

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON
EGYET. TANÁR
SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETIKÖZLÉSEK.

Süssmann Frigyes: Közlemény a nagyszebeni m. kir. bábaképző-intézetből. A placenta praevia műtéti kezeléséről. 425. lap.

Ország Oszkár: Közlés az Erzsébet királyné-sanatorium férfi-osztályáról. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) A tüdőtuberculosis gyógyulása a különböző évszakokban. 427. lap.

Sulzer Andor: Közlemény a cs. és kir. 16. számú bakteriologiai laboratóriumból. (Vezető-orvos: Belák Sándor dr., főorvos.) A typhus abdominalis haematologiai és serologiai diagnosisa védoltottakon. 430. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Korányi: Népszanatoriumok tüdőbetegek részére. — *Lapszemle. Belorvostan. Pilcz:* Háború és paralysis progressiva. — *Reitter:* A szivbillentyűbajok fejlődésének tartama. — *Unverricht:* Az Ehrlich-féle aldehydreactio. — *Sebészet. Herff:* A gummikesztű pótlása. — *Ideg- és elmekórtan. Kollarits:* Az érzés ellentmondásai. — *Venerás betegségek. Evelyn Rossen:* A sexualis erkölcs keretébe vágó newyorki törvények. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Vetlesen:* Ischias. 434—436. lap.

Magyar orvosi irodalom. 436. lap.

Vegyes hírek. 436. lap.

Tudományos Társulatok. 437. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a nagyszebeni m. kir. bábaképző-intézetből.

A placenta praevia műtéti kezeléséről.

Irta: *Süssmann Frigyes* dr., igazgató-tanár.

Az utóbbi évek irodalmát áttekintve, tapasztalni fogjuk, hogy a placenta praevia klinikai és házi kezelése körül folyó harc még mindig eldöntetlen. Mégis legalább a klinikai használatban új operációs eljárások térfoglalását látjuk, míg a klinikán kívüli gyakorlatban a régi conservativ irányhoz való makacs ragaszkodás tapasztalható. A placenta praevia kezelésében az új operációs eljárás elfogadásának oka az, hogy a régi conservativ, kevésbé radicalis kezelési mód mellett igen nagy volt az anyák és még nagyobb a méhmagzatok halálzási száma.

A régi *Braxton-Hiks* szerinti és *metreuryssissal* való kezelési mód szerint a méhmagzat életét kevésre becsülték és csak az anyát kívánták életben tartani. Ez a kezelési mód látszólag indokolt volt, mert szülés előtt és alatt a leválasztott méhlepény a vérző méhfalhoz való odanyomatása által a vérzést valóban csillapította és ez által az anya szülés előtti és alatti vérvesztés általi halálát meggátolta, ha ugyan a vérvesztés már előbb nem volt igen nagy. A méhmagzat megszületése után azonban e kezelési mód ilyenféle hatása megszűnik és továbbra nem lesz képes a vérzést elállítani. A méh alsó részére annak összehúzódóképessége át nem terjed, s így a méhlepény leválási helyén tátongó vérereket össze nem nyomja; a vérzés folytatódik, míg a katasztrófa beáll. A vérvesztés általi halál ilyenféle módja a leggyakoribb a placenta praevia által okozott halálnemek között.

Ezzel ellentétben olyan célszerű kezelési módot kellett keresni, mely nemcsak a szülés alatt, de utána is a lepényi időszakban számol a méhfalban végbemenő elváltozásokkal. A méhfal ezen elváltozásai a méhlepény tapadási módjától függenek.

Pankov szerint a méhlepény tapadásának kétféle módja van az isthmus tájon való fennakadása esetében. Egy esetben a placenta tapadása kizárólag a nyálkahártyában van. Ez a prognosis szempontjából a kedvezőbb és gyakoribb eset. Az ilyen módon való megtapadás esetében is a méh alsó részében a méhlepény tapadási helyén a vérerek erősen

tágultak, a méhfal izomzata fellazult, savóval átvódott és azért elasticitása erősen alászállott. Ezért van az, hogy a méhlepény leválasztása után az összehúzódóképesség, mely rendes viszonyok között kielégítő lett volna, most gyenge és a vastag és erősen kitágult ereket többé nem zárja el.

Klinikailag veszélyesebb a tapadás második módja. Ebben az esetben a lepénynek nem elég a nyálkahártya, bolyhai az izomzatba és az erek falába is mélyen behatolnak s ezeket erősen megrongálják. Ez által természetesen ennek elasticitása még inkább alászáll és az izomzat épségében még többet szenved. Ehhez járul még az is, hogy a lepény sokszor magától nem válik le és kézzel kell eltávolítani. Ezen esetben természetesen az izmok összehúzódóképessége és a vérerek összenyomtatása még tökéletlenebb vagy be sem következik, úgy hogy a vérzéscsillapítás ezen módja egészen ki van rekesztve.

Mivel tudjuk, hogy minden rendes szüléskor a méh alsó részének ki kell feszülnie és a lepénynek az isthmus táján a fentemlített módon való megtapadása esetében éppen az alsó méhrészlet kifeszülése következtében beálló hiánysabb összehúzódás a leggyakoribb oka a vérvesztéses halálnak, azért olyan therapiához kell fordulnunk placenta praevia esetén, melynél a méh alsó részének kifeszülése egészen kikapcsolódik. Ennek az irányelvnek felel meg a placenta praevia-kezelésben a vaginalis, extraperitonealis és abdominalis császármetszés.

Nem közömbös dolog a három eljárás között való választás *Essen-Moeller* szerint.

Legelőnyesebbnek ő a vaginalis úton való beavatkozást tartja. Az abdominalis beavatkozással szemben előnye ennek, ha a kozmetikus szempontot is figyelembe veszi, hogy külsőleg látható heg nem marad vissza, elesik a sérvképződés és sebgényedés veszélye, a sebfájdalom csekély (néha a műtét chloroform nélkül végezhető) és a reconvalescentia rövidebb. Előnye az extraperitonealis császármetszés fölött könnyebbége is.

Az extraperitonealis császármetszésnél a gyűjtőérhálózat erős kifejlődése folytán, különösen ha a méhlepény közvetlen a műtét színhelye mellett tapadt, a műtét kedvezőtlenül alakulhat. Így *Sellheim* több esetet említ, melyek az erősen kifejlődött gyűjtőerek átszakítása folytán jelentékeny vérzéssel jártak. Általánosságban gyakorlott műtő ezen zavart elkerülheti, azonban vele is megtörténhetik, hogy elnézésből erős vérzéssel járó és így kedvezőtlen műtéti viszonyokkal

kell megküzdnie. Ezt a műtési módot, úgy látszik, sokan elhagyták.

Az abdominalis császármetszésnek nagy előnye mindennek-előtt, hogy a metszést a placenta tapadási helyétől távol eső helyen tesszük és a méh alsó részének megváltozott összehúzódási viszonyaira nem kell tekintettel lennünk. A vaginalis methodus mellett ugyan a méh alsó részének életani feszülése teljesen ki van zárva, mégis azt hiszem, hogy ezen elasticitásában annyira meggyengült szövet a portiora alkalmazott muzeux-k nem kis húzása által annyira megfeszítetik, hogy ez által mégis valamennyire kitágíthatnak a vérerek. Műtét közben természetesen ezen hatás nem vehető észre, mivel a méh erős lehúzása által a vérerek leszoríthatnak és a vérzés eláll, röviddel a műtét után azonban ez a káros hatás újra mutatkozhatik.

Azután a vaginalis methodusnál a munka a cervix pathologikus szövetében történik, még akkor is, ha a méhlepény hátul, nem a metszési területen tapad, s ezért mindig a szövet kisebb-nagyobb berepedésével van összekötve, a berepedésekből vérzés indul meg, ha a portio lehúzása megszűnik, a magzat fordítása és kihúzásakor. E vérzések, ha mérsékelték is, erősen kivérzett nőn végzetes hatásúak lehetnek. Ezzel ellentétben az abszolút vérvesztés nélkül való abdominalis eljárás ideális, úgy hogy ez a műtét ma az egyedüli, mely placenta praevia esetében vérvesztés nélkül végezhető.

Az abdominalis eljárás mellett szól továbbá a műtét könnyűsége: kevés és nem iskolázott segédlettel is eszközölhető és rövid tartama; semmiesetre sem tart tovább, mint a vaginalis eljárás. Vannak közlemények arról, hogy a vaginalis császármetszés 15–20 perc alatt végezhető, mindenesetre olyanok által, a kik nagy gyakorlottsággal bírnak. Az abdominalis császármetszést 16 perc alatt végzem, míg a vaginalis császármetszés elvégzéséhez legalább 25 percre volt szükségem kiviselt magzat esetén.

További előnye az abdominalis eljárásnak, hogy az isthmustájából való esetleges erős vérzés esetében a placenta leválasztása után a vérzéscsillapító eljárások végső refugiumaként a méhnek supravaginalis amputációja rövid idő alatt végezhető és ez által a további vérvesztés megelőzhető. Legtöbbször nincs erre szükség, mivel a hypophysis-praeparatumok alkalmazásával, melyek a méh kiürítése után a méhfalra fecskendeztetnek be, a méh összehúzódása tökéletes és a vérzés megszűnik.

Igaz, hogy a reconvallescentia tekintetében az abdominalis eljárás hátrányosabb a vaginalisnál. Ez a vaginalis eljárásnál egyenlő tartamú a gyermekágygyal, míg az abdominalis eljárásnál bélhűdéssel és a hasmetszés minden kellemtelenségével kell megküzdünk.

Korlátozva van ezen beavatkozási mód fertőzés esetében és a placenta praevia minősége szerint. Mindannyian csak abszolút aseptikus eseteket szeretnének ilyen módon operálni és minden olyan esetet, mely a külső praxisban megvizsgálatott és tamponáltatott, ki szeretnének rekeszteni, sokan pedig ezt a műtési módot csak a placenta praevia centralis eseteire akarják szorítani. Ezt az utóbbi megszorítást nem állítanám fel ilyen szigorúan, mivel némely placenta praevia marginalis esetében is nélkülözhetetlen életmentő eljárás a sectio caesarea abdominalis a nagy vérvesztés folytán.

A mi a műtetre kerülő esetek abszolút aseptikus voltát illeti, e tekintetben is tárgítani szeretném a határt; néhány ilyen esetem sikere irányít engem e tekintetben. 11 operált esetem egyike sem volt abszolút aseptikus és kifogástalan. Mindannyi belsőleg megvizsgálva és tamponálva, sőt bába által tamponálva került élembe. Ennek dacára abdominalis sectio caesareát végeztem és peritonitist egyik esetemben sem észleltem, sőt a gyermekágyak olyan zavarát sem tapasztaltam, melyben a hashártya részéről való fertőzés felvétele indokolt lett volna, kivéve a 11. esetet, a hol azonban, mint a sectio kimutatta, a peritonitis az uterus falába adott glanditritin-injectio következtében beállott necrosisból, tehát a szorosabb értelemben vett műtétől függetlenül indult ki. Mindezen esetek majdnem zárt vagy legfeljebb 1–2 ujjnyi tág méh-

szájjal kerültek műtetre. Ezért lehetséges, hogy esen esetek, ha tamponálva is voltak, szintén asepticusnak tekinthetők, mivel a gaze a placenta-hoz és ennek tapadási helyéhez nem ért, hanem rendesen véralvadék szigetelte el a placenta-t a tampontól. A vizsgáló ujj által bejutott fertőző csírák úgy látszik a kifolyó vér által kimosatnak és így ritkán képezik további fertőzés forrását.

E tizenkét esetre támaszkodva remélni merem, hogy felfogásom az indicatio kitágítása felől további kipróbálás után helyesnek fog bizonyulni.

A következőkben 12 operált abdominalis sectio caesarea esetemről placenta praevia esetében akarok röviden referálni:

1. J. J.-né, felvétel 1912 április 27.-én. Körorvos és bába által megvizsgálva és előbbtől tamponálva, vasuton szállítatik be az intézetbe. Állítólag egy hét óta állandóan vérzik, tegnap igen erős vérzés miatt az orvost hívatta, ki tamponálta és beküldte. Erősen kivérzett, halvány, terhes nő. Hőmérsék 37⁰⁰. Pulsus 126, könnyen elnyomható. Egy ujj számára átjárható nyakcsatorna. Méhlepény köröskörül takarja a méhszájat. Magzat harántfekvésben, jó szívhangokkal. Fájasok nincsenek. Vizsgálat után vérzés. Sectio caesarea classica. Erős, egészséges leánymagzat születik, ki azonban a 13. napon otitis purulenta folytán meghal. Az anya síma lefolyású gyermekágy után a 18. napon egészségesen elbocsátatik.

2. W. J.-né, a sanatoriumba felvétel 1912 október 5.-én. Éjjel 10 órakor egy collega, ki már napok előtt conferált velem ezen 7 hónapos centralis placenta praevia-esetről, a gyakori vérzés miatt hivatott. Este 9 órakor igen erős vérzés indult meg, háziorvosa tamponálta, tampon átvérzett, azután újból tamponálta, a mire a vérzés kisfokú szivárgásig megállt. IV.-P. Igen halvány, kivérzett, terhes asszony, pulsus 152, alig számlálható és alig tapintható. A homlokán és arcon hideg verejték, hányinger. Gyors, felületes légzés. A jelenlevő orvos bemondása szerint zárt méhszáj. Életmentő műtétnek az abdominalis sectio caesareát ajánlom azon megjegyzéssel, hogy az asszonyt így okvetlenül elvérzik. Sanatoriumba szállítjuk. 1 órakor éjjel műtét. Műtét közben és röviddel előtte két liter konyhasóoldat bőr alá fecskendezése. Koraszülött élő leány születik, 8 óra múlva elhal. Az asszony excitantiákkal lassanként javul. Gyermekágy lefolyása zavarva egy a bal lábon támadó phlegmasia által. Az asszony 6 hét múlva egészségesen elbocsátatik.

3. K. A.-né, felvétel 1913 július 24.-én. Két hét óta többször vérzett, bábát hivatott, ki megvizsgálta és beküldte. IV.-P. Halvány, kivérzett terhes. Pulsus 126. Hőmérsék 37²⁰. Nyakcsatorna egy ujj számára átjárható, hátul és oldalt fedi a méhszájat a lepény, mely részben levált és véralvadékkal van elszigetelve a méhfaltól. Lassan szivárgó vérzés. Magzati szívhangok gyengén hallhatók. Sectio caesarea abdominalis. Halott, érett fiúmagzat születik. Placenta hátul és baloldalt, részben a méhszáj felett, nagyrészt leválva. Gyermekágy az első három napon hőemelkedést mutat 38⁷⁰-ig, azután láztalan. Az asszony a gyermekágy 20. napján egészségesen elbocsátatik.

4. R. V.-né, felvétel 1913 augusztus 31.-én. Tegnapelőtt éjjel erős vérzés indult meg. Bábát hivatott, ki megvizsgálta és beküldte. VI.-P. A hüvelyből állandó vérszivárgás. Hőmérsék 36²⁰, pulsus 116. Egy ujj számára átjárható nyakcsatorna, a méhszájat köröskörül placenta-szövet takarja. Sectio caesarea classica. Erős, érett fiúmagzat születik. A gyermekágy lefolyása zavarva egy a 8. napon jelentkező catarrhalis pneumonia által. Anya és csecsemő a 27. napon egészségesen elbocsátatik.

5. Sch. V.-né, felvétel 1913 november 21.-én. Három nap óta napoként erős vérzés. A bába vizsgálat után beküldte. III.-P. Halvány szülő. Hőmérsék 36⁹⁰, pulsus 126. Ritka, gyenge fájások. Nyakcsatorna két ujj számára átjárható, a méhszájat köröskörül a lepény fedi. Sectio caesarea classica. Erős fiúmagzat születik. Gyermekágy síma, lázmentes. Anya és szülőtte a 16. napon egészségesen elbocsátatik.

6. Sch. M.-né, felvétel 1914 március 6.-án, este 9 órakor. Egy hónap óta többször erős vérzés. A bába és orvos által megvizsgálva és tamponálva beküldetik. III.-P. Igen erősen kivérzett szülő. Két nap óta gyenge fájások. Hőmérsék 36⁸⁰, pulsus 140, alig tapintható. Hüvelyből a tampon eltávolítása után vérzés. Portio részben megtartott, 2¹/₂ ujjnyi méhszáj. A méhszájat köröskörül a lepény fedi. Magzati szívhangok nem hallhatók. Sectio caesarea classica éjjel 1¹/₂ órakor. Halott, érett leánymagzat születik. Műtét alatt és után részben intravenosuson konyhasóoldat-infusio. Műtét után pulsus 152, másnap reggel 130, nagyon vékony, e mellett nagy légszomj és nagyfokú nyugtalanság. Második napon pulsus nem számlálható és a 3. nap reggel 4 órakor, azaz 51 óra múlva exitus. A bonczlelet a halál okául az elvérzést veszi fel. Egy régi adhaesiós baloldali pleuritisen kívül más pathológiás elváltozás nem található. Uterusvarrat és méhüreg tiszta, hashártya síma, fénylő. Legnagyobb fokú anaemia a szervekben.

7. G. M.-né, felvétel 1914 március 18.-án. Két nap óta többször erős vérzés. Bába megvizsgálta és beküldte. Anaemiás, terhes nő a 7. hónapban. Hőmérsék 36⁷⁰, pulsus 98. Egy ujj számára átjárható nyakcsatorna. A lepény a méhszájat részben fedi. Felvételtkor vérzés nincsen, azért a beteg megtagadja a műtétet. Aznap este 6 órakor igen erős vérzés indult meg, pulsus-szám felugrik 136-ra. Azért megijedve, kéri a műtétet, melyhez már előkészültünk. 1¹/₂ órakor sectio

caesarea classica. Koraszülött leánymagzat születik livid asphyxiában, melyből fel nem éleszthető. Gyermekegy lefolyása síma, láztalan. Az asszonyt a gyermekegy 23. napján elbocsátjuk.

8. Sch. J.-né, felvétel 1914 június 10.-én. Állítólag aznap délelőtt igen sok magzatvíz (4–5 liter) folyt el, azután erős vérzés indult meg, orvost hivatott, ki vizsgálat után tamponálta és beküldte. III.-P. halvány szülönő. Hőmérsék 36.3°, pulsus 126. A tampon eltávolítása után vérzés. Méhszáj egy ujj számára átjárható. Portio megtartott. Placenta hátul részben a méhszájat fedi. Sectio caesarea classica. Egy kis koraszülött fiúmagzat születik, ki néhány légvétel után meghal. Feltűnő a magzat, hogy a csontok mind lágyak és a végtagok csökkenően vannak kifejlődve. Röntgen-fényképben látni, hogy a csontok hártiaszerűek, kevés csontosodással. Placenta igen nagy, oedemás. Gyermekegy síma, láztalan. A Wassermann-reactio negatív. Az asszony a gyermekegy 20. napján egészségesen elhagyja az intézetet.

9. S. S.-né, felvétel 1915 március 16.-án délután 6 órakor. Két nap óta erős vérzés. Bábától megvizsgálva faluról beküldetik. VII.-P. Erősen kivértett terhes asszony a 9. hónapban. Pulsus 120, könnyen elnyomható. Hőmérsék 37.5°. Hüvelyből lassú vérzés. Portio megtartott. Egy ujj számára átjárható nyakcsatorna. Lepény a méhszájat köröskörül fedi. Mindjárt a felvétel után újból erős vérzés. Műtét éjjel 1/2 10 órakor. Erőteljes, egészséges leánymagzat születik. Gyermekegy zavarva egy a 4–8. napig tartó bronchitis által, mérsékelt lázzal. Anya és magzat a 32. napon egészségesen elbocsátatik.

10. T. E.-né felvétel 1915 január 11.-én. Állítólag két hét óta vérzik, tegnap igen erős vérzés. Bába megvizsgálta és beküldte. V.-P. Hőmérsék 36.3°, pulsus 110. Anaemiás terhes asszony a 9. hónapban. Felvételnél nem vérzik. Zárt méhszáj. A beteg megtagadja a műtétet. Két nap múlva az intézetben újból erős vérzés. 1 1/2 liter alvadé és friss vér ürül. Pulsus 126. Most a beteg maga kéri a műtétet. Méhszáj ezen két nap alatt megnyílt, egy ujj számára átjárható, lepény a méhszájat köröskörül fedi. Január 13.-án sectio caesarea classica. Egészséges koraszülött fiúmagzat születik. Gyermekegy síma, láztalan. A 16. napon az anyát és csecsemőt egészségesen elbocsátjuk.

11. W. M.-né, felvétel 1915 november 1.-én. Vérzés miatt az intézeti rendelőre jár. Állítólag éjjel kétszer igen erősen vérzett. IV.-P. A 9. hónapban terhes nő kisebbfokú anaemiát mutat. Pulsus 116, téli, hőmérsék 36.7°. Hüvelyből nincsen vérzés. Egy ujj számára átjárható nyakcsatorna. A lepény a méhszájat köröskörül fedi. Felvesszük azzal, hogy valószínűleg meg kell operálni, mely operációt az asszony azonban megtagad. Ugyanaznap este újból kisebb vérzés, éjjel és reggel felé újból, utóbbi igen erős. Ezért rábírnak az asszonyt a műtetre. November 2.-án sectio caesarea classica. Erőteljes, egészséges fiúmagzat születik. Az anya, kinek a második napon már széke volt, szelei mentek és egészen jól érezte magát, a harmadik napon délelőtt nyugtalan lesz, hőmérséke felszál 37.4°-ra, a pulsus 140-re és negyedik nap reggel meghal. A csecsemőt egészségesen elbocsátjuk. A boncolás nagyon érdekes leletet mutat. A halál oka peritonitis, mely kiindult két necrotizált uterusfalrabból. Méhüreg tiszta, reactionmentes és csak a serosavarrat két symmetriás szűrcsatornájából lóg ki két necrotikus uterusfalczafat. Eleinte nem tudtam megmagyarázni magamnak ezt a boncnaknak is feltűnő bonczleletet. Későbbben eszembe jutott, hogy én a műtétnél az uterus kiürítése után rendszeren 2 cm³ glanduitrin szoktam befecskendezni az uterusfalba és a necrotikus szövetszövetek helye éppen megfelelt ama két helynek, a hová az injectiót kétoldalt alkalmaztam. Azért azt hiszem, hogy nem túloptimistikusan fogom fel a dolgot, ha ez esetben a glanduitrin-injectiót teszem felelőssé a keletkezett peritonitisért, mely véleményemet a boncnak is osztotta. Azért mindjárt itten ez alkalommal mindenkit óva szeretnék inteni attól, hogy 1/2 cm³-nél többet fecskendezzen a glanduitrinból a méhfalcsövembe.

12. W. S.-né, felvétel 1916 március 12.-én. Előző nap éjjel óta vérzik, szülész nő, majd orvos vizsgálta. Utóbbi gyengén tamponálva az intézetbe küldte, a hova a szülönő az utat állandó vér-szivárgás közepette, rázós szekéren több órán át tette. Középtág hüvely, igen szűk kétujjnyi méhszáj, hatalmas vérzéssel. A belső méhszájat egész terjedelmében placenta fedi, melynek széle sehol sem érhető el. Magzati szívhangok hallhatók, de igen szaporák. Műtét erős hüvelytampon, melynek dacára a szülönő egyik anaemiás shockot a másik után kapja Pulsus igen kicsiny, 140. Konyhasó-infusio és kámfor-injectio után egy jó félórával az intézetbe való behozatala után sectio caesarea classica. Harántfekvésben levő nagy kihordott magzat. Műtét után hosszú napokon át még igen súlyos anaemiás tünetek, egy-két ízben 38°-ig terjedő temperaturával. Huszonkettedik nap anya és magzat egészségesen elbocsátatik.

Közlés az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) férfi-osztályáról.

A tüdőtuberculosis gyógyulása a különböző évszakokban.

Irta: Ország Oszkár dr., osztályos főorvos.

A tüdőtuberculosisban szenvedő ember élettana alapos tanulmány tárgya volt. Ismeretesebbek azok a külső körülmények, a melyek a betegség keletkezését és a betegség lefolyását befolyásolják. Tanulmány tárgya volt a kli-

tikus és meteorologiai viszonyoknak befolyása a betegre, különösen abból a szempontból, mennyiben segítik elő a complicatiók jelentkezését, illetőleg mennyiben nem zavarják a gyógyulási folyamatot. Nagy gyakorlati horderejénél fogva számosan foglalkoztak a különböző éghajlatok befolyásával a betegre, mindazonáltal a klíma megválasztását illetőleg még ma sem egészen tisztázottak a fogalmak, úgy hogy a magaslati klíma vagy a tengerparti levegő dogmatikusai ma is elég nagyszámúak. S míg a klímaválasztás kérdése állandóan az előtérben marad, nem vétetik eléggé figyelembe az a kérdés, hogy egyes helyeken a kezelés melyik évszakban kecsegtet legjobban eredménnyel. E tekintetben az empiriára támaszkodtak. Így ismeretes, hogy partvidékeinken a tavaszi hónapokat tartják általában legcélszerűbbnek tüdőbetegek gyógyítására. Az utóbbi évtized megfigyelései azonban mindinkább azt az érzést keltik bennünk, hogy a tüdőbeteg gyógyításában nem annyira a klíma, mint inkább jó levegő és a célszerű hygienés-diaetás életmód bír fontossággal, a mely leginkább zárt intézetben, lelkiismeretes orvos vezetése mellett folytatható. A német orvosok körében annyira meggyőződésé vált e nézet, hogy néhány esztendővel ezelőtt erősen tiltakoztak, a mikor a Deutsche Heilstätte in Davos újabb sanatoriumot építtetett Svájcban. Kétségtelen, hogy a részben a síkságon, részben a középhegyekben fekvő német sanatoriumok kitűnő eredményekről számolhatnak be. Ha azonban azt a kérdést kutatjuk, vajon ez eredményeket melyik évszakban érik el legkiválóbban, az irodalomban választ nem találunk. A magánsanatoriumoknak, sőt egyes népsanatoriumoknak prospektusai többnyire kijelentik, hogy télen éppen olyan jók az eredményeik, mint a nyári hónapokban. Minthogy azonban e kijelentések statisztikai adatokkal támogatva nincsenek, azokat nem ösmerhetjük el a tényleges viszonyok feltűntetőjének. Statisztikai vizsgálódásainknak céljául volt főnökömnek, báró *Korányi Sándor* egyet. tanár úrnak tanácsára tehát annak a kérdésnek lehető objectiv megállapítását tűztam ki, hogy egy dombos vidéken fekvő sanatoriumban mely évszak szolgáltatja a legjobb gyógyulási eredményeket. E célból az Erzsébet királyné-sanatorium statisztikáját revisio alá vettem az 1902., 1903., 1904., 1905., 1906., 1907. években. Az ily irányú kutatás nagy nehézségekbe ütközik, először is azért, mert a sanatoriumi statisztikák általában véve nem absolut értékek, mert az az alap, melyen készülnek, teljesen ingatlak. Ugyanis a *Turban-Gerhardt*-féle stadiumbeosztás alapján készülnek, a mely a tuberculosis megbetegedés kiterjedésére, illetőleg a physisikai tünetek nagyságára nézve tájékoztathat, de nem a betegség jellegére és várható lefolyására nézve. Másrészt a beteg sanatoriumi tartózkodása néha oly rövid, hogy ezen idő alatt lényeges objectiv eltérés nem fejlődhet ki, holott egyes tünetek javulását már tapasztalhatjuk; ez esetekben az esetleg múlt jellegű javulás a statisztikát kedvezőbb színben tüntetheti fel. A második főnehézséget az okozza, hogy bajos a kúraidő tartamát évszakok szerint eltagolni.

A mi az első helyen említett nehézséget illeti, az statisztikánkból kiküszöbölhető, minthogy mi nem absolut, hanem relativ tájékoztató értékeket keresünk, azaz, hogyan viszonylanak egymáshoz az egyes időszakokra eső gyógyeredmények. Az évszakok elkülönítésének kérdését pedig olyképpen kíséreltem megoldani, hogy június, július, augusztus, szeptember (15) hónapokat mint nyarat, november (15), december, január, február, március (15) hónapokat mint telet s a többi átmeneti hónapot, ha más évszakhoz tartozó hónap is volt hozzácsatolva, mint tavaszt, illetőleg őszt tüntettem fel. Az a feltevés, hogy beteganyagunk nyáron általában véve jobb, nem állja meg helyét, mert a könnyű betegek oly rövid időn át tartózkodnak a sanatoriumban, hogy ittletüket statisztikánkba nem vettük fel, a melyben csak oly egyének szerepelnek, a kik legalább 80 napot töltöttek az intézetben. Ezáltal kiküszöböltek azok a jó esetek, a melyek a statisztikát kedvező színben tüntetnék fel, másrészt a nyáron és tavasszal kezelt betegek bacillaris leletének összehasonlítása azt mutatja, hogy lényeges különbség a minőség tekintetében

ezek között nem áll fenn. Nem vették figyelembe azok a betegek sem, a kik, prognózisuk teljesen rossznak mutatkozván, az intézetből korábban távoztak.

A gyógyeredményeket két szempontból vettük figyelembe: javult-e az állapot a sanatoriumi kezelés folyamán és mennyiben mutatkozott az eredmény tartósnak az évek folyamán. Utóbbi adatok ellen felhozhatjuk azt, hogy nem tisztán a sanatoriumi kúrától, hanem a beteg későbbi életkörülményeitől vannak feltételezve. Ismételtén meg kell azonban említenünk, hogy mi értékeket pusztán csak összehasonlítottunk, nem a számok abszolút értékére helyeztük a súlyt. Mint-hogy a gyógyulás tüdőbetegeken nem állapítható meg abszolút biztossággal, a gyógyultnak látszó betegek is mint javultak vannak feltüntetve. Ezenkívül a „nem javult“ rovatot vettük fel, a haláleseteket is ehhez számítva, minthogy az intézetben megállapított halálozási számnak semmi statisztikai értéke nincsen. Az adatok úgy abszolút értékben, mint százalékokban vannak feltüntetve. Tartóssági statisztikai vizsgálat az 1902., 1903., 1904. és 1905. évre vonatkozólag történt, részben azért, mert az ez évben kezelt betegek sorsáról megállapításaink vannak. Az 1904. év felvétele szándékosan azért

történt, mert ez évnek abnormisan száraz és tűrhetetlenül meleg nyara ismeretes volt előttünk, s mint azt 1912-ben megjelent dolgozatomban ismerttettem,¹ a rossz termésen kívül az 1905. évi rendkívüli tuberculosishalálozásnak okozójául volt tekinthető. Érdekelt tehát az a kérdés, észlelhető-e ezen abnormis nyár befolyása a betegek gyógyulási statisztikájára s volt-e hatással későbbi sorsukra?

Évszak	Javult a kúra végén %-ban kifejezve						Középérték
	1902	1903	1904	1905	1906	1907	
Tél ...	89.3	80.0	84.9	82.6	89.1	80.8	84.5
Tavaszi ...	70.6	87.5	74.3	92.8	69.8	74.6	78.3
Nyár ...	94.0	96.3	85.3	93.0	96.0	91.8	92.7
Ősz ...	89.1	81.8	82.5	90.7	75.0	85.0	84.0
Középérték	85.8	86.4	81.8	89.8	82.5	83.5	

¹ A tuberculosishalálozása Magyarországon. Orvosi Hetilap.

Az ápolás ideje		Létszám	Gyógyeredmény a kúra végén stadium szerint						Összesen		Javult stadium szerint száze-lékban* kifejezve		
			I.		II.		III.						
év	évszak		javult	nem javult	javult	nem javult	javult	nem javult	javult	nem javult	I.	II.	III.
1901—1902	Tél... ..	28	8	—	14	2	3	1	25	3	100	87·5	75·0
1902	Tavaszi ...	34	11	—	12	3	6	2	31	3	100	80·0	75·0
1902	Nyár ...	84	17	—	47	2	15	3	79	5	100	95·9	83·3
1902	Ősz ...	37	8	—	21	3	4	1	33	4	100	87·5	80·0
Összesen		183	44	—	94	10	28	7	168	15			
										Középérték	100	87·5	78·4
1902—1903	Tél... ..	65	14	—	30	5	8	8	52	13	100	85·7	50·0
1903	Tavaszi ...	56	12	—	29	3	8	4	49	7	100	90·6	66·6
1903	Nyár ...	82	25	—	39	1	15	2	79	3	100	97·5	88·2
1903	Ősz ...	55	7	1	29	7	9	2	54	10	87·5	80·6	81·8
Összesen		258	58	1	127	16	40	16	225	33			
										Középérték	96·9	88·6	71·6
1903—1904	Tél... ..	73	8	—	49	8	5	3	62	11	100	85·9	75·0
1904	Tavaszi ...	35	6	—	16	8	4	1	26	9	100	66·6	80·0
1904	Nyár ...	63	15	1	33	7	10	2	58	10	93·8	82·5	83·3
1904	Ősz ...	40	8	2	17	2	8	3	33	7	80·0	89·5	72·7
Összesen		216	37	3	115	25	27	9	179	37			
										Középérték	93·4	81·0	77·7
1904—1905	Tél... ..	75	19	4	37	6	6	3	62	13	82·6	86·0	66·6
1905	Tavaszi ...	35	10	—	16	2	4	3	32	3	100	88·8	55·5
1905	Nyár ...	57	21	—	23	2	9	2	53	4	100	92·0	75·0
1905	Ősz ...	43	14	—	19	2	6	2	39	4	100	80·5	75·0
Összesen		210	64	4	95	12	25	10	186	24			
										Középérték	95·7	86·8	68·0
1905—1906	Tél... ..	92	32	2	34	3	16	5	82	10	94·1	91·9	51·9
1906	Tavaszi ...	43	14	2	13	5	3	6	30	13	87·5	72·2	33·3
1906	Nyár ...	75	30	—	30	2	12	1	72	3	100	93·8	92·3
1906	Ősz ...	36	8	—	14	4	5	5	27	9	100	77·8	50·0
Összesen		246	84	4	91	14	36	17	211	35			
										Középérték	95·4	83·9	56·9
1906—1907	Tél... ..	78	20	—	33	8	10	7	63	15	100	80·5	58·8
1907	Tavaszi ...	59	16	—	14	1	14	14	44	15	100	93·3	50·0
1907	Nyár ...	85	28	1	29	—	26	6	78	7	95·8	100	81·3
1907	Ősz ...	40	12	2	14	—	8	4	34	6	85·7	100	66·7
Összesen		262	71	3	90	9	58	31	219	43			
										Középérték	95·4	93·4	64·2

* Nem helyes kevés adatból százalékszámítást végezni, a közlés pusztán az áttekintés megkönnyítése céljából történt.

Ha már most felvetjük azt a kérdést, hogy a lefolyt 6 év alatt mely évszak alatt volt a javulás a betegek állapotában legnagyobb számmal észlelhető, azt látjuk, hogy nyáron. Míg nyáron 92·7%-a a betegeknek javult, ősszel 84%, télen 84·5% és tavasszal 78·3%. Egyes évek szerint tekintve az adatokat, ugyancsak azt látjuk, hogy a legjobb eredmények mindig nyáron voltak elérhetőek, a többi évszakra nézve határozott sorrend nem állapítható meg, a különböző években más és más eredményt láthatunk télen, tavasszal vagy ősszel. Tekintetbe veendő azonban az a körülmény, hogy a tél két különböző évre közösen vonatkozik. A legkisebb s a többenél lényegesen csekélyebb eredményt 1904-ben láthatjuk, a mely évben alig mutatkozik némi különbség a téli és nyári kúra között. A nyári kúra ezen relatív eredménytelensége az egész év végső eredményénél is visszatükröződik, mely a legkisebb mind a hat évben.

Az egyes évek gyógyeredményeit stadiumok szerint elkülönítve, láthatjuk, hogy a sanatoriumi kezelés az I. stadiumban mily fényes eredményeket ad. Túlhyomó a 100%-os eredmény s csak ismét az 1904. évi nyár az, melyben a legkisebb értéket kapjuk. A legjellemzőbb azonban a II. stadiumba sorolt betegek statisztikája. Ezeknél ugyancsak nyáron volt legjobb az eredmény, ismét kivéve az 1904. évet.

A III. stadium lelete megfelel az előzőnek, azonban 1904-ben is jobb eredményt adott a nyár. Némileg érthetetlennek látszik, hogy ezt az évet e betegek aránylag kevésbé sínyleték meg.

Mindez adatokból határozottan kitűnik, hogy a nyári kúra határozottan előnyösebb. Az a kérdés merült fel ezek után, vajjon e javulásnak a későbbi tartóssági statisztika adatai² megfelelnek-e, azaz a nyári kúrát végző betegek közül többen vagy kevesebben halnak-e el?

Évszak	Az 1902—1905-ig ápoltakról nyert értesülés szerint százaléokban kifejezve középértékben		
	él	meghalt	ismeretlen
Tél --- --- ---	29·4	54·3	16·3
Tavaszi --- ---	29·5	52·2	18·3
Nyár --- --- ---	29·9	47·7	22·4
Ősz --- --- ---	18·4	59·5	22·1

² Ez adatokat Scharl igazgató-főorvos eredménytartóssági statisztikájából állítottam össze.

Az ápolás ideje		Létszám	Értesülés szerint					
év	évszak		él	meghalt	ismeretlen	él	meghalt	ismeretlen
						százalékban * kifejezve		
1901—1902	Tél --- ---	28	6	17	5	21·5	60·7	17·8
1902	Tavaszi ---	34	5	23	6	14·7	67·6	17·6
1902	Nyár --- ---	84	27	41	16	32·1	48·8	19·1
1902	Ősz --- ---	37	9	22	6	24·3	59·5	16·2
Összesen --- ---		183	47	103	33			
					Középérték	23·2	59·1	17·7
1902—1903	Tél --- ---	65	16	38	11	24·7	58·4	16·9
1903	Tavaszi ---	56	19	26	11	34·0	46·4	19·6
1903	Nyár --- ---	82	25	38	19	30·5	46·4	23·1
1903	Ősz --- ---	55	12	36	7	21·8	65·5	12·7
Összesen --- ---		258	72	138	48			
					Középérték	27·8	54·1	18·1
1903—1904	Tél --- ---	73	20	39	14	35·3	48·5	16·2
1904	Tavaszi ---	35	4	20	11	35·0	55·0	10·0
1904	Nyár --- ---	68	24	33	11	27·3	53·4	19·3
1904	Ősz --- ---	40	14	22	4	11·4	57·1	31·5
Összesen --- ---		216	62	114	40			
					Középérték	27·2	53·5	19·3
1904—1905	Tél --- ---	75	27	37	11	36·0	49·4	14·6
1905	Tavaszi ---	35	12	14	9	34·3	40·4	25·7
1905	Nyár --- ---	57	17	24	16	29·8	42·1	28·1
1905	Ősz --- ---	43	7	24	12	16·3	55·8	27·9
Összesen --- ---		210	63	99	48			
					Középérték	29·1	46·8	24·1

* Nem helyes kevés adatból százalékszámítást végezni, a közlés pusztán az áttekintés megkönnyítése céljából történt.

A tartóssági statisztikánál tekintetbe kell vennünk az ismeretleneket az eredményszámok értékelésénél. Ha ezt megteszszük, akkor látjuk az 1902—1905. évben ápoltak adatainak középértékénél, hogy a téli és tavaszi kúrát folytatók közül sokkal kevesebb sorsa ismeretlen, mint a nyáron és ősszel kezelteknél. Valószínű az is, hogy az ismeretlenek száma oly esetekben nagyobb, midőn kevesebb a halottaké. Az elhalálozásról ugyanis az anyakönyvi hivatalok révén könnyebb értesülést szerezni, mint az élőkéről, a kik gyakran változtatják tartózkodási helyüket. Tekintve, hogy a nyár és ősz adatai megegyezők az ismeretlenek számára nézve, szembe-szökő, hogy a nyáron kezelt betegek közül lényegesen kevesebben haltak el, mint a többi évszakokban.

Az egyes évek adatait tekintve azt látjuk, hogy 1902-ben lényeges a különbség, 1903-ban nyár és tavasz között nem mutatható ki s ha tekintetbe vesszük, hogy a nyári adatok között több az ismeretlen, mint a tavasziak között, a nyár javára kell döntenünk. 1904-ben a tél mutat kedvezőbb adatokat, a mi megfelel ez év abnormitására említetteknek. 1905-ben tavasz és nyár között ismét csekély a különbség, az ismeretlenek számbeli viszonya pedig megfelel az 1903-ban megállapítottaknak. Feltűnő mindenesetre az, hogy a tartóssági eredmény szempontjából a tavaszi kúra a nyári kúrához hasonló értékeket ad, a mit olyképpen magyarázhatnánk, hogy a tavaszi kúrát folytató javult betegek távozásuk után nyáron kétségtelenül kedvezőbb viszonyok közé

kerülnek, mint az őszi kúrát végzett javultak télen, a mikor meghülésnek könnyebben vannak kitéve s kevesebbet tartózkodhatnak a friss levegőn. Az őszi kúrát végző betegek sorában láthattuk a legnagyobb halálozást.

Az a körülmény, hogy a kúra végén a tavasz mutatta a legrosszabb eredményt, a tartóssági statisztikában pedig a tavasz a nyár után sorolható, látszólag ellentét. Ez ellentétet azonban a fentjelzett okfejtés magyarázza.

Igen tanulságos adatot ad az 1904. évi statisztika is. Mint említettem, ez évet szándékosan vettem vizsgálódásaim közé, látni akarván, hogy az abnormis idő befolyásolja-e az eredményeket. Megtekintve a meteorológiai intézet feljegyzéseit,* azt láthatjuk, hogy az 1904. évi nyarat nagy meleg, főleg szárazság, szélcsend jellemzi, mely a hőséget szinte elviselhetetlenné tette s ennek következtében az ember kedélyére, táplálkozására igen rossz hatással volt. Néhány jellemző adat a következő táblázatban lesz található:

Év és hónap	Középhőmérsék. C°-ban	Viszonylagos ned- vesség (közép) % ¹⁰⁰	Felhőzet (közép [0—10])	Csapadékos napok száma összesen	A csapadék mennyisége	
					Összesen mm.-ekben	a maximum mily magas
1903 } 1904 } 1905 } 1906 }	19.1 20.1 20.6 19.3	69 58 71 70	5.4 4.4 5.8 5.7	14 14 17 13	74 24 83 103	15 16 34 18
1903 } 1904 } 1905 } 1906 }	21.0 24.1 23.8 21.7	67 47 60 70	4.8 2.1 3.5 5.0	10 5 8 12	80 5 15 98	26 4 4 29
1903 } 1904 } 1905 } 1906 }	20.4 21.8 22.5 20.4	62 53 65 67	3.2 3.2 3.7 3.9	7 7 9 10	13 18 40 67	5 6 14 23

E nyáron a nagy hőség és szárazság miatt a nagy hadgyakorlatokat sem lehetett megtartani. Az elemi csapások, s főleg az aszály ez évben 538.360 hold vetésterületet pusztítottak el teljesen, holott 1905-ben csak 279.563, 1908-ban 135.639 bizonyult terméketlennek.

A sanatoriumi kúra eredménye függ tehát attól az évszaktól is, melyben végeztetett. Ennek értelmezése csak akkor kísérhető meg, ha ismerjük az évszakok hatását, az egészséges és beteg emberre.

Az évszak törvényszerűen megismétlődő periodusa az időjárásnak, mely a következő meteorológiai tényezőktől függ: hőmérséklet, napfény és légnyomás, levegő nedvessége, kevésbé ismert a levegő villamossága, radioaktivitása és a földmágnesség. Mind e tényezők *Berliner*³ vizsgálódásai szerint is erős hatást fejtenek ki idegrendszerünkre s annak közvetítésével szervezetünkben reakciókat váltanak ki. Az idegrendszer befolyásolása az egész szervezet élettani folyamataival összefüggésben történik meg. *Malling-Hansen*⁴ és *Daffner*⁵ vizsgálatai szerint a test hosszúnövekedése és a testsúly évszaki ingadozásokat mutat. Tüdőbetegeink hizásánál is megfigyelhettem, hogy a testsúly augusztustól november végéig mutatja a legfeltűnőbb gyarapodást.

* Statisztikai évkönyvek.

³ *Berliner*: Der Einfluss von Klima, Wetter und Jahreszeit auf das Nerven- und Seelenleben, Bergman 1914.

⁴ *Malling-Hansen*: Einfluss der Jahreszeit auf das Wachstum. Kopenhagen 1886 I. c. Berliner klin. Wochenschr.

⁵ *Daffner*: Das Wachstum des Menschen. Leipzig 1902.

(Vége következik.)

Közlemény a cs. és kir. 16. számú bakteriologiai laboratóriumból.
(Vezető-orvos: Belák Sándor dr., főorvos.)

A typhus abdominalis haematologiai és serologiai diagnosisa védoltottakon.

Irta: *Sulzer Andor* dr., cs. és kir. segédorvos, a budapesti II. sz. belklinikája gyakornoka.

A typhus ellen alkalmazott védőoltások a betegség haematológiájának és serológiájának diagnostikai értékelésében olyan változásokat látszanak eredményezni, melyekkel a diagnosiss helyessége érdekében okvetlen számolnunk kell. A védőoltások alkalmazása előtti időben a beteg vérsavójának specifikus agglutináló képessége, a fehér vérszövetek száma és kvalitatív viszonyai már magukban is sok esetben lehetővé tették a diagnosiss felállítását. Ma, mikor a védőoltások a normalis vér cytologiai és serologiai tulajdonságait sok tekintetben megváltoztatták, az csak e változások pontos ismerése mellett lehetséges. Ennek a szüksége napról-napra jobban észrevehető a harcztéri gyakorlatban, mert a bakteriologiai módszerek hosszadalmasságuk és körülményességük miatt igen sokszor nem vehetők igénybe; a vér steril vétele, beoltása epébe pedig könnyen érthető okokból igen sokszor egyáltalában nem, vagy csak igen nehezen vihető keresztül. Ezen nehézségektől eltekintve sem állják meg úgy a helyüket, mint a hogyan a békés időben szerzett tapasztalataink alapján várhatnók. Ennek két oka van. Az epecsöveket igen sokszor a beoltás után 8—12 órával kapjuk meg, 4—5 órai kocsin való szállítás után, a hideg évszakokban természetesen igen erősen lehűtve, a mi, mint ismeretes, a tenyésztés sikerességének kilátásait igen nagy mértékben rosszabbítja. Laboratóriumi jegyzőkönyveinkből világosan látszik, hogy a tél beálltával eredményeink ezen a téren lényegesen kedvezőtlenebbek lettek. A második igen fontos ok a védőoltásokban található meg, a mennyiben az oltás által az egyén vérsavójának baktericid hatása tetemesen megnövekszik s ezért a baktériumok szaporodási képessége nagy fokban szenved. Egy német szerző ajánlatára (pontos adat nem áll rendelkezésemre) megkíséreltük ezen oly módon segíteni, hogy az epét bouillonnal kevertük azon megfontolás alapján, hogy a bouillon a bakteriolyisinet, az említett szerző véleménye szerint, megköti. Sikert ez az eljárás sem hozott.

A bélsárból való kitenyésztés, mely egyébként sem elég megbízható diagnostikai eljárás, a mostani körülmények között még kevésbé vált be. A vizsgálati célokra vett bélsár a defaecálás után, éppen úgy mint az epe, 10—12 óra múlva érkezett a laboratóriumba, téli időben igen erősen lehűlve. Ehhez járul még az a körülmény, hogy a kis mozgó tábori laboratórium nem rendelkezik annyi anyaggal s olyan bőséges felszereléssel, hogy a bélsarat, mint a hogy az kívánatos volna, 4—5 nagyobb lemezre kenjük fel, hanem meg kell elégednünk legtöbbször 2 kis lemezzel. E két dolog teljesen megmagyarázza azt, hogy miért kell e módszerről a lehetőség szerint lemondanunk.

Ilyen körülmények között a typhus abdominalis diagnostikájában a súlyt kezdődő esetekben a haematologiai módszerekre, előrehaladottabb esetekben a *Gruber-Widal*-féle reakcióra kellett helyezni. Ezek mellett természetesen, a mikor csak megengedték a körülmények, a vér bakteriologiai vizsgálatát is elvégeztük.

A fennemlített két módszerrel igen kielégítő eredményeket értünk el és sok esetben negatív bakteriologiai lelet dacára a leukocytaszámlálással, a kvalitatív vérkép vizsgálattal és a *Widal*-reakcióval a helyes diagnosishoz tudunk jutni.

E vizsgálatok megejtéséhez igen kevés és egyszerű felszerelés kell s kiviteliukhoz, a bakteriologiai módszerekhez viszonyítva, igen rövid idő szükséges. E két dolog a harcztéri gyakorlatban nem megvetni való előny. Különösen akkor volt alkalmam erről meggyőződni, mikor a tartózkodási helyünkön működő tábori kórház megfigyelő osztályán kellett vizsgálatokat végezni. Több különböző lázas és infectiós betegség között kellett differentialis diagnosist felállítanom. Typhus abdominalis, typhus exanthematicus, dysenteria, ritkábban malaria, febris recurrens jöhetett tekintetbe. Pár óra

alatt sikerült a néha igen nagy beteganyagot átvizsgálnom haematologiai és serologiai szempontból, s sikerült a klinikai vizsgálatokkal együtt mindenekelőtt a typhus abdominalis, malariát, febris recurrens, és a mi a legfontosabb, a typhus exanthematicust separálnom. A leukocytá-számlálással különösen a typhus abdominalis és exanthematicus között sikerül könnyen különbséget tenni, a mi az exanthema megjelenése, tehát az 5–6. nap előtt, klinikai vizsgálatokkal csaknem teljesen lehetetlen. Ez a gyors elkülönítés a kölcsönös infectio megelőzése szempontjából rendkívül fontos.

E két általánosan ismert s igen értékes eljárást úgy látszik a védőoltások elterjedése óta nem értékelik úgy, mint az oltásokat megelőző időben s használatuktól sokan el is tértek. Különösen a Gruber-Widal-féle reactiót illetően terjedtek el téves nézetek, melyek szerint a védőoltásban rész-sülteken teljesen használhatatlan. Csaknem ilyen lesújtó ítéletet mond a vélemény a haematologiai módszerekről is. Nézzük ezeket közelebbről:

F. Schneider szerint (Deutsche med. Wochenschr. 1915 14. sz.) az injectio leukopeniát okoz, mely csak hosszú hónapok múlva szűnik meg. Az eosinophil leukocyták teljesen eltűnnek a vérből s csak a quantitativ viszonyok helyreállásával együtt jelennek meg újra. Ugyanilyen értelemben nyilatkozik Rohonyi (Orvosi Hetilap, 1916, 1. sz.). E vélemények szerint az oltottakon hónapokon keresztül a typhus abdominalis typusos vérképe található, mely magában foglalja azt, hogy ezen idő alatt a vér qualitativ és quantitativ viszonyainak vizsgálata magában a betegségben teljesen elvesztette jelentőségét.

A Widal-reactio értékesíthetősége mellett A. Hirschbruch (Deutsche med. Wochenschr., 1915, 18. sz.) emel szót. Az általa követett módszerről, melyet legelőször E. Marcovici ajánlott, később fogok részletesebben szólni.

Az oltások utáni haematologiai viszonyok megismerése céljából 10 egyénen végeztem rendszeres s a normális viszonyok helyreállításáig tartó vizsgálatokat. Megjegyzem, hogy mindig a Kolle-féle vaccinát használtam 0.5–1 cm³-es adagolásban. Legtöbbször olyan egyéneken végeztem vizsgálatokat, kik még addig prophylaxisos oltásban nem részesültek. Két esetben (VI. és X. eset) olyan embereket választottam, kik kb. 1 év előtt egy ízben már beoltattak. Ezeken különösen, de a többiekben is meggyőződtem a vizsgálatok megkezdése előtt arról, hogy vérük minden tekintetben normális-e s hogy savójuk a normalis agglutinineken kívül nem tartalmaz-e esetleg kiállott typhus abdominalis által keletkezetteket.

Az oltást követő első 2 órában F. Schneider és Rohonyi eredményeinek megfelelően leukopeniát találtam, mely azonban igen alacsony értékeket sohasem ért el. 3500–4500 között ingadozott. Az eosinophil leukocyták eltűntek a vérből. Mivel ezen vizsgálataim célja a betegágnál nyert adatok értékesítése, ezek rám nézve csak theoriás értéket képviselnek.

Az oltást követő 6. órában mind a 10 esetben kivétel nélkül leukocytosist találtam. Az értékek 9560 és 14700 között ingadoznak. Ugyanakkor a fehér vérsejtek qualitativ viszonyaiban annyiban volt eltérés észlelhető, hogy az eosinophil leukocyták tetemesen megsaporodtak a neutrophilok rovására. Az eosinophilia ebben az időpontban egy esetben 12.9%-ig emelkedett, s néhány esetben a következő napokon még további emelkedés volt észlelhető. Azokon az egyéneken, kik már korábbi időben is oltattak prophylaxisosan, eosinophilia nem következett be. A VI. számú esetben teljesen normális maradt az eosinophilek száma, a X. sz.-ban az oltás utáni 3. napon felemelkedett 5.5%-ra, de csakhamar ismét a rendesre süllyedt vissza. E két esetben a leukocytosis megszűnése is gyorsabb tempóban következett be. Az oltás utáni 24. órában már normális értékeket találtam.

A lymphocyták qualitativ és quantitativ viszonyai is változáson mentek keresztül, de ezek nem olyan egyöntetűek, mint a hogy ezt az eosinophil leukocytákon láttuk. Legtöbb esetben a kis és nagy lymphocyták száma 20 és 30%- közt váltakozik, de magasabb értékeket is találtam. Egy esetben 47%-ot tudtam kimutatni. Feltűnő már ebben

a stadiumban a nagy mononuclearis sejtek és átmeneti alakok mérsékelt megsaporodása s a nagy fiatalabb lymphocytáknak a kicsikkel szemben való túlsúlyra jutása.

A következő napokban a fehér vérsejtek száma lassan közeledik a normalis középtérték felé s a 7. napon el is éri. Az eosinophilek, a nagy mononuclearis sejtek és az átmeneti alakok számában ilyen csökkenés még nem észlelhető.

A második injectiót, a bevett szokásnak megfelelően, az első követő 7. napon adtam. A fehér vérsejtek, éppen úgy, mint az első befecskendezés után, mérsékeltén megsaporodtak, a nagy mononuclearis-sejtek és az átmeneti alakok száma a régi maradt.

A következő napokban a leukocytosis szűnni kezd, még pedig az első oltás utáni esésnél jóval gyorsabban. Legtöbbször a 3. napon, de elég sokszor az oltást követő napon normalis értéket találunk. A qualitativ vérkép restitúója nem következik be ilyen gyorsan. Az eosinophilia a II. oltás utáni 8. napon még a maximalis magasságon van, s csak a 3. héten kezd alábbszállni s a 7–8. hét végén szűnik meg teljesen. Ha a lymphocyták relative megsaporodtak, a 8. napon már ismét a rendes mennyiségben találjuk. A nagy mononuclearis sejtek és átmeneti alakok számának csökkenése az eosinophilek fogyásával tart lépést. E viszonyokat az I. számú táblázat áttekinthetően mutatja.

Mindezen vizsgálati adatokból mi következik a gyakorlat számára? Úgy tapasztaltam, hogy a fehér vérsejtek qualitativ és quantitativ viszonyainak változása typhus abdominalisban ma is igen értékes támaszpontot ad a diagnózis felállításában, bár egyes eltérésekkel, miket a prophylaxisos oltások okoznak, számolnunk kell. A betegség kezdetén a leukopenia, miről számos esetben volt alkalmam meggyőződni, most is megtalálható, feltéve azt, hogy a

I. táblázat.

I. oltás							
A vizsgálat ideje az oltás után	Leukocyták száma	Neutrophil	Eosinophil	Basophil	Kis lymphocytá	Nagy lymphocytá	Átmenetis nagy mononuclearis
6 óra	11.300	66.8	5.0	0.4	21.4	7.0	0.2
24 " "	10.600	49.0	4.3	1.0	19.0	13.0	13.3
3 nap	10.250	58.3	11.0	0.3	20.0	7.3	9.0
7 " "	6.900	59.0	14.6	0.0	18.0	4.0	4.4
6 óra	10.600	77.2	4.8	0.0	10.2	7.8	3.2
24 " "	8.200	63.0	8.3	0.3	5.3	12.6	10.3
3 nap	5.260	62.3	12.3	0.3	14.0	6.0	4.6
7 " "	5.700	62.55	10.5	1.0	8.5	10.0	7.5
6 óra	10.100	48.6	3.3	0.33	31.33	15.60	0.66
24 " "	6.200	41.5	7.0	0.0	25.5	15.0	11.0
3 nap	8.900	49.6	5.9	0.3	27.6	6.5	9.6
7 " "	5.500	52.4	0.6	0.6	16.8	14.4	14.7
6 óra	11.400	62.4	9.3	0.3	11.4	13.6	3.0
24 " "	10.200	60.4	10.1	0.0	16.0	9.0	3.8
3 nap	9.460	71.0	6.6	0.4	8.4	11.2	2.4
7 " "	8.640	67.8	5.4	0.0	13.4	9.6	3.8

II. oltás

II. oltás							
A vizsgálat ideje az oltás után	Leukocyták száma	Neutrophil	Eosinophil	Basophil	Kis lymphocytá	Nagy lymphocytá	Átmenetis nagy mononuclearis
6 óra	11.900	64.4	10.6	0.3	13.3	4.6	6.0
24 " "	9.600	60.6	8.0	0.0	23.3	2.0	6.0
3 nap	5.000	59.4	9.1	0.3	20.4	6.4	4.2
7 " "	7.900	49.0	10.1	0.9	20.8	12.2	7.3
6 óra	12.600	76.0	5.0	0.4	8.2	5.6	4.8
24 " "	7.200	65.6	8.3	0.6	20.0	3.6	1.6
3 nap	6.300	64.0	12.6	1.0	0.3	16.3	5.6
7 " "	7.900	68.0	9.3	0.3	3.6	15.0	3.6
6 óra	6.030	50.7	2.7	0.0	7.2	24.7	14.5
24 " "	6.800	50.0	2.3	0.3	22.0	16.0	9.3
3 nap	6.600	51.6	2.6	0.3	5.6	17.6	22.0
7 " "	7.100	55.6	2.3	0.0	8.1	12.4	21.5
6 óra	10.400	67.4	7.1	0.8	11.4	10.3	2.8
24 óra	9.850	55.6	9.3	1.0	20.3	8.4	5.3
3 nap	9.200	60.8	6.4	0.4	13.4	11.6	7.4
7 " "	8.300	56.5	9.3	0.0	19.4	9.6	5.0

I. oltás							
A vizsgálat ideje az oltás után	Leukocyták száma	Neutrophil	Eosinophil	Basinophil	Kis lymphocyta	Nagy lymphocyta	Átmenetis nagy mononuclearis
6 óra	10.700	70.9	2.4	0.6	18.1	7.5	0.3
24 „	6.400	63.3	4.3	0.6	20.3	4.6	6.6
3 nap	4.900	48.6	6.6	0.6	22.0	8.0	12.0
7 „	4.600	40.0	6.5	0.0	4.5	29.5	20.0
6 óra	9.560	58.5	10.2	0.2	20.9	7.3	3.3
24 „	7.530	40.4	14.7	0.0	32.0	7.2	4.9
3 nap	5.800	25.0	16.8	0.0	39.0	15.6	3.4
7 „	5.800	36.9	9.6	0.0	14.2	30.1	9.0
6 óra	11.360	56.6	1.8	0.0	35.9	3.2	2.2
24 „	7.8.0	66.3	1.6	0.0	19.6	6.6	5.6
3 nap	6.500	62.9	1.5	0.0	9.4	12.5	13.1
7 „	9.300	49.0	0.5	0.0	21.0	24.5	5.0
6 óra	12.400	48.4	11.6	0.4	8.2	26.4	4.8
24 „	9.600	51.0	9.4	0.0	10.6	22.6	6.2
3 nap	10.300	63.1	11.3	0.3	12.3	18.6	5.3
7 „	7.800	55.2	9.6	0.0	14.4	16.4	4.2

II. oltás							
A vizsgálat ideje az oltás után	Leukocyták száma	Neutrophil	Eosinophil	Basinophil	Kis lymphocyta	Nagy lymphocyta	Átmenetis nagy mononuclearis
6 óra	8.300	71.0	4.6	0.2	11.4	7.8	5.0
24 „	5.200	55.5	4.3	0.6	33.9	2.1	3.1
3 nap	6.800	51.5	5.5	0.5	28.0	8.5	6.0
7 „	6.300	56.4	6.4	0.0	22.4	10.6	4.2
6 óra	9.960	54.1	8.9	0.0	31.0	3.5	1.9
24 „	8.400	50.6	8.6	0.3	29.0	10.0	1.3
3 nap	6.200	35.6	17.0	0.0	39.3	5.0	3.0
7 „	7.800	42.4	16.4	0.0	10.2	16.4	3.4
6 óra	9.600	60.4	1.5	0.3	29.0	3.3	5.4
24 „	7.900	54.6	1.3	0.3	33.3	6.6	3.6
3 nap	6.700	56.6	2.3	0.0	24.6	12.2	4.2
7 „	7.900	63.4	2.6	0.4	20.4	9.4	3.6
6 óra	11.800	60.4	8.6	0.0	9.4	18.2	3.2
24 „	9.800	58.6	9.6	0.4	16.4	12.6	2.2
3 nap	6.800	58.6	8.4	0.4	13.6	14.2	4.6
7 „	7.360	56.4	7.6	0.0	14.6	18.4	3.2

I. oltás							
A vizsgálat ideje az oltás után	Leukocyták száma	Neutrophil	Eosinophil	Basophil	Kis lymphocyta	Nagy lymphocyta	Átmenetis nagy mononuclearis
6 óra	14.700	51.6	12.9	0.3	23.3	4.9	6.9
24 „	10.500	51.3	13.3	0.0	21.4	9.6	4.2
3 nap	10.460	49.8	10.2	0.8	23.6	11.4	4.2
7 „	8.750	50.7	9.6	0.4	22.3	12.3	9.6
6 óra	11.060	74.7	2.4	0.0	8.7	8.3	5.7
24 „	7.160	72.0	2.3	0.0	13.6	8.0	4.0
3 nap	5.000	51.0	5.5	0.0	7.0	26.0	10.5
7 „	6.360	68.6	2.0	0.0	20.0	7.0	2.33

II. oltás							
A vizsgálat ideje az oltás után	Leukocyták száma	Neutrophil	Eosinophil	Basophil	Kis lymphocyta	Nagy lymphocyta	Átmenetis nagy mononuclearis
6 óra	12.300	52.6	10.4	0.0	18.4	10.2	8.4
24 „	9.600	44.6	11.4	0.4	21.4	14.7	7.6
3 nap	8.600	55.0	9.6	0.0	19.4	11.2	4.8
7 „	8.450	51.3	9.5	0.5	21.5	12.0	5.0
6 óra	11.500	75.6	1.3	0.0	19.0	2.3	1.6
24 „	9.800	72.3	1.6	0.0	16.3	5.2	4.3
3 nap	6.800	66.6	2.3	0.4	18.6	7.4	4.6
7 „	7.200	65.2	2.4	0.0	16.6	11.4	4.2

betegség az oltástól számított 8. napon túl kezdődik. Az aneosinophilia, mely azelőtt sem volt a typhus abdominalis conditio sine qua non-ja, már ritkábban található, még pedig azért, mert az ez irányú normalis viszonyok helyreállása csak az oltást követő második hónapon túl várható. Ha azonban ismerjük az oltás idejét (ez pedig ma már csaknem minden esetben így van az erre vonatkozó katonai intézkedések folytán), ezek az eltérések a

diagnosis menetében nem zavarnak. Elég jó irányítónak szolgál néha az a körülmény, hogy az eosinophil leukocyták mellett a nagy mononuclearisok és az átmeneti sejtek is nagyobb számmal találhatók. Ez azonban nem minden esetben mutatkozott szabatos ellenőrzés mellett.

A Gruber-Widal-féle reactióról az irodalomban még több szó esett, mint a haematologiai változásokról. Általában az a nézet látszik elterjedni, hogy a prophylaxisos oltások következtében e módszer teljesen elvesztette jelentőségét. W. Kühl szerint (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 31. sz.) a vér agglutinin-tartalma a védőoltások után állandóan oly nagy, hogy szükség esetén nem tudunk különbséget tenni a tekintetben, vajjon typhus abdominalisban történt megbetegedés, vagy csak a védőoltás folytán jött-e létre. E. Nobel és Neuwirth szerint (Wiener med. Wochenschrift, 1915, 30. sz.) az oltottak seruma 50—2000-szeres hígításban agglutinál, a mi egyértelmű a Widal-reactio használhatatlanságával. Ezen véleményekkel ellenkező szellemben A. Hirschbruch nyilatkozik (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 18. sz.). Ő úgy találta, hogy az oltás után sokkal kevesebb agglutinin keletkezett, mint a megbetegedés után, s így a savó agglutinációs titerének magasságából is vonhatunk némi következtetést. Ugyanerre az eredményre jutott E. Marcovici (Wiener med. Wochenschrift, 1915, 38. sz.) s ennek alapján a Widal-reactio kivételét úgy módosítja, hogy a felvétel napján s az erre következő 10—14. napon vizsgálja a savó agglutináló képességét s e két eredmény esetleges titerbeli differenciájából von következtetést. E módszert én is megbízhatónak találtam olyan mértékben, mint a mely mértékben a Gruber-Widal-féle reactiót egyáltalában megbízhatónak találtuk az oltások elterjedése előtti időben.

A gyakorlat érdekei késztettek arra, hogy betekintést igyekezzem szerezni a savó agglutináló képességének kifejlődésébe s hogy megismerjem azt a legfelső határt, a meddig az oltottak savója agglutinál.

Az agglutininek az oltás után meglehetősen lassan szaporodnak a savóban. Általában azt találtam, hogy az első oltás után 3—4 nap múlva érnek el olyan mennyiséget, hogy gyakorlati értelemben vett agglutinációról beszélhetünk. A 7—8. napon már 100-szoros, ritkábban valamivel nagyobb hígításban agglutinál az oltott egyén savója. A második injectio az agglutininek mennyiségét hirtelen nem emeli s csak a 7—8. napon látunk 200-szoros hígításban agglutinációt, mely az én adataim szerint maximuma egyszersmind az oltás által keletkező agglutináló képességnek. Vannak elég nagy számmal esetek, mikor az oltás hatása alatt egész minimális agglutináló képesség keletkezik, a mely 1—2 hét alatt ismét el is múlik. E viszonyokat a II. számú táblázatban foglalom össze áttekinthetően.

Jelenlegi helyzetem az oka annak, hogy az általam beoltott egyéneket nem tudtam hosszabb időn keresztül megfigyelni savójuk agglutinintartalmát illetőleg. Ezen a hiánynon úgy igyekeztem segíteni, hogy a legközelebbi tábori kórház megfigyelő-osztályán a typhus abdominalisra gyanusak serumával végeztem Gruber-Widal-féle reactiót, feljegyezve egyszersmind a védőoltás pontos idejét. Nehogy az eredmények megítélésében bizonytalan legyek, minden betegen bakteriologiai vérvizsgálat, esetleg bélsárvizsgálatot is végeztem annak pontos eldöntésére, hogy a talált agglutináló-képesség valóban az oltás s nem megbetegedés eredménye. Ezenkívül a betegség további klinikai képét is figyelemmel kísértem.

Ezen vizsgálatok eredménye teljesen megegyezik a II. táblázatban közölt adatokkal. Egy esetben sem találtam, hogy az oltott, de typhus abdominalisban nem szenvedő egyén seruma 200-szoros hígításban túl is agglutinált volna. Általában 100—200-szoros hígításban adnak pozitív eredményt, de igen sok esetben egyáltalában nem láttam agglutinálást. A megbetegedettek savója ellenben mindig magas titerig agglutinált. Ezen adatok a III. számú táblázatban vannak összefoglalva.

II. táblázat.

	A vizsg. ideje ol- tás után	I. eset	II. eset	III. eset	IV. eset	V. eset
I. oltás	1 nap 7 "	Aggl. 0 1:100 ±	Aggl. 0 1:100 ±	Aggl. 0 1:100 +	Aggl. 0 1:100 ±	Aggl. 0
II. oltás	1 nap 7 " 14 "	1:100 ± 1:400 ± 1:200 +	1:100 ± 1:200 + 1:200 ±	1:100 + 1:200 + 1:200 ±	1:200 + 1:200 + 1:200 +	1:100 + 1:200 ± 1:200 ±

	A vizsg. ideje ol- tás után	VI. eset	VII. eset	VIII. eset	IX. eset	X. eset
I. oltás	1 nap 7 "	1:20 ± 1:20 ±	Aggl. 0 1:60 +	Aggl. 0 1:100 ±	Aggl. 0	Aggl. 0 1:60 +
II. oltás	1 nap 7 " 14 "	1:60 ± 1:20 ± 1:20 ±	1:100 ± 1:200 ± 1:100 +	1:200 ± 1:200 + 1:200 ±	1:160 + 1:40 + 1:40 +	1:100 ± 1:100 + 1:100 ±

III. táblázat.

Sorszám és név	Az oltás ideje	A Widal- reactio eredménye	Jegyzet
1. R. K.	1915 május	1:200 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
2. D. 3.	1915 aug.-szept.	1:200 +	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
3. K. W.	1915 április-május	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
4. J. P.	1915 szeptember	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
5. P. W.	1915 augusztus	1:100 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
6. B. A.	1915 május	1:100 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
7. D. T.	1915 augusztus	1:100 +	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
8. T. O.	1915 június	1:400 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
9. Sz. N.	Az oltás időpontja ismeretlen	1:100 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
10. B. A.	1915 július	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
11. K. H.	1915 szeptember	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
12. B. R.	1915 július	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
13. D. J.	1915 július	1:200 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
14. R. K.	Az oltás időpontja ismeretlen	1:100 +	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív

Sorszám és név	Az oltás ideje	A Widal- reactio eredménye	Jegyzet
15. M. N.	Az oltás időpontja ismeretlen	1:100 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
16. M. J.	1915 augusztus	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
17. M. M.	1915 szeptember	1:200 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
18. T. J.	1915 szeptember	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
19. M. W.	Az oltás időpontja ismeretlen	1:100 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
20. H. J.	1915 június	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
21. F. M.	1915 szeptember	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
22. S. J.	1915 június	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
23. Sz. J.	1915 augusztus	1:100 +	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
24. L. D.	1915 június	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
25. F. W.	1915 szeptember	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
26. K. J.	1915 június	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
27. P. P.	1915 augusztus	1:200 ±	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
28. M. J.	1915 augusztus	1:200 ±	Széketvizsgálat negatív
29. M. R.	1915 augusztus	1:200 ±	Epecső negatív. Székvisz- gálat negatív
30. U. J.	1915 június	negatív	Epecső negatív. Széklet negatív
31. Sz. F.	1915 augusztus	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív
32. N. S.	1912 június	negatív	A bakteriologiai vér- vizsgálat negatív

Ezen vizsgálati eredmények alapján a *Gruber-Widal*-féle reactio diagnostikai fontosságát ma is el kell ismernünk, csak a kivételben kell módosítást eszközölnünk, még pedig a *Marcovici* által adott utasítások szerint. Sokszor láttuk azt, hogy a betegség első napjaiban az agglutinálás határa a 200-szoros hígításig terjed, míg 10–12 nap múlva 2000–3000-ig. Itt tehát nem maga az agglutinálóképesség, hanem ennek a növekedése teszi a reactiót pozitívvá.

Végeredményben arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a typhus abdominalis diagnózisában a vér cytologiai vizsgálata és a *Gruber-Widal*-féle reactio most is éppen olyan jó segédeszközök, mint a prophylaxisos oltások alkalmazása előtt voltak, csak némi eltéréseket észlelünk, melyeknek oka azonban ismeretes. E differentiak nem olyan nagyok, hogy az említett módszerek jelentőségét lényegesen csökkentsék. A *Widal*-reactio kivételében tett módosítás nem jelent olyan munkatöbbletet, a miért ez a rég bevált segédeszköz el kellene vetnünk.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Népsanatoriumok tüdőbetegek részére. Orvosi és műszaki jelentés. Irta: *Báró Korányi Sándor* dr., egyet. ny. r. tanár, *Dalmady Zoltán* dr., egyetemi magántanár, *Scharl Pál* dr., az Erzsébet királyné-sanatorium igazgató-főorvosa, *Kertész K. Róbert*, ministeri osztálytanácsos, okl. építész, *Sváb Gyula*, ministeri műszaki tanácsos, okl. építész.

A magyarországi tuberculosis-ellenes mozgalom ma még majdnem csakis jótékonyági egyesületek tevékenységéből áll, melyek külföldi, főleg németországi intézmények szervezetének mintájára gyógyító irányban működnek. A társadalmi aktiók közel két évtizedes fejlődése azonban mind világosabban mutatja, hogy csakis a kormányzat rendelkezésére álló eszközökkel remélhetők oly arányú és oly irányú intézkedések és befektetések, melyek a tuberculosis számottevő mértékben tudják befolyásolni. Az állami beavatkozás a háború következtében elodázhatatlanná vált. Első és legsürgősebb feladatnak mutatkozott oly gyógyintézetek létesítése, melyek a tüdőbetegségbe esett katonák elhelyezését és gyógyítását tesszik lehetővé, de ugyanakkor gondoskodni kell a gyógyíthatatlan tüdőbeteg rokkantak elszigeteléséről is.

Az első ily részletes tervezet, mely széles alapon azonnali kivitelre készen az ország assanálásával foglalkozik, az előttünk fekvő füzet, mely a m. kir. rokkantügyi hivatal megbízásából készült. Orvosi és műszaki jelentés ez oly sanatoriumokról és meglévő kórházakhoz csatolandó sanatoriumszerű pavillonokról, melyek a katonai szolgálat következtében tüdőbajba esett és tuberculosis miatt rokkanttá vált katonák befogadására szolgálnak. A háború lezajlása után ezek az intézmények a polgári lakosság rendelkezésére fognának állni. Ezen körülmény szemmeltartásával készült a tervezet, s bár a sanatoriumok elsősorban és sorrend szerint előbb a rokkantak elhelyezésére fognak szolgálni, megtörtént minden orvosi és építész-technikai gondoskodás, hogy majdan későbbi céljuknak is megfelelhessenek.

Az ország tuberculosis-mentesítésére a területenkénti assanálástól várható a legnagyobb eredmény. Oly méretű intézetek, melyek egy meghatározott országrész korlátozott nagyságú embercsoportjának tüdőbetegeit nagy részben be tudják fogadni, nemcsak gyógyítani fognak, hanem assanálni is fogják a körzetükbe tartozó lakosságot. Ezen elvnek megfelelően éppúgy szolgálnának a sanatoriumok és a kórházi sanatoriumszerű pavillonok a súlyos állapotú és főleg fertőző tüdőbetegek izolálására, mint a kezdeti szakban levő könnyű esetek gyógyítására. A terv megvalósítása sok sanatoriumot igényel az ország különböző fekvésű és klímájú helyén. A hely megválasztásánál a helyi szükséglet az irányadó, még akkor is, ha a klimatikus tényezők valamely helyet kevésbé tennének alkalmassá. A nehezen szállítható, súlyos, fertőző gümőkórosok, s a tapasztalat szerint mindenütt gyógyuló, jóindulatú folyamatos tüdőbetegek könnyű szerrel fogják elérni körzetük sanatoriumát. Azon betegek részére, kiknek állapota subalpin vagy magaslati klímájú helyen való gyógykezelést kíván, szolgálnának a magaslati sanatoriumok és elsősorban egy tátrai sanatorium. A magaslati éghajlatú sanatoriumba az ország minden részéből kerülnének a betegek, a helyi intézetekből is, de csupán azok, a kiknek gyógyulása azt igazán megkívánja.

A foglalkozási körök szerinti assanálás és a középosztály részére létesítendő gyógyintézetek megvalósítása szintén az országos actio keretébe tartozik és előreláthatólag az egyes foglalkozási körök szervezeteinek segítségével fog megvalósulni.

A gyógyintézetek elhelyezésére vonatkozólag a tátrai sanatorium kivételével csupán általánosságban mozgó javaslatokat találunk a jelentésben, melyek kiemelik az Alföldön és az ahhoz közel fekvő dombos vidékeken létesítendő sanatoriumok fontosságát a helyi assanálás nézőpontjából. Buda-

pest környékén 20—30 km. távolságon belül, Miskolcz dombvidékén és Bihar vármegye valamely hozzáférhető, magasabb fekvésű hegyes részén mindenesetre vannak oly helyek, melyek a kívánt cél elérésére alkalmasak. A magaslati helyek közül a lipthói havasok déli lejtője, Lucski-fürdőtől keletre egészen Pribilnia községig és a Kolozsvár-Brassó közelében fekvő magasfekvésű helyek ajánlatnak, a mennyiben a Tátra-széplaktól mintegy 2½ km. távolságra nyugatra fekvő már kiszemelt területen az építkezés nem volna megvalósítható. Az országszerte elhelyezett sanatoriumok magaslati dependance-ai központosíthatnának a kiváltságos alpinklimájú helyeken és elsősorban a Magas Tátrában.

A kisebb sanatoriumok részben a helyi társadalom hozzájárulásával mint önálló gyógyintézetek, részben mint kisebb városok kórházainak függelékei működnek.

A tátrai állami sanatorium különös fontosságáról részletes indokolást találunk e munkában, mely minden nézőpontból megvilágítja e gyógyintézettől várható előnyöket és meggyőzően csoportosítja érveit a tátrai elhelyezés ellen felhozható ellenvetésekkel szemben.

A modern klimatoterápia a magaslati éghajlat tényezőinek gyógyértékét nem nélkülözheti és ha a részletekig vizsgáljuk ezeket, akkor az 1000—1200 m. magasan a tenger felett, 4—500 m. magasságban a völgyfenék felett, 1500—2000 m. magasságú dőlnek nyitott, lejtős tátrai hegyoldalon megtaláljuk mindazon előnyöket, melyek a tuberculosis sanatoriumi kezelése tekintetében a legértékesebbek. A havasali éghajlat előnyeivel bíró, szélsőségektől mentes klímájú helyek, melyeket ritkán látogatnak főh-n-jellegű szelek, igen-igen ritkák hazánkban és ha vannak is, eddig nem ismeretesek s távol fekszenek a jó közlekedési vonalaktól, piacoktól és ipari központoktól. Egy nagyarányú sanatorium nem nélkülözheti az említett összeköttetéseket és a kulturális kapcsolatot valamely nagyobb várossal. A mennyiben tehát a tátrai sanatorium a kiszemelt helyen épülne, Magyarországnak országszerte elismert legmegfelelőbb klímájú helyére kerülne és e mellett az összes egyéb számottevő követelmény is biztosítva volna. A Tátrát látogató közönséget a fertőzés veszélye nem fenyegeti, mert két oly intézkedést találunk megemlítve, mely erre nézve teljes biztosítékot nyújt: 1. A poprádi állomáson külön váróterem és külön villamos kocsik bonyolítanak le a betegek forgalmát. 2. A kórházi ruhába öltöztetett betegek, éppúgy, mint az összes népsanatoriumokban, itt is úgyszólván internálva volnának és nem jutnának érintkezésbe a nagyközönséggel. Több oly külföldi gyógyhelyeken kívül, melyeket betegek, nyaralók és turisták egyaránt látogatnak, hivatkozik a jelentés arra, hogy már is vannak a Tátra legforgalmasabb útvonalán fekvő fürdőhelyek közvetlen szomszédságában tuberculosisosok részére való gyógyintézeteink, melyek a nagyközönséget eddig sem tartották vissza a Tátra látogatásától.

A műszaki jelentés 1000 ágyas hegyvidéki és 1000 ágyas síkterületi népsanatoriumi típusok, továbbá 80, illetve 100 ágyas kórházi tüdőbeteg-pavillonok részletes tervezetét adja. A hegyvidéki 1000 ágyas népsanatorium terve a tátrai telekviszonyok szemmeltartásával készült és a betegek befogadására 5 egyenként 200 ágyas emeletes épületet tervez, melyek önálló egységeket alkotnának, de közös épületekkel, a minők: felvételi iroda, műtő- és orvos-lakóépület, konyha és gazdasági épületek, fertőtlenítő és mosóház; azonkívül külön volna a fertőző betegek elkülönítő pavillonja, a bonczoló terem és a laboratóriumok, istálló-épület, földalatti összekötő folyosó a betegpavillonok között és kellő számú fekvőcsarnok a szabadban kúráló betegek részére. Az építési tervezet részletes ismertetése meghaladná ezen ismertetés keretét és ezért csak általánosságban emelem ki az alapelrendezés czélszerű takarékoságát úgy a beépített terület nagysága, mint az egyes betegek számított alapterület és köbtartalom tekintetében.

A kórtermek 8- és 10-ágyasok, minden beteg részére külön hideg-meleg vízcsappal ellátott mosdóval és pavillonkénti hidegvízgyógyintézettel, valamint oly ebédlővel, mely 100 beteget tud befogadni és így két turnusos használatot

igényel. Minden beteglakópavillonban két orvos lakás, orvos vizsgáloszoba és kisebb laboratórium is van. A kórtermekben 8 m² alapterület mellett az emeletek belmagassága szerint 24–28,8 m³ levegőtér, az összes kihasználható alapterületből 23,78 m² és az összes beépített köbtartalomból 118,75 m³ jut egy-egy betegre. Az ablakfelszín a 8 ágyas szobákban 10,44 m², a 10 ágyasokban 11,52 m². A berendezés, összhangzásban az építkezés takarékos és egyszerű kivételével, csak a legszükségesebb tárgyakra szorítkozik.

A síkvidékre tervezett 1000 ágyas népsanatórium típus abban különbözik a hegyvidékitől, hogy a betegek lakóépületei földszintesek és észak felé nincs összekötő folyosójuk a kórtermek mögött, melyekből közvetlen kijárás nyílik a szabadba. A beteglakópavillonok 160 ágyas, egyenként 80 ágyas dél felé nyitott U-alakú ikerépületek, közöttük fekvő összekötő szárnnyal. A síkvidéki sanatóriumnál is tervbe vették mindazon üzemi és gyógyberendezések, melyeket a hegyvidéki sanatóriumnál felsoroltam. Részletezve találjuk a személyzeti és adminisztratív előirányzatot is, mely természetesen csak akkor lesz betartható, ha ezen intézmények szigorúan ragaszkodni fognak népsanatórium jellegükhöz. Említést érdemel a tuberculosus terhes nők 40 ágyas pavillonja, mely a sikerületi népsanatóriumoknak igen üdvös kiegészítő része lesz.

A meglévő kórházakhoz csatolandó sanatóriumszerű pavillonok részére egy 80- és 100-ágyas tervezetet találunk a jelentésben, melyek adminisztratív nem alkotnának önálló intézeteket, tehát csupán beteglakópavillonok, melyek azonban fel vannak szerelve mindazon segédeszközökkel, melyek a tüdőgümőkór sanatóriumi kezeléséhez szükségesek.

Sok érdekes adatot tartalmaznak a költségvetési táblázatok, melyek az építési program és a berendezési tárgyak részletezése alapján végeredményként kimutatják, hogy a hegyvidéki 1000 ágyas népsanatórium építési költsége 3,668.600 K, a berendezés és felszerelés 1,200.000 K, tehát egy ágyra 4868 K befektetési költség esik. A sikerületi sanatóriumnál az építés költsége 3,046.953 K, a berendezés és felszerelés ugyancsak 1,200.000, tehát az egy ágyra eső befektetési összeg ezen típusnál 4246 K. A személyzeti létszám 219, illetőleg 212. A napi ápolási költség, a törlesztést beleértve, 5,29 K a hegyvidéki intézetben és 5,25 K a síkvidéki sanatóriumban. A költségvetési számítások a mai árak alapján történtek és ha összehasonlítjuk őket a külföld hasonló célú intézeteinek adataival, az eredményt igen kedvezőnek találjuk.

A 100 ágyas sanatóriumi pavillon befektetési költsége ágyanként 3820 K, napi ápolási költsége betegenként 5,25 K; ugyanezen adatok a 80 ágyas pavillonnál: 3282 K, illetőleg 5,32 K. A tervezett gyógyintézetek működési programja utal oly intézkedésekre is, melyek a sanatóriumokból távozott betegek későbbi sorsát vannak hivatva biztosítani. Oly foglalkozási ágak és kereseti források vannak felsorolva, melyek, az intézetekhez csatoltan, a sanatóriumban elért eredményt állandósíthatják azok részére, kik továbbra is a telepek körzetében óhajtanak élni és dolgozni. Állattenyésztés, kertészet, ipari munkák és a sanatóriumok üzemével kapcsolatos segédmunkálatok munkaalkalmakat biztosíthatnak a megszilárdult munkaképességű betegeknek, kik állandó orvosi ellenőrzés mellett dolgozhatnak. Ezen eszme megvalósulása lépés volna a tüdőbeteg rokkantak telepítése felé és mindenestre értékes tapasztalatokat és irányításokat eredményezne.

Scharl Pál dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Háború és paralysis progressiva című cikkében *Pilcz* arra a végső következtetésre jut, hogy a lehetősége annak, hogy előző syphilisfertőzés fennforgása esetén a háborús fáradalmak és izgalmak elősegítik a paralysis progressiva kifejlődését, elméletileg nem tagadható ugyan teljesen, bizonyítva azonban semmiképpen sincsen. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 25. sz.)

A szívbillentyűbajok fejlődésének tartamához szolgáltat adatot *Reitter* docens (Wien). A 22 éves nőbetegen angina kapcsán 19 nap alatt aorta-insufficiencia fejlődött ki. Az, hogy billentyűbaj ilyen rövid idő alatt fejlődhet ki, gyakorlati szempontból is fontos lehet életbiztosítási pörökben. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 25. sz.)

Az Ehrlich-féle aldehydreactio *W. Unverricht* tapasztalatai szerint feltűnő összefüggést mutat a szívkiáradással. Ugy látszik, hogy az urobilinogen-kiválasztást nem mindig egyedül a májnak valamilyen toxin (tuberculosis, influenza, bélrohadás) okozta megkárosodása létesíti; többnyire a májzavarok kívül bizonyos fokú szívgyengeségnek is jelen kell lennie. Az aldehyd-próba pozitív eredménye tehát kell, hogy a szívre irányítsa az orvos figyelmét. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 25. sz.)

Sebészet.

A gummikesztyű pótlásáról *Herff*, a nemrég elhunyt szülész és nőorvos-tanár kísérletei alapján érdekes cikket közöl *Hüssy* dr. a baseli női klinikáról. A háború kitörése óta megoldatlan az a fontos kérdés, hogy miképpen pótolható a drága, alig kapható gummikesztyű. A baseli női klinikán eleinte főként a „Sterilin“-nel kísérleteztek. Az eredmény nem volt megfelelő. Végre a baseli vegyigár előállított számukra egy olyan anyagot, mely az emberi bőrön tartós, steril, sőt bactericid hárttyát képez. Ez a folyadék nagyjából formaldehyd és különböző phenolok condensációs termékeiből készül, melyekhez megfelelő oldóanyagok segítségével cellulosa-estert vegyítenek. Vattagömbölylyel kenik fel a kézre és a karra s megvárják, míg beszárad. Az így képződött impermeabilis hárttyát híg savak, lúgok, olajok, genny és vér nem támadják meg. Alkohol, szappanos vízzel könnyen lemosható. Amellett rugalmas, nyulékony, nem szakad könnyen. Órákig változatlan marad. A bőr nem izzad, még ha hosszabb ideig, napokig is rajta marad. A betegnek nem okoz semmiféle kellemetlenséget. Alkalmasint a hárttyáról lehasadó formaldehyd s phenol teszi sterillé, mit az ellenőrző bakteriologiai vizsgálatok igazoltak. Gynaekologiai műtéteknél, szülészeti beavatkozásoknál, még ott is, ahol a kéz előzetes fertőtlenítése lehetetlen, nagyszerűen bevált ez az új kesztyűpótló anyag. Egyetlen hátránya, hogy 1–2 perczig tart a beszáradása. Igen olcsó s ezért különösen kisebb intézeteknek ajánlható az immár luxuscikké lett gummikesztyű helyett. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 27. szám.)

Ezzel kapcsolatosan nem lesz érdektelen megemlíteni *Blaschke* berlini tanárnak a Deutsche mediz. Wochenschrift, márczius 30.-iki számában a „Sterilinről“ írt rövid közleményét. A „Sterilin“ syruzszerű folyadék, mely vékony rétegben is teljesen átjárhatatlan bakteriumok számára. Ellentálló savakkal, lúgokkal szemben. A bőrön rugalmas hárttyát képez. Nemcsak arra jó, hogy megvédje az orvos kezét, hanem kitűnő vehiculum a bőrkórtanban használatos szerek részére. A „Sterilin“-ből a vizsgálat céljaira ujjakat is készítenek, melyek tartósak, többször használhatók, de nem oly rugalmasak, mint a gummiujjak.

Endrei dr.-né, Selymes Irén dr.

Ideg- és elmekórtan.

Az érzés ellentmondásairól értekezik *Kollarits Jenő*. A cikk eleje azokat az érzéseket elemzi, a melyek a kétség és remény között való ingadozáskor fogják el az embert és néha kínosabbak, mint a reménytelenség és a gyász, a melyekbe való megnyugvás könnyebben megy végbe, részben talán azért is, mert már adaptált kedélyben történik. Az aggodalom jobban fájhat, mint a bekövetkezett baj. Ideges emberek néha heves szemrehányásokat tesznek maguknak „érzékletlenségük“ miatt, pl. neurastheniás paciens hitványnak mondja magát, mert felesége halálát el bírta viselni. Az önzésnek a megnyugvásban lehet szerepe, de más körülmények itt fontosabbak. Ezt bizonyítja, hogy a magunk bajába is beletörő-

dünk. „Sokat szenvedtem, a míg reméltem, most, hogy nem sokat várok, nyugodtabb vagyok.“ Ez paradox hangzású, de érthető. Az élet, a munka, az egészség akarása az energia általános csökkenésével együtt fogyott és létrehozta a megnyugvást. A bizonytalanság és várakozás is kínos érzésekkel járhat, különösen ideges embereken, de másokon is. Az ideges ember még az örömtől is félhet, még pedig leginkább az öröm testi tüneteitől: a szívdobogástól, reszketéstől stb. „Az örömtől éppen olyan beteg leszek, mint a szomorúságtól“ mondta egy ideges asszony. A cikk azután a fölindulásnak *Lange* és *James* nevéhez kötött elméletére tér át. Annak első pontja, mely szerint a testi tünetek: érzőmozgatózavarok, elhalványulás, reszketés stb. a reflex gyorsaságával követik a külső behatást, mielőtt határozott érzések kifejlődnének, helyes. Ezt bizonyítja pl. az a 12 éves fiú, a ki egyetlen csöp vér látására hirtelen elájul és a kinek eszmélete visszatértekor fogalma sincs a rosszullét és vércsepp látása között fönnálló kapcsolatról és a ki bona fide állítja, hogy izgatott nem volt, sem meg nem ijedt. A theoria második pontja azonban, a mely azt mondja, hogy a fölindulás nem egyéb, mint ezeknek a zavaroknak a megérzése, téves. Ezt bizonyítják az olyan esetek, a mikor valaki külső behatás után hosszabb ideig reszket vagy elsápad vagy érzi, hogy látótéere elhomályosodni kezd és látása lassan megint visszatér és ennek észlelésekor semmi izgalmat nem érez. Ezt a szerző magán is tapasztalta. Ha e tünetek megérzése kimerítene a fölindulás jelenségét, nem volna lehetséges ilyen tünet fölindulás nélkül. Ugyancsak ellene szól *Lange* és *James* fölvétele második pontjának az a közölt észlelet, a mikor valaki fájdalmában kacagni kezdett, miközben narcosis nélkül operálták. Hiszen ha saját nevetésünk öntudata egyenlő volna a jókedvű affectussal, e fájdalmában nevető embernek szörnyű jókedvében kellett volna lennie, s jókedvűnek kellene lennie a zavarában mosolygó embernek, valamint annak is, a ki akasztófahumorról tenné magát túl a baján, ha lehetne. Aztán a ríre spasmodique-ban kínlódó három klinikai beteg (sclérose en plaques, syringomyelia) minden nevetése ellenére se volt jókedvű. E szerint az érzékbenyomás reflectoros úton fölindulás közbevetése nélkül képes testi tüneteket, érzőmozgató zavart létrehozni, talán collateralis úton, talán a kéreg alatt fekvő középpontok közvetítésével, de e tünetek megérzése nem meríti ki a fölindulást. A fölindulás a külső benyomás következtében később támad, mint a reflectoros tünet, de attól független, ösmeretlen folyamat, a mely a kéregben játszódik le. Lehet, hogy valamely külső inger reflectorosán pl. érzőmozgató zavart hoz létre, lúdbőrt, elhalványulást; létrehozhat reszketést is. De lehetséges, hogy ugyanaz az inger nem jut a kéregig, mert akár anatómiai ok, akár pszichikai ok, pl. más irányú elfoglaltság, elzárja az utat. Ilyenkor lehet valakin ilyen tünetet észlelni a nélkül, hogy az illető a megfelelő affectust érezné.

A cikk befejezése a csapások elviselésével foglalkozik és itt fontosságot tulajdonít a szenvedésbe való belefáradásnak, a mi valóságos testi fáradság. Ez úton is megjöhet az álom és nyugalom. A csapások elviselésére a legjobb gyógyítóir a munka, föltéve, hogy a csapás nem elég nagy ahhoz, hogy minden munkaképességet tönkre tegyen. (Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatr., 1916, 33. köt., 1—2. füzet.)

Autoreferatam.

Venereás betegségek.

A sexualis erkölcs keretébe vágó newyorki törvényekről ír *Evelyn Rossen* (Wiesbaden) Springarn „Laws relating to sex morality in New-York City“ című munkája nyomán. A házasságtörést az amerikai büntetőtörvénykönyv legalább 6 hónapig terjedő fogházbüntetéssel vagy legalább 1000 márka pénzbírsággal sújtja. A legtöbb európai büntetőtörvénykönyv csakis a férfiak közötti homosexuális cselekedeteket (paederastia) sújtja; ezzel szemben az amerikai a nők közti homosexuális actusokat is bünteti. A részegséget

az amerikai törvény általában nem tekinti enyhítő körülménnyel. Tíz évig terjedhető elzárás sújtja azt, a ki erőszakkal vagy fenyegetéssel nőt akarata ellenére arra bír, hogy hozzá vagy egy harmadik személyhez nőül menjen. A német törvény erről külön nem intézkedik. Élelmiszerekkel foglalkozókat a törvény eltiltja működésüktől, ha ragályos, főként pedig venereás betegségben szenvednek. A nőknek szerzett joga, hogy csak orvosnő vizsgálhatja meg őket, ha valamely hivatalba való belépéshez orvosi vizsgálat szükséges. (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 23. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Ischias több esetében nagyon jó eredménnyel használta *Vetlesen* a sambucus nigrát, a melynek nedvéből 30 grammot 10 gramm erős édes borral keverten naponként kétszer vételezt be egy héten át, esetleg tovább is, míg a fájdalmak megszűntek. (Norsk Magazin for Lagevidenskaben, 1916, 2. szám. Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 24. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 31. szám. *Pollatschek Arnold*: A cholelithiasis diagnosisa. *Lövi József*: A hasi hagymáz vaccina-kezeléséről.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 31. szám. *Goldberger Ede*: A Wassermann-reactióról.

Vegyes hírek.

Választás. *Szenes László* dr.-t a csepregi járás járásvorossá, *Kajtár István* dr.-t Gelsen körorvossá választották.

Bácsbodrogyvármegyében az utóbbi hónapokban történt behívások miatt újabb csökkenés állott be orvosokban s hivatalosan megállapították, hogy a hiányzó orvosok száma 72. Ennek következtében több község orvos nélkül van.

Meghalt. *Fejér Dávid* dr., Csikvármegye tb. főorvosa, Gyergyószentmiklós város nyugalmazott főorvosa, július 28.-án 66 éves korában. — *Heisler Jakab* dr. városi, tiszti orvos Szabadkán július 29.-én 57. évében. — *A. Neisser* tanár, a nagyhirű dermatologus és syphilidologus, a gonococcus felfedezője júl. 30.-án, Boroszlóban, 61 éves korában. Jövő számunkban bővebben foglalkozunk az elhunyt nagy tudós érdemeivel. — *Victor Horsley*, a világhírű sebész és agyvelő-physiologus, a londoni National Hospital főorvosa, 59 éves korában Mezopotámiában szerzett napszúrás következtében. — *A. Weil* dr. Wiesbadenben, a „Weil-féle betegség“ első leírója, 68 éves korában. — *J. Ranke*, ismert anthropologus, az embertan ny. r. tanára a müncheni egyetemen, aug. 23.-án 80 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A marburgi belorvostani tanszékre *G. Bergmann* dr.-t, az altonai városi kórház igazgatóját hívták meg. — Genfben *E. Kummer* dr.-t, a sebészet ny. r. tanárává nevezték ki, az elhunyt *Girard* tanár helyébe.

Hírek külföldről. A Vilmos császár-társaságnak egy új kutatóintézete nyílt meg ismét legutóbb Berlinben: a munkn-physiologiai intézet. A búvárkodásnak ez az új otthona az élettani intézet telkén áll; vezetője *Rubner* tanár, az élettani intézet igazgatója.

Dr. JUSTUS ^{kórházi főorvos} bőrgyógyító és kosmetikai intéze'te

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészlőlékek, frigoritherapia, fűrdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma

Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek térli- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriá-
utca 34.

Dr. Réh

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

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — benuítások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. rendes tudományos ülés 1916 április 1.-én.) 437. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1916 április 1.-én.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Némái József: Az Augusztá-barakkórházban 3 beteget volt alkalma megfigyelni, kik közül egyik pusztán néma, a másik kettő süketnéma volt. Az előbbi *Gellért* tagtárs rövidesen azzal hozta helyre, hogy nagyon erélyesen megparancsolta neki, hogy 8 napon belül beszélni kell tudnia. Már harmadnapra visszanyerte beszédzavát. A rövid időre ugyanazon kórterembe érkezett siketnémaival írásban kellett érintkeznie és megmagyarázta neki, hogy egy bajtársa a múlt héten ily bajból meggyógyult és hogy ő is visszanyeri hallását és beszélőképességét, ha a füléből kifecskendezik a homokot, mert a betegnek külső hallójárata csakugyan még telve volt törmelékkel, mely nyilván a földfedezékből került oda. A beteg a kifecskendezés után csakugyan azonnal beszélt és hallott. A harmadik beteg (voltaképpen az első esete) nem gyógyult meg; ez időben a suggestív eljárást a felszólaló még nem ismerte, de az idegen nyelvű nem intelligens és írni-olvasni nem tudó beteggel nem is lehetett sehogy sem érintkezni. Kétségtelen, hogy mind e betegeket a földfedezék eltemette és hogy hosszabb ideig eszméletlenek voltak. Fölszólaló még megjegyzi, hogy a gyógyult betegeket nem is kellett előbb izolálni.

Jendrassik Ernő: Az izolálás főcéljaként azt tekinti, hogy a betegek ne járhasanak ki a kórházból s ott őket ne látogassák és ne szórakozhassanak. A vagus-sérülésnek, még ha ezt az ideget teljesen ki is vágják a szövetéből, még akkor sem lenne mutismus a következtében.

Sarbo Artur: Anatómiai tényeket egyaránt el kell ismerni mindenkinek, akármily álláspontot foglal is el. Ezért is *Jendrassik* azon kérdésére, hogy kerül a süketnéma-esetekhez a bolygó ideg, a válasza az, hogy köztudomás szerint a gégebeidegző ideg (n. recurrens) a vagusból ered. *Legelső idetartozó esetében vagus-sérültséget vett fel s kereste, van-e ezen sérültségnek egyéb jele is, s valóban szabálytalan, rendkívül szopora szív működést talált s ez tette előtte kétségtelenné, hogy a vagusbántalom fennforog.*

A súlyos természetű húgycsőszűkületek kezelése. különös tekintettel a háborús traumák okozta húgycsőszűkületekre.

Remete Jenő: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Boross Ernő: 10 év óta ismeri a *Remete* eszközét, de nem lehet azért szemrehányást tenni, ha nem használja. Minden szakorvos kidolgoz magának egy methodust, melyet begyakorol és melyet semmiféle műszerért nem hagy el. A tankönyvek tanítása, hogy impermeabilis stricturákat nem szabad rigid műszerrel tágitani, megáll, mert csak nagy gyakorlattal bíró szakember próbálhat meg ilyet. Ez lehet az oka annak, hogy *Remete* eszköze nem terjedt el.

Impermeabilis stricturákon türelemmel át lehet hatolni puha szondával és filiformissal. Szólok majdnem mindig célzt ért így, egész praxisa alatt csak 7 urethrotomiát kellett végeznie. Különben örül rajta, hogy az előadó is elsősorban a conservatív eljárás híve.

Darvas Géza: Az előadásban nélkülözte a dilatátorok felemlítését, a mely a katonaságnál a gyors tágitás és harcoképesse tevésszempontjából nagyjelentőségű.

Weisz Ferencz: A bulbusresectióra és plastikára nézve az a megjegyzése, hogy az összes operatív eljárások azért nem váltak be, mert recidivák állanak be utánuk. Csak egy mód van, ha ruganyos szövetet, pl. vena saphenát vagy béldarabot, pl. kiirtott appendixet implantálunk. De a circularis varrat is recidivát okozhat.

Kérdi, a strictura gummosa syphiliticát miből diagnoskálta és hogyan kezelte.

Farkas Ignác: A *Remete*-féle kalauzos szonda hátrányát, szemben az általánosan használt *Lefort*-féle eszközzel, főleg abban látja, hogy a *Lefort*-eszközzel a szondavég a rácsavarható vezetőhöz conusosan megy át és így a vezető után nagyobb fokú szűkületbe is könnyen bevezethető, míg a *Remete* eszközén a fémszonda nem teljesen egye-

zik a vezetővel és a köztük levő körkörös hézagba a szűkületnek nyálkahártyarésze beszorul, beakad. A *Lefort* szonda egyetlen hátránya eddig az volt, hogy a vezető leszakadhatott a szondáról. A módosított, a csavarmenetre rászórt vezetőknél ez nem fordulhat elő. A maga részéről ezen eszközt különösen a jelenlegi katonai praxisban kiterjedten használja, mivel a tágitás igen rövid idő alatt vihető ki vele. Fontos, hogy az előbb bevezetett tágitó a szűkületben elég jól mozgatható legyen, ha nem mozgatható, a vezetőt 24 órán át benn kell hagyni és csak azután kezdhető meg a tágitás. A mi a belső húgycsőmetszést illeti, nem tartja elavult methodusnak, mivel bizonyos esetekben igen jó szolgálatokat tesz (nem traumás szűkület eseteiben). Az egész húgycsőnek sértése az eszközzel azért kizárt, mivel a kés csak ott metsz, ahol rigid, ellenálló szövetre talál. Ami a műtét beavatkozásokat illeti, a kérdés már régebben tisztázottnak tekinthető *Illyés* és *Rihmer* előadásai kapcsán; a mennyiben csak a traumás eredetű szűkületek valók radikális circularis varratra, ha a szűkület 3 cm.-nél nem hosszabb. Tapasztalatai alapján (Honvéd helyőrségi kórház és *Illyés* osztálya, a hol 12 esetben végzett circularis varratot) legfontosabb az utókezelés szempontjából, hogy állandó kathetert vagy ne vezessenek be, vagy csak 24 órára, továbbá, hogy a húgycső feletti rétegek prima egyesülése jöjjön létre és hogy a húgycső feletti rétegben ne legyen heg, mert főleg ezen külső hegek zsugorodása vezet recidivára azáltal, hogy a húgycsővet nyomja vagy félrehúzza. Ezért újabban a műtétet úgy végzi, hogy a börtmetszést nem a stricturás területen, hanem a felett vagy alatt kezdi, s a varrt húgycsőrészletet az így nyert félkör alakú bőrlebensnyel fedí.

Remete Jenő: Elismeri, hogy *Boross* a saját methodusával jobban boldogul, de a szóló műszerét nem a szakemberek, hanem főként a gyakorló orvos számára szerkesztette, a ki jó hasznát is veszi retentiók és szűkületek eseteiben. *Weisz*-szal szemben megjegyzi, hogy a bulbus-resectio már polgárjogot nyert. A szóló nem operál mindenáron, ellenkezőleg a conservatív eljárás híve, de ha operálni kell, akkor a radikális eljárás híve. Az állandó kathetertől sem fél, ha a betegnek nem volt gonorrhoeája; csak szorgalmasan kell változtatni a kathetert. A varrat is tartós, fistulát előállani nem látott. Hogy a resectióval operált esetek nem mindig idealisak, elismeri, de a resectióval a strictura folytonos kezelésének eleje van véve. A tágitót illetőleg *Farkas*-sal egyetért, hogy az csak az infiltratio felszívódását segíti elő; forcírozni nem szabad. A *Lefort*-eszköz használata izlés dolga, a szóló is használta; csak akkor szerkesztette eszközét, mikor a *Lefort*-félével kárt okozott.

A lágy műszereknek is van előnyük, de ha nem lehet velük célzt érni, akkor kemény műszerre van szükség.

PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménésintézetnél a külső gazdasági majorokban ellátandó orvosi szolgálatra azonnalra egy kisegítő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 20 (husz) korona napidíj és egy bu-torozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve folyó évi augusztus hó 12.-éig az alant feltüntetett parancsnoksághoz nyújtan-dók be. Később érkezett folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Gyakorlattal bíró orvosigazgatók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménes katonai parancsnokság Mezőhegyesen.

5795/1916. sz.

A *Zaránd, Köröscsente* és *Szineke* községekből álló egészség-ügyi körben megüresedett a *zarándi körorvosi állásra* pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, négyszer ismétlődő 200 koronás ötödéves korpótlék, 1000 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér és 300 korona fuvarátalány vagy természetben ki-szolgáltatott fuvar s a kör székhelyén halottkémlelési és húsvizsgá-lati díjak.

A körorvos kézi gyógytár tartására fel lesz jogosítva. Az orvos-tudori oklevéllel felszerelt kérvény augusztus hó 25.-éig adandó be hozzám.

Kisjenő, 1916 július 26.

A főszolgabíró.

Acetoform „Kalle“

(Eczetsavas anyagföld + Czitromsavas és Hexamethylentetramin)

Szabadalmazva és elnevezése törvényesen védve.

Poralakban

Tabletták á 1 g.

5%-os Boluspuder

5%-os kenőcs

A hivatalos Liquor aluminii acetici pótszere szilárd alakban.

Vízben könnyen és teljesen oldódik.

Az oldatok még hónapok után sem mutatnak ülepedést.

Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich am Rhein.

Walthers' Elixir Condurango peptonat. „Immermann“.



Kiváló stomachicum.

Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomorbántalomnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlva számos hírneves szaktekintély által.

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

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

Irodalom és próbaüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12.

Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél Bpsten.

TARCSA-GYÓGYFÜRDŐ

Vas megyében.

(A magyar Franzensbad.)

SPECZIÁLIS NŐI ÉS SZIVGYÓGYFÜRDŐ.

Hidegvízgyógyintézet. Világhírű vaslápa a franzensbadival egyenértékű, sőt a marienbadit jóval felülmúlja és hazánkban a legjobb. Természetes szénsavas fürdők. Glaubersós-vasas és lithion-tartalmú alkalisós sós források. Páratlan gyógyhatású: vérszegénység, csúsz, húgysavas diathesis, idegbajok, a vese, hólyag, emésztési és légzőszervek hurutos bántalmait ellen is. Fürdőorvosok: dr. Bartha Kornél, v. tanársegéd és dr. Glück Gyula. Évad június 1.-étől szeptember 30.-ig, Vasút-, posta-, távirda- és telefon-állomás. Villanyvilágítás, fenyvesek. — Kivánatra prospectus.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhimlő-

A. magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.

Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.

És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)



„Bayer“ CONTRATUSSIN „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

Bayer-gyógyszertár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

— Főhercegi udvari szállító. —

Kivánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Ujj-condomok

prostata-massage céljaira

pótolhatók Dr. Hecht szerinti, kézvédővel ellátott

Zellbatist-ujj-condomok

által.

100 darab ujj-condomot tartalmazó karton ára

K 4. — Márka 2.85.

Két nagyságban raktáron.

Emil Oesterreicher, Prag-Smichow, Ferdinands-Kai 30.

Merkarsen Syphilis

Azonos az „Ene sol“-al! Mellékhatás és fájdalommentes befecskendezés!

Speciál-laboratorium „Eri“

Rózsavölgyi Imre, gyógyszerész

Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

RÖNTGEN ERICSSON magy. vill. r.-t.

és egyéb villamos

gyógyászati

készülékek

ezelőtt: DECKERT és HOMOLKA

BUDAPEST,

VI., Vörösmarty-u. 67.

Telefon: { 28-09
89-64

— Röntgen-csővek, lemezek, erősítőernyők állandóan raktáron. —

Dr. EGGER-fele készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

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.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLESEK.

- Jendrassik Ernő:** Néhány megjegyzés a háborús neurosis tanához. 439. lap.
Limbacher Rezső: Közlemény Batthyány-Strattmann László herczeg dr. köpcsényi kórházából. Egyidejű extra- és intrauterin terhesség esete. 441. lap.
Gonda Viktor: Közlemény a m. kir. Rokkantügyi Hivatal rózsahegy-i különleges gyógyintézetéből. A háború okozta „traumás neurosis“ tüneteinek gyors gyógyítása. 445. lap.
Ország Oszkár: Közlés az Erzsébet királyné-sanatorium férfi-osztályáról. (Igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) A tüdőtuberculosis gyógyulása a különböző évszakokban. 446. lap.
Guszman: Neisser Albert †. 447. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Forbát:* Die Immunitätslehre und deren praktische Anwendung im Kampfe gegen die Kriegsseuchen. — *Lapszemle.* Belorvostan. *Ochsenius:* A szamárhurut kezelése. — *Sebészet.* Linkart: Vékonybélisipoly. — *Zeller:* A nyak lövési sérülései. — *Szülészet és nőorvostan.* Küstner, Hofmeier és Baisch: Az extraperitonealis császármetszés fölénye. — *Szemészet.* Kraupa-Rank: Embolia arteriae centralis retinae gyógyult eset. — *Bőrkórtan.* Kittsteiner: A verejték chemiája 448—449. lap.

Magyar orvosi irodalom. 449. lap.

Vegyes hírek. 449. lap.

Tudományos Társulatok. 450—451. lap.

Melléklet: Szemészet. Szerkeszti Grösz Emil.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Néhány megjegyzés a háborús neurosis tanához.

Irta: *Jendrassik Ernő* dr., ny. r. tanár.

Az egyetemi II. belklinikán bőséges alkalmam volt háborús neurosis-esetek megfigyelésére. Tapasztalataim a kérdések főbb pontjait illetőleg megegyeznek *Nonne* adataival. Észrevételeim néhány általánosabb vonatkozású tételre vonatkoznak.

Az esetek legnagyobb többsége a hysteria körébe tartozik. Ennek a betegségnek a pathológiája a kóros suggestió hatásán alapszik. A hysteria tanának története azt bizonyítja, hogy sajátságos módon nemcsak az orvosok és a körülmények suggeráltak a beteget, hanem a betegek orvosait is. A mikor ezek érdeklődésükkel látótérszűkületet, féloldali érzéstelenséget, gyakran görcsöket támasztottak: soká abban a nézetben éltek, hogy ezek a tünetek a betegség lényegéhez tartoznak, mert nem vették észre, hogy voltaképpen ők az előidézői. Mi egyéb volt az, mint a beteg suggestálása az orvosra, a mikor *Charcot* a hypnosis klasszikusnak látszó egyes phasisait felállította? Öntudatlanul a betegbe suggerált tüneteket valóságos jelenségnek vettek a kísérletezők. Nálunk *Högyes* és *Laufenauer* estek ebbe a hibába s téves következtetésekre jutottak. Az öntudatlan suggestálás a mindennapi életben is nagy szerepet játszik; hányszor ad a szavaknak egészen más értelmet az arckifejezés, a hangsúlyozás, külső körülmények. Ezeket a figyelmet sokszor elkerülő befolyásokat még sem szabad tekinteten kívül hagynunk, ha észleleteinkről ítéletet akarunk mondani. Meggyőződésem, hogy az e tárgyban felvetődött véleményeltérések kiegyenlítődnek, ha a betegség sajátságos alaptermészetét: a flexibilitas cerea mentis-t teljes mértékében tekintetbe vesszük. A hysteriás jelenségeket kedélyi traumák váltják ki, de más, úgynevezett pszichikai behatások: hypnosis, éber suggestálás, bőrfaradozás s több efféle el is tüntethetik; ilyen körülmények között érthető, hogy külső behatások alatt, azok mértéke szerint, folyton módosulhatnak is. Elégé tanulságosan látjuk a mostani eseteken, hogy a gyógyítás eredményét igen nagy mértékben befolyásolja a kezelő orvosnak álláspontja e bajjal szemben. Ha valaki, mint *Oppenheim*, e bajokat jóformán gyógyíthatatlannak véli: bi-

zony legtöbb esete változatlan marad; ha ellenben az orvos gyógyíthatóságukról meg van győződve: igen nagy százalékban kedvező eredményt ér el. Ugy látom, hogy azok az orvosok, a kik a baleset-neurosis-eseteket mint járadék-hajhászokat elítélik, tulajdonképpen a hysteriások jellemét tévesen ítélik meg. Nem szabad elfeledni, hogy az ilyen bajoknak nemcsak a hirtelen támadt balesetek az egyedüli okai; igen gyakran kisebb intenzitású, de tovább tartó lelki traumák váltják ki a bajt. Ismeretes, hogy ilyen ok gyanánt szolgálnak nem ritkán a jogászai észszel, rosszul fogalmazott balesetbiztosítási törvények, az izgató, végnélküli törvényszéki tárgyalások, ügyvédi és egyéb tanácsadók összezavaró beszéde, stb. Kétségtelen az is, hogy békekötés után a háború okozta neurosisok is jobban fognak gyógyulni, de azért mégis egészen téves volna az a felfogás, mintha ezek a betegek csak ki akarnák vonni magukat a szolgálat alól. Valaképpen olyan bajuk van, a mely suggestálásoktól függ, ezek részben közvetlenül hatnak rájuk környezetük útján, részben pedig emlékezetük révén. A harcztér közelében kórházakban szerzett tapasztalatok, de klinikai számadataink is azt bizonyítják, hogy neurosisban aránylag kevesen betegednek meg: tulajdonképpen csodálatraméltó, hogy az emberek ilyen megerőltetéseket, ilyen borzalmakat oly hősiiesen elviselnek, hiszen aránylag kevés a neurosisos beteg.

Már régebben tapasztalták, de tévesen értelmezték, hogy a gyorsan letárgyalt és végkielégítés alakjában kiegyenlített baleseti neurosisos betegek sokkal nagyobb százalékban gyógyultak meg utólagosan, mint azok, a kiknek rendes évjáradékot ítéltek meg. Ez a körülmény azt bizonyítja, hogy az előbbi kártérítési módszernek sokkal jobb gyógyító hatása van, mint az utóbbinak, de nem engedi meg annak a felvételét, hogy az illető beteg csak járadék-hajhász volt s ha akart volna, előbb is meggyógyult volna. Bizonyos, hogy akadnak, mint más téren is, itt is tettető, de ezek inkább neurastheniás panaszokat, néha lázat tettetnek, de nem a jól jellegzett hysteriás tüneteket. Bajos is feltételezni, hogy valaki oly kínos, nehezen utánozható, végtelenül fárasztó tünetcsoportot, a milyen a legtöbb háborús neurosis kórképe, tartósan tudna utánozni.

A neurosisban szenvedők többsége azt állítja, hogy bajuk egy robbanó golyó okozta levegőnyomástól keletkezett, ez a nyomás őket földhöz vágta vagy elröpítette, eszméletüket elvesztették s mire ismét feleszméltek, a tünetek ki voltak fejlődve. Ezzel szemben elég sok esetben kiderült, hogy a

kórjelenségek később támadtak, vagy később, nem egyszer a kórházban, rosszabbodtak, sőt néha csak a kórházban jelentkeztek. Nem lehet bebizonyítani, hogy a robbanásnak mennyi hatása volt az ilyen esetekre, de ha az ember hallja, hogy milyen félelmetes az ilyen bombázás, mennyire hatnak a minduntalan ismétlődő robbanások a katonák lelkületére: nagyon is elgondolható, hogy nem is egy, tűrőképessége fogyatékán, a mikor idegrendszerének egyensúlya megroppan s ő elájul, úgy véli, hogy az explosio szele érte, szomszédai pedig, nem látva egyéb okot, azt hiszik, hogy a robbanás lökte őt a földre. Mégis feltűnő, hogy még azokban az esetekben sem, a melyekben pedig állítják, hogy az eszméletlenség soká tartott, még ezekben sem támadtak súlyosabb egyéb jelenségek, a milyenek a hányás, vérzés, fejfájás, bradycardia kettős látás, tehát a commotio cerebri tünetei. Ezen az alapon úgy érzem, mintha ezekben az esetekben az eszméletlenséget nem a trauma okozta volna közvetlenül, hanem voltaképpen az ijedtségtől, a kimerüléstől csak hystériás ájulási roham támadt.

Ismeretes, hogy *Oppenheim* s legújabban *Sarbó* is (bár nem egészen azonos módon) úgy gondolja, hogy ezen eseteknek legalább egy részében a háborús neurosis tünetei valamelyes mechanikai trauma okozta szövetelváltozásnak a következménye, hogy tehát ezekben az esetekben a *mechanikai* trauma a kiváltó, nem a *psychikai*. Ezzel szemben azonban azt hiszem, már untig eléggé meg van állapítva, hogy a háborús neurosisok tünetei a hystériától nem különböznek, s hogy e neurosisok jelenségeit egyszerűen elsuggerálhatjuk. Hozzácsatolnám ezekhez, hogy több esetet láttam olyat, a ki nem is volt a harcmezőn, hanem csak a kaszárnnyában vagy a kórházban; így egyik ilyen betegünk hasi hagymázat állott ki s soká feküdt súlyos betegek között a katonai kórházban; egy előkelőbb rangú tiszt pedig elég súlyos neurosisba esett, mert lelkiismeretében nagyon alapos kétség támadt azon, hogy vajjon azokon a hadbíróági tárgyalásokon, a melyeken neki hivatalból részt kellett vennie, eléggé igazságos alapon végezték-e a tárgyalást. A mi azonban ezen kérdésben a legtanulságosabb, az az a sok háborús neurosis-eset, a melyet a nem harczoló lakosságban, főképp asszonyokon és leányokon láttunk; olyan egyének voltak ezek, a kik otthonukból menekülni kényszerültek, vagy férjeikért, gyermekeikért, testvéreikért állandóan a legnagyobb aggodalomban éltek. Ezen egyének közt, a kiket tehát semmiféle mechanikai trauma nem ért: egészen tipusos astasia-abasia, tick, sőt Saalam-tick s egyéb görcsök, a katona-neurosisok teljesen hű másolataként fordultak elő; sőt még a gyermekükért aggódó férfiakon is láttam súlyos depressziós neurasthenia-recidivát.

Végül még egy körülmény bizonyít a mechanikai trauma felvételének jogosultsága ellen: a neurosisban megbetegedettek nem ugyanazok, a kik súlyosabban megsebesültek, a mint ez már sokaknak eddig is feltűnt. Ritka az olyan eset, a mikor sebesült neurosist is kap (legfeljebb utólagosan a kórházban), pedig ezek biztosan elszenvedtek bizonyos mechanikai traumát. A saját testének sérülése nem hat oly erősen az illető kedélyére, mint a szomszédnak halála, szétmarczangolása. A golyók véletlenből érik a katonát, a neurosis ellenben az illetőnek velejáró dispositiója alapján fejlődik ki; világos, hogy e két csoport nem ugyanazokat az egyéneket illeti. Többen iparkodtak azon, hogy az ilyen neurosisossá vált egyének előéletéből a hystériás alapot kimutassák. Ez azonban csak ritkán sikerül, bár az intelligensebb osztályhoz tartozó egyéneknek elég gyakran meg lehetett találni a hystériás kórelőzményi adatokat. A közönségesebb emberek élete azonban rendszerint olyan szűk keretben maradt, hogy latens hystériájuknak nem volt kiváltó eseménye. A háborús neurosis bekövetkezte ellenben a legjobb bizonyítéka annak, hogy ez a beteg hystériásan disponálva volt. A bekövetkezett neurosis klasszikai kísérleti bizonyíték, többet bizonyít, mintha valami kórelőzményi adatot találnánk. Nagyon is egyéni annak az ingernek a mértéke, a mely hystériás tünetet kiválthat; vannak hystériások, a kiknek kis okokkal szemben

alig van ellenállóképességük, nagy események idején ellenben gyakran nem is sejtett lélekerősségről adnak bizonyosságot, ámbár ezt a sajátságos magatartást inkább neurastheniásokon tapasztaljuk.

Sok szerző úgy véli, hogy a hysteria fogalma még nagyon bizonytalan és jóformán az orvos személyes meggyőződésétől függ, hogy egy adott esetet ebbe a fogalomba számít-e vagy sem. Ezzel ellentétben hangsúlyoznom kell, hogy a hysteria klinikailag igen élesen körülírt állapot s elméletileg is a könnyű hypnotizálhatóság és suggerálhatóság más kóralakoktól teljesen elkülöníti. *Oppenheim* legutóbb eme háborús neurosisokról kiadott könyvében megkísérli bizonyos kórcsoportok létesítését, de be kell vallania, hogy ezek a külső kóralakok bizony egymásba átmennek. (Die Uebergänge sind vielmehr fliessende [191. l.].) Egymásba átfolyó kórképek azonban ugyanazt a betegséget jelentik, a melynek tünetei, mint minden más betegségben is, kissé változhatnak. Hány külön betegséget lehetne ezen az alapon pl. a tabesből alakítani! A hystériának és neurastheniának egymástól való elkülönítése határozottan lehetséges azon az alapon, hogy igazán neurastheniás beteg nem hypnotizálható, vagy legalább kórtüneteit ezen az alapon nem mulasztathatjuk el. Lehetséges, hogy némely beteg tünetei egy részében neurastheniás, a másikban hystériás, de harmadik csoport felvételére, a melyet *Oppenheim* „nem psychikailag kiváltott neurosis” néven jelez, valóban semmi okot sem találok, legkevésbé a katona-neurosisokra vonatkozóan, a mely esetekről határozottan felvehetjük, hogy azok túlságosan nagy psychikai befolyásolás alatt állottak s talán nem is volt szükség arra, hogy még a közelben gránát is felrobbanjon, s így a disponált idegrendszerben a tüneteket kiváltja. Sokan elfelejtik, hogy azokban az esetekben, a melyekben nagyobb sérüléssel, csonttöréssel kapcsolatban kiterjedtebb bénulás jelentkezik, mint a milyen a sérülésnek pontosan megfelelne, az illető végtag soká fájdalmas volt és rögzítő kötésben maradt! Hogy e mellett vasomotoros, táplálászavarok is támadnak, igazán nem csodálatos. Ezekben az esetekben a bénulásnak nagyobb kiterjedése másodlagos, épp úgy a mint ilyen eseteket ízületi gyulladásokkal kapcsolatban gyakran tapasztalunk.

A mi a gyógyítás módszerét illeti, álláspontomat néhány szóba foglalhatom egybe. Minél kevesebb beavatkozást a betegre! Minél több önbizalmat az orvosba! Némely sanatoriumban, sőt kórházban is túlön sok orvosló módszert alkalmaznak, e mellett megengedik, hogy a beteg látogatókat fogadhasson, sőt a kórházból kijárhasson; mindezek megakadályozzák az eredményt. A kórházban a rosszul gyógyuló, renitens szomszédok gátolják némely eset javulását, viszont a nem szakértő előtt sokszor csodálatosnak látszó hirtelen gyógyulás nagyon jól előkészíti a gyógyulásra a talajt. Klinikámon a neurosisos betegeknek nem szabad ágyukat elhagyni; a közös kórtermekben az ilyen betegek ágát spanyolfallal vesszük körül. Látogató ezekhez a betegekhez nem jöhet, még a betegtársaknak sem szabad a rekeszbe menni, sőt az osztályon működő orvosoknak sem szabad az ilyen esetekért külön érdeklődniök. A hystériás betegeknek ilyen elkülönítését már sok év óta alkalmazom a legjobb eredménnyel a klinikámon; e betegek nem panaszkodhatnak, nem beszélhetnek senkivel, de hallják, a mi a kórteremben történik. Lassankint érdeklődni kezdenek a kórteremben hallható beszélgetés iránt, ez figyelmüket bajuktól eltereli s az a kívánság, hogy ismét érintkezessenek emberekkel, nagyon előmozdítja gyógyíthatóságukat. Nehezebben befolyásolható esetekben a beteget tiszta tejdiéta is fogjuk. Gyermekek és nők hystériája ellen ez és reggelenként igen röviden tartó (32° C) félfürdők az egész kezelésünk. Nagy műhibának tartom, ha valaki hystériás és neurastheniás beteget panasza helyén kezel (a mit pedig főképp sebészek, nőorvosok és más specialisták igen gyakran követnek), mert ez még megerősíti őket abban a téves érzésükben, hogy valamely szervi megbetegedésük van. A katonák gyógyításában ezen izoláláson kívül még erős faradozást — mint a neurosist kiváltó stimulus ellen antistimulust — alkalmazunk a

testnek valamely érzékeny pontján, természetesen itt sem olyan helyen, a melyen a neurosis is jelentkezik. Ezt a villamozást hirtelen, készülékünk teljes erősségű áramával végezzük, de előbb megfelelő bevezető verbal-suggestálással kísérik e kezelést. Ebben ma már segít kinikánk hírneve; a betegek tudják, hogy itt meggyógyítják őket. Többnyire a n. ulnaris volt az, a melyre az activ elektrodot ráillesztettük. Hypnoshoz csak kivételesen folyamodtunk, ámbár a betegek egy része a villamozás alatt csaknem hypnosisszerű állapotba jutott. A gyógyulás többnyire egyszerre elérhető volt, nem ritkán azonban néhányszor ismételni kellett az eljárást az eredmény tartóssá erősítése céljából. Eddig már több mint 500 esetünk volt, a melyek közül tünet nélkül mintegy 80%, tetemesen javulva 12%, változatlanul 8% hagyta el a klinikát, az utóbbiak nagyrésze psychosis eset volt. Nem állítom, hogy a tünet nélkül elbocsátott beteg végképp meggyógyult; a gyógyult hysteriás beteg voltaképpen csak latensen hysteriás egészséges. A háború után igen tanulságos lesz e betegek további sorsát kikutatni.

Közlemény Batthyány-Strattmann László herczeg dr. köpcsényi kórházából.

Egyidejű extra- és intrauterin terhesség esete.*

Irta: Limbacher Rezső dr., nőorvos Pozsonyban.

Fr. Neugebauer (Gynäk. Rundschau, 1913, 22. füzet) a szóban levő kérdésről írt rendkívül szorgalmas munkája végén ezt mondja: „Die Kenntnisse dieser ominösen Komplikation noch mehr zu verbreiten, ist der Hauptzweck meiner heutigen Arbeit.“ Midőn e lapok hasábjain ezen — még mindig nagyon ritka — szülészeti rendellenességről értekezni kívánok, semmi egyéb célom nincsen, mint esetemmel kapcsolatban a heterotop ikerterhességre vonatkozó legújabb ismereteket összefoglalni és az összegyűjtött tapasztalatokat az orvosi gyakorlat számára értékesíteni. Erre annál is inkább szükség van, mert a legnépszerűbb szülészeti tankönyvekben is csak mint igen ritkán előforduló complicatióról, röviden és minden különösebb hangsúly nélkül emlékeznek meg. Bumm¹ a maga kiváló „Handbuch“-jában másfél sorban intézi el, Ahlfeld² is csak néhány sorban emlékszik meg róla. A legújabb, szinte szenzációszámba menő szülészeti munkában, a Döderlein³ „Handbuch der Geburtshilfe“ második kötetében Veit az extrauterin graviditas fejezetében már felsorolja azokat a tapasztalatokat, a miket 1907-ben Neugebauer a maga monographiájában 170 eset kapcsán összegyűjtött (1913-ban közölt újabb 73 esetéről azonban még nem tesz említést). Winkel⁴ nagy munkájában, a melyhez a gyakorlóorvos nem igen férhet, Werth már szélesebben tárgyalja a kérdést, alapul véve a jóval kevesebb esetből álló Christer-Nilsson-féle sorozatot (63 eset).

Mínthogy tehát azokban a tankönyvekben, melyek nálunk is közkézen forognak, nagyon keveset olvashatunk erről a kétségtől érdekes és sok mellékkérdést felszínre vető rendellenességről, hasznos munkát vélek teljesíteni, ha esetem közlése után bővebben foglalkozom ezzel a témával. Annál is inkább érzem ennek szükségét, mert hiszen a magyar irodalomban összesen csak 4 eset került észlelés alá, a nélkül azonban, hogy a szerzők az esetek kapcsán bővebben foglalkoztak volna a heterotop ikerterhességgel.

Mielőtt tulajdonképpeni tárgyamra áttérnék, előrebocsátom az általam észlelt esetet.

1916 márcz. 8-án M. J. köpcsényi földműves keresett föl rendelőórám alatt és arra kért, hogy hirtelen és súlyosan megbetegedett nejét lehetőleg azonnal nézzem meg, mert a köpcsényi kórház assistense a betegnek a pozsonyi klinikára

való szállítását rendelte el, de felesége annyira gyenge, hogy nézete szerint még az úton meghalhatna. Katonai szolgálatom miatt csak délután 5 órakor látogathattam meg a beteget, a kin a következő anamnesist, illetve leletet vettem fel:

III Partus, rendesek, élő, érett magzatokkal. Gyermekei mind élnek és egészségesek. Utolsó havibaja deczember vége felé volt. Pontos kezdésének napját nem tudja. Mostani terhessége alatt valamivel rosszabbul érezte magát, különösen 3 hét óta állandóan feszülő érzése volt az alhasában, de azért ma reggelig aránylag jól érezte magát. A délelőtti folyamán azonban hirtelen alhási görcsei támadtak, elájult és azóta állandó metsző fájdalmai vannak, különösen alhasa bal felében. Annyira gyenge, hogy fejét nem tudja felemelni a nélkül, hogy ájulás ne környékeznél. Az előhívott orvos, felismerve a beteg súlyos állapotát (appendicitist vett fel), a betegnek azonnal beszállítását ajánlotta a legközelebb fekvő pozsonyi klinikára.

Status praesens: Az elég jól táplált nőbeteg arcza fel-tűnően halvány, látható nyálkahártyái vérszegények. Pulsusa szabályos, de üres, száma percenként 120—128 között változik. A has mérsékelt puffadt, alsó részében körülbelül a szeméremizület és a köldök közötti középig tompult, felső felében tympanikus a kopogtatási hang. A hasban mérsékelt fluctuatio biztossággal kimutatható. Az abdomen egyébként tapintásra igen érzékeny, a fájdalom punctum maximuma a bal ovarium tájékára esik.

Belső vizsgálat: A hüvely tág, a boltozat erősen le van domborítva, az ökölnyi uterus erős anteflexióban. A baloldali adnexumok vizsgálata igen nagy fájdalmakat vált ki, tumorképződést kimutatni nem lehet, de fluctuatio biztossággal érezhető. Kifelé semmiféle vérzés nincsen.

A leírt tünetekből a baloldali terhes tuba repedése által okozott belső vérzésre következtettem, noha a tubarupturák igen jellemző tünetei közül az extrauterin graviditas megszakadását kísérő uterinalis vérzés nem volt jelen. (Hogy a vérzés hiányának minő jelentősége volt, az csak később derült ki!) Mínthogy a köpcsényi magánkórházban gynaekologiai laparotomiák végzésével ritkábban foglalkoznak és a kórház sebésze a harctéren teljesít szolgálatot, a betegnek a pozsonyi bábaképezdebe való sürgős és kiméletes szállítását ajánlottam.

Mínthogy azonban onnan azt a telefonértesítést kaptuk, hogy a tanár gyengélkedik, Batthyány herczeg dr. ő főméltóságával megállapodtunk, hogy a műtétet az ő magánkórházában fogjuk végrehajtani; erre az elhatározásra annál is inkább szükség volt, mert a nő elszállítása az igen rossz utakon még automobillal is nagy kockázattal járt volna. Mialatt az előkészületek folytak, este 6 órakor megtartottam a pozsonyi orvosegyletben „Uterusinversio“ esetéről szóló előadásomat, a mely után ismét Köpcsénybe tértem vissza automobilon és éjjel 12 órakor Batthyány-Strattmann László herczeggel együtt megoperáltuk a beteget.

Aethernarcosisban 10 cm. hosszú metszés a linea alában a köldöktől lefelé. A peritoneum megnyitása után széles sugárban ömlik ki a hasürben felhalmozódott híg vér. Egy fogásra kiemeljük a baloldali, vékony álhártyával lazán tapadó tubát (Limbacher), lege artis lekötjük és két ollócsapással eltávolítjuk. Miután a másik oldali adnexumok épségéről meggyőződünk és a hasüreget a még benne levő híg és alvadt vértől száraz törlőkkel megtisztítottuk, a hassebet zárjuk. A szenvedett vérvesztés pótlására 300 cm³ konyhasó-oldatot injiciálunk a mellkas bőre alá. A kb. 30 percig tartó műtét minden zavaró momentum nélkül folyt le s a beteg csakhamar felébredt a narcosisból. (Műtő: Batthyány herczeg, consultáló segéd: Limbacher, segédek: Batthyány herczegné és egy irgalmas nővér, altató: Lindholm svéd orvos.)

A kiirtott tuba megvastagodott, tölcészerű, a pete helyén kékesen áttűnő, collabált állapotában a pete helyén kb. hüvelykujvastagságú. Abdominalis vége normalis szűkületű, fimbriái azonban igen sorvadtak. Az egész tuba vájt szonda számára könnyen átjárható, semmiféle szűkületet vagy szögbe-törést nem mutat; nyálkahártyája kékes-vöröses, mérsékelt

* Előadta a pozsonyi orvos-természettudományi társulat orvosi szakosztályának 1916 ápr. 26-án tartott ülésén.

¹ E. Bumm: Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, 349. old.

² Ahlfeld: Lehrbuch der Geburtshilfe, 1903, 81., 258. old.

³ Döderlein: Handbuch der Geburtshilfe, 1916, II. k., 335. old.

⁴ Winkel: Handbuch der Geburtshilfe, II., 2., 810. old.

dúzzadt; a magzat helyén babnyi véralvadék. A fimbriás végtől $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire elől és alul, közel a lig. latumhoz alig észrevehető 5 mm.-nyi repedés, melyet csakis a belőle kikandikáló bolyhok révén ismerünk fel. Az ovariumban mogorónyi corpus luteum-cystácska. A véralvadékok között még a műtét alatt talált friss magzat hossza $1\frac{1}{2}$ cm.; fej, törzs és a már kiemelkedő végtagok megkülönböztethetők rajta.

A hasseb per primam gyógyult ugyan, de a varratok kivétele után váratlanul és egyelőre érthetetlen módon, márcz. hó 15.-én, a műtét utáni 7. napon az addig normalis hőmérsék 39° C-ra, a pulsus 150-re szökött fel; antipyreticumok és szivtonicumok adagolása után ismét leszállt, de teljesen nem szűnt meg. A műtét utáni 16. napon ismét felszökött a láz 38.8° -ra és a hüvelyből menstruációszerű vérzés indult meg. A kezelő orvosok ezen vérzést menstruációnak tartották és különösebb fontosságot nem tulajdonítottak neki. Márcz. hó 28.-án váratlanul heves fájdalmak támadtak az alhasban s minthogy azok főképpen a jobb oldalra lokalizáltak, appendicitisre, resp. kezdődő pelveo-peritonitisre gondoltak, a midőn a problema megoldásaként még aznap nagyobb vérzés kíséretében 8 cm. hosszú macerált magzatot abortált a beteg. A petemellékrészek spontán nem távozván, ápr. 1.-én kiürítettem az uterust. A már erős decompositióban levő petemellékrészeket a jobb tubaris sarok tájékáról hoztam ki igen sok, már bűzös véralvadékkal együtt. Ezen beavatkozás után a beteg másnap láztalan lett és ápr. 8.-án gyógyultan hagyta el a kórházat.

A leírt esetben tehát azzal a ritka szülészeti rendellelenséggel állottunk szemben, a melyet egyidejű extra- és intrauterin graviditásnak vagy heterotop ikerterhességnek nevezünk, azaz az ikerterhesség azon esetével, a midőn a két megtermékenyített pete közül az egyik az uterusban, a másik azon kívül — esetünkben a petevezetőben — telepedik le és ott fejlődik tovább.

Az irodalomban közölt igen kevés eset szerint ítélve (Neugebauer⁵ összesen csak 244 esetet gyűjtött össze az irodalomból), a heterotop ikerterhességet a rendkívül ritka szülészeti complicatiók közé kell sorolnunk. Ha százalékban akarnók a gyakoriságát kifejezni, olyan kicsiny tizedestörtet kapnánk, melyet egy sorban alig lehetne leírni. Mindamellett kérdés, vajjon a frequentia százaléka valóban olyan kicsiny-e és csakugyan kifejezi-e ez a szám a valóságot? Helyesen jegyzi meg Neugebauer, hogy ez a formája az ikerterhességnek sokkal gyakorabban fordul elő, mint a hogy a kevés eset után ítélve gondolnók. Mert szerinte éppúgy, a hogy a méhen belüli ikerterhességek száma is jóval nagyobb lenne, ha minden placentát gondosan megvizsgálnánk, egy-egy elnyomrodott ikerpete után kutatva (szerinte minden placentaris cysta egy-egy elcsenevészedett ikerpetét képvisel), a heterotop ikerterhességek számát is jóval nagyobbra kell taksálni.

Nagyon sok igazság lehet Vautrin-nek ama megjegyzésében, melyet Neugebauer is citál, hogy a petének a kürtben való befészkelődése banális esemény („un fait banale”) és így nem is lehet olyan nagyon ritka dolog, ha ezen „banális esemény” intrauterin terhességgel esik egybe. Hogy pedig mégis olyan kevés eset jut megfigyelés alá, azt Vautrin akként magyarázza, hogy a megtermékenyített petének a tubából való távozása (tubaris abortus) igen korán és oly időben következhetik be, a midőn a petének a tuba faláról való leválása legfeljebb egy múlt alhasi görcs és számba alig vehető vérzéssel intéződik el és azért fel sem ismerjük.

De az esetek csekély számát abból is lehet magyarázni, hogy épp úgy, a mint igen sok egyszerű extrauterin terhesség appendicitis vagy adnextumor czíme alatt lett elkönyvelve, az intrauterin terhesség mellett jelentkező görcsös rohamok, kifelé való vérzések bizonyára igen gyakran vakbélgyuladással vagy kezdődő abortussal magyaráztatnak, holott ezen görcsök és vérzések talán nem egy esetben nagyobb baj nélkül lezajló igen korai tubaris abortus közvetkezményei. Meg vagyok győződve róla, hogy ha ezentúl az extrauterin gra-

viditas mellett támadt rendetlen vérzések esetén nagyobb figyelemmel leszünk a méhből távozó véralvadékokra — „hártás képletekre” —, talán nem egyszer korai petét, boholymaradványokat fogunk találni s e szerint ki fog tűnni, hogy az a decidua, mely tuba-ruptura eseteiben távozni szokott a méhből, talán nem is mindig az extrauterin pete sympathikusan fejlődött deciduája, hanem igen korán elhalt és észrevétlenül kiürült intrauterin petéhez tartozik. Kétségtelen továbbá az is, hogy épp úgy, a hogy az activ therapia bámulatos módon felhajtotta az egyszerű ectopiás terhességek számát, a heterotop ikerterhesség esetei is gyarapodni fognak, a mihez az eféle eseteknek az orvosi közönséggel való közlése szintén hozzá fog járulni.

Példa erre a magyar irodalom, melyben 1893-ig egyetlen egy esetet sem közöltek, azóta azonban már háromról referálnak szaklapjaink.⁶

A mi már most a heterotop módon fejlődő terhesség sorsát illeti, még nagyobb mértékben áll az, a mi az intrauterin ikerterhességre, illetve magzatokra érvényes, hogy t. i. a két concurrens magzat a létért folytatott küzdelemben kölcsönösen fenyegeti egymást. A míg azonban az intrauterin ikrek rendesen csak csekély mértékben veszélyeztetik egymást, a heterotop elhelyezkedett magzatok igen komolyan zavarják nemcsak egymást, hanem egyúttal imminens módon fenyegetik az anya életét is.

Mindazok az ingerek, a miket a fejlődő pete a tubára gyakorol, visszahatnak a méhen belül elhelyezkedett petére is. A petevezető falának repedése, excessiv tágulása, peritonealis izgalmak folytán jelentkező ingerek, a tubaris abortus esetén a méh felé is törekvő vér intrauterin abortust okozó contractiókat provokálhatnak. Mászor ismét a méhben támadt elváltozások vagy az uteruson végzett manipulációk (retroflexiók korrigálása, abortust provokálni szándékozó vagy diagnostikai czélt szolgáló szondázások, kürettezések, massage) váltanak ki tubaris contractiókat vagy keringés-zavarokat a tubaris petét őrző szövetekben. És épp úgy, a mint rupturált vagy intact ectopiás terhesség műtétjei után gyakran keletkezik az intrauterin abortus, ez utóbbi után is rövidebb vagy hosszabb idő múlva szintén bekövetkezik az ectopiás graviditás megszakadása.

Hogy a curettage néha milyen végzetes az extrauterin terhességre, példának felhozom Obieziensky esetét (44. eset a Neugebauer-féle sorozatban), a ki patiensén öthónapos abortust fejezett be, mely műtét után betege hatodnapra hirtelen collabált és 5 perczczel a beteghez való érkezés után meghalt. A környezet bevéadolta az orvost s a két ízben exhumált hullán a törvényszéki orvosok a halál okául tubaruptura folytán bekövetkezett vérzést állapítottak meg s ez alapon a törvényszék felmentő ítéletet hozott.

Nem kevésbé tanulságos egyik nőbetegem esete, a mely azonban úgy az orvosra, mint a patiensre vonatkozólag szerencsésebb befejezést nyert. Illető nőbetegem általános testi gyengeség és szívbeidegzési zavarok miatt egy jónevű nőorvoshoz fordult, a ki consilium alapján a kb. kéthónapos terhesség megszakítására érezte magát jogosultnak. Műtét közben azonban kiderült, hogy az uterus üres, a mi elvégre nem lett volna különösebb baj, ha a curettage hirtelen alhasi görcsök és collapsus nem követte volna. Minthogy a collega ezen tüneteket extrauterin terhesség rupturájából magyarázta, curettage után laparotomizálta betegét és kitűnt, hogy a belső vérzést csakugyan a terhes kürtnek repedése okozta. A beteg meggyógyult.

Ugyancsak tubaruptura következett be 17 nappal psychosis miatt provokált hathetes terhesség abortusa után Stolz (60. eset a Neugebauer-sorozatból) esetében.

Hogy placentaris maradványoknak curettage-a után milyen kellemetlen meglepetések érhetik a nőgyógyászt, arra példának felhozom Howard C. Taylor-t, a ki lepénydarabkáknak a méhből való kikaparása után tizednapra bekövet-

⁵ Gynaek. Rundschau, 1913, 22. füzet, 809. és 849. old.

⁶ Doktor S.: 1893. Ligeti: 1896. Rosenberger: 1907 (Orv. Hetilap, 1907, 1. sz.). Bogdanovics: 1913 (Orvosi Hetilap, 1914.).

kező tubaris ruptura miatt kénytelen volt laparotomiát végezni.

Azonban nem egy esetben kimarad ez a kölcsönös reactio és az egyik vagy másik pete elhalása és a szervezetből való kiküszöbölése hatástalan marad a társpetére s így aránylag gyakori eset, hogy az intrauterin magzat túléli az extrauterin fejlődőt és viszont. Így példának okáért *Neugebauer* újabb sorozatának 17. esetében a ruptura tubae nem követte intrauterin abortus, hanem a terhesség teljesen zavartalanul érte el a rendes végét.

Nem ritkán pedig teljesen zavartalanul fejlődik a két terhesség annak rendes végéig. *Neugebauer* sorozatában 35 ilyen esetet gyűjtött össze.

A mint láttuk, a heterotop ikerterhesség már igen korán okoz zavarokat. Nagyon természetes, hogy minél előrehaladottabb, annál nagyobb veszélyt rejt magában. A rendes terminust elért ilyen ikerterhesség pedig mindenkor életveszélyes annak birtokosára. Már kisebb extrauterin petezsák kiirtása is nagy nehézségekkel jár, könnyen elgondolhatjuk tehát, hogy a terhesség végén ilyen nagy tumornak eltávolítása az igen nehéz gynaekologiai műtétek közé tartozik. Az anyát azonkívül az a — ugyan ritkábban előforduló — complicatio is fenyegeti, hogy az extrauterin petezsák az intrauterin magzatnak per vias naturales való megszületését teljesen megakadályozhatja. *Franklin*⁷ a maga esetében kénytelen volt sectio caesareát végezni, mert az extrauterin magzat alsó polusa teljesen elzárta volt a medenczét.

A nők sorsa szempontjából már most igen fontos volna, ha a heterotop ikerterhességet könnyebben lehetne diagnosztizálni.

Hogy milyen ritkán ismerték fel az intact heterotop terhességet, az kitűnik *Neugebauer* statisztikájából is, mely szerint a 244 esetben csak 15-ször ismerték fel ezt a rendellenességet. Azonban a diagnostikai ismeretek gyarapodása óta már gyakrabban ismerik fel. A míg *Neugebauer*-nek⁸ első 173 esetében csak kétszer, újabb sorozatának 73 esetében már nyolcszor diagnosztizálták. A *Werth* fejtegetései alapján tevő *Christer Nilson*-féle sorozatban (1901-ből) csak egyetlen egy ízben diagnosztizálta *Sp. Wells* a heterotop ikerterhességet a két különböző helyen hallható szívhangok alapján.

Hogy miért nem diagnosztizáljuk gyakrabban, különösen az első hetekben vagy hónapokban, annak az oka az, hogy nem jár mindig vehemens vagy a rendes terhességgel járó tünetektől eltérő, feltűnő panaszokkal. Esetemben csak állandó feszülési érzéssel járt. Növeli a nehézségeket az az ismert tény, hogy mindkét terhességnél megnagyobbodik az uterus és így egy korai extrauterin graviditas mellett talált nagyobb uterusról megállapítani, hogy terhes-e vagy sem, még igen gyakorlott kéznek is nehézségeket fog okozni, viszont a megnagyobbodott uterus mellett talált tumorról megállapítani, vajjon extrauterin petét tartalmaz-e vagy sem (a korai hónapokban), szintén nem tartozik a könnyű feladatok közé. *Czudowsky* (10. eset a *Neugebauer*-sorozatban) salpinx-tumornak, *Vautrin* (69.) ovarialis cystának tartotta a gravid tubát. Minél előrehaladottabb a heterotop terhesség, annál könnyebb a diagnosis mindaddig, míg az extrauterin magzat él. Ha azonban az utóbbi elhal, magzatvíze felszívódik, összetöprökdik, ismét megnagyobbodnak a diagnostikai nehézségek.

A korai diagnosis különösen a kórjóslat szempontjából volna elsőrangú fontosságú, mert minél korábban operálunk, annál kedvezőbb a terhesség kimenetele az anyára nézve.

Tubaruptura olyan eseteiben, midőn sem azt megelőzőleg, sem az attaque alatt, sem azután uterinalis vérzés nem áll be, Ehrendorfer és Winter szerint mindig intrauterin terhesség jelenlétére gondolunk, mert a mint tudjuk, az extrauterin graviditas megszakadását rendetlen vérzések előzik meg, a melyek rendszerint a decidua távozásával szűnnek meg, vagy addig tartanak, a míg a rupturát el nem láttuk.

Iwanowsky (29. a *Neugebauer*-sorozatban) abból, hogy esetében a tubaris abortus műtétje után nem távozott a decidua, intrauterin graviditást gyanított, és hogy joggal, bizonyítja az, hogy paciense rendesen megszült.

Leírt esetekben szinte meglepett a tubarupturát jellemző ezen vérzések hiánya. Ez azonban nem akadályozott meg a ruptura tubae diagnosisának felállításában. Ebből azt a fontos tanulságot vonom le, hogy a méhen kívüli terhesség megszakadásának diagnosisában a vérzés hiánya nem bír azzal a jelentőséggel, a melylyel eddig mint diagnostikai jel bírt.

Nem tudom azonban eléggé hangsúlyozni a vérzés hiányának ezt a jelentőségét olyan esetekben, midőn egy ruptura tubae műtétje alkalmával szóba kerül az uterusnak gravid volta. Kétségtelen, hogy a fenti esetek klasszikusan bizonyítják *Ehrendorfer* említett tételét. Az esetemben szerzett tapasztalatom alapján a jövőre nézve azt a másik igen fontos tanulságot is levonom, hogy ilyen műtét alkalmával az előzőleg nem vérzett uterusral a lehető legnagyobb kimélettel bánjak el és ha lehetséges a rupturált tubát in situ, vagy az uterusnak csak igen kiméletes kiemelésével lássam el, hogy ezáltal az intrauterin abortus esélyeit a minimumra redukáljam.

Már a fentiekből következik, hogy a heterotop ikerterhesség mind a három existenciára nézve a lehető legkomolyabb complicatio. *Neugebauer*-nek nagy szorgalommal összeállított adataiból legyen szabad a prognosist nézve a következőket felsorolni. 218 anya közül (a többi esetben a sorsuk ismeretlen volt) 53 vérzett el, illetőleg halt meg peritonitisben. Az activ therapia áldásos következményei e sorozatból is kitűnnek. A míg ugyanis *Neugebauer*-nek 1907-ben közölt monographiájában a 170 esetben még 20% volt a halálozás, az 1913-ban közölt 73 esetben már csak 8.7% volt a mortalitas. A *Christer Nilsson*-féle sorozatban, a mely 1901-ből való, *Werth* a halálozást 25.4%-ban állapította meg!

Az anyai mortalitáshoz 25.4%-ról 8.7%-ra való csökkenése igazolja úgy *Werth*-nek, mint *Neugebauer*-nek, valamint *Veit*-nek a legactivabb therapiát hangsúlyozó álláspontját. Úgy szólna egyhangúlag elítéli a várakozó álláspontot s kijelentik, hogy az „expectation-armée”-nek semmiféle komoly jogosultsága nincsen, a mi kitűnik különösen *Neugebauer* adataiból, a melyek szerint 146 operált esetben csak 15.7% volt a mortalitas, viszont a nem operált 97 esetben 31.9%, tehát több mint kétszeres volt az anyai halálozás.

Az intrauterin magzatok sorsát jellemzi a 110 intrauterin abortus a *Neugebauer*-féle sorozatban, a melyben egyébként 76 magzat érte el az érettséget. Az anatómiai viszonyoknál fogva természetes, hogy ennél sokkal rosszabb az ectopiás magzat sorsa. De bármilyen mostohák is legyenek ennek fejlődési feltételei, mégis szokatlan magas számmal érték el a terhesség végét. *Neugebauer* sorozatában ugyanis 38 ectopiás magzat érte el a rendes terminust, de közülük csak hat jött élve a világra.

Nagyon érdekes továbbá, hogy dacára a táplálási viszonyok különbözőségének, 35 esetben a heterotop módon fejlődő magzatok együtt érték el a terhesség végét, sőt egy ízben (*Niesen-Geoffroy* esetében) mind a három ikermagzat élve és éretten jött a világra. (Intrauterin kettős iker és extrauterin harmadik magzat.)

A therapiát illetőleg szem előtt kell tartanunk *Veit*-nek álláspontját, a ki szerint minden heterotop graviditas rosszindulatú tumor gyanánt kezelendő és épp ezért az ectopiás petét a mint felismertük, eliminálni kell a női szervezetből. Azok a felsorolt esetek, a melyekben úgy az anya, mint az ikermagzatok életét még a terhesség végén is sikerült megmenteni, mit sem szólnak ezen activ therapia ellen. Nem egyebek ezek, mint szerencsés véletlenek, már pedig erre bízni egy ectopiás terhességben szenvedő anya életét nem tudományos álláspont. Ha figyelembe vesszük, hogy a közölt ilyen esetekben az extrauterin petezsák kiirtása minő veszedelmekkel járt, joggal mondhatjuk, hogy komoly sebész egy netáni bravuros beavatkozás reményében semmiféle anyai

⁷ Lásd *Winckel*: Handbuch der Geburtshilfe, 813. oldal.

⁸ *Neugebauer* e témára vonatkozó monographiáját 173 esetről *Werner Klinkhardt* dr. adta ki Lipcsében.

életet egy igen nehéz műtét eshetőségeinek nem fog kitenni. Hogy az ectopiás petezsák kiirtását lehető legnagyobb kíméllettel kell végeznünk még intact intrauterin terhesség mellett, azt már feljebb hangsúlyoztam; de talán azért elállani az intact ectopiás petezsák kiirtásától, mert féltjük az intrauterin magzat sorsát, semmiképpen sem szabad.

A mi már most az egyes complicáltabb esetekben vagy a szüléskor követendő eljárásokat illeti, erre nézve általános érvényű szabályokat felállítani még nem lehet és az egyes esetekben követendő műteti eljárást az illető operateur inventiójára kell bízni.

Nem volna teljes a közleményem, ha végül az esetemben fennforgó nagy fejlődési különbségről, mely a két magzat között fennállott, nem tennék említést. (*Az intrauterin magzat 8 cm., az extrauterin pedig 1 1/2 cm. hosszú volt.*)

Ha a két magzat fejlődési viszonyait, resp. korát illetőleg áttekintjük *Neugebauer*-nek 1913-ban közölt újabb sorozatát (73 eset), egyet sem találunk olyat, melyben a különbség oly feltűnő lett volna, mint az enyémben. Igaz, vannak nagy eltérések a magzatok kora között, de ezek legtöbbször olyan esetek, a melyekben a ruptura idején vagy az egyik, vagy a másik magzat hosszabb-rövidebb ideje már el volt halva. Esetemben az intrauterin magzat, mely 20 nappal a ruptura után született, macerált volt ugyan, de minthogy a tuba-rupturát megelőzőleg sem uterinalis vérzések, sem láz, sem egyéb — az intrauterin magzat elhalását jelző — tünetek nem forogtak fenn, joggal tehetem fel, hogy az intrauterin magzat a tuba-ruptura alkalmával még élt és csak jóval később halt el. Ugyancsak friss volt az ectopiás magzat is, mert semmi jelét a kezdődő macerationnak nem mutatta s bizonyára közvetlen a ruptura előtt még élt. Már most mindazok az esetek, a melyekben a két magzat fejlődése közti parallelismus hiányzott, joggal felhívták a szerzők figyelmét netáni *superfoecundatio* vagy *superfoetatio* lehetőségére. Így a *Neugebauer*-féle sorozatban (73 eset) négy szerző veti fel ezt a kérdést.

Ehrendorfer (18 eset) a maga esetében, daczára annak, hogy a két magzat között 5 cm. volt a hosszkülönbség, egyidőbeli fogamzást vesz fel s kizárja e szerint a fentemlített lehetőségeket. *Leo*-nál (34. eset) a tubaris magzat 19 mm., az intrauterin magzat 3 hónapos volt. (A magzat pontos hossza nincs megadva, mert a terhesség nem szakadt félbe.) Erre a különbségre hivatkozva, a *superfoetatiót* nem tartja teljességgel kizártnak. *Sziszow* esetében (61. eset) az extrauterin magzat kéthónapos, az intrauterin háromhónapos volt s nem lehetett eldönteni, vajjon a két magzat egy időben concipáltatott-e. *Müllerheim* esetében az intrauterin foetus 7—8 cm., az extrauterin pete 2—3 cm. átmérőjű volt, de daczára ennek a nagy különbségnek, még sem meri felvetni a *superfoetatio* lehetőségét s azért egyidejű megtermékenyítés mellett foglal állást. (Ez esetben azonban az ectopiás pete friss vagy elhalt volta nincsen megadva, az ectopiás magzat hossza pedig azért nincsen megemlítve, mert műtét alkalmával nem találtatott meg.) Az én esetemben, a mint már fentebb említettem, az extrauterin friss magzat hossza 1 1/2 cm., az intrauterin 8 cm. volt. Minthogy, a mint már egyszer kifejtettem, az intrauterin magzat is élt a ruptura alkalmával, én is feltettem magamban azt a kérdést, vajjon jelen esetben egyidejű fogamzásról, *superfoecundatióról* vagy *superfoetatióról* volt-e szó.

Egyidejű megtermékenyítés ellen szól a magzatok közötti hosszkülönbség, vagy mondjuk korkülönbség; de ebből a különbségből nem szabad mindjárt *superfoecundatióra* avagy *superfoetatióra* következtetni, mert azt sokkal egyszerűbb és plausibilis módon meg tudjuk magyarázni.

Az intrauterin ikrek közötti sokszor elég tetemes fejlettségi különbséget rendszeren az egyik magzat kedvezőtlenebb táplálkozási viszonyainak szoktuk betudni; ugyanezt, de még több jogosultsággal tehetjük a heterotop módon fejlődött ikrek közötti fejlettségi különbség megmagyarázásakor. Ez ellen szólnak azonban azok az esetek, a melyekben a tubaris magzatra nézve sokkal mostohább táplálkozási viszonyok

daczára mindkét magzat egy időben érte el a terhesség rendes végét! Hol itt az uterus és tuba, mint táplálkozási alanyok közti előbb említett különbség? Erre a kérdésre csakis a tuba egészséges vagy kóros voltával lehet felelni.

A teljesen ép tuba lépést tud tartani a pete successiv nagyobbodásával, a kóros azonban nem. Az egészséges tuba-szövet lassú, egyenletes tágulással és szövetgyarapodással ellensúlyozhatja a pete nagyobbodása okozta nyomást, viszont a beteges petevezető erre nem képes; ha nem is reped meg, mégsem tud annyi táplálékot nyújtani a petének, mint ugyanazon idő alatt az uterus deciduája. Ez oknál fogva a tubaris magzat lassabban fejlődik s innen magyarázható a fejlettség közti eltérés.

Esetemben a kürt szintén nem volt teljesen ép; nyálkahártyája az endosalpyngitis tüneteit mutatta, fimbrái sorvadtak voltak és egy vékony álhártyával le volt növe, épp ezért valószínű, hogy ez volt az oka annak, hogy a tubaris magzat nem tudott lépést tartani intrauterin társával.

Ahlfeld, *Bumm* és mások az ilyen fejlődési különbségek jelenléte alkalmával nem tartják azért elméletileg kizárhatónak azt, hogy két pete két egymást követő coitus, esetleg két apa által termékenyített meg, de *Ahlfeld* hozzáteszi, hogy ez csak egy menstruationális időszakon belül történhetik. Bár, a mint *Schulze* mondja, a *superfoecundatio* (a mely az állatokra nézve be van bizonyítva) csak akkor volna igazolva, ha egy fehér anya két olyan ikret szülne, melyek közül az egyik az aetioipiai, a másik a mongol faj jellegét viselné magán: a két petének különböző időben való megtermékenyítésének lehetőségét nem lehet kereken letagadni. Per analogiam concedálhatjuk tehát a *superfoecundatiót* az emberre nézve is, de a *superfoetatiót* ráfogni az olyan esetekre, a milyen az enyém, nem szabad mindaddig, a míg kétségtelenül nincsen megállapítva, hogy a fogamzás után is lehetséges újabb peteképződés az ovariumban. Ha ez utóbbi lehetséges volna, a *superfoetatio*, vagyis egy újabb petének fogamzása már fejlődésben lévő intrauterin magzat mellett könnyen volna lehetséges, mert hiszen mindaddig, a míg a reflexa a deciduával össze nem tapad (a mi a negyedik hónapban következik be), a sperma akadálytalanul juthat fel az érett petét őrző tubába. A míg azonban a terhesség alatti ovulatio nincsen kétségtelenül beigazolva, a *superfoetatiót*, a mint *Bumm* mondja, „*valószínűtlen hypothesisnek*” kell nyilvánítanunk.

Esetemben tehát, bár a fejlettségi különbség szinte provokálja az embert a *superfoetatio* felvételére, legfeljebb a *superfoecundatio* lehetőségét engedhetjük meg, ámbátor az előbb kifejtettek alapján az egyidejű conceptiót is lehetségesnek tarthatjuk.

A milyen misztikus még a *superfoetatio* és *superfoecundatio* kérdése, épp olyan csodálatos az a különös viselkedés, a melyet a gravid tuba a benne levő petével szemben tanúsít. Némelykor, a mint a *Neugebauer*-féle sorozatból is kitűnik, a benne fejlődő petét híven megőrzi, vele szinte karöltve nő, tágul, hypertrophizál, holott máskor, szinte türelmetlenül, már két-három hét múlva a conceptio után eliminálja magából, akár anatómiai nyílásain keresztül, akár ruptura útján. Ezt másképpen, mint a tuba kóros vagy ép állapotával megmagyarázni nem igen lehet. Az ép szövetű tuba kétségtelenül alkalmasabb az egyenletes tágulásra és hypertrophíára, mint a kóros elváltozásban levő, épp úgy, a hogy a normalis szövetű uterus kevésbé alkalmas spontán ruptura létrejövetelére, mint a heges szövetű vagy más kóros elváltozásban szenvedő méhizomzat. Némiképpen ellene szól ennek, hogy egyes esetekben a tuba nem mutatott különösebb pathológiás elváltozásokat; kérdés azonban, hogy a mikroskopi lelet mit mondott volna. Ennek a problémának a megoldása tehát csakis a tuba szövetének minden esetben való gondos szövettani vizsgálatával volna lehetséges.

Voltak azonban olyan esetek is, a melyekben a tuba korai rupturája szövettanilag is egészséges tuba mellett jött létre, a mikor a repedés okát másban, mint a petének a tuba falára gyakorolt bizonyos káros hatásában keresni nem lehetett.

Különösen *Werth* érvel a mellett, hogy a korai ruptura oka nem a petének a tuba falaira gyakorolt nyomásában, hanem a bolyhok uzuráló hatásában keresendő; de nem valamely rosszindulatú burjánzásról van szó, mint például a choriopitheliomáknál, hanem a bolyhok physiologiás növekedéséről, a mely különösen ott élénk, a hol a pete eredetileg megtapadt, vagyis azon boholycsoport élénkebb burjánzásáról, a melyek a leendő placenta alapelemeit alkotják. Innen van az, hogy a ruptura is a legtöbbször a pete eredeti megtapadása helyén következik be. Bár a korai rupturák létrejöttelének ezen elméletét a legtöbb szerző elfogadja, egyes esetekben mégsem volt elégséges annak megmagyarázására. Egy ilyen eset gondos szövettani vizsgálatából, melyet *Kiutsi* végzett, *Veit* a korai ruptura okát azon vénának a bolyhok által való eltömülésében találta meg, mely az intervillusos ürökből elvezeti a vért, bár maga is megengedi, hogy elmélete az idősebb rupturák megmagyarázására nem mindig elegendő.

Már most a fentebb említett boholycsoport miért fúrja át az egyik esetben a tubát, a másokban miért nem, erre a kérdésre ismét csak a tuba falának szöveti minőségével lehet felelni. Úgy képezem a dolgot, hogy az egészséges tuba fala a pete fejlődésének megfelelő gyorsasággal tud hypertrophizálni, viszont a beteges szövettű tuba erre nem képes, mert sejteinek életreactiója valamelyes pathologiás folyamat folytán csökkent és abban a küzdelemben, melyet a bolyhok ectodermális sejtejei a tuba elemeivel folytatnak, az előbbieket maradnak a győztesek. Az egyenlőtlen harcnak a vége a tuba falának az átfúródása vagy a tubaris abortus.

Közlemény a m. kir. Rókkantügyi Hivatal rózsahegy-i különleges gyógyintézetéből.

A háború okozta „traumás neurosis“ tüneteinek gyors gyógyítása.

(Előzetes közlemény.)

Irta: *Gonda Viktor* dr., osztályvezető orvos.

Intézetünkben 300-nál több „traumás neurosis“-ban szenvedő beteg katonát kezelünk, kik ezen tünetcomplexus legkülönbözőbb eseteit tárják elénk. Vannak merev és petyhüdt hysteriás hűdéses, hemiparesisek, különböző reszketéssel járó formák. Legnagyobb részük hónapok óta egyik kórházból a másikba került s a legkülönbözőbb gyógyszeres, fürdő- és villamkezelésen ment át. Sokan közülök már több mint egy éve rokkantsági nyugdíjat húznak. A betegség kiváltó oka az esetek túlnyomó többségében gránát-légnyomás, megfázás.

Az első hónapokban kezelésünk az általában szokásos villamozó, hydrotherapiás, suggestiós és hypnosisos eljárásokban állott, a mit az arra alkalmas esetekben rendszeres járógyakorlatok egészítettek ki. E módszerekkel sikerült is kisebb-nagyobb eredményeket elérnünk, de különösen makacsul tartották magukat a paraplegiák, a tickszerű mozgások és a hysteriás süketnémaság.

A Münchener med. Wochenschrift f. évi 22. számában *F. Kaufmann*-tól közlemény jelent meg, melyben a szerző „traumás neurosis“-eseteknek erős elektromos árammal $\frac{1}{2}$ —1 és több órás ülésben való gyógyításáról számol be. Eljárásával néhány esetben gyógyulást sikerült elérnie. Az áram erősségéről közleményében nem tesz pontos említést.

Az intézetünkben kezelt, hasonló gyógyeljárásra alkalmas esetekben e módszer kipróbálásához megfelelő erősségű áramot keresve, oly módszer birtokába jutottam, melynek hatása valóban meglepő és a melynek minél szélesebb körben való lehető gyors elterjesztése késztet arra, hogy mielőtt eredményeinkről részletesen beszámolnék, az eddig elért eredményeket és az azokhoz vezető módszert röviden ismer-tessem.

Talán nem fölösleges annak előrebecsátása, hogy az elért sikereket nagy mértékben elősegítette az a hatás, a melyet a gyógyult esetek látása tesz a gyógyítandókra. Minden gyógyulás fokozza az eljárás suggestiv erejét.

Előzetesen a beteget psychikusan olyan módon készítém elő, hogy vizsgálata közben a mellém osztott orvosnövendéknek megmagyarázom (természetesen úgy, hogy a beteg jól megértse), hogy a beteg járásképesége stb. vissza fog térni, különösen most, midőn egy új találmánnyal az ilyen betegségek pár perc alatt meggyógyíthatók.

A módszer leírásakor csak az alsó végtag elváltozásait megszüntető eljárást részletezem, hiszen az eseteknek körülbelül 90%-ában az alsó végtagot éri az elváltozás. Azonkívül csekély változtatásokkal az elv minden testrészen keresztülvihető.

Először az egyik quadriceps femoris „közös pontjára“ (a térdkalács felett 3—4 harántujjnyira) és az ugyanazon oldali peroneus-területre (a szárcapocs fejécskéje alá) helyezek egy-egy széles elektrodát. Fárados áramot használlok, lassan fokozva erősségét addig, míg az izmok erőlyes összehúzódását el nem érem. Ekkor rögtön kikapcsolom az áramot és, az elektrodákat nem mozdítva el helyükről, az áram erejét kétszeresére emelem. E kis szünetben erős suggerálást gyakorolok szavaimmal, pl. most jön az életet adó áram és hirtelen kapcsolok. Ennek az áramnak az izmok tetanusos összehúzódását kell kiváltania, ha nem váltja ki, addig fokozom az erősségét, míg a czélt elérem. A beteg fájdalmában felkiált, segédem lefogja karját, mert a beteg akaratlanul is védekezne és eltölné az elektrodákat. Az első kiáltásokra nem kapcsolom ki az áramot, hanem körülbelül csak $\frac{1}{2}$ perc múlva. Ugyaezt a műveletet elvégzem a másik lábon is. Ezután mindkét quadricepsnek előbb leírt helyére helyezem az elektrodákat és ugyanazt az erős áramot bocsátom keresztül. Mindkét alsó végtag tetanus-szerű kinyújtása a reactio, rendszerint kisfokú felfelé való emeléssel. Most kikapcsolom az áramot és felszólítom a beteget, hogy a mint újból érzi az áramot, rögtön emelje magasra a lábát. Ezt hiszi a beteg hosszú hónapok óta való első akaratlagos mozgásának. Az áramnak ki-, majd bekapcsolásával e műveletet 8—10-szer megismételtetem, közben verbális suggestióval. Most mindkét peroneus-területre teszem egyidejűleg az elektrodákat. Az áram hatása közben felszólítom a beteget, hogy akaratlagosan hajlítsa be a lábát. Egy-két kísérlet és a fájdalomtól szenvedő beteg szinte túlzottan tesz eleget felszólításomnak és rendesen kifejezi abbéli óhaját, hogy megpróbálna járni. Azonban nem teszek eleget kívánságának, hanem rendesen azzal a kifogással, hogy a kis ujjja még nem mozog jól, folytatom a mindinkább fájdalmassá váló villamozást 1—2 perczig, miközben az áramot még kissé erősítem, és hogy a fájdalom még nagyobb legyen, közben áramot kapcsolok ki és be. Ennek hatása alatt a lábak hajlítását és kinyújtását ismételtetem. Ha e művelet már tökéletesen megy, az ágy szélére ültetem a beteget, kinek (miután kis szünet múlva szapora légzése és pulsusa lecsillapodik) erőlyes felszólításomra fel kell állnia, még pedig minden külső segítség nélkül. Rövid állás után ütemre lépéseket kell tennie. Ismét rövid pihenés, majd járás- és futógyakorlat, a mikor különösen fontos az, hogy tökéletes és minden remegéstől mentes legyen. A míg az első esetekben — június 8.-áig — gyengébb áramokat alkalmaztam, 2—3 órai kezelés után sem értem el mindig teljes sikert; a leírt erősségű áram mellett azonban a siker mindig teljes, még pedig válogatás nélkül a könnyű és legsúlyosabb esetekben is, eddig 251 esetben. Az áram behatásának leghosszabb időtartama 3—4 perc volt. A betegek, kiknek legtöbbje 6—22 hónapja ágyhoz kötött tehetetlen volt, saját lábán tér vissza a néhány száz méternyire levő kórterembe. Ideig-óráig fáradsági érzetről panaszkodnak. Estére 0.5 gr. veronalt adtam minden esetben, hogy nyugodt éjszakát biztosítsak a betegnek.

Szándékosan hagytam utoljára a remegéssel járó eseteket, mint legkönnyebben gyógyulókat. A kellően előkészített beteg, a mikor az imént leírt módon tőlem függő ideig kénytelen remegés nélkül lenni tetanusosan kinyújtott lábával, végre kénytelen belátni, hogy remegés nélkül is ellehet. Természetesen nem mulasztom el figyelmét erre ismételtlen felhívni. A kezelés akkor ér véget, ha villamozás nélkül is

szünetel a remegés, még pedig úgy mozgások keresztül-vitelek, mint különböző nyugalmi helyzetekben is.

A felső végtag bántalmaiban a triceps alsó szélére (a könyök felett 3—4 harántujnyira) helyezem az elektrodákat. Hasonló erősségű árammal dolgozom, mint az alsó végtagon, a mire különösen fel akarom hívni a figyelmet, nehogy eredménytelen maradjon a kezelés. Az áram bekapcsolásakor vilámszerűen kinyúl a kar, merev tartást vesz fel és hatalmában van. Az eredmény nem maradhat el, a minthogy nem maradt el e kaleidoskopos körkép egy formájában sem, ha a vázolt elveket megfelelően alkalmaztuk.

Nagyon érdekes, hogy ha anaesthesia, analgesia volt jelen a kezelés előtt, az a kezelés után nyomban megszűnik. A hyperaesthesia és -algesia csakhamar enged erősségéből. A néha nagyfokú cyanosis a talpraállás után 2—3 óra múlva megszűnik.

Visszaesés az egyhónapos megfigyelés alatt nem volt. A betegek a legnagyobb örömmel látják gyógyulásukat és számbavéve, hogy legnagyobb részüknél előbb minden hasonló irányú terapia csődöt mondott, azt hiszem, nem végzek felesleges munkát, midőn eredményeinkről a háborúban megrokkant katonák érdekében előzetesen beszámolok.

Közlés az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) férfi-osztályáról.

A tüdőtuberculosis gyógyulása a különböző évszakokban.

Irta: Ország Oszkár dr., osztályos főorvos.
(Vége.)

Berliner mint a tavasz hatását nagyfokú psychomotoros izgalmat, a lelki állapot ingatagságát, a nemi és egyéb érzések megerősödését, kora tavasszal inkább belső nyugtalanságot, később nagyobb tevékenységi vágyat sorol fel. Számos vizsgáló szerint az izomerő csökkenése nyárig kimutatható, e súlyledést megelőzi különösen megnagyobbodott volta. Lobsien szerint az emlékezőtehetség és figyelőképesség ugyancsak csökken, utóbbi nyár derekán a legkisebb fokot éri el. A megfigyelők e jelenségeket a nagyobb meleggel és világossággal magyarázzák. Nyáron a lelkiállapot ismét nyugodtabb, az izomerő csökkent. A hőleadás csökkenésekor a szervezet a hőtermelést is csökkenti, s ezt minden felesleges mozgás kerülésével s az izomzat ellazításával iparkodik elérni. Az izmok nyugalma a központi idegrendszerre is megnyugtatólag hat, mint azt meleg fürdők alkalmazásakor is észleljük.

Az őszt általában megnyugtatólag hat s a munkaképesség javítását mutatja. Előrehaladtával a hideg és a kevés fény hatásában egyenlővé teszi a télel. A hideg elleni védekezés izmaink fokozott beidegzését teszi szükségessé, az anyagcsere élénkebbé válik, a fázó ember rendszerint izgékony, kedvetlen. Hasonlóképpen rossz hatással van ráunk a borult idő, a csökkenterejű napfény.

Az időjárásnak ritkábban észlelhető tényezője: a barometerdepressio (cyclon) kellemetlen ideges tüneteket, szív- és gyomorműködési zavarokat okozhat, különösen neurastheniásokon.

A tüdőbetegeken az évszakok hatása bizonyára még élénkebben észlelhető. Tudjuk ugyanis és Korányi Frigyes azt előadásaiban mindig élénken hangsúlyozta, hogy a tüdőbetegek nagy része neurastheniás körképet is ad, hiszen a kezdődő tuberculosis gyakran a neurasthenia körképe alatt mutatkozik. Stiller pedig a habitus phthisicust az asthenicussal azonosítja. Heinzelmann⁶ ugyancsak „himmelhoch jauchzend zu Tode betäubt”-nek jellemzi a tüdőbeteget s ezzel kedélyállapotának nagy és gyors ingadozását fejezi ki.

Már régen ismeretes, hogy az időjárás s annak válto-

zása nagy befolyással van a tuberculosis emberre. Így Rohden⁷ 1870-ben hangsúlyozza, hogy a klimás tényezők intenzitásának változása kóros jelenségeket okozhat, vagy keletkezésüket elősegítheti. Már 1867 júliusában észlelte, hogy a barometer esésével haemoptoe, mellszorongás, asthma fejlődhet ki.

Frankenhäuser⁸ megállapította, hogy a phthisikusok a barometer-depressiókra erősen reagálnak, köhögéssel, haemoptoeval, emésztési és ideges zavarokkal, tehát cyclonopathák; úgy viselkednek, mint az idegbetegek.

Az utóbbi évek tudományos kutatásai világosságot derítettek arra a kérdésre, mely meteorológiai tényező gyógyítja a tuberculosisist. Ma már tudjuk, hogy a napfény vegyi sugaraival a gümös góczokat gyógyítani tudja. Tudjuk, hogy localis hatást fejt ki s a véráram útján a sugarak energiája a belső szövetekbe is eljut.

A mi éghajlatunk alatt legtöbb napfény nyáron van s a hőmérsékleti viszonyok csak ekkor olyanok, hogy a betegek könnyebben öltözve egész nap a napon tartózkodhatnak. Az idő szárazabb volta miatt kevésbé fenyeget a meghűlés. A nyár azonban ezenkívül azért is a legelőnyösebb, mert mint láttuk, a betegek idegrendszerére túlnyomóan megnyugtatólag hat, szellemi és testi életüket tompítja és így lehetővé teszi, hogy a betegek valóban, természetesen relativ értelemben vett, nyugalomban éljenek.

A sorrendben a következő a tél és ősz volt; az utolsó a tavasz. Nem szorul bővebb magyarázatra, ha tekintetbe vesszük, mily nyugtalanító, izgató hatást fejt ki a szervezetre s mily accomodatióképességet igényel. Jóllehet napfénytartama nagyobb, mint a tél, eredményei rosszabbak. Hogy a tavasz a tuberculosis betegre rossz hatással van, azt a tuberculosis-halálozási statisztikából eléggé ismerjük.

1893—1902-ben a halálozásoknak hónapok szerint való eloszlása a következő volt.⁹

	A tüdő	Más szervek	Agyguta	A szív megbetegedései	Aggkori gyengeség
	tuberculosis				
Január	99	94	108	103	115
Február	109	106	110	104	116
Március	122	112	108	106	118
Április	129	126	104	106	116
Május	124	127	100	105	105
Junius	112	112	94	101	95
Július	96	100	90	95	87
Augusztus	86	89	91	93	78
Szeptember	79	85	90	87	77
Október	76	81	97	92	80
November	80	80	102	103	97
Deczember	88	88	106	105	116

A nagyobb statisztikai tabellát áttekintve láthatjuk, hogy a szívbeteg és aggkori gyengeségben szenvedők nagyrésze nyáron a legkisebb halálozási számot mutatja. Tekintve, hogy a fertőző betegségekben, így a tuberculosisban elhalálónál az esetek legnagyobb részében a szívizomelfajulás a halál oka s a tuberculosis beteg sorsa gyakran a szívtől függ, a két halálozási statisztika között némi összefüggésre lehet következtetni, bár utóbbiaknak halálozása őszzel is nagyobb. Valószínű azonban, hogy nyáron a betegek több friss leve-

⁷ Rohden: Bemerkungen über meteorol. Reactionen bei Phthisis. Berl. klin. Wochenschr. 1870.

⁸ Frankenhäuser: Ueber die Wirkung der Zyklonen (barometrischen Minima) auf das Allgemeinbefinden. Zeitschr. für phys. und diätetische Therapie, 1912, XVI. köt.

⁹ Gen. Ber. ü. die San.-Verw. im Königr. Bayern 1893—1902.

⁶ Heinzelmann: Die Psyche der Tuberkulösen. Münchner med. Wochenschr. 1914. és Cornet: Tuberkulose.

gőhöz jutnak, a mi a beteg egyén életképességét fokozza, kevésbé hülnek meg s a meleg szívműködésükre előnyös.

Berliner magyarázatát a tavasz hatását illetőleg nem tartom helyesnek. Nem a fokozott fényerő s nem a felmelegedő idő a káros, izgató, hanem az időjárás ingadozása és változékonysága. A fény fokozódása már januárban észrevehető s a verőfényes, havas, szélcsendes napokon a betegek közérzete javul. Az időjárás változékonysága azonban káros. Különösen a hirtelen beálló nedves idő, az időváltozás ártalmas. Így Mazatlanban, Mexikóban azt állapították meg, hogy február hóban nyolcz esős nap alatt többen haltak meg, mint májustól októberig összesen. A Novara-expeditio tudományos megállapítása szerint nem annyira az állandó nedvesség, az esős időszak, mint az átmeneti időszak a káros.¹⁰ A gyengült szervezet a külső ingerekre hyperreactióval reagál s e törekvésében egyes szervei működését megzavarja.

Az időjáráshoz való alkalmazkodás munkát ró szervezetünkre, különösen az ideg- és vérrendszerre. A könnyebb beteg tehát nyugtalaníttatik, a súlyos beteg pedig oly feladatok elé állíttatik, melyekkel nem tud megküzdeni, vagy a küzdelem kimeríti, károsítja. Ezt bizonyítja az a tapasztalatom is, hogy igen súlyos, reménytelen prognosisu betegek, a kik a körülményekhez képest elég jól érzik magukat otthon a fűtött szobában, a sanatoriumban, erősebb és hideg levegőjű helyen, rohamosan romlanak és meghalnak. A meleg s az időjárás egyenletességének szerepe mellett súlyos betegnél bizonyíték az a statisztikai adatunk, hogy 1904 nyarán, a mikor az abnormis száraz és meleg időjárásban betegeink nem mutatták a megszokott nagy gyógyeredményt, a III. stadiumban lévők aránylag a legtöbbet javultak. Gyenge szervezetük és szívük az egyenletes forróságot jól tűrte. Míg a többi beteg a forróságtól kedvetlen, étvágytalan, álmatlan lesz, az elgyengültek közérzete még javulni képes. Egyéb-ként eléggé ismeretes, mennyire szeretik a fázékony öreg emberek a napon való tartózkodást.

Mindezek alapján úgy vélem, hogy a nyári kúra hatásának legkiválóbb voltát az időjárás egyenletességének, a napfénynek és a melegnek köszönhetjük. A tavasz kevésbé jó hatása elsősorban az időjárás változékonyságából magyarázható; a napfény magában véve még nem bizonyul áldásosnak.

Bár kétségtelen, hogy a középhegyvidéken folytatott sanatoriumi kúra minden évszakra jó eredményt ad, el kell ismernünk, hogy a legjobb eredményt nyáron adja, a legkevesbé jó tavasszal. A nyári hónapokban a tüdőbetegeknek klimás helyekre való elküldése nem absolute szükséges, szoba jöhet azonban télen s különösen tavasszal gyenge idegzetű s szívműködésű egyéneknek, a kiket az időjárás ingadozása a sanatoriumi kúrának (levegő, nyugalom, jó táplálkozás) hasznos kihasználásában akadályoz. Felemlítjük azonban, hogy a nálunk ajánlott délvidéki klimatikus helyek legnagyobb része nem egyenletes klimájú. *Bebber*¹¹ összeállítva a cyclonok vándorlási útját, azt találta, hogy azok partvidékünkön főleg tavasszal, télen és ősszel haladnak át. *Hann*¹² megkülönböztetett egyes területgységeken 5, 10, 20, 25, 30-nál kevesebb és több cyclont átlag évenként. Az ő számításai alapján készült térképen azt láthatjuk, hogy partvidékünkön a 20-as szám vehető fel. Ebből tehát azt láthatjuk, hogy a betegek elküldésével nem mindig sikerül a tavaszi idő káros hatását kiküldeni. Még legkedvezőbb képet ad Svájc, délkeleti Franciaország, délnyugat Németország, a Fekete Tenger, a biskayai öböl, Spanyolország, Madeira, Kanári-szigetek, tehát csupa olyan hely, a mely a mi betegeinknél részben anyagi okokból nem jöhet tekintetbe, részben azért nem, mert megfelelő sanatorium felett nem rendelkezik. Ezért tehát azok a tapasztalatok, a melyeket statisztikai vizsgálódásaink közben szerezhettünk, legnagyobb részt csak elméleti és tájékoztató értékűek; betegeink klimatikus kezelésének érdekében csak kivételes esetekben vehetők figyelembe.

¹⁰ L. c. Rohden.

¹¹ Van *Bebber*: I. c. Frankenhäuser.

¹² *Hann*: I. c. Frankenhäuser.

Neisser Albert

A dermatologia és syphilidologia épületének egyik leg-erősebb oszlopa dőlt ki. *Neisser Albert*, a nagyíró breslaui professor meghalt. Mindössze 61 évet élt. Azok, a kik sohasem lankadó, csodálatos tetterejét és munkásságát ismerték, tudják legjobban, hogy a tudomány még mennyi értékeset várhatott volna tőle.

Alig van orvosi disciplina, mely néhány év alatt oly nagyot haladt előre s a melyet annyi új és nagyfontosságú felfedezés ért, mint a syphilidologia. A syphilidologiának e nagyarányú fejlődésében mindenkor legelől látjuk haladni *Neisser*-t. Általában a dermatologia és syphilidologia utolsó 35 esztendei történeti fejlődését kutatva, ezt el sem tudjuk választani *Neisser* nevétől. A hol szakmájában új tudományos meggyőről, therapiái vagy pathologiai haladásról volt szó, ott *Neisser* nagy tudásának egész súlyával a legtevékenyebb módon részt vett. Nagy munkásságával és tetterejével sokáig szerencséje is arányban volt s csak így érthető, hogy a pályája, mely sajnos, idő előtt szakadt meg, klasszikusan tökéletessé vált.

Igazi munkássága ott kezdődik, a hol tanítómesteréé, *Oskar Simon*-é, 1882-ben megtörtött, a ki csak rövid 5 évig hirdethette Breslauban a dermatológiát. 1882-ben 27 éves fiatal docens volt *Neisser*, a mikor a szerény klinika vezetését átvette. E szerény hajlékból teremtette meg azt a világhírű dermatologiai empóriumot, a hová a világ minden irányából sereglettek a tanulni vágyó orvosok.

Neisser a legtökéletesebben elérte azt, a mi minden egyetemi tanítónak végső ideálja kell hogy legyen: iskolát teremtett. A „*Neisser-iskola*” tanítványának lenni magában véve is már ajánlat volt. És mekkora volt tanítványainak a száma! Mindnyájan folytatták, fejlesztették és hirdették azt, a mit mesterük „iskolájában” tanultak. Így vált ez az iskola nagy, terebélyes, folyton megifjúdó faóriássá. Azon tanítványai közül, kik később vezető állásba jutottak, csak hevenyészve ragadjuk ki a következőket: *Arning, Buschke, Jacobi, Jadassohn, Marschalkó, Schäffer, Scholtz*.

Büszke örömmel tölthette el ezért *Neisser*-t, a mikor 25 éves tanári jubileuma idején 1907-ben tanítványai az Archiv für Dermatologie 3 kötetében ajánlották fel dolgozataikat ünnepi irat alakjában.

Neisser első epochális munkássága a gonorrhoea és lepra aetiologiájára vonatkozik. 1879-ben fedezte fel a kankó kórokozóját, a gonococcust. Néhány évvel később a lepra bacillus felfedezése *Armauer-Hansen*-en kívül *Neisser* nevéhez fűződik. Tanulmányait a lepráról Norvégiában és Spanyolországban gyarapította. Nagy sikereket ért el új szerekek és eljárásoknak a therapiába való bevezetésével. Így a tumenolt ő ajánlotta bőrbajok ellen, a kankókezelésben az ezüstkészítményeknek általános elterjedése ugyancsak az ő nevéhez fűződik. Az *Ehrlich* által bevezetett arsenobenzolos syphilistherapiának pedig *Neisser* volt egyik legteljesebb apostola és hirdetője.

A syphilis aetiologiájának és kísérletes pathologiájának kutatásában is ő vitte az egyik vezérszerepet. E célból nagy anyagi áldozatok árán expeditiót szervezett, a melylyel két ízben járt Jáva szigetére. A syphilis serodiagnostikája körül kifejtett működését nem kell e helyen külön kiemelnünk.

Nagy socialis-hygienés érzéke vitte reá, hogy a „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten” nevű áldásos működésű társulat alapításában részt vett; e társulatnak ő volt a szellemi atyja. Óriási irodalmi működése szaktudományának minden ágára kiterjedt; mindenütt értékes és érdekes kutatásainak eredményeivel találkozunk. Kiváló tankönyvén kívül irodalmi dolgozatainak, congressusbeli jelentéseinek száma a 200-at is meghaladja. Évek óta egyik szerkesztője volt az „Archiv für Dermatologie und Syphilis”, az „Ikono-graphia dermatologica” és a „Stereoskop. mediz. Atlas” című munkáknak.

Igy tárul fel *Neisser* tudományos működése pillanatnyi reávilágításban. De az az intenzív tanítói és kutatási működés, melyet évtizedeken át sajátos tűz hevített e férfiban, külön tanulmány tárgya lehetne. Elért eredményei mindenkor a munka és nagy tehetség diadalát fogják hirdetni, s e nagy munkaszeretet az, mely hevítse a jövőben tanítványait és követőit. Ez lesz nagy emlékének legszebb megdicsőülése.

Guszmán.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die Immunitätslehre und deren praktische Anwendung im Kampfe gegen die Kriegsseuchen. Dr. *Alexander Forbát*. Berlin und Wien, 1916. Urban és Schwarzenberg.

A védőoltások, serum- és vaccina-therapia népszerűsítése az orvosok között a mai járványok által veszélyeztetett időben elengedhetetlen követelmény. Kimerítő kézikönyvek tanulmányozására a mai lázas munka közepette alig van idő s így rövid compendiumok forgalomba hozatala elismerésre méltó törekvés. A mű első fejezetében *Ehrlich* oldalláncz-elméletével ismerkedünk meg, a második fejezetben a könyv tárgyára vonatkozó fogalmak vannak csoportosítva „abc” sorrendben, a következő fejezetben az oltóanyag sterilizását, a műszerek sterilizését s az oltási felület fertőtlenítését ismerteti a szerző, az utolsó fejezet az egyes járványok sajátlagos prophylaxisának és terapiájának van szentelve. A nagy szaktudással megírt könyv magyar nyelven is meg fog jelenni.

Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

A **szamárhurut** kezeléséről ír *Ochsenius*. 447 esetet észlelt, melyeknek nagy részében sikerült a gégegyuladást ecseteléssel megszüntetni. A gége ecsetelésével a gyuladást lokalizálta, a nyálkaelválasztást pedig csökkentette. A betegek hosszabb ideig tartó megkönnyebbülést éreztek, míg a nyálkaelválasztás és a köhögésinger nem lett ismét nagyfokúvá. A szerző azt ajánlja, hogy a meddig a görcsös köhögés fennáll, naponta kétszer végezzük az ecsetelést 2%-os arg. nitr.-oldattal. Ha a gyuladás jelenségei visszafejlődnek és a rohamok már ritkábbak, elég a másodnaponkénti ecsetelés, de a koncentrációt emeljük 3–4%-ra, míg a köhögés teljesen megszűnik. Segédeszközüül szolgál a következő oldatnak az orrba való cseppentése: Rp.: Arg. proteinic. 0.1, Arg. colloid. 0.1, Aquae dest. ad 10.0. Naponta háromszor 5 csepp cseppentendő az orrüregbe. A szerző eseteinek egy részében azt tapasztalta, hogy a rohamok még egy-két hétig fennállottak, de az intenzitásuk nem növekedett. Később azonban hirtelen csökkent a köhögés-rohamok száma.

Az esetek másik részében azonban a rohamok intenzitása és száma mindjárt csökkent, úgy hogy csak közönséges köhögés maradt vissza még egy bizonyos ideig. Kéves kivétellel a szamárköhögés 2–3 hét múlva megszűnik. Legszebb és leggyorsabb eredményt természetesen a korán diagnoskált esetekben ért el a szerző. A complicatiók ritkák voltak. Bronchitis csak mintegy 3%-ában fordult elő az eseteknek. Pneumonia és pleuritis is ritka volt. Ujjonnan szerzett influenza recidivát idézhet elő, ez azonban egy-két ecsetelésre megszűnik.

A szerző szerint alig van oly gyermekbetegség, mely annyira igénybe venné a gyermek idegrendszerét, mint a szamárhurut. „Eleinte ugyan a félelem és a köhögés uralja a gyermeket, de később kellő energiával a gyermek uralhatja a köhögést.” Ezen betegség nagyon rossz hatással van a gyermek akaraterejére, ezért a szerző szükségesnek találja, hogy minden köhögésért büntetést helyezzünk kilátásba. Ha

a gyermekkel nem sokat törődnek, ritkábbak lesznek a rohamok. A szerző azt mondja, hogy a gyermeket minden köhögés alkalmával ecseteljük be s akkor azt fogjuk látni, hogy a gyermek visszatartja a köhögését, hogy a kellemetlen ecsetelést elkerülje.

Az eljárás oly egyszerű, hogy minden szamárköhögés-esetben megpróbálhatjuk s kellő gyakorlat után bizonyára szép eredményeket érhetünk el vele. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 26. sz.)

H.

Sebészet.

Vékonybélisipoly esetén a bört a bélndv emésztő hatása ellen a következő összetételű hintőporral védi *Linhart*: Rp.: Ac. borici subtil. pulv. grm. 100.0, Calomelanos grm. 0.3. M. exactissime. A bórsav az alkaliás bélndvet közömbösíti, a calomel pedig a fermenthatást szünteti meg. A hintőport az alaposan megtisztogatott és megszáritott bőrre kissé vastagabb rétegben kell reáhinteni s a reáhintést, ha szükséges, napjában többször megismételni. A gyógyító és védő hatás már 2–3 behintés után mutatkozik. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 24. sz.)

M.

A **nyak lövési sérülései** esetén olyankor, midőn a löcsatorna irányából, a nyelési panaszokból, a rekedtségből vagy hangtalanságból, továbbá a gégefő és a trachea körüli nyomási érzékenységből a **nyelőcső** sérülésére következtethetünk, a következőket tartja fontosnak *Zeller*. A szájon át való táplálkozás, sőt a nyál lenyelése is eltiltandó. Mihelyt a külső körülmények megengedik, a **nyelőcső** környékét jó szélesen fel kell tártani. A műtét előtt feltétlenül vezessünk tömör oesophagus-sondát a **nyelőcsőbe**, a műtét után pedig később néhányszor sondázzuk meg az oesophagust. Ha a gégefő vagy a légzőutak átfürödése folytán vért aspirált a beteg, tracheotomia után tamponkanul helyezendő be. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916.)

M.

Szülészet és nőorvostan.

Az **extraperitonealis császármetszés fölénye**. *Küstner* tanár *Hofmeier* és *Baisch* tapasztalatai alapján azt állítja, hogy a transperitonealis császármetszés a classikus fölött áll, mert a metszett seb kevésbé vérzik, a méhnek varratokkal ellátása tökéletesebb és a heg ellentállóbb az újra bekövetkezett terhességben. A föelőny mégis az, hogy a méhnek esetleg már fertőzött tartalma nem juthat bele egyenesen a hasüregbe, a fertőzés tehát könnyen marad lokalizált és nem okoz általános peritonitist. *Hofmeier*, *Baisch* és *Franz* 194 transperitoneális császármetszése között, melynek több mint a fele fertőzött volt, mindössze 3 peritonitis fordult elő, de a peritonealis adhaesiók gyakoriak.

A transperitonealis császármetszésnél jobb eredményeket látott *Küstner* extraperitonealis műtétek után. Klinikáján eddig 135-öt végzett, itt is az eseteknek több mint a fele fertőzött volt s egy peritonitist sem észlelt. A műtét nem életveszélyes, nem nagyobb beavatkozás, mint a szülés bármely másféle befejezése per vias naturales, tehát mint például a fogó. A szülés bármely időszakában végezhető, tekintet nélkül arra, hogy mikor folyt el a magzatvíz, fertőzött-e a méhüreg, mióta szül az asszony. Nem úgy, mint a classikus és a transperitonealis műtéteknél, mikor lehetőleg még álló buroknál operálunk s így nem tudjuk, vajjon nem folyt volna le a szülés spontan is. Míg tehát ezekkel sokszor prophylaktikusan avatkozunk be, az extraperitonealis műtétnél ez lehetetlen. A végzése annál könnyebb, minél tovább tart a szülés. Elhanyagolt harántfekvésnél a classikus és transperitonealis császármetszést elvetendőnek tartja, az extraperitonealis ellenben indikált. Egy esetben gonorrhoeás aszszonyon végezte a műtétet s a puerperium teljesen láz-talan volt.

Szóval mindig, a mikor a császármetszés indikált, csak az extraperitonealis ajánlható, kivéve ott, a hol carcinoma vagy myoma complicatiója miatt a sterilizés is szükséges.

Ha a metszés laterális, a következő terhességben a metszés a másik oldalon végezhető. Sőt ugyanazon asszonyon egy harmadik császármetszés sem lehetetlen a linea alba-ban. Így a szűk medenczés asszonyok is meg tudnak felelni kötelességüknek és 2–3 fejlődésképes gyermeknek adhatnak életet. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 20. sz.)

Endreyné Selymes Irén dr.

Szemészet.

Embolia arteriae centralis retinae gyógyult esetét ismerteti *Kraupa-Rank*. Az embolia arteriae centralist a legtöbb szerző gyógyíthatatlannak tartja. A szerző egy esetben typusos embolia art. centr.-t diagnoskált, még pedig az embolus az arteriából annak egyik ágába sodortatott és azt teljesen eltorlaszolta. Rögtön masszálni kezdték a szemgolyót. Minden 15 percben nagyobb és nagyobb nyomást gyakoroltak a szemgolyóra; az eredményt egyidejűleg szemtükörrel ellenőrizték. Az embolia bekövetkezte után csak 11 óra múlva sikerült azt megszüntetni.

Hogy az embolus faja milyen volt, azt nehéz eldönteni. Hogy nem billentyűről leszáadt embolus volt, hanem puhább állományú, azt az bizonyítja, hogy részecskék leszakadását nem észlelték, továbbá ellene szól az embolusnak gyors eltűnése. Fibrinsálakból álló embolus is lehetett. Feltehető az is, hogy fehér vérszemek torlódása okozta az elzáródást. A szerző nagy valószínűséggel légembolusnak tartja. A massage-zsal elért gyors eltűnése az embolusnak a levegőnek a vérszemek által történt resorptiójával vagy az érfalon történt diffúziójával magyarázható. Az eseteknek egész sora van, melyekben az emboliát energikus massage-zsal meg lehet szüntetni. Az eredmény természetesen az embolus anyagi minőségétől függ. De álljon bár az embolus levegőből, lágy vagy kemény anyagból, szigorúan indikálnak tartja a szerző a kitartó, folyton fokozódó erélyes massage-t. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 26. sz.)

H.

Bőrkórtan.

A verejték chemiáját tanulmányozta *C. Kittsteiner*. A gyakorlati viszonyok között nyerhető verejték fehéresen zavaros, sószerű folyadék. A gomolyos mirigyek váladékán kívül a faggyúmirigyek váladékának csekély mennyiségét is tartalmazza. A zavarodást a laphámsejtek, zsírcsöppecskék és néhány bacterium okozza. A verejték vegyhatásáról szóló adatok nem egységesek: a különböző vizsgálók hol lúgosnak, hol közömbösnek, illetőleg gyöngén savanyúnak találták. Általában azonban az a nézet, hogy a verejtékmirigyek tiszta váladéka lúgos vegyi hatású, ilyen a tenyéren, a hol a faggyúmirigyek hiányzanak; a savi vegyhatás úgylátszik a verejtékhez keveredő faggyútól származik. A verejték reakciója a bőrfelület szerint is változik. A szerző a karon és az arcon keletkező verejtéket találta leginkább savanyúnak. Thermostatban a savanyúan reagáló verejték hamarosan lúgossá válik s a voltaképpen szagtalan verejték ilyenkor bűzös, ammoniás szagot áraszt. A kísérletek azt is mutatják, hogy a verejték savanyú vegyhatása annál nagyobb, minél mélyebb hőfok környezte azt a testrészt, mely a verejtéket termelte. A verejtékben előforduló szilárd alkatrészek *Hammarsen* szerint 4, 4–22, 6⁰/₁₀₀, a szerző szerint 7, 83⁰/₁₀₀ mennyiségben vannak jelen. Az egyetlen szervezetlen alkatrész, mely nagyobb mennyiségben van benne, a konyhasó; ennek is a mennyisége változó a testrésztől: legtöbb van belőle az arc verejtékében.

Fontos, hogy bizonyos idegen, főként gyógyszeres anyagok megjelenhetnek a verejtékben. Így található benne kénesóchlorid, jodkali, arsen, chinin stb. Kóros viszonyok között tartalmazhat a verejték fehéjét (nephritis), cukrot (diabetes), húgysavat (köszvény), húgyanyagot (uraemia, cholera). (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 24. szám.)

Guszmán.

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1916, 2. füzet. *Melcer Miklós*: Az egészséges lép fehérvérsejt-termelése a nap különböző szakában, tisztán fehérvér és kevert táplálék emésztésekor. *Fuchs Dénes* és *Soós Aladár*: A benzolnak az emberi szervezetben elégése módjáról.

Orvosképzés, 1916, 5–7. szám. *Borszék Károly*: A háborús koponyasérülések kezelése. *Kopits Jenő*: In- és izomsérülések és következményeik. *Dollinger Béla*: A rokkantak végtagcsontjainak gyógykezeléséről. *Elischer Gyula*: Lövedékek lokalizálása Röntgen-sugarak segítségével. *Kelen Béla*: A Röntgen-átvilágítás és felvétel szerepe a csontok és ízületek hadsebészeti megbetegedéseiben. *Mutschenbacher Tivadar*: Az egész alsó ajak hiányának pótlására szolgáló plastikus műtétekről. *Szabó József* és *Salamon Henrik*: Az állkapocs sérüléseinek conservatív kezelése. *Salamon Henrik*: Az orr, fül és arc nagyobb hiányainak prothesissal való pótlásáról. *Dalmady Zoltán*: A központi idegrendszer sérüléseinek physikai utókezelése. *Ónodi Adolf*: Az orrbajok által okozott szembántalmak tanáról. *Fejes Lajos*: 1. Typhus és dysenteria vegyes fertőzéséről. 2. A visszatérő láz klinikai alakjairól. *Podmaniczky Tibor*: Atypusos lázakról. *Mansfeld Ottó*: A lázas vetélések kezeléséről.

Gyógyászat, 1916, 32. szám. *Unterberg Jenő*: A roseolás fertőző sárgaságról. *Kelemen György*: Comotio labyrinthi villámütés következtében.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 32. szám. *Steiner Pál*: A vérzés-csillapítás módszerei.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Győri Géza* dr. m. kir. bányafőorvost Hont vármegye tisztí főorvosává nevezték ki.

Meghalt. *Tatár János* dr., székesfővárosi gyakorló orvos, életének 53. évében augusztus 5.-én sepsisben, melyet egy orbánczos betegnek operálása alkalmával szerzett, rövid szenvedés után elhunyt. Általános tudás a gyakorlati orvostudomány minden terén, mélységesen érző szív, különösen szegénysorsú betegeivel szemben, az áldozatkészség legnagyobb foka a magán- és közjótékonyaság terén, a kötelességeknek a saját egészsége rovására is legteljesebb mértékben teljesítése és páratlan szorgalom egyesült az elhúnytban. S ha nagyon fájó, hogy legjobbaink egyikének munkabírása teljességében kellett áldozatul esni hivatásának: némi enyhülést adhat barátai és tisztelői megszámlálhatatlan sokaságának az, hogy a kötelességét mindig legjobb tudása szerint teljesíteni iparkodott ember nyugodtságával távozott körünkből, mint a hogy ezt utolsó szavaival mondotta. Áldott legyen emléke! — *Klein Éberhard* dr. nyugalmazott honvéd főorvos 69 éves korában augusztus 9.-én. — *Breitenfeld Ferencz* dr. székesfővárosi gyakorló orvos 52 éves korában július 31.-én. — *A. Weil*, valaha a belgyógyászat tanára a dorpaty egyetemen, 68 éves korában. — *W. Reisz*, a bőrkórtan tanára a krakói egyetemen, 50 éves korában.

Hírek külföldről. Jénában rendkívüli tanári tanszéket szerveznek a gyermekorvosok számára.

Személyi hírek külföldről. *G. Bergmann*, az altonai városi kórház igazgató-főorvosa elfogadta a marburgi belorvostani tanszékre szóló meghívást.

„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. — Kivánatra prospektus.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugár gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró- és hidegkezelések, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízigyógyászat, villamos kezelések. Hízlaló, soványító kúrák. Bejárónak is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon.

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

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratórium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

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

Városmajor-sanatorium és vízigyógyintézet Budapest, I., Városmajor-utca 64. Telefon 88-99. Bel-, ideg- és női betegek részére. Hízlaló és soványító gyógymódok. Vízigyógyászat és villamos kezelések bejárónak is. A betegek Dr. báró Podmaniczky Tibor, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt állanak.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes tudományos ülés 1916 május 6.-án.) 450. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(X. rendes tudományos ülés 1916 május 6.-án.)

Elnök: Terray Pál.

Jegyző: Dollinger Béla.

Primaer retrovesicalis echinococcus diagnoskált esete.

Mező Béla: A III. sz. sebészeti klinika urológiai rendelésén egy 54 éves férfi azzal a panaszszal jelentkezett, hogy $1\frac{1}{2}$ év óta gyakran vize, állandó székszorulása van s úgy a vizelete, mint a széklete igen fájdalmas.

A lesóványodott beteg megtekintésekor feltűnt, hogy az alhas tájéka egészen a köldökig elődomborodott. A térfogatnagyság feléle convex volta kétségtelenné tette, hogy a hólyaggal volt dolguk. A beteg felszólításukra 100 cm^3 zavaros, erősen genytartalmú vizeletet ürített, utána a térfogatnagyság kisebb lett. A 20-as sz. Nelaton-katheter a húgycsőön akadálytalanul hatolt át és rajta 800 cm^3 vizelet távozott. A vizelet lebocsátása után a symphysis felett még mindig gyermekfejnyi térfogatnagyságú domborulat érezni, miért az előadó a beteget ismét megcsapolta. A második csapoláskor a hólyag teljesen üres volt. A végbélvizsgálatkor kitént, hogy a prostata rendes nagyságú és tömörségű volt, s hogy közvetlenül felette a végbél elülső falát egészen a keresztcsontra reányomó, gyermekfejnyi, síma felületű, feszes, bimanualis tapintáskor gyengén fluctuáló térfogatnagyságú domborulat volt tapintható, a melyet a prostatától jól el lehetett különíteni. Az ondóhólyagok mindkét oldalon érezhetők voltak. Hólyagtűkkel szépen látszott, hogy a hólyagnak a trigonum mögötti része előre erősen be volt domborítva. A nagyobb diffúz cystitisen és gerendázatos hólyagfalon kívül egyéb elváltozás nem mutatkozott.

A beteg vizeleti panaszai és a residualis vizelet az első pillanatban arra engedtek következtetni, hogy a betegnek prostatatúltengése van. A végbélvizsgálatkor talált símafelületű s gyengén fluctuáló térfogatnagyságú domborulat azonban kétségtelenné tette azt, hogy a hólyag mögött ülő tömlős daganattal van dolguk.

A hólyag mögött levő cysta keletkezhetik: 1. a Wolff-vezeték lefűződéseiből s maradványaiból; 2. a Müller-járatból; 3. az ondóhólyagból; 4. a sinus pocularis kivezető csöveinek elzáródásából; és végül 5. a retrovesicalis cysta lehet echinococcus.

Az előadó esetében csak a középvonalban ülő Müller-cysta és az echinococcus jöhetett számításba. Tekintve a Müller-cysta rendkívül nagy ritkaságát, az előadó a térfogatnagyság domborulat echinococcusnak tartotta. A diagnózist könnyű lett volna a gát tájáról aseptikusan megejthető punctióval vagy complementkötési reakcióval megerősíteni, de mivel a beteg feltétlenül operálandó volt, az előadó a veszélyrel járó echinococcus-punctiót elhagyta. A műtét sacralis úton az os coccygis resectiójával történt. A végbélnek oldalt húzása után könnyű volt a leányhólyagokkal telt echinococcustömlőt kifejtetni. Kis gázcsík behelyezése után a seb símán gyógyult. Jelenleg a beteg teljesen egészséges.

A primaer echinococcus retrovesicalis igen ritka. Az irodalomban eddig csak 56 eset van ismertetve. Az eddig észlelt esetek vagy laparotomiával (Legueu), vagy perinealis úton (Albarran) operáltak. Az előadó a sacralis behatolást ajánlja (Verebely), a mely sokkal jobb betekintést nyújt, mint a perinealis út, másfelől pedig kizárja a laparotómia kellemetlenségeit.

Újszülött nemi szerveinek fejlődési rendellenessége.

Jankovich László: E rendellenesség nem tartozik a ritkaságok közé, mégis a bemutatandó eset megérdemli a figyelmet, mert az irodalomban is kevés példa van rá. A szóban forgó újszülött fiún csak a has puffadása és a vég-

bélnyílás hiánya volt feltűnő; a has megnyitáskor kitént, hogy benne egy ökölnyi, síma felszíni tömlő van, a melyhez két oldalt egy-egy melléktömlő csatlakozik, ezen melléktömlők oldalán ovarium és tuba látható, tehát az újszülött nem fiú, hanem leány; a tömlőnek kivezető csatornája nincs, a tömlő maga a vaginának, a két melléktömlő az uterusoknak felel meg (uterus duplex). A húgyhólyag és a végbél vakon végződik. A külső nemi szervek közül a penishez egészen hasonló képlet, bár a végén hasadék van, húgycsővel nem rendelkezik, valószínű tehát, hogy a nagy ajkaknak felel meg; a scrotumban herék nincsenek s így az hihetőleg csak a deformált gát. A külső nemi szerveknek a férfitypushoz való rendkívüli hasonlatossága folytán az esetet pseudohermaphroditismus femininus externusnak kell tekintenünk.

Syphilissel inficiált lött seb a könyökön.

Preis Károly: A beteget jelenleg a cs. és kir. XVII. helyőrségi kórház bőrgyógyászati osztályán ápolják. Az infectio a sebesülés után 6 héttel, mikor a seb már majdnem teljesen begyógyult volt, valamelyik budapesti kórházban, valószínűleg lueses egyén által végzett massage útján jött létre. A lött seb a bal könyökön ezután hatalmas sklerosissá alakult át és a megfelelő hónaljmirigyek megduzzadtak. 6 héttel rá általános kiütése támadt, s e miatt osztályára küldték. A beteg határozottan tagadja, hogy sebet, illetőleg a heget nő megcsókolt volna.

Kenyeres Balázs: Felemlít egy esetet, a melyben bujakóros kiütést serétlövés következményének tartottak. Évekkel ezelőtt Kolozs-ár környékének egyik községében a község pénztárát feltörték; az elűrt ördök a tetteseket üldözve, egyik közülük serétlövést küldött utánuk. A másnap reggel talált elcsepegett vérnyomok bizonyították, hogy a lövés a menekülők valamelyikét érte. Hetek elteltével a csendőrfőfogtak egy embert azért, mert egyik karján gyógyuló serétlövés volt. A törvényszéki orvosvizsgálat megállapította, hogy a lövésnek tartott elváltozás serpiginosus bujakóros bőrgyulladás volt. Serétnek semmi nyoma sem volt a sérülésben. A bőrelváltozás, a mint a bemutatott kép bizonyítja, eléggé hasonlít serétlövéshez.

Preis Károly: Francia szerző leírta, hogy a serpiginosus syphilid hasonlít a serétlövéshez. Ez a tankönyvekbe is áment.

Új módszer és új készülékek a megmerevedett ízületek mobilisatiójára.

Fischer Ernő: A bemutatott készülékek nem ingakészülékek, „Pendelapparat”-ok. Bár az ingagyakorlatok előnyösek az izfeszítésnek lecsiszolására, mégis azt tapasztalhattuk, hogy nem elegendők a merevedett ízület mozgékonyosságának progressiv javítására, hiszen ez természetes is: az aktiv ingamozdulatokat a beteg csak olyan kilengésekkel végzi, a melyek neki könnyen és minden fájdalom nélkül sikerülnek, a passiv ingamozdulatoknál pedig — még ha a gép be is állítható valamely határozott fokra — minden ponton, és így azon ponton is, a hol a mozgékonyosság még fokozható volna, csak egy pillanatig időzik a mobilizáló erő. Továbbá azon gépeknél, a melyek az aktiv mozgulat lendületének segélyével végzik a passiv mobilisatiót, teljesen a betegtől függ a mobilizáló erő nagysága, a fokokra beállítható gépeket pedig nagyon nehéz pontosan úgy szabályozni, hogy a passiv kilengés a már ügyis meglevő kilengésnél nagyobb legyen, de a maximalisan elérhető kilengést ne haladja túl.

Ezért oly készülékeket szerkesztett, a melyek a passiv mobilisatiót olyképpen eszközlik, hogy az ízületnek egy-egy kilengése előírható időn át tartson és előírható erővel, súlyok által eszközöltetik. Mivel a gyakorlat azt mutatja, hogy a legkisebb idő, a mely alatt a merevségnek az önkényes és önkéntelen izomcontractio által okozott része megszűnik és a zsugorodott szalagok tágulni kezdenek, mintegy 3 perc,

egy-egy kilengést mindig ennél hosszabb időre szabunk meg, sőt némely esetben akár nyolcz-tíz percet is írunk elő és 1 perces pihenők közbeiktatásával naponta legalább egy órán át végeztetjük a mobilisatiót. Az ily módon működő súlyok természetesen percről-percra erősebb hatást fejtenek ki, mégis ezen hatásfokozódás erélyessége dacára nem brüszk módon történik és így nem is túlságosan fájdalmas. A súlyok adagolása is individualizálva történik: frissebb esetekben kisebb súlyokkal és rövidebb időn át történő alkalmazással is eredményre jutunk, míg elhanyagoltabb esetekben hosszabb idejű kilengésekre és gyakorlatozásra, nagyobb súlyokra van szükség.

Új a módszerben az eszközökön és a contrahált kilengéseken kívül az egyidejűleg alkalmazott thermalis kezelés és extensio; minakettő lényeges tényezője a mobilisatio eredményességének. A míg t. i. az ízület a készülékekben van, *ugyan ezen idő alatt hőlégkezelés is alkalmaztatik;* a thermalis kezelés által létrehozott vérbőség fellazítja a zsugorodott szöveteket és ezen állapotban végeztetik a passiv mobilisatio.

A bemutatott készülékek úgy vannak szerkesztve, hogy az ízületet a passiv mobilisatio tartama alatt extensióban is tartják: az ízületi szalagok ez által is nyújtatnak, az ízfelszínek tehermentesíttetnek, megszűnik a zsugorodott ízületekben úgyis fokozott intraarticularis nyomás, a nyomás által anaemizált ízületben a vér- és nyirokkeringés javul, az ízületi savó újra képződik. Az extensio csökkenti a mobilisatio fájdalmasságát is.

Nagy előnye a bemutatott két készüléknek, hogy az összes végtagizületekre alkalmazhatók, hogy igen egyszerűek és így az orvos előírása és felügyelete mellett bármely intelligensebb ápolóra bízhatók, hogy bármely asztalon, padon, ágyon elhelyezhetők és így a kórtérkekben is alkalmazhatók: ezáltal és mivel igen olcsók, megvalósíthatóvá teszik a kórházakban végzendő korai mobilisatiót.

Kopits Jenő: Ugy látja, hogy a bemutató egyedül a passiv mozgatóval véli az ízület mozgékonytá tételét elérni. Ez nem állhat meg, mert az izom direct gyakorlása, a gymnastika az, a mi az activ mozgás lehetőségét megadja. Az ingakészülékek épp azért nem mellőzhetők, mert azok a gymnastikát szolgáltatják és mellette redressálnak is; ha ez utóbbi kisközü is, de a mozgások gyakorisága az, a mi az ízületre mobilizálólag hat. A passiv mozgató okvetlenül szükséges a gymnastika mellett, mint annak az előkészítője. Mint tisztán mozgató készüléket sokkal egyszerűbbnek tartja a Schede-féle sínket, melyeknek az az előnyük is van, hogy nem kötik helyhez a beteget. A bemutató azon állítását, hogy az eljárás a kezelt ízületet distrahája is, nem látja igazoltnak. A húzás jó fixálást ad mindenestre, de distrahálni egy zsugorodott szalagrendszerű ízületet nem lehet.

Manninger Vilmos: A Fischer-féle apparatusokat nem szükséges védelembe venni, oly kitűnő eredményeket adnak, úgy hogy önönmaguk fogják a gyakorlatban a helyüket biztosítani.

Csak arra kívánja a tisztelt Orvosegyesület figyelmét felhívni, hogy 7 hónap óta oly kitűnő eredményeket ért el a készülékekkel, hogy semmiféle egyéb géptől nem látott hasonlókat.

A gép nemcsak passiv, hanem activ ellenálló gyakorlatokra is alkalmas.

A főelőnye, hogy független a beteg akaratától és intelligenciájától. Épp ezért a gépeket, melyek rendkívül olcsók, melegen ajánlhatja szerényebb dotációjú kórházaknak is.

Horváth Mihály: Véleménye szerint minél többféle készülékkel van felszerelve egy utókezelő gyógyintézet, annál jobban keresztülvihető a legszélesebbkörű individualizáló kezelés. A bemutatott készülékeit igen sok előnyük mellett főleg az ajánlja, hogy a seb gyógyulásának ideje alatt a beteg ágyában is használhatók.

A passiv nyújtásnál azt tapasztalta, hogy a beteg activ izomösszehúzódással akadályozza a zsugorodott ízület nyújtását. Ennek megakadályozására a Révész-utcai gyógyintézetben csiga helyett egy rugós fogaskereket használnak, a zsinór helyett pedig egy láncot alkalmaznak. A súlynyújtás teljes egészében érvényesül, mert a rugó a fogaskerek visszafordulását akadályozza.

Fischer Ernő: Kopits felszólalására azt feleli, hogy az ingamozgások alkalmasak ugyan az ízfelszínek „lecsiszolására“, de nem nyújtanak progressiv javulást; ismételt hangsúlyozza, hogy a gépek nem arra szolgálnak, hogy pótolják az ingakészülékeket, de fontosabb azoknál, mert első és legfontosabb a kezelésben a mozgások lehetőségének megteremtése, csak ezután következnek úgy időben, mint fontosságban az activ-passiv ingagyakorlatok. A Schede-féle sínkel szemben előnye a bemutatott készülékeknek, hogy eleven és pontosan a kívánt erővel ható erőt fejtenek ki. Az ízületnek a passiv mozgató alatti distractiója igenis nagyon fontos, mert a tapasztalat nemcsak azt mutatta, hogy ezzel a mobilisatio könnyebben és gyorsabban sikerül, de azt is, hogy sokkal fájdalomtalanabb.

Horváth tagtárs felszólalására az a válasza, hogy kellő megterhelés és beállítás mellett képtelen a beteg a súlyokat visszahúzni, a bemutatott készülékeknek a mobilisatio teljesen az orvos kezében van.

Mozgó térdizület művégtagokon.

Bakay Lajos: A czombcsontkoltakon használatos művégtagok feltűnő hiányosságát abban találja, hogy a térdizületi rész járás közben merev marad. Az eddigi művégtagok constructorai (nem munkaprothesistól beszél) vagy megelégedtek azzal, hogy különféle szerkezet útján a kezek segélyével járáskor merevre állították a térdet, leüléskor pedig behajlították, vagy pedig többnyire bonyolódott rugók és gumiszalagok segélyével iparkodtak spontán a kéz igénybevétele nélkül elérni ugyanazt. Újabban Ritschel és Wulstein iparkodtak a kérdést megoldani. A bemutató a pozsonyi rokkantügyi hivatal művégtag-műhelyében olyan rugót alkalmaztat, mint a milyent Hudson, Weber és Trees szerkesztett, de nem annyira a rugóra, mint annak a statikai elvek alapján való beállításra fekteti a főszínt. Dollinger indult el ezen az úton, hogy t. i. a Charrière-féle elv megtartásával — a térdizület harántengelye a nehézkedési vonal mögé állítandó — álláskor biztosan támaszkodik a test, s előrelépéskor az ízület behajlik spontán a lábszár súlyánál fogva.

A bemutató azon iparkodott, hogy az ismét bekövetkező rálépéskor a térdizületben merev művégtagra nehezedjék a test súlya. A bemutató sémán demonstrálja a rugó excentrikus beállítását, a mely a nélkül, hogy különösebben megterhelhetné, a térdizület természetes mozgását utánozza.

Kéz- és karpótló prothesisek.

Bakay Lajos: Demonstrálja az általa szerkesztett „markoló kezét“, melyet azokon alkalmaz, a kiknek megmaradt ugyan a kezük, de az inak és idegek sérülése folytán teljesen merev. A mezőgazdasági munkások e prothesis segélyével zavartalanul végzik munkájukat.

Ha a kéztőizület teljesen merev, akkor a markoló kéz karmait tolorúd segélyével a könyökizület mozgása irányítja.

Vetített képeken bemutatja az elmúlt századok művégtagjai közül azokat, melyek szerkezetéből hasznos, követsékre méltó részleteket szemelhetünk ki.

Bemutatja a pozsonyi művégtag-műhely eredeti modelljeit — munkaprothesiseit —, melyeket jobbnak, egyszerűbbnek és sokkal könnyebben előállíthatónak tart, mint a Rota-, Jagenberg- és Hoffmann-féle constructiókat.

A kéz külső formáit utánzó művégtagokra szintén nagy szükség van, mert a művelt középosztály sok amputáltja (ügyvéd, orvos stb.) számára voltaképpen ez a munkavégző. Ezért a Carnes-féle kéznek, a mely e téren a legtekélyesebb, s a családtagok utánozza mozgásaiban az élő kezét, nagy jövőt jósol s utánzására serkent.

Dollinger Gyula: Most, hogy olyan nagyszámú művégtagról kell gondoskodnunk, ennek a kérdésnek egyes részletei is megoldásra fognak kerülni. Egy ilyen fontos részlete a czombban csonkítottak művégtagjain a térdizület megszerkesztése, a melyről azt kívánjuk, hogy dacára annak, hogy a beteg lábszára hiányzik, a művégtag lábszár-része a járáskor mégis mozogjon, a leüléskor behajoljon. Ennek sokféle megoldása lehetséges, a Bakay tanár által bemutatott megoldás megfelel a követelményeknek.

Dollinger ezt eddig úgy oldotta meg, hogy a prothesis térdizületének forgópontját a hosszanti tengely mögé helyezte és az ízületet 180–160° közt szabadon hagyta. Ez a 20°-nyi mozgás a járásra elegendő és minthogy ennél erősebben nem hajolhat be a térdizület, a csonkítottat megóvjá az eleséstől. Letiléskor egy rugó megnyomásával a térd 90°-ig hajlik be. Azonban a használatban levő nagyszámú művégtag tanulmányozása számos olyan más pontra is felhívja figyelmünket, a melyre azelőtt az ilyen nagymérvű tapasztalat hiányában nem is gondoltunk. Ezek helyes megoldása csak úgy lehetséges, hogyha minél tágabb körök foglalkoznak a művégtagok kérdésével, a mely most napirendre került.

PÁLYÁZATOK.

A Budapesti m. kir. Kertészeti Tanintézet igazgatósága pályázatot hirdet egy tiszteletbeli tanintézeti orvosi állás betöltésére céljából.

A tiszteletbeli hivatalos orvos díjazása évi 800 korona (nyolcszáz korona), mely tiszteletdíj évnegyedes utólagos részletekben kerül kifizetésre.

A tiszteletbeli orvos

a) a Tanintézet mindhárom évfolyamán tanévenként 8 egészségügyi előadást köteles tartani;

b) kötelessége a felvételnél hozzá utalt új tanulókat és gyakornokokat a kertészpályára való alkalmasságuk szempontjából általános orvosi vizsgálatnak alávetni;

c) köteles a rendelésen megjelenő tanulókat, gyakornokokat, valamint a tanintézeti ki nem nevezett alkalmazottakat (segédsegéd, fűtő, kocsis, kertészsegédek, kertmunkások, napszámosok) orvosi kezelésben részesíteni és szükség esetén ugyanezeket a Tanintézetben is rendszeres kezelésben részesíteni; végül

d) kötelessége időszakonként az összes tanuló és gyakornokok egészségügyi szemléjét a Tanintézetben ellátni.

Az előadásokra és a szükséges orvosi látogatásokra való tekintettel kívánatos, hogy a tiszteletbeli tanintézeti orvos lehetőleg ne messze lakjék.

A pályázati kérvényekben az eddigi orvosi működés ismertetendő.

A pályázati kérvények legkésőbb f. hó 26.-án déli 12 óráig küldendők be az alulírott igazgatósághoz.

A megbízatás folyó évi október 1-től kezdődik.

A beérkezett pályázati kérvények fölött a nagyméltóságú m. kir. földművelésügyi miniszter úr dönt.

Budapest, 1916 augusztus 7.-én.

A Budapesti m. kir. Kertészeti Tanintézet Igazgatósága
I., Ménési-út 45. sz.

Használjunk prophylaktikus oltásokat

TIFUSZ ELLEN

1. járványos megbetegedések esetén a környezetnél
2. ha gyanús ivóvizek élvezése elkerülhetetlen
3. ha gyanús vagy fertőzött területekre utazunk.

A szabványos oltóanyag ára (3-szori oltás) K 1.10.

JENNER-PASTEUR-INTÉZET, Budapest VIII.

Természetes gyógyfürdők házi használatra!

1. Orvosok által kitűnőnek elismerve! 2. Legegyszerűbb alkalmazás tablettá alakban. 3. Legtisztább és kúraszerű kihasználása a természetes fürdők gyógytényezőinek. 4. Legkényelmesebb és legolcsóbb eljárás. 5. Bevált és általánosan elismert természeti termékek: Természetes sós (Soole-) fürdők — Kén-sós fürdők — Fenyőtűfürdők — Szénsavas fürdők à la Nauheim és egyéb különféle gyógyfürdők, valamint beleértési készítmény.

Dr. W. Sedlitzky-féle halleini szab. fürdő-tabletták és halleini anyalúg. Az orvos uraknak minták és irodalom díjmentesen áll rendelkezésre. Kapható minden ásványvízkereskedésben, gyógyszerárakban és közvetl. az alulírott által

Dr. W. Sedlitzky, Hallein.

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész

kórházberendezési vállalata

BUDAPEST, IV., PAPNÖVELDE-UTCZA 8. — Tel. 63-33.

Egyetem-templommal szemben.

Orvosi műszerek, teljes orvos- és kórház-berendezések.

:: Szakszerű pontos kiszolgálás. Jutányos árak. ::

Költségvetésekkel készséggel szolgálok. Vidékre személyesen utazom.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhímlő-
:: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétváló osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Kloild-palota.)

RÖNTGEN ERICSSON magy. vill. r.-t.

és egyéb villamos

ezelőtt: DECKERT és HOMOLKA

gyógyászati
készülékek

BUDAPEST,

VI., Vörösmarty-u. 67.

Telefon: { 28-09
89-64

== Röntgen-csővek, lemezek, erősítőernyők állandóan raktáron. ==



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

Dr Thilo-féle
Chloroethyl

készítményemet.
Az önműködő üvegek újra töltetnek meg.

Prospektusok rendelkezésre.

MR. C. RAUPENSTRAUCH

em. Apotheke, WIEN II. Castellezg. 25.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

Sanatorium Davos-Dorf

Gyógyintézet a tuberculosis valamennyi alakja számára.

Vezető orvos: Dr. L. v. Muralt.

1916 október 1-től: Dr. J. Biland.

Nyomatott Pápai Ernő műintézetében, Budapest VI., Szerecsen-utca 65 (Liszt Ferenc-tér sarok).

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Galambos Arnold: Közlemény egy cs. és kir. mozgó tartalékkórházból. Néhány megjegyzés a hastyphusról epidemiológiai és klinikai szempontból. 453. lap.

Mező Béla: Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem 3. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., ny. r. tanár.) Primaer echinococcus retrovesicalis diagnosztika. 456. lap.

Leitner Fülöp: A cs. és kir. laibachi 5. számú tartalékkórházból. (Kórházparancsnok: Zörnleib Sándor dr., ezredorvos.) „Situs viscerum inversus” és baloldali „vándorvese” egy-egy esete. 457. lap.

Ónodi László: Az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens rhinogen és otogen bántalmairól. 458. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Paulikócs: Hadisebészet. — Lapszemle. Belorvostan. Ziemann: Dysenteria. — Sebészet. Wrede: Idegvarrat. — Franke: Erysipelas. — Gyermekorvostan. Brudzinski: A gyermekek és főképpen a tuberculosus gyermekeken előforduló agyhártya-gyulladásnak és -izgalomnak új tünetei. — Bőrkórtan. Fleischt: Az acne rosacea kezelése. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Obradovic: Arsen-liquorifera. — Hoste: Paeonia. 461—463. lap.

Magyar orvosi irodalom. 463. lap.

Vegyes hírek. 463. lap.

Tudományos Társulatok. 464—466. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény egy cs. és kir. mozgó tartalékkórházból.

Néhány megjegyzés a hastyphusról epidemiológiai és klinikai szempontból.

Irta Galambos Arnold dr., cs. és kir. tart. ezredorvos.

A typhus ellen alkalmazott védoltás hatékonyságát általában bebizonyítottak tekintik. A typhus eseteinek számbeli csökkenését, s egyes helyeken s időszakokban a megbetegedés könnyebb lefolyását tekintik a védoltás hatékonysága bizonyítékának.

A typhus-ellenes védoltás hatékonyságát bár magam is elismerem, a bizonyítást azonban jórészt másban keresem. A typhusos megbetegedések számának s intenzitásának csökkentésében egyéb tényezők is szerepelnek.

A typhus-ellenes védoltás hatékonysága mellett nagy valószínűséggel szól azon tény, hogy typhusos megbetegedések eseteiben a typhus-vaccina hatásos. Igen valószínű, hogy a védoltás után kifejlődő reactio hatásaképpen keletkező ellentestek typhusos fertőzés esetében a typhus-bacteriumra éppúgy elective hatnak, a fertőzés intenzitását a priori csökkentik, mint a hogy a typhus-vaccina a typhusos megbetegedést — gyakran, de nem mindig — specifikusan befolyásolja.

De másrésről a typhus-vaccina gyógyszeres hatása nem tekinthető specifikusnak, még ha az elért eredmény specifikus is, mert a typhus-vaccina (Besredka) paratyphus-A. s paratyphus-B. eseteiben hasonlóképpen hatásos, másrésről más vaccinák (heterovaccina), sőt aspecifikus fehérjeszármarazók (deuteroalbumosék), vagy egyszerű konyhasóoldatnak gyűjtőeres befecskendezése is úgy typhus, mint paratyphus eseteiben hasonló specifikus hatás kifejtésére képesek. Bár a typhus-vaccina paratyphus-A. és B. eseteiben hatásos, a praeventive alkalmazott typhus-oltásnak a paratyphus ellen védőhatása nincs.

A typhusos megbetegedések számának s intenzitásának csökkentésében a védoltás hatékonysága mellett egyéb tényezők is szerepelnek. A járvány csökkenése, a genius epid. javulása nem tekinthető egyszerűen — post hoc ergo propter hoc — a védoltás hatásának.

A typhus-járvány jelentkezése, lefolyása — mint minden egyéb járványé — spontán ingadozásnak van alávetve.

Ezen körülmény, nem pedig a védoltás magyarázza a járvány kiterjedésének s a genius epidemicus javulásának időleges ingadozását.

A typhus-ellenes védoltás az 1914—1915. év tele óta hadseregünkben szigorúan keresztülvittek tekinthető. Mindazonáltal 1915 őszén igen súlyos typhusos megbetegedések kerültek tömegesen észlelés alá. Egyes betegszállományok mortalitása 50% körül volt. Ezek éppúgy részesültek a typhus-ellenes védoltásban, mint a későbbi vagy a korábbi typhus-esetek 5—10% mortalitással.

A paratyphus-B., mely a háború kezdetén, valamint 1916-ban nálunk a typhusszerű megbetegedések alig néhány %-át teszi ki, 1915. év végén heteken át a typhusos megbetegedések számát 2—3-szorosan meghaladta. Ha a paratyphus-B.-járvány idején paratyphus-B.-védoltást alkalmaztunk volna s ha a járvány egy csapásra megszűnt volna, mint a hogy spontan tényleg megszűnt, lehetetlen lett volna a paratyphus-B.-ellenes védoltás specifikus hatásában kételkedni. Pedig teljesen hibás lett volna ez.

A paratyphus-A. — mely nálunk a háború első 14—15 hónapjaig egyáltalában nem észleltetett — már hónapok óta a typhusszerű megbetegedéseknek legalább 75%-át teszi ki.

A meningitis cerebrospinalis, typhus exanthematicus, recurrens, cholera jelentkezése mind időhöz kötött, bár az ellenük való védekezés állandó.

A dysenteria — mely a háború első hónapjaiban igen kiterjedten s nagyon súlyos formában jelentkezett — a megbetegedés számában s intenzitásában legalább oly mértékben csökkent, mint a typhus. Védoltás nem alkalmaztatik. Ha a dysenterianak ugyanezen számbeli s intenzitásbeli visszafejlődése mellett dysenteria-ellenes védoltások is alkalmaztatnának, ennek hatékonyságát látnák bizonyára sokan bebizonyítottak.

A typhus és dysenteria együttes előfordulása egy egyénen — melyből a háború elején 1 hónapon belül mintegy 100 esetet észleltem, s felénél jóval többet elvesztettem — ma úgyszólván ismeretlen.

Mindennek oka — a járványok spontan nagyfokú ingadozásán kívül — azon haladásnak, fejlődésnek eredménye, melyre hadegészségügyi tudásunk ezen 2 éven át jutott. A háború — mint egyéb téren is —, bár sokszor nem olcsón, sok értékes tapasztalásra tanított. A typhus számának csökkenését jórészt a hadseregben a járványok leküzdése

ellen alkalmazásba vett hygienés eljárások eredményezték. Egyrészt a *katonák* megtanulta a védekezés elemi szabályait, a *csapatorvos* felismerte a baj korai megállapításának, a gyanúsak elkülönítésének fontosságát, jelentőségét. A *latrinák* készítése, ezek desinfectiója tökéletesbedett. Az *ivóvizek* lehetőség szerint bakteriologikailag ellenőrizettek. A *bacillus-hordozók* kikutatásának, valamint egész csapattestek praeventiv bakteriologiai átvizsgálásának fárasszó munkája sem maradt haszon nélkül. A betegek vagy gyanúsak kórházból való elbocsátása előtt a *vizelet s széklet kellő számú negatív bakteriologiai lelete* fárasszó, de hasznos munkának eredménye. A katonák egy része a megbetegedés egyszeri kiállása után természetesen immunizálódott a betegség ellen stb. stb. Ezek azon factorok, melyek a járvány csökkenésében a typhus-ellenes védőtás mellett mint igen hatásos factorok szerepelnek.

A védőtás direct befolyását a megbetegedésre csak *experimentalis* úton lehetne eldönteni. Nagy csapattestek typhus-mortalitásának összehasonlítása csak akkor bír bizonyító erővel, ha a védőtás csapattestek a nem védőtással teljesen egyező külső viszonyok közt vannak. Ily irányú összehasonlító vizsgálatok eredményének közlése a háború befejezése előtt nem remélhető.

* * *

A harctérről került typhusos és paratyphusos (A. és B.) betegek előadása szerint a megbetegedés az eseteknek jelentékenyen nagyobb felében *hidegrázással* kezdődik. Ennek fontossága nyilvánvaló, ha csak a kritikus, illetve lytikus kezdet differential-diagnostikai jelentőségére gondolunk (typhus abd. és exanth., vagy recurrens, pneumonia croup. etc.). Kérdés, hogy a hidegrázásos kezdet a láznak kritikus kezdetét jelenti-e, s így a háborús typhus-járvány sajátosságának tekintendő, avagy azonban a hidegrázás csak mint subjectiv érzés jut-e kifejezésre, s a láz kezdete a megszokott, lytikus? Ha meggondoljuk, hogy a harczonekban tartózkodó katonák a hideg, nedvesség, nélkülözések stb. következtében subnormalis hőmérsékkel bírhatnak, akár a hőreguláló centrum zavara folytán, akár azonban azért, mert a subnormalis hőmérséklet 38—38,5°-ra való emelkedés a normalis hőmérsékletnek 39—40°-ig történő emelkedésének, tehát szélesebb latitudenek felel meg, s így hidegrázáshoz vezethet — hideg s nedves helyiségben való tartózkodás alatt alacsonyabb hőemelkedés már hidegrázáshoz vezethet —, elég okunk van annak felvételére, hogy a typhusos kezdet a megszokott lytikus hőemelkedés mellett vezet hidegrázáshoz, habár egyes esetekben a megbetegedés kritikus kezdete volt kétségkívül megállapítható.

* * *

A typhus abdominalisnak két legrettegettebb complicatioja, a *bélvérzés* és *perforatio peritonitis*, a háborús typhus lefolyását ritkán komplikálta. Ennek okát, ha nem is kizárólag, de jórészt a *táplálás kérdésével* volnék hajlandó magyarázni. E 2 complicatio a békében jelentkező typhus lefolyása alatt gyakran észleltetett. A betegek fő táplálékát ekkor többnyire a tej nyújtja.

Ha a táplálék caloriaszegény folyadékból áll, a legenyégtűl betegek mortalitása igen magas, de a halál-okok közt a perforatio s bélvérzés a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. (Észlelések a háború első hónapjaiban). Ha a betegeket bőséges, vegyes, szilárdabb táplálékkal látjuk el, akkor hasonlóképpen felette ritkán találkozunk e 2 complicatióval. A tejdiéta typhus-betegekről ismeretes, hogy a legrettegettebb complicatiót jelenti a bélvérzés s a perforatio peritonitis, s óva ügyelnek arra, nehogy valamely compactabb, pépesebb táplálékot vegyen fel a beteg, a mi esetleg ezen complicatiókhoz vezethet. A valóságban éppen fordítva van.

Míg a tejdiéta typhus-betegeken a *meteorismus*, s az *ileocoecalis korgás* a typhus abd. cardinalis tünetei közé tartozik, addig a táplálkozás eme másik két formájánál sem meteorismus, sem ileocoecalis korgás nem fordul elő, vagy csak felette ritkán. A meteorismus s a korgás nem a typhus

abd. tünete, hanem renyhe bélműködés mellett a tej táplálás következménye.

Bonczolás alkalmával bő alkalmam volt meggyőződnöm arról, hogy a klinikai tünetekkel teljes összhangzásban a hiányosan táplált typhusos betegek bele kollabált, kevés híg bélsarat tartalmaz, gázokat alig (innen a hiánya a két tünetnek); a bő, vegyesebb táplálkozás mellett a belek teltsége rendes, meteorismus a gázok mérsékelt fokú jelenléte folytán hiányzik; ileocoecalis korgás — melyhez ezen táj folyadék- s gáz-tartalmának együttes jelenléte szükséges — ugyanezen okból nincs.

A feszült, fekélyes bélfalon (meteorismus) meg van adva anatómiai előfeltétele annak, hogy a megvékonyodott fekélyalap feszült ere megrepedjen, avagy azonban a folyamat — a gyulladás, necrosis — a feszülés által még vékonyabbá vált fekélyes bélfalon át a peritoneumra áttérjen, esetleg a vékony, fekélyes bélfal a megfeszülés folytán egyszerűen berepedjen (tejdiaeta). A táplálkozásnak a háborús typhus eseteiben alkalmazott másik két módjánál hiányzik a meteorismus, hiányzik a belek megfeszülése s így ezen két complicatio anatómiai alapja.

Csaknem 1500 typhus abdominalist (köztük mintegy 200 paratyphus-A., 100 paratyphus-B.) volt alkalmam végigérezni. A 200-at megközelítő, minden esetben bonczolásra került haláleset közt e két complicatio eseteinek száma 10-en alul maradt. Ezek közt a vérzés oka többnyire a *Besredka*-féle typhus-vaccina alkalmazása volt, a peritonitis pedig nem perforatio eredetű (megfelelőleg a meteorismus hiányának), hanem a folyamatnak a peritoneumra való egyszerű áttérésének eredménye volt, úgy hogy e két complicatio együtt a typhus-morbiditásnak alig 0,3%-át, a typhus-mortalitásnak 2—3%-át tette ki.

* * *

Nagyon érdekesek s fontosak a typhus abd. azon esetei, melyekben a peritonitis klinikai tüneteinek jelenléte mellett peritonitis hiányzik. A *pseudoperitonitis* ezen eseteit az ellenkező irányban egészítik ki azon esetek, melyekben a halál peritonitis következtében áll be, a *nélkül*, hogy intra vitam a diagnózis felállítható lett volna, a peritonitis tüneteinek kifejlődtek volna. Több esetet észleltem mindkét irányban. A pseudoperitonitis egy esetében pl. a két hete beteg felvételekor a láz spontán *intermittáló* (36,9—39,1 közt), a nyelv typhus-nyelv, nedves, a tüdők felett hypostasis jelei. Igen nagyfokú ileocoecalis fájdalom. Állandó hányás. Nagy elesettség. Esméletzavar. Semmi tápfelvétel. Bakt. vérvizsgálat typhusra pozitív. Négy napig tartó észlelés alatt a hányás változatlanul, csillapíthatatlanul fennáll, makacs csuklás társul hozzá, a tápfelvétel semmi, spontán székürítés van, a nyelv szárazzá válik, a has felett diffus igen nagy fájdalommasság, punct. max. az ileocoecalis tájon, kifejezett *defense musculaire*, a végtagok hűvössé válnak, kifejezett *facies hippokratika* fejlődik ki, a végtagokban fájdalmas rigiditas áll be. Lép-, májtompulat megtartott, lumbalis tompulat nincs. Pulsus mérsékelt szapora, hosszú ideig elég jó. Hőmérsék az első napon adott egy intravenás *Besredka-injectio* után normalissá vált. Bonczoláskor három hetesnek megfelelő typhus mutatható ki; a *peritoneum teljesen ép*.

Ennek ellenkezőjét mutatja egy tejdiétán tartott typhus-beteg, kin három heti fennállás után genyes diffus peritonitis okozta a halált. A megbetegedés mindvégig alacsony lázzal járt. 37,5—38,6° közt változó hőmérséklet teljesen változatlanul állott fenn a peritonitis beállta után is. Semmiféle jel sem figyelmeztetett a diffus peritonitisre; sőt ileocoecalis táji fájdalommasság sem volt jelen! csak a pulsus-szám volt magas: 37,6° mellett 116. A megbetegedés utolsó napján a hasban diffus fájdalommasság volt kimutatható, a végtagok hűvössé váltak, facies hippokratika fejlődött. Bonczoláskor három hetes typhusos folyamaton kívül diffus peritonitis, a hasürben szabad genynyel. Genyes-rostonyás diffus összenövés perforatio nélkül. A peritonitis legalább 5—6 napos lehetett.

* * *

A typhus-reconvalescentiában főleg a korai felkelés után nem tartozik a nagy ritkaságok közé a bokák múlt *oedemája*. Jóval ritkább az általános *hydrops*. Egy esetben volt alkalmam észlelni, hogy a typhus reconvalescentia-idejében általános vízkór fejlődött ki, mely főleg a mélyebben fekvő testrészek felett volt tetemes s így a beteg fektetésével befolyásolható volt. Oka ismeretlen volt, a szív, vese stb. részéről elváltozás nem volt kimutatható. Néhány hét alatt teljes gyógyulás állott be.

* * *

A typhust kísérő complicatiók közt elég ritkán fordul elő az *icterus*. A typhust s a paratyphust kísérő icterusok egy részében az icterus paracholiás eredetűnek mondható s a máj zavaros duzzadásából magyarázható paracholiás májsejtfunctiozavar eredményének tekinthető. Ezen icterus, mely akár élénk citromsárga elszínesedésig fokozódhat, a megbetegedés visszafejlődésével fokozatosan tűnik el. Komolyabb jelentősége van az icterusok ama részének, melyben az epeutak súlyos gyuladása, esetleg genyes beolvadása a sárgaság oka. Két esetben hatalmas *májtályog* fejlődött ki. Ezen esetekben a kísérő genyes-rostonyás perihepatitis folytán súlyos peritonitises tünetek állanak az érdekes kórkép előterében. Észletem hasonló esetet, melyben az igen súlyos typhusos megbetegedés mellett icterus gravis állott fenn, a hatalmasan megnagyobbodott máj nyomásra, sőt felületes kopogtatásra is igen fájdalmas volt, súlyos elesettség, mély eszméletzavar, fuliginosus nyelv, rossz szapora pulsus, hő-süllyedés, csuklás, hányásinger s hányás állott fenn, a cholangioitis suppurativa s abscessus hepatitis diagnosisának felvétele jogosult volt. A bonczolás meggyőzőtt arról, hogy genyes gyuladás teljesen hiányzott. A súlyos typhus tüneteként a hatalmasan megnagyobbodott májban zavaros duzzadás állván fenn, a súlyos icterust az epecapillariskok nyomása okozta. Typhust kísérő pneumonia crouposa eseteiben hasonlóképpen szoktunk icterusnak könnyebb-súlyosabb eseteivel találkozni, csak úgy, mint genuin pneumoniában. A typhussal, paratyphussal kapcsolatban jelentkező icterusnak, subicterusnak jelentőségét fokozza azon tény, hogy a differentialdiagnostikai szempontból szóba jöhető egyéb megbetegedések között főleg recurrensnél, a Weil-féle megbetegedésnél, genuin croupos pneumoniánál az icterusnak kisebb-nagyobb foka gyakori.

* * *

Felette érdekesek s úgyszólván magyarázhatatlanok azon esetek, melyekben *tuberculosis pulmonum* súlyos eseteiben a *circuláló vérben typhus-bacterium* mutatható ki s melyekben a megbetegedés semmi klinikai vagy anatómiai vonatkozásban sincs a typhussal.

A Busse által leírt esetekben, midőn tuberculosisban elhaltak vérben typhus-bacillusok voltak kimutathatók, a nélkül, hogy klinikailag vagy anatómiailag typhusos megbetegedés állott volna fenn, typhus-bacillushordozókról lehetett szó, kikben a typhus-bacillusok agonálsan jutottak a vérbe (*Jochmann*). Ismeretes, hogy az *E. Ebeling* (Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 15. szám) által leírt esetben a 14 éve bacillushordozó nő vérében jelentek meg egyszerre typhus-bacteriumok (typhusos megbetegedés nélkül!). Ismeretes az is, hogy typhus vagy paratyphusos fertőzés beálhat pozitív bakteriologiai vérelettel a belek typhusos elváltozása nélkül (*A. Brion*: Die deutsche Klinik, II. kötet, *Henoch*, *Chiari*, *Opie*, *Blumenthal*).

Amde eseteimben nem a tuberculosisban elhaltak vérben, hanem intra vitam, a *keringő vérben* voltak a typhus-bacteriumok kimutathatók. A keringő véren kívül, a hullalépében is pozitív volt a typhus-lelet. A lép, a mesenterialis mirigyek a tuberculosisnak s nem a typhusnak megfelelő elváltozást mutattak. Három hasonló súlyos tuberculosisra vonatkozik megfigyelésem, melyekben a súlyos, florid tüdőtuberculosis mellett a bélben typhusos tuberculosis fekélyek két esetben voltak kimutathatók. Mindhárom eset halálosan végződött. Két esetben diffus tüdőtuberculosis, egy esetben tüdő-

gyuladáshoz csatlakozott egyoldali pneumonia caseosa tuberculosisosa volt a klinikai s a bonczolás-lelet.

Eseteinkben bacillushordozókról szó sem lehet, mert a széklet- s vizelet-lelet ismételtén negatív volt s a vérből még *intra vitam* sikerült ismételtén typhus-bacteriumot kitenyészteni. Typhusos fertőzésről a bél typhusos elváltozása nélkül nem lehet szó, mert a lymphatikus apparátuson (lép, mesenterialis mirigyek) typhusos elváltozások nem voltak kimutathatók. A typhus-bacillusoknak a tuberculosis bél fekélyes falán át a vérbe felvétele ellen a széklet s a bélfekélyfal negatív typhus-lelete szól.

Két másik esetben tuberculosisnak súlyos, halálosan végződött esetében a székletét volt ismételtén pozitív typhusra, illetve paratyphus-A-ra. Ezen esetek magyarázatául elfogadható, hogy a typhus, illetve paratyphus-A. bacillushordozó súlyos tüdőtuberculosisban betegedett meg, vagy megfordítva, tüdőtuberculosis súlyos eseteiben typhus, illetve paratyphus-A. bacillushordozóvá vált a beteg.

* * *

Beteganyagunk jó részében — főleg a bosnyákok közt — otthonos az *ascariasis*. Gyakorlati jelentősége az ascariasisnak typhus, paratyphus, cholera, pneumonia crouposa azon súlyos eseteiben volt, a melyekben az ascarisoknak többnyire hányás útján történő távozása a megbetegedés kritikus időpontjára esett. Pneumoniában a krízis idején, typhusnak, paratyphusnak súlyos eseteiben a specifikus kezelést követő reactio idején, choleraiban a hypertoniás konyhasó-oldat intravenás befecskendése után a makacs hányásinger, hányás, általános rosszullét, nyugtalanság, hideg verejték elválasztása, a pulsus romlása, collapsusszerű állapot kifejlődése a megbetegedés súlyosbodására (pneumonia, cholera), complicatio (peritonitis) felléptére (typhus), a specifikus kezelést követő collapsus kifejlődésére (typhus, paratyphus) terelik a figyelmet, midőn az ascarisoknak többnyire hányás útján történő távozása ezen tüneteket egy csapásra megszünteti.

* * *

Említést érdemelnek a typhusos s paratyphusos *bacteraemia* azon esetei, melyekben klinikailag a megbetegedés *acut szaka* állapítható meg, a vér, esetleg a hullalép bakteriologiai vizsgálata pozitív eredményt szolgáltat, continuus láz, roseola status typhosus lehet jelen s bonczoláskor *teljesen lezajlott bélfolyamatot, gyógyult fekélyeket* találunk. A specifikus kezelés befolyása kizárható, mert az ezen kezelést követő első vagy második napon elhaltak bonczolásakor is találtam gyógyult fekélyeket. Ha meggondoljuk, hogy a typhusos fertőzés lényege nem a bél fekélyes megbetegedése s typhus a bél fekélyes megbetegedése nélkül is előfordul, érthetővé válik, hogy bizonyos, ritka esetekben a typhusos fertőzés, a bacteraemiás állapot a bélbéli localis folyamat gyógyult után is egy ideig még fennáll.

* * *

A typhus és paratyphus klinikai tünetei közt az *ileo-coecalis* táj spontan s nyomásra fokozódó *fájdalmasságának* igen nagy diagnostikai jelentősége van. Ritka esetben hiányozhat ez teljesen. A fájdalmasság hiányozhat a localis bélbéli folyamat hiányos kifejlődése, esetleg teljes hiánya folytán, avagy azonban az eszmélet mély zavara esetében. Volt alkalmam eseteket észlelni, a hol teljesen *ép eszmélet* mellett, *igen súlyos fekélyképződés* mellett is teljes mértékben *hiányzott a nyomás iránti érzékenység*. Másrésről ismeretes — magamnak is volt alkalmam eseteket észlelni —, hogy meningitis cerebrospinalis epidemica, recurrens vagy még inkább *pneumonia crouposa* esetében néha *kizárólag hasi tünetek* praevaleáltak. Ha nagyfokú fájdalmasság van jelen a hasban, főleg az ileo-coecalis tájon, esetleg kifejezett defense musculaire is, ha ehhez még vizelet-zavarok, esetleg anuria, eszmélet-zavar, rossz pulsus társul, a mellkas részéről panaszok nem állanak fenn s a hiányosan, felületesen légző beteg tüdeje felett a megbetegedés első felében semmi el-

változás nem mutatható ki, köpetet egyáltalában nem ürít a beteg, pneumonia crouposa esetében könnyen typhus abdominalis, esetleg peritonitis diagnoskáltatik.

* * *

Az utolsó hónapokban typhushoz társult súlyos *izületi gyulladásnak* 5 esetét észleltem (4 esetben typhus, 1 esetben paratyphus-B. volt a bakteriologiai vérvétel). Mindezen esetekben a gyulladás egy vagy mindkét oldali *csípőüzetre* szorítkozott. Egy esetben a sacroiliacalis, egy esetben a térd-izületek is a megbetegedés körébe vonattak. Az alaphettség mindegyik esetben súlyos volt, egy esetben halállal végződött. Az izületi gyulladás hetekig, hónapokig elhúzódó volt, igen nagy fájdalommal járt, gyakran morphin-injectiókkal sikerült csak átmenetileg csillapítani a fájdalmakat, úgy-szólván minden kezeléssel dacolt, salicylra, valamint a typhus specifikus szereire nem reagált. Más izületekre soha-sem terjedt át a folyamat.

* * *

A typhus abdominalis s a paratyphus-A. és B. reconvalescens szakában a láztalan szak 1.—2.—3. hetében nem ritka esetben hirtelen *magas hőmérsék* jelentkezik (átlag 40° körül), mely 1—1½ napi átlagos tartam után nyomtalanul eltűnik. E hőemelkedés okaképpen sem a táplálkozás hirtelen fokozása, sem forcírozott izommunka, korai felkelés stb. nem szerepel. A láz nyomtalanul eltűnik a táplálkozás nagyfokú megvonása után, de e nélkül is. A lázas szakban vett vér bakteriologiai negatív. A láz jelentkezésekor esetleges recidiva keletkezésétől tarthatunk; ezt kizárni semmi jel alapján sem tudjuk. Bár recidivánál rendszerint lytikus vagy kritico-lytikus a kezdet, a kritikus hőemelkedés sem tartozik a ritkaságok közé. Ha a táplálék szigorú megvonása ellenére a láz fennáll, akkor recidiva kezdődik. Ezzel megegyezőleg a bakteriologiai vérvizsgálat eredménye úgy-szólván mindig pozitív.

E hőemelkedés biztos oka nem ismert. A recurrens utolsó lázas szakához hasonlítható s ilyen értelemben *szökevényes recidivára* emlékeztet. Lehetséges, hogy az alaphettség alatt keletkező ellentetek a praeventive védoltottakban (bacteriolysin, bacteriotrypsin) a szervezetben még jelenlevő s recidivát kiváltó bacteriumokat gyorsan elpusztítják s így a recidivának csak korcs alakja fejlődhet ki. A hőemelkedésnek ezen spontan formájától megkülönböztetendő az esetek egy jó részében a táplálék hirtelen fokozásakor bekövetkező lázas állapot, mely spontan eltűnni nem szokott, hanem csupán a táplálék elég korai megvonására.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem 3. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., ny. r. tanár.)

Primaer echinococcus retrovesicalis diagnoskált esete.

Közli: Mező Béla dr., operateur-urológus, rendelőorvos.

A III. sz. sebészeti klinika urológiai rendelésén M. P. 54 éves kereskedő azzal a panasszal jelentkezett, hogy fél év óta igen gyakran kell vizelnie, állandó székszorulása van s hogy úgy a vizelése, mint a székelése igen fájdalmas. Az erősen lesoványodott, halvány beteg megtekintésekor feltűnt, hogy a has symphysis feletti része majdnem a köldökig előredomborodott. Az elődomborodás felfelé convex alakja kétségtelenné tette azt, hogy telt hólyaggal van dolgunk. Felszólításunkra a beteg körülbelül 100 cm³ savi vegyhatású, zavaros, bő genyartalmú vizeletet ürített, a mely után a hasban tapintható térfogatnagyságú valamivel kisebb lett. A húgycsövön a 20 Ch. vastagságú Nelaton-katheter akadálytalanul áthaladt s rajta 800 cm³ residualis vizelet távozott. A vizelet lebocsátása után a symphysis felett még mindig egy gyermekfejnyi térfogatnagyságú lehetett érezni, a miért azt gondolva, hogy a catheter a csapolás közben elakadt, a beteget ismételtén megkathetereztem. A második csapoláskor a hólyag teljesen üres volt.

A végbélvizsgálatkor kitűnt, hogy a prostata rendes nagyságú s tömörségű volt s hogy közvetlenül felette a közép-vonalban, a végbél elülső falát egészen a kereszt-csontra reányomó, gyermekfejnyi, síma felületű, feszes, bimanualis vizsgálatkor gyengén fluctuáló térfogatnagyságú volt tapintható, a melyet a prostatától jól el lehetett különíteni. Az ondóhólyagok homályosan mindkét oldalon érezhetők voltak. Hólyagtükörrel szépen látszott, hogy a hólyag trigonum mögötti része előre erősen be volt domborítva. A nagyobbokú diffus cystitisen és a gerendázatos hólyagfalon kívül egyéb elváltozás nem mutatkozott.

A beteg vizelet-zavarai és a csapoláskor talált nagy residuum az első pillanatban arra engedett következtetni, hogy a beteg prostata-túltengésben szenved s hogy a panaszok innen származnak. A végbélvizsgálat e feltevésre rá-czáfolt. A talált residuum kétségtelenné azért jött létre, mert a hólyag mögötti térfogatnagyságú a vizelet-kiürülést akadályozta.

A térfogatnagyságú síma volta s az a körülmény, hogy a végbélben és a hasfalon át egyidejűleg történő vizsgálatkor gyenge hullámozás volt érezhető, kétségtelenné tette azt, hogy tömlős daganattal van dolgunk.

A retrovesicalis tájon fejlődő cysta oka többféle lehet. 1. Vannak cysták, a melyek a Wolff-féle vezeték maradványaiból vagy kiöblösödéseiből keletkeznek. Ezek rendszeren a vas deferens közelében, a hólyag oldalán jelentkeznek. 2. Olyanok, a melyek a Müller-féle járatból fejlődnek s a hólyag mögött a közép-vonalban ülnek. 3. Egyes cysták a sinus pocularis kivezető csöveinek eldugulása s a sinus kiöblösödése folytán jönnek létre. 4. Előfordul az is, hogy az ondóhólyag egyes részei lefűződnek s tömlős daganatot alkotnak. Ezek a cysták rendszeren mogyorónál nem nagyobbak. Lovakon az egész ondóhólyagot felölelő egy-rekeszű, sokszor gyermekfejnyi tömlős daganat nem tartozik a ritkaságok közé. Emberen azonban bonczolással megállapított ilyen esetet még nem észleltek. 5. A retrovesicalis cysta lehet végül echinococcus által is feltételezve.

Jelen esetünkben az ondóhólyagból, a sinus pocularisból és a Wolff-vezetékéből eredő cystákat a térfogatnagyságú nagysága és helye miatt kizárhattuk. Csak a Müller-féle vezetékéből fejlődő cystára s echinococcusra gondolhattunk. Tekintve a Müller-féle cysta rendkívül nagy ritkaságát s az echinococcus aránylagosan gyakoribb előfordulását, dacára annak, hogy a szervezetben más kimutatható echinococcus-góc nem volt, a hólyag mögött levő térfogatnagyságú echinococcusnak tartottam. Diagnosisunkat könnyű lett volna punctióval megerősíteni, mert a punctio nemcsak a végbélben át, de aseptikusan a gáttájról is könnyen meg lett volna ejthető. A punctióról ennek dacára lemondtam, mert a beteget minden körülmények között operálni kellett s így nem akartam őt a nagyobb nyomás alatt levő echinococcus cysta punctiójából eredő veszélynek kitenni.

A műtét gerinczvelő-anaesthesiában történt. Sacralisan, az os coccygis resectiója után hatoltunk be. A végbélnek oldalt húzása után reájutottunk a gyermekfejnyi tömlőre, a melyet sikerült a hashártya megnyitása nélkül egészében eltávolítani s a mely a megnyitáskor leányhólyagokkal telt echinococcusnak bizonyult. A visszamaradt sebürbe vékony gazecsikot helyeztünk s a sebet egyesítettük.

A beteg per primam gyógyult. A hólyag a műtét után néhány nappal akadálytalanul kiürült. A residuum megszűnt, a még fennálló cystitis pár hólyagöblítés után elmúlt, úgy hogy a beteg jelenleg teljesen egészséges.

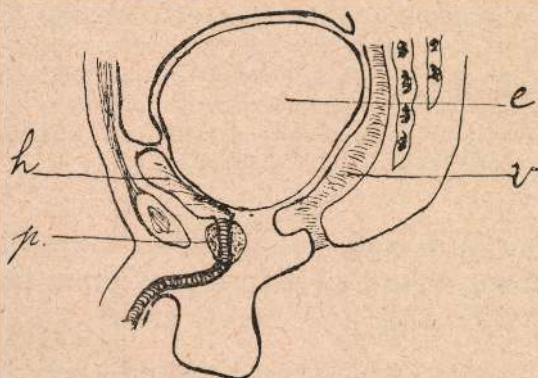
Mint ismeretes, az echinococcus leggyakoribb előfordulási helye a máj. A bélcsatornába és innen a vérkeringésbe bejutott echinococcus-embriók azonban eljuthatnak egyéb szervekbe is.

A hólyag mögött fejlődő echinococcus lehet primaer vagy secundaer. Primaernek azt nevezzük, a mikor a szervezet egyetlen echinococcus-gócza; secundaer pedig az,

a melynél a szervezet egyéb helyein, rendszeren a májban, hasonló természetű tömlős daganatok vannak.

A primaer echinococcus retrovesicalis meglehetősen ritka dolog. *Devé* szerint a kórboncztanilag bebizonyosodott primaer hólyag mögötti echinococcusnak csak három esete ismeretes. Ezek a *Freund-Chadwick*, *Bouley* és *Letulle* esetei. *Cranwell* és *Herrera Vegas* az argentiniai köztársaságban 1901-ig észlelt 970 echinococcus-eset közül csak 5 retrovesicalist talált. 1907-ig *Cranwell* 4 újabb esetet látott s összekeresve az irodalomban közölt primaer echinococcus retrovesicalisokat, azok számát 52-ben állapította meg. Ezen idő óta még *Marion*, *Squier*, *Jeudy* és *Soubeyran* között egy-egy esetet, a melyhez hozzászámítva a mi észlelésünket is, az eddig látott primaer echinococcus retrovesicalisok száma 57.

A primaer echinococcus retrovesicalissal ellentétben a secundaer echinococcus retrovesicalis igen gyakori. Kifejlődéséhez nem kell egyéb, mint az, hogy a hasi szervek egyikében ülő echinococcus megrepedjen és a hasüregbe ömöljön. A mint azt *Devé* házinyulakon beigazolta, a hashártya felületén fejlődni kezdő hólyag felett a hashártya gyorsan összenő, úgy hogy bizonyos idő múlva az eredetileg intraperitonealis tömlő extraperitonealisnak mutatkozik.



e = echinococcus, v = végbél, h = hólyag (üres), p = prostata.

A primaer echinococcus keletkezése háromféleképp képzelhető el: úgy, hogy a véráramba kerülő embrió a hólyag mögötti kötőszövetben akad meg; úgy hogy az eredetileg a máj felületén fejlődő cysta a májról teljesen leválik és a Douglas-üregbe jut; vagy a mi talán a legritkább, úgy, hogy az embrió a végbél falán áthatolva, a hólyag mögötti szövetben mindjárt megakad (direct út).

A hólyag mögötti kötőszövetben fejlődő cysta a környező szervekkel igen hamar összekapaszkodik, úgy hogy sokszor nehéz az eldöntése annak, hogy az echinococcus a hólyag- vagy végbélfalból, vagy a prostatából indult-e ki. A tömlő növekedését lefelé a gátizomzat, köröskörül pedig a csontos medence gátolja, úgy hogy a növekedés leginkább felfelé történik. Észlelték emberfejnyi cystát is. A mi esetünkben a térfogatnagysággyarapodás gyermekfejnyi volt. Ez is elég volt ahhoz, hogy az első végbélfal hátrafelé szorításával állandó székszorulást, a hátulsó hólyagfal előrenyomásával pedig vizelési nehézségeket okozzon. A tömlőt beburkoló hashártya rendszeren síma, fénylő. A hólyag- és végbélfal vagy a hashártya a folytonos nyomás következtében néha annyira elvékonyodik, hogy a tömlő egyik vagy másik irányban megreped s kiürül.

A megbetegedés első tünete a hólyagtáji fájdalom, a melyhez gyakori vizelés-inger csatlakozik. E symptomák lassankint fokozódnak, makacs székszorulás mutatkozik, a székletét maga fájdalmas lesz s a betegek állandó gáttáji nyomásról panaszkodnak. Később teljes vizeletretentio áll be. Az ilyenkor fogantatandó pöcsapolás rendszeren csak nehezen sikerül, mert a katheter a prostatánál megakad.

A vizsgálatkor a kis medenczébe beékel, síma felületű, akár emberfejnyi térfogatnagysággyarapodást találunk, a mely a

hólyag alakját utánozza. Katheterezésre a térfogatnagysággyarapodásnak csak egy része tűnik el, az, a melyet a vizeletretentio okoz. Hólyagtűkőrrel a hólyagfal, rectalis vizsgálattal pedig a végbélfal bedomborodását látjuk. A térfogatnagysággyarapodás néha fluctuál.

A cysta megrepedhet s tartalma kiürülhet a hólyagba (*Calaway* és *Fürstenberg*), a végbélbe (*Brun*) vagy a hasüregbe.

Ocampo esetében a cysta bélelzáródási tüneteket okozott. A legkellemetlenebb szövődmény az ureterek és vesemedenczék pangás folytán való kitágulása és az ehhez csatlakozó vesemedenczegyulladás.

A *Cranwell* által összeírt esetek halálozási százaléka 50. Ezek szerint a megbetegedés igen súlyosnak mondható.

A betegek rendszeren csak akkor jelentkeznek, a mikor a cysta már igen nagy. A tünetek alapján hypertrophia prostataera, prostatitisra, pericystitisre lehet gondolni. Ha hullámzás nem érezhető s a térfogatnagysággyarapodás a prostatától nem különíthető el, prostatasarcómára gondolhatunk. Fluctuálás esetében a már fentebb említett cysták jöhetnek számításba. Ha a hasban másutt is tapinthatunk tömlős daganatot, akkor biztosak lehetünk a felől, hogy a térfogatnagysággyarapodás echinococustól származik. A cysta punctiója a punctiónyíláson rendszeren kiömlő s a környező szöveteket inficiáló s toxikus echinococcus-folyadék miatt nem ajánlatos. Kétes esetekben a complementkötési reactio jó szolgálatot tesz. Legjobb az ilyen eseteket azonnal megoperálni. A műtét nemcsak a diagnoszt tisztázza, de gyökeres gyógyulást is hoz.

A műtétet háromféleképp végezhetjük. *Legueu* a has felől való behatolást ajánlja; *Rotgan* és *Albarran* pedig a gáttájról hatolt be. Az utóbbi eljárás nehezekebb s rossz betekintést ad. Jó hozzáférést nyújt s azonkívül a hasmetszés veszélyeitől is mentes a sacralis eljárás (*Verebély*), a melyet esetünkben igen jól sikerült megoldani. Ezért ezt a módot hasonló esetekben melegen ajánljuk.

Irodalom. *D. Cranwell*: Les kystes hydatiques retrovesicales chez l'homme. *Revue de Gynecologie et Chirurgie abdominale*. 1907, p. 599. — *Fürstenberg*: Contribution à l'étude des kystes hydatiques paravesicaux. *Ann. des mal. des org. gén-urin.* 1901, p. 1160. — *Marion*: Kyste hydatique calcifié retrovesical diagnostiqué. *Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris*. 40. köt., p. 125. — *Devé F.*: L'echinococcose primitive heterotopique des sereuses. *Arch. de parasit.* 15. köt., p. 497. — *Jeudy A.*: Contribution à l'étude du kyste hydatique retrovesical chez l'homme. Thèse, Paris, 1913, p. 110.

A cs. és kir. laibachi 5. számú tartalékkórházból.
(Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.)

„Situs viscerum inversus“ és baloldali „vándorvese“ egy-egy esete.*

Irta: *Leitner Fülöp* dr., kolozsvári egyetemi tanársegéd, osztályvezető főorvos.

Két aránylag ritka és érdekes esetet van szerencsém a következőkben ismertetni.

Az első eset 30 éves közkatona, a ki 1916 márcz. 24.-én vétetett fel kórházunkba. A beteg kérdéseinkre előadja, hogy két hó óta fáj a melle és köhög; ezen idő alatt több kórházban kezelték hörgőhurut ellen. De már évek óta nem érezte magát teljesen jól; állandóan érzett olykor erősödő fájdalmakat a mellében, de különösen a szíve táján.

Az eléggé jól fejlett, erőteljes és jól táplált beteg megvizsgálásakor — eltekintve még fenállott hörgőhurutjától — a következő feltűnő eltéréseket találtam:

Szívcsúcslökés a jobboldali 5.—6. borda közt, 1 cm.-rel a bimbóvonalon belül. A szívtoppulát balfelé megnagyobbodott, a sternum jobb szélét túlhaladva, a sternumra reátered. A szívhangok (a csúcson), valamint a nagyerek hangjai tompák, de tiszták. A jobb 2. bordaközben hallható második hang (valószínűleg az arteria pulmonalis második hangja)

* Bemutatta a folyó évi április hó 5.-én tartott laibachi orvosgyűlésen.

kissé ékelt. Az érverés perczenként 100, a pulsus középnagy, kissé feszes, arhythmiás (irregularis és inaequalis). Az étvágy csekély. Emésztés rendes.

A jobb hypochondriumban egy kisebb, a normalis lépnek megfelelő alakú és nagyságú tompulat.

A bal hypochondriumban egy szokatlanul nagy tompulat kopogtatható ki, melynek alakja, nagysága és határa a rendes májénak felel meg. A gyomor alsó határa (álló helyzetben) a köldök felett két harántujnyira. A vizelet sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz.

A mint ezen röviden összefoglalt kórvázlatból kitűnik, esetünkben azon ritka rendellenességgel állunk szemben, a mely „*situs viscerum inversus*” név alatt általánosan ismeretes.

A klinikai diagnoszt megerősítik a betegről készített Röntgen-képek is, a melyeken jól látszik a szívárnyék a mellkas jobb felében; a lép árnyéka a jobb, a máj árnyéka a bal hypochondriumban. Egyébként ezektől eltekintve, úgy a mellkas, mint a has normalis képet mutat.

Az elkülönítő kórjelzés szempontjából meg kell jegyeznem, hogy a beteg sohasem szenvedett mellhártyagyulladásban. A szívnek jobboldali helyzetváltozását nem idézhette tehát elő 1. *retractióval* gyógyult jobboldali mellhártyagyulladás. A beteg jelenleg sem szenved sem izzadmányos (savós) mellhártyagyulladásban, sem mellvízkórban (hydrothorax). Esetünkben tehát szóba sem jöhet: 2. a szívnek jobb oldalra való „*áttolása*” nagy mellüri folyadékgyülem által, a mi pleuritis (vagy hydrothorax) *exsudativa sinistra* esetén, sem 3. a májnak lefelé való lenyomása, a mi egyébként pleuritis *exsudativa dextra* esetén fordulhatna elő. 4. Esetünkben „*vándormáj*”-ről és „*vándorlóp*”-ről sem lehet szó, mert hiszen mindkét szerv tompulata a rendes határokon van, de a rendessel ellentétes oldalon. 5. Megemlítendőnek tartom még, hogy a máj, illetve lép helyzetváltozása az illető szerv egyszerű kocsánysavarodása által is lehetséges volna. Itt erről sem lehet szó.

Végül megjegyzem, hogy a beteg szerveinek helyzetváltozásáról eddig sem tudott, mostanig harcztéri szolgálatot teljesített és fegyverét jobb kezével kezelte, szóval nem balkezes.

* * *

A második eset 42 éves katona, a kinek állítása szerint néhány év óta úgyszólván állandóan vannak hasfájdalmi, a melyek az utóbbi időben fokozódtak. Ezenkívül általános gyengeségről, étvágytalanságról, felbőgőségről és székrekedésről panaszkodik a beteg.

Status praesens: A beteg lesoványodott, halvány. A jobb tüdő csúcsa felett érdes-sejtes belégzés és nyújtott kilégzés hallható egy-egy ropogó szörtyőrej kíséretében. Szívcsúcs-lökés rendes helyen, szívtompulat rendes nagyságú, szív- és nagyerek hangjai kissé tompák. A nyelv kissé bevont. A gyomortáj nyomásra nem érzékeny. A gyomor felső határa is mélyebben kezdődik a rendesnél, alsó határa pedig a köldök magasságában van.

Máj- és léptompulat a rendes határokon belül. A szék rendes.

Laza hasfalak mellett, *bimanualis vizsgálattal* a hasban, a bal hypogastriumban egy ovalis, sima felszíni, kemény, tömött tapintatú képlet található, a mely a rendes vese alakjának és nagyságának felel meg, és a mely erősebb nyomásra igen érzékeny. A szerv a tapintó ujj által ide-oda elmozdítható és különösen jól tapintható, ha a beteg mélyen belégzik. A beteg különböző helyzetváltozásaival a képlet is elmozdul helyzetéből. Jobboldalt hasonló képlet nem tapintható. A vizelet sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz.

A kórjelzést baloldali vándorvesére és gastropotosisra tettem és ezt a differentialdiagnoszt, valamint a bemutatott Röntgen-kép is megerősíti. Pontosan látszik a normalis máj- és lépárnyék a rendes helyen, e mellett baloldalt mélyen lefelé fekvő árnyék, a rendes helyéből kimozdult baloldali vese árnyéka.

Differentialdiagnostikai szempontból a hasüreg különböző daganatai jöhetnek szóba, a melyekkel összetévesztések könnyen előfordulhatnak, különösen ha — mint esetünkben is — csupán egyik oldali vese mozdult ki rendes helyéből.

1. *Pylorus-daganatok* igen nagy mozgathatóságot mutatnak. Annál inkább lehet a vándorvesének pylorus-dagattal való összetévesztésére gondolni, mert ezen utóbbinak következményes tünete, a *gastrectasia*, legtöbbször vándorvese eseteiben is megtalálható. (Esetleg csupán gastropotosis!)

Esetünkben azonban a mozgékony képlet a has bal oldalán van; pylorus-daganat tehát nem jöhet szóba.

2. Ugyanezen alapon kizárhatjuk az *epehólyagdaganatokat* is, a melyek azonkívül a májjal összefüggvén, felülről nem foghatók körül és sohasem olyan mozgékonyak, mint a vándorvesék.

3. Nehezebb az elkülönítő kórjelzés vándorlóp és vándorvese közt. Esetünkben vándorlóp ellen szól a rendes határokon belül talált léptompulat, a képlet alakja, valamint a Röntgen-felvétel.

4. Könnyen összetéveszthető a jobboldali vándorvese a máj fűzési lebenyével. Jelen esetben azonban baloldali vándorveséről van szó, a melynek felső polusa teljesen körülfogható, tehát nem függ össze semmiféle tompa kopogtató hangot adó képlettel.

A vándorvese egyébként nőkben körülbelül 10-szer gyakoribb, mint férfiakban. Sokkal gyakrabban fordul elő jobboldalt, mint a bal oldalon. Végül röviden még azt jegyzem meg, hogy betegünkön — az általam vezetett osztályon való tartózkodása (kb. 4 hét) alatt — semmiféle úgynevezett *beszorulós tünetcsoport* nem jelentkezett.

Az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens rhinogen és otogen bántalmairól.*

Irta: Ónodi László dr., az egyetemi fülklinika gyakornoka.

Egy előbbi dolgozatomban¹ anatómiai vizsgálatok alapján leírtam az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens viszonyát az ékőbőlhöz. Vizsgálataim eredményét, mely a szemüreg nasalis bántalmainak kórtanában mint bonczani alap értékesíthető, a következőkben foglalom össze: 1. Az ékőből felette vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette egy 12 mm. hosszú területen az oculomotorius törzsét. 2. Az ékőből felette vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette egy kis területen a trochlearis törzsét. 3. Az ékőből felette vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette a trigeminus első ágát egy 7·10 (kétszer), 11, 12 és 20 mm. hosszú területen, továbbá a trigeminus második ágát 6·10 (kétszer), 13, 17 és 20 mm. hosszú területen, egy esetben a második ág lefutása az ékőből falán egy 2 cm. hosszúságban kidom-borodó vonalban volt látható. 4. Az ékőből felette vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette az abducens törzsét 7, 10, 11, 12, 13 és 20 mm. hosszú területen. 5. Egy esetben a jobb ékőből felette vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette a baloldali oculomotorius, trochlearis, első trigeminuság és abducens törzsét. 6. A többi esetben az ékőből és az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens törzsei között semminemű szomszédos viszony nem állt fenn. 7. Az ékőből felette vékony áttetsző csontfala közvetlenül érintette a clivust 10 (kétszer) és 14 mm. magas és 8, 10, 17 és 18 mm. széles területen. Azonkívül az ékőből a clivustól egy 6·12 (kétszer) és 16 (háromszor) mm. vastag csontreteg választotta el. Dolgozatomban hangsúlyoztam, hogy a tankönyvekben csak egyes adatok találhatók és csak általánosságban említik, hogy a felső szemgödri részen át a szemüregbe belépő szemidegek, valamint a kerek nyíláson át kilépő második trigeminuság a hátsó rostasejt és az ékőből rendellenes kiterjedése esetén az üregbántalom folytán szintén szenvedhet. Dolgozatomban a szemidegek ismert viszonyait

* A készítményeket demonstrálta a belga fül- és gégegyógyászati egyesületnek 1913 július havában Brüsszelben tartott évi nagygyűlésén.

a sinus cavernosushoz és a carotis internához is érintettem. Még szólnom kell azon szomszédos viszonyról, mely a sziklacsontról és a szemidegek között áll fenn. Közvetlen szomszédos viszony a szemidegek és a halló szervet tartalmazó halántékcsontról, illetve sziklacsontról között csupán a Gasser-féle duczra vonatkozólag van, a mennyiben a cavum Meckelii egy részét, melyben a ganglion Gasseri fekszik, a sziklacsontról felső és elülső felülete alkotja a sziklacsontról csúcsának közelében. A dura mater két lemezre való hasadása által határolja a Gasser-féle duczot és a három trigeminuságat, a mely lemez alkotja egyúttal a sziklacsontról az impressio trigemini csontthártyáját. A sziklacsontról csontthártyáját alkotó dura mater a középső és hátulsó koponyaárokban összefügg úgy a tentorium cerebelli mint a sinus cavernosus körül levő és a clivus dura materével, miáltal meg van adva a kóros folyamat tovaterjedésének lehetősége a sziklacsontról a sinus cavernosusba belépő idegtörzsekre. Az oculomotorius a processus clinoideus posteriori oldalt lép be a durába, a trochlearis a tentorium tapadó vonalának elülső részén hatol be a durába az oculomotorius mögött, a trigeminus a sziklacsontról csúcsán a dura egy hasadékán át lép be a cavum Meckelii-be, az abducens a sinus cavernosus hátulsó falán töri át a durát, a trigeminustól a középvonal felé és a dorsum sellae-től oldalt hátrafelé. Mint ismeretes, a sinus cavernosus és az oculomotorius, trochlearis, abducens és az első és második trigeminuság között benső szomszédos viszony áll fenn. A sinus cavernosust mindkét oldalon a sinus circularis köti össze, továbbá közvetlen összeköttetésben áll a szemüreg gyűjtőereivel, a sziklacsontról a sinus petrosus superior- és inferiorral és végül az ékőből nyálkahártyájával közvetlenül emissariumok kötik össze. A sziklacsontról benső viszonyban áll a carotis interna, mely a canalis caroticus belső nyílásától a sziklacsontról csúcsán, az ékcsontról oldalsó falán a sinus cavernosus által lesz körülveve.

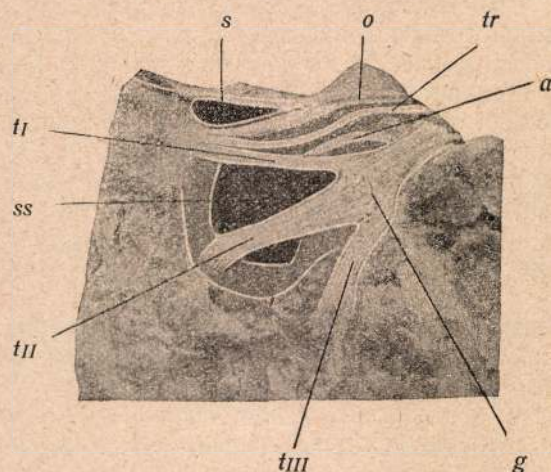
A mi a szemidegek rhinogen és otogen megbetegedéseinek kóroktanát illeti, elsősorban a fertőzés és a kóros folyamat tovaterjedése jön tekintetbe. A fertőzés útjai és a fertőzést okozók, különösen a streptococcusok és a staphylococcusok a szövetek folytonosságában és az érpályákban vannak megállapítva. Ilyen módon keletkezik a csontok megbetegedése és a koponyaüreg tartalmának közvetlen contactfertőzése. A koponyaüreg gyűjtőeres öblei és a gyűjtőeres összeköttetések mellett a nyirokpályáknak is szerep jut a koponyaüreg tartalmának közvetlen és közvetett fertőzésében. A koponyaüreg tartalmának contactfertőzésekor tekintetbe jön a hátulsó rostasejtek kiterjedése a középső koponyaárokban és az ékőből kiterjedése a középső és a hátulsó koponyaárokban, továbbá csontfalai erőssége és vastagsága, a csontthányok és az áthatoló gyűjtőerek, melyek a melléküregnyálkahártyát a duralis és meningealis gyűjtőérhálózattal kötik össze. A szemidegek közvetlen rhinogen bántalmaival ritkábban állanak okozatos összefüggésben a hátulsó rostasejtek, gyakrabban az ékőből. A hátulsó rostasejt a fissura orbitalis superior és a foramen rotundum területében az oculomotorius, trochlearis, abducens és az első és második trigeminusággal szoros szomszédos viszonyban állhat, éppen úgy az ékőből is. Az említett határoló melléküregek csontfalai felette vékonyak, áttetszők lehetnek. A fentemlített és általam észlelt esetekben a szemidegek törzseit az ékőből áttetsző papírvékony csontfala választotta el az üregtől. Az üregbántalom tovaterjedését kedvezően befolyásoló alakviszonyokkal szemben találunk védő, a szemidegek megbetegedését akadályozó alakviszonyokat is és pedig egyrészt az üregek különböző erős és vastag falaiban és másrészt a csekély kiterjedésű üregekben a szemidegterület érintése nélkül. A szemidegek sérülését nagyon kedvezően befolyásoló tényezőnek tekintendő az ékőből csontthánya, megbetegedése esetén. Ilyen veszélyesített csontthányokat észleltek Zuckerkandl, Spee és Ónodi A., Zuckerkandl² az oldalsó ékőből falon kis hézagokat, csontthányokat látott, melyek az ékőbőket a középső koponyaárokba kötik össze, Spee³ az oldalsó ékőből falon a sulcus caroticus hiányát találta és Ónodi A.⁴ érreket észlelt, néha mindkét oldalon részarányosan közvet-

lenül a kis ékszárny oldalsó gyökere alatt, továbbá ezen érrekekhez vezető érbarázdákat, néha kisebb-nagyobb csontthánytal. A hallószerv megbetegedésénél, minthogy a szemidegek csupán a sziklacsontról csúcsával van szomszédos viszonyban és a Gasser-féle duczot a sziklacsontról elülső felületén az impressio trigemini érinti, a halántékcsontról kóros folyamatának tovaterjedésénél a középső és a hátulsó koponyaárokban a dura mater és a gyűjtőeres öblök jönnek tekintetbe. A közvetlen és közvetett fertőzés érintheti a szemidegek törzseit és az agyhártyák, agyszövet és gyűjtőeres öblök gyuladását okozhatja. Ezen általános kóroktani megjegyzések után a szemidegek rhinogen és otogen bántalmait részletesen tárgyalom.

A szemidegek rhinogen bántalmainak esetei csekély számmal közöltettek. Így Krebs⁵ a Highmorüreg genyedésénél a trochlearis másodlagos hűdését észlelte. Thomson⁶ a rostasejtek genyedésénél teljes oculomotoriushűdést látott. A hátulsó melléküregek megbetegedésénél Birch-Hirschfeld⁷ és Grönbeck⁸ a felső szemgödri résen áthaladó mozgató szemidegek zavarát észlelte. Az ékőből genyedésénél Schröder,⁹ Hoffmann,¹⁰ Lapersonne,¹¹ Halász,¹² Stanculeanu¹³ és Schmieggelow¹⁴ teljes oculomotoriushűdést és Baumgarten¹⁵ részleges oculomotorius-hűdést látott. Rouge²⁴ az ékőből genyedésénél strabismus externust és Thierloix és Dupasquier²⁴ diplopiát észlelt. Ziem¹⁶ homlokéből, rostasejtek és az ékőből genyedésénél az oculomotorius hűdését észlelte. Malcome Farguharson²⁴ a rostasejtek és az ékőből genyedésénél az oculomotorius részleges hűdését észlelte és Knapp¹⁷ a rostasejtek genyedésénél az oculomotorius részleges hűdését észlelte. Az ékőből genyedésénél Panas,¹⁸ Mahu,¹⁹ Richter,²⁰ Grünwald,²¹ Finlag²² az abducens teljes hűdését és Fisch²³ az abducens részleges hűdését észlelte. Sargnon²⁴ a rostasejtek és az ékőből genyedésénél az oculomotorius teljes hűdését és a homloküreg genyedésének egy esetében az oculomotorius részleges hűdését észlelte. Rudberg^{24a} a rostasejtek genyedésénél abducens-paresist észlelt. Az ékőből genyedésénél Panas²⁵ a második trigeminuság anaesthesiáját, Rouge²⁶ infraorbitalis neuralgiát, Schäfer,²⁷ Moreau,²⁸ Hajek²⁹ és Schröder³⁰ supraorbitalis neuralgiát észlelt. Trantas³¹ a rostasejtek és az ékőből genyedésénél, mely a Highmorüregből indult ki, teljes ophthalmoplegiát észlelt. A trigeminus ingerlésénél az ornyálkahártya vérbősége, a kötőhártya gyenge reactioja, ciliaris neuralgia és a szem elválasztó idegeire való hatás észlelhető. Az alkalmazkodás nehézsége és akadályai, az ophthalmoplegia interna is az oculomotorius sérüléséből magyarázható, ugyanis azon rostok sérüléséből, melyek a ganglion ciliarén át a sphincter pupillae és a tensor chorioideaehez mennek. Hogy ezen említett esetekben a szemidegek sérülése és a melléküregek megbetegedése között okozatos összefüggés van, azt úgy klinikailag, mint kóroncztanilag megállapították. A melléküregnyálkahártya genyes gyuladásánál, fekélyesedésénél és a melléküregnyálkahártya gyűjtőereinek thrombosisánál, a felette vékony csontfalaknál a lobos folyamat könnyen tovaterjed a csonton keresztül a dura materalisra és a csonttól és a durától közvetlenül érintett szemidegek törzseire és a koponyaüreg gyűjtőeres öbleire. Ilyen módon az idegtörzsek vérbősége, gyuladása keletkezhetik savós vagy genygyülemek által, a gyűjtőeres öblök thrombophlebitise által közvetlen nyomás az idegtörzsekre és végül az idegtörzsek pusztulása következhetik be. Vizsgálataimnál több esetben a szemidegek törzseit az ékőből felette vékony áttetsző csontfala által közvetlenül érintve találtam, így az oculomotoriust 12 mm. hosszúságban, az első trigeminuságat 7—20 mm. hosszúságban, a második trigeminuságat 6—20 mm. hosszúságban, az abducens 7—20 mm. hosszúságban. Említett dolgozatomból³² egyes ábrákat átvesszek, melyek a szemidegek és az ékőből között benső szomszédos viszonyt mutatnak.

Az 1. ábrán a 30 mm. hosszú, 26 mm. magas és 25 mm. széles ékőből (ss) közvetlenül érinti a második trigeminuságat (tII) 15 mm. hosszúságban, továbbá az első trigeminuság szélét (tI). Az ékőből (ss) a látólik alatt

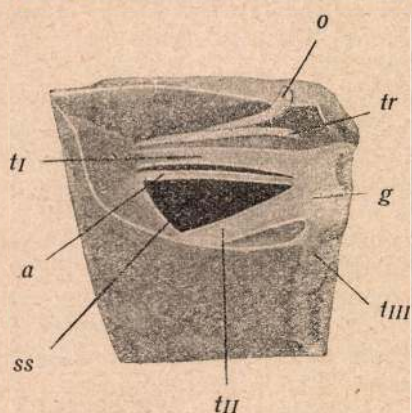
és oldalt a felső szemgödri résig terjed és közvetlenül érinti az oculomotorius (*o*) törzsét 12 mm. hosszúságban.



1. ábra.

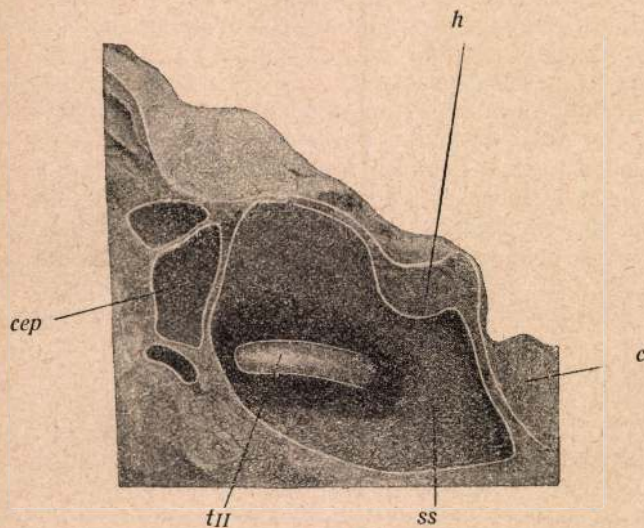
Természetes nagyság. Az ékből vékony áttetsző csontfala eltávolítva. *ss* ékből, *g* ganglion Gasseri, *tIII* trigeminus harmadik ága, *tII* trigeminus második ága, *tI* trigeminus első ága, *a* abducens, *tr* trochlearis, *o* oculomotorius.

A második ábrán a 26 mm. széles és 26 mm. magas ékből (*ss*) közvetlenül érinti a trigeminus második ágát (*tII*) 17 mm. hosszúságban, továbbá a trigeminus harmadik ágát (*tIII*) és az abducenst (*a*) 20 mm. hosszúságban.



2. ábra.

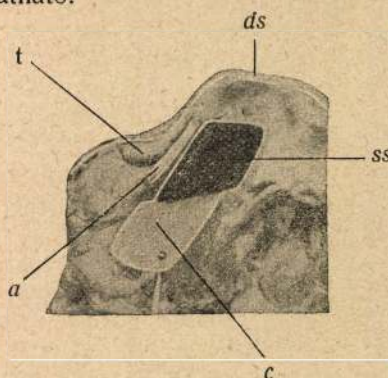
Természetes nagyság. Az ékből vékony áttetsző csontfala eltávolítva. *ss* ékből, *g* ganglion Gasseri, *tIII* trigeminus harmadik ága, *tII* trigeminus második ága, *tI* trigeminus első ága, *a* abducens, *tr* trochlearis.



3. ábra.

Természetes nagyság. Sagittális metszet. Az ékből megnyitva és az ékből kiugró vékony csontfala eltávolítva a trigeminus második ágának lefutásában. *ss* ékből, *tII* trigeminus második ága, *c* clivus, *h* hypophysis, *cep* hátulsó rostasejt.

A 3. ábrán a 37 mm. hosszú és 30 mm. magas ékből (*ss*) a trigeminus második ágának lefutását egy-két cm. hosszúságban előugró csontfalon mutatja. Ezen vékony csontfal eltávolítása után a trigeminus második ágának (*tII*) lefutása látható.



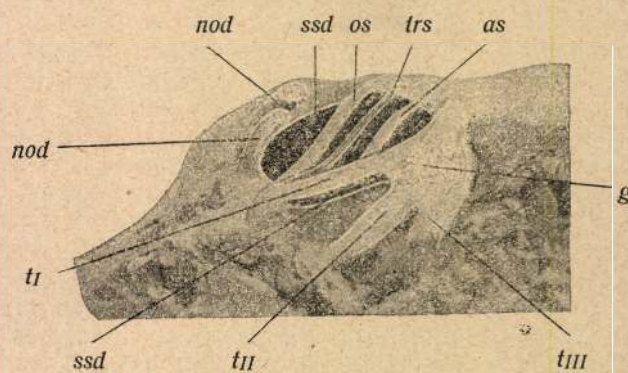
4. ábra.

Természetes nagyság. Az ékből viszonya az abducens törzséhez és a clivushoz. *a* abducens, *ss* ékből, *d* dura mater, *t* trigeminus.

A 4. ábra a bal ékből viszonyát mutatja az abducens törzséhez, az ékből a clivus területét érinti 17 mm. hosszúságban és 14 mm. szélességben, továbbá közvetlen szomszédos viszonyban áll az abducens törzsével, duralis belépő helyétől kezdve.

Vizsgálataim eredménye és ezen képek megadják a bonczatani magyarázatot a szemidegek rhinogen sérülésének keletkezésére, megmagyarázzák az oculomotorius és az abducens teljes és részleges hűdését, a trigeminus-anaesthesiát, az infraorbitalis és supraorbitalis neuralgiát mellékküregbántalmaknál.

Egy készítményen, melyet említett dolgozatomból az 5. ábra érzékit, mutatja az ékből nagy részaránytalanságát. A jobb ékből 30 mm. széles és 28 mm. hosszú, a bal ékből a bal látóideg területében egy 10 mm. magas és 12 mm. széles kis üreget képez. A jobb ékből (*ssd*) a bal oldalra terjed és a bal abducenst (*as*), a bal trochlearist (*trs*), a bal oculomotoriust (*os*) és a bal első trigeminus-ágát (*tI*), továbbá egy kis területen a jobb első trigeminus-ágát és a jobb abducenst éri el.



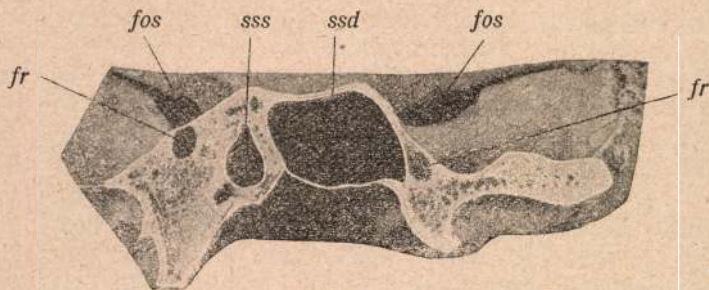
5. ábra.

Természetes nagyság. A jobb ékből vékony áttetsző csontfala eltávolítva. *g* ganglion Gasseri, *tIII* trigeminus harmadik ága, *tII* trigeminus második ága, *tI* trigeminus első ága, *nos* bal látóideg, *nod* jobb látóideg, *os* bal oculomotorius, *trs* bal trochlearis, *as* bal abducens, *ssd* jobb ékből.

Ezen általam észlelt tény megadja a bonczatani magyarázatot a szemideg ellenoldali sérülésének keletkezésére, az ellenoldali ékből megbetegedésénél. A rhinogen ellenoldali szemidegbántalom tana ezzel újabb aetiológiai okkal nyert kiegészítést.

Még néhány újabb ábrát mutatok be, melyek tanúságosan érzékitik egyrészt azon viszonyt, mely a fissura orbitalis superior, a foramen rotundum között, másrészt az ékből és a canalis Vidii között áll fenn.

A 6. ábra egy koponya homlokmetsetén mutatja a jobb ékőből viszonyát a foramen rotundumhoz (*fr*), melyen a második trigeminus-ág kilép, továbbá a felső szemszög részhez (*fos*), melyen a szemidegek belépnek a szemüregbe. Az ékőből, a fissura orbitalis superior és a foramen rotundum között levő közös csontos válaszfal felette vékony és átetsző. A bal ékőből a jelzett területre semminemű viszonyban nem áll.

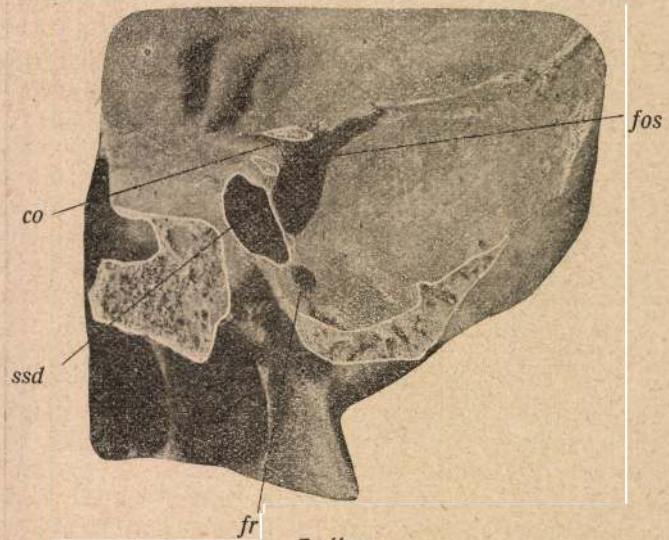


6. ábra.

Természetes nagyság. Homlokmetset. Mindkét ékőből megnyitva. *ssd* jobb ékőből, *fr* foramen rotundum, *fos* fissura orbitalis superior, *sss* sinus sphenoidalis sinister.

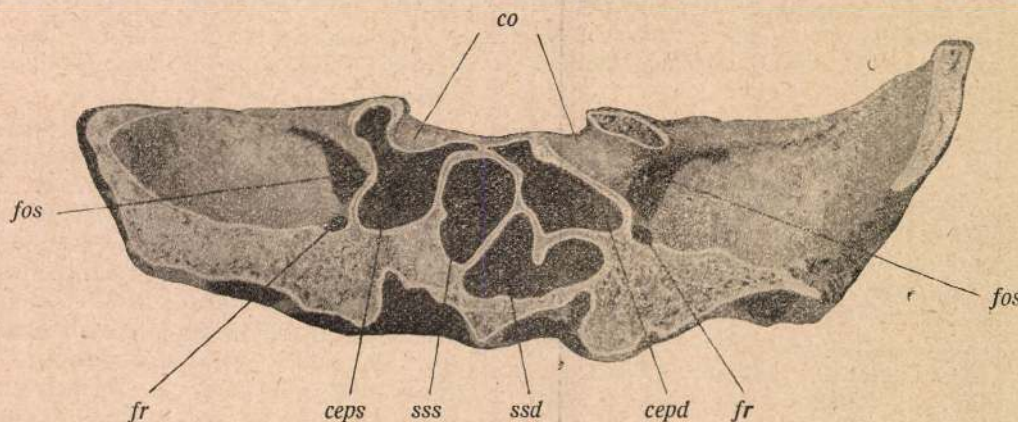
A 7. ábra egy koponya homlokmetsetén érzékíti a

foramen rotundum (*fr*) és a fissura orbitalis superior (*fos*) viszonyát a jobb ékőből (*ssd*). A szemidegeket lefutásukban az üreg felette vékony csontfala közvetlenül érinti.



7. ábra.

Természetes nagyság. *ssd* jobb ékőből, *fr* foramen rotundum, *fos* fissura orbitalis superior, *co* canalis opticus.



8. ábra.

Természetes nagyság. Homlokmetset. *ssd* jobb ékőből, *sss* bal ékőből, *cepd* jobb hátsó rostasejt, *ceps* bal hátsó rostasejt, *fr* foramen rotundum, *fos* fissura orbitalis superior, *co* canalis opticus.

A 8. ábra egy homlokmetseten mutatja mindkét oldalon a foramen rotundum (*fr*) és a fissura orbitalis superior (*fos*) viszonyát a hátsó rostasejtekhez (*cep*); ezeknek vékony csontfala közvetlenül érinti amazokat és ilyen módon a hátsó rostasejtek az ott áthaladó idegtörzsekkel közelebbi viszonyba jutnak.

Egy csontkészítményen észleltem az ékőből benső szomszédos viszonyát a foramen ovalehoz, a melyen a trigeminus harmadik ága halad át.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Paulikovics Elemér: Hadisebészet. Hadiszolgálatot végző orvosok és orvosnövendékek számára. Mai Henrik és fia kiadása. Budapest, 1916. Ára 14 korona.

Paulikovics hadisebészete nemcsak actualis, hanem valóban hézagpótló is, a mennyiben *Prochnov*-nak immár közel két évtized előtt megjelent műve óta ilyen tárgyú magyar könyv nem jelent meg. Ezért különösen dicséretre méltó *Paulikovics* tudományos és hazafias buzgalma, hogy ezekben a nehéz — munkától és gondtól egyaránt terhes — napokban nem kímélt időt és fáradságot, hogy a magyar orvosi közönséggel megismertesse a hadisebészet modern elveit és

útmutatást nyújtson kartársainak sebesült vitézeink gyógyítására. Munkája felöleli a hadisebészet egész körét. Az általános részben ismerteti a modern löfegyvereket, ezek hatás-módját úgy élettelen célokra, mint az emberi test szöveteire, fejtegeti az ezekben okozott elváltozások lényegét, következményeit s ezek gyógyítását, leírja az egyéb módon létrejött harcztéri sérülések különféle fajait, a sebek ellátását különböző viszonyok között, a sebfertőzéseket s végül a sebesültek harcztéri elhelyezésére és szállítására vonatkozó tudnivalókat. A különös rész az egyes testtájakon végighaladva, ismerteti az ott tapasztalt sérüléseket s azok terapiáját. A szorosan vett hadisebészeti adatokon kívül egyes általános és specialis műtéttani themákat (az érzéstelenítés módjai, típusos amputációk, enucleációk, arthrotomiák, érlekötések stb.) is leír. Mondhatjuk, hogy a szerző általában gonddal, figyelemmel és practikus érzéssel állította össze munkáját, szorgosan számbavette a meglehetősen terjedelmes irodalmat és jó áttekintést nyújt a számbajövő fontosabb kérdésekről. És ha véleménye egyes helyeken nem is domborodik ki kellőképpen, egyes helyeken pedig nyilván lapsus calamiból vagy talán csak elnézett sajtóhibákból származó tévedések csúsztak is be: általában véve mondhatjuk, hogy a szerző hasznos munkát végzett és használható tájékoztatót adott a fronton és front mögött hadisebészettel foglalkozó fiatalabb kartársak kezébe. Külön ki kell emelnem az ábrák szépségét, bőségét, jószágát és tanulságos voltát. Melegen ajánlhatom a könyvet az Orvosi Hetilap olvasóinak szíves figyelmébe. *Pólya.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Dysenteria ellen *Ziemann* tanár bismuthum subnitricum és karlsbadi só egyidejű használatát ajánlja. Eljárása a következő: A rögtön ágyba fektetett beteg melegítő palackot kap a hasára és egy evőkanálnyi ricinus-olajat; ha nagyon sok béltartalom ürült, 4 óra múlva újból ad ricinus-olajat; este egy kávéskanálnyi karlsbadi só vesz be a beteg 300 cm³ meleg vízben (esetleg ostyában is beveheti a karlsbadi só s a meleg vizet utána iszsa). Másnapról kezdve azután reggel és este kapja a karlsbadi só a jelzett mennyiségben s közben 6—10-szer pro die 0.3 gr. bismuthum subnitricumot. Ilyen módon az eseteknek többségében már a 2.—3. napon csak három hígan pépes ürülése van a betegnek, melyből a véres nyálka eltűnt. Ha a 3. napon túl még találunk véres nyálkát, akkor a bismuthumot egy napra elhagyjuk és csak karlsbadi só adunk. Ha hajlandóságot látunk székszorulásra, csökkentjük a bismuthum mennyiségét és kissé több karlsbadi só adunk; fordítva járunk el, ha diarrhoea áll be. Szabály az, hogy naponként három hígan pépes széke legyen a betegnek. A jelenleg nagyon drága ricinus-olaj helyett esetleg az olcsóbb isticin is használható (1—2 tabletta), ennek a hatása azonban csak körülbelül 8 óra múlva áll be. A szerző kiemeli, hogy ezen eljárással úgy amoeba-, mint bacillus-dysenteriaiban, nemkülönben dysenteriahoz hasonló betegségeken egyformán jó eredmény érhető el. Természetesen a diéta is a szokott módon szabályozandó. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 32. sz.)

Sebészet.

Idegvarrat oly eseteiben, midőn az idegtörzsnek nagyobb részlete hiányzik, vagy abból oly nagy részletet kellett eltávolítani, hogy a hiányt sem a két csont felszabásával vagy nyújtásával, sem a végtag behajlításával, sőt a csont egy darabjának resectiójával sem tudjuk úgy megszüntetni, hogy az idegvégék egymással directe egyesíthetők legyenek: az ideg anatómiai lefutását nagyobb területen oly útra helyezi át *Wrede*, hogy ily módon rövidebb lefutást érve el, a direct egyesítés lehetővé válik.

Erre vonatkozólag 3 típusos esetet ír le.

Ha az ulnarison az alkar középső harmadában van a hiány: a proximalis törzset a felkarcsont epicondylus medialis mögött futó barázdából kiemelve, a könyökhajlásba helyezi át s ekkor a distalis véget is jókora darabon felszabadítva, egyesíti a két részt.

Ha a medianuson van ugyanitt a hiány, akkor a pronator teres alól kiemelve, magára az izomra és a lacertus fibrosusra fekteti rá. Ez áthelyezéssel és a csukló, valamint a könyök behajlítása által sikerült egy esetben a medianus 10.5 cm.-es hiányát kipótolnia a nélkül, hogy az ideg legkevésbé is megfeszült volna az egyesítés után.

A felkar alsó felében levő radialis-rész hiánya esetén a radialis proximalis darabját követi egészen a triceps alól való kilépéséig s ekkor az eredetileg spirális lefutást ki-egyeneseíti oly módon, hogy a felkarcsont belső oldalán ejtett segédmetszéssel át a proximalis véget a felkarcsont alatt előhúzza, egyesíti a distalis részzel. Hogy pedig az ideg mellékágait, melyek a műveleteket akadályozták, megkímélje az átmetszéstől: az idegtörzset körülvevő perineuriumot hosszában felhasítva, a mellékágakat a kötegből kiszabadítja. (Zentralblatt für Chirurgie, 1916, 26. sz.) *M.*

Az erysipelast közönséges *löserumm*al sikerrel gyógyítja *Franke* tanár. Kezdetben 10 cm³-t, majd lassanként emelkedve 30 cm³-t juttat be intravenásan, intramuscularisan és subcutan. Már 24 óra múlva megszűnik a beteg láza, a bőrön pedig a folyamat nem terjed tovább. E kedvező tünetek csak igen ritkán maradnak el, úgy, hogy a szerző e kezelésmódot az erysipelas legbiztosabb, legveszélytelenebb és legolcsóbb gyógykezelési módjának tartja. (Zentralblatt für Chirurgie, 1916, 32. sz.) *M.*

Gyermekorvostan.

A gyermekek és főképpen a tuberculosus gyermekeken előforduló agyhártya-gyuladásnak és -izgalomnak új tüneteit ismerteti *Brudzinski*. Ezen két tünet, illetve diagnostikai jel: a pofa- és a symphysis-reflex. 254 esetet vizsgált meg, melyek közül 90 esetben volt kiváltható a pofa-reflex. Ezen 90 gyermek közül 21 olyan gyermek volt, kiken nem mutatkozott agyhártyaizgalom, de ezek mindegyike tuberculosusban szenvedőnek bizonyult. Ezen kétes esetek egynémelyikében a cerebrospinalis folyadék fokozott nyomását és a pofa-reflexnek lumbalpunctio után történt eltűnését be lehetett bizonyítani, a mi a szerzőt azon feltevésre indította, hogy ezen esetekben is fennállhatott az agyhártya kisfokú ingerülete.

42 észlelt meningitis tuberculosa közül 41 esetben volt pozitív és csak 1 esetben volt negatív a pofa-reflex. Más fajta meningitisnél is kiváltható néha a reflex. Pl. 5 meningitis cerebrospinalis eset közül 1 esetben pozitív volt. 11 meningitis serosa-eset közül 6-szor volt pozitív.

A pofa-reflex következőképpen váltható ki: hüvelyk- és mutatóujjunkkal erős nyomást gyakorolunk a pofára, minek következtében a két felső végtag felemeltetik s egyidejűleg behajlítatják. Ezen reflex rendszerint mindkét felső végtagon egyszerre váltatik ki; nagyritkán csak egyik oldalon, pl. ha a másik oldal paresises.

A meningitis tuberculosa Cheyne-Stokes-stadiumában előfordul, hogy a pofa-reflex kiváltásakor az alsó végtagok is hasonló mozgást végeznek.

A nyomás helyét illetőleg a szerző a mandibulára gyakorolt nyomást tartja a legfontosabbnak. Legfájdalmasabb a járomcsont alatt gyakorolt nyomás. Ezen pofa-reflex nem tekintendő azonban védekező mozgásnak, mert a reflex akkor is kiváltható, ha a nyomás nem fájdalmas s viszont a nyomás akkor is fájdalmas lehet, midőn a reflex nem váltható ki. Vizsgálataiból azon következtetést vonja le a szerző, hogy a pofa-reflex (bizonyos főtartással) az agyhártya gyuladásának vagy izgalmanak egyik jelét képezi, s a mely főképpen azért fontos, mert igen korai jel. De azért nem ajánlja, hogy ezen egy tünet alapján meningitist diagnostizáljunk s punctiót végezzünk, mielőtt más tünet is meg nem erősíti feltevésünk helyességét.

A symphysis-reflexre vonatkozólag 71 gyermeket vizsgált meg a szerző. 21 biztosan észlelt meningitis tuberculosa közül minden esetben pozitív volt a reflex. A symphysisre gyakorolt nyomásra az alsó végtagok gyors összehúzódása, a térd és a csípőizület hajlítása és a lábak egyidejű abductioja következik be. A symphysisre gyakorolt nyomásra legtöbbször csak az alsó végtagok mozgása következik be. Csak 2 esetben látta a szerző a felső végtagok egyidejű hasonló mozgását. Ha a pofareflex csak egy oldalon váltható ki, úgy a symphysis-reflex is csak egyoldali. Az irodalomban csak *Lesage* munkájában talál a szerző adatokat a symphysis fájdalmasságára, illetve érzékenységére vonatkozólag.

Lesage a symphysisnek nyomásra való fájdalmasságát a mening. tuberc. biztos korai tüneteinek tartja. Ez azonban nem áll.

A symphysis-reflexnek azonban már több diagnostikai értéke van, főképpen ha más pathologiai reflexekkel egyidejűleg mutatható ki. Ha a pofa-reflex negatív, de a symphysis-reflex pozitív, úgy indikálnak tartja a lumbalpunctiót. Melegen ajánlja a szerző, hogy minden gümőkóros vagy arra gyanus gyermeket, kinél állapotrosszabbodást (főképpen ideges és pszichés állapotrosszabbodást) sejtünk, vizsgáljunk meg e két reflexre, és ha e két reflex pozitív, úgy bizonyosra vehetjük, hogy ezen gyermek nemsokára agyhártyagyuladásban vagy izgalomban meg fog betegedni. Ilyenkor természetesen, ha e két reflex pozitív, a gyakori lumbalpunctiót indikálnak tartja. (Berliner klinische Wochenschrift, 1916, 25. szám.) *H.*

Börkörtan.

Az acne rosacea kezeléséhez szolgált adatot *Wechselmann* (Berlin). *O. Fleischl* ajánlotta először másfél évtizeddel ezelőtt a fanghi di sclafanit mint igen hatásos szert a rosacea gyógyítására. A fanghi szicíliai vulkános iszap, melyet mint népies szert már régóta használnak. *Fleischl* tapasztalása feledésbe ment, bár *Wechselmann* az iszapot kipróbálta s azóta is alkalmazza. *Egli* vegyi vizsgálata ki derítette, hogy az iszap főképp kénből, strontium-, barium- és calciumsulfatból, továbbá silicátokból áll. Természetes, hogy a fanghi gyógyhatása elsősorban a kénes alkotórész javára esik. De a szerző tapasztalata határozottan a mellett szól, hogy az iszap sokkal jobban és biztosabban hat a rosaceára, mint bármely finoman elosztott kénes készítmény. Ő ezt a tapasztalati tényt úgy magyarázza, hogy a vulkános iszap erősen radioaktiv s ez a tulajdonsága fokozza a gyógyító hatását. Ezen az alapon *Wechselmann* újabban megközelítő eredménnyel a német radiumiszapot (úgynevezett radiofuk) alkalmazza keverten sulfur. praecip.-mal. Az alkalmazás módja az, hogy a pornak késhegynyi-teáskanálnyi mennyiségét teáskanálnyi vízzel péppé keverjük s vele esténként bekenjük a beteg arczbőrt. A mennyiben a szer erősebben irritálná a bőrt, néhány napra abbahagyjuk. *Wechselmann* a szert a módosított *Kummerfeld*-féle mosóvíz alakjában is ajánlja. (Fanghi 10, illetőleg radiofuk és sulf. praecip. aa 7-5, mucilag. gumm. arab. 3-0. camphor. trit. 0-3, aqu. calc., aqu. rosar. aa ad 100-0). (*Dermatologische Wochenschrift*, 1916, 22. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az arsen-liquofersant (liquor fersani arsenic. comp.), a mely a nagyon könnyen felszívódó és az étvágyat is javító fersan nevű vas-acidalbuminaton kívül Fowler-oldatot, condurango-kivonatot és calciumglycerophosphatot tartalmaz, *Obradovic* nagyon jó eredménnyel használja gümőkórban, chlorosisban és mindazon általános alkati betegségeken, a melyek étvágytalansággal és kimerüléssel járnak. Mint stomachicum, roborans és a vérképződést elősegítő szer kitűnő hatásának bizonyult. (*Oesterreichische Aerzte-Zeitung*, 1916, 13. szám.)

A paeonia alkaloidját vizsgálta *Hoste* a jeni egyetem gyógyszerintézetében. Azt találta, hogy egyfelől a secale cornutum-éhoz hasonló, de kissé gyengébb hatása van a méhre, másfelől a vesecapillarisokat szűkíti és a vér alvadás-képességét fokozza, a nélkül, hogy a szívet és a vérnyomást kimutatható módon befolyásolná. Ez eredmények alapján meg lehetne kísérni a használatát méh-, vese- és tüdővérzés eseteiben. (*Zeitschrift für exper. Pathologie und Therapie*, 1916, 1. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 33. szám. *Liszt Ferencz*: A tabes-betegek fájdalmairól. *Unterberg Jenő*: A roseolás fertőző sárgaságról.

Budapesti orvosi újság, 1916, 33. szám. *Szöllősy Lajos*: A gynomorfájdalmak kóroktana.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Csepely Albert* dr.-t a kudzsi m. kir. vasgyár főorvosává, *Gonda Ignác* dr. dettai orvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

A budapesti poliklinika rendelésein 1915-ben 55.927 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 128.129 volt. A poliklinikával kapcsolatos kórházban 798 beteget (266 nő, 276 férfi és 256 katoná) ápoltak. A sebészeti műtétek száma 231, a nőgyógyászatiaké 203 volt. A poliklinikai laboratóriumban diagnosztikai célból 1993 vizsgálat történt.

A budapesti kerületi munkásbiztosító pénztár 1915. évi jelentésében nagy részletességgel számol be az igazgatósága által kifejtett socialis egészségügyi actiókról, ezek között az anya- és csecsemővédelem tárgyában, továbbá a gümőkór, a venereás betegségek, a járványok és az alkoholismus elleni küzdelem ügyében hozott határozatairól és intézkedéseiről. A pénztár az elmúlt évben 56.080 keresetképtelen tagot gyógykezeltetett a gyermekágyi segélyben részesített 1366 tagon felül; ezenkívül kórházi ellátást, illetőleg csupán orvosi és gyógyszer-

segélyt 273.777 esetben nyújtott, családtagok pedig 186.369 esetben élvezték a pénztár segélynyújtását. Táppénzekre 2.084.978 koronát, kórházi ápolási és szállítási költségekre 1.089.641 koronát, orvosi költségekre 1.148.021 koronát és ezenfelül a baleseti sérültek kezelése fejében még külön 143.502 koronát fordított a pénztár. Gyógyászati ellátás fejében 626.495 koronát, fürdőhelyeken ápoltak után pedig 42.126 koronát fizetett ki. A rendelőintézetek fenntartása 179.625 koronába került.

Meghalt. *Herbst József* dr., székesfővárosi gyakorlóorvos 56 éves korában e hó 10.-én. — *Révész Artur* dr. e hó 11.-én Budapesten. — *H. Eppinger*, a kórboncolóstan nyugalm. tanára a gráci egyetemen, 71 éves korában.

A jászberényi „Erzsébet” közkórházban *Eördögh Oszkár* dr. kórházigazgató kimutatása szerint 1915-ben összesen 1336 beteget ápoltak. A halálozás százaléka 3-89-et tett. Műtétet összesen 166 esetben végeztek.

Nyitra vármegye érsekújvári közkórházában *Hückl Ernő* dr. igazgató-főorvos jelentése szerint az elmúlt évben 1233 beteget ápoltak; egy-egy betegre átlag 22-81 ápolási nap esett; a halálozás százaléka 5-51 volt. Műtét 812 esetben történt.

A központi hatalmak vasúti orvosainak bajtársi szövetsége. Pünkösöd vasárnapján nagyszabású ünnepség keretében megalakult a „Magyarországi bajtársi szövetség”, hogy a központi hatalmak közt az értékesnek bizonyult fegyverbarátság mellett kulturális és társadalmi téren is szorosabb kapcsolat létesüljön, a békés idők nagy munkájának előkészítésére. Ez a törekvés idejekorán meghívta a német, magyar és osztrák államvasutak orvosainak lelkét is. *Wagner Gusztáv* dr., a porosz-hesseni vasutak főorvosa, *Bogdán András* dr., az osztrák vasúti ministerium egészségügyi főtanácsosa, *Barakonyi Sándor* dr., a m. kir. államvasutak vezető főorvosa és *Ertl Géza* dr., a kassa-oderbergi vasút főorvosa már előzőleg behatóan tárgyalta annak a feladatnak a megoldását, hogy a közép-európai hatalmak államvasutainak orvosai szorosabb viszonyba kapcsolódjanak tudományos téren egymásnak támogatására, kölcsönös megértésük és a vasúti egészségügy fejlesztése érdekében. *Gillbert* dr., a szász kir. vasutak bizalmi orvosa „Mitteleuropa” című közleményében azt javasolta, hogy a német vasúti orvosoknak egy évtizeden megerősödött szövetsége nyújtsa baráti jobbát magyar és osztrák kartársainak, látogassák kölcsönösen egymásnak értekezleteit és az ott tanultakat mindenki a maga hazájában gyümölcsöztesse. A német vasúti orvosok szövetsége f. é. május 27.-én Jenában tartott választmányi ülésén megállapította, hogy a német, magyar és osztrák vasúti orvosok közt szorosabb kapcsolat létesítésére elérkezettnek látja az időt s annak előkészítése érdekében szept. 4.-én a Wienben tartandó bizottsági ülésre négy tagját kiküldötte. A magyar és osztrák vasúti orvosok a bizottságban 3-3 taggal képviseltetik magukat. A tárgyalások befejezése után a kiküldöttek az osztrák vasúti egészségügyi be rendezéseket és jóléti intézményeket tekintik meg s ugyanilyen célból Budapestre is ellátogatnak.

Személyi hírek külföldről. A königsbergi egyetem sebészeti tanszékére *M. Kirschner* odavaló magántanárt nevezték ki. — Rendkívüli tanári címet kaptak a müncheni egyetemen: *A. Luxenburger* (sebészet), *Fr. Weber* (nőorvostan), *W. Hueck* (kórboncolóstan), *E. Veiel* (belorvostan), *A. Ach* (sebészet), *H. Kämmerer* (belorvostan) és *M. O. Otten* (belorvostan) magántanárokat.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01. Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.

Szabad orvosválasztás.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró- és hidegkezelések, frigoriterapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriá-
utoza 34.

Dr. Réh

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

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratórium. Almatlanság, neurosisok, neuritidák, tabes dorsalis. — bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen. —

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Külön szülészeti osztály.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át
nyitva.

UJTÁTRAFÜRED.

Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratórium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1916 május 13.-án.) 464. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1916 május 13.-án.)

Elnök: Liebermann Leó, később Salgó Jakab.

Jegyző: Bence Gyula.

Háborús süketnémaság gyógyított esete.

Hollaender Leó: A bemutatandó esetek nem tartoznak a ritkaságok közé, különösebb érdeklődésre sem tarthatnának számot, annál kevésbé, mert ez esetek semmiben sem különböznek azoktól, a melyeket *Jendrassik* tanár meggyógyított hysteriás süketnémaság esetei gyanánt mutatott be. Hogy mégis eseteiről egész röviden beszámol, ezt csak azért teszi, mert az elhangzott vita kapcsán oly állítások is hangzottak el, a melyekre e két eset is reáczáfol. Ugyanis *Sarbo* tanár azt mondotta, hogy tudomása szerint a *Jendrassik* tanár által vázolt therapiás eljárással más kórházakban e süketnémaságokat meggyógyítani nem sikerült és hogy e betegek nem gyógyíthatnak meg, hanem meggyógyulnak, megfelelően azon felvételnek, hogy ezek nem hysteriás bénulások, hanem úgynevezett mikrostrukturás elváltozások következményei.

A *Bálint* tanár igazgatása alatt álló debrői-úti honvéddikórházban gránátrobbanás okozta süketnémaság két esetét észlelték és gyógyították meg az ismert methodus szerint. Az egyik katona február közepén süketült és némult meg; öt hét múlva került a debrői-úti hadikórházba. Időközben többször villanyozták minden eredmény nélkül. A beteg phonatio van, de szavakat kiejteni egyáltalán nem tud és teljesen süket; az egész fej anaesthesiás. Izolálták, hat napon át eredménytelenül villanyozták a fején; a hetedik napon erőlyes n. ulnaris-faradozásra hirtelen beszélni kezdett és tökéletesen hallott. A másik katona április közepén — ugyan-csak gránátrobbanás következtében — süketült és némult meg. Két hét múlva került a debrői-úti kórházba. Izolálták és mindjárt az első n. ulnaris-faradozásra visszanyerte beszélő- és hallóképességét, ugyancsak minden átmenet nélkül.

Ez esetek tehát szintén igazolják azt, hogy tisztán suggestiv eljárással a gránátrobbanás okozta süketnémaság meggyógyítható és a gyógyulás egyik pillanatról a másikra, javulás vagy átmeneti stadium nélkül történik, a mi egészen kétségtelenül e megbetegedések hysteriás eredetére vall.

Donath Gyula: Hogy sebesülés után lassanként is kifejlődhetik süketnémaság, erre vonatkozólag a többi közt egy esetet észlelt a Munkácsy-utcai hadikórházban, mely eset egyéb tekintetben is tanulságos.

A 30 éves gyalogos, földmíves, múlt év október 8.-án az északeleti harczterén gránáttól sebesült meg a hátán. A lövedéket a lemergi kórházban távolították el, a sebesülés fillérnyi hege a gerincoszlop mellett a IX. mellcsigolya magasságában látható. A sebesült azután *lassan* elveszítette hallását és beszélőképességét. Midőn öt márczius 13.-án először látta, teljesen néma és süket volt, úgy hogy írásban kellett vele közlekedni. Írásbeli felszólításra, hogy egy szót utána-mondjon, a legnagyobb erőlködéssel fog hozzá, arca kipirosodik, a nyakerek megduzzadnak, de egy kukkot sem bír kihozni. Még a szótag vagy betű kiejtésének rajta való megmutatása vagy egyéb suggestiv eljárások, mint a gége simítása, sem vezettek célhoz. Még a fűtőt sem bírta utánozni, sőt a nagy erőlködés közben eszméletét elvesztette, szemei kimeredtek, ajkai rángatództak és a földhöz vágódott volna, ha nem fogják meg. Magához térve, írásban közölte, hogy fűtőülni akart, de egyszerre csak melegséget érzett fejében, mire eszméletét elvesztette. A beteg süketisége miatt hypnosis kezelésre alkalmas nem lévén, de egyéb sürgős teendők miatt is, megelégedett az írásbeli nyomatókos suggestióval, hogy 3 nap múlva, midőn a szót újra látja, hallását és beszédét teljesen újra vissza fogja nyerni. A beteg mélyen megindulva olvassa a biztató szavakat, könybe lábadnak szemei és hálájának jelekkel ad kifejezést. A hallás két nap múlva csakugyan visszatért, midőn a beteg ágyán ülve egyszerre írásban közölte a szomszéd betegekkel, hogy most már hall és ezt örömeiben feleségének meg is írta. De a beszéd még nem tért vissza. Az újabb suggestio, hogy most már a beszédet is vissza fogja nyerni, azon hatással volt,

hogy 5 nap múlva egyszerre suttogó hangon beszélni kezdett. A suttogó hangból nemsokára érdes, rekedt hang lett, mely még most is megvan.

Figyelemreméltó, hogy ezen egyszerű földmíves a gránátsebesülés eseményének nagy benyomását psychéjében lassan dolgozta föl és csak idővel jött fokozatosan létre a teljes süketnémaság; éber suggestióra is csak egymásután tért vissza előbb a hallás és aztán a suttogó és végre az érdes hangú beszéd. Tanulságos az is, hogy itt vágyképzetekről („Begehrungsvorstellungen“, „Rentenhysterie“) nincs szó, sem pedig a *Freud*-féle sexualis traumáról, mint a hysteria állítólagos kórokozójáról.

Bence Gyula: Az ilyen gyógyult esetek nem tartoznak a ritkaságok közé, a mennyiben a háború elején már a nagy galicziai csaták alatt 1914 augusztusában és szeptemberében észlelt egy honvédfőhadnagyot és hadnagyot, a kik némán tértek vissza a harczteréről és a kik a gége egyszeri villamozására meggyógyultak. Kétségtelenül hysteriások voltak.

Icterus haemolyticus; lépkéirtás után teljes gyógyulás.

Nádor Henrik: B. V., 42 éves vasesztergályost 1914 április 1.-én vették fel a II. belklinikára. Felvételekor igen *elgyengült*, rendkívül *anaemiás* külsejű, kifejezetten *icterusos*. A szíven erős anaemiás zörej, a nyakon doromb-zörej; ép tüdő; a köldök magasságát elérő nagy, kemény lép; kissé nagyobb máj. A csontok ütögetésre érzékenyek. Apró hőemelkedések; 90 körüli pulsus. A vizeletben urobilin van, epefesték nincs; a székletét bőven festett; a hányadékban bőven sósav. Viszketés nincs. A szemfenéken nincs vérzés. Az idegrendszer ép. A felvételtkor megejtett vörvizsgálat eredménye: Vörös vörsejtek sz. 760.000; fehér vörsejtek sz. 12.000; haemoglobin 11%; festődési index 0.82; kisfokú lymphocytosis; 1% körül eosinophil sejt; igen erős poikilocytosis, anisocytosis, polychromatophilia, sok basophil-szemcséjű vörös vörsejt, rendkívül sok normoblast és számos megaloblast. A Wassermann-reactio gyengén positiv (anamnesisben 15 év előtt malaria, 18 év előtt lues, melyet sok Hg-mal, majd salvarsannal kezeltek). 8 hónap óta beteg; legutóbb 4 hónapot a zsidókórház belosztályán töltött, a hol is — mint azt néhány héttel később tudta meg a bemutató — erős arsen- és thorium-kezelést, majd intramuscularis defibrinált vér-injectiókat kapott tartósabb eredmény nélkül.

A bemutató az *acholuriás icterusra*, a *kisfokú leucocytosisra*, az igen nagy lép-re és az *anaemia perniciosában megszokott achylia hiányára* való tekintettel a felvételt követő néhány nap múlva *icterus haemolyticus* diagnosit állítja fel és pedig annak ritkább előfordulású, súlyosabb prognosist, a felnőt korban előforduló ú. n. *szórványos, szerzett típusát* (ezt *Vidal* írta le először, míg a többnyire a gyermekkorban kezdődő, relative jóindulatú, sokkal gyakoribb, egy család több tagján előforduló ú. n. hereditásos, familiaris *icterus haemolyticus* leírását *Chauffard*-nak köszönhetjük). A bemutató hangsúlyozza, hogy a vörös vörsejtek resistentiája konyhasós oldatokkal szemben, valamint saponin-oldattal szemben is teljesen normalis volt, holott *Chauffard* és *Vidal* a csökkent resistentiát jóformán döntő jelentőségű tünetnek tekintik.

A klinikán a betegnek több ízben volt ú. n. „rohama“: léptáji feszülés, *acholuriás icterus* (vizeletben nincs epefesték), hirtelen fokozódó *anaemia*. A legsúlyosabb roham április 9.-én volt; nagyfokú szívgyengeség, filiformis pulsus, 331.000 vörös vörsejt, 10% nál kevesebb haemoglobin; erős analepticumokra nehezen javult a beteg szívgyengesége. Kezdetől fogva kénese-bedörzsölésekkel kombinált Pearson-injectiókat adtak emelkedő dosisban, s a vérkép a rohammentes időszakban javult úgy, hogy június közepén a 2,000.000-t meghaladta a vörös vörsejtek száma, de már június 20.-án újabb roham 1,140.000 vörös vörsejttel, nagyfokú icterussal, s rendkívüli elgyengüléssel.

A bemutató erre javaslatba hozza a lépkéirtást, melyet június 25.-én a még *icterusos* betegen *Verebély* professor végez el az Új Szent János-kórházban. A kivett lép súlya 1300 gramm

volt, hossza 21.5 cm., szélessége 17.5 cm., vastagsága 8.5 cm. Szövettanilag nagyfokú haemosiderosis és perivascularis kötőszövetsszaporodás (Becsey dr.) A kiirtás után rohamos javulás: már egy hét múlva 2,700,000 vörös vérsajt, 67% haemoglobin; azután is előrehaladó javulás, kitűnő közérzet, növekvő testsúly, s mikor 1914 december havában a klinikát elhagyja, 4,000,000 körül van a vörös vérsajt száma és 96% a haemoglobin; semmi kóros vérsajtalak. Az egész kórképnek és a lépképzés utáni lefolyásnak sok érdekes részlete az esetet kimerítően tárgyaló közleményben tér majd ki a bemutató.

Több mint fél év óta 5,000,000 felett van a vörösvérsajt-szám, 100% felett a haemoglobin, a legutolsó lelet 5,400,000 vörös vérsajt, 9700 fehér vérsajt és 120% haemoglobin; semmi kóros vérsajtalak. Minthogy a műtét óta közel két év múlt el és a bemutatót 15 hónap óta, mint vasesztérgályos, napi 14–15 órai nehéz hadimunkát végez és azt kitűnően bírja, a bemutató joggal tartja az esetet teljesen gyógyultnak.

A szerzett icterus haemolyticus kórképe igen ritka, alig 8 éve ismert. A lépképzést e bajban 1911-ben Micheli végeztette először, azóta csak elvétve történt kevés számú esetben. A bemutott esetben konstataált rendkívül nagyfokú anaemiát egyszer sem találjuk az eddig leírt esetekben.

Új készülék a villamos utókezelés szolgálatában.

Henszelman Aladár: Ez a háborús improvisatio mindenféle therapeutikusan felhasználható áramot nyújt. Az összeállítás és kapcsolása házilag eszközölhető. Ez annyit jelent, hogy a saját laboratoriumunk anyagát és eszközeit használjuk és a magunk mechanikusát foglalkoztatjuk. Forgatásban nincs az eszköz; nem vásárolható. Jelenleg csupán a m. kir. Rokkantügyi Hivatal császárfürdői intézetében használják és itt is készült. Egyszerűen útmutatás akar lenni az utókezeléssel foglalkozó intézetek számára; élő példány, a mely szerint bárhol elkészíthető.

Mind a váltó-, mind az egyenáramú kapcsolás előnye külön-külön kiaknázhatók vele. Van ezenkívül az instrumentariumnak saját áramot adó telepe is. A közhasználatban levő villamos zseblámpák elemeiből tíz egymásmellett, tíz egymásután van kapcsolva. Az elemeknek egyszerű besüllyesztése a casetta oldalfiókjaiba biztosítja a feszültség, illetőleg az árammennyiség összegeződését.

Majd minden áramforma egy óraszerkezet automatán működő szakítóján megy át, miáltal ezen áramok szabályozható ütemekben szedhetők le. Ha nem akarunk ütemesen dolgozó áramokat kapni, egy dugasz betolásával az órát az áramkörből kirekesztjük.

Ad a készülék tehát rhythmusosan működő galván-, Leduc-, farádós és sinusos áramot és ugyanezeket rhythmus nélkül. A farádós áramot egyen- és váltóáramú kapcsolással adja. Ad kombinált áramokat és magasfeszültségű, unipolarisan (esetleg bipolarisan) leszedhető áramot.

Mindeme áramformákat egyenként is egy-egy háborús improvisatio nyújtja. Úgy hogy e recipe szerint olcsón és valóban „házilag” készíthető el. Az egész berendezés elfér egy 30 × 35 cm. asztallapon, mely a csettáról leemelhető és a kapcsolás tervezete rögtön áttekinthető.

A petefészek belső secretiójáról.

Scipiadés Elemér: Előadásának összefoglaló ismertetés a célja. E kérdés teljességéről ugyanis még sem a nőgyógyászat, sem az érintkező szakmák szakemberei közül egynek sincs teljesen tiszta képe. Az előadónak ellenben szüksége volt egyéb vizsgálatok céljaira behatóan megismerkedni e témával. Ezt, önálló ítéletet akarván alkotni magának, úgy végezte, hogy olyan ismereteket, melyeket mások már esetleg 100-akra menő esetek alapján meg lehetőszen egybehangzóan leszűrtek, néhány esetben ellenőrizte. Olyanokat ellenben, melyek újaknak ígérkeztek, maga is kipróbált. Ott végül — mint a hormontermelő telepek kérdésében —, a hol az ismeretek még vitásak, maga is behatóbb vizsgálatokkal igyekezett a vita eldöntéséhez érveket szolgáltatni.

Miután a petefészek belső secretiójára vonatkozó ismeretek fejlődéstörténetét s a női ivarmirigy belső secretiós tevékenységét bizonyító tényeket érintette, tanulmánya foglalatjakép a következő tanulságokhoz jutott:

Úgy látszik, hogy a petefészekben két belső secretiós hatóanyag van. Az egyiket tisztán a corpus luteum tartalmazza, s annak lipoidjából destillálható. Ez a havibaj tartamát és mennyiségét korlátozza, tehát általában vérzésgátló. A másik, vízben oldódó anyagot ellenben főként az egész petefészek tartalmazza, bár kevésbbé hatékony alakban ezt is sikerült — úgy látszik, hogy hozzákeveredés következtében — a corpus luteumból is előállítani. Ez a genitalis fluxióra serkentő hatással bír, s mindenek szerint ez okból hat növesztőleg a genitálékra, elősegítőleg a nemi szervekből történő vérzésekre és csillapítólag úgy látszik csupán azon dysmenorrhoeás fájdalmakra, melyek oligomenorrhoea kapcsán állottak elő.

Az a hormon, mely a méh nyálkahártyájának az implantatiohoz való előkészülésére az impulsust megadja, az érő petében potenciálódik. S ugyanez az anyag az is, mely attól az időtől, hogy a pete a folliculust elhagyta, protectiv befolyást gyakorol a sárga test kifejlődésére.

A sárga test aztán — a további ovulatiók gátlása mellett — a nyálkahártyának a nidatiora szükséges előkészülését, s ezáltal közvetve a pete megtapadását, valamint további táplálását és fejlődését támogatja addig, míg az kiképzti magának a továbbtáplálását és fejlődése biztosítékait. Teszi pedig ezt a sárga test — mint a Seitz és Fingerhut-féle vizsgálatokból (luteolipoid) kitűnik — egy magatermelte anyaggal, melyről — mint azt a magaszerzette tapasztalások mutatják — egyszerű klinikai kísérletekkel is megállapítható, hogy a havibaj beállítására gátló hatással van.

Ez az anyag úgy látszik megszűnik termelődni, mihelyt a pete elhal s protectiv hatása a sárga test virágzására megszűnik. Erre beáll a havibaj, a működő és a pete letelepedésére szolgáló nyálkahártyarész desquamálódik, a pete leendő táplálására felhalmozott anyagok pedig a menstrualis secretum alakjában kiürülnek.

Egybevág ezzel az előadó által tett az a tapasztalás is, hogy a vérzéses időszakban, tehát a vérzést gátló anyagoknak a szervezetben való megkevesedésekor vagy éppen hiányakor nyújtott luteolipoid már nem oly hatékony, mint az olyankor adagolt, a mikor a vérzésgátló anyag a szervezetben is még termelődesben vagy teljében található.

Fraenkel-nek az az állítása, hogy a sárga test volna az a belső secretiós mirigy is, mely a méh táplálkozását a pubertástól a climaxig intézi, még egyáltalán nincs elfogadhatólag bizonyítva. Sőt a transplantációs kísérletek egyenesen ellene szólnak. Különben is vannak állatok, melyeknek egyáltalán nincs corpus luteum periodicumjuk s a méhök mégsem esik atrophíába.

Joggal vetődött fel ezért a kérdés, mi biztosítja tehát ily állatokban a nemi szervek épségét, vagy mi biztosítja azt az emberben azon időben, mikor még nincs sárgatest-képződés, tehát a pubertás koráig.

Hímneműekben ezen szövetelemként a here generációs szövetelemeitől független, pusztulása esetén is megmaradó s a nemi szervek épségét ekkor is biztosító Leydig-féle interstitialis sejteket fedezték fel. Per analogiam közel fektűt tehát eme kérdéses szövetelemet a petefészekben is az interstitium termékei között keresni.

Ezen keresés közben a theca internának sajátos epitheloid sejtjeire terelődött rá a figyelem.

Ezeknek a belső secretio szempontjából való jelentőségére Simon utalt reá először, a ki ezen sejtek burjánzása és zsírszemcsékkel való megtelődése útján létrejött képződményeket talált a rácsáló állatok petefészekében. Ezt a képletet ő mesterével, Bonin-nal együtt „la glande interstitielle de l'ovaire” névvel nevezte el.

A petefészeknek ez a kötőszövet közti mirigye. Wallert tanulmányai alapján az emberi petefészekben is megvan,

még pedig a legfiatalabb újszülött kortól a climaxig, sőt maradékaiban még egy ideig azon túl is.

Wallart szerint olyan belső secretiós mirigy ez, mely a sárga test helyébe vikariálólólag lép minden oly esetben, mikor az már betöltötte a hivatását, vagy mikor az nincs jelen. S szerinte ez az a belső secretiós mirigy, mely az anyai placenta kialakulásáról és a magzat kifejlődéséről dönt, továbbá, a mely — analógiában a Leydig-féle sejtekkel — a járulékos nemi szervek anatomiai integritását biztosítja, s a mely a petefészek egész chemiai correlatiós tevékenységét intézi.

Fraenkel azonban tanítványával, Schaffer Anná-val együtt tagadta az emberi petefészekben az interstitialis mirigy jelenlétét, s a létezése felett ezzel megindított vitát Woltz Erzsébet-nek és Keller-nek támogató vizsgálatai sem tudták teljesen elhallgattatni, jóllehet ma már olyanok is, mint Fraenkel, elismerik, hogy e képződményben egy rendkívül típusos és nem minden jelentőség nélküli szövetformációval van dolgunk.

Az előadó az újszülöttől a 75 éves korig az ovariumoknak nagy sorozatán tanulmányozta e képződményt, s kijelenti, hogy a theca interna epitheloid sejtjei által létrehozott azt a képződményt, melyet Wallart az emberi petefészek interstitialis mirigyének nevez, ő is megtalálta a leg-

fiatalabb újszülött kortól a climaxig, sőt maradékaiban azon túl is.

Vizsgálatai azon feltevést is támogatják, hogy ezen sejtek a bennök levő zsírnemű anyagokat önálló tevékenység révén termelik, mert, mint készítményei mutatják, ezen anyagok nem közömbös zsírok, hanem lipoidok, továbbá kettős fénytörésűek, tehát olyanok, mint a milyen zsírnemű anyagokat a belső secretiós szervek sejtjei szoktak tartalmazni.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménestézetnél a külső gazdasági majorokban ellátandó orvosi szolgálatra **azonnalra egy kisegítő orvos** lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 20 (husz) korona napidíj és egy bu-torozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve folyó évi **szeptember hó 2.-áig** az alant feltüntetett parancsnoksághoz nyujtan-dók be. Később érkezett folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Gyakorlattal bíró orvosszigorlók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménes katonai
parancsnokság Mezőhegyesen.

Jodol

Kiváló jodoformpótszer, szagtalan, méregtelen **antiseptikum** és **desodorans** a dermatológiában, sebészetben, gynaekológiában, szemészetben és fülészetben. Jodalkalipótszer syphilisnél.

Nélkülözhetetlen venerikus és syphilitikus megbetegedéseknél.

Menthol-Jodol (Jodol cryst. 1%-os menthollal) különösen rhinolaryngologia és fogászat részére.

Kimerítő irodalom: Kalle & Co. Aktiengesellschaft által Biebrich.

RÖNTGEN ERICSSON magy. vill. r.-t.

és egyéb villamos
gyógyászati
készülékek

ezelőtt: DECKERT és HOMOLKA

BUDAPEST,
VI., Vörösmarty-u. 67.

Telefon: { 28-09
89-64

== Röntgen-csővek, lemezek, erősítőernyők állandóan raktáron. ==

Merkarsen Syphilis

Speciál-laboratorium „Eri“
Rózsavölgyi Imre, gyógyszerész
Budapest, VI., Aréna-út 124.
Próbák ingyen és bérmentve.

Azonos az
„Ene sol“-al!
Mellékhatás és
fájdalommentes
befecskendezés!



REICHERT K.

utóda

REIMANN GYÖRGY

BUDAPEST, VIII., Üllői-ut 12. szám.

Különleges szaküzlet:

Mikroszkopok, mikroszkopiai segédeszközök,
polarisatiós és vérvizsgálati készülékek, mikro-
tomok stb. beszerzésére.

Mikroszkopiai és bakteriologiai laboratoriumok
teljes felszerelése, ezekről költségvetéssel
készséggel szolgál.

Mikroszkopokat és egyéb készülékeket kívánatra előnyös
részletfizetés ellenében is szállít.

FÁJÓS LÁBAKRA

ajánlja —
készítményeit

EGGER ADOLF FIA

ortopéd orvópápa
Budapest, Kossuth Lajos-u. 4

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

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.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi „Szent Margit” kórházról. Klinikai kísérleti adatok a gyermekkori diathesis exsudativának és a vízanyagforgalomnak egymáshoz való viszonyáról. 467. lap.

Géber János: Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem bőr- és bűrkórtani klinikájából. Adatok az úgynevezett spontán bőrgangraena kórképeiről. 470. l.

Podmaniczky Tibor: Közlemény a budapesti cs. és kir. XVII. helyőrségi kórház belorvosi osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos. A belorvosi osztály vezetője: Tornai József dr., egyet. magántanár.) A lumbalpunkció therapeutikai értéke traumás neurosisok különleges alakjaiban. 472. lap.

Gergely Jenő: Közlemény az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) fertőzőosztályáról. (Oszt.-főorvos: Ország Oszkár dr.) A hypertoniás konyhasó-oldat intravenás befecskendezésének hatása a tüdővérzésre. 473. lap.

Ónodi László: Az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens rhinogen és otogen bántalmairól. 474. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Körössy Kornél és Lenhossék Mihály: A budapesti könyvtárakba és intézetekbe való természettudományi, orvosi és mezőgazdasági folyóiratok jegyzéke. — *Lapszemle.* Belorvosok. Braner: Typhus exanthematicus. — *Sebeslet.* Hanasiewicz: A gázphlegmone pathogenesis. — *Bőrkórtan.* Schleicher: Az onchogryphosis és a köröm alatti hyperkeratosis aetiologiája. — *Venerális betegségek.* Kaufmann: A nemi betegség elleni angol állami bizottság legújabb jelentése. — *Psychologia.* Kollarits: A több rétegben átlátszóan sorakozó képzeleti képek. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* Heitner: Köszvény és időszűrt izületgyulladás. — *Lossen:* Scarlatina. — *Sachs:* Syphilis. — *Edelmann:* Fehérje kimutatás. — *Burgi:* Chlorosan. — *Neuschäfer:* Asthma nervosum. 477—478. lap.

Magyar orvosi irodalom. 478. lap.

Vegyes hírek. 478. lap.

Tudományos Társulatok. 479—480. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-kórházról.

Klinikai kísérleti adatok a gyermekkori diathesis exsudativának és a vízanyagforgalomnak egymáshoz való viszonyáról.

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

A diathesis exsudativa lényege a szervezet chemismusának veleszületett defectusa, mely különösen azon szöveteket érinti, melyek a víztartalom nagyfokú ingadozására alkalmasok. Ez a Czerny által felállított tétel már a priori arra enged következtetni, hogy a szervezetnek itt egy olyan veleszületett hiányáról van szó, melynek következménye a táplálék tökéletlen feldolgozásában, helytelen anyagforgalomban nyilvánul. A diathesis exsudativára hajlamos dispositio az egyénnel veleszületik, de hogy a tünetei érzékelhetők is legyenek, arra valamely kiváltó momentum is szükséges. Például valamely infectio, valamely külbehatás, oltás, vagy egyéb traumák, az esetek zömében azonban a nem megfelelő táplálás. Míg az előbbi mozzanatok elenyésző kis mértékben keltik életre az exsudatiós jelenségeket, a nem megfelelő táplálás elsőrangú szerepet játszik azon tényezők között, melyek a diathesis exsudativa jelenségeinek kiváltásában ismereteseek. Hogy milyen természetűek s súlyosságúak a kiváltott tünetek, az elsősorban az egyéntől, másodsorban a kiváltó momentumtól függ. A diathesissel terhelt gyermekek között akadnak olyanok is, a kiken az abnormis constitutio csak igen mérsékelt s csupán a szakértő szemével fellelhető külsőségekben nyilvánul, más esetekben az exsudatiós tünetek gyakran ismétlődő kellemetlen megbetegedéseket okozhatnak, sőt az sem tagadható, hogy az abnormis constitutio alapjául szolgálhat súlyos, sőt végzetes kimenetelű bántalmaknak (thymus-halál? eczema halál?)

De a kiváltó ok minősége és befolyása is különböző alakban s intensitással válthatja ki a diathesis exsudativa tüneteit, mert valamint ezen alkati gyengeségnek a kórképében nélkülözzük az egységet, úgy az okozott tünetek is oly sokféle alakban és fokban szoktak jelentkezni, melyekből általános érvényű törvényszerűséget levonni alig lehet.

Czerny a diathesis exsudativával terhelt gyermekeknek zsírok és csukrok iránti csökkent toleranciáját emeli ki mint

olyan tényezőket, melyekkel szemben az assimilációs határ igen alacsony, melynek túllépése után mutatkoznak az exsudatiós tünetek. Hogy ezen határ hol kezdődik, az egyéni. Némelyik gyermek hosszú időn keresztül fogyaszthat a korának majdnem megfelelő mennyiségű, sőt még annál valamivel több zsírt, míg az exsudatióval valamely jelensége mérsékelt alakban jelzi azon határt, melynél a tolerancia áthágása megtörtént, más esetben a normalis szervezetű gyermek által még jól assimilálni szokott zsírmennyiség alig felének a bekebelezése után már vehemens módon váltatik ki a diathesis exsudativának valamelyik tünetcsoportja. A milyen eltéréseket találhatunk az exsudativ jelenségek kifejlődésében, éppen olyan változatokat tapasztalhatunk azok eltűnésében is. Olykor elegendő a supponált káros hatást gyakorló tápláléknak a megszorítása s már néhány nap múlva észrevehetjük az exsudatiós jelenségek mérséklődését, illetve fokozatosan a teljes eltűnésüket. Más esetekben vontatottabban halad a javulás, annak ellenére, hogy az ártalmas hatást okozó táplálékot erősen redukáltuk, talán egy időre ki is kapcsoljuk a gyermekek tápláléka közül. Az eseteknek egy hányadában úgyszólván alig tudunk eredményt elérni, bár az összes diatastherapiát foganatosítottuk: az exsudatiós jelenségek, igaz, hogy csökkentebb mértékben, de majdnem állandóan fennállanak.

Maga a tápanyag is különbözőképpen látszik befolyásolni a rendellenes constitutio kapcsán mutatkozó tüneteket. A vélemények általán megegyeznek abban, hogy a diathesissel terhelt gyermekek toleranciája a zsírokkal szemben csökkent, tekintet nélkül arra, vajjon állati vagy növényi zsírokról van-e szó. Ezen általános tapasztalat alól eltérést a zsírok iránt csupán a tolerancia határainak magasabb vagy mélyebb fekvésében találhatunk, de ezen határvonal minden esetben alacsonyabban fekszik, mint a normalis szervezetű gyermekek zsíraszimilációs határvonala. Csupán egy állati eredetű zsírra nézve tehetünk kivételt és ez a csukamájolaj, mely zsíradékot, a mint azt a tapasztalatok igazolni látszanak, az abnormis constitutióval bíró gyermek szervezete is, kevés kivétellel, leginkább assimilálja a nélkül, hogy a diathesis tünetei ez kirívóbb hátrányos hatással volna.

A klinikai tapasztalatok azt igazolják, hogy az abnormis constitutióval bíró gyermekeken a kiváltott tünetek súlyossága az esetek legnagyobb részében egyenes arányban fokozódik a bekebelezett zsírmennyiséggel. A zsíron kívül azonban még más tápanyagok is ismereteseek, melyek-iránt

a diathesis exsudatívával terhelt gyermek toleranciája határozott csökkenést mutat. A *nyitott szénhidratokon kívül* ide sorolható elsősorban a *tojás*. Hogy a tojásnak súlyos exsudációs jelenségeket előhívó hatása azon alapszik-e, hogy a tojás átlag 12% zsírt tartalmaz, avagy a tojásnak egyéb alkotórészeivel szemben mutat olyan csekély toleranciát a diathesises szervezet: erre határozottsággal nem felelhetünk. Tény, hogy a tojás azon tápanyagok közé tartozik, melyeket az abnormis constitúcióval bíró gyermek a legkevesebb esetben tud észrevehető hátrány nélkül elviselni. Gyakran a zsírok iránt is nagyobb toleranciát látunk, mint a tojás iránt, mert míg a zsíraszimilációs határt néha büntetlenül lehet, legalább rövid ideig, túllépni az abnormis constitutio tulajdonosának: a tojás iránt mutatkozó tolerancia határának az áthágása megboszulatlanul alig marad. Gyakori klinikus tapasztalat, hogy például blepharitis miatt a tojásnak, zsírdús és egyéb ártalmas tápanyagok fogyasztásának erős redukálása vagy meghatározott időre való teljes kikapcsolása után a blepharitis eltűnével bizonyos mennyiségű tejet vagy vaját már minden hátrányos következmény nélkül asszimilál a szervezet, míg ugyanakkor *egy vagy két, de néha egy fél tojásnak* az elfogyasztása ismét előhívja a már teljesen eltűnt blepharitist. Hasonló tapasztalatok állanak rendelkezésünkre egyéb exsudációs tünetek köréből is. Másrészt azt is tapasztalhatjuk, hogy némely diathesises gyermeknek toleranciája magasabb a zsír, mint a tej iránt, mert olyan mennyiségű vajat naponta hátrány nélkül tud asszimilálni, a mennyi vaj után, ha azt tej alakjában fogyasztja, már exsudációs tünetek mutatkoznak. A tolerancia határa tehát bizonyos esetekben inkább a tej iránt, más esetekben inkább a tojás iránt csökkent lényegesebben.

De vannak esetek, melyekben a *czukrok* iránt is nagyfokú tolerancia-csökkenést tapasztalhatunk diathesis exsudatívával terhelt gyermekeken. Sajátságos, hogy a tolerancia csökkenése *sokkal kifejezettebb a nyitott szénhidratok, mint a zárt szénhidratok iránt*, mert utóbbiból lényegesen többet fogyaszthat a diathesises gyermek minden hátrányos hatás nélkül, mint előbbiből. A tolerancia-csökkenés azonban legtöbb esetben még sem ől oly mérvet czukrok, mint zsír iránt, mert míg utóbbi tápszernek asszimilálása rendszerint nem megy simán, ha az abnormis szervezetű gyermek huzamosabb időn keresztül olyan mennyiségű zsírt fogyaszt, mely csak *megközelíti* azt a mennyiséget, melyet egy normalis szervezetű gyermek minden hiány nélkül állandóan jól asszimilál, a czukor iránti csökkent tolerancia sok esetben csak akkor mutatkozik a kiváltott tünetekben, ha az abnormis constitúcióval terhelt gyermek a *czukorfogyasztással visszaél*, vagyis ha a czukor fogyasztása túllépi azt a határt, a meddig szervezetének czukor iránti toleranciája terjed. A két tápszer között tehát az a különbség, hogy míg például 3—4 éves normalis szervezetű gyermek naponta 35 gr. zsírt jól asszimilál, de ezen mennyiségnél még többet is teljesen jól tud áthasonítani hosszú időn át, az abnormis constitúcióval bíró gyermek már 30 gr. zsírt sem tud naponta áthasonítani huzamosabb időn át a nélkül, hogy rajta a diathesis exsudativa tünetei ne mutatkoznának. Természetesen vannak esetek, melyekben a gyermek napi zsíradagjait még lejjebb, 20, esetleg 15 gr.-ra kell leszállítanunk, ha a diathesis exsudativa tüneteit el akarjuk kerülni. A szénhidratokkal szemben a dolog sokkal kevésbé veszélyes. Normalis szervezetű 3—4 éves gyermeknek átlag naponta 150 gr. szénhidratra van szüksége. Körülbelül ilyen mennyiségű szénhidratot jól asszimilál az abnormis constitúcióval bíró 3—4 éves gyermek is. A baj akkor kezdődik, ha a fenti adagnál *többet fogyaszt naponta huzamosabb időn keresztül s különösen ha a többet nyitott szénhidratok teszik*, mert az asszimilációs határnak túllépése rövidebb-hosszabb idő múlva, de majdnem bizonyossággal kiváltja a diathesis exsudativa tüneteit.

Míg tehát ha a normalis szervezetű gyermek a szükségelt calóriák helyett nagyobb mennyiségű caloriát fogyaszt, ezen többlet súlyemelkedésben nyilvánul minden hátrányos hatás nélkül, az abnormis constitúcióval bíró gyer-

meken a több táplálék, illetve az ezzel járó súlyemelkedés a diathesis exsudativa valamelyik tünetét váltja ki. A *súlygyarapodás tehát, vagyis a szervezet hizlalása azon káros ok, melyet a diathesissel terhelt gyermek szervezete nem tud elviselni a nélkül, hogy arra valamely exsudációs tünettel ne reagálna*. Erre Czerny már mindjárt első alapvető munkájában rámutatott. Csakhogy *tapasztalataim szerint nem kizárólag a zsír és czukor által okozott hizlalás, hanem bármely okból keletkezett gyors súlyemelkedés elegendő ok arra, hogy a diathesis exsudativa szunnyadó tünetei kiváltassanak*. A *fehérje* s pedig úgy az állati, mint növényi fehérje, általános tapasztalat szerint olyan tápszer, mely legkevésbé alkalmas arra, hogy vele a diathesis exsudativa tüneteit kiváltjuk, nem is olyan tápszer, mely hizlalásra alkalmas volna, másrészt ezen tápszer iránt a diathesissel terhelt gyermekek toleranciája is elég magas, hiszen diarrhoeákra hajlamos diathetikus csecsemőknek, különösen nem elegendő gyarapodás esetén, therapiás szempontból jó eredménnyel szoktuk adagolni s mégis *tapasztalataim szerint a fehérjével történt túltáplálással okozott hizlalás is oka lehet az exsudációs tünetek kiújulásának*. Erről könnyen meggyőződhetünk a következő kísérlettel. Ha ugyanis diathesissel terhelt 3—4 éves gyermekeknek a naponta szükségelt 40 gr. fehérje helyett 70—75 gr. fehérjét adagolunk (oly módon, hogy a zsirokban és czukrokban redukált táplálékhoz naponta 30—35 gr. nutrose-t vagy roborat-ot keverünk), akkor azt tapasztalhatjuk, hogy a *bár lassan meginduló súlyemelkedéssel kapcsolatosan a diathesis exsudatívának a redukált zsír- és czukortáplálásra elült tünetei újlag kezdenek mutatkozni s mindaddig megmaradnak, míg a fehérje redukálásával a testsúlyt nem csökkentjük*. Utóbbi tapasztalat azt mutatja, hogy bármely okból történik az intenzivebb súlyemelkedés, a hizlalás, annak befolyása van a diathesis exsudativa tüneteinek kiváltására. Igaz, hogy ha a túltáplálást zsírral vagy czukorral eszközöljük, az exsudációs jelenségek kiváltására a tolerancia határának már sokkal kisebb mérvű áthágása is elegendő, mint ha ezen hatást fehérje-túltáplálással igyekszünk elérni, de a fenti kísérlet mégis csak azt igazolja, hogy bármilyen táplálékkal tápláljuk túl az abnormis constitúcióval terhelt gyermeket, az eredmény azonos marad: az exsudációs tünetek valamely féleségének a jelentkezése.

* * *

Eddigi tárgyalásaink során különösen két tényező domborodott ki a diathesis exsudativa tüneteinek előidézésében: az egyik a zsírdús, illetve czukordús tápláléknak fokozott élvezete, a másik pedig a testsúlynak rapid emelkedése, a hizlalás. Hogy a zsírnak és czukornak (különösen az elsőnek) van-e valamely *specifikus* hatása ezen bántalom felidézésében, a mely tápszerekkel szemben az abnormis constitúcióval terhelt gyermek toleranciája különösen lefokozott annyira, hogy ezen tápszerekből a normalis szervezetű gyermek által jól asszimilálni szokott adagoknak csak megközelítő mennyiségben történő bevitelére, annál inkább a tolerancia határait túllépő mennyiség elfogyasztására már exsudativ tünetekkel reagál az erre hajlamos szervezet, avagy pedig ezen tápszerek mint elsőrangú hizlalo tápszerek a súlynak intensív emelésével váltanak ki a hizlásra úgyis könnyen hajló pastosus, diathesis exsudatívával terhelt gyermekeken a különböző tüneteket: teljes bizonyossággal alig dönthető el. Az iménti sorokban jelzett fehérjetúltáplálási kísérleteim, valamint az alábbiakban leírandó *konyhasótáplálás-kísérleteim inkább a testsúlynak hirtelen bekövetkező növekedését, vagyis a szervezet hizlalását állítják a homlokterbe mint olyan momentumot, melynek nagy befolyását az exsudativ tünetek felidézésében alig lehet mellőzni*.

Mielőtt azonban a sótaplálással végzett kísérleteimet ismertetném, vessünk egy tekintetet a diathesis exsudatívával terhelt gyermek anyagforgalmára, mert ezen bántalomnak egész jelentkezési módjából, a tünetek lezajlásából, különösen pedig azon körülményből, hogy az exsudációs jelenségek a táplálás módosítása által lényegesen befolyásolhatók,

arra lehet következtetni, hogy az abnormis constitúcióval terhelt gyermekek anyagforgalma nem lehet normalis, hanem hogy a normalishoz viszonyítva kisebb-nagyobb eltéréseket mutat. Ide vonatkozólag történtek is vizsgálatok. S bár az eddigi eredmények nem egységesek s olyan tényt, mely ezen homályos eredetű bántalomra teljes fényt vetne, még nem derítettek ki, némi útmutatást már az eddigi vizsgálatok is szolgáltatnak arra nézve, hogy az anyagforgalom némely vonatkozásában a normalistól eltérést mutat. Mivel a klinikai tapasztalatok úgy szólottak, hogy a diathesissel terhelt gyermekek a tünetek annál élénkebben mutatkoznak, mennél dúsabb volt a táplálás s különösen mennél több zsírt fogyasztott el, az anyagforgalmi vizsgálatok is elsősorban ezen irányban indultak meg. Kezdetben a vizsgálatok a zsír-anyagforgalomban semmi abnormitást nem derítettek ki. Később azonban *Steinitz* és *Weigert* megállapították, hogy nem gyarapodó, diathesissel terhelt, emlőn táplált csecsemők zsírsorptiója tökéletlen, a mennyiben a táplálék nem resorbeált zsírja 10–15%-ban a faecesben fellelhető. (Normalis körülmények között a faecesben fellelhető fel nem szívódott táplálékzsír 1–8% között ingadozik.)

A helytelen zsíraszimiláció kívül a szénhidrat-anyagforgalom is mutat némi eltérést. *Aschenheim* szerint a diathesis exsudatívával terhelt gyermekek cukorassimilációs határa a normalisnál alacsonyabb. *Cobliner* ezen körülményből magyarázza azon tapasztalatot, hogy eczemás, bár normalisan táplált csecsemők vizeletében 80–85%-ban már cukor mutatható ki.

Menschikoff és *Meyer F. L.* a só-anyagforgalmat tanulmányozták. Vizsgálataik szerint florid diathesis exsudatívában szenvedő gyermekek aránylag jóval több Cl-t tartanak vissza, mint a normalis gyermekek. *Menschikoff* vizsgálataiból az is kitűnik, hogy chlorszegény táplálékra a diathesises gyermek a saját chlorállományából sokkal könnyebben veszít, mint a normalis szervezetű gyermek.

Bruck vizsgálatai a sóanyagcserében lényegesebb eltérést nem derítettek ki.

Finkelstein vizsgálatai szerint constitutionalis eczemában szenvedő gyermekeken bő zsíradagolás esetén, az egészséges gyermekeken találtak ellentétben fokozódott só-retentio mutatkozik, s mivel a szervezet a nagyobb mennyiségű sót nem tudja felhasználni, véleménye szerint annak egy része szabad lesz, a köztakaróra kerül s hozzájárul az eczema kifejlődéséhez.

Freund W. a só- és vízyanyagcserében talált a normalistól lényeges eltéréseket. Kísérleteit oly módon végezte, hogy három egészséges és három eczemás gyermeket 3–4 napon át a következő táplálékkal táplált: 1 liter víz, 35 gr. monda-min, 30 gr. vaj, 10 gr. nutrose, 40 gr. tápcukor és 3 gr. chlornatrium. A három eczemás gyermek ezen táplálékra súlyban gyorsan növekedett, erős oedemák képződése mellett. A chlormérleg az egészséges gyermekeken említésreméltó vízfelvévénélkül egysúlyban maradt — még egy eczemás is az oedemaképződés ellenére, míg a másik két eczemás gyermek jelentékeny chlorretentiót mutatott. A natrium-mérleg azonban mind a három oedemás esetben erősen pozitív mérleget jelzett. Míg a három eczemás gyermek súlyban erősen növekedett, a normalis szervezetű gyermekeken azonos kísérleti feltételek mellett csak jelentéktelen súlygyarapodás, esetleg súlycsökkenés volt észlelhető.

A diathesis exsudatívával terhelt gyermek vízháztartásának labilitására már más szerzők is rámutattak, mint *Lust*, *Lederer*, *Finkelstein* stb., sőt az utóbbi kutató klinikai megfigyelései alapján a diathesises gyermekeken mutatózó nagymérvű súlyingadozást éppen a vízyanyagforgalom rendkívüli labilitásából magyarázza.

A szervezet víztartalma diathesissel terhelt gyermekek szöveteiben, mint *Lederer* megjegyzi, igen lazán van kötve, a mit, mint *Czerny* kiemeli, elősegít az, hogy a szervezet chemismusának defectusa folytán a szövetek egyenesen praedestináltak a vízháztartásban mutatózó nagymérvű ingadozásokra.

Az anyagforgalom diathesis exsudativa kapcsán, mint az eddig tárgyalt vizsgálatokból kitűnik, kétségtől alterált, még pedig elsősorban a zsír-, azután a szénhidrat- s részben a vízyanyagforgalom is, a minnek jele, ha csupán a klinikai szempontot vesszük, hogy míg normalis szervezetű és anyagforgalmú gyermek a táplálék fokozására súlyemelkedéssel reagál, a nélkül, hogy ezzel együtt valamely beteges tünet is mutatkoznék, az abnormis constitúcióval terhelt gyermekben ha a normalisnál nagyobb mennyiségű táplálék bekebelezésére emelkedik is a testsúly, ezzel együtt az esetek nagyobb részében felszínre jönnek a diathesis exsudativa eddig szunnyadó vagy eltűnt jelenségei.

Az eddigi vizsgálatokból kifolyólag azon következtetésre kell jutnunk, hogy a diathesissel terhelt gyermekek zsír- és cukor-assimilációs határa lényegesen csökkent, mert ezen tápszereknek a normalis mennyiséget meghaladó, sok esetben a normalis mennyiséget meg sem haladó quantumban történt fogyasztása is előhívja vagy gyarapítja az exsudatiós jelenségeket. Az anyagforgalmi vizsgálatokból azonban nem tűnik ki korábban felvetett kérdésünk, hogy vajon a zsírnak és cukornak a diathesises gyermekre való ezen hatása mint specifikus hatás fogható-e fel, vagy pedig a zsír és cukor mint elsőrangú hizlalo tápszerek a testsúly intenzivebb emelésével váltják-e ki a diathesises tüneteket, melyet a diathesises gyermek szervezete nem tud elviselni exsudatiók jelentkezése nélkül. Ezen utóbbi feltevésnek talán még több jogosultsága van. *Steinitz* azon felfogásban van, hogy a túlnyomóan növényi táplálék, melynek jó hatása a diathesissel terhelt gyermekekre közismert, onnan ered, mert hasonló táplálással a hizlálás legjobban elkerülhető. *Steinitz* eme felfogásához ama tapasztalatomat fűzhetem, hogy ha a diathesissel terhelt gyermeket növényi táplálékkal tápláljuk túl, akkor még ezen táplálásmód mellett is alig kerülhetjük el a diathesis exsudativa jelenségeit.

Azon körülmény felderítésére, hogy a diathesissel terhelt gyermekekre milyen befolyással van a kizárólagos súlyemelkedés, kísérleteket végeztem az úgynevezett konyhasó-táplálással. A kísérletek azt célozták, hogy a diathesis exsudatívával terhelt vagy arra hajlamos gyermekek testsúlyát emeljük, a nélkül azonban, hogy ezen célú túltáplálással, különösen zsírok és cukor intenzivebb adagolásával érjük el, mert így a kitűzött kérdésre — minthogy a zsírnak és cukornak a diathesisekre való esetleges specifikus hatását nem tudnók kizárni — nem kaptunk volna határozott választ. A testsúlyt tehát olyan módon kellett növelnünk, hogy egyrészt a táplálékkal való túltáplálást is elkerüljük, másrészt a tápszereknek a diathesisekre való esetleges specifikus hatását is kizárjuk. A testsúlynak rövid idő alatt bekövetkező intenzivebb növelésére a konyhasó látszott legalkalmasabbnak. Különösen azért, mert mint tudjuk, a NaCl-nak erős vízviisszatartó hatása van, s a mint ismeretes *Freund*-nak vizsgálataiból, a NaCl-nak hydropigen hatása diathesises exsudatívával terhelt gyermekeken különösen erős mértékben érvényesül.

I. kísérlet.

Két éves gyermek a köztakarón időnként kiújuló exsudatiókban (prurigo) szenved. A prurigo leginkább a lábszáron, alkarokon és a glutaeus tájain szokott mutatkozni erős viszketéssel, mely a gyermek éjjeleit is zavarja. Tonsillák hypertrophiásak, állalatti s nyakmirigyek kissé meg-nagyobbodottak. Bemutatáskor a prurigo helyenként virágzik. A konyhasó-kísérlet megkezdése előtt természetesen erősen redukáltuk a táplálék zsírt és a nyitott szénhidratokat s azokat vegetabiliákkal helyettesítettük. 8–10 nap múlva a prurigo teljesen eltűnt; a köztakaró mindenütt normalis. Ilyen körülmények között kezdtük meg a NaCl-táplálékot oly módon, hogy az eddigi, főleg vegetabiliákból álló táplálék mellett hat napon át naponta 8 gr. konyhasót fogyasztattunk el a gyermekkel, jampillulában, egy órai időközönként 2 grammként adagolva. Hat nap múlva a kizárólagos vízviisszatartódás folytán, melyet már az erősen csökkent vizelet mennyisége is mutatott, a testsúly 1250 grammal növekedett, de

a prurigoszerű kiütés is a szokott helyeken igen intensive jelentkezett.

Hat nap után a NaCl-adagolást hirtelen abbahagytuk, az előbbi zsírszegény és cukorban dús táplálást tovább folytattuk; a vizelet mennyisége csakhamar fokozódott, a testsúly a korábbi súlyra csökkent, valamint a köztakaró exsudatív jelenségei is fokozatosan visszafejlődtek.

II. kísérlet.

Három éves, kissé pastosus leánygyermek bemutatáskor erős étvágytalanságban, kifejezett blepharitisben és kistokú vulvovaginitisben szenved; azonkívül néhány javulófélben levő phlyctaena conjunctivae is észlelhető. Nyak- és állalatti mirigyek jól tapinthatók. Eddigi tápláléka zsírban és cukorban dús. A diathesis exsudativa tünetei a zsír- és cukortáplálék redukálására s vegetabiálakkal történt helyettesítésére körülbelül 12 nap múlva javultak, illetve a blepharitis és phlyctaenák alig észlelhetők. Ekkor nyolcz napon át naponta 8 gramm NaCl-t fogyasztattunk el a gyermekkel a főleg vegetabiálából álló táplálék mellett olyan módon, mint első kísérletünk alkalmával, mely idő alatt a vizelet megcsappant, ellenben a gyermek súlya mintegy 1000 grammal növekedett, a már majdnem teljesen eltűnt blepharitis igen intensive kiűjult, de a conjunctiván nyomokban meglevő phlyctaenák is szembetűnőleg rosszabbodtak. Nyolcz nap után a konyhasó-adagolást félbeszakítottuk s folytattuk az előbbi redukált zsír- és cukortartalmú táplálást. A gyermek súlya már 7—8 nap múlva a kísérlet előtti súlyra csökkent. A zsírszegény táplálékban a blepharitis is csakhamar javult, de a phlyctaenák is kisebbedtek, illetve a blepharitissel együtt fokozatosan teljesen el is tűntek.

III. kísérlet.

Három éves pastosus habitussal bíró gyermek hosszabb idő óta eczemában és intertrigóban szenved. Nyelvén lingua geographica. Táplálékát naponta 1½ liter tej, kevés főzelék s 1—2 tojás kevés kenyérrel alkotta. A zsírdús táplálékban való helyettesítése után 2 hét alatt a testsúly majdnem 800 grammal csökkent, de az eczema majdnem teljesen, az intertrigo teljesen eltűnt, a lingua geographica lényegesen javult. Ilyen stadiumban a zsírszegény diatával kapcsolatban kezdtük meg ezen esetben is a NaCl adagolását, melyből naponta 10 grammot fogyasztattunk el a gyermekkel hét napon keresztül. A súly rapide emelkedett, különösen kezdetben, mint azt különben összes kísérleti esetünkben tapasztaltuk, úgy hogy a súlynövekedés a 7. nap végén 1350 grammot mutatott, de az intertrigo is ismét erőteljesen mutatkozott, sőt itt-ott az eczéma kivirágzások is előtérbe léptek. A 8. napon elhagytuk a NaCl adagolását s a zsírszegény táplálást folytattuk. A súly rapide esett, ezzel kapcsolatban a diathesis tünetei is lassanként mérséklődtek.

(Vége következik.)

Közlemény a kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem bőrsz. és bűjalkórtani klinikájából.

Adatok az úgynevezett spontan bőrgangraena kóroktanához.

Írta: Géber János dr., egyetemi magántanár.

Gangraenák, melyek a bőr különböző rétegeit kisebb-nagyobb felületen, esetleg a mélyebb subcutist is érik, nem ritkák. Jelentkezésüket részben külső okok (erős hideg, meleg, traumák, állandó nyomás, magas feszültségű villamos áram, Röntgen, radium stb.) idézik elő, részben oly belső okok, melyek következtében egyes bőrrészek a táplálásból kizáratnak, oly módon, hogy a táplálásukra hivatott érrendszer betegszik meg (endarteriitisek, Raynaud-kór, secalc-mérgezés, scleroderma némely esetei). Máskor a szervezet betegsége következményeképpen áll elő ily bőrgangraena, mint ez pl. diabeteses, nephritises egyéneken nem is oly szokatlan.

Némelykor a szervezetben keringő kóros anyag és bizonyos külső okok együttes hatásaképpen látjuk jelentkezni a gangraenát, mint pl. a hydroa vacciniiformis esetében, mikor a szervezetben keringő haematoporphyrin sensibilizáló hatása folytán a napfény photodynamikai hatása idézi azt elő. Okozói lehetnek továbbá a bőrgangraenának mikroorganizmusok is, melyek akár embolia útján endoarteritist és endophlebitist okozva hozzák létre egy-egy körülírt bőrrész elhalását, mint ezt pl. tuberculosis, syphilis vagy lepra eseteiben észlelhetjük, avagy a bőrbe jutva közvetlenül okoznak szövethalást (ekthyma gangraenosum, ulcus molle stb.). Ezekben a bőrgangraenákban kívül, melyeknek ismerjük részben a kórokozóját, részben a pathogenesisét, észlelhetünk oly bőrgangraenákat is, a melyeknek nincsen egységes characterük, a melyeket csak az az egy tünet fűz össze, hogy hirtelen, igen elmosódott prodromalsymptomák kíséretében, éles határral jelentkeznek.

Ezen bőrgangraenák, melyek gyakran testszerte, hosszú ideig egymás után, más esetben symmetriásan egyszerre, avagy csak egy nagyobb bőrfelületre terjednek ki, általában spontán vagy idiopathiás bőrgangraenák neve alatt szerepelnek és a szerzők szeretettel vezetik keletkezésüket neuropathikus alapra vissza, mihez képest különböző nevekké is ruházzák fel. Az utóbbi időben klinikánkon alkalmam volt egy néhány ilyen esetet észlelni, azokat pontosabban megfigyelni és megvizsgálni, miért is érdemesnek tartom őket a következőkben közölni.

I. eset. P. G., 26 éves nő katona. Felesége és 1 gyermeke egészségesek. Ő maga komolyabban sohasem volt beteg. A belső szervekben eltérést kimutatni nem lehet. 1916 jan. 17-én jelentkezik ambulantiánkon azzal, hogy néhány nap óta penisén, a koronaárok felső részében, viszkető, égető érzést érez.

Status praesens: A koronaárok felső felületének közepe táján alig gombostűfej nagyságú hólyágcsa, mely körül a bőr kissé pirosabb. Tapintásra e hely fájdalmas, mely fájdalom, mint a beteg mondja, éles, tűszúrászerű és ezt ő pontosan a hólyágcsa helyére lokalizálja. Sem a glanson, sem a praeputium bellemében rendellenes állapotot nem lehet észrevenni. A spirochaeta pallida-vizsgálat negatív eredményt adott. Therapia: bőrvásolás.

Január 18. A fájdalmak fokozódtak. A hólyágcsa környékén a hámréteg kissé fellazult.

Január 20. Igen erős égető, szúró fájdalmakról panaszkodik. A glans egész felső felszíne kissé duzzadt, livid. Tapintásra is már erős fájdalmat okozunk a betegnek. A hólyágcsa helyén alig lencsényi szalonnaszerű fekély. Ducrey-bacillust, spirillumot, fusiformis-bacillust kimutatni nem lehet. Hőmérséklet 37°10'—37°50'. Mirigyek nem tapinthatók. Wassermann-féle seroreactio negatív. A vizeletben fehérje, cukor 0. Therapia: borogatás.

Január 22. Fájdalmak nem szűnnek. A glans egész felső felülete sötét kékes-piros, melyet egy alig észrevehető élénkpiros vonalszerű határ választ el az ép résztől. Niveau-különbséget nem lehet e két rész között észrevenni. A beteg részben apró, alig tűszúrás nagyságú vérzések láthatók. A beteg panaszkodik, hogy borszög. Étvágytalan. A nyelv bevont. A vizeletben nyomokban fehérje. Cukor, kóros alakelemek nincsenek. Hőmérséklet 37°20'—37°60' C.

Január 24. A beteg rész kissé besüppedt, szürkés-barnás, fekete nekrotizált tömeg, mely szívósan tapad az aljához. Határai élesek, szabálytalan csipkészetet mutatnak. A demarcatiós határ alig pár milliméter széles élénkpiros vonal alakjában látszik, hol a bőr kissé oedematosan duzzadt. A beteg fájdalomról alig panaszkodik. A vizeletben 1/4‰ fehérje Esbach szerint. A vizelet napi összmennyisége 1400 cm³. Hőmérséklet 36°80'—37°10' C. A centrifugált vizeletben kevés kilúgozott vörösvérsejt. A nekrotizált szövetrészt steril csipeszzel nehezen lehet letépní az alapjától, hogy ily módon az alapról vett szövetrészekkel ültetést végezzünk levestbe, agarra, vérsavós agarra, valamint anaerob módon is kocsonyás lóserumba.

Január 23. A nekrotizált szövet, mely a glans egész felső részét magába foglalta, néhol egész az urethráig terjedve le, elfolyósodott és részletekben ellökődött, a mi után tisztán sarjadzó sebfelület látható. A láb és fájdalmak teljesen megszűntek. Fehérje a vizeletben alig nyomokban.

Február 4. A sebfelület teljesen begyógyult. A vizeletben fehérje nincsen. Hőmérséklet normalis. A beteg gyógyultan távozik.

Az ültetett tenyészeteken mindenütt 24 órával az ültetés után már b. bacteriumtenyészet volt látható. A tenyészetek mindenütt staphylococcus alb. és a colihoz mindenben hasonló bacillusokból állottak.

II. eset. D. M., 17 éves lakatossegéd. Felvételét 1916 jan. 27-én. A beteg előadja, hogy körülbelül egy hete mindkét lábszárán fájdalmas fekélyei vannak, melyek egyenként egy-két nap különbséggel keletkeztek.

Status praesens: Mindkét lábszár alsó harmadán több (a jobbon 3, a balon 4), szabálytalanul elhelyezett, egymástól különböző távolságú,

kis gyermekenként kb. 20 filléres nagyságú helyen, szabályos kör-alakú éles határú területen a bőr elhalt. A barnás-feketés, ránczos, szívós, necrotizált szövettömeg erősen tapad az alatta fekvő szövethez, úgyannyira, hogy erővel sem lehet letépní. Az ép szövetből a kóros folyamatra az átmenet igen éles, ezt alig pár milliméter széles élénkpiros vonal jelzi. A környező bőrön kiskókú pírón kívül, melynek kis kékes színeződése is van, valamint az alig észrevehető oedemán kívül kóros elváltozást észrevenni nem lehet. A kisebb góczokon a környező bőr livid színe feltűnőbb, ezen helyeken a beteg élénkebb fájdalomról is panaszkodik, míg a nagyobbakban inkább viszketést érez. A gangraenának nincsen szaga. A bal lábszár alsó harmadán az Achilles-ín felett egy kb. fillérnyi helyen a bőr elmosódott határral sötét kékes-piros, mely szín ujjnyomásra csak részben tűnik el. E helyen jobban megtekintve, igen finom apró kis sötét pontokat is vehetünk észre, melyek kisebb vérzéseknek felelnek meg. Körülbelül ezen elváltozás közepe táján a szárúréteg kissé fel van lazulva, az alatta felgyülemlett savó alapjától felemelte, úgy hogy a bőrnek ujjunkkal két oldalról való összenyomásával ránczos hártya alakjában láthatóvá lesz. E hely már érintésre is igen fájdalmas. A kiszivárgó savóban staphylococcusokat találtunk. A belső szervekben eltérést nem lehetett kimutatni. A szívhangok épek. Hőmérséklet $37^{\circ}20' - 37^{\circ}80'$ C. A vizeletben mérsékelt mennyiségben fehérje, üledékkel kevert vörös vérszálak láthatók. Therapia: hig alkoholos párákötés.

Január 29. A régebbi elváltozásokon a necrotizált bőrrészek el-
lökődése elfolyósodással, mely a szélek felől indult meg, kezdetét vette. A kisebbek térfogatukban növekedtek, bár alig számbavehető nagyságban. A bal lábszár alsó felületén lévő elváltozás közepén kifejezett gangraena látható. E hely kissé besüppedt, sötétbarnás, fekete színű, felülete kissé ránczos, érzéketlen, míg környéke igen fájdalmas.

Február 2. A régebbi helyek gangraenás bőrrésze mind ellökődött és helyébe egy kb. 4–5 mm. mély, éles határú, kerekded, mint ezt gummánál látjuk, élénken sarjadtó sebfelület látható. A bal lábszáron levő, utoljára jelentkező elváltozásnál is befejeződött a gangraenás folyamat. Környezete alig fájdalmas. A vékony, élénkpiros demarcationalis vonal jól kifejezett. Maga az elhalt szövet alapjához itt is erősen tapad, úgy hogy csak nehezen lehet cszfatokban letépní. Az innen vett készítményben Gram szerint festődő coccusok és Gram szerint nem festődő bacillusok láthatók. A tenyésztetben emezek colibacillusoknak, amazok staphylococcus alb.-nak bizonyultak. Hőmérséklet $36^{\circ}80' - 37^{\circ}10'$. A vizeletben fehérje csak nyomokban.

Február 7. A sebfelületek hámosodnak, ez részben a szélek felől indul meg, részben pedig a kisebbek- és sekélyebbeknél egyes hátramaradt hámszigetektől. A bal lábszár alsó felszínén lévő gangraena is kezd ellökődni. Hőmérséklet és vizelet normalis.

Február 14. A beteg gyógyultan távozik.

A beteg április 4.-én ismét jelentkezik klinikánkon azzal a panaszszal, hogy 2 nap óta bal lábszárán újból jelentkeznek fájdalmas kiütések.

Status praesens: A régi elváltozások sima heggel gyógyultak. A bal láb belső bokája felett kb. 3 harántujnyira egy régebbi, teljesen gyógyult elváltozástól kb. 7–8 cm.-nyire alig gombostűfajnagyságú, tiszta savós tartalommal bíró kis hólyagcsa látható, mely körül a bőr kb. 1.5 cm. átmérőben livid, kissé oedemát és igen fájdalmas. Ezen elváltozástól felfelé 4 harántujnyira hasonló, valamivel kisebb terjedelmű elváltozás. A lábszár alsó külső felületén egy kb. 20 filléres nagyságú területen a bőr már elhalt, kerek éles határral. A környező bőr keskeny szegély alakjában kissé livid, oedemát, nyomásra fájdalmas. Az előbbi két elváltozást, miután a klinikai tünetek a mellett szóltak, hogy ezek a gangraena egész kezdeti stadiumai és alapos reményünk volt, hogy a szövettani vizsgálat a kórfolyamatra nézve felvilágosítást fog tudni adni, kimetsztük. Hogy a szövettani képet minél kevesebb mellékkörülmény zavarja, a vezetési érzéstelenítést használtuk. Úgy a kimetszett darabok alapjáról, mint a keletkezett sebfelület több részéről különböző táptalajokra összesen 12 ültetést végeztünk. Ezen ültetések közül már 24 óra után 37° C-nál 8 táptalajon bő tenyészete eredt meg a staphylococcus alb.-nak, míg egy táptalaj steril maradt. A szobahőmérsékletben tartott táptalajon 2-szer 24 óra után szintén staphylococcus alb. eredt meg.

A kimetszett bőrrészeket formalinba fixálva, Veszprémi tanár volt szíves megvizsgálni. A vizsgálati lelet a következő: „A kimetszett darabka felületén egészen kicsiny hámszármány van, melynek területében a Malpighi-réteg teljesen hiányzik és felületét a csupasz irha képezi. A felülethez közel igen sűrű genyesejtes beszűrődés van, a mely a kötőszövet mélyebb rétegeiben inkább elágazódó nyúlványokon folytatódik. Elég sok genyesejt található a verejtékmirigyek szomszédságában is. Ugyancsak genyesejtekkel vannak megrakva a még ép hámmal fedett szomszédos irhaszemölcsök is, a honnan a leukocytáknak elég sűrű emigrációja található a hámszövetek közé. A tág erecskében stasis. A lobos területen elég sok vérzés is van.

Gram szerint festett metszetekben staphylococcusoknak nagy csoportja található a felületesebb rétegekben és ugyancsak staphylococcusok mutathatók ki a mélyebb, de még lobos elváltozást mutató rétegekben is, egy helyen nagyobb számmal éppen az elváltozás határán.”

3. eset. T. M., 65 éves hivatalosolga azzal a panaszszal keresi fel klinikánkat 1916 február 10.-én, hogy körülbelül 10 napja penisén fájdalmas fekélye van. Utolsó coitus 6 hete. A beteg előadja, hogy két héttel ezelőtt penisén, a koronaárokban kisebb bőrhörzsolást vett észre, melyre, e vidéken népszokás, vizeletével áztatott ruhadarabbal boro-

gatásokat tett. Másnapra azonban igen erős, szúró, égető fájdalmak lettek, úgy hogy a borogatásokat kihagyta. Három nap múlva, miután fájdalmak nem szüntek, égetett timsót hintett a glans eme fájdalmas részére.

Status praesens: A glans felső felülete a koronaárokig húzódva körülbelül húszfillér nagyságú területen elhalt. E helyet egy sötét-szürkés feketés tömeg foglalja el, melynek felülete kissé ránczos, besüppedt. Tüszúrást e helyen a beteg nem érez meg. Az elhalt szövet szívósan tapad alapzatához. A környező bőr, melytől éles, alig észrevehető vékony élénkpiros demarcationalis vonal választja el, keskeny szalag módjára, kékes pirososan elszíneződött, kissé vízenyősen duzzadt, nyomásra érzékenyebb. A gangraenás szövet szívósan tapad az aljához. A csipeszszel letépett gangraenás szövet aljából vett festett készítményben bakteriumot vagy spirillumot kimutatni nem lehetett. Táptalajra való ültetésekor ugyancsak e helyről 3 steril maradt, míg egy táptalajon staphylococcus alb. aureus és streptococcus fenyészete indult meg. A gangraenás résznek az ép szövetbe való átmenetéből szövettani célra ék alakú darabot metsztünk ki, bár klinikailag is a folyamat befejezettnek látszott. Hőmérséklet normalis. A vizelet kissé zavaros. Szűrő vizeletben fehérje, cukor 0. Centrifugálva a vizeletet, kevés üledéket adott, mely mikroszkop alatt sok hámszejtnak, elszórtan egy-egy genyesejtnak és színtenyészetben bőven Gram szerint festődő coccusoknak bizonyult. A belső szervekben lényegesebb eltérést nem találtunk.

A szövettani lelet (Veszprémi tanár) a következőket adta: „A kimetszett darabka egyik végében aránylag ép laphám van, a mely a fekély felé éles határral végződik. A fekély alapjának megfelelő területen, a mely szabad szemmel szürkés-feketének látszott, nem találjuk a szokott gangraenás necrosisnak szöveti jeleit, hanem inkább úgy néz ki, mint egy pörköstett felület, a melynek legtetején néhol tömegesebben, másutt gyéren szétszórva barnás-fekete finom, szinte coccus-nagyságú szemcsék vannak. Egy helyen igen keskeny rétegben hiányzik ugyan a magfestés, ugyanitt a tág erecskében kifejezett statis, általában azonban a felületesebb részekben inkább erős szöveti zsugorodás mutatkozik, sűrűn megrakva picnotikus sejtmagvakkal. Ez alatt éles határ nélkül a kivágott rész legmélyebb rétegeiben is rendkívül sűrű genyesejtes infiltratio található, mely olyan tömeges, hogy az alap-szövetet teljesen fedi. Közöttük egy-egy duzzadt endothellel bélelt capillaris és duzzadtmagvú kötőszöveti sejtek ismerhetők fel. Bacteriumokra festett készítményekben sem a felületen, sem a gangraenának látszó részben, sem a genyes területben, valamint az ép szövet határán bacteriumok egyáltalában nem voltak kimutathatók. A genyesen infiltrált szövetben vannak ugyan gyéren szétszórta coccuszerű szemcsék, ezek azonban egyenlőtlen nagyságuk miatt és mivel gyéren vannak szétszórva, inkább magrögöknek imponálnak.”

Március 17.-én. Miután a gangraenás rész elfolyósodván, ellökődik, mint ezt előbbi eseteinkben is láttuk, tiszta, jól granuláló, körülbelül 3–4 milliméter mély sebfelület keletkezett, mely gyorsan behamosodott, úgy hogy a beteg gyógyultan távozik.

4. eset. G. J., 17 éves házileány. Felvétel 1916 március 27.-én. A beteg előadja, hogy körülbelül 10–12 nappal ezelőtt bal felkarján égető fájdalmak támadtak, melyeket pontosan egy pontra tudott lokalizálni. Azonnal orvosi tanácsért fordult, melyre hallgatva, hidegvizes borogatásokat tett. Fájdalmak azonban másnapra fokozódtak. Ekkor a felkar felső külső felületén egy bogárcsípéshez hasonló kis elváltozást vett észre, mely pír észrevehetően terjedt és vele párhuzamosan a fájdalmak is fokozódtak. Majd a piros bőrterület sötétebb színűvé vált. Orvosa tanácsára, ki most bőrvaselines fedőkötést adott, kereste fel a klinikát.

Status praesens: A bal felkar felső harmadának külső felszínén, körülbelül a m. dectoides tapadása helyének, megfelelőleg a bőr jókora gyermekenkénti területen elhalt, sötét-szürkés barnás-fekete. Felszíne kissé ránczos és az egész tömeg az ép bőr felszínéhez viszonyítva valamelyest besüppedt. Az elhalt rész határai élesek, meredek,



térképszerűen rajzoltak, úgy hogy az elváltozás felületesebb megtekintésre úgy néz ki, mintha valamely erősebb marószerezellel idéztetett volna elő. Maga az egész elhalt szövettömeg szívósan tapad az alaphoz, úgy hogy csak nehezen kisebb cszfatokban téphető le. Határai, mint említett, élesek, meredek és csak egyes helyeken lehet alávájságot észre-

venni. A környező ép bőrön feltűnőbb pathológiai elváltozást nem látunk, úgy hogy a kiskokú hyperaemia- és oedematól eltekintve, normalisnak mondhatni. Az ép bőr és az elhalt szövetrész között, mintegy határmesgyeképpen, egy élénkpiros, alig 1 1/2 mm. széles vonal, a demarcationalis vonal húzódik. A beteg fájdalmáról alig panaszkodik. Hőmérséklete normalis. Belső szervekben, idegrendszer részéről, vizeletben semmi kóros eltérést nem lehet kimutatni. A gangraenás rész aljából vett szövetczafattal végzett tenyésztési kísérlet tiszta staphylococcus tenyészetet eredményezett.

Márczius 11. A gangraenás rész, miután előbb a szélek felől ellágyult, lassanként ellökődött, tiszta, jól granuláló sebfelületet hagyva maga után, mely azután gyorsan, részben az ép hám felől, részben pedig az elhalási felületen szigetként hátramaradt hámból behámosodik. Beteg márczius 14.-én gyógyultan hagyja el a klinikát.

Eseteink kapcsán pontosan megfigyelhettük a bőr száraz gangraenájának klinikai lefolyását, mely észleletünket támogat és részben kiegészít a szövettani és bakteriologiai lelet. A klinikai képet ezek szerint a következőkben adhatjuk. A gangraena első jele a megtámadott bőr sötétebb piros, livid, cyanotikus elszíneződése, a mivel párhuzamosan intenzív égető, szúró fájdalmak lépnek fel. Míg eleinte ezen elszíneződés, valamint a kiskokú oedema is ujjnyomásunkra eltűnik, később, akkor, mikor a kékes szín lép mindinkább előtérbe, ujjnyomásra e livid elszíneződés bár halványodik, de el nem tűntethető. Rövid időre rá azután az elszíneződött bőrrészben apró, élesen körülírt pontszerű vérzéseket láthatunk, avagy esetleg az igen tág vérrel telt hajszálerek tűnhetnek elő. Kifejezett statist látunk, mely azonban nem az által jön létre, hogy a vér visszafolyása van meggátolva, hanem statis áll elő, mert az erek, azok falai mennek tönkre. A fájdalmak ilyenkor fokozódottabbak, de pontosan csak a beteg területre lokalizálja őket a beteg. A folyamat ezen szakát a megbetegedett szövet kiszáradási szaka követi. Az elhalt bőr epidermis és cutis rétegei beszáradnak; barnás-szürkések lesznek és előáll az a kép, hogy az ép bőrben mint egy szigetet látjuk ülni az elhalt részt, szürkés, feketés-barna ránczos tömegképen, mely kissé az ép bőr felszíne alá süppedt és mely masszát eltávolítani csak nehezen, erőszakkal lehet, mert szívósan tapad az alapjához. Ezzel a folyamat befejeződik, a fájdalmak megszűnnek, a beteg közérzése sokat javul, a hőmérséklet normalis lesz és megindul a regenerálódás. Pár nap múlva aztán azt látjuk, hogy a szélek felől ellágyul, kezd ellökődni és nemsokára egy jól granuláló sebfelület foglalja el a gangraenás massa helyét, mely gyorsan behámosodik és csakhamar hegesen gyógyul.

Úgy a végzett tenyésztési kísérletek, valamint a 2. eset kapcsán végzett szövettani vizsgálat kétségtelenül kimutatták, hogy az elhalási folyamatot staphylococcusok idézik elő, melyeknek behatolása nem lehetetlen, hogy a verejték-mirigyek mentén történik. Természetesen az e téren végzett vizsgálatok bizonyos nehézségekbe ütköznek, mert akkor végezve a vizsgálatot, mikor már a gangraena kifejlődött, könnyen vezethetnek ezek negatív eredményre, vagy meg téveszthetnek azáltal, hogy a gangraena secundaer úton lesz fertőzve. Kétségtelenül szokatlan, hogy staphylococcusok ily gangraenákat idézzenek elő, melyek kiterjedésüknél fogva éles, meredek szélű határuk és a környi szövetek aránytalanul kiskokú gyulladásos tüneteinek fogva a megtévesztésig utánozzák a művi úton előidézett gangraenákat. Az ezirányú irodalmat tanulmányozva, inkább a fiatalabb korban, gyerekeknel látunk hasonló elváltozásokat leírva, bár meggyőződésem, hogy több oly eset, mely hysteriás vagy spontán gangraena név alatt szerepel, szintén bacteriumok külső infectiója révén keletkezett. Hogy bizonyos körülmények között más bacteriumok is teljesen hasonló elváltozásokat idézhettek elő, azt valószínűnek tartom. A megejtett vizsgálatok ez irányban csak akkor bírnak jelentőséggel, ha a folyamat legkezdetibb stadiumában végeztetnek, mert akkor végezve őket, mikor már a gangraenás folyamat kifejezett vagy plane befejeződött, ez iránybeli vizsgálataink könnyen vezethetnek negatív vagy téves eredményre, mint ezt 3. esetünkben is látjuk. Hogy ily gangraenák létrejötténél e körököt bacteriumok virulentiája nagy szerepet játszik, nagyon valószínű. Azonban az a körülmény, hogy felnőtteken ritkán,

ellenben csecsemőkön, gyermekeken gyakrabban látjuk fellépni, arra enged következtetni, hogy a bőr ellentálló képessége is mint fontos tényező szerepel. Talán külső okok, nyomás, dörzsölés stb., melyek a bőrt bizonyos fokban izgatják, azok, melyek a behatoló virulensebb bacteriumoknak a talajt kedvezőbbé teszik, hogy aztán, együttes hatásukat kifejtve, a folyamatot előidézzék.

Közlés a budapesti cs. és kir. XVII. helyőrségi kórház belorvosi osztályáról. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos. A belorvosi osztály vezetője: Tornai József dr., egyet. magántanár.)

A lumbal punctio therapeutikai értéke traumás neurosisok különleges alakjaiban.

Írta: báró Podmaniczky Tibor dr., a kórházhoz vezényelt orvos.

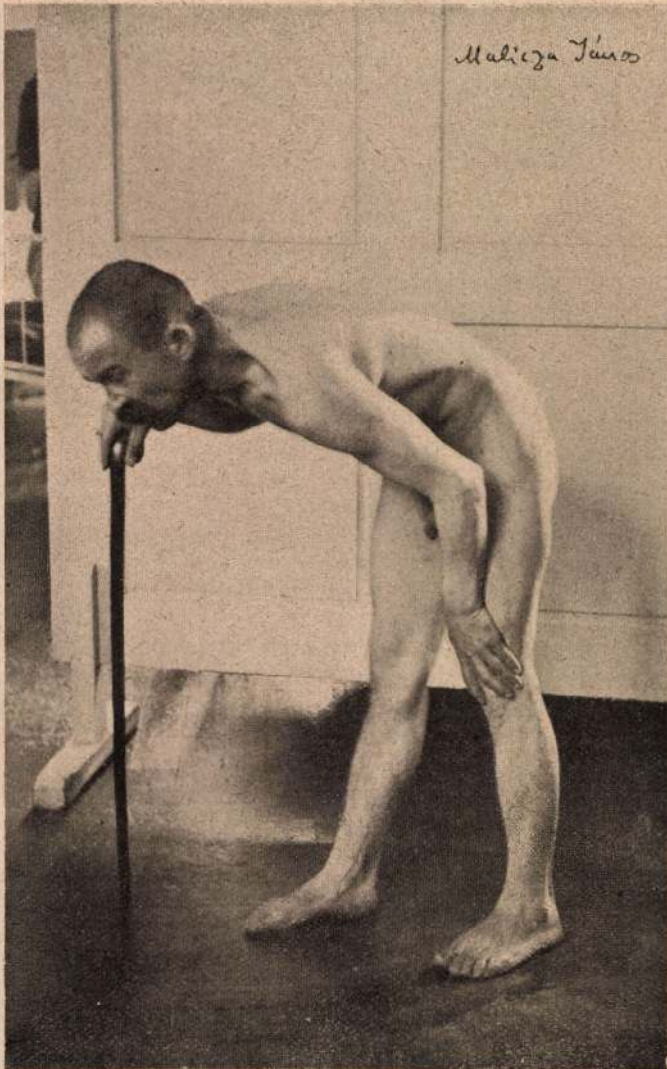
Gaupp* a hysteriásak érdekes formáját írta le. Katonákon észlelte, a kiken a betegség testi trauma következményeként jelentkezett és a kik elvesztették az egyenesen állás képességét. Az illetők csak fáradsággal, nehezen tudnak járni és derekukban fájdalmaik vannak. Az ágyban hátukon, kinyújtott lábbal fekszenek, de mihelyt felkelnek, testtartásuk megint hajlott. Ez a tartás a gerincoszlopnak megmerevedésére vagy a gerinczsigolyák összenövésének Stümpell-Marie-éle alakjára emlékeztet. Hibás diagnózisok többször előfordultak. Azokat a tüneteket, melyeket Gaupp írt le, bizonyára minden orvos ismeri, a kinek volt alkalmá háborús neurosis esetét megfigyelni. Én magam kilencz ilyen esetet figyeltem meg. Ezeknek a kórképe nagyjában megegyezik a Gaupp által leírttal. Aetiologiájuk a megszokott: betemetés lövészárokból, gránátrobbanás okozta megrázkódtatás, röpülő-bomba előidézte légnyomás stb. Valamennyi esetben meg lehetett állapítani, hogy a betegek hátát lökés, megrázkódtatás, tehát valami külső bántalom érte. A somatikus tünetek között első helyen mindig a hajlott testtartás állott, melyet azonban az ágyban fekvő vagy a falhoz állított betegnek mindenestre erős fájdalmakkal járó suggestiv megragadásával javítani lehetett. A beteg apró lépésekkel járt, térdizületét kinyújtva tartotta és járás közben rendszeren két botra támaszkodott. (Lásd az ábrát.) Az említett tüneteken kívül a szokásos érzés-zavarokat lehetett észlelni, így egyes végtagoknak, rendszeren a lábaknak analgesiaját, anaesthesiaját stb.; valamelyes beteges szervi elváltozás nem volt kimutatható. Az első ilyen esetet a háború első hónapjaiban kezeltük és suggestiv therapiával, erős fáradós áramok alkalmazásával minden nehézség nélkül meggyógyítottuk. 1915 áprilisában figyeltük azután meg az alább leírandó esetet, melynek közlését már azért is célszerűnek tartom, mert bizonyos tekintetben érdekesen világítja meg a hysteria lényegét.

Osztályomon traumás aetiologiájú submeningeális vérzéssel feküdt M. György, szakaszvezető. A beteget lumbal punctiók egymást követő sorozatával gyógyítottuk meg. (L. Podmaniczky: Einige Daten über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion etc. Berlin. klin. Woch. 1915, 35. sz.) A szomszédos ágyban egy másik katona feküdt, kin a traumás neurosis fent leírt formáját figyeltük meg és a ki látta, hogy a submeningeális vérzést mint gyógyítottuk meg lumbal punctiókkal. Röviddel bajtársa meggyógyulása után ő rajta is diagnostikai lumbal punctiót végeztem. Körülbelül 3 cm³ víztiszta liquort csapoltam le. A liquor nyomása nem tért el a rendestől. Megvizsgálása sem mutatott semmi rendkívülit. Meg kell jegyeznünk, hogy a beteggel való beszélgetés közben nem bíztattuk az eljárás gyógyító hatásával. A beteg a lumbal punctióra következő napon mindamellett kijelentette, hogy hátfájdalmai enyhültek és hogy közérzése javult, annyira, hogy jobban tudott egyenesen állani, mint előbb. A beteg állapota napról-napra javult, úgy hogy a lumbal punctiót követő hetedik napon teljesen „meggyógyultnak” tekinthettük. Az

* Gaupp: Ungewöhnliche Formen der Hysterie bei Soldaten. Münchener med. Wochenschrift, 1915, 33. sz., 1119. oldal.

objectiv vizsgálattal az alsó végtagoknak csekély hypaesthesiaján kívül normalis somatikus lelet volt megállapítható.

Okulva a leírt tapasztalatot, ezután a kényszertartásos kyphosisos traumás neurosisokat suggestióval egybekötött lumbalpunctióval kezeltem. Az eredmények, a mint várható volt, teljesen kielégítettek. Egy, legfeljebb két lumbalpunctio után a somatikus tünetek eltűntek — a beteget „gyógyultnak” tekinthettük.



A fenti kis megfigyelés közlését azért tartottam czél-szerűnek, hogy szembeszálljak azzal a tévhittel — melyet a hysteria lényegének alapos ismerete mellett sem lehetett még teljesen kiirtani —, mintha a villanyos áramnak hysteria eseteiben valami specifikus gyógyító hatása volna. Némelyek *Charcot*, *Binswanger* és mások tanításai után azt hiszik, hogy a villanyos áramnak, még pedig bizonyos fajú és határozott erejű áramnak, a hysteria úgynevezett gyógyításában valami különös gyógyító hatása van. Hogy ez nem igaz, nem kell bővebben magyaráznunk. Tudjuk, hogy a hysteriásokat nemcsak villamos árammal, hanem más therapeutikai tényezőkkel is meg lehet „gyógyítani”, így hypnosissal, erőlyes suggestióval és a mint kimutattam, lumbalpunctióval is. Tehát nem a therapeutikai eszköz a fontos, hanem az egyén, a ki él vele. Az orvos személyén kívül nagy szerepük jut természetesen a gyógyításban a külső körülményeknek is, ilyen egyebek közt: a megfelelő környezet és a betegnek a meggyógyulásába vetett biztos hite. A gyógyítás folyamatának színpadias beállítása növelheti a gyors gyógyulás czélját és így bizonyos fokig megengedhető. A túlzás azonban árt az orvosi tekintélynek és könnyen csaphat át a „csodakurák” területére. Am ez a középkor orvosi mesterkedéseire való visszaesést jelentene. A háború gazdag orvosi tapasztalatainak pedig valóban nem lehet a hivatásuk, hogy ilyen eredményre vezessenek bennünket.

Közlemény az Erzsébet királyné-sanatorium (igazgató-főorvos: Scharl Pál dr.) férfiosztályáról (oszt.-főorvos: Ország Oszkár dr.).

A hypertoniás konyhasóoldat intravenás befecskendezésének hatása a tüdővérzésre.*

Irta: Gergely Jenő dr., alorvos.

A tüdővérzés csillapításakor a symptomás eljáráson (köhögéscsillapítás, izgalomcsökkentés stb.) kívül természet-szerűen első sorban arra törekszünk, hogy magát a vérzést megszüntessük. A tüdő anatómiai és a kis vékör élettani viszonyainak ismerete, illetőleg ez utóbbiaknak elégtelen ismerete adja a magyarázatát annak, hogy ma sem ismerünk még oly gyógyszert, a melynek a tüdővérzést csillapító hatása kétségtelen volna.

Ez alkalommal azon tapasztalatokról óhajtok beszámolni, melyeket a konyhasó intravenás alkalmazásával szereztünk. A konyhasó régen ismert háziszer. *Gerhardt* és *Carnot* még az evőkanalanként való szedését ajánlotta, az utóbbi egyéb vérzés-csillapító eljárások kiegészítéseként. *Burkhardt* és *Rosenbach* a sőt bőr alá fecskendezte.

Az utóbbi évtizedben azonban elfeledték s különféle gyógyszerkészítményeket használtak a vérzés csillapítására.

Ujabbán *van der Velden* foglalkozott behatóan a só gyógyhatásával és kísérletes vizsgálatai új ismereteket eredményeztek.

Régebben a sóhatást a hasi vérerek reflexes tágulásával, a tüdőerek szűkülésével, a vér besűrűsödésével vizeknek a bélbe történt elvonása útján (*Grawitz*) és a vérnyomás csökkenésével (*Gerhardt*) magyarázták. Ezzel szemben *Velden* kimutatta, hogy 5—15 gr. sónak per os történt elfogyasztása után a vér alvadékonysága már 5 perc múlva fokozódik, s ez 15 perc után éri el maximumát. Az alvadásképeség 1 óra után ismét normalis értéket mutat. Nagyobb mennyiségű sőt felesleges fogyasztani, minthogy nem fokozza jobban az alvadásképeséget.

Velden vizsgálatai szerint az isotoniás konyhasóoldat befecskendezése hatástalan, a hypertoniás gyorsabban és nagyobb mértékben fokozza az alvadékonyság értékét. E jelenség mechanizmusát *Velden* azzal magyarázza, hogy a sóbevitel után, mint azt *Magnus*, *Grawitz* és *Benczur* vizsgálataiból is tudjuk, hydraemia áll be, melynek keletkezésekor a thrombo-kinaseban gazdag szövetnedvek a vérbe túlulnak s annak alvadékonyságát növelik. *Frey* mesterséges tüdővérzés esetében nem látta a konyhasó-injectio jótékony hatását. Kísérleteinek értékét azonban leszálítja technikájának fogyatékossága, következtetéseit másrészt az a körülmény, hogy nem tud a vér alvadékonyságának megváltozására vonatkozólag ellenbizonyítékokat felhozni.

Velden 10%-os steril konyhasóoldatból 5 cm³-t fecskendez be a vérző beteg venájába. *Blümel* és *Müller* kedvező eredményekről számol be. Utóbbi szerint az I. és II. stadiumban fibrosus folyamatú betegeken jó hatás észlelhető, kevésbé kedvező, bár gyakran elég jó a hatás ulcerosus folyamatokban. 50 esete közül 4-ben nem látott eredményt, 35 esetben azonnal, a többiben lassabban szűnt meg a vérzés.

Ez irodalmi adatok, főleg pedig vérzéscsillapító eljárásokban való szegénységünk, mely minden új eljárás megkísérletét kívánatosá teszi, arra késztetett, hogy 1913 szeptembere óta kisebb-nagyobb tüdővérzés eseteiben alkalmazzuk a hypertoniás konyhasóoldat intravenás befecskendezését. Az alábbiakban azonban csak arról a 15 esetről számolok be, amelyekben más gyógyszert előzetesen nem alkalmaztunk. Csak nagyfokú nyugtalanság esetén kaptak a betegek 1—2 gr. bromot. Az injectio a betegnek nem okozott kellemetlenséget, reactiv hőemelkedést 1 esetben láttunk.

Vizsgált eseteinkben azt tapasztaltam, hogy 10%-os konyhasóoldatnak 5 cm³-ét intravenásan alkalmazva, a vérzést sikerült megszüntetni. A nem destructiv folyamatú betegek kisebb vérzései sok esetben nem ismétlődtek. A súlyo-

* A Magyar orvosok tuberculosis-egyesületének II. nagygyűlésén tartott előadás.

sabb esetekben a konyhasó egy esetben sem szüntette meg végleg a vérzést, hanem csak 5—54 órán át tartó szünetet eredményezett. Egy esetben a konyhasó adása után nem láttunk hatást.

Ez esetekben természetesen arra is kell gondolnunk, hogy a vérzés a szervezet öngyógyító működése következtében spontán is csillapodhatott. E lehetőség ellen szól azonban az észleletek egymásnak megfelelő volta és száma.

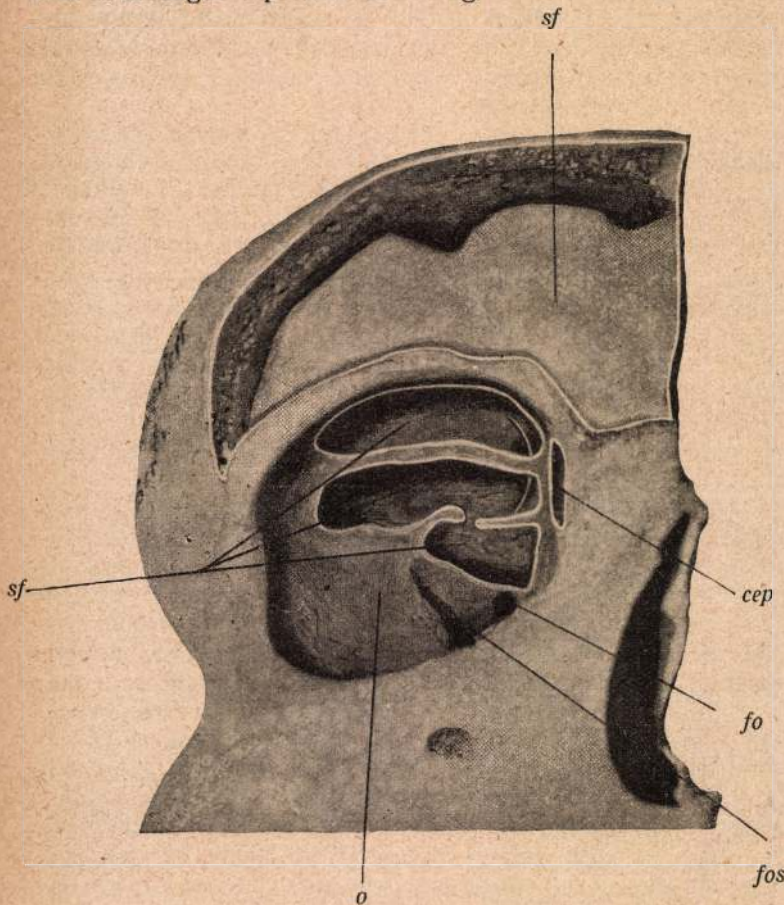
Az elmondottakból következtethető, hogy súlyos, előrehaladott stadiumú betegek tüdővérzését *Velden* eljárása nem szünteti meg teljesen. Minthogy azonban a vérzést csillapítja, egyszerű és olcsó eljárás, egyéb vérzéscsillapító módszerek kiegészítésével ajánlható, annál is inkább, minthogy gyógyszerkincsünk a tüdővérzést szüntető megbízhatóbb készítményekkel nem rendelkezik.

Irodalom. *Von der Velden*: Zeitschrift für exper. Pathologie und Therapie, VII., 1910. Münchener med. Wochenschrift, 1908. Deutsche med. Wochenschrift, 1909. — *Grawitz*: Zeitschrift für klin. Medizin, 21. és 22. kötet. — *Gerhardt*: Verh. d. XX. Kongr. für inn. Medizin — *Benczur*: Zeitschrift für klin. Medizin. — *Frey*: Zeitschrift für exper. Pathologie und Therapie, VII., 1910. — *Müller*: Beiträge zur Kl. d. Tub., 1914, XXVIII.

Az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens rhinogen és otogen bántalmairól.

Írta: *Ónodi László* dr., az egyetemi fülklinika gyakornoka.
(Vége.)

A 9. ábra egy csontkészítményen mutatja a homloküreg szomszédos viszonyát a fissura orbitalis superiorhoz, melyen át a szemidegek lépnek a szemüregbe.

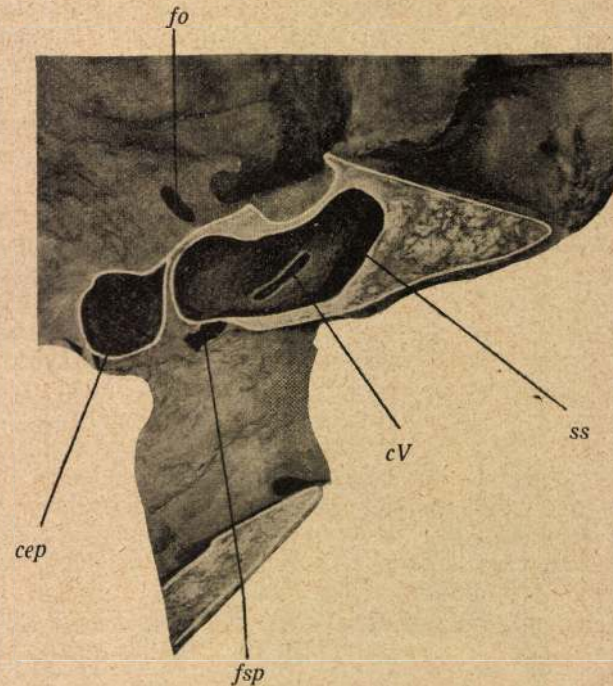


9. ábra.

Természetes nagyság. A homloküreg viszonya a felső szemgödri réshez és a látónyíláshoz. *sf* homloküreg, *cep* cellula ethmoidalis posterior, *o* orbita, *fo* foramen, *fos* fissura orbitalis superior.

A 10. ábra mutatja az ékből viszonyát a canalis Vidianushoz, melyben a nervus Vidianus halad, összeköttetésben állva a trigeminus két duczával (ganglion sphenopalatinum és ganglion oticum). Az ékből fenéknél haladó cana-

lis Vidianus kiugró papírvékonyaságú felső fala el van távolítva és jól látható a canalis lefutása az ékből alsó falán.



10. ábra.

Természetes nagyság. Az ékből viszonya a Vidian-féle csatornához. *ss* ékből, *cV* canalis Vidianus, *cep* hátsó rostasejt, *fo* foramen opticum, *tsp* foramen sphenopalatinum.

Összefoglalva tapasztalataimat, 40 formalinos és bor-szeszben megtartott készítmény közül benső viszonyt (vékony áttetsző csontfalat) az ékből és az idegtörzsek között a következő arányban észleltem:

Ékből és oculomotorius között	2-szer
„ „ trochlearis „	2-szer
„ „ trigeminus I. ága között	10-szer
„ „ „ II. ága „	7-szer
„ „ abducens között	8-szor

Ezen esetekben csak egyszer volt a viszony contralateralis, különben mindig homolateralis. Összesen 12 készítményre vonatkoznak, melyekben többnyire több idegtörzs homolateralis és egy esetben több idegtörzs contralateralis viszonyban áll az ékből.

12 csontkészítmény között a következő benső viszonyt észleltem:

Ékből és fissura orbitalis superior között	3-szor
hátsó rostasejt és fissura orbitalis superior között	2-szer
ékből és foramen rotundum között	3-szor
hátsó rostasejt és foramen rotundum között	2-szer
ékből és foramen ovale között	1-szer
homloküreg és fissura orbitalis superior között	1-szer
ékből és canalis Vidianus között	1-szer

Összesen 6 készítményre vonatkozik.

Míg a szemidegek törzseit közvetlenül érintő, felette vékony, áttetsző csontfalak a hátsó melléküregek megbetegedésénél a káros folyamat tovavezetését, a contactfertőzést és a szemidegek sérülésének keletkezését nagyon elősegítik, addig a melléküregek csekély kiterjedése a szemidegek területében, továbbá az elválasztó csontos üregfalak és csontrétegek vastagsága és tömörsége védőleg szerepelhet és a káros folyamat tovaterjedését gátolhatja. Vizsgálataimnál több készítményt láttam, hol az ékből és az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens között semminemű szomszédos viszony nem állott fenn, továbbá olyan készítményeim is vannak, hol az ékből a clivustól egy 6 egész 16 mm. vastag csonttéreg választotta el.

A rhinogen szemidegsérülések ritkább előjövételének magyarázatára tekintetbe veendő *Fuchs*³³ felvétele is, szerinte:

„Das häufige Verschontbleiben der Fasern für die Binnenmuskulatur bei peripherischen Prozessen als Folgen einer geringeren Vulnerabilität dieser Fasern anzusehen, ist im Gegensatz zu der erhöhten Vulnerabilität des papillomakulären Bündels des Sehnerven“.

A szemidegsérülések kóroktanában még fell kell említeni a daganatokat és a csonttöréseket. Magától értetődik, hogy a daganatok vagy a hátulsó melléküregektől, vagy a szomszédos részekről a szemidegek területét a középső és a hátulsó koponyaárokban, az éksont testét, a sinus cavernosust és a szemidegek kilépő helyét, a fissura orbitalis superior, a foramen rotundumot és a foramen ovalet elérhetik, körülvehetik, nyomhatják, elpusztíthatják és a szemidegek hűdését okozhatják. Éppen úgy traumák és kívülről vagy az orrüregben át hatoló lövegek a melléküregeket és a környezetében haladó szemidegeket megsérthetik és az idegtörzseknek folytonosságukban való megszakítását okozhatják. A szemidegek területében levő csontok törzsét illetően a cerebralis melléküregfalak alkotásának szerep jut, a mennyiben a vékony csontfal a törést elősegítheti, a vastag, tömör csontfal a törést megnehezítheti vagy meggátolhatja. Az érpályákon át közvetlen vagy közvetett fertőzést már említettem, mely a szemidegek lefutásának területénél az idegtörzseket érinti. Végül még megemlíteném a gyulladásoknál és a daganatoknál fejlődő, a szemidegek rostjaira károsan beható toxinok.

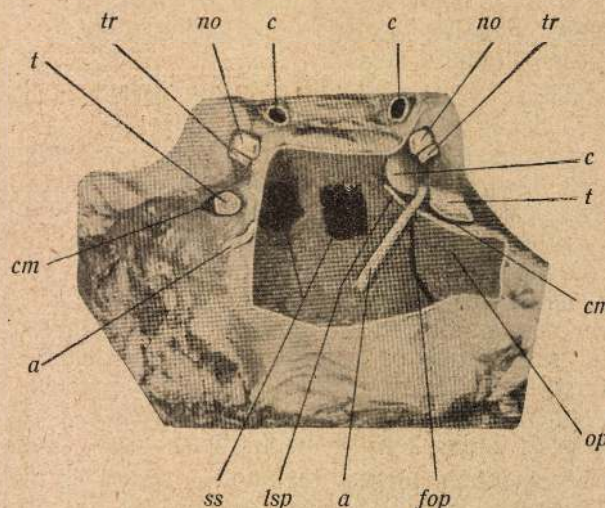
Az otogen szemidegsérüléseket illetően többnyire a fülbántalmak következményes jelenségeit észlelték. A közvetett otogen szemidegsérülések az említett szomszédos viszonyoknál fogva a halántékcsonst és az erek közvetítésével az agyhártyák és a koponyaüregek gyűjtőeres öbleinek gyuladása folyamán keletkezhetnek. Közvetlen szomszédos viszonyban a hallószervvel csupán az arcideg áll a Fallop-féle csatornában és pedig a ganglion geniculí, mely a secretorius beidegzéssel áll összefüggésben. Goldzieher³⁴ megállapította, hogy arcideghűdés eseteiben a könnyelválasztás megszűnhetik. Köster³⁵ és mások bebizonyították, hogy a könnyelválasztás zavara a secretorius idegrostok sérülésével függ össze, melyek az arcideg törzsét a ganglion geniculin át elhagyják és a nervus petrosus superficialis major útján a ganglion sphenopalatinumhoz mennek, hogy onnan a második és harmadik trigeminuság közvetítésével a könnymirigyhez jussanak. Arloing, Laffay és Römer³⁶ felveszik, hogy valószínűleg az erek útján is a sympathicus elválasztást gátló rostokat küld a könnymirigyhez. A ganglion geniculí területe a hallószerv kóros folyamatai által közvetlenül sérülhet s így ezek a könnymirigy elválasztásának zavarához vezethetnek; ilyen zavarokat intracranialis folyamatok is okozhatnak, melyek az arcideg törzsét a sziklacsontba való belépéséig érintik, míg az arcideg magvának sérülései a nyúltvelőben a könnyelválasztást érintetlenül hagyják, a mi egy más eredetre, valószínűleg a glossopharyngeusra enged következtetni.

A lobos folyamat tovaterjedése a sziklacsontra és a gyűjtőeres öblökre, valamint a sziklacsont elsődleges megbetegedése, ha a sziklacsont csúcsára szorítkozik, a szemideget érintheti. Így genyes középfülgyulladás tovaterjedését Tröltzsch, Ostmann, Hilgermann³⁷ észlelte. A Gasser-féle ducz említett helyzete az impressio trigeminiben közel a sziklacsont csúcsához megmagyarázza a trigeminus könnyű sérülését a sziklacsont közvetlen és közvetett megbetegedésekor. Így Scotti³⁸ esés után és a hallójárat sequesterének eltávolodása után észlelte a bal Gasser-ducz sérülését a sziklacsont nekrotikus megbetegedése folytán. Bircher³⁹ a sinus transversus, sinus petrosus inferior és a sinus cavernosus phlebitisénél, hol a geny a sziklacsont csúcsáig hatolt, az oculomotorius hűdését és a trigeminus ingerlését észlelte, melyek a műtét beavatkozása után megszűntek. Hilgermann két esetben látta a Gasser-ducznak a sinus cavernosus által okozott sérülését. Jansen⁴⁰ és mások a koponyaüregek gyűjtőeres öbleinek phlebitisénél és thrombosisánál az oculomotorius, trochlearis és abducens sérülését észlelték. Nolthenius⁴¹ egy esetében abducenshűdésnél a bonczolat a sziklacsont nekro-

sisát mutatta. Sikkel⁴² otitis mediánál a Gasser-féle ducz ingerlése folytán trigeminusneuralgiát észlelt. Sargnon két esetben a halántékcsonst cariesénél agytünetekkel és a sinus cavernosus külső falának megbetegedésével az oculomotorius teljes hűdését észlelte. Lapersonne⁴³ otitis esetében észlelte a trochlearis hűdését. Wadsworth,⁴⁴ Michel⁴⁵ és mások genyes otorrhoeáknál időszakos, recidiváló oculomotoriushűdéseket észleltek. Michel esetében az időszakos oculomotoriushűdés eltűnt, a mint nagyobb genymennyiség ürült ki. Wadsworth ezen klinikai képet az oculomotorius területében a dura mater lobos elváltozásából magyarázza meg. Eversbusch⁴⁶ nyitva hagyja azt a kérdést, vajon itt otogen neuritikus elváltozásról, vagy toxikus lobról van szó. A lobos folyamat tovaterjedése mellett az idegrostokra való tisztán toxikus hatás sem vonható kétségbe.

Chierci⁴⁷ genyes otitis mediánál az abducens recidiváló hűdését is észlelte, mely a megkönnyített genykiürülésnél pontosan megszűnt és két ízben újra beállott. Dorello⁴⁸ és Baldenweck⁴⁹ az abducens közvetett otogen sérülését bonczatani alapon kísérelte megmagyarázni. Dorello hangsúlyozza a közvetlen vonatkozásokat a dobüreg gyűjtőerei és a sinus petrosus inferior között. Baldenweck megemlíti a dobüreg elülső falának veleszületett csonthiányait, leírja az abducens közelebbi viszonyát a sziklacsont csúcsához, mellyel egy erős kötőszöveti hüvely köti össze, melyet még a ligamentum petrosphenoidale erősít meg. Az abducens közvetlenül a sziklacsont széle felett a sinus cavernosusba mélyed. Dorello leír egy keskeny rést, melyben az abducens a sinus petrosus inferiorral halad, ezen rést lobos folyamatok könnyen megszükhethetik és az idegtörzset összenyomhatják.

Bonczatani vizsgálataim ugyanezen eredményhez vezettek. A 11. ábra az abducens viszonyát érzékíti a sziklacsont csúcsához, a ligamentum sphenopetrosumhoz és a dura materhez.



11. ábra.

Természetes nagyság. ss éksont, a abducens, t trigeminus, cm cavum Meckelii, tr trochlearis, no oculomotorius, c carotis interna, lsp ligamentum sphenopetrosum, fop fissura occipito-petrosa.

A készítményen a clivusból és a sziklacsont hátsó felszínéről egy rész el lett távolítva, látható a fissura occipito-petrosa, hol a sinus petrosus inferior halad, a trigeminusnak a cavum Meckelii-be való belépése, az abducens belépése a sinus cavernosusba és a szemidegek törzsei.

Klinikai észleletek otoocularis reflexekről számoltak be és a genyes középfülgyulladásnál az abducens hűdése is mint reflexhűdés, a nervus vestibularis útján mint reflektoriális idegmaghűdés magyaráztatt. Így Verdos⁵⁰ hallózárvart és diplopiát észlelt, melyek a fülzúrcsap eltávolítása után megszűntek. Chimanszky⁵¹ otitis externa diffúzában abducenshűdést látott, Gellé⁵² mydriasiszt észlelt a dobüreg polypjának eltávolítása után és Bonnier⁵³ néhány óráig tartó látózárvart észlelt egy fülzúrcsap kifecskendezése után.

Genyes középfülgyulladásnál gyakran észlelték az abducens hűdését, néha állandó jelleggel, így *Krepuska* is észlelt egy állandó otogen abducenshűdést, mely genyes középfülgyulladás és mastoiditis műtéttel gyógyult esetében nem tűnt el. *Perkins*⁶⁴ már száz esetről referál, melyeknél az esetek egy negyedében az abducenshűdés mint postoperatív jelenség lépett fel és az esetek felében a *Gasser-féle* ducz is érintve volt. *Gradenigo*⁵⁵ a genyes otitis media tüneteit frontoparietalis fejfájással és abducenshűdéssel mint jellegzetes kórképet fogja fel és a *Gasser-féle* ducz és az abducens sérülését a lobos folyamat tovaterjedéséből a sziklacsont csúcsára magyarázza a peritubaris pneumatikus üregek és a canalis caroticus útján, tehát a sziklacsont csúcsának ostitis és egy megfelelő körülírt meningitis által.

*Alt*⁵⁶ kóroktani alapon az otogen abducenshűdés következő alakjait állítja fel:

1. Reflexes hűdés a nervus vestibularis útján.
2. Fertőzéses neuritisen alapuló hűdés.
3. A genyes középfülgyulladás tovavezetése a canalis caroticus gyűjtőerein át a sinus cavernosusra.
4. A sziklacsont mélyebb megbetegedése a sziklacsont csúcsán helyi meningitissel.
5. Otogen diffus meningitis.
6. Extraduralis tályogok.

A legtöbb szerző az otogen abducenshűdés leggyakoribb okának a sziklacsont csúcsának körülírt meningitisét tekinti. Egyes szerzők, mint *Tommaise*,⁵⁷ *Geronzi*,⁵⁸ *Baldenweck*,⁵⁹ *Lannoix* és *Perrière*⁶⁰ toxikus neuritist vesznek fel. A hol labyrinthtünetek vannak, reflexes hűdést is vesznek fel. *Neumann*⁶¹ hangsúlyozza, hogy már csekély labyrinthingerek szemizomzavarokat idéznek elő, a vestibularis készülék a reflexiv centripetalis része, melynek centrifugális részét egy szemizom teszi. Extraduralis és perisinuosus tályogok is állapítottak meg, melyek az abducensre nyomást gyakoroltak. A kevés számú bonczlelet a sziklacsont megbetegedését állapította meg.

Az otogen abducenshűdés közlött eseteiben majdnem mindig a beteg oldalon volt jelen egyoldalú abducenshűdés, egyes esetekben kontralateralis abducenshűdés is észleltetett. Így *Mounier*⁶² egyoldali otitisnél mindkét oldalon abducenshűdést, *Fuzet*⁶³ baloldali otitisnél jobboldali abducenshűdést, *Collinet*⁶⁴ és *Quadri*⁶⁵ is ellenoldali abducenshűdést észlelt. Az otogen kontralateralis abducenshűdés kóroktana nincsen felderítve. Végül még megemlítendő az otogen nystagmus és az otogen pupillakülönbözet. *Gradenigo*⁶⁶ a labyrinth sérülésénél és intracranialis szövödményeknél a nystagmust az ívjáratok ingerlésére és a pedunculus cerebellaris superior elválkozására, a pupillakülönbözetet labyrinthgyenedésre és latens körülírt meningitisre vezeti vissza.

A kóroktanban otogen meningitis serosa és agytályogoknál szerepet játszik a nyomásfokozódás is. *Brieger*⁶⁷ esetében otogen meningitis serosánál a nyomásfokozódás okozta az abducenshűdést, mely egy lumbal punctio után megszűnt. A nyomásfokozódás mellett toxikus behatások is előfordulhatnak agytályogoknál és *Körner*⁶⁸ szerint meningitis serosánál is, így a halántéklebeny otogen tályogainál az oculomotorius és az abducens hűdése, továbbá otogen kisagytályogoknál az abducens hűdése észleltetett. *Lombard*⁶⁹ hangsúlyozza, hogy genyes otitis mediánál intracranialis gyengyülem egyéb tüneteivel az oculomotoriushűdés nagyagytályog, az abducenshűdés kisagytályog mellett szól. *Barker* és *Röpke*⁷⁰ a halántéklebeny otogen tályogjánál trigeminusneuralgiát észlelték a *Gasser-féle* duczra történt nyomás folytán.

Mint ismeretes, a halántékcsontról és a koponyaárok gümős és bujakóros folyamatai az idegtörzseket sérthetik. Az ékcsontról, sziklacsont, koponyaalap és az agyvelő daganatai úgy a szemidegeket, mint kiterjedésük szerint a többi agyideget is érintetik. Továbbá a különböző traumás behatások, a koponya-alapi törések és a lő sérülések az idegtörzsek sérülését és folytonosságukban való megszakítását okozhatják. Végezetül fogó-műtéteknél az abducens és a facialis sérülése észleltetett,

valamint az oculomotorius, trochlearis, trigeminus, abducens és facialis veleszületett hiánya is.

Dolgozatomban az ékőből viszonyairól az oculomotorius, trochlearis, trigeminus és abducens törzseihez megjelént 1912-ben az Orvosi Hetilapban, továbbá az Archiv für Laryngologie 26. kötete 2. füzetében 1912-ben. Ugyanezen tárgyról később *Greenfield Sluder* részéről is megjelént egy dolgozat az Archiv f. Laryngologie 27. kötete 3. füzetében 1913.-ban, továbbá egy rövid kiegészítés a 28. kötet 1. füzetében 1913.-ban. *Greenfield Sluder* vizsgálatai harántmetszeten mutatták, hogy az oculomotorius, trochlearis, a trigeminus három ága, az abducens és a nervus vidianus gyakran szoros viszonyban áll az ékőbőllel. Második közleményében felemlíti *Warren B. Davis* vizsgálatait, melyek szerint: „die Keilbeinhöhle bereits im frühen Alter sich nach der Seite zu ausdehnt und in nächste Nähe des II. Trigeminusastes kommt und dass dieses Verhältnis fast konstant durch die Serien hindurchgeht. Ihre Entwicklung (*Davis*) beginnt am vorderen seitlichen Teil des Keilbeinkörpers und breitet sich langsam nach rückwärts aus. Dagegen dehnt sie sich schnell nach der Seite zu aus, bis sie sich dem Foramen rotundum nähert und verbreitet sich dann nach rückwärts fort. Mit dem 6. Lebensjahr kann sie sich dem Canalis vidianus angenähert haben.“ *Sluder* főfájásánál és a trigeminus neuralgiánál kedvező gyógytani befolyásáról is tesz közlést az ékőből gyógyszeres kezelésével. Ezen érdekes gyógytani kísérletek összefüggésben állanak a boncztani tényekkel és bizonyára más oldalról is vizsgálat tárgyát fogják alkotni.

Irodalom. ¹ *L. Ónodi*: Orvosi Hetilap 1912, Archiv f. Laryngol. 1912, 26. köt., 2. füz. — ² *Zuckerlandl*: Anatomie d. Nasenhöhle, 1893. — ³ *Spee*: Bardelebens Handbuch der Anatomie. 1896. — ⁴ *A. Ónodi*: Archiv f. Laryngologie. 15. kötet, 1. füzet. — ⁵ *Krebs*: Therap. Monatshefte. 9. szám. — ⁶ *J. A. Thomson*: The Laryngoscop. 15. kötet, 1. füzet. — ⁷ *Hoffmann*: Orbitale Komplikationen etc. Handb. d. Chir. d. oberen Luftwege etc. 1912, 3. kötet. — ⁸ *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde* etc. 1904. — ⁹ *Schröder*: 1. c. — ¹⁰ *Hoffmann*: Verh. der deutschen otol. Gesellsch. Dresden, 1897. — ¹¹ *Lapersonne*: Archives d'Ophtalm. 1898. — ¹² *Halász*: Orvosi Hetilap, 1904. — ¹³ *Stanculeanu*: Rapport anat. et pathol. entre le sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire. Paris, 1902. — ¹⁴ *Schmiegelow*: Soc. Danoise d'oto-rhino-laryng. 1904. — ¹⁵ *Baumgarten*: Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1906. — ¹⁶ *Ziem*: Arch. intern. de lar. etc. 1909. — ¹⁷ *Knapp*: Amer. Journ. of med. sciences 1909. — ¹⁸ *Panas*: Progrès médical 1890. — ¹⁹ *Mahu*, *Stanculeanu*: 1. c. — ²⁰ *Richter*: Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1903. — ²¹ *Grünwald*: Archiv f. Laryngologie 12. kötet 3. füzet. — ²² *Finlag*: Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. 1905. — ²³ *Fish*: A study of 36 consecutive cases of optic nerves etc. British Medical Association. Exeter. — ²⁴ *Bérard*, *Sargnon* et *Bessière*: Arch. intern. de Laryng. etc. 1913, Tome XXXVI. ^{24a} Intern. Zentralblatt für Laryngologie etc. 1916. — ²⁵ *Panas*: 1. c. — ²⁶ *Rouge*, *Dreyfus*: Gehirn und Naseneiter. 1896. — ²⁷ *Schäfer*, *A. Ónodi*: Internat. Laryngorhinolog. Kongress Wien, 1908. — ²⁸ *Moreau*: Thèse de Lyon 1905. — ²⁹ *Hajek*: Pathol. u. Therap. d. entz. Erkrank. d. Nebenh. d. Nase 1909. — ³⁰ *Schröder*: Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1909, 53. kötet. — ³¹ *Pauz*: Arch. f. Augenheilk. 52. kötet. — ³² *L. Ónodi*: 1. c. — ³³ *Fuchs*: Lehrb. d. Augenheilk. 1903. — ³⁴ *Goldzieher*: Arch. f. Augenheilk. 1903. — ³⁵ *Köster*: Pflügers Arch. f. Physiol. 89. kötet. — ³⁶ *Kömer*: Lehrbuch f. Augenheilk. 1912. — ³⁷ *Hilgermann*: Zeitschrift f. Ohrenheilk. 1901. — ³⁸ *Scotti*: Eversbusch 1. c. — ³⁹ *Bircher*: Eversbusch 1. c. — ⁴⁰ *Jansen*: Eversbusch 1. c. — ⁴¹ *Revue hebdom.* de laryng. etc. 1905. — ⁴² Intern. Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1905. — ⁴³ *Lapersonne*: Société française d'ophthalmologie. 1907. — ⁴⁴ *Wadsworth*: Lancet 1885. — ⁴⁵ *Michel*: Lehrbuch der Augenheilk. 1890. — ⁴⁶ *Eversbusch*: Graefes-Saemisch Handbuch, 1903. — ⁴⁷ Internat. Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1907. — ⁴⁸ Internat. Zentralblatt f. Ohrenheilk. Schwarzkopf 1907 és 1910. — ⁴⁹ Internat. Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1909, Thèse de Paris 1908. — ⁵⁰ *Lombard*: Int. med. Congr. 1908, Otologie. — ⁵¹ *Lombard*: Int. med. Congr. 1908, Otologie. — ⁵² *Lombard*: Int. med. Congr. 1908, Otologie. — ⁵³ *Lombard*: Int. med. Congr. 1908, Otologie. — ⁵⁴ Internat. Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1911, Annals of Otol. etc. 1910. — ⁵⁵ Internat. Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1905, 1908. — ⁵⁶ Monatsschr. f. Ohrenheilk. 40. évfolyam. — ⁵⁷ Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1907. — ⁵⁸ Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1906. — ⁵⁹ Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1. c. — ⁶⁰ Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1907. — ⁶¹ Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1905. — ⁶² Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1910. — ⁶³ Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1909, Annal. des. mal. d'oreille etc. 1908. — ⁶⁴ Zentralblatt f. Ohrenheilk. 1909, Bullet de Laryng. 1907. — ⁶⁵ Zentralblatt f. Ohrenheilk. Revue hebdom. de laryng. 1908. — ⁶⁶ 1. c. — ⁶⁷ *Brieger*: Eversbusch 1. c. — ⁶⁸ *Körner*: Die otische Erkrankung des Hirns etc. 1902. — ⁶⁹ Internat. med. Kongress 1908, Otologie. — ⁷⁰ *Röpke*: Eversbusch 1. c.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A budapesti könyvtárakba és intézetekbe járó természettudományi, orvosi és mezőgazdasági folyóiratok jegyzéke. Összeállították: *Kőrösy Kornél* és *Lenhossék Mihály*. Kiadja a m. kir. vallás- és közoktatásügyi ministerium. Budapest, 1916, Kilian Frigyes egyetemi könyvkereskedő bizománya. Ára 2 korona 50 fillér.

A néhány hét előtt megjelent jegyzék egy tervbevetett nagyobb könyvtári actio első lépése, a mely actiónak célja, hogy minden szükséges természettudományi, orvosi és mezőgazdasági folyóirat Budapesten legalább egy könyvtárban megtalálható legyen. Addig is, a míg ezen mindenestre fontos szükségletet kielégítő cél megvalósítható lesz, az előttünk fekvő, csak ideiglenesnek szánt jegyzék összeállításával is régóta érzett hiány van pótolva, mert most már könnyen tájékozódhatik mindenki, hogy a címiben jelzett szakokba tartozó folyóiratok közül melyeket és hol találhatja meg Budapesten, de másfelől most már könnyebben tekinthető át, hogy melyek a hiányzó és beszerzendő folyóiratok. Az összeállítás szakok szerint történt, a mi azért is célszerű, mert ilyen módon a ki olyan kérdéssel akar tájékozódni, a melynek irodalmában nem teljesen otthonos, megtudhatja, hogy mely folyóiratokat vegye figyelembe. A másik, betűrendes jegyzék kiadása csak költségkímélés szempontjából maradt el egyelőre. A nagy tudással és lelkiismeretes pontossággal készült jegyzékért hálás elismerés illeti meg az összeállítókat, nemkülönben a vallás- és közoktatásügyi ministeriumot, a mely a kiadását lehetővé tette.

Lapszemle.

Belorvostan.

Typhus exanthematicusban *Brauer* szerint a kiütés elhaloványodása vagy eltűnése után a már láztalanra vált beteg bőrén, különösen a hasbőrén sajátos jelenség, az úgynevezett radirgummi-tünet észlelhető, a mely abban áll, hogy ujjunk kúpját végighúzva a bőrön, e húzás helyén vörös alapon fehér pikkelyecskék válnak láthatóvá; olyasfélék ezek, mint a radirozás után a papíron visszamaradó gummirészecskék. A nevezett szerző nagy jelentőséget tulajdonít e tünetnek a typhus exanthematicus diagnosztikájában. *Pichler*, a klagenfurtti országos kórház főorvosa azonban újabban azt állítja, hogy e tünet nem jellemző typhus exanthematicusra, mert például typhus abdominalisban szenvedők egész során is észlelte, sőt egy terhességi hányásban szenvedő, teljesen láztalan fiatal nőn is „feltűnő szépségben” megvolt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 27. sz.)

Sebészet.

A gázphlegmone pathogenesisére vonatkozó esetet közöl *Hanasiewicz* törzsorvos. A szerző egy betegének bal cymbáját gázphlegmone miatt amputálta. A műtét alatti jelentékeny vérvesztéséget autotransfúzióval csökkentette oly módon, hogy az egész jobb lábat gummipólyával vette körül. Erre a jobb lábón is gázphlegmone keletkezett, még pedig már a műtétet követő napon. A szerző ezt úgy magyarázza, hogy a mesterségesen akadályozott oxygendús véráramlás folytán az előzőleg egészséges jobb láb ellenállóképessége olyanira csökkent, hogy a vérárammal odajutó gázphlegmonebakteriumok benne, mint alkalmas talajban megtelepedhettek. A beteg a műtét utáni 2. napon meghalt. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 28. sz.) M.

Bőrkórtan.

Az onychogryphosis és a köröm alatti hyperkeratosis aetiologiáját vizsgálta *M. Schleicher* (Wien). A pangásos bőrbajok és bizonyos körömváltozások közötti összefüggésről már néhány év előtt *Nobl* számolt be „Der vari-

köse Symptomenkomplex” című monographiájában. A szerző ezen az alapon haladt tovább, feldolgozva *Nobl* beteganyagát. A lábujjkörömök sajátságos eltorzulásával és megvastagodásával már az ókor orvosi írásaiban találkozunk. *Virchow*, *Hebra* s *Unna* lényegben a körömágy hyperkeratosisos folyamatában kereste a baj okát. A szerző szerint az ok gyakran a cipő szorító hatása, olykor azonban bizonyos idegrendszeri betegségek is (tabes, myelitis) szerepelhetnek. A pangásos hyperaemiára voltaképpen *Heller* figyelmeztetett először. A szerző *Nobl* előzetes tapasztalására támaszkodva varixokban szenvedő 53 nő lábait vizsgálta. Az 53 eset közül 43-ban, azaz 81%-ban a körömök kóros elváltozását találta. A körömváltozások 90%-ában a betegek semmi más anamnesises adattal nem szolgálhattak, mint azzal, hogy a lábszárakon fejlődő értágulásokkal karöltve fejlődött a körömök megvastagodása, illetőleg karomszerű, szarvszerű eltorzulása. Ezek az adatok igen valószínűvé teszik azt a felvételt, hogy a körömök szóban forgó elváltozásai állandó időszűlt pangásos viszonyok eredményei. A pangás következtében a bőr táplálkozási viszonyai hiányosak s ez vezet a körömd degenerációra. A pangás okozta körömváltozások alighanem legtöbbször a lábszárak varixos tünetcsoportjára vezethetők vissza, de bizonyos, hogy előfordulnak bizonyos tüdőbajok folyamán (phthisis) is, a hol a distalisan fekvő körömpercekben már régen leírtak kóros körömváltozásokat, a melyeket *Heller* ugyancsak pangásra vezet vissza. Mindenesetre valószínű *Schleicher*-nek összeállításából, hogy az onychogryphosisok és körömalatti hyperkeratosisek csak ritkán „idiopathiás” jellegűek s hogy inkább közös alapon — pangásos folyamaton — alapszanak. (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 29. sz.)

Guszman.

Venereás betegségek.

A nemi betegségek elleni angol állami bizottság legújabb jelentését ismerteti *A. Kaufmann*. A bizottságot 1913-ban nevezte ki az angol kormány; tagjai orvosok, politikusok és papok. Feladata, hogy egyrészt összegyűjtsön minden adatot, mely a nemi bajok terjedését megvilágítja, másrészt pedig hogy megállapítsa mindazokat a szükséges intézkedéseket és tennivalókat, melyek a nemi betegségek csökkentésére vezethetnek. A bizottság jelentése 1916 márczius havában jelent meg, tehát már a háború idejére is kiterjeszkedik. A bizottság megállapítja, hogy a háború alatt a nemi bajok jelentékenyen szaporodtak úgy a katonák, mint a polgári lakosok körében. A tárgyalások sorából kimaradt a prostituált nők kényszervizsgálatának kérdése, mert azt a rendőri ellenőrzéssel együttesen már 1886-ban végleg eltörölték. Gondos tárgyalás alá került a nemi betegségek elterjedésének kérdése. Pontos adatok azonban csakis a katonaságra és a haditengerészetre vonatkozóan vannak. A kórházi, polgári hatósági és magánorvosi adatok igen megbízhatatlannak bizonyultak. Oly halálesetekben, a melyekben az alap-ok a syphilis, az orvosok a hozzátartozókra való tekintetből egészen pontosan adatokat szolgáltatnak a bejelentő lapon. A bizottság szükségesnek tartja, hogy a halálesetek orvosi bejelentése egyenesen a hatóságok kezéhez jusson titkos okirat alakjában. Teljesen hasznavehetetlennek látszik a bizottságnak az az adata, hogy 1910-ben Angliában és Walesben egy millióra csak 46 ember halt el syphilis következtében. Egyébként megállapítja, hogy a syphilis Angliában is főként „városi betegség”, a syphilisben elpusztult gyermekek száma faluhelyen csak felannyi, mint a városokban. A törvénytelen gyermekek közül 8—10-szer több pusztult el syphilisben, mint a törvényesek közül. A tengerészet legénysége között 1905-ben 1000 emberre 48-92 syphilis esett, 1912-ben csak 28-93. Tehát javulás állott be; ez a javulás a kankóra nézve nem mutatható ki. A hadseregben is erős javulás mutatkozott az utolsó években a nemi betegségek szempontjából. 1888-ban 1000 emberre 224-5 infectio esett, ezzel szemben 1912-ben már csak 56-5. A nemi betegségek fele syphilis volt. A fegyintézetekben a fegyenczek 1704%-ában a syphilis biztos jelei voltak kimutathatók.

Angliában és Walesben a syphilises egyének intézeti kezelése évenként 150.000 fontot nyel el. A syphilis elleni küzdelem egyik legfontosabb tényezője kétségtelenül a korai diagnózis megállapítása. Fontos ezért az orvoshallgatók alapos oktatása s az orvosok továbbképzése. A gyógykezelés dolgában a bizottság a kombinált kéneső-arsenkezelésben állapodik meg. A nemi bajok kötelező bejelentését a bizottság nem kívánja, mert véleménye szerint a betegek akkor eltitkolnák betegségüket s nem orvoshoz, hanem kuruzslóhoz fordulnának. Kíváncsús ellenben, hogy a fegyenczek, ha nemi bajok, addig tartassanak vissza, míg betegségük már nem ragályos természetű. Katonák és haditengerészek ugyancsak tovább kezelendők, ha szolgálati idejük lejár, de ez a kötelező kezelés már nem a katonaságnál, hanem valamilyen kórházban történjék. A bizottság szükségesnek találja, hogy az orvos büntetlenül tárhassa fel a helyzetet az érdekeltek előtt, ha valamely syphilises betege tanácsa ellenére házasságot ohajt kötni. Szintúgy kívánja, hogy az egyik házastárs venerás betegsége váljon legyen. Feltűnő, hogy az ismert prophylacticumokról a bizottság egy szóval sem tesz említést. (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 24. szám.)

Guszman.

Psychologia.

A több rétegben átlátszóan sorakozó képeket képekről értekezik Kollarits Jenő. Ezek a képek analógiákat mutatnak a gyermekek rajzkisérleteivel, a primitív ember rajzaival, német túlmodern művészi törekvésekkel, álomképekkel és hallucinációkkal. Azt szokás mondani, hogy a gyermek nem azt rajzolja, a mit lát, hanem lerajzol mindent, a mit tud. Ez igaz, de ez nem a teljes igazság, mert az emlékezetből rajzoló gyermek képzeti látott képeket másol. Ezeken pedig megvan például a lovasnak mind a két lába, az is, a mely a ló teste mögött van. Némely túlmodern művész rajza is ide tartozik. A ki ilyeneket fest, még mindig nem tér el a természet utánzásától, mert ha nem is a valóságban létező tárgyakat ábrázol, mégis a valóságban létező képzeti képeket ad vissza. Psychologiailag ez az irány nem ítélhető el, a mi azonban a művészi értéktől vagy értéktelenségtől független. Az álom is több képet kombinál egymáson keresztül, például a davosi völgyet a Dunával, Kairót Budapesttel. Az álomban az álomra jellemző nem teljes öntudat kritikátlanul fogadja ezt, például a Duna nem zavarja meg azt, hogy Davosban tudjuk magunkat. De felébredve rögtön észrevesszük ezt. (Journal für Psychologie und Neurologie, 1916.)

Autoreferat.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Köszvény és idősebb izületgyulladások ellen a müncheni egyetemi poliklinikán biztató eredménnyel járt kísérleteket végzett Heilner porcz-kivonattal, a melyet egyszer vagy hosszabb időközökben többször is fecskendezett be a betegekbe intravenásan 2 cm³ mennyiségben. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 28. sz.)

Scarlatina ellen prophylacticum gyanánt Lossen szerint kísérlet tehető a jodnatriummal. A 10:200 oldatból naponként 3-szor veendő be kávéskanálnyi egy héten át. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 28. sz.)

Syphilis eseteiben O. Sachs docens biztató eredményű kísérleteket végzett urotropinnal. 1—3 gr.-ot 4 cm³ destillált és sterilizált vízben oldva 2—3 naponként fecskendezett be. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 32. sz.)

Fehérje kimutatására a vizeletben Edelman a resorcint ajánlja: Késhegynyi feloldandó belőle kevés vízben és ezt néhány köbcentimeter vizelettel érintkezésbe hozzuk; fehérje jelenlétében az érintkezés határán fehér gyűrű keletkezik. Cseppenként is adhatjuk a vizelethez a resorcin oldatát, a mikor is többé-kevésbé erős zavarodás keletkezik. A próba érzékenyebb, mint a ferrumcyanáli- és a sulfosalicylsav-próba. (Wiener klinische Wochenschrift, 1916, 28. szám.)

A chlorosan chlorophyll összeköttetése vassal. Burgi tanár vizsgálatai szerint a chlorophyll vértképző hatása; ezen hatása tetemesen fokozódik vas hozzáadására. Nemcsak vérszegénység, hanem általános gyengeség (szív- és tüdőbetegségek) eseteiben is kitűnő hatású erősítő szer a chlorosan. (Schweiz. Korrespondenzblatt, 1916, 15. sz.)

Asthma nervosum gyógyítására Neuschäfer a praevalidint (kámfort, perubalzsamot, eucalyptus-olajat és hydrogen-superoxydot tartalmazó lanolinos kenőcs) ajánlja. Öt napon át végeztet naponként egy-egy bedörzsölést, még pedig az eredeti tubus tartalmának egyötödével a következő sorrendben: hát jobboldala, hát baloldala, mell jobboldala, mell baloldala, két kar. A bedörzsölésnek gyorsan és erősen kell történnie, míg a kenőcs teljesen eltűnt. 5 bedörzsölés után 2—3 nap szünet tartandó, majd szappanos fürdő után ismét 5 napig kenés stb., a míg a légzés tisztán vesiculosus lesz. (Medizinische Klinik, 1916, 30. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 34. szám. Ferenczi Sándor: Hasonlatok analýsise. Liszt Nándor: A tabes-betegek fájdalmairól.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 34. szám. Mező Béla: Megszokott gyógyszer okozta hólyagtenesmus különös esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Kocsis Elemér dr. központi főorvost az állami munkásbiztosítási tanács rendes tagjává, ifj. Imre József egyetemi magántanárt pedig e tanács rendkívüli tagjává nevezte ki a kereskedelemügyi miniszter. — Hermann Károly dr.-t Szabadka város tisztviselőjévé nevezték ki.

Meghalt. Czirer Elek dr., Pécs város tisztviselő főorvosa, 68 éves korában augusztus 16.-án. — Rottenberg Gyula dr. nyugalmazott főorvos. — K. Högler-Passavant, a sebészet rendkívüli tanára Baselenben. — M. Faulhaber, a röntgenológia rendkívüli tanára Würzburgban, 43 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A strassburgi egyetem bőrkórtani rendkívüli tanszékére G. Arndt berlini magántanárt nevezték ki. — W. Lubosch magántanárt Würzburgban (anatomia) rendkívüli tanárrá nevezték ki. — K. Kisskalt, a közegészségügy tanára Königsbergben elfogadta a meghívást a kiel egyetem hasonló tanszékére.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugárzó gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-érgéskészülékek, frigortherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

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

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

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

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

Városmajor-sanatorium és vizgyógyintézet Budapest, I., Városmajor-utca 64. Telefon 88-99. Bel-, ideg- és nőbetegek részére. Hízoló és soványító gyógymódok. Vizgyógyintézet és villamos kezelések bejárónak is. A betegek Dr. báró Podmaniczky Tibor, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt állanak.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva. Heliotherapia. Röntgen-laboratorium. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1916 május 13.-án.) 479. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 480. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1916 május 13.-án.)

Elnök: Liebermann Leó, később Salgó Jakab.

Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Kalledey Lajos: Gyönyörűséggel hallgatta végig a szép előadást, mely az egész kérdést felölelte s a mely a petefészek belső secretiójának mai állásáról az elfogadott nézeteket szerencsésen csoportosította. Felszólalót 1911 őszén a tanári kar megbízta a kérdés tanulmányozásával s 1913 őszén befejezve dolgozatát, 400 eset kapcsán e helyen be is számolt eredményeiről. Azóta a kénytelen megszakitásokat leszámítva, folyton tovább kísérletezik az I. számú női klinikán, általában kielégítő eredménnyel. Néha még eddig ismeretlen okokból a várt eredmény helyett annak teljes ellentéte következik be, néha minden kezelés teljesen meddő marad. Eddig a 800-at meghaladja az esetek száma; a kezelés eredményéről — mely általában biztató — hozzászólás keretében nem akar beszámolni. Minden olyan törekvést, mely a belső secretió mirigyek extractumából anyagokat kirekeszt s így az anyag-chaost némileg kisebbíti, örömmel kell üdvözölni. A legegyszerűbb ilyen eljárás a kivonatolás, ez esetben az olajos kivonatnak a készítése. Sajnos azonban, ezzel a hatóanyag megismeréséhez csak nagyon csekélylyel jutottunk közelebb. A corpus luteum vizes kivonatát *I. Loeb* kísérleteire támaszkodva a felszólaló adta ezen eredményekről be is számolt. *Loeb* menstruatio után kiégetve a corpus luteumot, az intermenstruationalis szak megrövidülését, közben vérzéseket, s végre a menstruatio megnyúlását találta. Szólónak az eredményei igazolják e kísérleti eredményt. Az ifjúkori virginalis metrorrhagiákat — melyeket igen találon functionalis metrorrhagiának neveznek — az I. sz. női klinikán corpus luteum vizes kivonatának intravenás adagolásával kezelik, kombinálva egyéb eljárásokkal, melyek a vér biológiai, kémiai és fizikai sajátosságait javítják. Az eredmények biztatók, bár nem absolute jók. A vizes kivonatnak előnyt ad, már csak azért is, hogy intravenásan adagolható.

Krompecher Ödön: Az igen érdekes és tanulságos előadásnak azon kérdésére keresi a feleletet, mennyiben tekinthető a petefészek ú. n. „interstitialis mirigyé” valódi mirigynek s mennyiben jogosult itt belső secretióról beszélni. Utal arra, hogy e mirigy a theca interna sejteinek makrophagokká való átalakulása folytán keletkezik s hogy ilyen makrophagokból álló telepek igen elterjedten képződnek kóros viszonyok között. Megkülönböztethetünk zsírszöveteket, fehérjeanyagokat, vizeletanyagokat és nyálkát tartalmazó makrophagokat. Zsír-makrophagok találhatók a valódi xanthomákban, az icterussal és diabétessel kapcsolatban jelentkező xanthelasmákban és az ú. n. pseudoxanthomasejteken, mely utóbbiak megint tályogoknál, néha pyosalpinxnál és itt-ott nephritis chronicánál találhatók. O maga carcinomáknál, nevezetesen nyelvrákoknál is talált makrophag telepeket. Fehérje-makrophagok splenomegáliában (typus Gaucher) a lépben, vizelet-makrophagok a malakoplakia nevű ritka húgyhólyag-bántalomban és nyálka-makrophagok a rhinoscleromában találhatók. Minde makrophagok a petefészek interstitialis mirigyének megfelelő elrendeződést és viselkedést mutatnak, de mirigyekről, belső secretióról itt senki sem beszél. A valódi mirigyekhez az állandóság fogalma és a secretio, vagyis azon functio tartozik, hogy a sejt a plasma és a mag épsége mellett választ el anyagokat. Ha a plasma pusztul, degenerációról, ha pedig a mag is tönkremegy, elhalásról beszélünk. A mondottak alapján nem tartja jogosultnak az ovariumban található ezen makrophag-telepeket „interstitialis mirigynek” nevezni és ily esetben „belső secretióról” beszélni.

Mansfeld Ottó: Az *anatomiai magyarázattal bíró vérzések*, tehát azok, melyeknél a bimanualis vizsgálat elváltozásokat tapint — daganat, lobosodás vagy deviatio formájában — oly módon érthető, hogy az elváltozás pangást okoz a kis medencze és a genitálék gyűjtőereiben.

A hol tapintható elváltozás nincs, ott néhány év előttig az endometriumot okoltuk a vérzéssel. Mai tudásunk szerint ez esetekben, ha szabad *Lenhossék* professor kifejezését használnom, *dyshormosis* áll fenn, azaz valamely zavar a belső secretió mirigyek harmoniájában.

1912 és 1913-ban megjelent dolgozatában („Über Inversio uteri u. töltliche Atonie bei Hypoplasie des Adrenalsystems”) utalt arra, hogy az anatomiailag magyarázhatatlan vérzések végeredményben úgy jönnek létre, hogy a *sympathicus idegrendszer atoniás*. A méhizomzat összes idegei a sympathicusból erednek, de meg vérereinek beidegzése is ettől függ. Ha a sympathicus atoniás, egyrészt renyhe lesz a a méh izomzata, másrészt kitágulnak a vérerei; mindkét okból bőséges vérzéseknek kell jelentkezniük.

Azóta *Christofoletti* kimutatta, hogy a klimaxban és castráltakon fokozott a sympathicus-tonus, a kiesési tünetek a chromaffin-rendszer túlsúlyra jutásából magyarázhatók. *Adler* szerint pedig a pete-

fészek hyperfunctiójakor vagotonia, azaz csökkent sympathicus-tonus van jelen.

A lényeg tehát a sympathicus idegrendszer milyetén állapotában rejlik. Erre igen nagy hatással van a petefészek működése, de más mirigyek is befolyásolhatják.

Annak eldöntésére, hogy vérzési rendellenesség esetén hyper- vagy hypofunctio ovarii van-e jelen, néhány hónap óta vérzési panaszszal jelentkező betegekén vérnyomás-méréseket eszközöltetett. Eddig 50 esetet vizsgált így.

Magas vérnyomást kapott klimaxban, praeclimaxban, amenorrhoeában, Basedowban, hyperthyreoidosisban, a dysmenorrhoeák egy részében — tehát túlnyomóan oly esetekben, a hol csökkent vagy már megszűnt a petefészek működése; alacsony vérnyomást sokkal ritkábban találunk, mint a hányszor ovarium-hyperfunctióra gondolnánk. A szervezet igrékszik a vérnyomás csökkenését hamar kiegyenlíteni.

Előfordul alacsony vérnyomás virginalis vérzés, myoma, haemophilia eseteiben.

Minthogy tudjuk azt, hogy a vérnyomás a petefészek kiesésénél vagy hiányánál magas, legérdekesebbek azok az esetek ahol bőséges a vérzés, anatómiai ok nincs és a vérnyomás mégis feltűnően magas.

Itt más mirigyek dysfunctiójára kell gondolnunk, különösen a pajzsmirigyre, talán a hypophysisre, vagy pedig primaer vagotoniára.

Mindenesetre a vérnyomás-méréseket igen hasznos segítőeszköznek ismerte meg azon vizsgálatokban, melyek az adott esetben a vérzési rendellenesség primaer okát akarják felderíteni.

Ezen kísérletei közben kérte a Richter-gyárat, hogy a *Seitz* és tanítványai által ismertetett luteolipoidot és lipamint állítsa elő.

A luteolipoid igen jó vérzés-csillapító szer. Egy haemophiliás nőnek 35% haemoglobinnal, ki most osztályán fekszik, a ki azelőtt háromhetenkint visszatérő rendkívül súlyos vérzésekben szenvedett, most luteolipoid hatására már több mint hat hete nincs vérzése. Egy másik hasonlóan kivérzett nő most először menstruál kis mértékben. De vannak eredménytelen esetei is. Ahol a lipamin hatásos volt, adagolására a vérnyomás süllyedését látta.

A lipaminnal v. extractum corp. luteivel 8 injectio után sikerült egy 3 hó óta amenorrhoeáson menstruatiót előidézni, más oligomenorrhoeásoknak panaszait szüntetni.

Seitz nem tudja magyarázatát adni, hogy a luteolipoid miként hat. *Adlernél* találok egy megjegyzést, melynek értelmében a corpus luteum a sympathicus-tonust fokozza.

Azt hiszi, ez magyarázza vérzés-csillapító hatását.

Lovrich József: Három évvel ezelőtt Halleban *Seitz* előadása reánk megdöbbentő hatással volt, mert kiderült, hogy a hormonok tanának továbbfejlődésében még nagyon sok a hypothesis. A gyakorlatban még nagyon a próbálgatásra vagyunk utalva. Így például a klimaxban egyszer boldogulunk az ovariumokkal, máskor nem. Szólv reájött, hogy a friss anyagnak van hatása, míg a réginek nincs. Ezt a bécsiiek is tapasztalták, azért friss tehén-ovariumot adnak. A glandovin is jó hatású bizonyos határok között, pl. szűk méhszáj esetén; kis méhénél nincs hatása, míg idő előtt erősen elhízott asszonyra — ha fogyasztókúrát is használt — jó hatású. Sok mellékkörülmény is játszik közbe. Fiatal leányok, virgók rendetlen vérzése ellen, a hol az ovarium dysfunctiója szerepel, egyszer a glandovin, máskor a glanduitrin hat jól.

Scharl Pál: A gümőkóros nők praemenstruációs hőemelkedése ellen igen jó eredménnyel alkalmazta az ovariumtablettákat. A rendszeren 14 nappal a havivérzés beállta előtt kezdődő hőemelkedések kitartó adagolás mellett elmaradnak. A tuberculosus nőkön észlelhető egyéb menstruatio-zavarok is jól befolyásolhatók velök.

Scipiades Elemér: Örömmel fogadta a hozzászólásokat, mert mindegyikük hozott újabb morzsát, mely ezen fejlődésben levő kérdés tisztázásához hozzájárulhat.

Kalledey-nek azt válaszolja, hogy *Lövy* vizsgálatai, melyek szerint a corpus luteum kiégetésére a havibaj korábban jött meg, nem hogy ellene szólnak, hanem inkább támogatják azt a feltevést, hogy a corpus luteum vérzéstgátló anyagokat termel. S hogy ezen anyagok nem lipoidok, mint azt az előadó állítja, nem erősítik meg *Kalledey* azon tapasztalásai, hogy a corpus luteumból készült vizes oldatok is elég jól csillapítják általában a vérzést. Mert hiszen az előadó hivatkozott arra a felfogásra, hogy a vizes oldatoknak éppen csak onnan volna a hatásuk, hogy a lipoidokból is ragadnának magukkal bizonyos mennyiséget s ezt támogatja éppen *Kalledey* azon tapasztalása, hogy ezen oldatok hatása csak „eléggé” megbízható.

Krompecher tanárral az előadó nem állhat vitába histológiai kérdésekben, de mégis kérdezi, hogy ha *Krompecher* megengedi a corpus luteumról azt, hogy belső secretió mirigy, jóllehet ez sem olyan képlet, hogy kezdettől fogva van praeformálva, miért nem engedi meg ezt a theca interna sejteit által létrehozott úgynevezett interstitialis mirigyrol, mikor az sokkal korábban praeformálódik a corp. luteumnál, finom anatómiai szerkezetében pedig tökéletesen egyezik a corp. luteummal.

Mansfeld fejtegetései tulajdonképpen a tárgytól való eltérések s nagyon hosszú időt venne igénybe azoknak vitatásába most belemenni. Ezért csak annyit jegyez meg az előadó, hogy kérdés, vajon a climacteriumos vérzés sympathicotoniának az eredménye-e, vagy pedig úgy a sympathicotonia, mint a climacteriumos vérzés egymás mellett járó parallel jelenség s következménye az ovarialis hormon kiesésének. Inkább e mellett szól ugyanis az a tapasztalat, hogy a luteolipoid éppen a véralvadás eltolódásával együtt jár, tehát a sympathicotoniás jelenségekkel kapcsolatos vérzéseket tudja csillapítani. A Scharl említette megfigyeléseket nagyon egyszerűen érthetővé teszi az a körülmény, hogy ovarialis készítményeknek a szervezetbe vitele fokozza az anyagcserét és az oxydatiót, s így világos, hogy a szervezet ellenállását a bacteriumokkal szemben is fokozni tudja.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gümöbacillusok festésére új eljárást ismertett Porges a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ június 23.-án tartott ülésén. A szokásos módon felkent és fixált készítményt megfestjük forró carbolos fuchsinnal s utána sósavas alkoholos jodoldatba (10%-os jod-tincturából 92 rész, tömény sósavból 8 rész) teszszük néhány percze; majd alapos leöblítés vízzel és megszáritás. Az ilyen módon előállított készítményen a gümöbacillusok pirosak, fekete szemcsékkel; az alap sárgás. Más saválló bacillusok nem festődnek ez eljárással, tehát a smegma-bacillusok sem. Az eljárás több esetben ad positiv eredményt, mint a Ziehl-Neelsen-féle. Ugyanő a zsebköppövegek helyettesítésére a következő olcsó eljárást ajánlja: közönséges bádógszelenczét félig megtöltünk égetett mészszel; a mész megszáritja a köpetet s egyben desinficiálja is; a szelenczék ilyen kezelés mellett nem rozsdásodnak, tisztogatásuk felesleges, csupán a meszet kell naponként megújítani.

PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménésintézetnél a külső gazdasági majorokban ellátandó orvosi szolgálatra azonnalra egy kiegészítő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 20 (husz) korona napidíj és egy butorozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve folyó évi szeptember hó 2.-áig az alant feltüntetett parancsnoksághoz nyújtan-dók be. Később érkezett folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Gyakorlattal bíró orvosszigorlók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménés katonai
parancsnokság Mezőhegyesen.

51/1916. eln. sz.

A nagyszebeni állami elmegyógyintézetben a helyettes másod-orvosi állás megüresedett. Diplomás orvos díjazása napi 10, szigorlóé napi 5 korona, teljes ellátás mellett; orvosnők vagy orvosnőszigorlók is felvétetnek. Az állás legkésőbb szeptember 15.-én, de lehetőleg előbb foglalandó el.

Nagyszeben, 1916. évi augusztus hó 19.-én.

Az igazgatóság.

A szabolcsmegyei „Erzsébet“-közkórházban üresedésben lévő alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma 1400 kor. évi fizetés, teljes ellátással. Magán-gyakorlat, a mennyiben a kórházi szolgálat megengedi, folytatható. Pályázhatnak nőtlen orvosok vagy orvosnők, esetleg szigorlók. Egykoronás bélyeggel ellátott pályázati kérvények a szükséges mellékletekkel (születési bizonylat, oklevél hiteles másolata, esetleg eddig elvégzett tanulmányokról szóló bizonyítványok) Szabolcs vármegye főispánjához címelve a kórház igazgatóságához legkésőbb folyó évi október hó 1. napjáig adandók be.

Az állás a kinevezés után azonnal elfoglalandó.

Nyíregyháza, 1916. augusztus 15.

Mikecz Miklós dr.,
helyettes igazgató, főorvos.

381/1916. sz.

A vezetésem alatt álló zsolnai m. kir. állami szemkórházban be-töltendő másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

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

Az I. koronás bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvények a belügyministerhez címzendők és folyó évi szeptember hó 6.-áig hozzám nyújthatók be.

Pályázhatnak szigorló orvosok és orvosnők is.

Zsolna, 1916. augusztus 20.

Spanyol Béla dr., igazgató-főorvos.

A Budapesti m. kir. Kertészeti Tanintézet igazgatósága pályá-zatot hirdet egy tiszteletbeli tanintézeti orvosi állás betöltése céljából.

A tiszteletbeli hivatalos orvos díjazása évi 800 korona (nyolczszáz kor.), mely tiszteletdíj évnegyedes utólagos részletekben kerül kifizetésre.

A tiszteletbeli orvos a) a Tanintézet mindhárom évfolyamán tan-évenként 8 egészségügyi előadást köteles tartani;

b) kötelessége a felvételtkor hozzá utalt új tanulókat és gyakor-nokokat a kertézpályára való alkalmasságuk szempontjából általános orvosi vizsgálatnak alávetni;

c) köteles a rendelésen megjelenő tanulókat, gyakornokokat, valamint a tanintézeti ki nem nevezett alkalmazottakat (segédszolgák, fűtő, kocsis, kertészsegédek, kertmunkások, napszámosok) orvosi keze-lésben részesíteni és szükség esetén ugyanezeket a Tanintézetben is rendszeres kezelésben részesíteni; végül

d) kötelessége időszakonként az összes tanulók és gyakornokok egészségügyi szemléjét a Tanintézetben ellátni.

Az előadásokra és a szükséges orvosi látogatásokra való tekin-tettel kívánatos, hogy a tiszteletbeli tanintézeti orvos lehetőleg ne messze lakjék.

A pályázati kérvényekben az eddigi orvosi működés ismertetendő.

A pályázati kérvények legkésőbb f. hó 26.-án déli 12 óráig küldendők be az alulírott igazgatóságához.

A megbízatás folyó évi október 1-től kezdődik.

A beérkezett pályázati kérvények fölött a nagyméltóságú m. kir. földművelésügyi miniszter úr dönt.

Budapest, 1916. augusztus 7.-én.

A Budapesti m. kir. Kertészeti Tanintézet Igazgatósága
I., Ménesi-út 45. sz.

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész

kórházberendezési vállalata

BUDAPEST, IV., PAPNŐVELDE-UTCZA 8. — Tel. 63-33.

Egyetem-templommal szemben.

Orvosi műszerek, teljes orvos- és kórház-berendezések.

:: Szakszerű pontos kiszolgálás. Jutányos árak. ::

Költségvetésekkel készséggel szolgálok. Vidékre személyesen utazom.



OPTOCHIN

Specifikus chemotherapeutikus szer

Pneumonia

kezelésénél. Sikerrel alkalmazzák tuberkulotikus betegek bron-chitiseinél, pneumococcus-meningitisnél és pneumococcus-hurutnál. Kiváló eredmények a szemgyógyászatban, mindenek-előtt ulcus corneae serpensenél és a conjunctivalis zacskó operatiók előtt való fertőtlenítésnél.

Hathatós malaria, typhus exanthematicus, meningitis cerebro-spinalis epidemica esetén.

Belső alkalmazásra (megfelelő diaeta mellett):

Optochin basicum

Optochin salicylsavester

Optochin tannicum (33 1/3% optochin)

Külső alkalmazásra és injectiók számára:

Optochin hydrochloricum.

Iztelen gyöngyök optochin basicummal vagy optochin-salicyl-savesterrel á 0.1 és 0.05 g.

Csokoládé-cukorka optochin-tannicummal 0.15 g. a gyermek-praxis számára.

Kimerítő irodalmi jegyzék, irodalom az adagolás módjáról és minták rendelkezésre állanak.

A t. orvos urak tisztetettel kéretnek, hogy a kívánt készítmények pon-tos megjelölésével a 184. sz. hirdetésre hivatkozni sziveskedjenek.