasz szakemberek is, míg a francziáknál ezen felfogás érvényesülése az amúgy is folyton haladó elnéptelenedés miatt is nehezen halad. Inkább radicalisak az angol-szász nemzetek, legfőképpen az amerikaiak, kik igen erős szószólói az eugenetikának. Ők a tuberculosis nőkön a terhesség korai megszakítását és a sterilizációt még ezen szempontból is kívánatosnak és hasznosnak ítélik, annál inkább, mert ők az eugenetika szempontjából kiindulva, talán kissé túlradicalisan járnak el, a mikor javíthatatlan alkoholisták, bűnözők és gyengeelméjűek sterilizációját törvényhozásilag is bevezették, igaz, hogy egyelőre még csak néhány államban.

E kérdés tanulmányozása folyamán azon érdekes tény állapítható meg, hogy a belgyógyászok jelentékeny része, legalább is a terhesség korai megszakításában, sokkal radicalisabban állítja fel az indicációt, mint tettük volt azt mi, szülészek. Legradicalisabb *Maragliano*, ki minden esetben a terhesség megszakítását követeli.

Az bizonyos, hogy az összes tuberculosis-specialisták megegyeznek abban, hogy legtöbbször a leggondosabb sanatoriumi kezelés sem tudja a tüdőbeli folyamatnak a terhesség által okozott rosszabbodását megakadályozni. Így nyilatkozik *Bandelier* és *Roepke*, így *Turban*, a kinek e kérdésben igen bő tapasztalatai vannak és így véleménye különösen figyelemre méltó. *Essen-Moeller* és *Albeck* adatai szerint sanatorialis kezelés mellett is 36—50% a halálozás.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.)

Előrehaladó kétoldali athetosis bénulás nélkül.

Irta: *Lukács Elek* dr.

A kétoldali athetosisnak két csoportját lehet megkülönböztetni. Az első csoportba tartoznak azok az esetek, a melyeknek oka valamely durva anatómiai laesio s a melynek féloldali analogonja a gyermekek hemiplegiáját oly gyakran követő hemiathetosis; ezekben az esetekben az athetosison kívül a pyramispályák részvétele a folyamatban mindig kimutatható. A második csoportba tartoznak azok az esetek, a hol valamely durva anatómiai laesio nem található, a pyramispályák pedig teljesen érintetlenek. Ezen utóbbi csoportba tartozó esetek felismerése éppen azért, mert sem mozgásbénulás, sem érzés-zavar, sem eltérés a reflexekben nem kíséri, gyakran nagyon nehéz és a sajátos mozgás-zavar, mint egyedüli tünet, alkalmat ad arra, hogy hysteriás eredetűnek fogják fel azt.

Az első csoportba tartozó eseteknek — a hol valamely durva bonczolástani laesio van — anatómiai értelmezése nem ütközik nagy nehézségekbe; a mint féloldali gócz okozhat hemiplegiát, illetőleg hemiparesist és hemiathetosis, épp úgy elgondolhatjuk, hogy kétoldali gócz előidézhethet kétoldali paresissel a bilaterális athetosis képét. További kérdés csupán az volna, hogy milyen localisatiójú gócz okozza az athetosis? Erre a kérdésre vonatkozólag egészen a legutóbbi időig igen szétágazók voltak a vélemények. *Lewandowsky* tagadja, hogy bizonyos localisatiójú gócz okoz athetosis, hanem abból a körülményből, hogy az athetosis mindig a gyermekek hemi-

plegiáját követi, ellenben majdnem sohasem csatlakozik a felnőtt hemiplegiájához, arra következtet, hogy a gyermek-agyvelőnek valamely nem determinálható tulajdonsága az, hogy a motoros pálya bármely pontjának laesiójára choreával vagy athetosis-sal reagál. *Kahler* és *Pick* izgalmi tünetnek tartja az athetosist, a mely mindig előállhat, ha valamely gócz a pyramispályát direkt vagy indirekt módon izgatja. *Monakow* is, bár más mechanizmussal, mint *Kahler* és *Pick*, izgalmi tünetnek fogja fel az athetosist. A szétágazó bonczolás-leleteket, a melyekben hol a thalamus, hol a capsula interna hátulso szára, hol pedig a kisagyvelő volt a laesio székhelye, *Bonhoeffer* úgy egyeztetette össze, hogy a kötőkarrendszerre vonatkoztatta az athetosist; szerinte tehát a kötőkarpálya működésének kiesése a mozgás-zavar oka. Lényeges ezen elméletben, hogy szakít az eddigi nézetekkel, a melyek szerint az athetosis izgalmi tünet, szerinte ez a mozgás-zavar kiesési tünet. Hogy a kötőkar kiesése milyen úton idézi elő az athetosist, arra kielégítő választ adni nem tud. *Bonhoeffer*-nek ezen elmélete mellett számos igen jól észlelt eset szól, pl. *Dejerine* esetében, a melyben tisztán féloldali athetosis állott fenn hemiparesis nélkül, a bonczolás kisagyvelő-tumort derített ki, a mely a nucleus dentatust teljesen destruálta. Még tanulságosabb *Bonhoeffer* esete, a melyben kétoldali athetosis volt agydaganat tünetei mellett, a bonczolás alkalmával agytumort találtak, a mely éppen a kötőkar kereszteződésén ült.

A fentebb említett második csoportba tartozó esetek anatómiai értelmezése már nagyobb nehézségekbe ütközik, mert valamely könnyen felismerhető és értelmezhető bonczolástani elváltozás ezekben az esetekben nem található. Az irodalomban csak néhány bonczolási eset van közölve, a mely ilyen esetekre vonatkozik, legérdekesebb köztük az *Oppenheim-Vogt*-féle eset: 24 éves nő gyermekkorától szenved athetosisban, beszéde dysarthriás, pyramispálya elváltozására utaló tünet nincs. A beteg intercurrents betegségben meghalt, az idegrendszer áttanulmányozásakor azt találták, hogy a nucleus caudatus és a nucleus lentiformis atrophias, a mikroszkopi vizsgálat alkalmával mindkét oldali putament márványozottnak találták, a mely márványozottság abban lelte magyarázatát, hogy a rendes szürke állomány váltakozik olyan szövettel, a mely dúcz-sejtekben nagyon szegény, ellenben rostokban nagyon gazdag. Gyuladásnak nyoma sem volt. A szerzők ezt az esetet fejlődési anomáliának vélték. Hasonló esetet közöl *Anton* is, az ő betege születése óta szenvedett kétoldali athetosisban, a bonczoláskor mindkét oldali putament atrophiasnak találták. Ezt az esetet *Anton* szintén fejlődési rendellenességként fogta fel.

A II. számú belklinikán két olyan eset került megfigyelés alá, a melyben a domináló tünet kétoldali athetosis volt a pyramispályák teljes épsége mellett.

M. R. 19 éves korban volt megfigyelés alatt. Anyjának anyai nagyanyja és apjának anyja testvérek. Három testvére közül kettő egészséges, egy psychosisban szenved. Később tanult meg beszélni. Már elemi iskolás korában észrevette, hogy nehezen beszél. Négy középiskolát is végzett, e közben tapasztalta, hogy beszéde egyre rosszabb. Négy éve veszi észre, hogy a lába, egy év óta pedig a keze ügyetlenebb, mint volt azelőtt. Idegrendszeri lelet: Homlokát sem hosszanti, sem haránt ránczba szedni nem tudja. Szemét jól hunyja be. A kinyújtott nyelvét csak úgy tudja visszahúzni, ha egyúttal nyelő mozgást is végez. A nyelv kinyújtása csak időnként és a mozgatása akkor is csak hiányosan sikerül. A garatívek jól mozognak. A nyak, törzs és végtagok működése nem korlátolt, sem bénulás, sem spasmus nincs. Hypertonia nincs, elfajulási reactio sem a végtagokon, sem az arcon nincs. A mozgások közül csupán az írás megy a rendesenél nehezebben, a kéz többi mozgása rendes. Patella-, Achilles-, tricepsreflex jól kiváltható, kétoldalt egyenlő. A talpreflex hajlító. Láblonus nincsen. Babinski-tünet nincs. A hasreflexek jól válthatók ki, egyenlők. Érzéssbeli eltérés nincs. A szemmozgások szabadok. A pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Látása és hallása jó, a látóterek szá-

badok. Beszéd: általában azokat a hangokat tudja jól kiejteni, a melyeknek a kiejtéséhez az ajkaknak és a nyelvnek pontos mozgása nem szükséges. Nem tudja kiejteni pl. a c, d, h, n, sz, t betűt. Időnként jobban bírja mozgatni a nyelvet, ilyenkor a nyelv önkéntelen mozgásai is csökkennek, ekkor a beszéd is érthetőbbé válik. Az arc és a nyak izmai időnként lassan, görcsösen összehúzódnak, az összehúzódás mindig igen lassú. Az athetosis tehát ezen esetben főképpen az arcra szorítkozik, a kézen csak némi ügyetlenség észlelhető.

E. M., 28 éves nő. Hereditásos terheltség nem mutatható ki. 20 éves korában, 8 évvel a klinikára való jövetele előtt vette észre, hogy beszéd közben rosszul mozog a nyelve. Két év alatt beszélőképessége nagy mértékben romlott, azóta kb. ugyanazon állapotban van. 22 éves korában vette észre, hogy a bal karja és keze akaratlan mozgásokat végez, 25 éves korában a bal lábán is hasonló akaratlan összehúzódásokat vett észre. 27 éves korában akaratlan mozgást vett észre a jobb karon és kézen is, de itt ez nem volt olyan kifejezett, mint a bal kar területén.

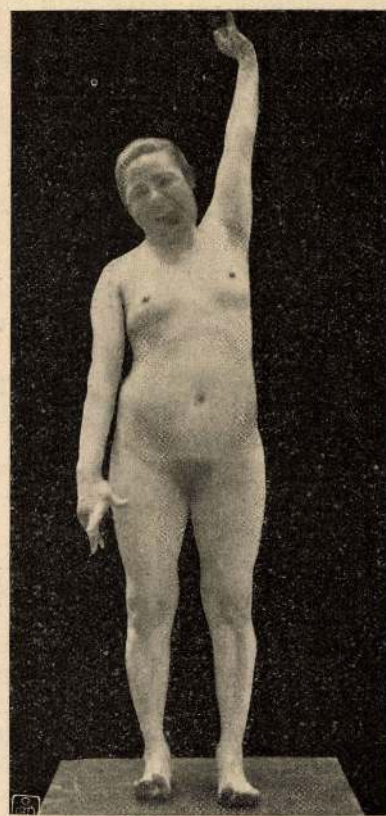


Status: A fejidegek működésében semmi eltérés sem tapasztalható. A jobb felső végtag activ és passiv mozgatása nem korlátolt, a bal kézen phlegmone után beállott contractura akadályozza a szabad mozgást. Karjait egyenlő magásra emeli, ilyenkor a jobb kéz második ujjá hyperextensióba jut. A kezek szorító ereje és a karok izomereje rendes. A törzs tartása, mozgásai rendesek, a hasizmok jól működnek. A nyakizmok jól működnek, leszámítva a később leírandó együttmozgásokat.

Az alsó végtagok activ és passiv mozgása rendes. Érzésseltérés nincs. A patella-, Achilles-, tricepsreflexek jól kiválthatók, egyenlők. Láblonus nincs, Babinski-tünet nincs. Beszéd: a magánhangzókat bár nem egészen tisztán, de ki tudja ejteni, a mássalhangzók közül a p, t, m, n, k kiejtése néha sikerül, a többi mássalhangzó kiejtése egyáltalában nem. A lágy szájpad reflexesen erős összehúzódásra képes, de hangadás közben nem emelkedik, úgy hogy a szájrak az orrgaratürtől való elválasztása tökéletlen. A hangszalagok addukálása és abdukálása rendes. Hosszabb hangadás alatt azonban az addukált hangszalagok több ízben szétváltnak, ezért a phonálás szakadozott. Érzésseltérés a garatban, gégeben nem mutatható ki.

Nagyon jellemzők ezen betegünk együttmozgásai: járás közben a bal karja önmagától felemelkedik, görcsösen megkeményedik, a közben kéztője ujjai lassan változó torz állásokba kerülnek, ugyanez történik, ha affectusba jön vagy hirtelen megfordul, vagy bármilyen más mozgást végez hirtelen. (Lásd az ábrát.) Éppen ezért járás közben karjait a mellén összekulcsolva tartja. Járás közben nagy lábujja nagyfokú extenzióba jut, typusos Babinski-tartás áll elő a nélkül, hogy Babinski-tünet kiváltható volna. (Ez az extensio olyan erélyes volt, hogy cipőjének felső részén az öregujjnak megfelelő helyen lyuk támadt.) A megfordulás nehézkösen megy, mert csak úgy tud jobbra fordulni, ha a jobb sarkára és a bal lábujjhegyére lép, balra fordulás közben természetesen ennek az ellenkezője történik. (Lásd az ábrát.) Fél lábon csak igen rövid ideig tud megállni. Járás közben a bal platysma erősen összehúzódik, ez az összehúzódás gyakran már állás közben is létrejön. A kedélyét érő minden behatásra nevetéssel reagál, a nevetés görcsös, az elhúzódtott ajkak helyben maradnak, a bal platysma összehúzódik (lásd az

lános tumortünetek teljes hiánya, hanem a hosszú lefolyás, a felette lassú progressio, bár lassan növekedő tumor lehetősége teljes biztossággal mégsem zárható ki. Feltehető volna esetleg lobos vagy encephalomalaciás eredetű cysta, ilyen esetet közöl Herz: 31 éves férfi három év óta szenved hemiathetosisban, a mely lassan fejlődött és a melyet hemiparesis is kísért. A bonczolás alkalmával igen régi cystát találtak a thalamus opticusban. A cysta felvétele ellen szól esetünkben, hogy egyik betegünknek sem volt a betegség kifejlődésekor valamely acut tünetekkel járt megbetegedése, de ha cystát mégis akarnánk supponálni, két cystát kellene symmetriás helyen elgondolni, a mi nagyon valószínűtlen. Gondolhatnánk még hysteriás eredetre, de ezt a mozgás jellege, évekre kiterjedő ingadozás nélküli lefolyása, lassú progressiója, egyéb hysteriás tünetek teljes hiánya, más részről a folytatott anti-hysteriás kezelés eredménytelensége határozottan kizárja. Ezen lehetőségek kizárása után csak a fentebb említett második csoportba sorolhatók be ezek az esetek, mert a második csoportra jellemző a pyramispályák érintetlensége. Ilyen klinikai-



ábrát), néha ezzel egyidejűleg a bal kar felemelkedik. Erős nevetéskor tágra nyitott száját csak úgy tudja becsukni, ha ökölbé szorított jobb kezét az álla alá tartja. A szemfenék ép. A Wassermann-kémlés negatív.

Ezen két bilateralis athetosis-eset közös kiemelendő saját-sága, hogy mindkét esetben az athetosis az arczon és a nyelven jelentkezik, sőt az első esetben majdnem kizárólag az arcz és a nyelv van érintve; egyik esetünkben sem volt a legcsekélyebb bénulási tünet sem és a pyramispályák mindkét esetben épnek tarthatók, nemcsak a bénulási tünetek és a merevgörcs teljes hiánya, hanem az ín- és bőr-reflexek egyformán jó kiválthatósága és a Babinski-tünet hiánya alapján is. A folyamat mindkét esetben lassan, szinte észrevétlenül fejlődött ki, lassan progrediált, első esetünkben hét, a másik esetben nyolcz éve állott fenn akkor, a mikor a beteget észleltük. Ez már magában véve kizár minden olyan acute támadó folyamatot, vérzést vagy embóliát, a melynek a kétoldali athetosis következménye lehetne. Gondolhatnánk valamely daganatra, ez ellen szól azonban nemcsak az álta-

lag észlelt eset — a már fentebb említett Oppenheim, Vogt és Anton-félen kívül, a melyek legértékesebbek, mert sectiós leletük is ismeretes — még néhány van közölve. Renault észlelt egy családban két testvért, az egyik 5, a másik másfél éves volt, mindkettőnek születése óta volt kétoldali athetosisa intelligentiadefectussal. Ezek az esetek a mieinktől különböznek annyiban, hogy a mozgás-zavar a születés óta állott fenn, míg a mi esetünkben csak 15, illetve 20 éves korban kezdődött.

Az aránylag késői korban való kezdet, igen lassú kifejlődés és a kifejlődés óta még lassúbb progressio arra irányította a figyelmet, hogy nem tekinthető-e e két eset hereditásos alapon kifejlődött mozgás-zavarnak? Valóban e mellett szól az első esetünkben az a körülmény is, hogy a betegünk anyjának nagyanyja és apjának anyja testvérek voltak s mindkét esetben teljesen hiányzott minden egyéb exogen megbetegedésre valló jel. A kórkép szokatlansága is támogatja e felvételt.

Az athetosisos mozgásnak hereditásos alapon való meg-

jelenésére első ízben *Remak* irányította a figyelmet. Ő még 1891-ben bemutatott egy beteget a berlini orvos-egyesületben, a kin nyolcz éves korban fejlődött ki lassan kétoldali athetosis minden bémulasos tünet nélkül. A beteg anyjának megvizsgálásakor kiderült, hogy neki már a fiú születése előtt voltak inkoordinált mozgásai a jobb karjában s ezek a rángások azóta mindinkább fokozódtak. Intelligenciája és beszéde jó volt. Inreflexei a két oldalon egyformán jól voltak kiválthatók. *Remak* ezt a mozgás-zavart a *Huntington* leírta progressiv choreának tartotta, egyúttal felhívta a figyelmet arra, hogy olyan esetekben, a melyekben az athetosisos mozgások eredetére nézve felvilágosítást nem kapunk, mindig kutassunk abban az irányban, hogy nem Huntington-féle progressiv choreával analog-e a mozgás-zavar. A francia szerzők közül *Boinet* rámutat arra, hogy a progressiv choreától az athetose double-t élesen elkülöníteni nem lehet, mert a kettő gyakran kapcsolódik choreoathetosisos kórképpé.

Brissaud is azon a véleményen van, hogy a két kórkép között folytonos az átmenet, úgy hogy nem egyszer nehéz eldönteni, vajjon az esetet choreának vagy pedig athetosisnak jelezzük. Az irodalom áttanulmányozása közben két olyan esetet találtam, a mely a mieinkhez mindenben hasonlít. Mindkettőt *Higier* mutatta be a varsói orvos-egyesületben. Az egyik esete 28 éves férfi, a ki 16 éves kora óta szenved bilaterális athetosisban beszédzavarral. A 10 éves lefolyás alatt a folyamat igen lassan progrediált. A másik esete 35 éves férfi, 13 éves kora óta szenved kétoldali athetosisban, a folyamat itt is lassan fejlődött ki és igen lassan progrediált. Egyik esetben sem volt kimutatható a pyramispálya megbetegedésére utaló tünet. Az utóbbi esetben meg van említve, hogy a betegnek egy testvére hasonló mozgás-zavarban szenved, és rajta ez a mozgás-zavar ugyancsak 13 éves korban fejlődött ki. A két testvéren ugyanazon alakban, ugyanabban az életévben lassan kifejlődött és lassan előrehaladt mozgás-zavar szinte kétségtelenné teszi, hogy *Higier* második esetében hereditásos alapon fejlődött ki a mozgás-zavar. Mert hiszen az ugyanazon alakban, ugyanazon életévben való megjelenés és a betegségek ismert csoportjába be nem illeszthetőség, a hereditásos alapon fejlődő betegségek cardinalis tünete.

Hereditásos alapon fejlődött mozgás-zavar, mint hereditásos tremor, ataxia, nystagmus, és a mi az athetosishoz legközelebb áll: hereditásos chorea, régen észlelt kórképek, úgy hogy ezekkel analognak tekinthetjük a hereditásos alapon fejlődött athetosis. Esetünkben a jellemző körlefoylás — igen lassú, szinte észrevétlen kezdet, kétoldali elhelyeződés, lassú progressio és egyéb aetiologiai factor hiánya — eléggé megokolja azt a felvételt, hogy ezeket az eseteket hereditásos alapon fejlődött mozgás-zavarnak fogjuk fel. Támogatja ezen felvételt első esetünkben a szülők vérrokonsága, valamint az, hogy az irodalomban közölt teljesen hasonló lefolyású esetekben, mint a *Higier* és *Renault* esetében, hasonló mozgás-zavar fejlődött ki ugyanazon életévben két testvéren, a mi leginkább bizonyít az esetek hereditásos eredete mellett.

A heredodegeneratio bizonyos localisatiója mellett tehát létrejöhet athetosisos mozgás-zavar és ez a hereditásos betegségek csoportjában a hereditásos chorea mellé sorolható.

Irodalom. *Berger*: Zur Kenntniss der Athetose. Jahresbuch für Psychiatrie, 1903. — *Beyermann*: Zur Kasuistik der Thalamusherde. Folia Neuro-biologica, 6, 1912. — *Bonhöffer*: Zur Auffassung der post-hemiplegischen Bewegungsstörungen. Monatsschrift für Neurologie, 10. — *Fischer*: Zur pathologischen Anatomie der Hemichorea und Athetose. Zeitschrift für die gesamte Neurologie, 7. — *Goulard*: Contribution à l'étude clinique et pathogénique de l'athetose. Thèse de Paris. — *Haenel*: Zur pathologischen Anatomie der Hemiathetose. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1902. — *Haupt*: Ein Beitrag zur Kenntniss der idiopathischen Athetose. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1907. — *Hecker*: Mitbewegungen und Athetose double. Neurologisches Zentralblatt, 191. — *Herz*: Zur Frage der Athetose bei Thalamuserkrankungen. Arbeiten aus dem neurologischen Institut Wien. 18. — *Higier*: Un cas d'athetose chez un jeune homme. — *Klemperer*: Über bilaterale Athetose. Neurologisches Zentralblatt, 1906. — *Lewandowski*: Über die Bewegungsstörungen der infantilen Hemiplegie und über die Athetose double. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1905. —

Long: Sur l'absence de la contracture dans l'hémiplégie infantile. Revue neurologique, 1910. — *Remak*: Doppelseitige progressive Athetose als atypische Chorea hereditaria. Neurologisches Zentralblatt, 1891. — *Renault et Helbron*: Athetose double familiale. Revue neurologique, 1906. — *Rothmann*: Über neue Theorien der hemiplegischen Bewegungsstörungen. Monatschrift für Neurologie, 1904.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udv. tan., ny. r. tanár.)

Recidiváló vesekő folytán keletkezett primaer kankroid vesemedenczerák.

Irta: *Seenger Gyula Kornél dr.*

A vese rákos elfajulásai között a vesemedenczéből kiinduló kankroid igen ritkának mondható.

Három primaer vesemedenczeráról referál *Blum V.*, melyek közül kettő kankroid, egy pedig papillaris rák volt. Ezekben a haematuria volt az egyedüli tünet.

Kischensky primaer vesemedencze kankroid rák esetét közölte, a hol a vesemedencze, az ureter és a vesekelyhek metaplasziáját is találta. Ebben az esetben is igen nagy volt a rák hajlandósága az elszarusodásra. A tumor metastasisokat hozott létre a májban, a diaphragmában és a jobb femur diaphysisében; kifejezetten laphámsejtekből álló jellege volt, noha átmeneti alakot mutatott egyes helyeken a cylinderformájú sejtekhez.

Az irodalomban ezen vesemedencze-kankroidként leírt tumorokon kívül oly vesekankroidról is találunk feljegyzést, a melynek kiinduló pontját a szerző nem kutatta, jöllehet laphámtermészeténél fogva csak a vesemedencze hámból indulhatott ki.

Igy igen különös vese-kankroidrákról írt *Scheel*. Esetében a daganat kétféle kötőszövet által teljesen kettéosztott tumorfajtaból állott. A vesének felső tönkrement polusát laphámrák alkotta kankroidgyöngyökkel és basalsejtekkel, míg a vesemedencze körüli papillaris burjánzást cylinder-epithel.

A metastasisok csak laphám- és basalsejtből állók voltak.

A vesemedenczerák, éppúgy mint a primaer veserák és kő közötti összefüggésre már több szerző utalt. Így *Gaubil* különösen felhívja a figyelmet ez összefüggésre, a mennyiben a veseparenchymában jelentkezett 12 daganatesete közül 8-szor talált követ, a vesemedenczére lokalizálódó nyolcz tumor közül pedig hatszor.

Kaufmann szerint is a későbbi korban keletkező veserák aetiologiai momentuma trauma vagy concrementum jelenléte.

Hansemann nézete a traumáról, mint a carcinoma aetiologiai momentumáról az, hogy a chronikus, trauma által előidézett gyulladás oka lehet a carcinomának, de semmi esetre sem egyedüli előidéző momentum.

Szerinte a főszerepet úgy a rák, mint minden egyéb pathologiai processus esetében az inger és ingerelhetőség játszsza. De mivel az inger qualitative és quantitative minden esetben különböző, ezért annak a felvétele, hogy a trauma az egyedüli aetiologiai ok, már a priori hibásnak mondható.

Mioni-nak 54 primaer vesemedencze-epitheldaganata közül egyben szintén köpyelitis volt az oka a carcinoma képződésének.

Ziegler azt tartja, hogy minden chronikus gyulladásban ritkán előfordul, hogy a húgykiválasztó apparatus valamely helyén az epithelnek elszarusodása minden kimutatható ok nélkül létrejöhet. A mikor is fénylő fehér lemezek keletkeznek a nyálkahártyán, a melyek a cholesteatomára emlékeztetnek.

Kischensky fentemlített esetében az aetologia teljesen homályos; hogy vajjon gyulladásos folyamat, vagy külső inger az oka a vesemedencze kankroidos elváltozásának, a szerző maga sem tudja.

E szerint tehát összefoglalva az eddigi közléseket a vesemedencze kankroidjának kóroktanában, a szerzők túlnyomó része a köpyelitisnek tulajdonít aetiologiai fontosságot.

A vesekövek folytán keletkezett primaer vesemedenczek kankroidesetek sorába tartozik a következő igen érdekes eset. 38 éves férfibetegről van szó, a kinek panaszai 1890-ben, tehát 24 év előtt kezdődtek.

Gyakori jobboldali vesetáji fájdalmak kíséretében véres vizelete volt.

A véres vizelet időszakonként heves rohamokkal kapcsolatban újból és újból visszatért.

Ezután 7 évig nem vizelet véreset, de fájdalmak gyakran jelentkeztek, e miatt feküdt is a klinikán, de műtétbe nem egyezvén bele, elhagyta a klinikát.

Azóta 1909. év elejéig belgyógyászilag kezelték. Ekkor, mivel állapota egyre rosszabbodott és heves rohamok gyötörték, felvették a klinikára.

A functionális vizsgálat kiderítette, hogy a jobb vese kevesebb vizeletet választ el. Fagyáspont 1.52 a baloldali 1.32-vel szemben.

A vesetájék nyomásra érzékeny, de a vesék nem tapintathatók.

Az x-sugaras kép jobboldalt számos apró és nagyobb árnyékkiesést mutat.

1909 márczius 6.-án *Dollinger* tanár műtétet végzett. Ferde lumbalis metszésből a vesét kihámozta, azután hosszabban felezte, 5 nagyobb és 30—40 kisebb követ távolított el.

A seb egy kis sipoly rövid ideig való fennállása után begyógyult.

A beteg a műtét után 5 évig jól érezte magát. Félév előtt azonban újból fájdalmak lepték meg, sipolya kiújult és e miatt az ambulancián jelentkezett. Felvételtkor az operációs heg közepén sipoly volt látható, melyből vizeletszagú geny ürült.

A cystoskopiás és functionális vizsgálat, valamint az ureterkatheterezés után kitűnt, hogy a hólyag nyálkahártyája kissé fellazult s genyes lepedékkel fedett. A prostata túlnagyott. Az ureterkatheter a vesemedenczéig volt feltolható. A jobb oldalról csak néhány csepp erősen zavaros vizelet ürült, baloldalt pedig átlátszó szalmasárga. Ennek Δ -ja: -2.30° , azonban 1 órával 1 liter Salvator-víz ivása után -1.50° C, a phloridzin 25 perc múlva pozitív, az indigocarmin 7 perc múlva zöld és 10 perc múlva sötétkék.

Az x-sugaras lelet a következő:

A jobboldali vese táján árnyék látható, a mely az ureternek megfelelőleg is követhető. Ugy a húgysipoly miatt, valamint az x-sugaras lelet alapján *Dollinger* tanár február 3.-án aethernarcosisban újabb műtétet végzett.

A régi heg kimetszésekor kitűnt, hogy a vesét egy igen tömött, porczkemény kötőszövetes heg vette körül, a melyből alig sikerült a vesét intracapsularisan kiválasztani. A vese kikocsányosítása után a vese leszakadt és ekkor az arteria renalis csak mintegy 1 mm. vastag ágából fecskendezett, ezt lekötve, a sebet nyitva kezeltük.

A műtét után a beteg jól érezte magát, a vizelet napi mennyisége 1100 gr. körül ingadozott. A gyógyulást a műtét után nyolczadnapra keletkezett bélsársipoly késleltette, a sipoly kb. 4 hét alatt záródott.

Ugyanekkor sebe is annyira besarjadzott, hogy márczius 9.-én kétkoronányi sarjadzó sebbel házi kezelésbe bocsájthattuk.

Az eltávolított vese valamivel kisebb a rendesnél. Felszíne halovány barnavörös, helyenként kifejezetten sárgás árnyalatú és rajta számos gombostüfejnyi vérzéses pont látható.

A vese állománya tömött tapintatú, legnagyobb domborulatán mintegy 3—4 mm. mély barázda húzódik végig.

A vese felmetszésekor kitűnik, hogy a vese állományának $\frac{3}{4}$ része elpusztult, helyét fehér színű tömött daganatszövet tölti ki; csak a felső polusán látható mintegy 2 cm. széles, látszólag ép veseállomány. A vese megnyitásakor a vesemedenczéből több apró, az egyik vesekehelyből pedig a vesekehely lenyomatát mutató kő ürül ki, egy kis puha kő pedig a felső polus közelében közvetlenül a kéregállomány közelében foglalt helyet.

A szövettani vizsgálat eredménye a következő volt:

A vese első operációs metszése helyén egy hyalin módon elfajult és kis gömbsejtesen infiltrált kötőszövetes heg keletkezett. A vese legnagyobb részét elszarusodó laphámrák töltötte ki, a melyben nagyfokú kankroidgyöngyképződés volt látható.

A vesemedencze fala helyenként erősen megvastagodott, genysejtesen beszűrődött, másutt pedig a túlbujánzott epithel szépen mutatja az epidermoidalis átalakulást s később a laphámrákba való átmenetet. A sejtek mindinkább polymorph-fá válnak s az egyes lefűződött hámcseppekben elszarusodást mutató kankroid gyöngyök láthatók.

Az épnek látszó veseszövetben a chronikus glomerulonephritis képe tűnt fel, hyalin módon elfajult glomerulusokkal és periglomerulitis fibrosával. Az interstitialis kötőszövet is megszorodott, kis gömbsejtesen beszűrődött.

A szövettani vizsgálat alapján tehát primaer elszarusodó laphámrákkal volt dolgunk, a mely minden valószínűség szerint a vesekövek hosszantartó izgalma folytán keletkezett a vesemedenczében.

A mi esetünkben az aetiologiat tisztázottnak gondolom: a megindító ok a vesekövek hosszantartó izgalma lehetett.

Legelőször is gyulladás keletkezhetett, ezt nyomon követte a kőképződés, ez viszont a hámsejtek epidermoidalis átalakulását vonhatta maga után, mely végül carcinoma kifejlődésére vezetett.

Mélyen tisztelt főnökömnek, *Dollinger Gyula* dr. tanárnak az eset kegyes átengedését és nagybecsű útbaigazítását e helyt is hálásan köszönöm.

Irodalom. *Albarran J.*: Les tumeurs papillaires du bassin et de l'urètre. Journal des praticiens. 1908 szeptember 1. Ref. Annales des maladies des organes genit.-urinaires, 1909, 10. szám. — *Bloch*: Ueber 126 von Prof. Israel operierte Nierentumoren. Ref. Zentralblatt für Chirurgie, 1909, 24. sz. — *Blum Viktor*: Drei Fälle von primären Nierenbeckenkarzinomen. II. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1909 április. — *Chalier André*: Cancer du rein droite operée par nephrectomie lombaire. Société des sciences médicales de Lyon, 13, 1, 1909. Lyon médical, 1909, 16. sz. — *Gaubil*: Calculs et tumeurs du rein. Thèse. Bordeaux, 1906. — *Goebel*: Ueber die bei der Bilharziakrankheit vorkommenden Blasen- und Nierentumoren mit besonderer Berücksichtigung des Karzinoms. Zeitschrift für Krebsforschung, III. kötet, 3. — *Graupner*: Zur Histogenese des primären Nierenkarzinoms. (Ziegler's Beiträge, 24. kötet, 399—418. 1.) — *Hansemann*: Was wissen wir über die Ursache der bösartigen Geschwülste? Berliner klin. Wochenschrift, 1905, 2. kötet. — *Kaufmann*: Lehrbuch, 1911. — *Kischinsky P. D.*: Primärer Plattenepithelkrebs der Nierenkelche etc. Ziegler's Beiträge, 1901, XXX. kötet, 348 l. — *Löwenstein*: Studien zur Theorie der Aetiologie der Geschwülste. Berliner klin. Wochenschrift, 1905, 2. szám. — *Scheel P. F.*: Ueber ein eigenartiges Kankroid der Niere. Virchow's Archiv, 201. kötet, 311—325. l. — *Taddée*: Pathologie et clinique des tumeurs du rein. Folia urolog., 1908 jun. és szept. Ann. des malad. des organes genito-urinaires, 1909, 9. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

F. Ueber: Ernährung und Stoffwechselkrankheiten. Zweite Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 18 m.

Ueber tankönyve, melynek kitűnő tulajdonságaira a négy év előtt megjelent első kiadásnak annak idején ismertetése alkalmával már utaltunk, második kiadásban jelent meg. Tekintve azt, hogy az anyagcsere kórtanára vonatkozólag mily jelentős haladás észlelhető az utóbbi években (elegendő, ha utalunk azokra a vizsgálódásokra, a melyek a lipoidok jelentőségét és a belső secretiók viszonyát az anyagcsere betegségeiben tárták fel, továbbá a colloidchemia haladására): az új kiadást természetesen teljesen át kellett dolgozni. Ez az átdolgozás azonban szerencsére semmit sem rontott a munka sajátos, kedvező jellegén, sőt még a terjedelmét sem változtatta meg tetemesen. A munka megmaradt, a mi volt: ritka példánya azoknak a munkáknak, a

melyekből az illető tudomány szak mai állását a legmesszebbmenő követelményeknek is megfelelőleg könnyen lehet elszámítani.

Új könyvek:

A. Jaiser: Farbenphotographie in der Medizin. Stuttgart, F. Enke. 6. m. — J. Cemach: Chirurgische Diagnostik in Tabellenform. München, J. F. Lehmann. 14 m. — R. Ohm: Venenpuls- und Herzschallregistrierung als Grundlage für die Beurteilung der mechanischen Arbeitsleistung des Herzens nach eigenen Methoden. Berlin, A. Hirschwald. 5 m. — A. C. Klebs: Die Variolation im achtzehnten Jahrhundert. Ein historischer Beitrag zur Immunitätsforschung. Giessen, A. Töpelmann. 3 m. — A. Joachim und A. Korn: Grundriss des deutschen Aerzerechts. Jena, G. Fischer. 6 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az anaciditásról ír Benedict Henrik. A gyomor chemismusának egyik legjelentősebb tényezője a sósav, melynek messze a gyomoremésztésen túlterjedő jelentősége van. Szerepe nem merül ki abban, hogy az ételeket a trypsinemésztésre előkészítse, hanem szabályozza (késlelteti) a gyomor kiürülését és desinfiálól is hat, bár hatásmódjában a baktericid anyagoktól eltér. Az anaciditás, achlorhydria és achylia gastrica definitiója után megadja az anaciditás esetén követhető gondolatmenetet. Első kötelességünk carcinomára gondolni, melynek alapos kizárása után gondolunk az ú. n. jótermészetű anaciditásokra. Ezeknek hosszú sora két csoportra osztható. 1. Anatómiai elváltozások nélkül fennálló ú. n. functiós anaciditás, 2. a hol az anaciditás anatómiai elváltozások következménye.

Az első csoporthoz tartoznak a psychés okokból eredő achyliák, továbbá azon esetek, a melyekben a gyomornyálkahártya atrophijára vezető anamnesises momentum nem szerepel. Ezeknek typusa a „multiple Blutdrüsenklerose“-val kapcsolatos achyliák.

A második csoport aetiologiájában diaetahibák, alkohol, nicotin és endogen mérgek (uraemia, tuberculosis) szerepelnek. Az achyliák gyomorbéli subjectiv symptomatologiája úgyszólván semmi. Ennek oka, hogy a savhiány a gyomorbélcsatorna egyéb működései útján kompenzálódik. Csak ha ez kimarad, jelentkezik a hányás, a hasmenés, kólikás fájdalmak, csalánkiütések stb. Az anaciditás diagnózisához nem elégedhetünk meg az Ewald-féle próbareggelivel, mert lehet, hogy az inger gyengesége oka az anaciditás tünetének. Ilyenkor étvágygerjesztő, húst, tojást, sóltalan kaviárt tartalmazó próbareggelít adunk. A diagnózis kiegészítésére szolgál a székvizsgálat az emésztetlen kötőszövet szempontjából.

Az achylia therapiája igazi organotherapia. Főtenyezője a sósav, melyből naponta 50—70 csepp adandó kellőleg higítva és úgy elosztva, hogy a kisebb étkezések előtt 20—20 csepp, a főétkezéshez 30 csepp veendő, $\frac{1}{3}$ -a előtte, $\frac{1}{3}$ -a a közben és $\frac{1}{3}$ -a utána. Sósav helyett adható az acidol-pepsin-tabletta. A hol ez nem vezet célra, ott achylia pancreaticára kell gondolnunk s ilyenkor a pankreatinra kell áttérni. Rp. Pankreoni Renania, Takadiastase pulv., Papayotini aa gr. 5.0. MDS. 1 órával evés után 2—3 késhegynyi. A közleményt a hamburgi diaetának részletes kritikája fejezi be. (Orvosképzés, 1914, 2—3. sz.) Weber dr.

Sebészet.

A lött sebek kezeléséről általánosságban ír Angerer tanár a Münchener medizinische Wochenschrift legújabb mellékletében (Feldärztliche Beilage 1). Alapelv, hogy a kis bemeneti és kis kimeneti nyílással bíró lött sebek elsődlegesen nem fertőzötteknek tekintendők, dacára annak, hogy a löveg a ruházaton és a bőrön áthatoláskor bizonyára visz be kevés kórokozó bacteriumot; a bejutott ruhafoszlányok, löveg stb. keresése, illetve eltávolítása okvetlenül kerülendő; béke idején a lött nyílásokat jodoformgaze-zel tamponáljuk, hogy a seb környékének elsődleges fertőtlenítésére használt öblítő víz ne juthasson a sebbe, azután a seb környékét jodtincturával

bekenjük, a tamponokat eltávolítjuk és egyszerű steril kötést alkalmazunk közbeiktatott guttapercha nélkül, mert az impermeabilis anyag megakadályozza a kötés kiszáradását, pedig éppen a száraz kötés nagyon akadályozza a bacteriumok fejlődését; háborúban a seb környékének elsődleges fertőtlenítése az első kötés alkalmával mellőzendő, mert nem végezhető kellő alapossággal; ilyenkor megelégszünk a seb környékének jodtincturával bekenésével, a mi sokkal jobb, mint mastixnak vagy más hasonló szernek az alkalmazása, a mely a bőrön lévő szennyet rögzíti. Nagy bemeneti és még nagyobb kimeneti nyílással bíró lágyrész-lövés eseteiben, a mikor egyidejűleg nagyobb erek és idegek sérültek, activabb beavatkozás szükséges; a sebet kitágítjuk, a lött csatornát esetleg teljesen felmetszszük, hogy a roncsolt szövetet, a mely hiányos tápláltsága folytán úgyszólván magában hordja a necrosis csíráját, eltávolíthassuk; mindenesetre iparkodnunk kell a komplikált sebet egyszerűvé átalakítani; ilyen módon nem csupán a sebet tehetjük aseptisessé, hanem egyúttal a vérzést is csillapíthatjuk, átlőtt idegeket varrattal egyesíthetünk, esetleg ott lévő idegen testeket eltávolíthatunk; utána gondos laza tamponálás jodoformgaze-zel. Lövés okozta csonttörés esetén szintén a bemeneti és kimeneti nyílás mértékadó. Kicsiny nyílások esetén a conservativ kezelés gypskötésben helyénvaló még akkor is, ha szilánkos a törés. Nagy nyílások esetén az eset szabja meg, vajjon a conservativ kezelés adhat-e eredményt, vagy pedig az elsődleges amputatio javalt; de semmi esetre sem szabad nagyon nehezen belemenni az elsődleges amputatióba. Haslövés eseteiben béke idején a sürgős laparotomia az uralkodó eljárás; háborúban azonban ilyenkor a laparotomia operativ prognosisa nagyon rossz, mert az idejében és aseptisises módon történt operálás előfeltételei nincsenek meg. Hasonló mondható a mellkast ért lött sebzésekről, a melyek az utóbbi háborúkban tett tapasztalatok szerint expectativ kezelés mellett jó prognosisúak. Ha fertőzött a seb, széles bemetszéseket kell tenni; ilyenkor a nyílt sebkezelés tamponálással, hydrogen superoxyd-öblögetéssel és gyakori kötésváltással helyénvaló s a Bier-pangás is igen kedvező hatású (a kötéleknek nem szabad teljesen megszüntetni a keringést, az illető rész meleggé és vízenyőssé kell hogy váljék, a gyulladás okozta fájdalomnak szünnie kell; a pangást okozó kötélek 10—20 óráig maradjon a helyén); genyes, fertőzött sebek esetén a forrólevegő-kezelés is kedvező hatású (naponként 1—2-szer 2 órán át), míg az anti-fermentum-kezelés ezideig nem vált be, a perubalzsammal ellenben nagyon kedvező tapasztalatokat tettek. A kézdesinfectio kérdését teljesen megoldotta a steril gummikeztyű, melyet az alaposan megmosott, jól megszáritott és bepuderezett kézre húzunk; sterilizésre legjobb a 100°-ú áramló gőz egy órán át, a kifőzést rosszul tűri a gummikeztyű; az egyes kötözések között egyébként felesleges más keztyűt húzni, egyszerűen jól megmosuk keztyűs kezünket vízzel, szappannal és sublimat-oldattal. A műtét területének fertőtlenítésére legjobb a Grossich módszer (beecsetelés jodtincturával). Általános narcosisra a chloroform-aether-oxygen-narcosis ajánlható legjobban a Roth-Dräger-készülékkel; kisebb beavatkozások alkalmával kiterjedten használható az aetherbódítás. A belélekezési narcosist sok esetben mellőzhetővé teszi a helybeli érzéstelenítés, még pedig legczélszerűbben $\frac{1}{2}$ 0/0-os novocain-oldattal. Súlyos vérvesztés után konyhasó-oldat infúziója végzendő (intravenásan, subcutan, extraperitonealisan vagy rectalisan) oxygen-belélekezéssel, a fejnek mélyen elhelyezésével és autotransfúsióval, természetesen előző szabatos vérzéscsillapítás után.

Ideg- és elmekórtan.

A Dial-Ciba-ról, egy új, olcsó altató és nyugtató szeréről ír H. Hirschfeld. Az összetételére nézve a veronalhoz igen közel álló szert igen hasznosnak tartja. 1 tabletta (0.1) megfelel 2 tabletta adalinnak s különösen mint az elalvást megkönnyítő szer előnyös. $1\frac{1}{2}$ tabletta megfelel 0.5 veronalnak és súlyosabb álmatlanság ellen már jól hat a veronal kellemetlen utóhatása nélkül. Félelmi érzések, kisebb izgalmi

állapotok ellen 2-szer $\frac{1}{2}$ tablettát rendelt. A felszívódást meleg teában való bevétel gyorsítja. (Deutsche med. Woch. 1914, 24. sz.) L.

Venereás betegségek.

„Szabad-e lágyfekély esetén a prophylaxis szempontjából salvarsant alkalmazni?” címen tárgyalja E. Hoffmann (Bonn) azt a kérdést, melyet a közelmúltban H. Müller vetett föl. Müller abból kiindulva, hogy vannak esetek, a mikor a diagnosis ulcus mollet állapít meg, syphilitikus tünetek pedig nem mutatkoznak s évek múltán mégis csak súlyos lueses szövődések jelentkeznek, annak a helyességét óhajtja bizonyítani, hogy legjobb minden lágyfekélyt azonnal salvarsannal kezelni. Véleménye szerint ez annál is inkább tehető, mert amúgy is aránylag kisebb a valódi ulcus mollet száma, s így a salvarsan alkalmazása legtöbbször nem is „salvarsanprophylaxis”, hanem mindjárt salvarsankezelés.

Hoffmann ezt a javaslatot határozottan visszautasítja, mert abszolút bizonyos syphilisdiagnosis nélkül, csak lehetőség alapján senkit sem szabad ilyen értelemben antilueses kezelésnek alávetni. A szerző ennek kapcsán kifejti azokat az eljárásokat és klinikai módokat, a melyeknek segítségével az esetek óriási zömében mindig s idejében megállapítható pontosan a syphilis. Az természetesen lehetséges, hogy az ulcus molleben szenvedő beteg egyúttal syphilist is acquirált; hosszabb megfigyeléssel azonban ilyenkor sem fogunk tévedni. Az itt szóba jövő eljárások a következők: 1. pontos klinikai vizsgálat (nyirokerek és mirigyek viselkedése), 2. gyakran ismételt mikroszkopi vizsgálat, 3. többszörös, bizonyos időközökben végzett Wassermann-reactio. Mindezek alapján Hoffmann a következőkben foglalja össze nézeteit: 1. A tiszta lágy-fekélyes infectio jóval gyakoribb, mint azt H. Müller gondolja. 2. A gondos klinikai, mikroszkopi és serologiai vizsgálat az ulcus molle mellett jelenlevő syphilist elegendő bizonyossággal engedi megállapítani. 3. Ulcus molle esetén a salvarsan-kezelésnek igazi ok nélkül való igénybevétele nem haladás, hanem voltaképpen visszaesés a múltba, a melyet számos nagyjelentőségű fölfedezés segélyével szerencsére elhagyhattunk. 4. Ha némely syphilis-esetben a pontos diagnosis megállapítása érdekében kissé el is nyúlunk az erélyes antilueses kezelés, lényegesebb károsodás nem fog azért következni. (Münchener med. Wochenschrift, 1914, 27. sz.)

Guszmán.

Húgyszervi betegségek.

Urethritis non gonorrhoeica című közleményében A. Glingar a nem gonococcusok által okozott sokféle húgycsőgyulladás közül azzal az alakkal foglalkozik, mely urethritis non gonorrhoeica chronica Waelsch néven a többiétől egészen elkülönült. A klinikai diagnosis szempontjából a szerző különösen kiemeli a hosszú incubációs időszakot, a kezdettől fogva időszült lefolyást, a csaknem lényegtelen subjectív s objectív panaszokat és még a betegség legelején is negatív gonococcusleletet. A complicatiók tekintetében ennek a betegségnek az ártalmatlanságát rendszerint túlkevésre becsülik. Egyébként pedig erre vonatkozó vizsgálatok hiányában nem mondhatjuk azt, hogy ezen klinikailag igen szépen elkülönített kórképnek egységes lenne az aetiologiája.

A betegség endoszkopi képe a következő: Az innenső nyálkahártya diffuse avagy körülírt helyeken az Oberländer által puha beszűrődésnek minősített gyulladás állapotában van, a melyben kisebb-nagyobb mértékben a mirigyek is részt vesznek. Ezen puha infiltratumba a húgycső egész lefutásában néhol csoportokban, másutt valósággal összefolyó alakban köles-, egészen gombostüfej-nagyságú göböcskék vannak beágyazva, melyek valamivel a nyálkahártya felszíne fölé emelkednek, szürkés avagy szürkés-sárgás színt játszanak és némiképp áttetsző jellegűek. Nagyon hasonlítanak tehát a conjunctiva trachomagöböcskéihez. Az elkülönítő körjelzés szempontjából tehát számolnunk kell a gümőkóros göböcskékkel és az urethritis chronica follicularis Oberländer tüszöcskéivel.

A gümös göbök rendszeren fehérebbek, opákak; már jóval nehezebb a megkülönböztetés az Oberländer-féle folliculusoktól. A friss esetekben megkönnyíti az elkülönítést, hogy hiányoznak a kemény beszűrődések; az idősebb esetekben azonban, a hol már urethritis non gonorrhoeica esetén is találhatunk kemény infiltratumokat, a megkülönböztetést arra alapíthatjuk, hogy az utóbbi betegségben a göböcskék általában véve kisebbek, rendszerint egyforma nagyságúak és tömör összeállásúak, míg az Oberländer-féle folliculusok között kicsinyeket nagyobbakkal felváltva fogunk találni és azonnal feltűnik a határozottan cystás jellegük. A folliculusok a felszúrás után eltűnnek, mert a tartalmuk kiömlött, a Waelsch-féle betegség szemcséi azonban legfeljebb véreznek, de előbbeni állapotukban megmaradnak.

Valószínű, hogy ezek a szemcsék a húgycső hátulsó részében is kifejlődhetnek, bár a szerzőnek nem sikerült őket a pars posteriorban felismerni, egyrészt, mert az irrigációs tükrözéskor a szemcsék nem emelkednek fel, másrészt pedig a száraz úton eszközölt urethroskopia igen kicsiny látóteret ad arra, hogy pozitív megkülönböztetést lehessen tenni. Arra vonatkozólag, hogy ezek az urethritisek különösen hajlamosak volnának a stricturaképződésre, a szerző a saját megfigyeléseiben semmiféle támpontot sem talált. Az aetiologia, illetőleg a trachomával való rokonság tekintetében a szerző a készítményein mikroszkoppal szorgosan kutató trachomára jellegzetes Prowazek-féle testecskék után, de sehol sem akadt rájuk; ezenkívül pedig a váladéknak egy majom conjunctivájára történt átoltásával akarta a kérdést megoldani, de ez a kísérlet is negatív eredménnyel végződött, mert a majom kötőhártyája egészséges maradt.

Végül még a therapia szempontjából azt jegyzi meg a szerző, hogy ezen urethritisek gyógyítására még nem rendelkezünk a megfelelő vegyi gyógyszerekkel, de legjobban beválk az az eljárás, melylyel az időszült kankót szoktuk kezelni, még pedig legfőképpen az endoszkopi beavatkozás, melynek legtöbbször az egyes szemcséknek caustikás elroncsolása a lényege. Bár a szerző is elismeri, hogy a kezelés rendszerint igen hosszú időt vesz igénybe, de szerinte nincs jogunk azt mondani, hogy kellő türelemmel sem érjük el a teljes gyógyulást. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1914, 13. sz.)

Drucker.

Bőrkórtan.

A bőrtuberculosis gyógyításáról ír Strauss és Miedreich (Barmen). A bőrtuberculosis gyógyítása mindig sok nehézséggel jár. Az eljárások száma legio, de azért általában egyetlen szerünk vagy eljárásunk sincs, mely magában mindenkor tökéletes eredménnyel járna. A fődolog a bőrtuberculosis therapiájában a különböző eljárások helyes megválasztása, illetőleg azoknak kellő kombinálása. Kiváló eredményt adhat a teljes kimetszés s az utána való transplantatio. Az eljárás azonban csak kisebb góczok gyógyítására való. Legszébb eredményt adja a Finsen-kezelés, még aránylag kiterjedt esetekben is, de tudnunk kell, hogy ez a kezelésmód nemcsak költséges és igen hosszadalmas, hanem csakis lapos, esetleg más eljárásokkal előzetesen előkészített lupus-esetekre alkalmas. Hasonló, bár gyengébb a hatás a quarz-lámpa használata alkalmával. A Röntgen-sugarazás, főként fekélyes és hypertrophiás lupus-esetekben, jó hatású. A chemiailag többé-kevésbé elective ható szerek közül kétségtelenül a pyrogallussav volt eddig az, mely a legtöbb figyelmet érdemelte, bár mérgező hatását nem szabad kicsinyelnünk. A szerzők a bőrtuberculosis elleni küzdelemben sokat várnak a chemotherapiától, nevezetesen a lecutyl-kezeléstől, mely nem más, mint a tuberculosisnak lecithin-rézrel való kezelése. Az ilyen chemotherapiás tényezőknek első szükséges tulajdonsága, hogy általános és helybeli alkalmazásában fájdalmat ne okozzon. Hogy a szervezetre nézve lehetőleg ártalmatlan legyen, az természetes. A szerzők a lecutylt általánosan injectiók alakjában és helybelileg kenőcs alakjában alkalmazták. Az injectiók subcutan, intramuscularisan és intravenásan adhatók. Az intravenás injectio kivételével a

többi azonban meglehetősen fájdalmas. 1 mgramm cupr. pro kilogramm testsúly általában még ártalmatlannak bizonyult. A lecetyl helybeli hatása a lupusos szövetre electiv jellegű, tehát olyanféle, mint a pyrogallussavé. Pusztítani csak a kóros, lupusos szövetet szokta. A szerzők a lecetylt gyakran kombináltan is alkalmazták (általános kezelés injeciókkal és helybeli kezelés); ily esetekben az intravenás adagokat kisebbre kell fogni. Érdekes, hogy a lecetyl tulajdonképpen az első szer, mely a bőrtuberculosis ellenében általánosan és helybelileg alkalmazható. Ajánlatos azonban még a további vizsgálatok eredményeit bevárni, hogy végleges véleményét formálhassunk. (Archiv für Dermatologie u. Syphilis, 120. k., 1. f.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **tricalcol** nevű calcium-készítménnyel (colloidos mész-phosphor-fehérje-összeköttetés) tett kedvező tapasztalatairól számol be **Sittler** docens. Kellő diéta mellett mint adjuvans nagyon jó szolgálatokat tett a tricalcol rachitis esetében; hatása az eddigi calcium-készítményekével legalább is egyenrangú, a nélkül, hogy ezeknek kellemetlen mellékhatásaival bírta. Nagyon jó eredményeket ért el vele továbbá spasmophilia eseteiben. Csecsemőkori hasmenés ellen is jó, főleg az újabban forgalomba hozott *tricalcol-casein* alakjában, a mely olcsó és a melylyel nagyon könnyen készíthető fehérjés tej. Terheseknek is eredménnyel adta a tricalcolt napi 5—10 gramm mennyiségben, hogy ily módon úgy az anya, mint a fejlődő magzat calciumszükséglete fedezve legyen. (Fortschritte der Medizin, 1914, 28. szám.)

Az **epilepsia brom-kezelésében** **Ulrich** szerint fontos megállapítani a brom azon adagját, a mely még görcsellenes hatású, de bromismust nem okoz. Ezen adagon kell megmaradni éveken át, csökkentve egyúttal a konyhasó-bevitelt 5—10 grammra pro die. Bromismus jelentkezésekor kisebbiteni kell a konyhasó és a brom adagját, ez utóbbit azonban nem szabad 1—2 napnál tovább teljesen elhagyni. A brom okozta bőrelváltozások ellen arsen, konyhasó-oldattal borogatás és ungu. mercuriale használandó. Ha a brom hatása elégtelen, pro die 0.3—1.0 gramm chloralhydrat is adható vele együtt akár éveken át is. (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1914, 21. szám.)

Szaruhártyabajok gyógyítására **Müller** docens (Wien) nagyon ajánlja a perubalzsamot a következő összetételben: Rp. Balsami peruviani 1.0; Olei ricini 2.0; Ol. oliv. ad 10.0—20.0. Használat előtt felrázandó. Főleg cornea-fekély eseteiben látott szép eredményeket; ilyenkor először érzésteleníti a beteg szemet cocain-adrenalinval (ha az iris is gyuladt, kevés atropint is ad hozzá) s azután mintegy két percre alkalmazza a fent említett szert vatta-tampon segítségével. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1914, május 9.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 33. szám. Szerb **Zsigmond**: Differential-diagnostikai tanulmányok a gyomorbetegségek köréből. **Dollinger Gyula**: A gümös csont- és ízületi gyulladások gyógyítása.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 33. szám. **Mosonyi Albert**: A hasi hagymáz egyes ritkább complicatióiról.

Orvosok lapja, 1914, 33. szám. **Békés Dezső**: Szemészeti casuistika.

Vegyes hírek.

Kenézy Gyula dr. debreczeni bábaképezdei igazgatónak a király az egyetemi tanári címet és jelleget adományozta.

Kinevezés. **Nagy Géza** dr. városi tisztí orvost Kassa város tisztí főorvosává nevezték ki.

Új magántanárok. Ifj. **Imre József** dr.-nak a budapesti egyetem orvosi karán a szemészetből és **Davida Jenő** dr.-nak a kolozsvári egyetemen az anatómiából magántanárként történt kinevezését a vallás- és közoktatásügyi minster megerősítette.

Választás. **Hunyady Béla** dr.-t Tasnádon körorvossá, **Balogh János** dr.-t Nagyszalontán városi orvossá választották.

Meghalt. **Schrank Ferencz** dr. fővárosi gyakorló orvos, augusztus 12.-én, 30 éves korában. Az elhunyt a mozgósítás folytán Szabadkára került, hol nephritis folytán két napi szenvedés után meghalt.

Megbízás. Az igazságügyminister **Szász Béla** dr. pécsvárosi köz-kórházi bonczoló-főorvost az ottani kir. törvényszék területén felmerülő törvényszéki orvosi teendőknél harmadik törvényszéki orvosi minőségben való rendes ellátásával bízta meg.

Hadisebészeti-tanfolyam a Dollinger-klinikán. **Dollinger** tanár a vezetése alatt álló egyetemi I. sz. sebészeti klinikán (VIII., Üllői-út 78) a jövő héten tanfolyamot kezd olyan orvosok számára, a kik specialis sebészeti kiképzésben nem részesültek és a sebesültek ellátására a budapesti különböző kórházakban *hazafiságból díjtalanul* ajánlják fel szolgálataikat. Írásbeli vagy személyes jelentkezéseket mindennap d. e. fogadnak el a klinikán.

A budapesti poliklinikán júliusban 4843 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 12829 volt.

A frankfurti új orvosi fakultás tanárai a következők lesznek: **Schwenkenbecher** (belorvostan), **Rehn** (sebészet), **Ludloff** (orthopaedia), **Walther** (gynaekologia), **Herxheimer** (bőrkórtan), **Spieß** (laryngologia), **Voss** (fülorvostan), **Mettenheimer** (gyermekorvostan), **Schnaudigel** (szemészet), **Sioli** és **Raecke** (psychiatria), **Edinger** (neurologia), **Knoblauch** (klinikai neurologia), **Strassburger** (physikai therapia), **Sachs** (kísérletező therapia), **Apolant** (kísérletező kórtan), **Fischer** (kórbonczolástan), **Göppert** (anatomia), **Bethe** és **Emden** (physiologia), **Ehrlich** és **Ellinger** (gyógyszertan), **Neisser** (hygiene).

Az **F. Hoffmann-La Roche & Co.** czég félreértéseknek elejét veendő, az érdekelt köröknek figyelmét tisztelettel felhívja arra a körülményre, hogy az ő gyógyszerkülönlegességei, dacára a német gyógyszerre vonatkozó kivételi tilalomnak, jól felszerelt bécsi főraktárakban a régi árak fentartása mellett, minden felár nélkül rendelkezésre állanak. A Sirolin éppúgy, mint a Sulfosotsyrup bécsi gyárakban készül és ennél fogva a kellő készlet mindig rendelkezésre áll. A Roche-féle készítmények beszerzése — miként eddig — a nagydrogériák útján eszközölhető.

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes elektrotherapiai eljárások: D'Arsonvalisatio, diathermia, villi soványítás stb. Almatlanság, neurosok, neuralgia, arthritisek, tabes dors. arteriosklerosis stb. ellen. —

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes bemutató ülés 1914 márczius 21.-én). 651. lap. — Közkórházi Orvostársulat (IV. rendes bemutató szakülés 1914 február 18.-án). 652 lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XI. rendes tudományos ülés 1914 márczius 21.-én).

Elnök: **Id. Liebermann Leo.**

Jegyző: **Bence Gyula.**

Hernia obturatoria két esete.

Keppich József: Az 53 éves nőbeteget 1913 decz. 6.-án vették fel *Hüttl* sebész osztályára, rendkívül súlyos állapotban, 11 napos belső bélzáródás tüneteivel. Más anamnesis nem volt nyerhető. Hernia nem mutatható ki. Az előadó a beteget azonnal megoperálja. Erősen puffadt belek, kezdődő peritonitis, egy vékonybélkacs a baloldali foramen obturatoriumba van becsípve, a bélkacs erősen megfeszült, az oda vezető kacson 360°-nyi volvulus. Galambtojásnyi hernia obturatoria a musculus pectineus alatt. Bemetszés a czombon, debridement, a tömlőben levő 3—4 cm. hosszú bélkacson 2 fillér mekkoraságú livid foltot át kellett varrni. A beteg súlyos állapota miatt a gyökeres műtét lehetetlen, a beteg a műtét után meghalt. A hozzátartozóktól később megtudta, hogy 3—4 hó óta több ízben voltak incarceratiós tünetek.

A bonczolás alkalmával a bal oldalon 6 cm., a jobb oldalon 4 cm. hosszú obturatorius sérvtömlőt találtak.

A másik eset a Szent István-kórházi prosectorából származik, tuberculosisban elhalt 25 éves férfi bonczolásakor találták véletlenül. Kétoldali hernia obturatoria, jobboldalt diónyi, baloldalt olaszmagorónyi üres sérvtömlővel.

A hernia obturatoria nehéz diagnoskálni; korán okoz incarceratiós tüneteket. Kórjelző a nervus obturatorius megnyomatása által okozott heves, a czombba kisugárzó fájdalom (*Howship-Romberg* tünet).

Gyökeres elzárásra a *Bardenheuer*-féle eljárást használják, laparotomia útján a szeméremcsontból csontperiosteumlebensfordítanak a csatorna belső nyílására; *Sträter* a czomb felőli műtévest ajánlja és a csatornába a musculus pectineusból vett nyeles lebenyt fektet.

Az előadó előnyösebbnek véli a *Bardenheuer*-féle eljárást; a czombon való műtét a kizáródott bél correct ellátását szinte lehetlenné teszi.

A magyar irodalomban *Borszék*y közölt egy gyógyult esetet.

A *Noguchi*-féle luetin-reactio.

Justus Jakab: A syphilis felismerésére irányuló reakciók közül a *Noguchi*-féle különös figyelmet érdemel. Ennek a kutatónak sikerült a spirochaeta pallidát tiszta culturában sok generáción át tenyészteni. Culturáival sikeres oltásokat végzett állatokra. Ezen oltások közben állapította meg, hogy oly állatok, a melyek előzetesen spirochaeta pallidával inficiáltak, továbbá azok, a melyeket spirochaetataralmú szerek emulsiójával intravenásan injiciáltak, másként viselkednek spirochaetakivonattal szemben, mint az előzetesen efféle eljárásoknak alá nem vetett állatok.

Spirochaetaculturából *Noguchi* sűrű emulsiót készít, a melyben 60°-ra való felmelegítés révén a spirochaetákat elöli. Ha e folyadékból egy cseppnyit syphilisben nem szenvedő ember bőrének dermájába fecskendünk, 24 óráig tartó igen keskeny erythemás udvar támad a befecskedés pontja körül. Ellenben syphilisben szenvedőn ez a reactio terjedelmes, piros, tömött papula alakjában mutatkozik, a mely rendszerint az első két napon belül keletkezik és 1—2 héten belül tűnik el lassanként. Más esetekben a papula tetején oedema, majd apró vesiculák és mihamar purulens hólyag támadnak. Ez a hólyag kipattan, genyessé válik és az így támadt, olykor pörkkel fedett felületen fekély, a mely beszüremkedett alapon ül, napokig megmarad. A harmadik alak

emezektől abban különbözik, hogy incubatiós ideje, a beoltástól a beszüremkedésig, jóval hosszabb, 3—4 napig is eltart.

Eddigél 16 betegen próbálta ki az intracutan reactiót. A betegek kivétel nélkül luesesek voltak. A reactiót oly módon mutatták, mint azt *Noguchi* leírja. Különösen érdekesek azok a paciensek, a kik régebben szenvedtek lueses tünetek miatt, többszörös erélyes kúrán estek keresztül, ezeken a luetin-reactio fokozottabb alakban állott be. Ugyancsak a hevesebb cutanreactio formáit látta a gummás esetekben, avagy az érrendszer lueses elváltozásai mellett. Határozott a reactio akkor is, ha a lues latens, ellenben gyengén mutatkozik, sőt egészen hiányozhatik a primaer affectio idejében vagy pedig a másodlagos tünetek korai szakában.

A bemutatott betegek mindegyikét tegnap reggel oltották. Egyet közülük már másodízben.

1. Intumescencia glandularum universalis; a papillae circumvallatae megnagyobbodottak. Fekélyről nem tud. F. év januárjában vidéken állítólag egy intramuscularis salvansan-injectiót kapott. Az oltás helyén a dermában csekély vérzés; sem beszüremkedés, sem lobosodás nincsen.

2. Fekélyről nem tud. Folyó év januárjában állítólag intramuscularis salvansan-injectiót kapott. Az oltás helyén borsónál nagyobb, halaványvörös, tömött beszüremkedés.

3. Egy év előtt volt fekélye. 1/2 évvel utóbb papulopustulosus terjedelmes kiütés, a mely több hónapon át folytatódóan eruptiókban ismétlődött és jelentős cachexiát okozott. 25 intramuscularis kéneső-injectiót, 2 hónapon át jodot és merlusan-pilulákat kapott. A kiütés elmúlt, a cachexia javult. Az oltás helyén csekély beszüremkedés, kicsiny udvar.

4. A múlt év elején maculosus kiütés, a mely 30 kenésre és jodszedésre elmúlt. Ez év január és február havában 5 ízben jelentkezett megfázás után paroxysmalis haematuria, a mely rohamok február közepe óta jodszedés alatt elmaradtak. Az oltás helyén babnyi mekkoraságú, halványvörös, tömött beszüremkedések.

5. 1901-ben fekély. 3 évvel később maculosus kiütés hosszadalmas kenőkúra. 7 hó múlva recidiva, újlag kenőkúra, jodszedés. 1910-ben lues papulo-ulcerosa labii superioris et regionis glut.; 20 sublimat-injectio és jodszedés. 1910 szeptemberében 0.60 salvansant kapott intramuscularisan. 1913 decemberében a jobb czombon a musc. sartoriusban ökölnél nagyobb gümme, a mely jodszedésre lassan kisebbedett. Az oltás helyén majdnem forintnyi, halványvörös, tömött duzzanat, a melyen számos tágult ér látható.

6. A 4. számú neje. Leukoderma nuchae. Egyéb lues-jel nincs. Az oltás helyén beszüremkedés alig tapintható, de az erythemás udvarok féltényérnyiek.

7. Egy gyermeke halvaszületett, 6 gyermeke a születés után rövidesen meghalt. A bal alkaron nagyterjedelmű, gyógyulóban levő lues ulcerosa. Kezelés: jodnatrium, szürke kenőcs. Az oltás helyén borsónyi beszüremkedés csekélyebb udvarral.

8. Egy gyermeke röviddel a születése után meghalt. Semmi kúra. Striae atrophicae ad angulos oris. A légyszápadon tágult erek. Az oltás helyén közepes induratio, megfelelő udvarral.

9. Periostitis ossium frontis, nasi. Periostitis ossis sterni, cicatrissatio pharyngis. Az oltás helyén vaskos forintnyi beszüremkedés széles udvarral.

10. Két év előtt a bal lábszár csontjainak periostitise és elephantiasis megvastagodása miatt salvansant kapott intramuscularisan. Akkor kitűnő eredmény. Az oltás helyén forintnyi, piros környezetű, borsónyira előemelkedő tömött beszüremkedések.

Hátulsó scleralis punctióval kombinált Elliot-féle trepanatio.

Ifj. Liebermann Leó: Másfél éve annak, hogy az Elliot-féle scleratrepanatióval operált első két glaucomás beteget e helyen bemutatta. Azóta ezt a műtétet 88 szemén végezték az I. számú szemklinikán összesen 287 glaucomás szem között, tehát nem kizárólag, hanem megfelelően kiválasztott esetekben. A hozzá fűzött várakozásoknak a műtét megfelelt, különösen olyan esetekben, melyekben az iridectomia tapasztalat szerint nem mindig szokott beválni, azaz a „malignus glaucoma” jellegét mutató esetekben; ezekből a trepanatio úgy látszik többet tud megmenteni, mint az iridectomia.

Sokat vártak a trepanatiótól, különösen az abszolút glaucomás szemeken, a hol a műtét célja a már megvakult szemet a nagy fájdalmak közt való teljes tönkremeneteltől megmenteni, a mi azonban iridectomiával csak ritkán sikerül. Ez a várakozás azonban aránylag kevés esetben teljesedett be, a minek magyarázatát a következőkben véli adhatni:

A glaucomás szemben circulus vitiosus van jelen: a fokozott intraocularis tensio a lencsét s ezzel együtt az iris gyökét előrenyomja s ezzel megsűkíti a csarnokzugot. Az így keletkezett mechanikai akadály a csarnokzugon át való nedvelvezetést megnehezíti, ezzel fokozódik a nedvpangás s így még inkább emelkedik az intraocularis nyomás.

E kedvezőtlen mechanikai viszonyokat a glaucomaellel-nes műtétek, melyek majdnem mind a csarnok megnyitásával járnak, nem mindig tudják megszüntetni. Sőt néha ellenkezőleg: oly esetekben, midőn a hátulról előre irányuló nyomás túlnagy, a csarnok megnyitása után elül megszűnő minden nyomás, a nyomás hátulról relative még nagyobb, s így iridectomia után a csarnokzug compressiója teljes lesz s a csarnok nem áll többé helyre, trepanatio után pedig a lencse peripheriája nagy erővel reányomódik a limbusban készített trepannyílásra s azt golyóventil módjára elzárja. Ha ezek a viszonyok néhány napig fennállnak, összetapadás jöhet létre s a ventil többé nem nyílhatik meg.

Igy magyarázhatjuk az ú. n. „glaucoma malignum” sok esetét (ezzel szemben vannak esetek, a hol ilyen durva mechanikai akadályt legalább is nem látunk s a glaucomás folyamat további fennállását nem tudjuk megmagyarázni) s így viselkedik a legtöbb abszolút glaucomás szem is, mint-hogy ezekben a kedvezőtlen mechanikai viszonyok állandósulása következtében a tensio igen magas szokott lenni. Ért-hető tehát, hogy az abszolút glaucomás szemek közül trepanatióval sem sikerült sokkal többet megmenteni, mint iridectomiával.

Az itt bemutatott betegen ennek elejét veendő, az abszolút glaucomás bal szemén 2 héttel ezelőtt kombinált műtét eljárást alkalmazott, melylyel célja volt a fentemlített circulus vitiosust megtörni. A trepanatio után, mint azt a kedvezőtlen viszonyok előre valószínűvé tették, a szem kemény maradt (kedvező esetekben azonnal meg szokott puhulni); erre rögtön hátulsó sclerapunctiót végzett, azaz meridionalis irányú, a szem összes burkain áthatoló, alig 5 mm. hosszú metszést jóval a corpus ciliare tája mögött, vagyis a sclerotomia posterior néven ismert típusos műtétet, melyről ismeretes, hogy magában véve alig van néhány napig tartó hatása.

A tervbe vett hatás: a hátulsó nyomást megcsökkentve, a trepanatiós ventilt felszabadítani, beállott. Közvetlenül a műtét után a szem még nem volt puha, nem is lehetett, mert a sclerotomia sebén nem ürülhet azonnal szabad folyadék; de már délutánra helyreállott az elülső csarnok s az így felszabadult trepannyíláson keresztül a levezetés bekövetkezett; másnap, még inkább harmadnap, már hypotoniás volt a szem. Jelenleg 13 mm. a tensiója, azaz a normalisnál is alacsonyabb.

A jobb, látó szemén ugyanakkor csak trepanatiót végzett, mire a szem rögtön megpuhult.

Bár sohasem lehet tudni, hogy bizonyos beavatkozás nélkül mi történt volna, de az eddigi tapasztalatok alapján nem volt valószínű, hogy ez a 60 mm. tensiójú abszolút glaucomás szem egyedül a trepanatiótól megpuhult volna.

Minthogy a sclerotomia sebe legfeljebb néhány napig filtrálhat, a tensio mostani alacsony volta mindenesetre a trepanatió tulajdonítandó, ezen nyílás működésbe hozása azonban a sclerotomia érdeme s ebben van a dolog jelentősége. Minthogy pedig a sclerotomia posterior mint ártatlan műtét beavatkozás régóta ismeretes, bátran meri ajánlani most már látó szemén is, hasonló kedvezőtlen viszonyok között, ezt a kombinált eljárást, melylyel talán sikerül ismét egy lépést tenni a glaucoma gyógyításának tökéletesítése felé.

(Folytatása következik.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1914 február 18.-án.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

(Vége.)

Polyák-féle intranasalis dacryocystostomiával operált betegek.

Kellermann Emil: Olyan esetekben, a melyekben a conservativ szemészi kezelés a könnytömlő- és könnycsatornabántalmakat nem gyógyítja meg, maguk a szemészek is gyökeres beavatkozásra szorulnak. Ezeknek (még a Toti-féle különben igen jó műtétnek is) hátránya a látható külső heg, a saccus kiirtásakor pedig ezenfelül a visszamaradó könnycsurgás.

Mindezen hiányokon segít a Polyák-féle intranasalis műtét, mely direct belső úton széles közlekedést hoz létre a könnyzacskó és az orrüreg között; ezzel nemcsak végleges gyógyulást eredményez, sokkal kiterjedtebb indicatión alapon, hanem megóvjá a physiologiás feladatot, a szabad könnylevezetést is.

A bemutató ezen műtét eredményeit a következő eseteken demonstrálja:

1. 10 éves fiú, félév előtt dacryocystitis miatt ki lett irtva a bal könnyzacskója. A seb nem gyógyult, fistulás lett, újra kellett operálni, ismét eredmény nélkül. Polyák főorvos 6 hét előtt operálta az orr felől és bár a saccus már ki volt irtva, begyógyult a fistula és a könnyek teljesen jól levezetődnek az orrba a készített csatornán át.

2. Acut dacryocystitis peridacryocystitissel, phlegmonés folyamat. Azelőtt az ilyen eseteket kívülről nyitották meg. Toti-műtétre ez az eset az acut phlegmone miatt nem volt alkalmas. Polyák főorvos január 28.-án operálta intranasalis úton, a geny az orr felé ürül, egy hét alatt teljesen gyógyult.

3. Dacryocystitis fist. chron. l. d. A jobb szemén kb. kis mogorónyi gyuladással elődomborodás. A környezet gyuladása az intranasalis műtétet nem zavarja. Műtét január 17.-én. A gyuladás megszűnt, könnyezés nincs.

4. Dacryocystitis fistulosa chr. l. d. A szem környéke piros, duzzadt, csekély elődomborodása a belső szemzug alatt. Ezen esetben nagy septum-deviatio is volt, melyet reszekálni kellett. A könnytömlő-műtétet Polyák főorvos végezte január 22.-én egy ülésben a septum resectiójával. A gyuladással tünetek 1 hét alatt visszafejlődtek. Jelenleg egészen jól van.

Basedow-kór operált esete 9 éves fiún.

Balás Dezső: A 9 éves fiucska ezelőtt 6 héttel vették fel Hainiss gyermekosztályára azzal a panasszal, hogy baja körülbelül 1 év óta áll fenn és fokozatosan súlyosbodik. A beteg soványodik, ingerlékeny, ijedős, szívdobogása van s az utóbbi időben szemdülledése és nyakán golyvás daganata támadt. A golyvát anyja csak 3 nap óta veszi észre. Az eléggé jól fejlett, sovány gyermek vizsgálatakor szembetűnő a kétoldali mérsékelt exophthalmus. Moebius-, Graefe-, Stellwag-tünet, nystagmus hiányzik. A pajzsmirigy középső és jobb lebenye körülbelül gyermekökölnyi nagyságúvá alakult. A szívhatárok rendesek, a szívhangok tiszták, a szív működés azonban szabálytalan és szapora, az érlelés percenként 140 és 160 között váltakozik. A gyermek lesóványodott, ingerlékeny, ijedős, szív táji szorongása és fájdalomérzése, továbbá szívdobogása van és éjjelenként erősen izzad.

Ez utóbbi tünetek s a „merseburgi trias”, az exophthalmus, struma és tachycardia alapján a diagnoszt Basedow-

korra tették. Igaz ugyan, hogy a szemtünetek, az exophthalmust kivéve, a *Marie-Kahler*-féle remegés, a *Charcot*-féle bőrtünet, a glycosuria hiányzott, de a jelenségek többnyire csak előrehaladottabb esetekben találhatók.

A beteget 5 hét előtt aether-narcosisban operálta, a midőn a középső és jobboldali strumosus lebenyt reszekálta és a baloldali thyreoida inferiort is lekötötte. A vérerek szakadékonysága s a nagyfokú vérszegénység éppen úgy megvolt, mint a felnőttek Basedow-strumájának műtévesekor. A nagyobb vérvesszeség elkerülésére és a pontos vérzéscsillapításra, tekintettel a gyermek korára, még fokozottabb gondot fordított, mint felnőtteken. A gyógyulás zavartalanul per primam folyt le. Jelenleg a javulás szembetűnő. Az exophthalmus teljesen megszűnt, az érlökés percenkint 90 és szabályos. A szívdobogás és szorongás-érzés, valamint a többi említett melléktünet elmúlt s a beteg erőben szemlátomást gyarapszik.

A gyermekkorban, különösen a 10. éven alul, a Basedow-kór igen ritka és csak a pubertas korában és főleg leánygyermekeken találkozunk már gyakrabban vele. Éppen ezért jogosan merül fel az a kétség, vajjon csakugyan elsődleges a Basedow-kórral állottak e szemben és nem ú. n. struma basodowificata volt-e jelen, a hol a Basedow-tünetek másodlagosan a hyperthyreoidismus toxikus hatásának jelenségei.

Ez utóbbi felvétel ellen szól azonban a kétoldali exophthalmus, a strumának relative kicsiny volta, vérereinek nagy szakadékonysága és a nagy vérzékenység műtét közben, továbbá az anamnesis, a mely szerint a szívtünetek jóval megelőzték a strumának legalább is látható létrejöttét. Tehát kétségtelenül elsődleges Basedow-kórral volt dolgunk.

Felhívja a figyelmet a rohamos javulásra is, mely a struma resectiója után 5 hét alatt bekövetkezett. A belgyógyászati és klimás kezelést a beteg társadalmi viszonyára való tekintettel (napszámos gyermeke) kellett mellőzni.

Vermes Mór: Kérde, vérvizsgálat történt-e, mert a vérlet (lymphocytosis) esetleg felvilágosítást nyújt.

Balás Dezső: Nem történt, de nem is tartja fontosnak, mert nem döntő a vérlet.

Spondylitis chronica deformans két esete.

Borgyoski Milivoj: 1. A 36 éves kovácsnak 10 éves korában otitis media purulentája volt. 9 évvel ezelőtt vette észre, hogy a háta erősen előrehajlott és merev lett. 7 év előtt heves nyilaló fájdalmakat érzett állítólag huzat következtében, mely fájdalmak nyugalomra pár nap alatt megszűntek, de a mint felkelt, ismétlődtek; ugyanekkor a jobb vállában és felkarjában hasonló természetű és lefolyású fájdalmak támadtak. Ekkor bottal járni kezdett, háti merevsége és görbülete pedig erősödött, körülbelül egy év alatt már csak két mankóval tudott járni. Pár év előtt heveny ízületi csúza is volt.

Jelenleg az erős csontrendszerű férfi gerincoszlopa igen erősen előrehajlott, csaknem teljesen merev, alig észrevehető jobboldali skoliosissal. A hát merevsége annyira tökéletes, hogy a hátán fekvő beteg gerincoszlopának felső részét lenyomva, a medenczevég emelkedik, teljesen fájdalom nélkül. Fájdalmak a jobb csípőízület mozgásakor jelentkeznek. Ennek mozgathatósága nagy fokban korlátozott; flectált, abduktált és kifelé rotált állásban van. A jobb váll mozgásakor crepitatio. A fej mozgása szabad. Nagy strumán kívül más kóros elváltozás nem mutatható ki.

2. A 47 éves napszámos 3 évvel ezelőtt nedves őszidőben munka közben erős derékfájdásokat érzett. Ezen fájdalmak másfél napig tartottak, nyugalomra megszűntek s rövidebb-hosszabb szünetek után ismétlődtek. Később észrevette, hogy háta a fájdalmak szünetelése alatt is merev. Körülbelül 6 hónap óta majdnem teljes a merevség. A fájdalmak a deréktájról áttértek a hát, a nyak és a tarkótájékára, valamint egyidejűleg a két csípőre és csompra is, főként jobb oldalt. Később jelentkeztek a jobb vállban is. A fájdalmakat mindig az izmokban érezte. Mindig egészséges volt. Erőteljes férfi. A gerincoszlop teljesen egyenes, majd-

nem tökéletesen eltűnő lumbalis lordosissal és dorsalis kyphosissal. A nyak és tarkó majdnem teljesen merev. Mozgási kísérletekor ugyanitt crepitatio. Mindkét csípő, főként a jobb, mozgathatósága erősen korlátozott, flectált, kifelé rotált és abduktált helyzetben van. Jobb felkarját csak a vízszintesig tudja emelni, a további emelésben az acromion tájékán érzett fájdalom akadályozza.

A jobb térdkalács feletti bursában savófelhalmozódás. A szíven lefolyt endocarditis nyomai. A mandulákon mindkét oldalt idült tüszős lob. Mindkét betegem mérsékelt tremor, valamint az elülső nyak- és mellizmok atrophiaja. Egyéb kóros elváltozás nem mutatható ki. Mindkét betegre jellemző az álló helyzetben előre hajlott merev tartás, behajlított térd- és csípőízületek mellett. Előrenézéskor sajátságosan felfelé irányított tekintet. Az első kifejezetten a *Bechterew*-typusú chronikus gerincoszlop-merevséget mutatja, melyben az újabb keletű vizsgálatok (*Fränkel*, *Simmonds*, *Plate* stb.) szerint a megbetegedés lényege a csigolyaközti porcokrongok rugalmasságának elvesztésében áll és másodlagosan nyomás következtében társulnak hozzá a csigolyaszéleknek degeneratív jellegű deformációi, zegzugos csontkiugrások alakjában, melyek az előbuggyanó porcokrong szélét megkerülve, egymással össze is csontosodhatnak. A csont helyenként osteoporosis lesz. Az ízület ürege maga nem beteg. Kifejezettebb elváltozások a jobb oldalon.

Bár a kis csigolyaízületek nem betegek, a csigolyatestek deformitása következtében mozgásuk akadályozottá válhat. E megbetegedéshez csak másodlagosan társul a végtagok ízületeinek megbetegedése statikai okokból.

A 2. eset a *Pierre-Marie*-typus, a hol a megbetegedés lényege a gerincoszlop-ízületek synoviájának proliferáló és rendszerint ankylosissal járó gyuladással megbetegedés, mely a borda-csigolya-ízületeken is jelen lehet. Rendszeresen vele jár a végtagok proximális ízületeinek ritkábban ankylotizáló megbetegedése. A Röntgen-képen a fentiek demonstrálhatók. A rendesen oknak felvett trauma, illetőleg infectió megbetegedés mindkét esetben meg volt, hereditas egyikben sem mutatható ki. Az első esetben lényeges javulás volt észlelhető a szokásos hydro-mechanotherapyás kezelés mellett a *Menzer*-féle streptococcus-serum adagolására, de a beteg a későbbi therapia alól kivonta magát. A másik esetben az utóbbi teljesen hatástalan volt, de lényeges subjectív és kimutatható objectív javulás állt be a bursa suprapatellaris savójával végzett autoserotherapyára.

A bél és függelékes szervei rákjának diagnosisa.

Bence Gyula: Bevezetésében elmondja, hogy megfelelő serumdiagnostikai eljárás a rák fölismerésére eddig még nincs. Ismerteti a bélrák különféle alakjait. A bél alsó tractusa rákjának felismerésére igen jónak tartja a rectoromanoskopiát.

Egyéb vastagbél-rákok esetén a pontos bélsárvizsgálat és a Röntgen-eljárás lesz útbaigazító a physikalis eltérések mellett. A vékonybélrákra különösen jellemzők a bélelzáródás tünetei mellett az occult vérzések. A duodenumban fejlődő rákok közül különösen a papilla Vaterin ülők vezetnek tipusos tünetcsoportra, melyet a choledochus- és a pankreas-kivezető elzáródásának jelei mellett az occult vérzés jellemez.

A májrakot és epehólyag rákját a pontos klinikai megfigyelés teszi felismerhetővé. A pankreas-rák különböző a szerint, hogy a pankreas mely részéből indul ki az elváltozás.

A fejből kiinduló rákra jellemző az epevezeték és a pankreaskivezető egyidejű elzáródása. E mellett alimentaris glycosuria és esetleg *Lövi*-féle reactio. A pankreas testéből kiinduló rákra legjellemzőbb a plexus solaris nyomásából eredő megsemmisítő fájdalom. A farokrészből kiinduló daganat sokáig marad lappangó és csak tovaterjedve, ha a plexus solarist nyomja, vezet jellemző tünetekre.

PÁLYÁZAT.

31461/1914. sz.

A diósgyőri m. kir. vas- és aczélgárnál rendszeresített **harmadik gyárorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással a m. kir. állami vasgyárak tisztviselőire nézve érvényes, az államvasuti rendszerű tisztviselőkével azonos VIII. fizetési osztály 3. fizetési fokozatának megfelelő, vagyis évi 2300 korona fizetés, természetbeni lakás, 200 korona fűtési átalány és az üzleti eredményekhez képest változó — évi fizetésének 42 százalékát kitevő — jutalék van egybekötve.

A felveendő orvos egyelőre egy év tartamára ideiglenes minőségben neveztetik ki és ezen idő letelte után megfelelő szolgálat esetén, változatlan illetményekkel és fokozatos előléptetés kilátásával véglegesíttetni fog. Az állás kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Felhívom azon egyetemes orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a megkívánt képesítést igazoló okmányokkal kellően fel-

szerezelt folyamodványait „a m. kir. állami vasgyárak központi igazgatóságához Budapest” czimezve, a diósgyőri magy. kir. vas- és aczélgár főnökségénél (Diósgyőr-vasgár) folyó évi **szepember hó 1.-éig** nyújtják be. Folyamodók kötelesek hiteles okmányokkal igazolni:

1. családi és keresztnévüket, honosságukat, születési helyüket, életkorukat, vallási, családi állapotukat;
2. előéletüket, illetve eddigi foglalkozásukat;
3. nyelv- és szakismereteiket;
4. kifogástalan erkölcsi magaviseletüket;
5. katonasághoz való viszonyukat;
6. egészségi állapotukat a gyárorvosi szolgálattal egybekötött kötelesek teljesítésére alkalmas voltak szempontjából;
7. sebész-műtői oklevéllel bírók előnyben részesülnek.

Elkésve érkezett vagy kellően nem okmányolt kérvények nem vétetnek figyelembe.

Diósgyőr, 1914 július 23.

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgár.

A gyomor- és bélbántalmak kezelésénél mint elsőrangú óvó- és gyógyítószer.

LACTOBACILLINE

megválogatott tejerjesztők tabletták alakjában.

LACTOBACILLINE GLYCOGÈNE

Amylolytikus tejerjesztők tabletták alakjában.

3—9 tabletták naponként.

Mintát és irodalmat küld **ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerész Budapest, a párisi „Le Ferment” társaság, Metchnikoff tanár egyedüli szállítója, magyarországi főképviseelője.

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 magaslatti 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.

„BAYER“

CONTRATUSSIN

„BAYER“

== számárhurut, rekedtség, gégefő- és bronchial-catarrhus ellen. ==

➡ **Pastilla-alakban is kapható.** ➡

1 palaczk 1.40 kor. és 2 kor.

„Vörös-kereszt gyógyszertár” Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. — Orvos uraknak kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

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 Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Zwilling Hugó: Közlemény a kir. tudomány-egyetem I. számú bonczolástani intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) A homloköbölgyulladások intracranialis és cerebialis complicatióinak mechanizmusára vonatkozó kísérleti vizsgálatok. 655. lap.

Kallós Arnold: Klinikai tünetek nélküli pozitív Widal-reactio esetei. 658. lap.

Konrád Jenő: A nagyváradi m. kir. bábaképződzéből. Tuberculosis és terhesség. 661. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Schwalbe: Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. — **Lapszemle. Belorvosan. Ljungdahl:** A húgysavkiválasztás jelentősége. — **Sebészet. Baum:** A gyomor kis görbületén levő fekélyek műtéti gyógykeze-

lése. — **Szülészeti és nőorvosan. Amann:** Haladás a Röntgen-sugarakkal való rák-kezelés terén. — **Húgyszervi betegségek. Alfredo Bevacqua:** Adatok az egyoldali vese-atrophia szövettanához. — **Bőrkórta. H. Weiss:** Rézzel és quarcz-lámpával gyógyított ulcus rodens-esetek. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Achard:** Szénaláz. — **Röher:** Vérköpés. — **Lichtenstein:** Coma eclampticum. 663–664. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. — Orvosok lapja 664. lap.

Vegyes hírek. 664. lap.

Tudományos társulatok. 665–667. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. tudomány-egyetem I. számú bonczolástani intézetéből. (Igazgató: Lenhossék Mihály dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

A homloköbölgyulladások intracranialis és cerebialis complicatióinak mechanizmusára vonatkozó kísérleti vizsgálatok.*

Irta: **Zwilling Hugó dr.**

Kapcsolatosan azon kísérleteimmel, melyeknek tárgya „Az orrüreg felső szakaszának nyirokpályái és azok viszonya az agykörüli nyirokürökhöz” (Orvosi Hetilap, 1911), azon kérdések vetődtek fel, hogy a homloköböl nyálkahártyájának nyirokpályái és a nevezett üregek között emberben létezik-e összefüggés, milyen természetű ez s mily szerepe van a megbetegedett homloköbölből kiinduló, vagy postoperatív intracranialis, vagy cerebialis szövödmények mechanizmusában. Ezen kérdések kísérleti megoldásának útjában a megfelelő anyag megszerzésének nagy akadályai állottak. Említett kísérleteim alkalmából meggyőződhettem, hogy ezek fiatal egyéneknek bőséges, még tág nyirokérhálózataiban inkább célravezető, végleges ítélet azonban mégis csak felnőtteken végzett vizsgálat alapján nyerhető. Az orr melléküregeinek fejlődéstana a közelmúltban a homloküreget illetőleg újabb ismeretekkel bővült, az ezelőtt egymástól eltérő adatok azon megismerésnek adtak helyet, hogy a homloköböl fejlődése az első életév végével, a második kezdetével esik össze. Killian, Hajek és Ónodi vizsgálatai, mely utóbbi táblázatos áttekintésben a gyermeki homloköböl pontos méreteit közli, arra tanítanak, hogy milyennek kell lennie a nevezett vizsgálatokra alkalmas anyagnak. Azon iparkodás, hogy célunknak megfelelő friss anyagot kapjunk, magyarázza kísérleteink hosszadalmasságát és aránylag csekély számát.

* A XVII. nemzetközi orvoscongressus XV. (orr- és gégeorvosani) szakosztályának ülésén tartott előadás. London, 1913.

A homloköböl, a koponyaűr és az agyvelő tájbonczolástani viszonyai és azok pontos ismerete a nyirokpályák útján keletkező koponyaürbeli és agyvelő-complicatiók magyarázatának most tárgyalandó kérdéséhez közelebb fognak bennünket hozni. Fontos a homloköböl nagysága, terjedelme, viszonya a koponyaüreghez és az agyvelőhöz, falainak vastagsága, cerebialis falának configurációja és vastagsága, dehiscenciái, véreire és nyirokpályái. Ónodi szerint a homloköbölnek a homlokcsont pikkelyes részében átlagosan közepes a nagysága és kiterjedése, úgy hogy többnyire csak a gyrus front. med.-nak felel meg. A homlokcsont vízszintes lemezének határvonala megfelel a sulcus fronto-marginalisnak, a homloklebeny alsó felszínéhez való átmenetelének. Különös nagy terjedelménél a homloköböl az egész elülső koponyaüregre határolhatja, a fissura orbit. sup. és a halántékgödör közé terjedhet. Ezen esetekben a homloköböl a homloklebeny alsó felületének és a halántéklebeny elülső részeinek felel meg. Felfelé a homloköböl a gyrus front. sup. és med. tájáig terjed, asymmetriás esetekben az ellenkező oldal homloklebenyének tájára terjedhet. Különös fontossággal bír, mint már említettem, a kóros folyamatok tovaterjedése esetén a homloköböl egyes falainak vastagsága. Minél vastagabb a homloköböl hátulsó cerebialis fala, annál jobban védi, akadályozza meg bizonyos tekintetben az intracranialis szövödmények keletkezését, minél vékonyabb, annál kedvezőbb körülményt nyújt a complicatiók keletkezéséhez, épp úgy mint diploëdus, számos vérrel ellátott falnál is kedvezőbbek a feltételek.

Legvastagabb az elülső, vékonyabb a cerebialis, legvékonyabb rendszeren a homloköböl orbitalis fala. A homloköböl hátulsó cerebialis falának vastagsága 1–5 mm. között váltakozik, többnyire azonban csak 1–3 mm. között, a hátulsó falnak különös nagy vastagsága vagy vékonysága ritka. Épp ily jelentőséggel bírnak a homloköböl cerebialis falának dehiscenciái, a melyeneket Cisneros és Jaques veleszületett defectusként, ez utóbbi mindkét oldalon figyelt meg, valamint Mouret, Lindt és Castex, kinek esete letalisan végződött. Ide-

tartoznak a gyakrabban megfigyelt vérérresek, melyeknek a hátulsó falban ezen szempontból szintén van jelentőségük. A homloköbölgyulladások szövődményeinek aetiologiájában fontos szerep jut a gyűjtőereknek, perivascularis nyirokpályáknak, úgy a közvetett, mint a közvetlen fertőzések keletkezésekor. A homloköböl hátulsó falán áthaladó gyűjtőerek a dura gyűjtőereivel függnek össze; *Zuckerlandl* a homloköböl nyálkahártyája és a dura gyűjtőerei között anastomosisokat állapított meg, *Kuhnt* szerint pedig a homloköböl venae perforantes-ei a dura gyűjtőérhálózatával függnek össze. Kimutatták továbbá, hogy a homloköböl nyálkahártyájának gyűjtőerei a sinus longitudinalis sup.-ral függnek össze. Utóbbinak injectiója után észlelték, hogy ezen gyűjtőerek az injectió anyaggal megtelődtek. A nyirokpályák jelentősége, mint a fertőző anyag útjai és közvetítői a homloköböl és koponyaüreg között, még nem eléggé ismert. Az orrüreg nyirokpályái már hosszabb idő óta alapos tanulmány tárgyai, míg a melléküregek nyirokereinek ismerete még nagyon tökéletlen. Legkevésbé ismertek a homloköböl nyirokere, míg az állkapocsöböl és íksontöböl több szerző tanulmánya tárgya lévén, e szempontból ismertebbek.

Bartels a melléküregek nyirokpályáit tanulmányozó, ismert könyvében csak röviden említi, hogy ezek felnőtten a vizsgálattal járó technikai nehézségek, újszülöttn az üregek fejletlensége miatt még kevésbé ismertek. *Most* a homloköböl tájékáról végezte a lgl. retropharyngealis és ezenkívül gyakrabban az lgl. cervicales proff. injectióját. *Most*, ki az orrmelléküregek nyirokpályáit leírja, legújabb értekezésében azt mondja, hogy ezek többnyire az orrüreg nyirokere felé iparkodnak és ezekkel együtt hátrafelé a choanákat eléri, épp úgy mint a homloköböl tájáról a nyirokere a lgl. retropharyngealis lat.-hoz haladnak. Ez utóbbi, legalább újszülöttn, a legfontosabb lépése. További útjukon nyirokere a mélyebben fekvő nyirokmirigyekhez vezetnek. „Ugy látszik azonban, az orr-melléküregek, de különösen a sinus maxillaris nyirokpályáinak egy része perforáló pályák segítségével az arcvázon áthaladva, a külső takaró nyirokérhálózatával közlekedik, mely utóbbi a submaxillaris mirigyekhez vezet.” (*André, Bartels, Schweitzer.*)

Marc André vizsgálatai az orrmelléküregek közül csak az állkapocsüregre és a rostasejt tömkelege nyirokpályáira vonatkoznak és kiegészítésre várnak. A rostasejt nyirokereit illetőleg azt találta, hogy ezek a sinus maxillaris, középső orrjárat, vagy a középső kagyló alsó felülete nyirokereinek injectiója által megtölthetők. E helyen *Grünwald* vizsgálatairól kell megemlékezni, ki üvegből való hajszálcsovön át *Gerota*-féle anyagot injiciált a jobboldali megnyitott állkapocsöböl nyálkahártyájának alsó részébe. A bal oldalon pedig az elülső orrfontanellát lezáró hártába. Csak a bal oldalon volt kielégítő az eredménye: a hiatus semilunaris hátulsó végéből, mint az injiciált massa központjából kiinduló igen finom, nyirokerekre nézve jellegzetes oldalágakkal bíró ágacsákat mutatott, melyek bizonyos pontosan leírt felületeken és üregeken áthaladva voltak láthatók. Ezeken kívül egy finoman elágazó csík vezetett ezen központból felfelé, a homloköböl hátulsó fala nyálkahártyáján. Készítményén nem láthatók az alveolusok, vagy az orbita felé haladó összekötő ágak, dacára egy, a lamina papyraceában meglévő dehiscenciának. Továbbá bizonyítja ezen készítmény *André*-val szemben, ki feltételezi, hogy az ethmoidalis pályák injectiója kis perforáló csatornácskák segítségével a papírvékonyágú csontfalakon keresztül történik, abszolút biztossággal azt, hogy az orrüreg nyirokpályái és melléküregeinek nyirokere sehol falakon keresztül nem függnek össze. *Grünwald* ezen leletből azon következtetést vonja le, hogy a fertőzés közvetlen tovaterjedése a szomszédságba valószínű, továbbá azt, hogy a nyálkahártya és a csontvelőürök közötti összefüggés hypothesis tarthatatlan. *Önodi* szerint a *Schwalbe*, *Key* és *Retzius* idézett vizsgálatainak eredményei mellett az is bizonyos, hogy a melléküregek véreinek perivascularis nyirokpályái nemcsak egymással függnek össze, hanem a gyűjtőér-anastomosisoknak is megfelelnek, melyek a melléküregek és a dura és pia mater

közötti összefüggést is közvetítik. A nyirokpályáknak tehát nemcsak a koponyatartalom közvetlen, hanem közvetett fertőzéseiben is szerep jut.

Killian, kinek a homloköbölbetegségek- és azok szövődményeinek saját vizsgálatain alapuló első modern leírását köszönhetjük, azt említi, hogy a megfigyelt akut és rapid lefolyású esetekben perforatio azért nem keletkezett, mert erre idő nem volt, a fertőző csírák nyilvánvalólag thrombotizált venae perforanteseken át hatoltak a cavum craniiba. A csonton makroszkopice semmiféle elváltozás nem tűnt fel. Továbbá a belső homloküreg-falhoz legközelebb fekszik a dura mater, gyűjtőérhálózata a venae perforantesek útján összefügg a homloköböl nyálkahártyájával, a dura kell tehát, hogy legelső sorban megbetegedjék, mint a hogyan ez rendesen meg is történik. A sinusitis exulcerans atque abscedens megbetegedésekor mondja továbbá, hogy szabály az, hogy a homloköböl hátulsó falán történő elváltozások esetén a lobos folyamat nemsokára a koponyaüregbe terjed, későbbi előadásai-ban és irataiban ismételtelen hangsúlyozza a nyirokpályák fontosságát, mint a fertőzés közvetítőit, így egy discussio alkal-mából (XVI. nemzetközi orvoscongressus) és egy klinikai előadásban (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1911). *Hajek*, a perforáló gyűjtőerek szerepét a rhinogen agyvelőszövődmények keletkezésekor méltatván, azt találja, hogy nem csekély az olyan esetek száma, melyben a cerebralis megbetegedés rhinogen volta kétségtelen, mindazonáltal a fertőzés útját kideríteni nem sikerült. A cerebralis szövődmények azon esetei ezek, melyek a homloköböl megbetegedése következtében keletkeztek és melyekben ki van emelve, hogy makroszkopice a cerebralis falon semmiféle elváltozás nem volt megállapítható. Mindezen esetben a fertőzés keletkezésére nézve csak hypothesiseink vannak. A fertőzés útja vezethet per continuitatem, továbbá vérereken kívül még a nyirokpályákon és a n. olfactorius burkain át. Hogy fertőzés a nyirokpályák mentén egyáltalán előfordul, azt tulajdonképpen csak a csontátmetszet mikroszkopi vizsgálata alapján bizonyítható, vagy állapítható meg. Más helyen — a nélkül, hogy a fertőzés keletkezésének lehetőségét a nyirokpályákon át kétségbevonná —, mégis kiemelendőnek tartja nevezett szerző azon tényt, hogy ezen folyamat a melléküregekben még kimutatva nincsen.

Gerber a fertőzés mechanizmusát tárgyalva, utolsó helyen említi annak lehetőségét a nyirokpályák mentén. Azon esetekben, melyekben sem a csonton keresztül való közvetlen tovaterjedés, sem a vérerek mentén történt fertőzés ki nem mutatható, a nyirokpályák útján történő átvitelre kell gondolnunk, mely utóbbi kérdés mindezideig beható tanulmány tárgyává még nem tétetett. *Gerber* szerint *Poirier*, *Zuckerlandl* és *Lombard* figyelmeztettek ezen nyirokérösszefüggésre. A felsorolt okok között, ha nem is sok esetben, szövődmények keletkezése szempontjából ezen összeköttetések is szerepelnek, így *Hoppe*, *Pagenstecher* és *Péchin* ezen utakat teszik felelősekké a fertőző anyag továbbvitelre tekintetében. A *Gerber* által idézett 28, extraduralis tályoggal szövődött eset közül csak egyben, és pedig a *Giselinck* és *Mayer* esetében mondatik valószínűnek a fertőzésnek a nyirokpályák útján való keletkezése; az eset operáltatott, meggyógyult, a vizsgálat hiányzik. Az agytályog felsorolt 66 esetében csak egy esetben valószínű a nyirokere útján való eredet és pedig a *Hoffmann* esetében, a hol is, mint a fertőzés útja, jobb oldalon a hátulsó fal perforatója, bal oldalon a nyirokpályák vannak említve. Az idevonatkozó megjegyzés azt mondja, hogy: „A bal homloklebenyben három, a nyirokere útján keletkezett tályog van”; vizsgálat itt is hiányzik.

Poli, ki szintén nem rendelkezik saját vizsgálatokkal, azt véli, hogy feltételezhető, miszerint a homloköbölben is létezik nyirokérhálózat, mely az orrüreggel függ össze, ha ez nincs is bebizonyítva. A bizonyítás nehézsége abban rejlik, hogy ott, hol ez lehetséges volna, az újszülöttn, a homloköbölök alig kifejlődtek, felnőttn a nyálkahártya pedig igen vékonyra válik, az öböl falaihoz szorosan odatapad, miáltal a nyirokérhálózat kimutatása nagyon nehéz. *Logan Turner* és *Jules Broekaert* alapos tanulmányában a homloköbölről

kevés említés történik, minthogy csak az orr és melléküregeinek nyirokapparatusával és annak viszonyával a test többi részeihez foglalkozik. Az eddig ismert bonczolástani adatok azonban, a mennyire ez lehetséges, e helyen is említetnek és pedig a homloköbölgyuladásoknak az agyra és burkaira a nyirokpályák közvetítésével való tovaterjedésének a lehetősége klinikai szempontból említették.

Minthogy röviden a homloköböl anatómiája annyira, a mennyire az a megoldandó kérdések tekintetében szükséges, nagysága, terjedelme, falainak vastagsága, topographiai viszonya az agyvelőhöz és annak burkaihoz, tárgyalatott, minthogy a homloköböl nyirokereiről szóló jelenlegi ismereteink ezen nyirokérhálózatnak jelentősége a koponyaüregbeli és agyvelőcomplicatiók keletkezésekor említették és minthogy azon szerzőket is, kik a nyirokerek útján keletkező fertőzésről megemlékeznek és ezen módnak saját klinikai tapasztalataik alapján megfelelő fontosságot tulajdonítanak, megemlégtük, feladatunk leendő a következőkben azon kísérleteket és vizsgálatokat leírni, melyeket végeztünk. Mielőtt ezt tennők, szemügyre kell vennünk *Key* és *Retzius* alapvető vizsgálatait, injectiós kísérleteit és ezek eredményeit, melyeket ezen szerzők állatokon (kutyákon és tengeri nyulakon) értek el, *Falcone* kísérleteit, melyeket az a homloköböl nyirokpályáinak és a perimeningealis nyirokürök összefüggése tekintetében végzett.

Axel Key és *Gustav Retzius* voltak *Schwalbe* után az elsők, kik alapvető és beható tanulmányaik tárgyává tették az orrüreg nedv- és nyirokpályáit és azok összeköttetéseit a központi idegrendszer serosus üregeivel. Ezek holt állat, kutya vagy tengeri nyúl subarachnoidális üregébe eszközölt injectiós kísérletekben, finom, különböző irányokba elágazó és egymásba szájadzó járatokból álló hálózatot észleltek. Ezen hálózat átszőve a nyálkahártyát, nemcsak messze a membrana olfactoriába és az ornyálkahártya többi részeibe terjed, hanem a kagylók nyálkahártyájáig egészen a külső ornyílásokig látható volt. Gyakran a sinus front. nyálkahártyájában is volt látható dús hálózata az injiciált ereknek, mely a regio olfactoria hálózatával összefüggött. Hogy ezek tényleg nyirokerek, úgy bizonyítottak, hogy utóbb a fej véreirei injiciáltak és egészen biztosan megállapítottak ezen módon, hogy a subduralis ürből injiciált erek a vérerektől teljesen függetlenek és az, hogy esetleg gyűjtőérhálózatról lehetne szó, így teljesen kizárattak; a képek ezenkívül a nyirokerek jellegzetes alakját mutatták, miáltal a nyirokérhálózathoz való hozzátartozásuk szintén nyilvánvalóvá lett. Ezen leletek alapján a hálózatok nem lehettek mások, mint nyirokérhálózatok, melyek nagyobb törzsekbe gyűlve, a nyak igazi nyirokmirigyébe nyomultak.

Falcone az előzetes ismertetésben, melynek címe „Közvetlen lymphás összeköttetések a homloköböl nyálkahártyája és a periencephaliás üregek között“, saját vizsgálatait alapján közli, hogy a homloköböl nyálkahártyájában legalább kutyán teljesen kimutatható nyirokérhálózat van jelen, mely a subduralis vagy a subarachnoidealis üregekből injectio segítségével megtölthető, ezen injectio a subduralis üregből mindig jobban sikerül. Az injectiós folyadék a perimeningealis üregekből közvetlenül kerül nevezett nyirokérhálózatba, még pedig saját összeköttetésein át és nem az ornyálkahártya összeköttetésein keresztül, melyek a lamina cribrosán áthaladnak és a melyeket *Key* és *Retzius* kimutattak. A csontos fal állományában, mely a homloköböl hátulsó falát alkotja, injectiós anyaggal megtöltött nyirokpályák mutathatók ki, mely körülmény bizonyítéka a koponyaüreg és homloköböl közötti, a csonton keresztülhaladó lymphás összefüggésnek. Ezen vizsgálatait állatokon és embereken is eszközölte, közleményében azonban nem fejezte ki azt, hogy ezen következtetések emberre is vonatkoznak.

Monographiájában, mely 1908-ban jelent meg, egy a koponyaüregbeli szövödményeket tárgyaló fejezetben, melynek címe „Fertőzés a nyirokpályák útján“, azt mondja, hogy a fertőzés keletkezése így módon eddig csak feltételes, bebizonyítva nincsen. *Sieur* és *Jacob*, úgy mint *Cuneo* és *André*

azt hiszik, hogy a homloküreg gyuladása következtében keletkező meningealis és encephaliás szövödmények a subarachnoidealis üreg és a homloköböl nyirokereik között valószínűleg fennálló összeköttetés alapján magyarázhatók. Ezen bonczolástani lehetőség kapcsán említik *Sieur* és *Jacob*, hogy a homloköböl megbetegedése következtében keletkező endocranialis complicatiók majdnem rendesen a homloklebenyben és ennek szomszédságában lokalizálódnak. *Poirier* a nyirokutaknak így értelemben nagy fontosságot tulajdonít. *Molly* szerint az acut lefolyású esetek csak ezen módon magyarázhatók. A thrombusok hiánya, a metastasisos jelenségek és a csonton észlelhető elváltozások megerősítik ezen hypothesis. *Falcone* szerint vizsgálatait alapján ezen feltevés valónak tekinthető, a két szomszédos üreg a homloköböl és a koponyaüreg nyirokereinek közvetlen összefüggését kimutatta, ezen bonczolástani megfigyelések klinikai tapasztalatok által megerősítésüket várják. Vizsgálatainak eredményei azon irányban, hogy a homloköböl nyálkahártyájában létezik-e nyirokérhálózat, igenlők. Kutyán sikerült abszolút bizonyító erővel bíró képeket létesíteni. Emberen ellenben nem sikerült igazi hálózatot megfigyelni, csak csatornákat, melyek helyenként elágazva, többé-kevésbé rendetlen lefutásúak. A nyirokérhálózat (a leírás kutyára vonatkozik) igen számos finom erekből álló hosszúka, egymásba szájadzó szemekből áll. Ezen erek calibere rendetlen, ampullaszerűen tágult és helyenként szűkült. Az egymásba való szájadzás helyein az erek rendesen tágabbak, ampullaszerűek. Ezen hálózat fekvése, a nyálkahártya vastagságát tekintetbe véve, viszonylagosan felületes. Egy mélyebb rétegben a kéken injiciált erek egy másik sorjese volt látható, nagyobb mint az említett, tág, egymásba szájadzó, szemekből álló hálózatot képezve. A képben, melyben a mélyebb réteg nem látható, a leírt hálózatnak csak három szeme van feltüntetve. A hálózat természetét illetve, kétségtelen, hogy a csatornáinak alakja szabálytalanságuk és ampullaszerű tágulásuk, ezek jelenléte a beszájadások helyein, a nyirokerek jellegzetes tulajdonságai, tehát csak nyirokérhálózat lehet. Ezen hálózat viszonya a meningealis nyirokürökhöz abból világlik ki, hogy az ezen üregekből injiciálás által megtölthető. Közvetlen injectio nem végeztetett a nyálkahártyába, a színes anyaggal csakis a periencephalusos üregek töltettek meg. Az ezen módon injiciált hálózat jelenlétének megállapítása egyszersmind a felállított kérdés megoldását is jelenti. A subduralis üregbe való injectio mindig jobb eredménnyel járt, mint a subarachnoidealis ürbe való, kutyán nem volt mindig megállapítható, hogy a két üreg között melyikbe történt az. Melyik út az tehát, melyiken az injectiós anyag halad, ha a perimeningealis ürökből a homloköböl nyálkahártyájába terjed? Ezen útnak bonczolástani kimutatása minden kétséget kizárna, mint az *Falcone*-nak sikerült, ki a homloköböl mélytelené tett hátulsó cerebrális csontos falából csinált réteges metszetek segítségével, ezen fal vastagságában kék festékkel megtöltött pályákat mutatott ki. Ezen utak részint igen vékonyak, alig láthatók, alig festettek, hálók alakjában elrendezettek, csekély hosszúságúak, vagy más rétegbe mennek át, vagy más metszetben folytatódnak, részint pedig nagyobb calibereűek, jobban festettek, elágazottak és bizonyos helyeken kettéoszlottak. Majdnem mind a csont felületével párhuzamosan haladnak, vagy ehhez ferdén fesszenek. Egyetlen esetben volt egy olyan pálya megfigyelhető, mely a csont vastagságában majdnem függőlegesen annak egyik felületétől a másikig haladt. Néhány készítményben egyes finom nyirokérágak voltak láthatók, az öböl fal nyálkahártyájának vastagságában. A mellékelt tábla egyik képe példáját mutatja annak, hogy így ágak kutyán a csont falában miképpen viselkednek. Akár a nyálkahártya hálózatába való folytatásuk a bizonyíték, akár a vérerek előzetes megtelődése. A következtetés, melyeket *Falcone* vizsgálataiból levon, először is az, hogy a homloköböl nyálkahártyájában legalább kutyán, saját falakkal bíró nyirokérhálózat van jelen, mely hálózat a subduralis vagy subarachnoidealis üregből megtölthető, az injectio mindig az elsőből sikerül jobban. Nevezett nyirokérhálózatnak a meningealis ürökből való megtöltése külön uta-

kon át történik és nem az orrnyálkahártya nyirokérhálózatának ágain keresztül, vagy a *Key* és *Retzius* által kimutatott, a lamina cribrosa áthaladó utakon. A homloköböl hátulsó falát alkotó csontlemezben mutathatók ki azáltal, hogy a perimeningealis üregekből injectió anyaggal megtöltetnek, a mi legfőbb bizonyítéka a koponyaüregnek a sinussal való, a csonton keresztül a nyirokerek útján fennálló összefüggésének. A perimeningealis nyiroküröknek a homloköböl nyirokérhálózatával perivascularis nyirokpályák útján való összefüggése eddig még bizonyítva nincsen. *Key* és *Retzius* állatokon azt találták, hogy a homloköböl nyálkahártyájában a subduralis ürből a regio olfactoria nyirokpályáinak útján sűrű érálózat injiciálható, mely nem lehetett más, mint nyirokérhálózat. *Grünwald* saját vizsgálataiból azon következtetést vonja le, hogy azon feltevés, mely szerint a nyálkahártya csontvelőüregekkel összefügg, nem állhat meg. Míg *Falcone* azt bizonyítja, hogy az injectio perimeningealis ürökből a homloköböl nyirokérhálózatába saját összeköttetéseken keresztül történik, nem az orrnyálkahártya nyirokérhálózatán át, hanem a homloköböl cerebriális csontfalában kimutatható nyirokerekben keresztül, melyek a perimeningealis ürökből injiciálhatók. A homloköböl nyálkahártyájában állaton, még pedig kutyán és tengeri nyúlra *Key* és *Retzius* mutatták ki nyirokérhálózatnak fennállását, ily hálózat fennállása emberen *Bartels*, *Most* és *Grünwald* vizsgálatainak alapján be is bizonyított. Ezen hálózatot állaton *Key* és *Retzius* mutatta ki úgy, hogy a perimeningealis nyiroküröket injiciálták a szaglónyálkahártya nyirokérhálózatának injiciálása útján, *Grünwald* által emberen az orrnyálkahártyába való direct injectio által és pedig az orrnyálkahártya nyirokereinek injectiója útján mutatták ki. Ugyancsak ezen hálózat állaton, t. i. kutyán, *Falcone* a perimeningealis nyirokürök injectiója útján mutatta ki. Direct utakat a homloköböl hátulsó cerebriális falának csontján keresztül állaton talált *Falcone*. Miután állatokon bizonyító eredményeket írt le, emberen eszközölt ellenőrző kísérleteket, leírja az emberen alkalmazott technikát, mely az állaton alkalmazott technikától nem különbözik lényegesen. Itt nem talált hálózatot, ellenben csatornácskákat, melyek bizonyos helyeken elosztódtak, másutt elágazottak és többé-kevésbé szabálytalan lefutásúak. Ezen leletet közvetett injectio útján érte el. Hogy az injectio nem volt másodlagos, az által vált bizonyossá, hogy a homloköböl nyálkahártyájának egyetlen egy ere sem töltetett meg és egy esetben sem volt konstátálható az orrnyálkahártya nyirokérhálózatának összefüggése a sinus felé. A többi melléküreg megvizsgálása azt mutatta, hogy sem a rostasejteken, sem a sinus maxillarisban nem volt található injectio. Ezen vizsgálatok mindazonáltal, mint *Falcone* véli, nem szolgáltatott biztos bizonyítékot a meningealis ürök és a homloköböl nyálkahártyája összefüggésének.

Hogy ezen összefüggésről biztonságot szerezzen, a kutya és az ember homloköblének decalcinált csontjából réteges metszeteket csinált, minek következtében az előbb jelzett eredményre jutott. Sajnos azonban, hogy *Falcone* a megvizsgált esetek számát, korukat nem említi, úgyszintén hiányoznak egyéb közeli adatok. Így sokkal fontosabb lett volna az emberen talált leletek képeinek reproductiója, mint azon két ábra, mely a nyirokérhálózatot a nyálkahártyában és a nyirokpályákat a csontban kutyán illusztrálja.

(Vége következik.)

Klinikai tünetek nélküli pozitív Widal-reactio esetei.

Észleletek a trencsényi typhusjárvány alkalmával.

Irta: *Kallós Arnold* dr., m. kir. honvéd ezredorvos.

Egy úgy keletkezésében, mint lefolyásában is érdekes typhusjárványról számolok be, melynek érdekességét csak fokozza, hogy a véletlen közbejött mondhatnám „emberkísérletek” megfigyelésére adott alkalmat. E körülmény pedig

annál is inkább figyelemreméltó, mert *Fränkel*-nek és *Simmonds*-nak kísérletein kívül senkinek sem sikerült állatokon az ember typhusához hasonló betegséget előidézni, e kísérleteket pedig *Sirokinin*, *Pfeiffer* és *Seitz* kísérletei már régen megdöntötték.

Minthogy természetesen emberrel való kísérletezés lehetetlen: alapos következtetésekre alkalmas megfigyelés még tömegmegbetegedések alkalmával is csak úgy vihető keresztül, ha csupán egyetlenség forrása volt az összes megbetegedettek fertőzésének és a fertőzés, illetve fertőződés időpontja pontosan kimutatható.

A m. kir. trencsényi 15. honvéd-gyalogezredben e két factor játszott közre és adott módot megfigyeléseim eszközölésére.

Először a járvány történetét és a leküzdésére foganatosított intézkedéseket közlöm, azután pedig az észleleteket és az ezeken alapuló következtetéseket.

I.

Mult év szeptember hó 16.-án a honvédelmi minister úr a trencsényi honvédállomáson kitört typhusjárvány miatt oda kirendelt. Elindulásom előtt az instructiókban a honvéd-orvosi tisztikar főnöke, megérkezésem után pedig *Demjén Jenő* dr. ezredorvos, a gyalogezred orvosfőnöke, a következő adatokat volt szíves rendelkezésemre bocsátani:

A m. kir. trencsényi 15. honvéd-gyalogezred 1913 augusztus hó 19.-én az őszi fegyvergyakorlatokra állomáshelyéről elindult és oda szeptember hó 6.-án érkezett meg, tehát 18 napig nem volt Trencsénben. Az ezred elindulása előtt a legénység betegforgalma normalis volt és semmiképp sem mutatott nyugtalanító momentumokat.

A gyakorlatok alatt sem fordultak elő tömeges, illetve a figyelmet valamely irányban különösen felhívó megbetegedések. Három, magasabb láz miatt gyengélkedőként jelentkezett egyén a közeli kórháznak adatott át, kilencz kisebb hőemelkedést mutatott egyén pedig a különítményhez küldött vissza Trencsénbe. Természetesen gyakorlatok alatt, mikor a csapattest nap-nap után változtatja helyét, pontosabb körjelzésről alig lehet szó és az orvos ténykedése főleg abban merül ki, hogy a gyengélkedőként jelentkezett egyének közül a betegeket, illetve gyakorlatra alkalmatlanokat kiválasztja és kórházi kezelésre utalja.

A trencsényi különítménynél szolgálatot teljesített orvos az említett 9 embert a trencsényi cs. és kir. csapatkórházba küldötte, a hol a klinikai tünetek és a pozitív Widal-reactio alapján rajtuk typhus abdominalis állapotát állapított meg.

Ez utóbbi körülményről az ezredorvosfőnök szeptember 7.-én, tehát az ezrednek állomáshelyére való visszaérkezése után értesült. Minthogy a megbetegedések száma már járvány mérvét öltötte, elsősorban megállapítandó volt, vajjon a fertőzés a gyakorlatok alatt történt-e, vagy pedig még az állomáson, a csapat elindulása előtt. A kérdésre könnyű volt a felelet: minthogy a megbetegedések kizárólag a tényleges legénység körében történtek és az első megbetegedés augusztus hó 22.-én, tehát az ezred elindulása utáni harmadik napon történt, figyelembe véve az incubatiót, nyilvánvaló volt, hogy a fertőzés forrása Trencsénben van, még pedig, tekintettel arra, hogy a polgári lakosság körében nem volt typhus, magában a laktanyában.

Fentiek alapján *Demjén* dr., jóllehet a járvány forrását még nem ismerte, a laktanya összes kútjait elzáratta. Ezen óvatossági eljárásnak még egy szerencsés körülmény jött segítségére, ugyanis szeptember hó 8.-án megnyílt a városi vízvezeték, mely bár gyengén functionált, de jobb volt a semminél.

Szeptember hó 11.-én az összes legénység naponkénti hőmérézése rendeltetett el, mi annál is inkább szükséges volt, mert a legénység legnagyobb része subintelligens emberekből állott, kik a kioktatás dacára is alig akartak rosszulletés esetén gyengélkedőként jelentkezni. Így azonban már most könnyen ki voltak választhatók a typhusos, illetve typhusra gyanus

egyének, kik, míg a cs. és kir. csapatkórházban férőhely volt, oda, azontúl pedig a trencsénmegyei kórházba szállítottak.

Megérkezésésemig a megbetegedések számát és idejét a következő táblázat mutatja:

A megbetegedés időpontja*	A megbetegedettek száma
A gyakorlatok alatt	12
Szeptember 8	5
" 9	7
" 10	7
" 11	1
" 13	5
" 14	5
Összesen	42

Szeptember hó 17.-én, megérkezésem után, elsősorban a megbetegedések elosztódását igyekeztem megtalálni. A legénység tudniillik a következőképpen volt elhelyezve: az 1. és 2. zászlóalj a városi barakkokban, a 3. zászlóalj és géppuskásosztály pedig a laktanyában. Ezen eljárásomat igazolták a székesfehérvári typhusjárvány alatt szerzett tapasztalataim. Ugyanis azon feltevésből indultam ki, hogy mivel a legénység nem egy épületben van elhelyezve, a fertőzés azonban csak egy épületből indulhatott ki, fontos, hogy legalább nagyjában az egészséges legénység az incubatio alatt levőtől elkülöníthessék. Ezen feltevés mellett szólt a megbetegedések számaránya is: a 42 megbetegedett egyén közül csak 12 volt 1. és 2. zászlóaljbeli, a többi 30 pedig a 3. zászlóalrhoz tartozott, mely körülmény nyilvánvalóvá tette, hogy a fertőzés forrása a 3. zászlóalj elhelyezési körlete, a laktanyaépület volt. Ezért indítványomra az 1. és 2. zászlóaljak legénységének a laktanyába való járás megtiltatott.

A tények azután teljes mértékben igazolták ezen óvintézkedést. Ugyanis a barakkok és a laktanya kútjainak vegyi és bakteriológiai vizsgálata kimutatta, hogy csak egy kút: még pedig a laktanya 2. számú kútja van fertőzve. Ezen kút vize nitrítéssel és nitrátokkal erősen szennyezettnek bizonyult, belőle pedig egy kékefestődő, a tejet meg nem alvasztó, indolreaktiót nem adó, tehát a typhusbacillus biológiai tulajdonságait mutató colonia volt kitenyészthető. Merck-féle serummal a bacteriumokról agglutinációs sor állítattott be. E serum biztos typhusbacillusokat 1:4000 hígításban még agglutinál, azonban a fentemlített törzset csak 1:100, vagy 1:200-ra agglutinálta.

Szeptember 17.-e után a megbetegedések ideje és elosztódása a következő volt:

A megbetegedés ideje	Szám	Eloszlás zászlóaljak szerint	
		1. és 2. zászlóalj	3. zászlóalj
Szeptember 17	4	1	3
" 18	1	—	1
" 21	2	—	2
" 22	2	—	2
" 23	2	—	2
" 27	2	1	1
" 28	1	—	1
Október 1	1	—	1
" 2	1	—	1
" 3	2	—	2
" 4	3	—	3
Összesen	21	2	19

Ezeket kívül megbetegedett még 2 ápoló a trencsénai polgári kórházban és 1 Budapestre küldött ember.

Miként ez a táblázat is mutatja, a megbetegedések tömege a 3. zászlóaljból került ki. Az 1. és 2. zászlóaljakból megbetegedett emberek szintén a laktanyában fertőződtek, még, pedig akként, hogy őrségi és készülségi szolgálatra a laktanyába vezényeltettek 24 órai szolgálatra és ott bőven

* A megbetegedés időpontjául a kórháznak való átadás napja van véve, természetesen ezek az egyének már 2—3 napig ezt megelőzőleg a megfigyelőben voltak elkülönítve.

volt alkalmuk a fertőzött kút vizéből ihatni, 2 század pedig augusztus 2—19.-ig directe a laktanyában volt elhelyezve.

Nem volna teljes a járvány története a kútfertőzés okának megemlézése nélkül. Természetesen erre vonatkozólag csak theoriák vehetők fel, azonban meglehetősen valószínűségi alappal.

A laktanya fekvése ugyanis magában véve is egyike a legkedvezőtlenebbnek: mintegy 50 lépésnyire egy 8 év óta felhagyott temető foglal helyet. Egészen természetes, hogy ily környezetben sohasem lesz egy kút vize kiváló, de tekintve, hogy ezen ezredben eddig typhus nem fordult elő, világos, hogy abban a kútban typhusbacillus nem is volt. Másutt kellett tehát a kútfertőzés okát keresni.

A laktanya földje a csatornázás és a vízvezetési csövek lerakása miatt áprilistól augusztus elejéig fel volt ásva. Számos, a kihányt földréteg által alkotott folyosószerű csatorna szeldelte át a laktanyaudvart. Egy ily csatorna az egyik pöczegödörtől a kútig vezetett. Már most a júliusi esőzések a pöczegödröket kiöntötték, azok tartalma pedig az említett csatornákon át a kút közvetlen közelébe, illetve magába a kútba jutott. Így tehát meg volt oldva a kút friss szerves anyagokkal való fertőzésének oka. Igen természetes azonban, hogy a már előbb hangoztatott feltevés, hogy tudniillik a kút vizében typhusbacillus volt, megkövetelte, hogy a pöczegödörökben is az lett legyen.

Most már aztán egyszerű volt a további kutatás. A kérdés röviden ez volt: Volt-e és mikor typhusos egyén a laktanyában, ki faecesét az árnyékszékre ürítette? A válasz igenlő: 1913 júniusban egy Petnik nevű lovász, ki a vidéken typhusban elhalt atyja temetésén fertőződött, typhusban megbetegedett és kórházba küldetett. Ennek az embernek faecese fertőzte tehát a pöczegödört, melynek tartalma augusztus elején a kútba jutott.

Ezek voltak a járványra vonatkozó történeti adatok. Hogy a higiénie által követelt óvintézkedések a legszigorúbban hajtottak végre, azt felesleges említenem. Október 4.-én a járvány megszűntnek volt tekinthető.

Minden egyes emberről, kinek hőmérséklete a 37.2°-ot elérte, Widal készült, október 1.-étől kezdve pedig az ezred összes legénységéről Widal vétetett. Ez utóbbinak eredménye meglepő volt: 65 a járvány tartama alatt egyízben sem lázas, magát teljesen jól érző emberen a Widal pozitív volt.

II.

A vázolt történeti adatokból önként két kérdés következik:

1. A legénység augusztus 19.-éig és szeptember 6.-án és 7.-én ihatta a fertőzött kút vizét. Mikor történt az infectio?

2. Mi volt az oka annak, hogy a fent említett 65 egyén vére 1:80, 1:100-ig agglutinálva pozitív Widal-t adott.

Bár két teljesen különböző kérdés kerül itt felszínre, mégis szoros összefüggés van közöttük, sőt épp az első kérdés megfejtése alapja a második megoldásának és adott módot az előbb jelzett emberkísérletek észlelésére.

A gondolatmenet a következő:

Fertőzött-e a szeptember 6.-án és 7.-én történt vízivás? Ha igen, hogyan lehetséges, hogy azok, kik augusztus 19.-éig itták a vizet, akkor nem betegedtek meg és mikor szeptember hó 7.-én ittak belőle az incubatio letelte után typhust kaptak.

Viszont, ha nem okozott typhust a szeptemberi vízivás, teljesen közömbös volt-e a szervezetre annak a gyengült, typhuscultúrával szennyezett víznek az ivása?

Az első kérdés tehát, hogy mikor lett fertőzőképes a kút vize.

Mint láttuk, július utolsó napjaiban jutott a pöczegödör tartalma a kútba. Ha azt akarjuk most tudni, mikor volt a kút fertőzőképes, a legelső megbetegedés idejét kell keresnünk. Elsőnek egy Roszinai nevű honvéd került a trencsénai csapatkórházba augusztus 22.-én. A nevezett előadta, hogy már augusztus 20.-án igen betegnek érezte magát. Ha tehát

2—3 napot, a meddig a betegséget valószínűleg lábon hordta, visszaszámítunk: akkor a megbetegedés első napjául augusztus 17.-ét vehetjük fel. Körülbelül 2 heti incubatiót véve alapul, a fertőzés napja augusztus 2.-a lehet. Ezen számítás teljesen igazolja a bacteriumok vízbejutásának fent kimutatott körülbelüli dátumát.

Ha tehát a víz fertőzőképességének kezdetét augusztus 2.-ára vesszük és tekintettel vagyunk a Löffler és mások által kimutatott tényre, hogy a typhusbacillus körülbelül 3 hétig tartja meg fertőzőképességét, illetőleg virulentiáját kút-vízben, akkor a kút fertőzőképességének idejét a következő ábra tünteti fel.



Vagyis a kút vize egész biztosan augusztus 2—22.-e közt fertőző volt.

Ha a fenti számítás helyes, akkor a typhus tömeges eruptiójának augusztus végén, illetve szeptember elején kellett bekövetkeznie, a mint ez így is történt, pl. az augusztus 15.-én a vízből ivott emberen 3 hetes incubatiót véve alapul, a megbetegedés napja szeptember 5.-e, négy hetes incubatiót véve alapul szeptember 12.-e. Már most, minthogy az ezred augusztus 19.-én ihatta utoljára a kút vizét a gyakorlatok előtt, az ezen napi vízivásból származó megbetegedések első napja 4 heti maximális incubatiót véve: szeptember 18.-ára esik.

Vegyük már most a fentebb közölt táblázatokat, ezek szerint szeptember második harmadára esik a legtöbb megbetegedés. Ámde itt két fontos körülményt nem szabad figyelmen kívül hagynunk, még pedig a) táblázatok a kórházba adás napját tüntetik fel, b) a táblázatokban feltüntetett összes esetekben a Widal már a kórházba adás napján pozitív volt. Ha e két szempontot tekintetbe vesszük, akkor természetesen a megbetegedések időpontját másképp kell értékelnünk.

Ugyanis, ha valakinek hőmérséke a naponkénti hőmérsékek alkalmával a 37°-ot elérte, a megfigyelőhelyiségbe vétetett fel, róla Widalhoz vér vétetett, mely felküldetett Budapestre és harmadnap már megvolt a Widal-reactio eredményéről szóló távirati értesítés. A meglepő az volt, hogy ezekben a Widal mindig pozitív volt, tehát legalább a typhus első hetének végén voltak. Ezen az alapon tehát a táblázatokban feltüntetett időpontokból mindenütt legalább 10 napot vissza kell számítanunk: vagyis a szeptember 28.-án kórházba adott ember első betegségi napja: szeptember 18.

Hátra volna még ezen theoria alapján az október 1—4.-éig terjedő 7 eset megmagyarázása. Ezen esetek magyarázásakor nem szabad figyelmen kívül hagynunk a számos contactfertőzés lehetőségét és valószínűségét. Hiszen a gyakorlatok alatt egymás között élt a már biztos typhusos egyén a nem typhusossal, a typhusos szakács főztjét ette az egész század, pedig 8 typhusos szakács volt. De meg aztán a légénység subintelligens mivolta szinte követelte a fertőzést. A laktanya rendszeres fertőtlenítése, a gyanusak elkülönítése szeptember 10.-én kezdődött, addig bizony a laktanyában is ily viszonyok voltak. A fertőtlenítést ismét csak a légénység végezte. Bármily szigorú is volt a felügyelet, bármily alapos is a kioktatás, itt is történtek contactfertőzések. Néhány ily esetről biztos tudomásom van; pl. egy esetben az árnyékszék mosásával megbízott egyén fertőzte magát gondatlanságból, egy esetben nem typhusos egyén később typhusosnak bizonyult evőeszközét és ágját használta stb.

A fentiek alapján a táblázatokban feltüntetett esetek sem mind a vízivástól keletkeztek, hanem egy részük contacteset. E mellett szól az is, hogy más ezredbeli emberek, kik a gyakorlatok alatt ezekkel szoros összeköttetésben voltak, typhusban megbetegedtek.

Világos ezekből, hogy az augusztusban történt vízivásból az összes megbetegedések dátuma jól magyarázható, sőt e mellett még egy fontos érvet is felhozhatok. Az 1. és 2. zászlóalj légénysége szeptember 6.-án egyenesen a barakkokba vonult be és nem ivott a laktanya kútjának vizéből, és mégis szeptember 27.-én még egy 2. zászlóaljbéli ember került typhus miatt kórházba.

A felvetett első kérdésre tehát a válasz ez: Az egész ezred infectiója augusztus hóban történt.

Önként kínálkozik most a második kérdés. Hát a szeptember 6.-án és 7.-én történt vízivás nem okozott typhust és ha nem okozott, teljesen közömbös maradt-e a szervezetre?

Ha a szeptember 7.-i vízivás újabb járványt vont volna maga után, akkor szeptember 25.-étől kezdve tömegesebb megbetegedésnek kellett volna történnie, a mi nem következett be. Sőt ekkor a járvány már szűnőfélben volt. A szeptember 25.-e után történt megbetegedések egyáltalán nem voltak typhusos lefolyásúak, a megbetegedett egyének 3—4 napi lázas állapot után teljesen deferveszkáltak, úgyszólván teljesen híján voltak a typhus klinikai tüneteinek, de a Widal pozitív volt. Épp ezek az esetek voltak egyik főmotivumai annak, hogy az ezred összes légénységéről Widal készült, melynek eredménye már említve volt.

Hogy mit bizonyít a negatív vagy pozitív Widal, az nem igényel sok szót. A Widal negatív volta tudvalevőleg, ha az anamnesis és klinikai tünetek typhus mellett szólnak, még nem szól typhus ellen, de pozitív volta mindig azt bizonyítja, hogy a vizsgált serumban feltétlenül egy typhusellenes agglutinin van jelen, mi kategorice a mellett szól, hogy az a szervezet, melyből a serum származik, vagy typhusos, vagy rövidebb-hosszabb idő előtt typhust állott ki.

A 65 pozitív Widal-reactiójú, de végig tünetmentes egyén közül tehát először azt kellett kimutatni, volt-e olyan, ki az utóbb említett kategóriába sorolható. Őt ilyen esetet sikerült találnom, még pedig:

1. *Margus József* szakaszvezető 1913 augusztus 25.-e körül néhány napig lázasnak és igen rosszul érezte magát, hasmenésben és főfájásban is szenvedett ezidőben.

2. *Holbik János* tizedes szeptember 2—11.-éig volt beteg, egy, a gyakorlatok közben érintett vidéki város kórházában is feküdt, a honnan gyomorhurut diagnossal bocsájtott ki.

3. *Wagner István* tizedes augusztus 25.-étől szeptember 3.-áig érezte magát betegnek, főfájása és hasmenése volt.

4. 2 ember évek előtt feküdt Rózsahegyen typhusban. Ezt az 5 esetet leszámítva, a többi 60-nál lezajlott typhus teljesen ki volt zárható, a faecesvizsgálat pedig, mely minden egyes emberen két ízben hajtatott végre, egy eset leszámításával negatív volt.

És itt önként kínálkozik az összefüggés keresése a pozitív Widalok és a szeptember 6—7.-i vízivás között.

Ha ugyanis elfogadjuk azt az előbb hangoztatott és máig meg nem czáfolt tényt, hogy pozitív Widal esetén a vizsgált serumban typhus-ellenes agglutinin van jelen, ennek az agglutininnek jelenléte feltétlenül a mellett szól, hogy egy typhus-ellenes immunitási tünet van jelen. És ekkor felmerül a kérdés, vajjon nem a szeptember 6—7.-én történt vízivás okozta-e ezt az immunisatiót?

A typhus serotherapiájában történtek is már ily irányú kísérletek. Ismeretesek *Haffkin, Wright, Pfeiffer* és *Kolle* eljárásai, ismeretesek azok a kísérletek, midőn 56°-ra hevített typhus-agar-kulturáknak $\frac{1}{10}$ cm³-ét alkalmazták subcutan, és az oltás után tizednapra az oltott egyének serumában agglutininek jelenlétét a pozitív Widal kétségtelenül igazolta. Viszont történtek kísérletek a typhus-agar-kulturáknak bakteriotherapiás felhasználására is.

Ha visszaemlékezünk *Pettenkoffer* kísérletére, látni fogjuk, hogy még teljesen virulens bacteriumok sem okoznak önmagukban typhust: úgy látszik, bomló szerves anyagoknak együtt kell bacteriumokkal jutniuk a tápcsatornába. Észlelt eseteimben ez így is történt. Ezért is látszott előttem plausibilisnek a gondolat, hogy nem volt-e az említett szeptember

6—7.-i vízvívás oka a pozitív végig tünetmentes Widaloknak, vajjon nem okoz-e attenuált bacterium + szerves anyagok bomlásterméneinek per os való bevétele pozitív Widal klinikai tünetek nélkül.

Mindenesetre ez ellen egy hatalmas érvet lehet felhozni, nevezetesen azt, hogy jóllehet a faeces-vizsgálat két ízben negatív volt, ez még nem bizonyítja per absolutum, hogy a 65 egyén nem volt-e bacillusgazda, továbbá, hogy miután a vízfertőzés időpontja augusztus elejére tehető, szeptember 6.-áig már letelt a bacteriumok vízben való életképességének átlagos időtartama. Br. *Korányi Sándor* tanár, ki szíves volt czikkemet átnézni és eszmemenetemben szíves útmutatásaival ellátni, szintén figyelmeztetett e körülményre, hozzátéve, hogy tekintettel arra, hogy a 65 egyéntől szeptember 29.-étől október 2.-áig vétetett a vér, mely a pozitív Widal adta, a szeptember 29.-i dátumtól legalább 30 napi időközöt kell visszaszámítani az infectio megtörténtére, de ez az idő is kevés. Ugyanis 3 hét incubatiós szakot véve, ha ehhez hozzáadjuk a 8 napi minimumot, mely után a Widal pozitív lesz, akkor a minimalis számítás vettük: ez pedig augusztus utolsó napjai, minthogy pedig az emberek ekkor a vizet nem ihatták, de meg nem is valószínű, hogy a Widal pozitívra való válásának első napján vettem volna azonnal a vért, még jóval előbb, mi az első fertőzések időpontjával esik össze. Ha ez utóbbi feltevést tekintjük, feltűnő, hogy mekkora a bacillushordozók száma, mire a tanár is volt szíves figyelmeztetni. Hogy az attenuált bacillusokkal való fertőzés előbb okozza-e a pozitív Widal kifejlődését, az tudtommal máig bizonyítva nincs.

Egy ilyen észleletcsoport természetesen biztos conclusiók levonására nem teljesen kielégítő alap, nyitva is hagyom most ezeket. Viszont azonban kötelességemnek tartottam észleleteim pontos leközlését, annál is inkább, mert tömegelhelyezés mellett is ily nagy arányú járvány kevésbé gyakori és hogy felhívjam orvostársaim figyelmét, hogy adott esetben észleleteimet ellenőrizték.

Azt hiszem, ha bebizonyítani sikerült, hogy átlag minden typhusbetegre egy bacillushordozó jut, nem végeztem hiábavaló munkát sem orvosi, sem katonarorvosi szempontból.

A nagyvárad m. kir. bábaképezdeből.

Tuberculosis és terhesség.

Irta: *Konrád Jenő* dr., igazgató-tanár.

(Vége.)

His véleménye szerint minden tuberculosus terhes 1—2 hónapig észlelendő és ha ezen idő alatt a tüdőbeli folyamat előrehaladást mutat, a terhesség megszakítását javasolja. Azonban sajátosságok jelenségnek tartom azt, hogy a belgyógyászok egy része, a mily radicalis az álláspontja a terhesség megszakításának kérdésében, épp oly erősen ellenzi a tuberculosus nők sterilizését a méh kiürítésével kapcsolatosan.

Ha a közöltekből a tanulságot levonjuk, nézetem szerint a következő következtetésekre kell jutnunk:

1. Kétségtelen, hogy a terhesség a tuberculosist, különösen manifest alakjában, igen nagy százalékban vészthozóan befolyásolja.

2. A terhesség kiviselése, de különösen a gyermekágy nagy veszedelem minden tuberculosus nőre, míg a terhesség első négy hónapjában megindított művi vetélés és az azt követő gyermekágy sok esetben a tüdőbeli folyamat enyhülését, sőt nem ritkán teljes megszűnését is eredményezheti.

3. Kétségtelen azonban az is, hogy ugyanazon tuberculosus nőn sürűbb egymásutánban beálló terhesség eseteiben ismételt csupán a művi vetélés megindításával a folyamat előrehaladásának meggátlása igen sok esetben sikertelen. Ezért ily esetekben előnyösebb a terhesség megszakításával együtt a nő sterilizációját végezni.

A saját, eddig ugyan csekély számú észlelt esetemből

levont következtetéseim körülbelül ugyanily módon összegezhetők.

Latens tuberculosis eseteiben a magam részéről, ha teljes jólét mellett halad a terhesség, nem avatkoznám be. Manifest tuberculosis minden esetében, a melyben a *Bardelen-féle* öt postulatum megvan, egyszer megelégednék a terhesség megszakításával, de csakis a terhesség első félidejében, illetve 4 hónapjában, mindig a belgyógyászszal egyetértő javalat alapján. Ugyanezen nőkn, ha rövidebb időn belül újból teherbe esvén, a belgyógyász által küldve, a művi vetélés megindítása végett jelentkeznek, a terhesség megszakítását csakis akkor vállalnám, ha a nő és családja az egyidejűleg megejtendő sterilizációba beleegyezik.

Ha a *Bardelen-féle* öt kriterium csak egyike is hiányzik, csakis a méh kiürítésével egyidőben végrehajtott sterilizációt végezném; kivételt, de csak egyszer, kedvező anyagi körülmények között levő nőkn, mernék tenni. Itt ugyanis még megvan a reménye annak, hogy egyfelől kellő felvilágosítás és tanácsadás után rövidesen nem fog a beteg újból teherbe esni, másfelől meg van adva minden feltétele annak, hogy kellő ápolás és táplálkozás a nő állapotán annyit javíthat, hogy esetleg egy újabb, de csak a teljes felépülés után bekövetkező terhességet talán nagyobb baj nélkül kiviselhet.

De mit tegyünk a szegénysorsú nőkkel? Ezeknek a lakásviszonyai és táplálkozása legtöbbször a legsiralmasabb képet nyújtják.

Ne felejtjük el az ily nőknek és férjüknek érthetően csekélyebb önfegyelmet és a tuberculosus nők felfokozott libidóját. Ha ezeken csak a méh kiürítését végeznők, könnyen abba a helyzetbe kerülhetnénk, hogy ugyanazon nő évenként 2—3-szor is jelentkeznék a művi vetélés megindítására. Ezt néhány esetben magam is tapasztalhattam, míg az álláspontomon az előbb említett értelemben nem változtattam. Azt pedig nem hiszem, hogy rövid időn belül kiállott több művi abortus kevésbé veszélyes a nőre, mint egy terhesség teljes kiviselése. Minden egyes terhességben a fejlődő placenta — mint azt már az előzőleg említett szövettani vizsgálatok mutatják — egy tuberculumbacillus-tenyésztelést jelent, melyből újabb és újabb bacteriummennyiségek kerülnek a vérkeringésbe. Számbavéve a tuberculosus anyák élve és éretlen szülött gyermekeinek nagy halandóságát és csekély életértékét, jogosan kérdezzük magunkat, vajjon jobb-e kevésbé radicalisnak lennünk, mely esetben nagyszámú tuberculosus-bacillushordozóval népesítjük be a szegény munkáslakásokat! Ezen szerencsétlen gyermekeknek 88—90%-a a 20. életévig tuberculosusban pusztul el, de addig, míg ez bekövetkezik, eredményesen működtek a tuberculosus terjesztésének mediumaként. Érdekes volna a 20. életévet elért, tuberculosus anyától származó egyedek további sorsát követni, pl. a 30. életévig. Azt hiszem, hogy addig ezen 10—12 egyed közül még néhány a tuberculosisnak áldozatul esik.

Most még azt is felvethetjük — egy kartársam fel is vetette —, hogy a radicalisabb eljárással esetleg nem egy értékesse válható emberélet kifejlődését teszszük lehetetlenné. De ezzel szemben mérlegelnünk kell azt is, hogy 6—10 igen problematikus emberéletért 90 oly lényt bocsátunk az emberiség közé, kiknek mindegyike a tuberculosus terjesztője lehet és nagyrészt lesz is. Néhány egyed kedvéért pedig százak, ezrek életét veszélynek kitenni talán mégis kevésbé humanus, mint a nálunk most még sokak által annyira visszautasított radicalis eljárás. Pedig ezzel nemcsak a beteg nőt vihetjük sokkal nagyobb biztonsággal a gyógyulás útjára, hanem a tuberculosus elleni küzdelem egyik fontos ágazatát, a prophylaxist szolgálhatjuk eredményesen. Mindaddig, míg kedvezőbb anyagi viszonyok közé nem jutva, a nép szegényebb sorsú rétegeinek megélhetési viszonyai nem javulnak, ezen radicalis eljárásban látom a tuberculosus tovaterjedésének meggátlására alkalmas és hathatós eszközök egyik legfontosabbikát.

Ha már most elfogadva mindezeket, szemügyre vesszük a sterilizésre szolgáló, rendelkezésünkre álló eszközöket, többféle eljárás áll rendelkezésünkre.

A legrégebbi a tuba kétszeres lekötése akár hasmetszés, akár colpotomia útján. Ezen eljárást, bizonytalan eredményekkel járván, ma már alig végzik, mert hiszen még a tuba részleges resectiója után is elég számmal észlelték az újabb terhesség beálltát. Ennél sokkal jobb eredményeket ad a tubák teljes kiirtása *Fränkel* szerint, olyképpen, hogy egyúttal a tubák interstitialis részét is a méh izomzatába belevitt ékalakú kimetszéssel eltávolítjuk. Az ékalakú kimetszés helyén gondosan elhelyezett csomós varratokkal kell a méh izomzatát egyesíteni. Ezen módszer is úgy per abdomen, mint per vaginam végezhető. Különösen *Schauta* és *Wertheim* kedveli ez utóbbi műteti eljárást.

Részen állatkísérletek, részen klinikai észlelések meggyőzték magát *Fränkel*-t is arról, hogy még ezen eljárás után is bekövetkezhetik egy újabb terhesség, sőt azt is észlelte, hogy a méh kiirtása után, ha azzal együtt a tubákat is teljesen ki nem irtotta, méhen kívüli terhesség jöhet létre. Ezért ő legbiztosabb eljárásnak a méh és tubák kiirtását ajánlja, még pedig a legveszélytelenebb úton, a hüvelyen át.

Hogy a *Sellheim* által ajánlott eljárás szintén nem feltétlenül megbízható, bizonyítja *Hofmeier* következő esete: Egy abszolút indicatiót adó szűk medenczés nő, a kin már kétszer végeztek másutt császármetszést és a kin a második műtét alkalmával a tubapavillon elsüllyesztését végezték, harmadszor is beállt terhesség miatt kénytelen volt szintén császármetszést végezni.

A hasüreg megnyitásokor kiderült, hogy a két tubapavillon, dacára a gondos synperitonealis varratoknak, mégis kibújt a süllyesztőből és 2 évvel a műtét után mégis csak terhes lett a nő.

Igy tehát kétségtelen, hogy vagy a méh és tubák teljes kiirtása, vagy a méh supravaginalis kiirtása a tubákkal együtt tudja csak biztosítani a sterilizáló beavatkozás végleges sikerét. A supravaginalis amputatio a *Rieck*-féle technikával a hüvelyen át is végezhető. Előnye az, hogy a vért kimélő, gyors eljárás és e mellett elkerüljük a hasüreg megnyitását.

Dützmann, *Kröner* és *Franqué* igen melegen ajánlják kitűnő tapasztalataik alapján

A *Bardeleben* corpus-excisiója tulajdonképpen nem egyéb, mint magasabban megejtett supravaginalis uterus-amputatio. *Bumm* a vaginalis totalis exstirpációt végzi már csak azért is, hogy a castratio után bekövetkező hájasodással a tüdőbajos nők ellenálló képességét fokozza.

Ezen eljárást eddig egy esetben alkalmaztam; eddigelé tudtommal a nő előnyére, leszámítva a kiesési tünetek kellemtelenségeit.

Azonban a *Martin* által közölt eredmények, melyek 26 esetnek másfél évre vonatkoztatott észlelése után 15·38% halálozást mutatnak, nem nagyon kedvezőek. A belgyógyászok tapasztalatai pedig arra vezetnek, hogy a castratiót követő zsírlerakódás a szervezet ellenállóképességét nem tudja fokozni. Ezt bizonyítja *Christofolletti* és *Thaler* állatkísérletei is.

Ezért a jövőben a sterilizésre, mint legbiztosabb eljárást, a vaginalis méh- és tubakiirtást fogom használni, a petefészkek visszahagyásával. A petefészkek visszahagyása ugyanis jobb gyógyeredményeket mutat. Természetesnek találok, hogy sokan ellenzik majd ezen szerintük túlradicális felfogást. Pedig a tapasztalatok, különösen az utolsó 2 évben szerzett tapasztalatok szükségképpen logikus conclusiója nem lehet más.

Mert nem elég a tuberculosus egyének gyógyítására törekednünk, a tuberculosus terjedését is meg kell gátolnunk.

Valljuk be nyíltan, hogy a sanatoriumi kezelés csak akkor kecsegtethetne eredménnyel, ha annyi sanatoriumunk volna, hogy azokban az ország összes tuberculosusainak legalább is $\frac{3}{4}$ -e egyszerre volna internálható. Hol vagyunk mi

ettől?! A jelenleg fennálló sanatoriumok egyelőre igen-igen csekély eredményt érhetnek el, éppen a férőhelyek elégtelensége miatt. Egyelőre a legnagyobb hasznukat bizonyos csekély számú beteganyag meggyógyításán kívül a tuberculosus beható tanulmányozásában látom.

Jelenleg legtöbb eredményt várhatnánk a dispensaire-eknek fejlesztése és állami szervezése által. A dispensaire orvosi kara és személyzete többet tudna a tuberculosus terjedése ellen tenni, mert ők a baj terjesztéseinek melegágyait, a tömeg- és munkáslakásokat, a műhelyeket látogatva, ott a hygienén a mi szegényes anyagi eszközeinkkel úgy a hogy javítva, a köpet ártalmatlanná tételét ellenőrizve, gyógyszereket és tápszereket, tejet osztogatva, nézetem szerint sokkal többet érhetnek el, mint jelenleg a sanatoriumok. A dispensaire emberei kioktatják a kisebb értelmiségű embereket, miként védjék meg magukat a tuberculosus családtag által őket állandóan fenyegető infectió veszély ellen, míg a jótékony sors véletlenül azon szerencsében részesíti őket, hogy a beteg nagynehezen hozzájut sanatoriumi helyhez. A dispensaire feladata lehetne a tuberculosus egyének törzskönyvezése és ellenőrzése éppen úgy, mint a hogy a németek a „Typhusbacillenträger“-eket törzskönyvezik és ellenőrzik. A tuberculosusnak mint népbetegségnek különben is a leghathatósabb orvossága a pénz. Ha elegendő pénz lenne hatalmas, ezeket befogadó sanatoriumokra, városszerte szervezett és elegendően dotált dispensaire-ekre, akkor egyszerre hatalmasan lehetne csökkenteni a tuberculosus okozta halálozás évi arányszámát és akkor talán a terhesség és tuberculosus szövődményei is ritkábban kerülnének szemünk elé.

Ha a szegényebb néposztályok megélhetési viszonyai javulni fognak, ha a hygiene, éppen a dispensaire-nek cél tudatos működése következtében mindjobban gyökeret ver a munkáslakásokban is, akkor talán kevésbé radialis állásfoglalással is lehet majd jobb eredményeket remélni. Valószínű, hogy sokan lesznek azok, kik a nőnek az anyasághoz való jogát hangoztatva, a sterilizés ellen fognak nyilatkozni és még a beavatkozás súlyosságát is fogják emlegetni. Pedig az egész ultraradicálisus abban áll, hogy a *Bardeleben* által nagy anyagnak észlelése alapján körvonalozott indicatio alapján a tuberculosus terheseknek csak egy kisebb hányada volna sterilizendő.

A *Bardeleben* összehasonlítását véve alapul, azon nők közül, a kiken a terhesség megszakítása szükséges, mindössze 7·5% lenne sterilizendő.

Azon állítás pedig, hogy akár a vaginalis uteruskiirtás, akár a *Rieck*-féle műtét, vagy a *Bardeleben* corpus-excisiója súlyos beavatkozás, a valóságnak meg nem felelő. A menyire az utolsó 2—3 évben megjelent közlésekből megállapítható, a három előbb említett műteti eljárással 134 sterilizést végeztek, egyetlen haláleset nélkül.

Természetes, hogy mindazonáltal senki sem keresi az alkalmat, hogy minél több sterilizáló műtétet végezzen.

A kik ezt a radialisabb álláspontot ellenzik, bizonyítsák be, hogy a *Bardeleben* öt postulatumának meg nem felelő esetekben, tisztán a művi vetelés megállapításával, $1\frac{1}{2}$ évi észlelés után éppen olyan jó eredményeket érnek el, mint azok, a kik az eddigi klinikai tapasztalatok alapján a sterilizéshez folyamodtak. Bizonyítsák be, hogy az ilyen esetekben ugyanazon tuberculosus nőn 1—2 éven belül ismételt megindított művi abortus nem vont maga után számbavehető (5—6%-ot meghaladó) halálozást.

Csakis nagyobb anyag gondos észlelése alapján összeállított ilyen közlemény volna ellenbizonyítékképpen elfogadható. Azok, a kik a szomorú tapasztalatok kényszerítő következtetései alapján megindult radialisabb eljárást elítélik, csak általános megkönnyebbülést és örömet fognak kelteni, ha ilyen ellenbizonyítékokat fognak felmutathatni. A jövő fogja megmutatni, hogy a két álláspont közül melyik fog érvényesülni. A kérdés eldöntéséhez még néhány évi tapasztalatgyűjtés feltétlenül szükséges és kívánatos volna, hogy egyes nagyobb központokban a belgyógyászok és szülészek, közös egyetértő, előre megállapított terv alapján fogjanak az anyag-

gyűjtéshez. Csakis nagyobb, egységes terv alapján kezelt nagy beteganyagnak 2—3 évi észlelése fogja e kérdést eldönthetni.

Egyelőre az eddigi tapasztalatok alapján azt mondhatjuk, hogy a radicalisabb állásfoglalás legalább is nem jogosulatlan.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Herausgegeben von Prof. J. Schwalbe. Vierte Auflage. Leipzig, G. Thieme. Ára 24 m.

Nem egészen két év telt el, hogy a munka harmadik kiadása, melynek fordítása a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat kiadványai sorában fél év előtt jelent meg, napvilágot látott s máris új kiadás vált szükségessé. Teljesen fölösleges, hogy újból felsoroljuk a munka kiváló tulajdonságait; csak röviden jelezzük, hogy az új kiadás csak lényegtelenül gyarapodott meg, noha az újabb haladást lelkiismeretesen regisztrálva találjuk, sőt az egészséges és a beteg csecsemő táplálására vonatkozó egészen új fejezet is van benne Koeppe tanár (Giessen) tollából.

Lapszemle.

Belorvostan.

A húgysavkiválasztás jelentőségéről a köszvényes és nem köszvényes ízületi megbetegedések differentialdiagnózisában értekezik *Ljungdahl*. A valódi köszvényre a purinanyagcsere szempontjából három dolog jellemző: 1. Az endogen urikaemia, vagyis húgysav jelenléte a vérben purinmentes étrend mellett, 2. relative alacsony endogen húgysavértékek, 3. az exogen húgysav lassú kiválasztása. A húgysavnak a vérben való kimutatása komplikált volta miatt még ma sem nyert polgárjogot. A szerző tehát igyekezett a két utóbbi tünetből a differentialdiagnosist megállapítani. E célból chronicus polyarthritist 12 esetét tette vizsgálat tárgyává oly módon, hogy purinmentes táplálék után az endogen húgysavat meghatározván, 10—15 gr. nucleinsavas natriumot adott a betegnek egyszer. Ezután addig folytatta a húgysavmeghatározást, míg ismét eljutott az endogen húgysavmeghatározás értékéig. A nitrogen és P_2O_5 -meghatározását is elvégezte.

Vizsgálatai alapján azon következtetésre jut, hogy a húgysavkiválasztás sajátosságai nem elég jellegzőek arra, hogy ez alapon a differentialdiagnosist köszvényes és nem köszvényes ízületi affectio között felállíthassuk. Az exogen húgysavmennyiségek ugyanis oly nagy és szabálytalan ingadozásokat mutatnak, hogy nem értékesíthetők. Az endogen húgysavmennyiségek is oly nagy egyéni ingadozást mutattak egészségeseken is, hogy éles határ nem vonható. Ami végül az exogen húgysavkiválasztási idejét illeti, erről is csak annyit mondhatni, hogy nem köszvényes polyarthritist esetekben gyakran gyorsabb, illetve rövidebb ideig tart, mint köszvényesben. A diagnosis megállapítására azonban ezt sem tartja elegendőnek. (Zeitschrift für klin. Mediz., 1915, 79. köt.)

Weber dr.

Sebészet.

A gyomor kis görbületén levő fekélyek műtéti gyógykezeléséről értekezik *Baum*. Az ulcus pylori és duodeni therapiájában eléggé kialakultak a vélemények; annál különbözőbbek a felfogások azokban az esetekben, a midőn az ulcus a kis curvaturán ül. Ha csak gastroenterostomiát végzünk, akkor a gyógyulás csak kb. 50%-ban következik be, míg az excisio igen beható, veszélyes beavatkozásnak bizonyult. A szerző *Wilms*-nek a pylorus fekélye eseteiben alkalmazott eljárását — a fascia-csíkkal való szűkítést — a gyomortesten is megkísérelte öt esetben, még pedig igen jó

eredménynyel. A kirekesztett gyomorrészlet a gyomor $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ -ának, kétszer felének felelt meg, sőt egy esetben a gyomornak $\frac{2}{3}$ -át kirekesztette. Ennek megfelelően csak egyszer végzett gastroenterostomia retrocolica posteriort, míg 3-szor antecolicát gombos bélánastomosissal, míg egyszer antecolicát enteroanastomosis nélkül. A lefolyás teljesen sima volt, egy eseten kívül, melyben a beteg a műtét utáni 14. napon tüdőgangraenában pusztult el. 4 betege ezen műtét után kitűnően érzi magát, fájdalmaik megszűntek, 12—20 kilót híztak. A Röntgen-vizsgálat 2 betegen az elzárt gyomorrészletnek teljes obturációját mutatja, míg 2 betegen a bismuth egy kis része az elzárt gyomorrészleten is keresztül megy, míg nagyobb fele a gastroenterostomia nyílásán távozik. (Zentralblatt für Chirurgie, 7. sz.) *iff. Hahn Dezső dr.*

Szülészeti és nőorvostan.

Haladás a Röntgen-sugarakkal való rákkezelés terén czímen tartott előadást *Amann* müncheni tanár a bajor sebészgyűlésen 1914 július 11.-én. Szerinte a legfontosabb haladás a *Dessauer* által ajánlott mély, illetve a homogen besugárzás. Míg eddig 25 X-et tudtak adni egy-egy besugárzott mezőre, addig ma *Warnekros* 100-at és ennél is többet ad a nélkül, hogy égési sebet okozna. Ilyen sugarakkal a has és hát felől alkalmazva egész sorozat méhnyakrákot gyógyítottak meg a *Bumm* és *Franz* klinikáján. *Amann* az új, az eddigieknél is intenzívebb Röntgen-kezelést kombinálja a radium- és mesothoriumkezeléssel. 31 teljesen elvesztettnek tekinthető inoperabilis méhnyakrák közül evvel a kezeléssel 5 = 16·12% gyógyult klinikailag és majdnem gyógyult 4 = 12·9%, tehát összesen 29%. Kezelt urethracarcinomát és tuberculosist is.

A reformgép ma már olyan sugarakat nyújt, melynek intenzitása 500 gr. mesothoriumnak (100 millió márka értékben) felel meg. Ezen sugarak nemcsak a méhnyakrákot gyógyítják, hanem az útjukba eső carcinomás mirigyeket is. Hasonló eredményeket látott *Warnekros* is a *Bumm* klinikáján, hol kizárólag Röntgen-sugarakkal kezelnek sok esetet. A radiumot és mesothoriumot csak helybeli segítőként használják. Ugyanígy kezel a *Franz* klinikáján *Zinsser* és *Pankow* is. A Röntgen-kezelésnél soha sincs bélstrictura, mint a radium vagy mesothorium alkalmazásakor. *Amann* elvben igazat ad *Krönig*-nek, ki nagyobb távolságról szokatlan mennyiségű radiummal és mesothoriummal, az úgynevezett radiumágyúval dolgozik. A Röntgen-gép használatba vétele előtt physikalis mérésekkel kell meggyőződni, vajjon a gép a szükséges kritikus fénysugarakat adja-e vagy sem. Csak a tapasztalás fogja eldönteni, hogy melyik esetben operáljunk és melyikben kezeljünk sugarakkal. (Ez a kérdés vitás, mert éppen a bajor sebészgyűlésen *Döderlein* 200 olyan esetről referált, a hol kizárólag műtét nélkül csak a radium- és Röntgen-sugaras kezelés eredményeiről referált, míg vele ellentétben sebészek nem voltak hajlandók az eddigi végzett műtétekről lemondani; ők radiummal és mesothoriummal csak a műtét után vagy inoperabilis esetekben kezelnek. Ref.) (Münchener medizinische Wochenschrift, 1914, 31. szám.)

Lovrich József dr.

Húgyszervi betegségek.

Adatok az egyoldali veleszületett vese-atrophia szövettanához, írta *Alfredo Bevacqua*. Egy 22 éves katona bonczolása alkalmával, a ki tüdőgümőkórban halt meg, de a kiben a húgyszervek részéről tünetek sohasem mutatkoztak, a jobb vesét rendkívül atrophiasnak, alig gesztenyenagyságúnak és különös alakúnak találták. A veseállományon két rész lehetett megkülönböztetni, úgy mint egy húsos, szabálytalanul háromszögű részt, a mely a tulajdonképpeni veseállománynak felelt meg és egy cystásan kitágult, egy nagyobb és több kisebb tömlőből alkotott részt, melyben a kisebb cysták a nagyobbakkal szorosan összefüggtek. A tömlőkben fehérjéből, nyálkából, húgyanyagból, foszfatokból stb. képződött folyadékot találtak.

A vesemedencének, a vesekelyheknek és az ureter vesébeli részének nyomai sem voltak feltalálhatók. Az ureter valamivel szűkebb, mint a túlóldali és két alsó részében egészen jól kifejtett; a felső része azonban rostos kötéggé alakult át, mely 4–5 kötőszövetes fonálban hatol be a veséállományba, a nélkül azonban, hogy az atrophias vesével bármilyen communicatiót mutatna.

A vese szövettani vizsgálatából az volt megállapítható, hogy a húsos állomány a különböző nagyságú tubulusok nagy tömegéből képződött, a melyek kifelé vakon végződnek és nagyobbára lapos epithelből állottak; egyesek keztyűszerűen rostos hártával voltak bevonva, mások meg aránylag igen tágak voltak és hyalin-colloidos masszával voltak megtöltve. Ezek a csatornák semmiképp sem hasonlítanak a normalis vese vizeletvezető tubulusainak structurájához.

A mellékvesék, a herék, az ondóhólyagok s a prostata normalisak voltak. A bal vese nagyon hypertrophias volt, benne már némi tuberculosus elváltozások is voltak kimutathatók.

Ez az eset igen ritka a maga nemében, még pedig nemcsak a vese alakja s összeállása miatt, de a miatt is, hogy az ureter teljesen függetlennek mutatkozott a vesétől, a mi a kéregképződés mechanikai eredete mellett szól. Nagyon valószínű ugyanis, hogy még az intrauterus életben, kevéssel azután, hogy az ureter s a vese összerálkoltak, valamilyen ismeretlen mechanizmus következtében az ureter s a vese ismét elváltak egymástól, a mi utóbb azután a vese rendellenes kifejlődését és szokatlan alakját idézte elő.

Ezt a feltevést a szerző azon nagyszámú musculo-fibrosus sejtekre alapítja, melyek egyes csatornák körül találhatók; mert ezen csatornák az ureterformatiók (kelyhek, vesemedence) maradványainak tekinthetők. (Folia urologica, VIII. köt., 8. sz.)

Drucker.

Bőrkórtan.

Rézrel és quarczlámpával gyógyított ulcus rodens eseteket ismertet H. Weiss (Barmen). Főként Strauss vizsgálataiból tudjuk, hogy a réz jelentékeny befolyással van az emberi gümös folyamatokra. A réz helybelileg alkalmazva nagyobb hatású, mint általánosan használva. A gümös folyamaton kívül az egyetlen bőrbaj, melyre a réz gyógyító hatást fejt ki, az ulcus rodens. A réz ugyanis az ulcus rodens eseteiben is elective hat, tehát főként csak a kóros beszűrődést pusztítja el. Strauss már közölt ily gyógyított eseteket. A kezelés a lekutylenőccsel történik (fahéjsavas rézlecithin), melyet azonban a szerző quarczlámpa-világítással kombinált. A quarczlámpa-kezelést a szerző csak hyperaemia földézése céljából alkalmazta, mert tapasztalása szerint ily módon a rézkenőcs erősebb hatást fejt ki. Kiemeli azonban, hogy a lekutylenőcs (napenkénti kötésváltás) egymagában is tudja a teljes gyógyulást létrehozni. A közleményhez mellékelt fényképek jól mutatják a kezelés előtti és utáni állapot mineműségét és így a gyógyítás eredményét is. (Deutsche med. Wochenschi, 1914, 29. sz.)

Guszman.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

Széneláz két esetében Achard jó eredménnyel használta az autoserotherapiát; az egyik esetben két befecskendezést végzett a bőr alá a beteg véréből készült serummal (0.2 és 1.0 cm³ mennyiségben), a másik esetben pedig elegendő volt egy befecskendezés (1.0 cm³ mennyiségben). (Société médicale des hôpitaux 1914 június 26.-án tartott ülése.)

Vérköpés ellen Röher feltűnően jó hatásúnak találta a Bayer-féle hydrastinint, a mely synthesis útján előállított készítménynek előnye a hydrastis-kivonattal szemben a gyorsabb és biztosabb hatás, valamint az állandó összetétel. A szerző subcutan adta az ampullákban sterilen kapható 2%-os oldatot. (Therap. Monatshefte, 1914, 7. füzet.)

Coma eclampticum eseteiben a diuresis fokozására Lichtenstein jó eredménnyel használta az euphyllin intramus-

cularis befecskendezését. Az euphyllin oldata 2 cm³-es steril ampullákban (48 centigramm hatóanyaggal) készen kapható; naponként átlagban 3 ilyen ampullával fecskendezett be. Az öntudat visszatérével belsőleg vagy suppositorium alakjában is adható, a mely célból 10 centigrammos tabletták és 36 centigramm hatóanyagot tartalmazó suppositoriumok vannak forgalomban. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1914, 23. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1914, 34. szám. Rosenák Miksa: Érdekes appendicitis-esetek. Szerb Zsigmond: Differential-diagnostikai tanulmányok a gyomorbetegségek köréből.

Orvosok lapja, 1914, 34. szám. Békés Dezső: Szemészeti casuistika.

Budapesti orvosi ujság, 1914, 34. szám. Kovács József: „Migraine otique” esete.

Vegyes hírek.

Az 1870/71. évi német-francia háborúban résztvevő 4062 német orvos közül csak 66 halt meg, még pedig a harctéren elesett 9, kórházban meghalt 57; ez utóbbiak közül csak 2 halt meg sebesülés következtében, a többi halálát másféle betegség okozta, még pedig 25-ét fertőző betegség (2 himlő, 2 diphtheria, 15 typhus, 6 dysenteria).

Meghalt. A Hegar, a nagy hírű gynaekologus, valaha a freiburgi nőorvostani klinika igazgatója, 84 éves korában augusztus 6.-án. — P. Reclus, ismert párisi sebész, 67 éves korában.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján július hóban a szülések száma 140 volt, A szüléssel kapcsolatos poliklinikum segélyét összesen 106 esetben vették igénybe, a műtétek száma 73 volt.

Kiseb hírek külföldről. Friboes dr.-t Rostockban a dermatologia rendkívüli tanárává nevezték ki.

A wiesbadeni orvosi társulatok vezetőségei megállapodtak abban, hogy egy összehívandó általános orvosgyűlésben a következők elfogadását fogják javasolni: 1. Minden wiesbadeni orvos kötelezi magát, hogy behívott kollegáját díjtalanul helyettesíti s ezért még ajándékot sem fogad el. 2. Minden wiesbadeni orvos kötelezi magát, hogy a rendelésén jelentkező új beteget megkérdi, hogy milyen orvos kezelte eddig s kihez akart volna menni. Ha ez az orvos a fegyverbe hívták egyike, köteles a beteget csak mint az illető orvos helyettese kezelni s a honorariumot a megnevezett orvosnak vagy családjának beszolgáltatni. 3. A pénztári orvosok a pénztár részéről az első félévben kifizetett összeg mértéke szerinti illetményeket húznak, úgy hogy a behívott orvosoknak vagy családjuknak ugyanazt az összeget fizetik ki, a melyet rendes viszonyok között kaptak volna.

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

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

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

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.

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

Dietetikus osztály czukorbetegségeknek, anyagcserebetegségeknek. Hízító és soványító kúrák. Belgyógyászati osztály vezetője: Dr. Dolecskó János, főorvos.

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

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

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

1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes bemutató ülés 1914 március 21.-én). 665. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya (XIII. ülés 1913 december 11.-én). 666. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(XI. rendes tudományos ülés 1914 március 21.-én).

Elnök: Id. Liebermann Leo.

Jegyző: Bence Gyula.

(Vége.)

Kezdeti gyomorcarcinómák Röntgen-leletei.

Bársony Tivadar: A II. sz. sebészeti klinikán operált esetek. Hangsúlyozza, hogy a pylorustáji medullaris carcinómák kellő körültekintés és türelem mellett igen nagy szabotossággal diagnoskálhatók. Sok a hibás diagnózis a miatt, mert nagyobb gyomortágulatnál a carcinoma lehetőségére nem igen gondolnak. Pedig nem ritka dolog az, hogy a carcinoma nagyfokú tágulatot hoz létre; az ilyen esetekben a carcinoma kimutatása nagy körültekintést igényel, mert a nagy tágulat miatt a contrastanyag a gyomor caudalis polusán gyűlik meg, a pylorus-rész telődési viszonyairól e miatt sokszor még a különböző helyzetekben való vizsgálattal sem sikerül a tájékozódás. A II. sz. sebészeti klinikán ily esetekben úgy járnak el, hogy a beteg gyomrát előző este lehetőleg teljesen kiüresítik, s azután a beteg semmit sem kap per os másnap délig. Az ilyenkor végzett vizsgálat alkalmával rendszeren azt találják, hogy a gyomor annyira visszanyerte tonusát, hogy a cardiáig megtelődik. Ilyenkor pedig a diagnózis könnyű. A pylorustáji scirrhus diagnózis, ha nagyfokú gyomortágulatot okoz, nehéz, a jótermészetű szűkülettől elkülönítése sokszor nem sikerül. A pars media rákjának korai diagnózis ezeknek hosszú latens szaka miatt ritkán sikerül.

Mennyiben ad felvilágosítást a Röntgen-lelet a gyomorcarcinómák operálhatóságára vonatkozólag?

Bársony Tivadar: A carcinoma operálhatósága nagyjában négy factortól függ: 1. milyen a beteg erőbeli állapota, 2. vannak-e metastasisok, 3. a carcinoma össze van-e kapaszkodva a szomszédsággal, 4. a tumor reszekálható-e? Az első 3 tényezőre főleg klinikai vizsgálatok adnak felvilágosítást; a reszekálhatóság megállapítására a Röntgen a mértékadó eljárás. Ha elég ép részt látunk a gyomorban és a duodenumban arra, hogy a gyökerező műtet végrehajthassuk, akkor az esetet resecabilisnek jelenthetjük ki; hogy operabilis-e, az más kérdés, az nem a radiologus dolga, erre a feleletet a klinikai vizsgálatok adják meg. Ha ellenben resectióra való elég ép rész a gyomorban vagy a duodenumban nincs, akkor az eset irresecabilis s mint ilyen már a Röntgen-lelet alapján inoperabilis. Az ilyen esetekben pedig — palliatív műtéttől eltekintve — laparotomiának helye nincs. Kizárni persze nem lehet, hogy teljes gyomorkiirtással ez esetek is megoldhatók. A resecabilitásnak a gyomor pipaalakjához való kötése a szigorított gyomrokkal szemben megállja a helyét; szószerint azonban venni nem lehet, mert nagyobb tágulattal járó pylorustáji rak eseteiben a gyomornak nincs meg a pipaalakja, az éppen való dolgozásra pedig éppen a tágulat miatt nagyon kedvezőek a körülmények.

Révész Vidor: Multkori bemutatása alkalmával a vitatkozás hevében azt a kijelentést tette, hogy a gyomorcarcinoma, a mikor a radiologus a diagnosit megállapítja, rendszerint inoperabilis. E kijelentését mihelyt megtette, azonnal meg is bánta és szerette volna visszavonni. Az irodalomban ismertett sok eset és a ma bemutatott esetek is bizonyítják, hogy igenis sikerül radiologice megtenni a gyomorrák diagnosit, a mikor az még reszekálható.

Sajnos, a bemutató nem mondta meg, hogy milyenek voltak az állandó eredmények, hogy a betegek nem haltak-e meg mégis rákbetegségben, vagyis csakugyan korai volt-e a diagnózis? Minden radiologusnak szilárd meggyőződése, hogy sikerülni fog a gyomorrák korai diagnosit Röntgen-vizsgálattal megcsinálni.

Akkor kell felismernünk a rákot, a mikor még nem okoz telődés-hiányt, a mikor még csak mint kisterjedelmű gyomorfallinfiltratio szerepel.

Ez csakis a gyomor mozgásainak átvilágítással való igen éles megfigyelésével lehetséges. Az átvilágítás technikájának kell tehát fejlődnie.

Tulajdonképpen az átvilágítás legelőkeltebb formája a kinematographia, mert a gyomor mozgásait rögzíti, csak hogy finomabban, mint a hogyan az emberi szem. A kinematographia fog igazi korai diagnosit adni, megmutatva, hogy mely helyen marad ki, laposodik el a gyomor peristaltikája. Az a hely infiltrált, rigid. Sajnos, a kinematographia drágasága miatt meg kell elégednünk az egyszerű átvilágítással és igyekeznünk kell az átvilágítót tökéletesebbé tenni és a magunk gyakorlatát növelni, hogy minél többet tudjunk látni.

Szóba jöhet a Lewy-Dorn-féle polygraphia is, a mikor egy és ugyanazon lemezre több fölvetelt csinálunk és vizsgáljuk, hogy mindenütt mozogtak-e gyomorcontourok.

Meg kell azonkívül figyelni azokat a finomabb motilitás-zavarokat, a melyeket a carcinoma esetleg már korán okoz. Ezért el kell hagynunk azt a methodust, hogy 6 óra múlva nézzük csak meg másodszor a gyomrot. Ez éppen kétszerese annak az időnek, a mely alatt a normalis gyomor kiürül. Több ízben csinált már pl. stenosis pylori diagnosit, a mikor a gyomor 4 $\frac{1}{2}$ óra alatt ürült ki. Műtéttel is igazolva vannak diagnositok. A carcinoma okvetlenül okoz finomabb motilitás-zavarokat, ezek megfigyelése is fontos és útbaigazító lehet.

Borszék Károly: A gyomorcarcinoma korai felismerése és az operálhatóság szempontjából a Röntgen-eljárás igen nagy fontosságú. A bemutatott esetek nem mind jöttek carcinomára utaló panaszokkal, csak a rendszeres vizsgálat döntötte el a diagnosit. Nemcsak a pontos Röntgen-vizsgálat szükséges, hanem az is, hogy maga a röntgenologus kontrollálja az átvilágítást és az operáláskor ellenőrizze az eredményt, miért is a röntgenologus és a sebész együttműködése szükséges.

Négy esetben végeztetett gyomorresectio, mind a négy per primam gyógyult, tehát korai és kedvező esetek voltak. Végleges gyógyulásról azonban még nem lehet szó.

Bársony Tivadar: A gyomor Röntgen-diagnostikája gondos átvilágítás nélkül nem képzelhető el.

A finomodott módszereknek egyelőre nem sok a gyakorlati hasznuk. Az esetleg helyes korai diagnositok mellett bizonyonyal nagyon sok hibás diagnositra szolgáltatnak alkalmat. Jó apparatussal végzett gondos átvilágítással rendszeren elég korán meg lehet tenni a helyes diagnosit. Ha ez egy vizsgálattal nem sikerül, a beteget bizonyos idő múlva ismételt vizsgálatnak vetjük alá.

A vitalis festések szerepe a szem kórtanában.

Rados Endre: Vizsgálatait lithionkarmin, trypan és pyrrholkek intravenosus befecskendezésével végezte nyulakon és fehér patkányokon.

A vitalisan festődött szemcsékre vonatkozólag felemlíti, hogy azok valószínűleg praeformált szemcséi a sejtprotoplasmának, a melyek a festékanyagokkal szemben feltűnő affinitással bírnak. *Fischel* szerint a szemcsék és a festékanyagok között laza chemiai összeköttetés jön létre, míg *Rhumbler* szerint ennek felvétele nem szükséges. Mindenesetre bebizonyítottak vehető, hogy a *granulumok* tulajdonképpen *organuluma* a sejteknek, nem pedig az anyagcsere avagy a sejtlasio termékei.

Az állati szervezetnek bizonyos sejttei bírnak csak azon tulajdonsággal, hogy a vérpályában keringő festékanyagokat finom szemcsék alakjában protoplasmájukban deponálják. Ilyenek a kötőszöveti sejteknek egy kis része, továbbá a klastmocyták (*Ranvier*), a melyeket *Goldmann* festődési magatartásuk alapján *pyrrholsejteknek* nevezett. E sejtek *Aschoff* és *Kiyono* vizsgálatai alapján histio-, illetőleg endothelioleukocyták.

Az előadó normalis viszonyok között a szaruhártya, a retina és a nervus opticus kivételével a szem összes szöveteiben kimutatta ezek jelenlétét. A chorioideában pigmentphagocytosist mutatnak. A chromatophorok nem bírnak vitalis festődéssel.

Kóros viszonyok között e sejtalakok mindenütt erősen meg vannak szaporodva, a hol normalisan is előfordulnak. Különösen fontos azonban, hogy szaruhártya- és retina-gyulladás eseteiben is kimutathatók. Ezáltal tisztázódik a szaruhártyagyulladások sokat vitatott histologiai képe, a mennyiben vizsgálatai bebizonyították, hogy a substantia propria kötőszöveti sejttei alig szerepelnek, ellenben a leukocyták mellett a legfontosabb szerep a klastmocytnak jut, a melyek a limbus felől vándorolnak és ezen methodus segítségével jól

elkülöníthetők. A szaruhártyagyulladások képén tehát a bevándorolt sejtek uralkodnak, de ezek a leukocyttákkal szemben histiocyták. E sejtek nem azonosak a Grawitz-féle alvósejtekkel, mivel normalisan nem mutathatók ki a corneában.

A retinagyulladás eseteiben jelenlevő klasmocyták pigmentphagocytosisal bírnak, a mi szintén fontos a még mindig nem tisztázott retinapigmentálódás szempontjából.

Végül a csarnokvíz elválasztásának szempontjából kiemeli, hogy a Descemet-hártya endotheljei mindig festetlenek voltak.

Hamburgernek erre vonatkozó eredményeit kétségbe vonja, s hajlandó technikájának, vagy esetleg a postmortalis diffúzióknak betudni.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(XIII. ülés 1913 december 11.-én).

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Ádám Lajos.

Arcplastica esetei.

Mutschenbacher Tivadar: 1. *Canthoplastika és arcplastika szabad zsírtransplantációval.* A bemutató a mindennapi sebészet köréből való ezen eseteket csupán csak azért hozza a szakosztály színe elé, mivel a rendkívül változatos és egyéni plastikai műtétek technikával nem bírván, e téren a casuistika sokkal tanulságosabb, mint más műtéteknél.

A 17 éves nőbetegen a jobb alsó szemhéjon fennálló heges ektropium és az arczon lehúzódnak, a csonthoz tapadó dudoros heg miatt végzett canthoplastikát és arcplastikát f. é. október 30.-án. A canthoplastikát az alsó szemhéjból és szemzúgából vett két bőr- és conjunctivalebenynyel végezte. Az arczon lévő zegzugos, behúzódnak heget pedig körülmetéselve, a környezetből vett körülbelül mandulamekkoraságú, szabadon transzplantált zsírlebensyével párnázta alá és így egyestette. A szemteke mozgásai ma minden irányban szabadok, a szemrés teljesen zár és a besüppedt heg elsimult. Ez az eset is igazolja, hogy a Rehn által 1910-ben ajánlott szabad zsírtransplantációk besüppedt helyek alapárnázásában kitűnő szolgálatot tesznek.

2. *Partialis rhinoplastika Lexer szerint.* A bemutató a 63 éves nőbetegen a bal orrszárnyon ülő körülbelül forintnyi mekkoraságú rákos daganat eltávolítása után végzett részleges orrképzést Lexer szerint a sulcus nasolabialisból vett lebenynyel. Kiemeli a Lexer-féle plastika előnyeit a Nélaton- és Zuckerkandl-féle plastikák felett, melyek után nem ritkán keletkezik ektropium az alsó szemhéjon. A Lexer-féle rhinoplastika igen jó kozmetikai eredménnyel végezhető egy vagy két oldalon az orr egész porciz részének eltávolítása után is. A november 15.-én operált nőbeteg teljesen gyógyult állapotban mutatja be.

3. *Cheiloplastikák az alsó ajak nagy kiterjedésű és teljes hiánya miatt.* A bemutatót esetekkel a szülő rá akar mutatni, hogy milyen változatos műtéti módokra szorul az, a ki az alsó ajak nagy kiterjedésű hiánya miatt az adott esetekben plastikát akar végezni. A daganat helye, mekkorasága, a nyálkahártya hiánya és az esetleg már meglévő hegek nem engedik meg, hogy minden esetben ugyanazon plastikát végezzük.

a) A bemutatót 64 éves férfibetegen recidiv alsóajak-carcinoma miatt és a nyálkahártya, valamint az ajkpír nagy kiterjedésű hiánya miatt Sultan-féle cheiloplastikát végzett november 17.-én. A heges szájjár elkerülése céljából a száját eleinte nagyobbra készítette és a keletkezett makrostomát december 4.-én kétoldali szájjugplastikával másodlagosan ki-sebbitette. A beteg gyógyult állapotban mutatja be.

b) Az 56 éves férfibetegen december 1.-én végzett az alsó ajak több mint felét elfoglaló rákos fekély kimetszése után tipusos Dieffenbach-féle cheiloplastikát. A beteg makrostoma-állapotban mutatja be.

c) Az 53 éves férfibetegen az egész alsó ajakra kiterjedő recidiv rákos fekély miatt végzett cheiloplastikát a

rákosan beszűródött állalatti mirigyek eltávolításával. A beteget megelőzőleg 6 hét előtt ajakrák miatt plastikás műtéttel operálták Pozsonyban. Részben a beszűródött mirigyek miatt, melyek mindkét állalatti tájék gyökere kitesztítését tették szükségessé a mindkét oldali art. maxill. externa lekötésével, részben a nagy kiterjedésű nyálkahártyahiány, részben pedig a pofafélben már meglévő heg miatt nem maradt más hátra, mint a cheiloplastikák legnagyobbikát: kétoldali Bruns-féle cheiloplastikát végezni. A beteget a műtét utáni 5. napon gyógyulófélben mutatja be.

Imre József: Öt esetében kielégítő kozmetikai eredménnyel végzett szabad zsírátültetést. Azon esetekben, a melyekben ektropium súlyosbítja a helyzetet, Kuhn-Symanowsky-féle ektropiumellenes műtéttel köthetjük össze a zsírátültetést. Partialis alsó szemhéjdefectus esetén, valamint az egész alsó szemhéj pótlására is gyakran igen jól használhatunk egy az anyaghiány nasalis végétől le- és kifelé haladó ives metszéssel elhatárolt és az anyaghiány külső zuga, mint középpont körül ívben eltolt karélyt, szükség esetén igen kis Burow-háromszögekkel kombinálva.

Fischer Aladár: Mutschenbacher sikerült zsírtransplantációs esetével kapcsolatban a következő esetről referál:

Esete 12 éves fiúra vonatkozik, a kin a koponyacsont gümös megbetegedése miatt a jobb oldali os parietalenak és a homlokcsont jobb felének externáját és diploë-ját kiterjedten reszekálta. A folyamat a jobb oldali margo supraorbitalisra és a periorbita szomszédos részeire is kiterjedt, úgy hogy ezeknek egy részét is el kellett távolítani. Ennek megfelelően a folyamat kigyógyulása után jobboldalt igen nagyfokú heges ektropium jött létre, a mely a beteget nemcsak eltorzította, hanem mivel a cornea teljesen födetlen volt, a szem épségét is fenyegette. Tudjuk, hogy ilyen esetekben, midőn az ektropiumot csonthoz tapadó heg hozza létre, magára a bőrre terjedő plastikával célzott érne nem lehetett, minthogy a heg leválasztása és kimetszése után az odafektetett bőrlebensy ismét csak a csonthoz tapad és az ektropium újra létrejön.

Esetében úgy járt el, hogy a szemöldökben metszést vezetett, ebből kiindulva a margo supraorbitalisra tapadt lágyrészeket le-szabadította és a periorbitát itt bemetszve, közlekedést létesített az orbita zsírszövetével. Az így keletkezett üregbe azután a fartájról vett mintegy 2 cm. hosszú, 1 1/2 cm. széles és 1 cm. vastag zsírfascialebensy-ültetett be, a subcutan zsírhoz a fascia glutealis is hozzávéve. A lebensy úgy ültette be, hogy a fascia a csont felé, a zsírszövet pedig az orbita zsírszöve felé nézett. A fascia-zsírlebensy átültetésével sikerült az ektropiumot, mint a körözött fényképek mutatják, megszüntetni és úgy kozmetikai, mint pedig functionalis szempontból teljes eredményt elérni. Az esetet különben, azt hiszi, még lesz alkalma a szakosztályban a beteg bemutatásával ismertetni.

Perforált duodenalis ulcus esete.

Obál Ferenc: Sch. L., 33 éves faszobrász f. évi október hó 16.-án vétetett fel a budapesti II. számú sebészeti klinikán, a hol előadta, hogy 6 hónap óta van időnként gyomorégése savanyú felbőgőgéssel; egy órával felvétele előtt, munkaközben, hirtelen lehajolt, mialatt rettenetes gyomortáji fájdalmai támadtak, melyek miatt saját lábán ke-reste fel a klinikumot.

A felvétel alkalmával a beteg nagyon elesett volt, arcza halvány, hideg verejtéktől fedett. A pulsus filiformis, száma percenként 130. A hőmérsék 36.2. A has puffadt, nyomásra érzékeny, ennek punctum maxima az epigastrium jobb oldalán. Erős defense musculaire. A májtompulat eltűnt. Nem csuklik, nem hány. Állítólag vérre jellegzetes barna széklete sohasem volt. Diagnosis: peptikus duodenum- vagy gyomorfekélyperforatio. Műtét azonnal: chloroform-narcosisban median laparotomia. A hasból megnyitása után sok levegő és kb. 1 liter hig gyomortartalom ürül. A gyomor előhúzása után a Mayo-venától aboralisan 3 harántujnyira a duodenum elülső falán babnyi mekkoraságú, czafatos szélű, a bél lumenébe vezető perforációs nyílás látható, melyből hig gyomortartalom ürül. A pylorust összeszorítva, nehogy a perforatiós nyílásból több váladék ürüljön, a perforatiót kétsoros varrattal zárja. A pylorust Parlavechio szerint selyemfonállal kirekeszti s felette serosus varratot alkalmaz s ezután typusos gastroenteroanastomosis retrocolica verticalist végez. A hasüreget száraz törlekkel kitörüli. Drainage. Hasfalvarrat. Coffein. Másnap többször hányás. Harmadnap a hányás megszűnt. A pulsus 90, rhythmusos. Jó közérzés. Ezután zavartalan lefolyás 12 napig, midőn súlyos bronchitis alatti köhögés folytán a bőr és a rectusok széjjelváltnak. Secundaer varrat. Zavartalan lefolyás. Jelenleg jól táplálkozik, gyomorpanaszai megszűntek.

Az esetben felemlítésre méltó, hogy a betegnek a gynomorégiesen kívül panasza a perforációt megelőzőleg egyáltalában nem voltak, s hogy a beteg a perforációval saját lábán kereste fel a klinikát. Ezen eset is mutatja, hogy milyen fontos diagnostikai jel a défense s hogy milyen jó prognosist nyújt, ha az eset az első órákban kerül műtét alá.

Májechinococcusnak transpleuralisan operált esete.

Fáykiss Ferencz: A májbeli echinococcusokat, akár kivarrással, akár májresectióval gyógyítjuk, rendszeren laparotomia útján támadhatjuk meg a legkönnyebben. Kivétel esetekben, a mikor a máj domborulatán ül a tömlő, elülről a legelső bordák resectiójával, de még mindig a pleuralis üregeken kívül leszünk kénytelenek behatolni; még kivételesebb azoknak az eseteknek a száma, a melyekben csakis transpleuralis úton juthatunk a tömlőhöz. E behatolási mód mindenestre a legsúlyosabb eljárás és éppen ezért csakis akkor kell hozzá fordulni, a mikor más úton nem hajthatjuk végre a műtétet.

Észlelt esetük a következő: A 24 éves férjes úrnő f. é. február havában jobb oldalában két hétig oldalszúrásokat érzett, a melyek minden különösebb következmény nélkül elmúltak; hasonlóképpen terhességét is minden baj nélkül kiviselte és augusztus havában normalisan szült. A gyermekágy harmadik napján jobb oldalában ismét oldalszúrásokat kapott, hőmérséke 38°-on felül emelkedett s minthogy a genitáliákban a láz okának meggyarazata meglehetősen volt, belgyógyász vizsgálta meg, a ki próbapunctiót végzett a jobb oldalt található mellkasi tompulat helyén. A punctio alkalmával víztiszta folyadékot kapott s mivel azonnal echinococcusra, még pedig tüdő- vagy pleuralis echinococcusra gondolt, tekintve a punctio veszélyességét, a punctiót beszüntette. A beteget rögtön áttették a 2. sz. sebészeti klinikára, de tekintettel az épp akkor lezajlott gyermekágyra s a különben is igen gyenge és vérszegény betegre, a műtétet nem hajtották azonnal végre, hanem bevárták, a míg a beteg kissé megerősödött, az ágyat elhagyhatta és az echinococcus pontos helyi adatainak megállapítása céljából álló helyzetben Röntgennel átvilágíthatták. Az átvilágítások alkalmával kitűnt, hogy az echinococcus a mellüregben nem foglal helyet, azonban a rekesz erősen feltölt, e mellett a légzési mozgásokat végzi; a jobboldali scapula csúcsáig terjedő tompulatot tehát a megnagyobbodott máj idézi elő. A májnak ezen megnagyobbodása csak körülírt, a mennyiben kopogtatással egészen jól megállapítható, hogy a máj széle elül a bordaívét nem haladja meg, a scapula csúcsáig terjedő tompulat pedig a középső hónaljvonalban már megszűnik.

Nyilvánvalóvá vált, hogy az echinococcushoz csakis hátul, transpleuralisan férhetnek hozzá.

A műtétet chloroform-narcosisban, félig ülő helyzetben, augusztus 20.-án hajtották végre. A behatolás a nyolcadik bordának megfelelő metszéssel, a gerincoszloptól a hátulsó hónaljvonalig terjedőleg történt. A borda resectiója után a pleurát megnyitották, a rekeszt a pleurához varrták, a rekeszt is átvágták, a máj domborulatát néhány öltéssel a már kivarrt rekeszhez szegték, széles törlőkkel izolálták, a májba bemetszettek s az epével átitatott tömlőt kihúzták. Az üreget steril gaze-zel tamponálták. Négy nap múlva draincsövet helyeztek az üregbe. A sebgyógyulást csak az igen bőséges epefolyás zavarta, a mely azonban az üreg kitelődésével megszűnt. Jelenleg alig mogorónyi üreg van csak jelen, melyből igen kevés váladék ürül.

Intrahepatikus epeköveknek műtéttel eltávolítása.

Fáykiss Ferencz: Az eset 19 éves leányra vonatkozik, a ki 1½ év előtt erős görcsös fájdalmakban betegedett meg, sárgasága sohasem volt. Felvételnél a jobb bordaív alatt ökölnyi, nyomásra igen fájdalmas resistentia érezhető, mely a légzési mozgásokat követi. A vizeletben epefesték nem mutatható ki.

F. é. május 9.-én chloroform-narcosisban műtétet hajtanak végre, még pedig úgy, hogy a behatolás a középvonalban történik. Az epehólyag helyéhez a cseplesz szívósan odanőtt; elsősorban ezt fejtik le, majd a gyomrot, a duodenumot és a colont is. Az erősen megvastagodott falú és nem igen tágult epehólyag számos követ tartalmaz, de telve van kövekkel a choledochus és hepaticus is, a mely epeutak igen erősen tágultak.

Legelőször is kellő izolálás után megnyitják a choledochust és kitisztogatják úgy a duodenum mögöl, mint a hepaticusból is a köveket. Majd ujjuk szondázása mellett az erősen tágult cysticussal bíró hólyagot kiirtják. Ujjukkal megszondázzák a hepaticusnak intrahepatikusán fekvő ágait és azt találják, hogy a hepaticusnak a bal lebenyben lévő ágaiiban még kövek foglaltatnak. E köveket csak úgy tudják eltávolítani, hogy a choledochuson készített nyílást az art. cystica lekötése után a hepaticusra folytatják egészen a máj állományáig. A köveket részben ujjuk, részben kanál segítségével távolítják el. Végül csak egy kő marad vissza mélyen benn a májban, a melyet ujjal elérni nem lehet, epekö-kanállal azonban érezhető. *Kehr* ilyenkor azt ajánlja, hogy a követ hagyjuk benn és vagy a kezelés folyamán, vagy egy másik alkalommal távolítsuk el. Már szinte azon a ponton voltak, hogy a *Kehr*-féle ajánlat szerint járnak el, a mikor még egy utolsó kísérlettel epekőcacscsal sikerült a kő mögé kerülni és a követ két darabban kiemelni.

A hepaticusba és choledochusba draincsövet helyeztek, a hepaticus-sebet teljesen elvarrták, a choledochus sebet a lehetőségig szűkítették. A beteg igen hamar összeszedte magát és július 11.-én gyógyultan hagyta el a klinikát. Azóta teljesen rendben van s ma, hét hónappal a műtét után, dacára a súlyos epekőmegbetegedésnek és súlyos műtétnek, mint teljesen gyógyultat mutatja be.

Carcinoma miatt végzett hólyagresectio.

Borszék Károly: M. Jánosné 69 éves beteg 17 év előtt gümös bokaizületi gyulladás miatt lábszáramputatiót végeztek; ezt leszámítva 5 hét előtt egészséges volt. Ekkor vette észre, hogy vizelete véres és hogy gyakrabban kell vizelnie. A belsőleg használt szerek állapotán semmit sem enyhítettek.

A jól táplált beteg vizelete átlátszatlan, zavaros, téglavörös; fajsúlya 1018, vegyhatása erősen alkális, 2% fehérjét, genyent és nagy mennyiségű vért tartalmaz. Hólyagtükri lelet: közvetlenül a bal ureter szájadéka mellett, attól kifelé, széles alapon ülő carcinoma.

Műtét 1913 november 19.-én tropacocain-lumbalan-aesthesiában. Metszés a linea alában 15 cm. hosszúságban. A hashártya visszatolása után a hólyagot haránt irányban megnyitják; a carcinoma a bal ureter szájadékától ki- és felfelé terjed, mintegy fillérnyi és a hólyag izomrétegére is ráterjed. A hólyag haránt sebet most balra lefelé meghosszabbítva, a daganatot annak kitapintható szélein jóval túl az épen ovoid alakban kimetszik. Az így keletkezett hiány széleit sikerül minden feszülés nélkül csomós catgutöltésekkel egyesíteni, kívülről öltvén át a hólyagfalat úgy, hogy a csomók nem kerülnek a hólyag lumenébe. A catgutöltéseken kívül a sebvonalt egész hosszában *Hacker*-féle varratokat is adnak és így a hólyagsebet egész kiterjedésében zárják. A praevescialis térbe helyezett drain kivételével a hasfalat is teljesen zárják. Pezzer-katheter.

Teljesen zavartalan per primam gyógyulás. Két hét múlva a kathetert eltávolítják, a beteg spontán vizel, a hólyag kapacitása 100 cm³.

A kiirtott daganat diónyi, sárgás, a polusán vöröses barna színű, felszíne egyenetlen; mindenütt nyálkahártya borítja, kivéve a csúcsát. A daganat felszínén czérnavékony-ságú, nagy mennyiségű, víz alatt flottáló papillaszerű képletek vannak, a melyek rózsás vörös színűek.

A daganat metszéspapja nagyobbára tömött, sárgásfehér színű, a nyálkahártya felé eső résznek megfelelőleg vöröses színű és lágy. Mikroskopi-diagnózis: Papilloma carcinomatosum.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

131/1914. sz.

Az igazgatásom alatt álló állami kórháznál üresedésben lévő évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és első oszt. élelmezéssel javadalmazott **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek, felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás béléggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi szeptember hó 12.-én d. e. 11 óráig** annival is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1914 augusztus 20.-án.

Velits Dezső dr., egyetemi tanár, igazgató.

A Rimamurány-Salgótarjáni vasmű részvénytársaság ózdi gyári kórházának a háború tartama alatti vezetésére **műtőorvos** kerestetik. Ajánlatok a fizetési igények megjelölésével alábbi címre intézendők.

Rimamurány-Salgótarjáni vasmű-részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utca 36, II. em.

265/1914. sz.

A vezetésem alatt álló nagyvárad m. kir. bábaképezdén **folyó évi október hó 1.-én** megüresedendő **I. tanársegédi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás 2000 korona évi fizetés, lakás és teljes ellátás.

A lehetőleg szülészeti vagy szülészeti és sebészeti előképzettséget igazoló pályázatok legkésőbb **folyó évi szeptember hó 25.-éig** a nagyvárad m. kir. bábaképző-intézet igazgatóságához czímezve, hozzám beküldendők.

Nagyvárad, 1914 augusztus 18.

Konrád Jenő dr., igazgató tanár.

341/1914.

Az évi 1600 korona készpénz és 600 korona lakbérrel javadalmazott **szárcsai körorvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felkértem mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **folyó évi szeptember hó 1.-éig** a módosi szolgabírói hivatalhoz nyujtsák 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.

A DR. PAJOR-SANATORIUM

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

a **Medicomechanikai és orthopaediai intézet,**felnőttek és gyermekek részére. Vezető orvos: **Dr. Báron Sándor.**

„Bayer“

CONTRATUSSIN

„Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

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

Főhercegi udvari szállító.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Sanatorium am Gardasee, Riva, Dél-tirol

idegesek és belső betegségekben szenvedők, valamint üdülők számára.

Physik.-diätetikus gyógyeljárás; szigorúan individualizáló psychotherapia. Egész éven át nyitva. Kellemes őszi, téli és tavaszi tartózkodási hely; nyáron tengeri fürdők és vízisport. Képes prospektusok, valamint tudósítások

Dr. med. ERHARD von HARTUNGEN által.

Író

ex tempore előállítható feltétlen tiszta, steril minőségben a törvényesen védett „BU-CO“ író-conserv egy részének 3 rész vízzel való egyszerű vegyítése által. Kitűnően bevált diätetikus tápkészítmény csecsemők, idősebb gyermekek és felnőttek számára. Szíveskedjenek mindig csak „BU-CO“-t rendelni.

ÖSTERREICHISCH-UNGARISCHE MILCHWERKE in Linz a. d. D.

Mintákat, irodalmat és szétküldés

esakis a „Stubenring“-gyógyszertár, Wien I., Stubenring 2. által.

Nyomatott Pápai Ernő műintézetében, Budapest VI., Szerencsen-utca 65 (Liszt Ferencz-tér sarok).

ASTHMA-gyógyintézet és INHALATORIUMBUDAPEST,
Andrássy-út 87.sz.
(körönd).

Vezető orvos:

Dr. GLÜCK TIBOR

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

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthonaA magy. kir. belügyminiszter által 672/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére

Sátoraljaújhely.

**Tabl. Ferri Protoxal.**

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tabletta üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban.

4437

Algocratin c₂₁H₂₅N₇O₃

kitűnő hatással dysmenorrhoe ellen, fájdalmas illapító neuralgiák, migraine, ischias stb.-nél.

Megbízható antipyreticum, analgeticum és antineuralgicum a szívre és gyomorra való káros hatás nélkül.

A legtöbb kulturállamban legjobban bevezetve és sokat rendelve. Eredeti osztás kapszulákban 0.80 csakis orvosi vény ellenében a gyógyszerárakban.

Topique Anhemor

Anhemorkenőcs, tartalmaz: Ficarla Ranunculoides, Algocratin, Adrenalin.

Különleges készítmény haemorrhoidák ellen, biztos hatás, nem piszkítja a fehérmeműt.

Tubusomagolásban csakis orvosi vény ellenében a gyógyszerárakban.

Gyáros: **E. Lancosme**, Pharm. de I. Classe, Paris, 71 Avenue d'Antin. Mintákat és irodalmat küld a képviselő: **Gaston Humeau**, Wien, III/2, Kúbeekgasse 15.

Főraktár Ausztria részére: **Dr. A. Kutiak**, Petrus-Apotheke, Wien, III/1.

Főraktár Magyarország részére: **Pollatsek Bertalan**, Szerencsen-gyógyszertár, Budapest, Dorottya-utca 13.