

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ES KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-kórházból. A fehérjék jelentősége a csecsemők táplálékában. 289. lap.

Spányi Géza: Közlemény a Szabolcs vármegyei Erzsébet-kórház fertőző osztályáról Nyiregyházán. A typhus abdominalis neosalvarsanos kezelése. 292. lap.

Mansfeld Ottó: Közlemény Budapest székesfőváros Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati kórházából. A gyermekági láz kezeléséről. 293. lap.

Mező Béla: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. nyilv. r. tanár.) A vese daganatairól. 295. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Frey: A szívpitvar-libegésről. — **Sebészet. E. Heim:** A koponyaplastikák nyomán keletkezett késő tályogokról. — **R. Lauenstein:** Az arteria vertebralis aneurysmáiról. — **Gyermekorvostan. Birk:** A gyermekkori thymus-hyperplasiáról és gyógykezeléséről. — **Bőrkórtan. Touton:** A hadkötelesek szándékosan létrehozott bőrbántalmairól. — **Kisebb közlések az orvsgyakorlatra. Pal:** Vérzés-csillapítás. — **Pollag:** Methylenkezelést használata. — **Rost:** Erysipelas megelőzése. 297–299. lap.

Magyar orvosi irodalom. 299. lap.

Vegyes hírek. 299. lap.

Tudományos Társulatok. 300–302. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-kórházból.

A fehérjék jelentősége a csecsemő táplálékában.

Irtá: **Bauer Lajos** dr., egyetemi magántanár, kórházi rendelő-orvos.

A csecsemő szervezetének fentartásához szükséges szerves tápanyagok között legfontosabb a szénhidrát és a fehérje. Mert míg a zsír nem elengedhetetlenül szükséges ahhoz, hogy a szervezet funkcióit normalis módon teljesítse, sőt hogy a súlygyarapodás is a kívánt s a tapasztalat által ismert módon menjen előre, addig a szénhidrát és a fehérje olyan szerves tápanyagok, melyeknek csak rövid időre kikapcsolása is a gyermek táplálékából csakhamar olyan jelenségeket idéz elő, melyek a normalis anyagforgalom intenzív megzavarodására mutatnak. Természetes, hogy a zsírnak hiánya, vagy minimális mennyiségben való alkalmazása a táplálékban, nagyfokú caloriavesztést jelent a csecsemőre, melyet a csecsemő-szervezet csak úgy tűr el zökkenés nélkül, ha megfelelő mennyiségű isodynamiás szénhidráttal vagy fehérjével helyettesítjük. Nincs még eldöntve a kérdés, vajon lehetséges-e a táplálék zsírját állandóan szénhidráttal helyettesíteni. Ha theoretice lehetségesnek tartjuk is ezt a feltevést, a gyakorlat ezt nem igazolja. Mert nemcsak *Brunnig*, *Weigert* és *Steinitz* állatkísérletei mutatják, hogy a hosszas egyoldalú szénhidráttáplálás folytán a szervezetnek kémiai összetétele az erősen növekedett víz- és sótartalom révén változást szenved, hanem mint klinikai megfigyeléseinkből tudjuk, a hosszas, kizárólagos szénhidráttáplálás folytán egy következményeiben veszedelmes betegség fejlődik ki a csecsemőkön, nagyfokú lesóványodással, a szervek működésének elgyengülésével, az izomzatnak sajátos rigiditásával, az úgynevezett hypertóniával, valamint az immunitás nagyfokú csökkenésével. A szénhidrátártalomnak — bár szénhidráttáplálás fejleszti ki — elsősorban mégis fehérjehiány az oka. A szénhidrátártalomban szenvedő gyermek nem annyira zsír-, hanem tulajdonképpen nagyfokú fehérjehiányban szenved, mert ha a szénhidráttáplálékhoz kellő mennyiségű fehérjét is keverünk, valamint sokat, akkor a szénhidrátártalom hosszú, heteken át tartó táplálás után sem fejlődik ki. Erről saját kísérleteim alapján is meggyőződtem. Ha valamely okból kénytelenek vagyunk egy csecsemőt heteken át, pl. zsírintolerancia miatt, szénhidráttáplálásra fogni, akkor ezt veszély nélkül csak úgy tehetjük, ha a szénhidráthoz megfelelő mennyi-

ségű fehérjét, még pedig akár állati, akár növényi fehérjét, valamint sokat is keverünk; a csecsemő heteken át jól tűri ezt a táplálékot, sőt súlyban emelkedik is, legalább bizonyos ideig, valamint az összes egészségi jeleket mutatja a nélkül, hogy rajta a szénhidrátártalom tünetei fellelhetők lennének. Ezen táplálás-módot mindaddig folytathatjuk, míg a caloric kielégítő táplálkozás ellenére súlymegállapodás, vagy ki nem elégitő gyarapodás nem következik be, mely tünet már a zsírszegység jele gyanánt fogandó fel, a mikor már az eddigi táplálékhoz eleinte kevesebb, később fokozott mennyiségű zsír beiktatása okvetlen ajánlatos. A jelzett megfigyelésekből egyébiránt az a szabály szűrhető le, hogy a csecsemőtáplálék csak akkor lehet hasznos, ha annak alkotórészei között bizonyos correlatio van, ellenesben a hiányzó alkotórésznek a hátrányos következménye előbb-utóbb jelentkezni fog az abnormis anyagforgalomban, illetve a klinikai symptomákban. A táplálékalkotórészek közül azonban — a mint láttuk — a nélkülözhetetlenséget tekintve a szénhidrátok után a fehérjék következnek.

A fehérjék hatása két irányban igen jelentős. Elsősorban fontos a physiologiás hatásuk, de nem kevésbé fontos a fehérjék jelentősége bizonyos táplálkozási betegségekben, mint therapiás segédeszköz.

Physiologiás jelentőségük különösen három functióban nyilvánul meg: Először is a bekebelezett fehérje pótolja az elvesztett fehérjeállományt; a szervezet ugyanis folytonosan veszít fehérjét, illetve fehérjéből képződött szöveteket, így az állandóan lehámló epithelnek, a hajvesztésnek, az izzadság és egyéb elválasztott nedveknek, valamint az emésztőnedveknek, nemkülönben az ezen működések közben elhasznált N-nek a pótlása mind a fehérje functiói közé tartozik. A fehérje második functiója: az egyes szerveknek, valamint az egész szervezet növéseinek az elősegítése, mely fontos hivatást a sejtek csak kellő mennyiségű fehérje jelenlétében tudják teljesíteni, vagyis fehérje nélkül a test növéseben visszamarad. A harmadik functiója a fehérjének mint dynamogen hatás jön tekintetbe; ezen functiója azonban legkisebb jelentőségű, nem specifikus functio, mert a fehérje dynamogen functióját a szervezet zsírral és szénhidráttal jól tudja helyettesíteni.

Végül nagy jelentősége van a fehérjének mint a bél-tartalom reakciójának s az ezzel közeli nexusban levő bél-peristaltica szabályozójának azáltal, hogy a táplálékban levő fehérje készíti elő a talajt a bélben a rothadási folyamatok részére, valószínűleg nem azzal, hogy maga rothad, hanem

a bélnyálkahártyát bőséges, alkális vegyhatású, fehérjedús nedvek elválasztására ingerli, a mely talaj azután kedvező a bacteriumok által létesített rothadás fentartására. A fehérjék ezen hatásának, mint látni fogjuk, igen nagy hordereje van az emésztés egész folyamatában, még pedig nemcsak egészséges, hanem talán még jelentékenyebb mértékben beteg, különösen táplálkozási betegségekben szenvedő csecsemőkön és gyermekeken. A fehérjehatásnak kifolyásaképpen ma számos olyan bajban, melyet még nem is olyan rég nem tudtunk befolyásolni, esetenként kielégítő, esetenként teljes eredménnyel használhatjuk a fehérje imént említett ama hatását, hogy a rothadást erőteljesen elősegítő tulajdonságával a bélben lejátszódó erjedést ellensúlyozni tudjuk. A fehérjék therapiás szerepe tehát ott kezdődik, a hol a bélben különböző okokból keletkezett intensív erjedéseket a fehérjék hatásával akarjuk paralyzálni.

Normalis körülmények között egészséges csecsemőn az emésztés folyamata akkor tökéletes, ha a bevitt táplálékalkotórészek correlatiói között bizonyos aequivalentia van, vagyis a bevitt szénhidrat és zsír mennyisége nem haladja túl azt a határt, mely az emésztés lefolyásához szükséges, viszont, ha a fehérjék szintén csak olyan mennyiségben fordulnak elő a táplálékban, mely a szénhidrat és zsír által a normalis anyagforgalomhoz megkívánt mennyiséget nem haladja túl. Ha az egyes táplálékalkotórészek között ez az arány megvan, akkor a tápcsatornában sem az erjedés, sem a rothadás nem kerül felül, vagyis a táplálékalkotórészek által produkált termékek egyensúlyban tartják egymást: az áthasonítás szabályosan történik. Ha azonban a zsírok, különösen pedig a szénhidratok a normalisnál jóval nagyobb mennyiségben kerülnek az emésztőcsatornába, akkor már a jelenlevő normalis mennyiségű fehérje erjedést gátló hatása nem elegendő az erjedés meggátlására, a képződött erjedési termékek, elsősorban az alsórendű, az alacsony zsírsavak, a bélnyálkahártyát erősen izgatják, a peristaltica élénkül, a cukornak intensív vízelvonó hatása is előtérbe lép, vagyis diarrhoeák keletkeznek. Ismeretes, hogy rövid ideig tartó, heveny esetekben gyakran elegendő a cukoradag mérséklése az erjedések megszüntetésére, bár ezeket az eseteket is úgy foghatjuk fel már mint fehérjehatást, melynek erjedéstgátló tulajdonsága a cukor- illetve szénhidrat-táplálék eliminálásával felszínre vergődött; súlyosabb esetekben, például másod- és harmadfokú decompositio alimentaris eseteiben, már nem elegendő a cukornak mérséklése, esetleg kikapcsolása, az erjedésnek az antagónistáját, a rothadást is elő kell segítenünk és ezt csak akkor értük el, ha sikerült zsírszappanszékletétet előidézni. A zsírszappanképződés pedig csupán alkális reakcióval bíró bélben történhet. *Freund, Finkelstein és Meyer*, valamint *Bardt* vizsgálataiból tudjuk, hogy a bőséges caseinbevitel legjobb feltétele a szappanképződés megteremtésének. A casein, mint a rothadási processus substratum, a bőséges caseinbevitel folytán létrejött fokozódása az alkális bélnedvek elválasztásának olyan momentum, mely különösen fontos a mézszappanképződés talajának előkészítésére, mert a caseinnek a bélben való hatása nem merül ki a bélnedvek fokozásában, hanem a caseinszemecskék tekintélyes mennyiségű mézphosphatot is ragadnak magukkal s idézik elő a bélmezsappan tartalmát, továbbá a bélbacterium florájának megváltozásával a béltartalom, valamint a secretio is változik; mindezek a behatások együttesen váltják ki a diarrhoea ellentétését: a zsírszappanképződést.

Nagy jelentőségre emelkedik a fehérje erjedést gátló hatása miatt táplálkozási betegségek különböző súlyos eseteiben; kevésbé dyspepsiában, mely esetben a csecsemők tolerantiája többé-kevésbé az összes táplálékalkotórészekkel szemben még eléggé megtartott, sokkal inkább intoxicatio, vagy még inkább decompositio alimentaris eseteiben, melyekben a szervezet tolerantiája már nemcsak a zsírok, hanem a szénhidratok iránt is nagyon leszállott, esetleg teljesen el is veszett s a mikor a szervezet minimalis mennyiségű zsírt vagy szénhidratot is alig tud normalis módon asszimilálni, semmiesetre sem annyit, a mennyi a szervezetnek csak fen-

tartási szükségletét is fedezné; az ujonnan nyújtott, bár minimalis mennyiségű szénhidrat- és zsíradagolásra a szervezet ismét csak súlycsökkenéssel és diarrhoeákkal reagál. Ezekben a kétségbeejtő s már-már elveszett esetekben a csecsemő szervezetének a fehérjékkel szemben való tolerantiája még semmit sem szenvedett, az teljes egészében megvan tartva, sőt azoknak bőséges adagolásával érzük el azt, hogy az eddig makacsul fennálló diarrhoeák, súlycsökkenések s egyéb symptomák megállapodnak, eltűnnek s helyet adnak zsírszappanszékleteteknek, súlynövekedésnek s a közérzet általános javulásának. Mindenesetre sajátságos s eddig nem magyarázott körülmény, hogy míg a csecsemő szervezete úgy a zsírok, mint a szénhidratok iránt elvesztheti tolerantiáját, ha ezen tápanyagokból a tolerancia határát meghaladó mennyiséget viszunk be a szervezetbe, annyira, hogy a tolerancia leszállott határát csak ezen táplálékok erős csökkentésével, majd ismét óvatos fokozásával tudjuk a korábbi szintre helyezni: a fehérjék iránt úgy a csecsemő, mint a gyermek tolerantiája úgyszólván majdnem korlátlan. Még ha a normalis adagot lényegesen felülmúló mennyiségű fehérjét kebeleztetünk is be valamely csecsemővel, ezzel a csecsemő tolerantiája a fehérjék iránt nem csökken, annak valamely különösebb rossz hatását nem szoktuk tapasztalni, a fehérjetúltáplálást hosszú időn keresztül lehet folytatni, a nélkül, hogy ezzel a fehérjéknek helytelenebb asszimilálódását idéznénk elő. Még pedig nemcsak egészséges, hanem beteg állapotukban, nevezetesen táplálkozási betegségek kapcsán is megtartják a csecsemők és gyermekek a fehérje iránti határtalan toleranciájukat. Legklasszikusabb példa erre az intoxicatio alimentarisban levő csecsemő. Hiszen intoxikált állapotban levő csecsemőt a méregtelenítés idején caseinnel lehet táplálni, a nélkül, hogy a caseinadagolás a méregtelenítés folyamatát rosszabbítaná, vagy éppen hátrányosan befolyásolná. *Decompositio alimentaris* olyan előrehaladottabb eseteiben, melyekben a szervezet tolerantiája zsírral és szénhidratokkal szemben annyira leszállott, hogy e tápanyagokból minimalis mennyiséget sem tűr el: a fehérjék iránti tolerancia nemcsak teljes épségében megtartott, hanem még a normalisnál nagyobb fehérjemennyiségek áthasonítása is jól és hiány nélkül történik. Ezt bizonyítják a gyakorlatban nap-nap után a különböző fehérjés tejekkel szerzett tapasztalataink, melyeknek ilyen körülmények között történt adagolására a még csökkentett zsír- és szénhidrat-bekebelezésre is diarrhoeákkal és súlycsökkenéssel reagáló csecsemőn a normalisnál nagyobb mennyiségben bevitt fehérje csakhamar zsírszappanszékletéteket s a súlycsökkenés megállapodását, illetve a súlynak fokozatos emelkedését, valamint a többi, régen nélkülözött egészségi jelnek visszatértét idézi elő. *A fehérjéknek tehát az a tulajdonsága, hogy a bél vegyhatásának s így a bél florájának megváltoztatásával a béltartalom fölött erjedését megszüntetik és zsírszappanszékletéteket idéznek elő, továbbá, hogy velük szemben a csecsemő tolerantiája akkor sem csökken, midőn a zsír és szénhidrat iránt a tolerancia már igen erősen sülyedt, talán nagyrészen el is veszett: a csecsemő és gyermekbetegségek bizonyos súlyos féléseiben megbecsülhetetlen értékűvé teszi s elsőrendű jelentőséget biztosít ezen táplálékalkotórészeknek a csecsemő- és gyermektápszerek sorozatában.*

Az eddig említett eminens tulajdonságok felsorolásával még korántsem merítettük ki a fehérjék jelentőségét. Mert a fehérjék igen nagy segítségünkre vannak az abnormis constitutióval bíró csecsemőkön és gyermekeken mutatkozó bizonyos bántalmak és jelenségek leküzdésében is. Ismeretesek a valószínűleg neuropathiás alapon fejlődött, a tehéntej iránti idioszinkrasiában szenvedő csecsemők elválasztásának nehézségei. Ismeretesek azok a sokszor igen kellemetlen tünetek és jelenségek, melyeket ablactatio esetén az ilyen csecsemőkön olykor már minimalis tehéntej adagolása is kivált, s melyek a csecsemőre oly hátrányos hatással vannak, hogy ösztönyszerűleg napokon át vonakodik táplálékot elfogadni, vagy ha végre el is fogadja a nyújtott táplálékot, a tehéntejet, vagy annak valamely készítményét, csakhamar jelentkeznek az idioszinkrasiás rohamok. Ha ilyen körülmények között lisztfőzetet

adagolunk a csecsemőnek, ezzel ugyan elkerüljük az idioszinkrasiás rohamok kiváltását, azonban ezen a táplálékon hosszabb ideig nem tarthatjuk a csecsemőt, mert ha a szénhidrátartalom jelentkezősét ki is kerüljük, a qualitativ inanitio tünetei kezdenek rajta mutatkozni s kifejlődik különösen a fehérje-éhség. Egyes esetekben még az az eljárás sem vezet célhoz, mely szerint az adagolt és jól tűrt lisztfőzethez successive keverünk tehéntejet, mert már minimalis tehéntej élvezete után is előállnak az idioszinkrasiának mérsékeltbb vagy intenzívebb rohamai. Idioszinkrasiás csecsemőkön végzett kísérleteim arról győzték meg, hogy ha ilyen esetekben a szénhidrátokat fehérjével együtt adagoljuk, akkor ezen keveréket a csecsemők jól tűrik, az állati fehérje szénhidrátokkal együtt adagolva nem vált ki e csecsemőkön idioszinkrasiás rohamokat és ezen a táplálékon, mely calorice nem fedezi ugyan teljesen a csecsemő physiologiás szükségletét, de mégis jóval több, mint a fentartási szükséglet, néhány héten át szénhidrátartalom, valamint inanitio veszélye nélkül táplálhatjuk a csecsemőt, mely idő után a keverékhez először minimalis mennyiségű tehéntejet adva, s ennek mennyiségét napról-napra óvatosan fokozva, körülbelül 3—4 hét leforgása után már olyan mennyiségű tehéntejet tud a csecsemő asszimilálni, a mennyi a szükségletét teljesen fedezi.

De mástermészetű diathesisekben is lényeges sikerrel alkalmazhatjuk a fehérjeadagolást. Az anyagforgalmi vizsgálatok kimutatták, hogy diathesis neuropathicával és diathesis exsudativával terhelt gyermek zsíryanagforgalmában olymértű zavar van, melyet más egészséges csecsemő vagy gyermek anyagforgalmában nem találunk. Ezek a gyermekek ugyanis a táplálék zsírját nagyon tökéletlenül használják ki. Klinikai megfigyelések azt is igazolják, hogy a diathesis exsudativával terhelt gyermekek úgy a zsírokat, mint a nyitott szénhidrátokat igen rosszul asszimilálják, továbbá, hogy e táplálékalkotórészek toleranciájának áthágása esetén különböző szervekben csakhamar jelentkeznek az exsudatiós jelenségek. Újabb időben kísérletek történtek arra nézve, hogy vajjon ha a diathesis exsudativával terhelt gyermekeken előtérbe helyezzük a fehérjetáplálást, milyen eredményeket hoz ez létre? A kísérletek, melyek ma már nem csupán a kísérleti stadiumban vannak, hanem tekintve az ezirányú bő eredményt, már meglehetősen bizonyossággal tekinthetők pozitív eredményűnek, azt mutatják, hogy a fehérjetáplálás idején, még ha a normalisnál nagyobb mennyiségben történt is a fehérje adagolása, az étvág, mely a fehérjeadagolás előtt minimalis volt, növekedik, az általános közérzet javul s a mi a legfontosabb, az exsudatiók újólág nem jelentkeznek, vagy ha olykor mégis észlelhetők, az előbbi állapothoz mérten sokkal elenyészőbb mértékben mutatkoznak s jóval hamarabb tűnnek el, mint a zsír- és cukordúsabb táplálás idején. *A tapasztalatok mindenesetre a mellett szólnak, hogy míg a diathesis exsudativával terhelt gyermeknek toleranciája a zsírok és cukrok iránt csökkent, a fehérjével szemben hiánytalanul megtartott.*

A diathesis exsudativa eseteiben elért eredmények, a mint említettem, igen biztatók és a túlnyomólag fehérjetáplálás gyakorlásával elérjük azt, hogy ha az exsudatiós jelenségeket teljesen s véglegesen nem is tudjuk kiküszöbölni, mégis az exsudatiók intenzitását lényegesen mérsékelhetjük, valamint azt is elérjük, hogy az exsudatiók sokkal nagyobb időközökben mutatkoznak.

Az abnormis constitutio egy másik féléségében a fehérjetáplálás határozott és teljes eredményéről számolhatunk be, nevezetesen a diathesis neuropathicával terhelt, emlőn táplált csecsemők eseteiben. Ezekben szoktuk tapasztalni azt asajátszerű állapotot, hogy bár calorice teljesen kielégítő mennyiségű táplálékban részesülnek a csecsemők, de e mellett túl nem tápláltnak, állandóan nyugtalanok, étvágytalanok, majdnem szakadatlanul dyspepsiás székletétekben szenvednek, rossz turgorral bírnak s a mi a legfontosabb, heteken, hónapokon át igen hiányos gyarapodást mutatnak. Ilyen esetekben a táplálkozásnak legpedansabb szabályozása sem vezet célhoz, nem használ a meghatározott ideig tartó tápláléklevonás sem, sőt az éhez-tetés talán még súlyosbítja az állapotot, de nem érünk el

eredményt a dajka vagy a női tej változtatásával sem, a nyugtalanság továbbra is fennáll, a székletétek továbbra is vizesek, gyakoribbak, nyálkások s a súlygyarapodás minimalis, vagy egyáltalában elmarad. Ilyen körülmények között csak a női tej mellett adagolt valamely fehérjekészítménnyel érünk el eredményt. De ügyelnünk kell arra, hogy a bántalom alapoka valóban a neuropathia legyen és másnemű táplálkozási zavarokat, ex infectione et ex alimentatione ki kell zárunk. Erre nézve szorgos figyelemmel kell lennünk, vajjon a szóban forgó csecsemőn megvan-e az optikai, acustikai és emésztő systema részéről tapasztalható túlérzékenység. A mi az optikai rendszer részéről felmerülhet abnormitást illeti, csak annyit akarunk említeni, hogy neuropathiás csecsemőnek elegendő egy meg nem szokott, talán kissé ijesztő arcznak vagy tárgynak a látása, hogy idegrendszere felett elveszítse az uralmat, például egy hirtelen előbukkanó, barátságtalan arc láttára sokszor elsápad és sírva fakad, némelyik neuropathiás csecsemő szív működése ugyanerre a behatásra retardálttá és arhythmiássá válik. Az acustikai túlérzékenységre jellemző, hogy erősebb, de néha már mérsékeltbb zörej is elegendő arra, hogy a neuropathiás csecsemő ijedten összezerezzen, az acustikai túlérzékenység külső ingerekre még ezenkívül a nehezen bekövetkező s igen felületes alvásban is nyilvánul. Jellemző még ezekre a csecsemőkre a vasomotoros jelenségeknek feltűnő dominálása, a mi részben a köztakarónak kifejezett és nagymértű halványságában, részben pedig a köztakarónak ok nélküli elvörösödésében nyilvánul meg, sőt különösen súlyos esetekben a szívnek és vérereknek abnormis innervációja miatt a collapsus, sőt hirtelen beállott halál sem tartozik a ritkaságok közé. Különösen élenként jelentkeznek az abnormis túlérzékenység tünetei a gyomorbeli tractuson. A nélkül, hogy a legkisebb hibát követjük volna el a szoptatás technikájában, a csecsemő úgyszólván állandóan flatulentiával, diarrhoeával, gyakran hányással küzd. Természetes, hogy ilyen körülmények között a fejlődés nem megy előre, úgy hogy egyes esetekben a csecsemő nagyfokú atrophia képét mutatja.

Neuropathiára tett diagnosisunkat a felsorolt tünetek jelenléte biztosítja. Az ilyenkor általánosan szokásban levő eljárások, mint a részleges vagy teljes ablactatio s a mesterséges táplálásra való átmenet, az eseteknek egy hányadában valóban javulást szokott hozni a csecsemő állapotában, de az eseteknek egy másik hányadában ezzel sem érünk célzt; másrészt a mesterséges táplálásra való átmenetelre éppen ez esetekben nem olyan könnyű az elhatározás: fenyeget bennünket egyrészt a tehéntej iránti idioszinkrasiának, másrészt — a mi gyakoribb — a tetania jelentkezésének veszedelme, a mely bántalmaknak az alapoka, mint tudjuk, ugyancsak a neuropathia; viszont ilyen helyzetben a csecsemőt a kizárólagos emlőn való tápláláson hagyni majdnem egyenlő azzal, hogy kitesszük az atrophias állapotnak. Részemről ilyen esetekben valóban csak egy módon való táplálástól láttam eredményt, mely táplálásmód mellett semmiféle veszedelem sem fenyegeti a csecsemőt, és pedig a csecsemőnek az emlőn való megtartása mellett adagolt fehérjetáplálástól. Hogy vajjon a neuropathiás csecsemők általán véve nagyobb adag fehérjét igényelnek-e, mint a mennyit a női tej tartalmaz, vagy pedig a női tejben levő zsírt és cukrot csak nagyobb mennyiségű fehérje jelenlétében tudják normalis módon asszimilálni, még nincs eldöntve. Való az, hogy a tapasztalatok, melyek ez irányban történtek, a legszebb reményekre jogosítanak arra nézve, hogy ilyen desperatus esetekben a fehérjében lássuk azt a kiegészítő eszközt, melylyel e bántalomnak nagyfokú kellemetlenségei, sőt olykor veszedelmek magukban rejtő jelenségei leküzdhetők. Erre a célra bármely forgalomban levő állati fehérjekészítmény alkalmas, melyet a szoptatás előtt naponta 3—4 ízben kávéskanálnyi mennyiségben, felmelegített női tejben, teában vagy valamely ásványvízben feloldva s saccharinnal édesítve adagolunk a csecsemőnek. A fehérje hatása csakhamar mutatkozik, és pedig elsősorban a csecsemő székletétén, különösen olyan esetekben, melyekben a bántalmat diarrhoeák dominálták. A fehérjeadagolás következtében,

valószínűleg azon hatásából kifolyólag, hogy a béltartalom savanyú erjedését csökkenti, illetve megakadályozza, a széketétek ritkábbá, összeállóbbá válnak, sőt olykor zsírszappanszéketétek is jelentkeznek. A megbénított savanyú erjedés folytán a beleket izgató erős flatulentia és peristaltica megszűnik, ez okból a gyermek nyugtalansága is alábbhagy, az álm mélyebbé, nyugodtabbá válik, ezért az étvágy lényegesen növekedik s a súly, mely eddig vagy egyállapotban maradt, vagy csak minimalis emelkedést mutatott, a fehérje adagolása után rövid idő múlva hirtelen emelkedni kezd s a súlygörbe, mely a fehérjetáplálás előtt majdnem vízszintes vonalat jelzett, rövid egy-két hét alatt csaknem meredeken felfelé kuszó irányt vesz, úgy hogy a csecsemő pár hónap alatt a korának megfelelő súlyt teljesen eléri. A fehérjeadagolást legalább 6—8 héten át kell folytatnunk, hogy teljes eredményt érthessünk el; ha közben abbahagyjuk, a súlyemelkedés is csakhamar megszűnik, valamint a neuropathiának egyéb jelzett és már szűnőfélben levő tünetei is kezdenek visszatérni, a mi a legjobb bizonyíték arra nézve, hogy a neuropathiás tüneteket kedvező irányban kizárólag a fehérje s nem valamely egyéb behatás befolyásolta; 6—8 hét után a fehérjeadagolást fokozatosan abbahagyjuk, a mikor a gyermek már oly állapotba kerül, hogy a női tejet fehérjeadagolás nélkül is hiány nélkül fogja asszimilálni s folytatólagosan normalis módon fog gyarapodni, valamint a neuropathiának tünetei is csak elvétele, nyomokban fognak mutatkozni. Alig van rá eset, hogy a heteken át tartó fehérjetáplálás elhagyása után a csecsemőn recidiva tünetei jelentkezzenek, de ha ez mégis megtörténik, újlagos két-három hétig tartó fehérjetáplálás teljes és végleges eredménnyel fog járni.

Az elmondottakon kívül a fehérjének még számos olyan előnyös hatását ismerjük, melyek e táplálékalkotórésznek úgy a gyermekápolókészítés physiologiájában, valamint a normalis anyagforgalom tökéletes lebonyolításában való fontos szerepét igazolják. Ezeknek a méltatásával azonban ez alkalommal nem óhajtok foglalkozni. A vázoltakkal csak érinteni kívántam a fehérjének ama tulajdonságait, melyek a csecsemő- s gyermekgyógyászati gyakorlatban különösebb fontossággal bírnak s melyeknek segítségével ma képesek vagyunk bizonyos bántalmakat kedvező módon befolyásolni, olyan bántalmakat, melyeknek leküzdése a fehérje hatásának ismerete nélkül alig elhárítható akadályokba ütközik s úgy az orvosnak, mint a gyermek környezetének sok gondot és gyakran hiábavaló fáradságot okoz. Valószínű, hogy a jövő kutatásai a fehérjének számos olyan tulajdonságát fogják még kideríteni, melyek ez értékes tápszernak a jelentőségét csak növelik. De mai ismereteink alapján is állíthatjuk már, hogy a fehérjében nemcsak mint tápszer, hanem mint gyógyszer is olyan megbecsülhetlen segédeszközt bírnak, mely nemcsak tápszereink között, hanem gyógyszerkincsünkben is kiváló helyet biztosít neki.

Közlemény a Szabolcs vármegyei Erzsébet-kórház fertőző osztályáról Nyiregyházán.

A typhus abdominalis neosalvarsanos kezelése.

Irta: Spányi Géza dr., osztályos főorvos.

A typhus abdominalis gyógyítása az Eberth-Gaffky-bacillus felfedezése után is úgy a klinikákon, valamint a kórházakban és magángyakorlatban nagyon sokféleképpen történik. Egészen a legújabb időkig, a mikor a haemoterapia, a serologiai vizsgálatok és a gyógyszereknek intravenás alkalmazása mind szélesebb körben terjedtek el, a gyakorló orvosok túlnyomó része azt a nézetet vallotta, hogy a typhus abdominalisnak specificuma nincs, a kezelés tehát csupán csak tüneti lehet. A tüneti kezelés hosszadalmassága, bizonytalansága és súlyos jellegű járványokban elég rossz eredménye egyrészt, az Ehrlich-féle neosalvarsanos gyógyítás kitűnő eredménye bujakórban másrészt arra késztetett, hogy osztályomon a typhus abdominalis-eseteket neosalvarsan intravenás alkalmazásával kíséreljem meg gyógyítani. Eredményeim sok tekintetben meglepőek és kevés számuk dacára

azért közlöm le, hogy az Orvosi Hetilap 19. számában Leitner Fülöp közleményét mintegy kiegészítve — a mely a typhusbacillusgázok gyógykezeléséről szól —, kartársaimat arra indítsam, hogy ajánlott kezelésemet megkíséreljék és eredményeiket közöljék. Eseteim a következők:

1. A. F.-né, 34 éves ápolónő. Megbetegedett 1917 október 13.-án a fertőző osztályon typhusbetegség ápolása közben.

Október 13.-án este rázóhideg, 40.4° C esti hőmérsék; a has puffadt, fájdalmas, a széketét hig, a nyelv bevont, erős fejfájás; léptumor homályosan palpálható.

Október 18.-án febris continua, igen rossz közérzet; délelőtt 30 centigramm neosalvarsan intra venam. A hőmérsék egy órán belül 39.0-ról 37.1°-ra esik le profus izzadás kíséretében. Két óra múlva újból hőemelkedés, mely erős esti remissiókkal 23.-án megszűnik. Közérzete napról-napra javul, a beteg láztalan marad, gyógyul. Ez esetben a hőmenetet egy baloldali parametritises izzadmány befolyásolhatta.

2. P. M., 21 éves hajadon; felvettük 1917 november 18.-án. Anamnesis: egy hete fáj a gyomra és feje. Felvételtkor 39.4° C. Zavart sensorium, bevont, száraz nyelv, puffadt has, léptumor, néhány roseola; febris continua november 24.-éig. Délben 30 cgr. neosalvarsan a cubitalis vénába; a hőmérsék 39.9°-ról estig leszáll 37° C-ra; profus izzadás; 25.-én este 36.7°; 26.-án újból felszökik 39°-ra, majd leesik s azontúl láztalan marad a beteg. Gyógyul.

3. D. E., 23 éves szabó. Felvettük 1917 november 20.-án. Anamnesis: 3—4 napja beteg; a feje és a hasa fáj; felvételtkor 40.4° C hőmérsék, zavart sensorium, a nyelv száraz, meteorismus, léptumor; mérsékelt obstipatio; 24.-éig febris continua. Délben oltás (30 cgr. neosalvarsan); a hőmérsék néhány óra alatt profus izzadás kíséretében leesik 37°-ra; majd nagy nappali ingadozásokkal, esti remissiókkal tart december 1.-éig. Ekkor második oltást kap (30 cgr.); a hőmérsék kritikusan leesik 36.3°-ra; a beteg állandóan láztalan marad, gyorsan javuló étvágy és közérzet mellett gyógyul.

4. Cs. J., 45 éves kerékgyártó; felvettük 1917 november 24.-én. 6 napja beteg, állandóan lázas, a hasa és a feje fáj; meteorismus, léptumor, rendetlen hig és pépes széketek, igen rossz sensorium. Deczem-ber 5.-én délben 30 cgr. neosalvarsan intravenásan. A hőmérsék másnap emelkedik, majd további 6 nap alatt lytikusan leesik. Deczem-ber 12.-e óta állandóan láztalan; gyógyult. (Ebben az esetben mindkét tüdőcsúcs erős infiltrációja volt jelen.)

5. H. J.-né, 18 éves. Felvettük 1917 deczem-ber 3.-án; felvételtkor 39.9° C. Egy hete beteg. Zavart sensorium, a has mérsékelt puffadt, a gyomortáj nyomásra érzékeny, léptumor, ileocecalis korgás, a nyelv vastagon bevont, fejfájás. Gravidá. A vizeletben fehérje nyomokban. Febris continua. Deczem-ber 5.-én délben 30 cgr. neosalvarsan. A hőmérsék az oltás után két órával erős izzadás kíséretében 39.6°-ról 37°-ra, majd másnap reggelig 36°-ra süllyed. Ezentúl láztalan, kitűnő közérzet, gyorsan javuló étvágy mellett gyógyult.

6. H. J., 23 éves; az előbbi férje. Felvettük 1917 deczem-ber 3.-án. Egy hete beteg. Felvételtkor 39° C. hőmérsék. Zavart sensorium; a nyelv erősen bevont; fej-, gyomor- és hasfájás; a has puffadt; nagy léptumor; ileocecalis korgás. Febris continua. Deczem-ber 5.-én 30 cgr. neosalvarsan. A hőmérsék leesik, állandóan normalis és subnormalis marad. Kitűnő közérzet és feltűnő gyorsan javuló étvágy mellett gyógyul.

7. R. F., 23 éves napszámos. Felvettük 1917 deczem-ber 13.-án. Egy hete fáj a feje és hasa; gyakori, hig széketek. Nyelv bevont, hányásinger. A has puffadt; léptumor, roseolák, ileocecalis korgás. Zavart sensorium. Felvételtkor 40° C hőmérsék. Vérpróba: Vidal 1:100 +; epecsökultura + (Kende Zsigmond dr., a helybeli tartalék-kórház laboratoriuma vezetőjének vizsgálatára). Febris continua. Deczem-ber 15.-én: 30 cgr. neosalvarsan. Erős izzadás, meglepő jó közérzet, azóta láztalan. Gyógyult.

Összefoglalás. 1. A neosalvarsan intravenás alkalmazása typhus abdominalis eseteiben a lázat leszállítja erős izzadás kíséretében. A hőmérsék rendszerint normalis marad, esetleg mulékonyan subnormalissá válik.

2. Felnőttön egyszeri, esetleg többszöri adagolása 30 cgr.-mos adagban intravenás alkalmazás mellett semminemű kellemetlen mellékhatást nem mutatott; alkalmazása kényelmes, minden gyakorló orvos által könnyen kivihető.

3. Csupán 7. esetemben volt módomban a diagnosist-laboratoriumi vizsgálattal való megerősítése, de csekély számú esetemből is azt a tapasztalatot merítettem, hogy a neosalvarsannal való gyógyítás minden typhus abdominalis esetben nemcsak megkísérelhető, de egyenesen meg is kísérelendő, a mit Leitner Fülöp tapasztalata a bacillushordozók kezeléséről is támogat.

4. Valószínűnek tartom, de csak további, bakteriologiai vizsgálatokkal megerősített, gondos diagnosistú esetek nagy száma után állíthatnám, hogy a neosalvarsan a typhus abdominalisnak specifikus, minden eddigi kezelést felülmúló gyógyszere.

Közlemény Budapest székesfőváros Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati kórházából.

A gyermekági láz kezeléséről.

Irta: *Mansfeld Ottó* dr., kórházi főorvos.

(Vége.)

Rátérek végül a gyermekági láznak harmadik, legvitásabb kezelésmódjára, a gyógyszeres kezelésre.

A német nőorvosok strassburgi congressusa 1909-ben azzal a resignált hangulattal végződött, hogy az eddig alkalmazott szerek, serumok, ezüstkészítmények az objectiv kritikát nem állják ki.

Bársony tanárnak köszönhetjük, hogy ez a nihilismus nálunk nem vált általánossá. Mint ismeretes, 1909-ben közölte először az intravenás sublimat-injectiók eredményeit a gyermekági láz terapiájában. 1912-ben és 1918-ban tartott előadásában részletesen ismertette azt a bámulatot küzdelmet, melyet a vezetése alatt álló klinika a sepsis ellen folytat, és hogy mily súlyos eseteket sikerül megmenteni azáltal, hogy a megtámadt szervezetnek védő erőit fokozza.

Ez a példa hatott reám is buzdítólag. Akinek sok sepsises betege van, az nem bírja azoknak pusztulását összetett kezekkel nézni és önkéntelenül — bármennyire skeptikus természetű is — gyógyszerert keres.

Az utóbbi évek irodalmában két új szert ismertettek: a disparent és a methylenkékeztőt.

A *disparent* az elektrargolnál finomabb elosztású ezüstkészítmény. Két szerző ismertette gyermekági anyagon: *Saalfeld*⁴⁵ és *Schindler*⁴⁶. Mindketten ajánlják, adagja 5—10 cm³ pro dosi intravenásan. Alkalmazása után hidegrázás jelentkezik; szívlabilitas esetén, máj- vagy vesebajban contraindikált.

Néhány esetben megkísértem, de ismét elhagytam, mert megfelelő mennyiségben — behozatali nehézségek miatt — nem kaptam.

Második szer a 2%-os *methylenkékeztőt*, melyet *Müller* és *Edelmann* állított elő; a *Merck*-czég gyártja és „*Argochrom*” néven hozza forgalomba.

Figyelmemet e szerre *Herff*⁴⁷ és *Hüssy*⁴⁸ közleményei terelték. Bár *Hüssy* csak 2 súlyos esetet kezelt e szerrel, de biológiai kísérletei igen vonzóak. Kifejti ugyanis, hogy a serumok azért nem vezettek célhoz, mert megölvén a bacteriumokat, a bacteriumhullákból kiszabaduló endotoxinok nagy tömege pusztította el a beteget. Az elektrargol és hasonló készítmények megkötik a toxinokat, de nem gátolják a bacteriumok növekedését. A szervezet védő képességét fokozó szerek, köztük a nuclein és a sublimat már helyesebb úton járnak, de *legtöbbször* érne egy oly szer, mely a nélkül, hogy a bacteriumokat elölné, *virulentiájukat csökkentené*.

Ezt a tulajdonságot véli az argochromban megtalálni: in vitro ugyanis ez a szer lefokozta a virulentiát, állatkísér-

letben pedig jól védi az állatot streptococcus-infectio ellen.

Hüssy intramuscularisan adta a szert, 1—2 cm³-t naponta, tetszés szerinti ideig, mert káros hatása a szernek nincs.

Közben a drezdai klinikáról *Kühnelt*⁴⁹ 20 esetet közölt, melyek meggyógyultak. Ő megváltoztatta a technikát, a mennyiben a poralakú methylenkéket oldotta 20 cm³ steril vízben, vattán szűrte és így adta. A kik nálunk a szerrel kísérleteztek, tudtommal ugyanígy adták és feltűnt nekik, hogy az injectio után az arcz erős kékes elszíneződést mutat.

En *Kühnelt*-nek ezt a módosítását nem követtem, hanem 1 cm³-t phiolákban oldva pro injectione készen kaptam a szert előbb a bécsi Angyal-gyógytárból, újabban a budapesti Rózsavölgyi-gyógytárból.

Közben *Bumm*⁵⁰ ajánlotta a szert streptococcus-serummal kombinálva, *Roosen*⁵¹ calomellel kombinálva, *Bársony* tanár pedig sublimattal együtt, mikor a sublimat jó hatásának fokozódását észlelte.

En 1916 eleje óta használom e szert és eddig közel 200 esetben alkalmaztam. Előrebocsajtom, hogy semmiféle káros hatását nem tapasztaltam, noha vannak eseteim, a melyek 80—100 cm³-t is kaptak betegségük folyamán. Eleinte intramuscularisan adtam, 1917 eleje óta intravenásan.

Ha sepsisellenes új szerről van szó, óvakodnunk kell attól, hogy abba a hibába essünk, melybe előtünk annyian estek, hogy tudniillik felsorolnak eseteket, melyek meggyógyultak és ezen gyógyulásokat az adagolt gyógyszernek tulajdonítják. Különösen szükséges ez az óvatosság a gyermekági láznál, ahol, mint látjuk, az esetek 90%-a spontán gyógyul, ahol súlyos esetek, melyek otthon naponként rázóhidegben feküdtek, a teljes intézeti ágynyugalomra hidegrázásaikat legtöbbször elveszítik és ahol, mint azt *Mermann* nagy anyagon mutatta ki, kritikus deferveskálások spontán módon igen gyakoriak. Ily módon egy gyógyszer hasznosságát bebizonyítani nem igen lehet, miért is sem körtüneteket, sem lázgörbéket nem demonstrállok, mert mindegyikre azt lehetne mondani, hogy spontán gyógyulás volt és ezen argumentum ellen nincs ellenargumentumom.

Mert kétségtelen, hogy a szervezetnek kitűnő védő eszközei vannak a sepsissel szemben. Így, hogy csak két példát említsek, *Wyder*⁵² írja, hogy némelyek, *Semmelweis* elméletének helytelenségét bizonyítandó, *bonczolásra* jövet *kézdesinfectio nélkül vizsgáltak szülőnőket* és közölték az eseteket, *melyek ennek ellenére nem kaptak sepsist!*

A szülőnők nemzószerve, mint hallottuk, 75%-ban tartalmaznak pathogen csírákat és a halálozás mégis csak 2—3%!

Mindez eklatánsan bizonyítja, hogy a szervezet mily hatalmas védőeszközökkel rendelkezik gyógyszer adagolása nélkül is.

Objectiv mód valamely gyógyszer hatásának tanulmányozására elsősorban egy szülőintézet halálozásának összehason-

6. táblázat. Két év (1915 és 1917) összehasonlítása a lázasan beszállítottak alapján.

	Lázas beszállítva	Extragenitalis láz	Puerperalis láz	Szülés folytán	Ab. folytán	Ab. arány-száma	Mortalitás általában	Szülés után +	Ab. után +	Active kezeltab.	Conservative kezelt ab.
1915	99	12	87	18	69	87:69 = 79%	87:14 = 16%	18:4 = 22%	69:10 = 14%	69:41 = 59%	69:28 = 40%
1917	173	12	161	28	133	161:133 = 83%	161:19 = 11.8%	28:5 = 17%	133:14 = 10%	133:77 = 57%	133:56 = 42%
							Helyi kezelés	Parauterin folyamat	Parauterinek mortalitása		
							1915	87:3 = 3.4%	87:31 = 35%	31:14 = 45%	
							1917	161:0 = 0	161:54 = 33%	54:19 = 35%	

7. táblázat. A parauterin és általánossá vált esetek gyógyulása. (161 eset.)

	Argochrom nélkül			Argochrommal		
	esetek	gyógyulás	halál	esetek	gyógyulás	halál
1. Parametritis, adnexlob	27	27 = 100%	27: 0	19	19 = 100%	19: 0 = 0
2. Peritonitis	23	23: 6 = 26%	23: 17 = 74%	21	21: 11 = 52%	21: 10 = 47%
3. Sepsis	10	10: 4 = 40%	10: 6 = 60%	15	15: 12 = 80%	15: 3 = 20%
4. Bacteraemia, pyaemia, metrophlebitis	14	14: 9 = 65%	14: 5 = 35%	32	32: 21 = 65.6%	32: 11 = 34.4%
Összes	74	74: 46 = 63%	74: 28 = 37%	87	87: 63 = 73%	87: 24 = 27%
Általános infekciók (2., 3., 4. együtt)	47	47: 19 = 42%	47: 28 = 58%	68	68: 44 = 65%	68: 24 = 35%

lítása az illető gyógyszer adagolása előtt és alatt, a mint ezt 1911-ben Tauffer tanár körülírta.

Megkísértem ezt az összehasonlítást, de eredményre nem juthattam: 1915-ben argochrom nélkül a láztalanul bejött vajudók halálozása: 0. 1917-ben, a hol minden lázas asszony argochromot kapott, meghalt episiotomia után fulminans sepsisben 1 asszony. Eszerint az argochrom folytán az intézet halálozási száma romlott volna! Pedig ez téves deductio, mert sikerült kideríteni, hogy úgy az episiotomiát, mint egy másnapi colporraphiát egy harczterről hazajött segédorvosunk végezte és mindkét beteg sepsist kapott, az egyik meghalt. A halálos eset oka tehát rendkívül virulens csirák jelenléte az orvos kezén, melyeket a szokásos desinfectio nem tudott előltni.

Hasonlóan nehéz (ha nem is mindig oly eklatáns, mint ez esetben) a gyógyszer-hatás megítélése szempontjából más szülőintézeteknek helyzete is, mert szülőintézetekben mindig igen kevés a súlyos eset és hacsak 1—2 halálessettel több fordul elő egy évben, akkor ez már a halálozás teljes megváltozását jelenti.

Ezért más módhoz fordultam és összehasonlítottam a gyermekágyban genitalis láz miatt beszállított esetek sorsát 1915-ben (argochrom nélkül) és 1917-ben (argochrommal).

A beszállított esetek jóformán mind súlyosak: oly nagy körzetből — város és környező falvak — kerülnek be, hogy 1—1 véletlen eset nem változtathat lényegesen a statisztikán és számuk oly nagy, hogy a belőlük vont következtetések már értékesíthetők. (Lásd a 6. táblázatot.)

A táblázatból látjuk, hogy a lázasan beszállított esetek halálozása 1917-ben 5%-kal kisebb, mint 1915-ben.

Mielőtt elhinnők, hogy ez a javulás az argochromnak tulajdonítandó, meg kell vizsgálnunk, nincs-e más oly körülmény jelen, mely ezt a javulást magyarázná.

Az abortusok arányszáma egyforma. A vetélések ugyanoly száma volt active kezelve s egyforma nagy a súlyosabb esetek száma.

Nem tudok tehát más magyarázatot találni a javulás oka gyanánt, mint az argochromot.

Megvizsgáltam e kérdést egy teljesen más oldalról is: Miként gyógyultak a szülőcsatorna határait meghaladó, tehát súlyosabb esetek argochrommal és argochrom nélkül? Megint azt látjuk (7. táblázat), hogy az argochrom kezelte esetek gyógyulása lényegesen jobb, 10%-kal kisebb a halálozás!

Pedig a nem kezelt esetek átlag a gyermekágy hatodik napján, a kezelt esetek annak 9. napján lettek beszállítva, azaz az argochrommal kezelt esetek elhanyagoltabbak voltak, rosszabbul kellett volna gyógyulniok.

Schmidlechner⁵³ 1911-ben azt a tételt állította fel, hogy egy gyógyszer, ha hatékony, akkor a bacteraemiákon kell ezt demonstrálni, mert az állandó bacteraemia az egyedüli formája a gyermekágyi láznak, mely önmaga meggyógyulni nem tud.

Különösen ezért vérvizsgálatokat is végeztem és vannak eseteim, melyek haemolytikus streptococcusok jelenlétében is meggyógyultak, de erre az újabb bakteriologiai kutatások folytán már nem lehet a fősúlyt helyezni (lásd a 8. táblázatot).

8. táblázat. Bacteriologiailag vizsgált esetek.

		Gyógyult	Meghalt
Esetek száma	24	14 = 59%	10 = 41%
Positiv lelet	14	14: 7 = 50%	14: 7 = 50%
Negativ lelet	10	10: 7 = 70%	10: 3 = 30%
Haem. streptococc.	7	7: 2	7: 5
Staphylococcus, coli	7	7: 4	7: 3

A bacteraemia continua ugyanis a halál előjele, praemortalis tünet, viszont az endometritisekben is sikerülhet a vérben bacteriumokat kimutatni, másrészt számos halálosan végződött esetben még a szív vére is sterilis (Herff).

Vizsgálataim és számításaim tehát azt mutatják, hogy az argochrommal sikerül a súlyosan lázas gyermekágyasok halálozását körülbelül 10%-kal csökkenteni.

Az argochromot az említett eseteken kívül nagyon sokszor adtam prophylactice, mielőtt még az eset súlyossá vált volna, lázas szüléskor, lázas vetéléskor, ott, a hol félő volt, hogy fertőzés van jelen.

Ezen eseteket nem értékesíthetem, mert nem bizonyítható, hogy argochrom nélkül súlyossá váltak volna. Kétségtelen azonban, hogy minél előbb alkalmazzuk a gyógyszert, annál inkább sikerülhet a fertőző csirák virulentiáját csökkenteni. Az argochrom, úgylátszik, valóban a virulencia csökkentését éri el, a mi klinice főleg a pulsus rendeződésében és abban nyilvánul meg, hogy a folyamat lokalizálódik.

A másik feltételnek, a szervezet erősítésének közelről

sem tudtunk annyira eleget tenni, mint azt *Bársony* tanár előadta; hypodermoklysiseket és szíverősítőket (kámfort, digalént) alkalmaztam, tehát csak oly szereket, melyek a gyakorlatban is rendelkezésre állanak.

Ha ezek után valaki azt kérdezné tőlem, hogy röviden összefoglalva mitől várom a gyermekági láz halálózásának csökkenését, akkor azt így összegezném:

1. Legfontosabb szerepe a prophylaxisnak van. A szülés türelmes vezetése, felesleges műtétek elkerülése, különösen a lepényleválasztások számának csökkentése.

2. A szülés alatti láz és a lázas vetélés conservative kezelendők, mindkettő esetében spontán lefolyásra kell törekedni.

3. A lázas gyermekági helyi kezelése teljesen elhagyandó, még a belső vizsgálatokat is ritkán és csak igen kiméletesen szabad eszközölni.

4. Kezdődő peritonitist, méhsérülésre gyanús lázas esetet, laparotomia útján operálni kell.

5. Az argochrom tapasztalásaim szerint a lázas gyermekági halálózását 5–10%-kal tudja csökkenteni.

Irodalom. ¹ *Böhr* (Fehling nyomán). — ² *Winter*: Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie, 1909. — ³ *Ahtfeldt*: Volkmann-Sammlung, 651. — ⁴ *Herff*: Im Kampfe gegen das Kindbettfieber. — ⁵ *Tóth*: Orvoseképzés, 1918. — ⁶ *Duncan*: The Lancet, 1880. — ⁷ *Bumm*: A szülészet alapvonalai. — ⁸ *Credé*: 1886 (Mermann nyomán). — ⁹ *Chazan*: Volkmann-Sammlung. — ¹⁰ *Schrader*: Volkmann-Sammlung. — ¹¹ *Hamm*: Die puerp. Wundinfection. — ¹² *Mermann*: Archiv für Gynaekologie, 1907. — ¹³ *Döderlein*: Verhandl., Strassburg. — ¹⁴ *Baisch*: Med. Klinik, 1907. — ¹⁵ *Schmidlechner*: Orvosi Hetilap, 1909. — ¹⁶ *Bársony*: Nemzetközi congressus, Budapest. — ¹⁷ *Jung*: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916. — ¹⁸ *Herff*: Verhandl., Strassburg. — ¹⁹ *Hörmann*: Monatschrift, 1911. — ²⁰ *Fehling*: Physiologie und Pathologie des Wochenbettes. — ²¹ *Herff*: Winckel-Handbuch. — ²² *Schottmüller*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1910. — ²³ *Zange-meister* (Bondy-Monatschrift, 1913. Ref. alapján). — ²⁴ *Bondy*: Centralblatt für Gynaekologie, 1911. — ²⁵ *Hamm*: Centralblatt, 1910. — ²⁶ *Winter*: Centralblatt für Gynaekologie, 1911, 15. sz. — ²⁷ *Traugott-Walhard*: Zeitschrift, 66. kötet. — ²⁸ *Bondy*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. — ²⁹ *Fromme*: Monatschrift, 34. kötet. — ³⁰ *Krömer*: Verhandl. Karlsruhe. — ³¹ *Koblanck-Sachs*: Der Frauenarzt, 1909. — ³² *Warnecross*: Centralblatt, 1911. — ³³ *Mihalkovics és Rosenthal*: Orvosi Hetilap, Gynaekologia, 1913. — ³⁴ *Mansfeld*: Orvoseképzés, 1916. — ³⁵ *Mansfeld*: Gynaek. Rundschau, 1916. — ³⁶ *Bársony*: Orvoseképzés, 1911. — ³⁷ *Sachs*: Verhandl., München, 1911. — ³⁸ *Bumm*: Verhandl., Strassburg, 1909. — ³⁹ *Bumm*: Verhandl., Budapest, 1909. — ⁴⁰ *Schäffer*: Archiv für Gynaekologie, 1917. — ⁴¹ *Richter*: Centralblatt für Gynaekologie, 1917. — *Halban*: Bécsi Orvos-Egylet, 1917. — ⁴³ *Bársony*: Orvoseképzés, 1918. — ⁴⁴ *Latzko*: Budapesti orvos-congressus. — ⁴⁵ *Saalfeldt*: Centralblatt, 1917. — ⁴⁶ *Schindler*: Monatschrift, 44. sz. — ⁴⁷ *Herff*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1915. — ⁴⁸ *Hussy*: Münchener mediz. Wochenschrift, 1915. — ⁴⁹ *Kühnelt*: Centralblatt, 1917. — ⁵⁰ *Bumm*: Grundriss der Geburtshilfe, 1917, 11. kiadás. — ⁵¹ *Roosen*: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917. — ⁵² *Wyder*: Zürichben tartott emlékbeszéd Semmelweisről. — ⁵³ *Schmidlechner*: Orvosi Hetilap, 1911.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

A vese daganatairól.

Irta: *Mező Béla* dr., operateur, urológiai rendelő-orvos.

(Folytatás.)

A vesedaganatok *kórjelzése* a kimutatható megnagyobbodásból, az időnkint jelentkező haematuriából, a vesetáji fájdalmakból s a vizelet elváltozásaiból tevődik össze.

A megnagyobbodás a vesedaganat legfontosabb diagnostikai jele, de sajnos, a daganat kezdeti szakában nemcsak a beteg nem érzí a megnagyobbodást, hanem a daganat a legszakavatottabb tapintás előtt is rejte maradhat. *Heresco* azt találta, hogy 83 eset közt a megnagyobbodás 23%-ban volt a vesemedegbetegedés első jele. *Albarran* és *Imbert* 303 esetet vizsgálva, arra az eredményre jutott, hogy daganat 84%-ban volt kimutatható. E tekintetben sok függ attól, hogy a daganat milyen alakú s a vese melyik részében mutatkozik. A vese hátulsó felületén, felső harmadában vagy felső csúcsán ülő daganatokat a bordaív és vastag lagyrészek védik, s ha a daganat nagysága folytán a vesét leszállásra

kényszeríti is, a vizsgáló csak a vese alsó csúcsát tudja tapintani, a mely semmi eltérést sem mutat. Ebből a leletből magából pedig, ha egyéb jelek nincsenek, vesedaganatra nem következtethetünk, mert lehetséges, hogy a vese csúcsa csak azért tapintható, mert a vese eredetileg mélyebben feküdt. Még nagyobb a nehézség infiltráló növesű carcinoma eseteiben, a melyek, mint említettük, az egész vesét elroncsolhatják, a nélkül, hogy a vese megnagyobbodnék, vagy felületén változást szenvedne. A megnagyobbodott máj a vese tapintásának nagy akadálya lehet. A vese felső polusán fejlődő megnagyobbodásokkal ellentétben a vese elülső felületén és alsó polusán levő daganatok aránylag könnyen kitapinthatók.

A vese tapintása legjobban az *Israel* által ajánlott, kissé hasrafordított oldalfekvésben sikerül, a mely helyzetben nemcsak a belek esnek előre és húzódnak el a vesetájékról, de a vese maga is kissé alábbszáll s így könnyebben hozzáférhető lesz. Néha úgy érünk czélt, hogy a beteget mélyen lélegeztetjük s a hason levő kezünkkel minden egyes kilégzéskor mélyebbre tapintunk. E fogást, összekötve a háton fekvő kezünk apró emelő mozdulataival, a vese alsó részében levő térfogatnagybodást könnyen körjelezhetjük. *Israel* e módszerével egy esetben cseresnye-nagyságú vesedaganatot kitapintott s tisztán a tapintási lelet alapján megoperált.

A jóindulatú vesedaganatok rendszeren síma felületűek, puhák, a rosszindulatúak egyenetlenül dudorosak, kemények, helyenként ellágyultak. Ez a megkülönböztetés nem minden esetben válik be. Vannak ugyanis egészen síma felületű malignus daganatok s lehetséges az is, hogy rosszindulatú daganatok esetében a kitapintható síma veserészlet a még ép s a tumor által félretolt vesedarab. Ezzel ellentétben az egyenetlen felületű dudoros térfogatnagybodás lehet polycystás vese is s a síma felületű térfogatnagybodás lehet solitaer vesecysta, echinococcus, hydro- vagy pyonephrosis által feltételezve. A polycystás vese haematuriát és vesetáji fájdalmakat épp úgy okoz, mint a vesedaganatok, ezért a velük való összetévesztés könnyű. Polycystás vesére a sajátos dudorzos, sokszor helyenként hullámzást mutató térfogatnagybodást érezve akkor gondoljunk, ha a nagybodás igen lassan fejlődött, akár 8–10 éve is fennáll és ennek dacára cachexiát nem okozott. Ha mindkét vesében tumort találunk s esetleg a májban, a herében, az ovariumban cysták vannak s a szervezetben fejlődési rendellenességek találhatók, ez diagnosztikát megerősíti. Tekintve azt, hogy a polycystás vese ugyanazon családban többször fordul elő, ez a körülmény is tekintetbe veendő. A polycystás vesére egyébként jellemző, hogy a zsugorveséhez hasonlóan nagymennyiségű, rendkívül híg, kevés fehérjetartalmú vizeletet termel s hogy a megbetegedést a bal szív hypertrophiája és vérérelmeszesedés kíséri.

A hydronephrosis és pyonephrosis ureter-katheterezéssel könnyen kizárható. Ha vesemedenczebeli retentio nincsen s a térfogatnagybodás hullámzást mutat, akkor csak echinococcus vagy a solitaer vesecysta jöhet számításba. A fluctuatio azonban nem minden cysta felett van meg. Ha a cysta tartalma nagy nyomás alatt van s a cysta fala feszes, hullámzást nem sikerül kiváltani. A két megbetegedés közti elkülönítés, azon ritka eseteket kivéve, a mikor az echinococcus a vesemedenczébe betört és a vizeletben horgok mutathatók ki, biztosan csak a térfogatnagybodás punctiójával sikerül. Tekintettel az echinococcus-hólyag punctiójával járó esetleges kelleretlenségre, minthogy mindkét bántalom operálandó, a punctiót ma már nem végezzük.

A vesedaganatok néha igen nagyra nőnek, úgyannyira, hogy a középvenalig betérjednek. Az ilyen nagy vesedaganatokra is jellemző, hogy a lumbalis tájra hátraterjednek és így tapintáskor a lumbalis tájon érezhetők. Mindennek dacára néha nehéz az eldöntése annak, hogy a daganat a veséből, a májból, a lépből, vagy esetleg a colonból indult-e ki. Az ilyen esetekben a colon felfűvése jó szolgálatot tesz.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a míg a bal vesére nézve a colonfelfűvés biztos eredményt ad, nevezetesen a

vesedaganat mindig a colon mögött fekszik, addig a jobb vesét illetőleg a viszonyok nem ilyen állandók. Ennek oka az anatómiai viszonyokban keresendő. A míg ugyanis a flexura coli lienalis a vese felső polusáig, de legalább a vese közepéig felterjed s a vese előtt lefelé húzódva, majdnem az egész vesét borítja, addig a jobboldalon a colon csak a vese alsó harmadát fedi, de sok esetben csak a vese alsó csúcsát érinti. Ilyen körülmények között könnyen megtörténik, hogy a vesedaganat növekedése közben a colont a középvonal felé nyomja, vagy hogy a vesedaganat a colon fölé kerül. Minthogy a colon ilyenkor a daganat mögött fekszik, tévesen arra következtethetünk, hogy a térfogatnagyság mérése nem adja meg a daganat méretét.

Általában véve a kis daganatok helyét könnyebb meghatározni, mint a nagyokét. Ha ugyanis a daganat nagy, akkor nemcsak a máj, hanem még a lép daganatok is adják a vesedaganatokra jellemző lumbalis ballotálást. A máj- és epehólyagdaganatok a máj tompulatával összefolynak s összefüggésük a májjal phonendoskoppal mindig megállapítható. Azonkívül, hogy a daganat és a máj közé a colon sohasem helyeződhetik, májdaganat esetében a máj szélét legtöbbször kitapinthatjuk. A lép daganatok vesével való összetévesztése könnyebb. A kórjelzés felállításkor a colonfelfúvással kívül az a körülmény van segítségünkre, hogy a lép daganatok inkább a köldök felé nőnek és hogy a lép fogazatos tompa széle a hasfalon át jól tapintható. A mellékveséből kiinduló és a vese körül mutakozó daganatoknak a vesétől való elkülönítése rendkívül nehéz és csak akkor sikerül, ha a vesét a daganat lefelé tolja s a vese a tumor alatt szabadon mozgatható. A mesenterium, a cseplesz és a retroperitonealis mirigyek daganatai elhelyeződésük folytán a vesedaganatoktól könnyen megkülönböztethetők. A mikor a physicalis jelek kétségesek, a vizeletvizsgálat segít ki bennünket. Ha a vizeletben vörös vérszemcséket találunk, az a tumor vese-eredete mellett szól.

A mennyiben a daganatról eldöntöttük, hogy az a veséből indult ki, tájékozódunk kell arra vonatkozólag, hogy a vese mozgatható-e. Ennek a tudása igen fontos azért, mert dönt afelett, hogy a daganat még operabilis-e. A daganatos, rögzített, nem mozgatható vese ugyanis mozgékonyaságát azért veszítette el, mert a daganat rosszindulatú s a környező részekre átkapaszkodott. Az ilyen vese műtete tehát ellenjavalt. Igen ritkán történik meg az, hogy a daganat vesekörül gyulladás által rögzített vesében fejlődik s a vese ezért nem mozgatható. Ilyen esetekben azonban a vesekörül gyulladás oka a daganattól függetlenül kimutatható. Kétes esetekben a vese Röntgen-felvételre adhat felvilágosítást arról, hogy a daganat a veséhez tartozik-e. Kellő gyakorlattal ugyanis a vese nagyságát is a lemezre tudjuk rajzolni. Ugyancsak a Röntgent hívjuk segítségül egyes a has mélyebb részeiben rögzített vagy mozgatható daganatok minőségének eldöntésére is. Ilyenkor ólmos kathetert vezetünk be az ureterekbe s a katheter lefutását Röntgen-felvétellel ellenőrizzük. Ha az ureter-katheter a rendes magasságig felhalad, akkor a daganat nem veseeredetű. Máskor az ureter-katheter a tumor magasságában megakad s jól látszik, hogy az ureter-katheter a daganattal együtt elmozgatható, jelöl annak, hogy a térfogatnagyság mérése maga a vese.

A haematuria a vesedaganatok igen fontos diagnostikai jele. A vérzés beálltának ideje nagyon változó. A haematuria igen gyakran, *Chevalier* szerint az összes rákok 25%-ában kórjelző, vagyis olyan szakban jelentkezik, a mikor a vesemegbetegedésnek összes egyéb tünetei még hiányzanak. Máskor a daganat évekig fennáll, nagyra nő, anélkül, hogy vérzés jelentkezne. A daganatos vérzésekre, mint a vesevérzésekre általában, jellemző, hogy a vérzés totalis, vagyis az egész hólyagvizet egyformán megfesti. Mégis elképzelhető, hogy a daganatos vérzés elvétele terminális vérzés képében mutatkozik. Ez a lehetőség igen ritka s csak úgy eshetik meg, hogy a nagyon erősen jelentkező vesevérzés éppen a vizelés vége felé érkezik a hólyagba. A vérzés legtöbbször igen bőséges, úgy, hogy a hólyagot véralvadékkal telt, sötét-pirosra festett vizelet tölti meg. Néha a vér az ureterekben

megalszik s ilyenkor a vizeletben akár 15–20 cm. hosszú, vékony, az ureter lumenének megfelelő vastagságú véralvadék-tömegek találhatók. Az ilyen filiformis véralvadék a vesevérzés feltétlenül biztos jele. Ha a daganat a vesét már egészen elpusztította, úgy, hogy a vizelet elválasztása már teljesen szünetel, megtörténik, hogy az ureterekben képződő véralvadék hosszú ideig helyben marad. Ilyenkor a véralvadék vérfesténye kilúgozódik, a miáltal a véralvadék fehér lesz. A vérzés legtöbbször kisebbfokú, úgy, hogy a vizelet csak húslészerű, míg máskor a vizelet vértartalma csak mikroskoppal állapítható meg. A vörösvérsejt-hengerek szintén a vérzés vese-eredete mellett szólnak. A daganatos vesevérzés jellemző sajátossága, hogy a vérzés nagyon szeszélyes és intermittáló. Néha egy napon, minden külső ok nélkül, többször vérzik a beteg, míg máskor a vérzés hónapokig, sőt évekig kimarad. A vérzés gyakorisága a daganat nagyságával semmi összefüggésben sincsen. Carcinoma esetében a vérzés ritkán hiányzik. *Chevalier* a rákok 75%-ában, *Israel* pedig 92%-ában talált vérzést. Ritkábban vérzenek a sarkomák (az esetek 50%-ában), a gyermekkori vegyes daganatok (az esetek 25%-ában) és még ritkábban vérzik a polycystás vese.

Mint általánosan ismeretes, a vesevérzések oka még tuberculosis, kö- és vérzéses vesegyulladás is lehet. A tuberculosis könnyen kizárható akkor, ha a vizelet tiszta, genyet nem tartalmaz. A kömegbetegedés viszont térfogatnagyságával csak akkor jár, ha hozzá hydro- vagy pyonephrosis csatlakozott. Vérzéssel járó vesegyulladás esetében a vérszemcsék kívül nagyobb mennyiségű fehérje van jelen és egyéb kóros vesealakok találhatók.

Fájdalom vesedaganatok kíséretében gyakran jelentkezik. Mint kezdetűnet felnőtteken 28, gyermekeken pedig 7%-ban szerepel. A fájdalom leggyakoribb oka az, hogy a nagy tömegben ömlő vér a vesemedencében és az ureterben megalszik. A véralvadék eltömeszeli az uretert s így, a míg egyfelől a vizeletretentio fájdalmas, a véralvadék eltávolítása közben jelentkeznek heves ureter-kólikák. A nem vérzéssel kapcsolatos vesetáji fájdalmak oka congestio, gyűjtőeres pangás, vizeletretentio vagy a vese parenchymájában beálló olyan vérzés lehet, a mely a vesemedencéig nem ér el és így kifelé nem jelentkezik.

Az itt vázolt, időnként jelentkező, rendszerint rövid ideig tartó kólikaszerű fájdalmakkal ellentétben áll a daganat okozta vesefájdalmak egy másik csoportja, a hol a fájdalmak kevésbé erősek, tompák, sokáig tartanak s jelentkezési idejüktől kezdve majdnem állandóak. E fájdalmak nem csupán a lumbalis tájra vonatkoznak, hanem a hasra, a scrotumba, sőt még a lábra is kisugárzanak. Ezek a fájdalmak eredetüket annak köszönik, hogy a rosszindulatú tumor átlépte a vese határait s a szomszédos idegekre is ráterjed. Ezért az ilyen fájdalmak nemcsak a kórjelzés, de a kórjelzés szempontjából is nagy jelentőségűek.

Egyoldali varicocele jelentkezik a daganatos vese oldalán. Ez a tünet azonban meglehetősen ritka. Kis tumor esetén rendszeren hiányzik, de még nagy térfogatnagyságú daganatokkal kapcsolatban sem mindig jelentkezik. *Kümmel* például 40 esete közt egyszer sem talált varicocele-t, *Israel* pedig összesen csak két esetet látott. E tünet hiányának okait azáltal jön létre, hogy a vena spermatica kiürülése akadályozva van. *Legueu* egy esete kapcsán azt állította, hogy a gyűjtőér kiürülésének akadálya az, hogy a vena spermaticát az áttéti góczok miatt megnagyobbodott mirigyek körül fogják és összenyomják. Ezért *Legueu* a varicocelenek nagy diagnostikai jelentőséget tulajdonított. Hasonló véleményen volt *Hauser* és *Rafin* is. Ez a magyarázat azonban nem válik be minden esetben, mert *Le Dentu*, *Albarran*, *Morestin* és *Heresco* olyan eseteket is észlelt, a hol mirigyes áttéti gócz nem volt és a varicocele igen kifejezett volt. Tekintve azonban azt, hogy más, igen nagy térfogatnagyságú daganattal járó vesemegbetegedések esetében, a milyen például a hydro- vagy pyonephrosis, a nagy térfogatnagyságú daczára varicocele nem jelentkezik, *Gregoire* arra a gondolatra jutott, hogy talán a vesetok erősen kitágult vena-rendszere a vena sper-

matica kiürülésének az akadály. Egyik esetünkben igen nagyfokú fájdalommal varicocele volt jelen, a melyben a műtét alkalmával nemcsak számos nagy mirigymetastasis, hanem a vesetok venáinak rendkívül erős kitágulását is észleltük. Valószínű, hogy adott esetben mindhárom tényező okozta a varicocele. *Hochenegg* az ilyen symptomás varicocelele jellegzetesnek tartja azt, hogy fájdalommal és hogy háton fekvő helyzetben nem tűnik el. A mennyiben a varicocele térdkönyökhelyzetben sem múlik el, *Hochenegg* az ilyen varicocelele mirigy-áttéti góczok nyomására vezeti vissza s az esetet inoperabilisnak tartja.

A vizelet a vörösvérsejt-tartalom mellett rendesen annyi *fehérjét* tartalmaz, a mennyi a vérnek megfelel. Emellett nagyon gyakori az, hogy a vizelet fehérjetartalma a vérnek megfelelő fehérjemennyiséget lényegesen felülmúlja, még pedig úgy a beteg, mint az ép oldalon s a vizeletben hengerek is találhatók. Ez azért van, mert a beteg vesében részben a daganat nyomása, részben pedig a daganat által termelt toxinok következtében gyulladás jelentkezik. A toxinok a másik nem daganatos vesére is hatnak s ott is nephrosist okozhatnak.

A vese rosszindulatú daganatai a működő veseállomány mennyiségét csökkentik s a még meglevő rész működését pedig az előbb említett gyulladásos folyamatok felidézése által lényegesen gyengítik. Ezért az ureter-katheterrel külön felfogott vizeletek összehasonlításakor azt látjuk, hogy a daganatos vese működése lényegesen csökkent. Az elválasztott vizelet mennyisége a beteg oldalon kevesebb, ugyancsak csökken a vizeletben oldott szilárd alkotórészek (ureum, konyhasó stb.) koncentrációja. Az indigocarmin a beteg oldalon elkésve jelenik meg s emellett a vizeletben kóros alkotórészek találhatók. Ez általánosságban így van, de nem kivétel nélkül. Megtörténik ugyanis az, a mi I. számú esetünkben is előfordult, hogy ha a daganat a vese egyik csúcsán van s inkább a felület felé nő, a daganat a veseállományt nem befolyásolja s az ugyanolyan jól működik, mint az ép oldali vese. Ha egyéb jelek nem döntenek el a tumor helyét, akkor tévedésünk csak a műtétkor derül ki.

Egyes betegek a daganat előrehaladottabb stadiumában lázasak (*Israel, Jordan, Albarran*). A láz kétségtelenül a daganat által termelt mérgek hatására áll be. III. számú betegünk 38.5 fokig terjedő lázakban szenvedett s ez a láz a térfogatnagybodás természetét illetőleg megtevesztett bennünket. A jobb vese táján körülbelül gyermekfejnyi, meglehetősen kemény s mozdulatlan térfogatnagybodás volt. A térfogatnagybodást kétségtelenül vese-eredetűnek tartottuk, a mit az ureterkatheterezés is beigazolt. A jobb ureterkatheter ugyanis 10 cm. után ismételt próbálgatás dacára megakadt, s belőle vizelet nem ürült. Tekintve azt, hogy a betegnek hólyaggyuladása volt, közeleső volt a gondolat, hogy a térfogatnagybodás elzárt pyonephrosis következménye s hogy a vese azért mozdulatlan, mert perinephritis rögzítette. A műtét alkalmával aztán kiderült, hogy a térfogatnagybodás a rekeszszel és a lumbalis izomzattal összekapaszkodott, az egész vesét elpusztító infiltráló rák volt. Az ureter-katheter megakadása csak accidentalis dolog lehetett. A láznak a daganatos eredeten kívül semmi magyarázatát nem találtuk.

A vesedaganat ritka szövődésményei közé tartozik az, amikor a daganat ráterjed az ureterre és azt elzárja. Ilyenkor hydro-, pyo-, vagy haematonephrosis jelentkezik. Még ritkább az, hogy a daganat nyomása következtében béllezáródás képződik.

A vesedaganatok továbbterjedése, a daganatok természetének megfelelően, a legkülönbözőbb módokon jöhet létre. A daganat áttörheti a vesetokot és rá nő a szomszéd szervekre, tovább terjedhet a nyirokutakon vagy a vérpályákon, betörhet a vena renalisba és vena cavaba, végül tovább terjedhet azáltal, hogy a leváló daganatsejtek az ureterben vagy hólyagban megtapadnak és itt tovább fejlődnek.

Annak a megállapítása, hogy a daganat nem terjedt-e tovább, nincs mindig módunkban. Ha a megnagyobbodott, jól tapintható vese mozdulatlan, kétségtelen, hogy környezetével összenőtt s nem alkalmas műtetre. Hasonlóképp

inoperabilisak azok az esetek, a hol más szervekben áttéti góczok találhatók. Kicsi áttéti góczok kimutatása, sajnos, nem sikerül. A mi a metastasisok jelentkezési idejét illeti, a vesedaganatokra is a többi rosszindulatú daganatoknál tapasztalt szabály érvényes. A daganat nagysága és fennállási ideje semmiféle támaszpontot sem nyújt. Néha az évekig fennálló óriási nagyságú daganatok nem okoznak áttéti góczot, míg máskor egészen kicsi daganatok, a melyek még nem is tapinthatók, az egész szervezetet elárasztják metastasisokkal. *Israel* 10 és 11½ évig fennállott rosszindulatú daganatok eseteiben a bonczoláskor sem talált áttételeket, míg egy másik esetben, a hol az elsődleges vesedaganat még egészen kicsi volt, az összes szervekben volt metastasis. *Krönlein* 15 évig fennállott és a vesét körülbelül a négyszeresére megnagyobbított velős adenosarkomát operált s a beteg tartósan meggyógyult.

A vese rögzített voltán kívül még egy diagnostikai jelünk van, a mi a vesedaganat műtétét ellenjavallja. Ez a has, a czomb és a scrotum gyűjtőeres pangása. Említettük, hogy egyes daganatok jellemző tulajdonsága, hogy a nagy gyűjtőerekre ráterjednek és azokba benőnek. Ilyen esetekben a daganatos thrombus a vena cavaba is betérjedhet, a mi a vérkeringést befolyásolja. Máskor, ha a daganat a nyirokutakon terjed tovább, a vena cavat körülvevő megnagyobbodott nyirokmirigyek nyomják a venát és okozzák az alhasi vérpangást.

A vesedaganatok operálandók, mert a jóindulatú daganatok folytonos növekedésükkel a vesét, a rosszindulatúak pedig az egész szervezetet is veszélyeztetik. A biztosan jóindulatú daganatok (lipoma), ha az eset alkalmas arra, részleges veseresectióval gyógyíthatók, malignus daganat esetében pedig az egész vesét kell eltávolítanunk. Minthogy a vese felületének pusztá megtekintésével a daganatok jó- vagy rosszindulatúsága felől nehéz dönteni, a partialis nephrectomiával nagyon óvatossá kell lennünk. A vese rögzített voltán, áttéti góczokon, s a vena cava területén jelentkező keringési zavarokon kívül a műtétet ellenjavallják mindazok az általános megbetegedések, a melyek a súlyosabb sebészti beavatkozásokat kizárják.

A vesedaganatok transperitonealis úton való operálása a lumbalis módszer mellett mindinkább háttérbe szorul. Még a legnagyobb vesedaganatok is eltávolíthatók lumbalisan. A transperitonealis eljárást ma már csak a rendkívül nagy, valamint a medenczében fekvő veséből kiinduló daganatok eltávolítására használjuk. Lumbalisan még a patkóvese is jól operálható. A transperitonealis eljárás előnye az, hogy nagyobb betekintést ad s hogy a másik veséről rögtön tájékozódhatunk. Hátránya, hogy a szomszédos hasszervek nyomása és vongálás folytán többet szenvednek; s hogyha a vesében genyedés van s a vese megreped, peritonitis veszélye fenyeget s hogy a seb ellátása sokkal komplikáltabb. Ha ugyanis a hasüreget zárni akarjuk, akkor a retroperitonealisan keletkező tasak elkerülésére a lumbalis tájon ellennyilást kell készítenünk, ha pedig ezt nem tesszük és drainünket a szabad hasüregen keresztül vezetni nem akarjuk, akkor a peritoneum elülső és hátulsó sebszéleit egyesítenünk kell, amiáltal a hasban hosszukás válaszfal keletkezik. A transperitonealis műtét súlyosabb voltának megfelelően a lumbalis veseműtétek 17%-ával szemben a transperitonealis műtétek halálozási százaléka 19.47 (*Schmieden*), a minek mentségére talán csak az a körülmény hozható fel, hogy transperitonealis úton rendesen csak a nagyon súlyos eseteket operáljuk.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A szívpitvar-libegés (Vorhofflattern) kérdése élénken foglalkoztatja mostanában a kutatókat. Legújabbán *Frey* tanár

közül nagyobb tanulmányt 100 eset kapcsán. Az eseteknek jó felerésze (52%) 50—60 éves egyénekre vonatkozik. A szóban levő rendellenesség okai között az öregebb korban az arteriosclerosis, a fiatalabb korban az endocarditis játszik főszerepet. Közvetlen kiváltó tényezőkként a túlerőtetés, fertőzőbetegségek, a terhesség, ideges befolyások jönnek főleg tekintetbe. A pitvarok tágulása 72%-ban mutatható ki. A munkabírás azokban az esetekben is tetemesen csökkent, a melyekben a szíven elváltozás nem mutatható ki. Chininkészítmények sokszor kedvezően befolyásolják a szívpitvarlibegést, különösen a chinidin (naponként 3—4-szer 0.4 gramm) néhány napon át adva. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 18. és 19. szám.)

Sebészet.

A koponyaplasticák nyomán keletkezett késő tályogokról értekezik *E. Heim*. A koponyasérülések után visszamaradt defectus gyakran teszi szükségessé annak valamely módon való fedését. Daczára a bőséges irodalmi ismertetéseknek, az a kérdés, hogy mennyi idővel a sérülés eltelte után, milyen eljárással, avagy egyáltalán pótoljuk-e a koponyacsont hiányát, nincs végleg eldöntve. Többen (*Eiselsberg, Wilms, Axhausen* stb.) mutattak reá annak a fontosságára, hogy a koponyaplasticát lehetőleg hosszabb idővel a sérülés eltelte után (6—12 hónap) végezzük és csak oly esetekben, melyekben a koponyában idegen test nincs. A szerző három operált esetben észlelt késői tályogot koponyaplastica után. Első betegén 3 hónappal a sérülés után, amidőn az agyban lövedék-szilánk volt jelen, a második betegén egy évvel a műtét után és a harmadikon több mint egy évvel végzett plastica után képződött extraduralis tályog. A mi a műtét eljárást illeti, a szerző is ama felfogás mellett foglal állást, hogy idegen anyagokat (ezüst, celluloid, állatokból vett csont) ne használjunk fel a plastica céljaira, inkább autoplasticát végezzünk olyan módon, hogy a tibiát, a scapulát, avagy a sternumot, esetleg bordát használjuk fel a defectus pótlására. *Küttner* magából a koponyából veszi a lebenyt *Müller-König* vagy *Garré-Hacker* szerint. Bármelyik eljárást választjuk is, fontos az, hogy a plasticát oly időben végezzük, a mikor a sérülés már begyógyult, a koponyaúrben csont, fémszilánk és egyéb idegen test nincs és a sebesüléstől számítva lehetőleg egy év már elmúlt. (Med. Klinik, 1918, 9. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

Az arteria vertebralis aneurysmáiról értekezik *R. Lauenstein*. Legújabbán *Küttner* mutatott reá annak a szükségességére, hogy az arteria vertebralis aneurysmája esetén az ér úgy centralisan, mint peripherián is leköttessék. A centralis csont az arteria subclaviánál, a peripheriás pedig a suboccipitalis tájon kötendő le. A szerző két esetet közöl, a melyek mindegyikében az arteria vertebralis aneurysma spuriuma volt jelen s az egyik esetben az ér a 6. nyakcsigolya harántnyulványánál sérült meg, a másik esetben az atlas és epistropheus között. A diagnosis megállapítása nem volt könnyű; az egyik esetben mély nyak-abscessusra, a másikban az arteria auriculo-temporalis aneurysmájára gondoltak. A subjectiv nehézségek közül a fej- és fülzúgás, a belővés helyén a beteg által állandóan hallható zörej jellegzetes. Idegeknek bevonatása a kórfolyamatba elég gyakori, amiként a szerző is a n. facialis paresist figyelte meg az aneurysma-zsák nyomása következtében, a mi a műtét után visszafejlődött. Egy másik secundaer jelenség a caput obstipum, a mely szintén nyomás következménye volt és az aneurysma műtete után meggyógyult. A vertebralis aneurysma műtete abból állott, hogy a m. sternocleidomastoideus elülső szélén vezetett metszéssel a carotis communist szabaddá tették, majd az izom sternalis részét két harántujjnyira a clavicula felett átmetszették. Az így kiproparált arteria vertebralist a subclaviából való eredésénél leköttették, mire az aneurysma pulsatioja megszűnt. A haematoma zsákjának kitakarítása után nagyobb vérzés nem volt. A sternocleidomastoideus összevarrása, tamponade; zavartalan gyógyulás. Ez esetben

tehát az arteria vertebralis peripheriás leköttése nem látszott szükségesnek, mint a szerző másik esetében. Itt a diagnosis aneurysma arteriae auriculo-tempor. volt, a carot. communis compressiójára azonban a vérzés nem szűnt és így a vertebralis sérülésére lehetett gondolni. Ennek centralis része leköttetett, a vérzés azonban nem szűnt, mire a regio occipitalisban, a m. splenius és semispinalis capitis átmetszése után az ér az atlas harántnyulványánál kiproparáltatott. Csak ennek leköttetésével volt a vérzés megszüntethető. Hogy egyes esetekben elegendő a centralis rész leköttése, ez az art. basil. anatómiai sajátosságával magyarázható, amelyben ez érben ventilszerű válaszfal szokott lenni, a mi arra utal, hogy a basilaris két arteris vertebralisból tevődött össze. Ez a ventil akadályozná meg a vér visszafolyását a centralis rész leköttése után. Ezen rendellenességre azonban nem szabad számítanunk, miért is a szerző véleménye az, hogy a haematoma-zsák megnyitása előtt az arteria vertebralis az említett módon úgy centralisan, mint peripherián leköttendő. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 10. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

A gyermekkori thymus-hyperplasiával és gyógykezelésével foglalkozik *Birk* (Kiel). Hangsúlyozza, hogy az egyszerű thymus-hyperplasia, melynek legfőbb tünetei a stridor, a nagy thymustompulat és a Röntgennel megállapítható nagy thymusárnyék, időnkint jelentkező fulladás-rohamok, dysphagia, élesen elkülönítendő kórkép az ugynevezett status thymico-lymphaticustól. Utóbbi systemamegbetegedés, melynél a thymus megnagyobbodott volta mellett a szervezet egész nyirokrendszere is kórosan túlteng; nem veleszületett bántalom, hanem bizonyos constitutio mellett fejlődő, a táplálással befolyásolható baj. Viszont az egyszerű thymus-hyperplasia veleszületett baj, melyben sem a constitutio, sem a táplálás nem játszik szerepet. Az utóbbinál észlelt halál fuladási halál, míg a status thymico-lymphaticusnál szívbenulás. A kétféle kórképnek kezelése természetesen más és más. Míg a status thymico-lymphaticusnál a diéta kezelés lesz javalt, addig a veleszületett thymus hyperplasiánál csak sebészi, avagy Röntgen-kezelés jöhet szóba. A szerző ez utóbbit tartja a legcélszerűbbnek és legkevésbé veszélyesnek. Őt esetében ily kezelés mellett a mirigyszövetnek Röntgennel követhető kisebbedésével a klinikai tüneteknek, főleg a nehéz légvétnék gyors javulását észlelte. Káros hatását a Röntgennek egy ízben sem észlelte. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1918, 7. szám.) *Vas J. dr.*

Bőrkórtan.

A hadkötelesek szándékosan létrehozott bőrbántalmait tárgyalja *Touton* tanár (Wiesbaden). A simulatio oly régi, mint a hazugság. Betegségek színlelését már az emberiség legrégebb történetében találjuk megörökítve s bizonyos, hogy a csalási kísérletek első és legfontosabb rúgója a katonai szolgálat (*Becker*). *Touton* bevezetésül számos oly csalafintaságot ismertet, melyekről a régi idők írói tesznek említést. Persze ezekben az időkben főként koldusok, naplopók éltek e csalásokkal, hogy a naiv emberek szánalmát s vele együtt pénzét kikényszerítsék. Mai nap több fajtájú mesterségesen létrejött bőrbántalom-csoportot kell figyelembe vennünk. Szóba jönnek elsősorban az ugynevezett artificialis bőrbajok, melyek, mint professionalis betegségek, igen különfélék lehetnek. Ezek száma az ipari haladással egyre szaporodik. Hiszen már 1911-ben *Herxheimer* több mint 80-féle „ipari ekzemát” ismertetett. A legkülönbözőbb foglalkozások tudnak ily ekzemákat létrehozni s fönn tartani. Könnyen belátható, hogy az e bőrbajokban szenvedő egyének egyike-másika felhasználja az általa jól ismert baját arra, hogy a katonai szolgálat alól kivonja magát. Fontos azért, hogy a szimulálással gyanúsított katonakötelesek polgári foglalkozása iránt is érdeklődjünk. Azonban még a valóban szándékosan létrehozott bőrbajok sem bírálhatók el egyformán. A szándékosan okozott bőrbajok ugyanis nem kis számmal hysteriás egyé-

nekre vonatkoznak. A hysteriás egyennek a szimulálásra való hajlama eléggé ismeretes. De az is bizonyos, hogy a hysteriás egyént betegnek kell tekinteni s így cselekvései nem minősíthetők egyszerűen csalárd szándéku szimulálásnak. Maradnak végül az igazi szimulánsok, a kiknek lelki életében sehogy sem mutathatók ki kóros eltérések. A szerző ezután áttér a mesterségesen előidézett bőrelváltozások tünettanára és aetiologiájára. Németországban a legtöbb öncsonkító a keleti határvidékről kerül ki. Ezt a tapasztalást talán a közeli Oroszország hatására lehet visszavezetni, a hol, úgy látszik, különösen divik a szimulálás és öncsonkítás. A legközönségesebb művi bőrelváltozások közé tartoznak a gangraenás lábszárfelek. Ezek a legkülönbözőbb chemiai és physikai ingerekkel létesíthetők. A leggyakoribb chemiai ingert a cizálra a különböző maró- és étető-szerek szolgáltatják (lúgkő, ásvány-savak, csontolaj stb.). Physikai ingerképpen legtöbbször a tüzes vasat használják. A szerző azután a legkülönbözőbb módokat és szereket ismerteti, a melyek segítségével bizonyos bőrbajokat többé-kevésbé imitáló kóros folyamatok létesíthetők. Híres a maga nemében a *Thibierge*-eset. Ez tapasztalt ápolóra vonatkozik, a ki dermatographismusban szenvedett s e baját arra használta ki, hogy egy raffinált instrumentarium segítségével a legkülönbözőbb bőrbajokat imitálta. A variolát oly jól tudta utánozni (kis órákulcs csavarásával), hogy mint himlős beteget izolálták. Végül mégis rajtavesztett, a mikor bajtársainak szimuláló cursust akart tartani. A leleplezés nem mindig könnyű, bár tapasztalt orvos hamar eligazodik. A leleplezés legkönnyebb, ha a marószert a tettes holmija között fellelhető, avagy az alkalmazott maróanyagot elcsepegtette s az a nagyobb fekélyeken kívül apró cseppekre, vagy vonalszerűen elnyúló fekélyeket okoz. A zavaros anamnesis is rendszerint nyomra vezeti. A csalási szándékkal rendszerint együgyűség is jár s ez utóbbival szemben áll az objective észlelő orvos kritikája. Gyanus az is, hogy a szimuláns bőrbaja a leggondosabb kezelés ellenére sem akar gyógyulni. Gondos felügyelet, megfelelő védőkötés, gyakori kutatás a tettes holmija között sokszor vezet sikerre. A legfontosabb, hogy az orvos higgadt, megfontolt, tapasztalt, de egyben emberséges is legyen. Mert nemcsak a túloptimista, könnyen hívó orvos káros a közérdekre nézve, hanem talán még inkább az az orvos, a ki minden katonaköteles férfinél csalárd szándéku szimulánst vél felismerni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 16. és 17. szám).

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Vérzéscsillapítás. A bécsi orvosegyesület április 5.-én tartott ülésén *Pal* egy betegbemutatáshoz fűződött vita kapcsán felemlítette, hogy egyoldalú vesevérzés egy súlyos esetében, melyben a legkülönbözőbb eljárások hatástalanok voltak, a többi között a calcium is per os és befecskendezés alakjában kis adagban: feltűnő jó eredményt látott 0.2 gramm calcium lacticum intravenás befecskendezésétől. Az injectiót viharos reactio követte ugyan: rázóhő, 40.3° hőmérsék és collapsus, sőt a vérzés is fokozódott, mindez azonban hamarosan megszűnt, a vérzés nem ismétlődött s a beteg gyorsan összeszedte magát.

Methylenkékezősttel (argochrom) a hallei belklinikán tett kedvező tapasztalatokról számolt be *Pollag* a hallei orvosegyület december 5.-i ülésén. Jó eredménnyel használták a szert sepsis, sepsises diphtheria, meningitis cerebros spinalis epidemica, recidiváló endocarditis, typhus eseteiben. 1—2-naponként adtak 0.1—0.2 grammot a láztalanodásig, még pedig lehetőleg intravenásan; intramuscularis és subcutan alkalmazás után néha steril tályogok fejlődnek.

Erysipelás megelőzésére olyan műtétek alkalmával, melyek után orbáncztól lehet tartani, *Rost docens* (heidelbergi sebklinika) az antistreptococcus-serumot ajánlja. Az anaphylaxia veszélye miatt 8—10 napon át calcium chloratum 10%-os oldatából naponként 2-szer evőkanálnyi veendő be. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 17. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918. 21. szám. *Fejér Gyula*: A látóidegfejlődés elváltozásairól (fészenyződés, velőtartalmu idegrostok). *Walkó Rezső*: Reflexiók *Mansfeld Ottó* „A gyermekági láz kezelése” című előadása kapcsán.

Budapesti orvosi újság, 1918. 22. szám. *Henselmann Aladár*: A lép Röntgen-diagnostikája. *Deszimirovity Koszta*: Heveny nicotinmérgezés különös esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Kerekes László* dr.-t a pécsi közpórház belgyógyászati osztályának főorvosává nevezték ki.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat május 27.-én tartotta évi közgyűlését. Úgy az elnöki megnyitó, mint a titkári jelentés fájdalmasan emlékezik meg arról a kedvezőtlen helyzetről, amelybe a nyomdai termékek előállításának költségeinek szertelen emelkedése (a régi áraknak több mint ötszöröse) a társulatot juttatta. Ennek tulajdonítható, hogy a társulat 1917. évi illetmény gyanánt egyelőre csak *Kollarits Jenő* „Jellem és idegesség” című munkáját adhatja, melyet néhány hét múlva fog megküldeni tagjainak. A társulat reméli, hogy az államtól nagyobb segítyt kap s így módon nem lesz kénytelen beszüntetni működését a mostani szerfelett kedvezőtlen viszonyok közepette sem. Mindenesetre kérni kell azonban tagjainak türelmét addig, míg kedvezőbb viszonyok bekövetkeztével az elmulasztottakat pótolhatja. A közgyűlés a régi tisztikart (elnök: *Tóth Lajos*; alelnökök: *Jendrassik Ernő* és *Dollinger Gyula*; I. titkár: *Székely Ágoston*; II. titkár: *Scholtz Kornél*; pénztárnok: *Vermes Lajos*) újból megválasztotta; az igazgatótanács új tagjai lettek: *Kuzmik Pál*, *Székács Béla* és *Pekár Mihály* (Pozsony).

Tuszkai Ödön dr. orvosi gyakorlatát Marienbadban ismét megkezdte.

Meghalt. *Pesthy István* dr., Tolnamegye tiszteletbeli főorvosa, hosszas szenvedés után május 22.-én 43 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A prágai cseh egyetemen *E. Formanek* dr. rendkív. tanárt rendes tanárrá, *A. Hamsik* magántanárt rendk. tanárrá nevezték ki, mindkettőt az orvosi chemiából. — *H. Rex* dr. rk. tanár (anatomia, prágai német egyetem) rendes tanári címet kapott.

Fővárosi Fásor Sanatorium Radiologiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnosztikára és mélytherapiára.
Vezető: **Biró Ernő** dr., főorvos.

Dr. SZÉGO-féle ORVOSI DIAGNOSZTIKAI és ELHELYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93—22. Tulajdonos: **Dr. Weisz Henrik** orvos. Budapest, VII., Sziv-u 69. I. em.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugárzó gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkésülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fásor 13-15.

Felvételek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriatorozsa 34.

RÖNTGEN-REINIGER

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

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

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

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Dietetás-physikalás magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegségei (cukor-baj, közsvény), nearastheniások, verszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízáló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.

Vezetőorvos: **Dr. Gáman Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasban a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1918 május 21.-én.) 300. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (VI. rendes tudományos ülés 1918 március 2.-án.) 300. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya (I. bemutató ülés 1918 február 28.-án.) 301. lap.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1918 május 21.-én.)

Elnök: id. Entz Géza.

Titkár: Fröhlich Izidor.

Orvosi érdekű volt a következő előadás:

Preis Hugó 1. tag: *A bakteriumspórák csirázása.* Vizsgálatai szerint a csirázás a spórahéj és az erősen fénytörő spóratest között rejlik, igen vékony protoplasmarétegből (a csiraplasmából) indul ki, a mely a spórának életképes eleme, míg a fénylő test a fiatal sejt felépítésében csak anyagilag, mint tartalékanyag, de nem formailag vesz részt. A spóra héja a csirázásban teljesen passzív viselkedik. A spórák nagy ellenálló képességét eszerint nem a spóra fénylő, erősen fénytörő testének, hanem a csiraplasmának kell tulajdonítani.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1918 március 2.-án.)

Elnök: Buday Kálmán. Jegyző: Molnár Béla, később Csiky József. (Vége.)

Az ulcus ventriculi és duodeni diagnostikájának és therapiájának egyes kérdéseiről.

Rosenthal Jenő: A legutóbbi 3 $\frac{1}{2}$ év folyamán több mint 3500 beteget vizsgált át, kik közül 326-nak volt ulcusa. A gyomor és duodenum ulcusai egymás közt úgy oszlottak meg, hogy két gyomor-ulcusra esett egy duodenalis ulcus. Feltűnő volt a kis görbület ulcusainak nagy száma (ezek az összes ulcusoknak csaknem egyharmadát tették). Az esetek anamnesisének vizsgálata azt mutatta, hogy a kórelőzmény a legtöbb esetben útbaigazíthat bennünket arra vonatkozóan, hogy van-e ulcus vagy nincs, de nem tájékoztat az ulcus helyére vonatkozólag. Éhségfájdalom, étkezés után későn jelentkező fájdalmak ugyan többnyire duodenalis ulcusnál jelentkeztek, de egyáltalán nem volt ritka más localisatiójú, specialisan kisgörbületi ulcusoknál sem. Feltűnő volt az ulcusbetegek nagy súlyvesztése, mely átlagban 5–10 kgr. között ingadozott, de akárhányszor a 20 kgr.-ot is meghaladta anélkül, hogy valami malignus-folyamat lett volna jelen. Manifest vérzés az esetek körülbelül $\frac{1}{10}$ -ében fordult elő; az előadó kiemeli, hogy elég sok kisgörbületi ulcusnál csak melaena volt haematemesis nélkül.

Az eseteknek a secretiós viszonyok szempontjából való vizsgálata érdekes adatokat szolgáltatott; kitűnt ugyanis, hogy míg az anacid, hypacid és normalis aciditású esetek kisgörbületi és részben praepylorikus ulcusoknál praevaleáltak, addig a hyperacid secretiójuk inkább a pylorus körüli és a postoperatív ulcusoknál voltak többségben.

A széketlétnek occult vérzésre való vizsgálata azt mutatta, hogy három napi húsmentes diéta után az eseteknek $\frac{3}{4}$ részében negatív úgy a Weber-, mint a benzidin-reactio, ha azonban a húsmentes diétát 6 napon át folytattuk, akkor egy esetben sem volt occult vérzés kimutatható, a mennyiben a vizsgálatot közvetlenül megelőzően nem volt. Az occult vérzés vizsgálata ilyenformán nem arra szolgál, hogy megállapíttassék, vajon van-e ulcus, hanem jelentősége a carcinomával szemben való differential-diagnosisban rejlik, mivel carcinománál az occult vérzés 6 napi húsmentes diéta után is csaknem mindig pozitív.

A Röntgen-vizsgálat szempontjából az ulcusok több csoportba oszthatók: az egyik csoportba tartoznak azok, melyekben az ulcus látható, a másik csoportba azok, a melyekben ulcusra egyéb jelekből következtethetünk s végül egy harmadik csoportba azok, a hol az ulcust a Röntgen-vizs-

gálat nem mutatja ki. Az előadó részletesen ismerteti az eljárásokat, melyeknek segítségével nehezen felismerhető kisgörbületi ulcusok kimutathatók. Ezen technikának pontos követése s rendszeres betartása lehetővé teszi az ulcusok túlnyomó részének helyes felismerését, bár kétségtelennek tartja, hogy igen számos ulcus nem hozzáférhető a jelenlegi vizsgálati methodika számára.

Tekintettel arra, hogy egy vizsgálati methodus magában csak ritkán szolgáltathat biztos adatokat, az előadó kiemeli, hogy minden esetben, midőn valamely beteg gyomorpanaszokkal jelentkezik, minden vizsgálati eljárás alkalmazandó. Így érhető csak el az, hogy lehetőleg kisszámú ulcus kerülje el a vizsgáló figyelmét.

Bálint Rezső: Előadásában főképp abban az irányban akarja adatait csoportosítani, hogy minő álláspontot kell elfoglalnunk a belgyógyászati, illetve sebészi kezeléssel szemben ulcus eseteiben. Fontosnak tartja ezt főleg azért, mert kimutatta, hogy a kis curvatura callosus, illetve penetráló ulcusai nem oly ritkák, mint eddig gondoltuk, hanem az összes ulcus-esetek 30%-ában Röntgennel kimutathatók, már pedig ezeknek kezelését illetőleg eddig általánosan elfogadott álláspont volt, hogy sebészi kezelést igényelnek.

A belgyógyászati kezelésnek — a mint az az I. számú belklinika történet — rövid vázolója után áttér statisztikai adatainak tárgyalására, a melyek 326 esetnek 3 éven át tartó megfigyeléséből és többszörös vizsgálatából származnak. Külön tárgyalja a kis curvatura callosus és penetráló ulcusait, és külön csoportban az egyéb ulcusokat: a pyloricus, juxta-pyloricus, praepyloricus, postoperatív és duodenalis ulcusokat. Ezt a különválasztást azért teszi, mert utóbbiaknál csak akkor állította fel az operatio indicációját, ha belorvosi kezelésre nem javultak vagy a beteg socialis helyzete folytán a belorvosi kezelés nem volt keresztülvihető. Ezek az operált esetek tehát a súlyosabbak voltak s így a belgyógyászilag kezeltékkel az összehasonlítás szempontjából nem egyenértékűek. A kis curvatura ulcusait ellenben — az elfogadott álláspontnak megfelelőleg — eleinte válogatás nélkül megoperáltatta, később pedig nem s így ezek összehasonlíthatók.

A pyloricus, juxta-pyloricus, praepyloricus, postoperatív és duodenalis ulcusokat illetőleg statisztikai adataiból megállapítja, hogy ezeknek 80%-a a belgyógyászati kezelésre vagy gyógyul (körülbelül 35%), vagy lényegesen javul (körülbelül 45%), úgy, hogy a beteg munkaképes lesz; a hátralevő 20% részben változatlan, kis része rosszabbodik; a halálozás körülbelül 5%.

Ha ezen ulcusokat localisatio szerint külön vizsgálja, azt látja, hogy az egyes fajtáknál a gyógyulási és javulási százalék nem változik lényegesen. A hyperacid ulcusok jobban gyógyulnak belgyógyászati, mint sebészeti therapiára. A vérző ulcusok prognosisa sem lényegesen rosszabb a belgyógyászati kezelés szempontjából. A kis curvatura callosus, illetve penetráló ulcusainak adatait vizsgálva, 70 belorvosilag és 26 sebészileg kezelt eset lefolyásából azt következteti, hogy ha a sebészileg kezelt gyógyulásának százaléka igen kevéssel magasabb is a belgyógyászati kezeltekénél, a javultak százaléka annak lényegesen mögötte marad s a műtét oly súlyos, hogy igen nagy halálozási százalékot mutat. Amellett a beteg gyökeres műtét esetén sincs biztosítva a recidiva ellen. Ezen ulcusok közül is a hypacidok jobban gyógyulnak sebészi, a hyperacidok belgyógyászati kezelésre.

Az eddig elfogadott állásponttal szemben — hogy ezen ulcusok mind operálandók — arra az álláspontra helyezkedik, hogy ezen ulcusok is lehetőleg belgyógyászilag kezelendők.

Igen sok sorozatos felvétellel illusztrálja, hogy hogyan fejlődik vissza az ulcus-kúra alatt az ulcus-fészek.

Verebély Tibor: Későn értesülvén a kérdés előadásáról, anyagát nem volt alkalma részletesen rendezni azon szempontok szerint, melyeket az előadók felvetettek. Így tisztán sebészeti szempontból adja elő gondolatmenetét, a melyre eddigi indicációját felépítette.

Kórbonczani szempontból kétségtelen, hogy az alapbántalmat, mely a fekélyképződésnek előfeltétele, a dispositio ulcerosa, legyen az szöveti avagy functionalis hiba a gyomor nyálkahártyáján, a szervezetből sem belső kezeléssel, sem sebészileg eltüntetni nem lehet. Javítható, de nem írható ki. A gyomorfekély gyógyulásra képes egymagában és szövödményeiben, nevezetesen átfürödés után is, ha nem okozott általános hashártyagyuladást. Az idősült fekélyek callosusá váló átalakulásának oka ismeretlen; a callositas lényege a vaskos hegermelés, mely a gyógyulásnak akadálya épp úgy, mint az ulcus crurisnál. Az ulcus callosus gyógyulására bizonyítékot nem ismer, minthogy kórboncznok korában végzett sok ezer boncolásából egyetlen esetben sem emlékszik oly behámosodott hegre, callustömegre, mely ily callosus fekély maradványaként volna elfogadható. Mert, hogy a callus valaha felszívódnék, arra szöveti szerkezete alapján gondolni sem lehet. Az átfürödés túlnyomó része callosus fekélyen jön létre. Sokkal ritkábban heveny vagy idősült egyszerű fekélyen: 11 átfürödött eset közül egy volt nem-callosus. A fekély rákos elfajulása sokkal gyakoribb, semmint feltételezzük: nem a rák gyógyul fekélyesen, hanem a fekély lesz rákossá. Ezt bizonyítja a boncolások és műtétek alkalmával nyert fekélyek szöveti vizsgálata.

Klinikailag kétségtelen, hogy az egyszerű fekély, legyen az heveny vagy idősült, belső kezelésre gyógyulhat. Az ulcus callosus viszont évtizedekig fennállhat aránylag csekély tünetek mellett: klinikailag florid callosus fekély lappangóvá tehető helyes kezeléssel. Bizonyítékot arra nézve, hogy a lappangás a callositas előhaladásának megszűnését jelenti, eddigi tapasztalataiban nem lát, épp úgy, mint ahogy nem tisztázzák a bemutatott szép képek sem azt, hogy idősült fekély szövödményeivel vagy callosus fekély átalakulásának lehetőségével állunk-e szemben.

A belgyógyászati és sebészeti fekély-kezelés értékének összehasonlítására a felette különböző anyag nem alkalmas. Nagy anyagnak évtizedekre menő megfigyelése és minden egyes esetben késői boncolása volna alkalmas annak pártatlan eldöntésére, melyik kezelés helyesebb végeredményében. Az eddigi tapasztalatok szerint a belgyógyászati kezelés rovására irandónak tartja a késői átfürödásokat, ulcus-rákot, a kezelés folyamán kiterjedésük miatt inoperabilissá vált eseteket és a belgyógyászati halandóságot. Ezzel szemben a sebészeti kezelést terheli a műtét halandósága, a fekély kiújulása és a bennhagyott, tehát nem gyökeresen operált esetek késői szövödményei: átfürödés és rák.

Ezen gondolatmenet alapján műtétet tart szükségesnek: 1. minden szűkületet okozó fekélynél, legyen az pylorus-szűkület vagy homokóragyomor; 2. átfürödésnél, ha általános hashártyatünetekkel jár; 3. callosus fekélynél, ha az idősült fekély belgyógyászati kezelésre nem gyógyulás folytán ennek gyanúját kelti. A callositas fennforgásának eldöntését reméli azon tökéletesített diagnostikai megfigyeléstől, melyet az előadók felvetettek.

Az elmúlt 31½ esztendő alatt, mióta a sebészeti klinikát vezeti, 320 beteg ember került klinikáján műtetre. Az összes halálozás, beleértve az átfürödés hashártyagyuladásokat, inoperabilis rákokat, 53, vagyis 16,4% volt. Az operált esetek közül 180 volt fekély, ezek közül meghalt 28. Ha az általános hashártyagyuladással operált 11 esetet levonja, nyugalomban műtett 169 fekélye közül meghalt 17, vagyis 10,3%. 71 volt sima heges szűkület, a melyeknél gastro-gastrostomia vagy gastro-enteroanastomosis volt a műtét; meghalt 4, közülük 3 olyan, kiket legsúlyosabb inanitióban helybelileg érzéstelenítve operált kísérletkép az élet megmentésére. Ezeket levonva, 68 sima műtett esetére esett egy halál, vagyis 1,47%. 98 fekély volt callosus, tehát nyitott. Ezek közül meghalt 13, vagyis 13,2%. A callosus fekélyek közül 55 esetben végezte a fekély kiirtását 6 halálessel (10,9%), 28 esetben a pylorus-kirekesztést, gyomorbél-egyesítéssel: 6 halál (21,4%); 15 esetben egyszerű gastro-enteroanastomosis történt 1 halállal (6,6%).

Ezek a számok indítják annak felvételére, hogy a sebészeti kezelést a belgyógyászattal a közvetlen eredményt illetőleg egyenrangúnak

tartsa, míg a távoli eredmény szempontjából eddigi tapasztalata alapján bizalma csakis a gyökeres sebészi ellátásban lehet.

Borszék Károly: Azon eredmények megállapítására, a melyek a gyomor- és duodenalis fekélyek sebészeti kezelésével elérhetők, okvetlenül figyelembe veendőnek tartja az alkalmazott műteti módot is, mert anélkül a sebészeti beavatkozás értékét illetőleg tiszta képet nem lehet kapni. Minthogy a pepticus fekélyt előidéző okok nem ismeretesek, a sebészeti kezelést radikálisnak ugyan nem lehet tartani, de sok olyan esetben mégis elérhetünk vele eredményt, a mikor a belső kezelés eredménytelen volt; tehát a sebészeti kezelést nem lehet a belső kezelés concurrensének tekinteni, hanem az ulcus-kezelés egy módjának, a melyet csak pontos javallatok esetében lehet alkalmazni.

A callosus fekélyeket operálandónak tartja, tekintet nélkül azok elhelyeződésére, részint azért, mert a carcinomás degenerációt sohasem lehet teljes biztossággal kizárni, részint azért, mert a belső kezeléssel elért gyógyulás ezen fekélyeknél nem mentesít a későbbi rákos degenerációtól; ha az ilyen fekélyt kimetszszük, mindenféle későbbi szövödménynek eleje van véve.

A pyloricus elhelyeződésű és a duodenalis fekélyeknél a gastro-enteroanastomosis egymagában véve nem tartja elegendőnek a fekély begyógyítására: tapasztalatai szerint az állandó eredmények sokkal jobbak, ha a pylorus kirekesztése útján a fekélyt az emésztéssel járó mechanikai és chemiai insultusoktól mentesítve nyugalomba helyezzük.

A legutolsó magyar sebész-congressuson 57 operált gyomorfekély-esetről számolt be 10,53% mortalitással.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya.

(I. bemutató ülés 1918 február 28.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Ádám Lajos.

(Folytatás.)

Pneumotosis cystica ureteris.

Ádám Lajos: K. J. 42 éves nőbeteg jobboldali gyermekfőnyi hypernephroma miatt 1917 március 12.-én nephrectomiát végzett Dollinger tanár. A daganatból jókora diónyi belenőtt az ureterbe, miért is az ureternek egy darabját eltávolította. Az uretert paquelinrel vágta át s a csonkot lekötötte. A műtét sebet teljesen egyesítette. A beteg március 27.-én gyógyultán távozott. 1917 április 28.-án újból jelentkezett, hogy fájdalmai vannak hasának jobb felében. A műtét területen elváltozást nem találtak, ellenben a hasürben a jobb bordaív alatt a mammillaris vonalban, kb. a köldök magasságában egy tyúktójsnyi kemény daganatot tapintottak, mely jobbra-balra mozgatható volt. Felvételük az volt, hogy az uretercsonkban recidiva keletkezett s ezért a daganat eltávolítását határozták el. A műtét elvégzését Dollinger tanár az előadóra bízta. A középvonalban hatolt be s a lig. gastrocolicumban tyúktójsnyi, kékesen áttűnő, sima felületű képletet talált; átvágva a lig. gastrocolicum-lemezt, a daganat a laza környezetből könnyen volt kihámozható. A daganatnak körte alakja volt s a szára a lekötött uretercsonkban végződött. A régi lekötés alatt újból lekötötte az uretert s a két lekötés között átvágta. Midőn az így kifejtett daganatot felvágta, legnagyobb meglepetésére tiszta levegőt tartalmazott, a vékonyfalu cysta belseje egészen sima, fénylő. A cystát Buday tanár volt szives megvizsgálni s a következő leletet adta róla: Tyúktójsnál nagyobb zsák, a mely vékony, áttetsző fallal bír, belfelülete sima, savós hártáéhoz hasonló, kívülről zsírkaréklyok tapadnak hozzá. Helyenként vérdús, sötét-szedres, sőt vérzéses, lefelé hirtelen elkeskenyedik, itt selyemlektések vannak benne. A tömlő fala sehol hámbéléssel nem bír s tisztán csak rostos kötőszövet alkotja, a rostok vaskosak, feszesen szöttek és két rétegben vannak elrendezve. A szabad felület sima, nem szemölcsös. Kifelé a tömlő-fal közvetlenül átmegy a zsírszövetbe, izomnyalábokat van Gieson-festéssel nem sikerült kimutatni. Az egyik metszetben a rostos fal külső szélén selyemfonalak, idegen test, óriás sejtek vannak.

E szerint semmi bizonyítékát sem találtuk annak, hogy a tömör fal az ureter vagy vesemedence által alkottatnék. A kép inkább egy rostos fasciaszerű képletnek felel meg.

A bemutató nem akar kitérni a szervezetben előforduló különféle gázképződéssel járó kórformákra, mint a milyen a gangraena emphysematosa, a tipusos gázugraena, vagy rothadást okozó saprophyták okozta putrid folyamat, melynek eredménye bűzös gáztartalmú phlegmone vagy tályog, vagy az oedema malignum és a gangraena nosocomialis.

A bemutató által említett, levegővel telt cystához hasonló, semmi lobos külsőt nem mutató elváltozást leginkább a gyomor- és béltractuson észlelték s legelterjedtebben pneumatosis cystica intestini néven szerepel. A Zentralblatt für Chirurgie ezidei 5. számában H. Kuder 62 ilyen esetet említ. Keletkezésükre két theoria áll szemben egymással: a bakteriologiai és a mechanikai. Arzt, Duprez, Eisenlohr, Hahn stb. különböző bakteriumokat találtak, mások, mint Ciechanowsky, Hacker, Neudörfer, Urban s Verebely, tisztán mechanikai alapon úgy magyarázzák, hogy mivel az esetek nagy részében pylorus-stenosissal kapcsolatban gyakori hányás után észlelték, a hányás folytán előálló nyomás a bélgazokat a bélnek valamely meglevő repedésén át, Verebely esetében a meglevő tuberculosis fekélyeken át, a subserosus szövetbe préseli, mikor is borsó-babnyi, sőt diónyi, sokszor szőlőfürt-szerűen elrendeződött cysták jönnek létre.

A bemutató esetében is — melyhez hasonlóan különben sehol leírva nem talált — valószínűleg ily mechanikai úton jött létre. Asszonyokon a rövid tág urethrán, különösen ha többször történt cystoskopos vizsgálat, esetleg műtét után csapolás, de e nélkül is könnyen juthatott levegő a tág paresises hólyagba, melyből préselés alkalmával a jobb ureter-csonkba, illetőleg a lekötött végen keresztül a lig. gastrocolicum lemezei közé, a hol lassanként vékony kötőszövetes boríték vette körül.

Ily mechanikai s nem bakteriologiai eredet mellett szól, hogy a cystában levő levegőnek szaga nem volt, hogy gyuladásnak semmi jelét nem találták sem a műtét, sem a szövettani vizsgálat alkalmával.

Verebely Tibor: Két esete kapcsán fűz megjegyzéseket a bemutatott igen érdekes eset magyarázatához. Az egyik esete az, a melyre a bemutató is hivatkozott: pneumatosis cystica intestini hominis. Az Orvosegyletben 1899-ben bemutatott eset az eddigi irodalomban a hatodik, a melynek kapcsán az akkori divatos bakteriologiai felfogással szemben azt a magyarázatot adta, hogy a betegség lényege bél-gázoknak a fokozott hasúri nyomás folytán a valamiképpen beteg mucosán keresztül a bélfalakba való betórolulása. Ezt a magyarázatot az azóta észlelt néhány tuczt eset megerősítette, úgy, hogy a szerzők túlnyomó része ezt a mechanikai elméletet fogadja el. A betegség lényege a levegőnek a szövetközi hézagokba, nyirokútakba való behatolása és ott betokolódása, ellentétben azzal, a mi a bemutató esetében történt. Éppen ezért a bemutatott eset pneumatosis cysticának nem nevezhető. Másik esete homloktáji lövés kapcsán a jobb homlok-lebenyben fejlődött levegőcysta volt, melyet pneumocysta cerebri néven 1915-ben írt le és úgy magyarázott, hogy a levegő az orron át jutott be egy a homlok felé kiürült agytályog ürébe. Ezen analogia alapján a bemutató esetét is pneumocysta trunci ureterisnek gondolná elnevezendőnek.

Röntgen-árnyékot adó, colibacillus által okozott vesetályog.

Ádám Lajos: S. M. 48 éves mészáros 1917 július 30.-án helyezték át az I. sz. seb. klinikára a II. sz. belklinikáról. A betegnek 10 év óta vannak fájdalmai a bal vesetájon, melyek hol hevesebbek, hol enyhébbek, időnként, különösen sok járás után, véres a vizelete, gyakran lázas, vizeletében bőven van vér és nagymennyiségű geny. A bal vesetáj nyomásra igen érzékeny, a defense miatt azonban valami kóros resistenciát tapintani nem lehet. A bal veséről készült Röntgen-felvétel egy körülbelül kis mandulányi és egy mogorónyi éles árnyékot mutat a vese felső részén. A hosszú fennállás alatt többször megismétlődő vérzés, az időnként jelentkező rázóhideg és genyes vizelet s főleg a Röntgen-lelet nagy valószínűséggel vesekőre utalt. Bár a vesekőnek nincsen biztos diagnostikai jele, mégis a fenti tünetek s főleg a Röntgen-

lelet, mely a vesekő diagnózisában a legnagyobb haladást jelenti, a legtöbb esetben megóv a tévedéstől. 1917 augusztus 2.-án paravertebralis anaesthesiában ferde ágyéki metszéssel feltárta a bal vesét. A vese körül nagymennyiségű sűrű, bűzös genyet talált. A vesét jó 1½ cm. vastag kérges heges zsírszövet vette körül, mely a szomszédsággal mindenütt szorosan össze volt növe. A vese maga kicsiny, lebenyes, dudorzos felszínű, felvágva a felső poluson a környéki zsírszövetben egy mandulányi és egy kis mogorónyi puha tapintatu göbcs, mely egynemű szürkés-fehér kenőcszerű (nem sajtos-törmelékeny) anyaggal volt kitöltve, telve csillogó cholesterolin-jegecsekkel, az alsó poluson diónyi genyvel telt üreg. A vese többi részének kéreg- és velőállománya sorvadtt, az egész vese szívós tapintatu, kő sehol sem volt. A vesét eltávolította. A Röntgen-képen látható éles kőárnyékot a vese felső polusán levő kenőcszerű anyag adta. A tályog falából vett metszeten veseállomány nem látható, csak sűrű rostos kötőszövet. A tályog genytartalmából Drigalski-Conradi-táptalajon piros telepek fejlődtek, amelyekből készített praeparatumon Gram-negativ rövid, vaskos pálczikák voltak láthatók.

A beteg simán gyógyult s 1917 november 12.-ikén távozott a klinikáról. Tudom, hogy írtak le magyar szerzők is (Illyés, Gergő stb.) eseteket, hol Röntgen-árnyék mellett nem volt kő, hanem nephritisés gócz, perinephritis fibrosa, meszesedő vagy sűrű sajtos tuberculosisus gócz adta az árnyékot, mégis az esetet érdemesnek tartotta bemutatni, részint mert nemcsak a Röntgen, de egyéb symptomák is kő mellett szóltak s mégsem volt az, másodszor mert a coli-bacillus által okozott gócz valami egészen sajátos, nem gyakran látott képet adott.

(Folytatása következik.)

Laboratoriumban jártas medikus
két felévvél, ajánlkozik vidéki, lehetőleg TÁTRAi
sanatoriumba.

Ajánlatok címzendők:

PÓR FERENCZ Budapest, Százados-út, Művésztelep.

Dr. REICHART, Pöstyén
diaetás orvosi pensio.

SANATORIUM Dr. ERÉNYI
KARLSBAD.

Specialis gyógyintézet

gyomor-, bél-, epekő- és cukorbeteg részére.

:: Igazgató-főorvos: Dr. ERÉNYI JENŐ, kór. tanácsos. ::

Lilienfeld és Röntgen

berendezést szállít

Ericsson nagy villamossági r.-t.
ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

A magy. kir. belügyminister által
672/10936. szám alatt engedélyezett **Sanatorium**

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ Sátorajújhely. ☐☐

CAPHOCAL

állandó összetételű és hatású diaetikus tápkészítmény.

Előnyei: Kiváló kellemes íze, melynél fogva, úgy a gyermekgyógyászatban, mint a belgyógyászatban könnyen alkalmazható és hasonló készítményekkel szemben igen gazdaságos.

Eredeti doboz ára: 7 korona.

Készíti: Caphocal Művek Diaetikus Tápszergyár.

Gyári iroda: Budapest, VII., Izsó-utca 7. Telefon: József 80—22, hol minta és irodalom készséggel áll az orvos urak rendelkezésére.

Magyarországi főraktár: Garay-gyógyszertár Budapest, VII.



egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettaalakban.

BAYER gyógyszer-tár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.



Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézete **BALF** gyógyfürdőben, Sopron mellett. A nm. m. kir. belügyminisztérium 121,038/IV. a. sz. rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre (negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III. oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyminisztériumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyminisztériumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös romai gróf. (Vasút-, posta- és telefon-állomás.)

Nirvanol

(Phenyläthylhydantoin)

Megbízható

Hypnotikum és Sedativum.

Veszélytelen, miután a toxikus adag sokszorta nagyobb a therapeutice hatásos adagnak.

Nirvanol teljesen **íztelen** és észrevétlenül adagolható. 0,3—0,5 gr.-os adagokban hatásos az álmatlanság valamennyi alakjainál, még oly esetekben is, melyek erős testi fájdalmak által okoztatnak.

Különösen kiváló szer álmatlansággal járó ideges félelmi állapotoknál.

Az **éjjeli pollakisuriát** kedvezően befolyásolja.

Kisebb adagokban (nappal 0,15 vagy 0,1 g) mint jó **anaphrodisiacum** is hat.

Dobozok à 10, 25, 50, 100 g,

Dobozok 10 tablettával à 0,5 g,

Dobozok 15 tablettával à 0,3 g.

Nirvanol-oldat intramuskularis injectiók számára:

Dobozok 10 ampullával à 4 cm.

Klinikai csomagolások raktáron.

Moronal

(Basikus formaldehydkénsavas aluminium.)

Az ecetsavas agyagföld tömény pótléka

enyhe adstringáló hatással,

az ecetsavas agyagföld nem kívánatos tulajdonságai nélkül.

Tartósan eltartható, sterilizálható, inger- és szagmentes oldatok előállítására, különösen félnedves kötések, kenőcsök és hintőporok számára.

Moronal nem puhítja a bőrt, ekzemákat nem idéz elő, erősen korlátozza a sebsekretiót, jól granuláló hatással bír és elősegíti a bőrhámképzést.

2%-os Moronal-oldattal megnedvesített kötések a váladék elfolyását nem gátolják.

Mint **gargarizáló** az 1%-os Moronal-oldat igen alkalmas gyulladás elleni, enyhén adstringáló hatása miatt; emellett szagtalan és kellemes ízi.

Üvegek à 10, 25, 50, 100, 250, 500, 1000 g,

Csővecskék 25, dobozok 100 tablettával à 0,5 g,

Dobozok 25 tablettával à 2,0 g.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

NERVOPLAST-ÖRKÉNY

(Elixir vanadii comp.)

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY igen hatásos **sedativum**, enyhe **hypnoticum**, **roborans** és **tonicum**.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, epilepsia, traumás neurosis-nál, ideges phobiánál és egyéb ideges megbetegedéseknél.

NERVOPLAST-ÖRKÉNY

indicált a nőgyógyászatban olyan dysmenorrhoeánál, melynek oka ideges megbetegedés, továbbá a klimakteriumban :: előforduló ideges zavaroknál. ::

NERVOPLAST-ÖRKÉNY

:: indicált az urologiában, sexualis neurastheniánál. ::

Adagolás **felnőtteknél**: naponta 3 evőkanállal.
„ **gyermekeknél**: naponta 3 kávéskanállal.

Ára üvegenként 4 K.

Ára üvegenként 4 K.

FERGLOBIN-ÖRKÉNY

(Tabl. ferr. glycerophosp. e. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr. fémvasnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

Olesó medicatio! Obstipatiót nem okoz!

FERGLOBIN-ÖRKÉNY

cum. arseno.

Tablettánként $\frac{1}{2}$ milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, leromlott phthisikus betegeknek és reconvalescenseknél.

KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

A kola-diónak forgalomban lévő készítményeiben foglalt hatóanyagokon kívül a Heckel tanár által a friss kola-dióban talált **illó olajat** is tartalmazza. A megejtett vizsgálatok szerint a

KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

2.346 % Coffeint, 0.023 % Theobromint, 1.591 % csersavat tartalmaz. Ennélfogva a szív zsongító szere, összehúzóását szabályozza, az érverések erősebben lesznek és számuk csökken. Az akarattól független izmok működését elősegíti. A túlfeszített testi és szellemi munka következtében beálló idegkimerültséget megszünteti. — A

KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

rendelése és adagolása indikált: Idegbántalmaknál, neuralgiánál, testi és szellemi túlterhelés eseteiben és szívbántalmaknál.

Adagolása naponta háromszor egy teás kanálnyi vízben vagy tejben.

Készíti: **ÖRKÉNY HUGÓ,**

„Nagy Kristóf“ gyógyszerháza és gyógyszerészeti laboratóriuma, Budapest, IV., Váci-utca 1.

Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

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 KÖZLÉSEK.

Szénásy József: Közlemény a budapesti m. kir. bábaképző-intézetből. (Igazgató: Lovrich József dr., egyetemi magántanár.) A nő folyásának bolus-szal kezeléséről. 303. lap.

Mező Béla: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. nyilv. r. tanár.) A vese daganatairól. 307. lap.

Mezei Károly: Védőmaszk infectio ellen. 309. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Weinberg: A nyirokmirigyek betegségei. — **Sebészet. Wilms:** Az amputatio utáni idegfájdalmak megakadályozása. — **Kreglinger** A fertőzött sebek gyógyításának új módja. — **Gyermekorvostan. Byrk:** Bárányhimlő elleni védőoltások. 310. lap.

Magyar orvosi irodalom. 310. lap.

Vegyes hírek. 310. lap.

Tudományos Társulatok. 312–313. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti m. kir. bábaképző-intézetből. (Igazgató: Lovrich József dr., egyetemi magántanár.)

A nő folyásának bolus-szal kezeléséről.

Irta: **Szénásy József dr.**, bábaképző-intézeti tanársegéd.

A közelmúltban gyakran olvashattunk idegen nyelvű szaklapokban *Nassauer*-től és követőitől közleményeket, melyekben a női folyásnak bolus-szal való kezelését tárgyalták. Szeretnék a tárgyhöz hozzászólni, mert a budapesti m. kir. bábaképző-intézetben már jó néhány év óta foglalkozunk bolus-kezeléssel. *Nassauer* eljárása az ugynevezett száraz kezelés, a melynek lényege agyagporhoz kötött különféle adstringens és desiniciens gyógyszereknek deponálása a női hüvelyben. A gyógyszernek a hüvelybe való bevitelére és egyenletes szétosztására *Nassauer* eszközt szerkesztett. Az eszközt több módosítás után „siccator” néven hozták forgalomba. A siccator lényegében nem más, mint üveggörte, melynek öblösebb végére fujtató gummiballon van szerelve. Az üveggörte keskenyedő végét a női hüvelybe vezetve, az üveggörtebe alkalmazott portartóból fujtatás útján jut a poralakú gyógyszer a hüvely nyálkahártyájára. Az üveggörte keskenyedő vége annyira karcsúra szerkesztett, hogy az eszközzel nemcsak asszonyok, hanem virgók, sőt gyermekleányok is kezelhetők.

Mielőtt rátérnék a vaginalis porkezeléssel elért eredményeinkre és a tagadhatatlanul szép eljárás méltatására, engedtessek meg, hogy egészen röviden előrebocsássam néhány, a folyások mikroszkopos képéről tett gyakorlati megfigyelésemet. Ezek a megfigyeléseim üvegre kent számos száraz készítmény gondos mikroszkopos vizsgálatából erednek. Ilyen készítmények készítése, festése és vizsgálata rendkívül egyszerű; körülményes laboratoriumi berendezést nem igényel. Olyan eljárás tehát, a mely az általános orvosi gyakorlatban is mindenkor és mindenkinek könnyen hozzáférhető. Készítményeinket vizsgálva, a mikroszkopi megállapítások a folyásban található bacteriumokra és a folyásban mindig fellelhető több-kevesebb sejtes alakelemre vonatkoztak. A két componensnek, a bacteriumoknak és sejtes alakelemeknek quantitativ és qualitativ mérlegelése adta meg a diagnoszt. A ki különféle természetű női folyást, igen sokat és gyakran vizsgált mikroszkoppal, az előtt csakhamar kiderül, hogy a talált mikroszkopi képek az egyforma természetű női folyásokra feltétlenül jellemzők. Ezt úgy értem, hogy meg-

közelítőleg egyforma képet kapunk például a hüvely- és méhcsuszamlások által okozott folyások csoportjában, a gonorrhoeás folyásokban, az arteficialis, a különféle machinatiók által okozott endometritisek és colpitisek váladékainak vizsgálatakor stb., vagyis, hogy a kapott mikroszkopi lelet helyes értékelésével csaknem mindenkor megállapíthatjuk a folyás, illetve a genitális megbetegedés természetét. Táblázatba szorítva a különféle természetű női folyásoknak egyes, arra a folyásfajta jellegzetes képeit, a táblázat így alakul ki:

Az asszony hüvelye úgy fogható fel, mint egy reservoir, a melyben főként a belső genitális tractus és talán a külső genitális szervek hátracsorgó mirigyváladéka helyeződik el. Ezen reservoirban játszódnak le azok a bacteriologiai és biochemiai folyamatok, melyek az egészséges asszonyt a fertőzéstől bizonyos fokig megóvják, és ha minden más egyéb a fogamzáshoz szükséges körülmény is megvan, a fogamzásra alkalmassá teszik. Ha a hüvely hámja beteg, gyulladásos, akkor az fellazul, excoriálódik; ilyenkor már, mint minden gyulladásos folyamat alkalmával, exsudatio indul meg és a hüvely maga is teljes mértékben hozzájárul a genitális tractus váladékának a szaporításához. Ha elfogadjuk az üvegre felkent készítmény mikroszkopi leletét a pathológiás állapot megállapításának mértékéül, akkor az előrebocsájtottak után két kérdés vetődik fel. Nevezetesen: 1. Egyszerű üvegre felkent készítmény mikroszkopi vizsgálata alapján, melyik az a genitális váladék, melyet pathológiásnak tekinthetünk? 2. Melyek azok a folyás-fajták, a melyek hüvelykezelésre szorulnak, és melyek azok, a melyekben a hüvelyt kezeléssel befolyásolni nem szabad? Mikroszkopi értelemben pathológiásnak tekinthetünk minden olyan folyást, a mely a rendestől különbözik. Pathológiásnak tekinthetünk tehát minden olyan folyást, a melyben a normalis bacteriumflora megváltozott és a melyben a normalisan előforduló sejtes alakelemek olyan értelemben változtak meg, hogy a fehér vérsejtek száma a hámsejtek számához viszonyítva mód nélkül megszorodott (vagyis genyesejtek jelentek meg) és a levált hámsejtek is esetleg mennyiségileg megszorodva, nekrotikusak, rosszul festődők. A míg az egészséges váladék vegyhatása savanyú, addig az ilyen pathológiás gyengén savanyú, közömbös, esetleg lúgos. Második kérdésünkre a felelet a dolog természetéből következik. Hüvelykezelésre csakis azok a folyás-fajták szorulnak, a melyeket az előbbi értelemben pathológiásnak tekinthetünk. A mint táblázatunkból kitűnik, bizonyos endometrialis eredésű folyások, melyeknek végső okozata

Folyás-táblázat.

H ü v e l y v á l a d é k										C e r v i x v á l a d é k									
Folyásfajták			Bacterium-flora				Sejtes alakelem			Bacterium-flora					Sejtes alakelem			Megjegyzés	
Sorszám			Tejsavat termelő pálczikák	Gonococcus	Staphylococcus	Streptococcus	Egyéb saprophytás jellegű pálczikák, főleg nálgombák, coli	Laphám-sejtek	Endometrialis sejtelemek	Fehér vér-sejtek	Tejsavat termelő pálczikák	Gonococcus	Staphylococcus	Streptococcus	Egyéb saprophytás jellegű pálczikák, főleg nálgombák, coli	Laphám-sejtek	Endometrialis sejtelemek	Fehér vér-sejtek	
1	normalis folyás		közepes mennyiségben	—	ritkán	—	—	közepes mennyiségben, jól festődnek	néha, havibaj után vizsgálva	kevés	igen kevés, de van	—	—	—	—	tiszta nyálka	ritkán	tiszta nyálka	—
2	egészséges terhes folyás		nagy mennyiségben	—	ritkán	—	—	közepes mennyiségben, jól festődnek	—	kevés	sok	—	—	—	—	—	—	—	—
3	a)	gonorrhoeás folyás	acut	—	sok	—	—	kevés	kevés	tisztán genysejt	—	sok	—	—	—	—	kevés	tiszta genysejt	—
	b)		subacut, chronicus	semmi vagy kevés	sok	sok	olykor	kevés	igen sok	kevés	elég bőven	—	sok	—	—	—	kevés	bőven genysejt	—
	c)		postgonorrhoeás	kevés	—	sok	ritkán	igen sok	bőven	kevés	aránylag kevés	—	—	—	—	—	kevés	kevés genysejt	jellemző, hogy a kevés cervixváladék bact. mentes
4	a)	alkati megbetegedésekből eredő folyások	anaemia	közepes mennyiségben	—	ritkán	—	közepes mennyiségben, jól festődnek	néha, havibaj után vizsgálva	kevés	igen kevés, de van	—	—	—	—	ritkán		e két folyás tehát mikroskopicen normalis, csak makroskopicen több a rendesnél	
	b)		tüdőfolyamatok, tbc. stb.	közepes mennyiségben	—	ritkán	—	közepes mennyiségben, jól festődnek	néha, havibaj után vizsgálva	kevés	igen kevés, de van	—	—	—	—	ritkán			
5	carcinomás		van	—	igen sok	igen sok	igen sok	necrotikusak, rosszul festődnek	gyakran	többnyire igen bőven genysejt	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	descensus és régi gátrepedés által feltételezett folyás		közepes mennyiségben	—	bőven	ritkán	igen sok	igen sok; rendszerint necrotikusok, rosszul fest.	néha, havibaj után vizsgálva	közepes mennyiségben	kevés, de van	—	ritkán	ritkán	ritkán	—	ritkán	elég gyakran	—
7	arteficialis endometritisek és colpitisek, pl. óvszerek, havibaj-rendezések, tisztátlanság		kevés	—	sok	ritkán	igen sok	bőven	igen gyakran	bőven	kevés, de van	—	ritkán található	ritkán	előfordul	—	igen gyakran	bőven	—

tulajdonképpen mindig valamilyen alkati megbetegedés (tuberculosis, vérszegénység, neurasthenia, hysteria stb.), a mikroszkop alatt miben sem különböznek a normalistól. Épp így normalis az egészséges terhes folyása is. Ezek a folyások csak annyiban foghatók fel pathológiásnak, amennyiben mennyiségük több a rendesnél. Világos, hogy e folyások esetében a hüvely kezelése teljesen irrationalis és e tekintetben élesen merül fel az ellentét szemben *Nassauer*-rel és követőivel, a kik az ilyen természetű folyásokat is bolus-szal kezelik. Ha a normalis folyást bármiféle hüvelykezelés-móddal kezeljük, ezzel csak azt érhetjük el, hogy annak kedvező összetételét megzavarjuk. Az említett esetekben a szervezetnek fokozottabban van szüksége a hüvely öntisztító erejére és fertőzést meggátoló képességére. Kezelésünkkel tehát egyenesen azt érjük el, hogy a szervezetet legfontosabb védelmétől megfosztjuk.

Ha előrebocsájtott felvételeink fedik a valóságot, akkor a napjainkban általánosan szokásos hüvelyöblítésekkel, ugyancsak minden más olyan kezeléssel, melynek célja bármilyen módon a hüvely kitisztítása, desinficiálása vagy edzése, csak azokat a folyamatokat fogjuk az orvosi értelemben vett gyógyulás szempontjából kedvezően befolyásolhatni, a melyek tisztán és egyedül hüvelyi természetűek. Minden más eredésű folyásban (például fluor cervicalis, gonorrhoea) a hüvelykezelés bizonyos értelemben csak symptomás, tehát olyan, hogy a betegnek enyhíti panaszait, anélkül, hogy objective magát a betegséget különösebben befolyásolná. Az utolsó években lábrakapott bolus-kezelés is látszólag nem más, mint egy, a hüvelyöblítésekhez célirányosabb hüvelytisztító, hüvelygyógyító vagy edző eljárás. A hüvelyöblítésekkel szemben abszolút értéke az, hogy a hatás nem percekig tart, hanem hosszabb ideig; sőt tetszésünk szerint a hatását akár állandósíthatjuk is. *Nassauer* azt tartja lényegesnek, hogy a bolus-kezeléskor a hüvelyt előbb megfelelő készülékkel felfújjuk. A fújtató-készülékkel kifeszített hüvely nyálkahártyájának minden redője és öblöcskéje elsimul és a készülék segítségével ugyanekkor befuvozt por egyenletesen borítja be a hüvely minden legkisebb, legelrejtettebb nyálkahártyafelületét is. Ezzel az eljárással elérhető az, hogy nem marad a hüvelyben egyetlen terület sem kezeletlenül. A bolus-kezelést klinikánkon később részletezendő okokból más technikával végeztük. A mint számos eset kapcsán kialakult felfogásunk igazolta, joggal és helyesen. Boluskezelésre szánt asszonyainkon a hüvelyt legelső sorban gondosan kiöblítjük enyhe desinficiens oldattal. A mindenkor frissen kifőzött Cusco-tükrrel a hüvelyt feltárjuk, steril törlővel — melyet makkfogóba rögzítünk — az egész hüvely nyálkahártyáját gondosan szárazra töröljük. A kitörölt hüvelybe beszórjuk néhány cm³ ürtartalmu edénykével a bolust, újabb steril törlővel azt szertekenzük, leggondosabb kezelésben részesítve a méhszájat és a portiót. A hüvelybe ezután, közvetlenül a méhszáj elé, steril fonalas tampont tolunk fel, majd végül a Cusco-tükröt eltávolítva, leszárítjuk, illetve — ha szükséges — beporozzuk a külső nemirészeket is. A tampon legtöbbször 24 óráig marad benn; 24 óra múlva a beteg maga eltávolítja és egyszerű soda bicarbonás hüvelyöblítéssel hüvelyét kitakarítja. A beteg a szükséghez képest naponként, vagy, a gyógyulás előrehaladásával, ennél ritkábban jelentkezik újabb kezelésre. Befúvó-készülékkel, a milyen már sokfajta van használatban, vagy siccatorral, a mint *Nassauer* nevezi készülékét, a bolus-kezelés a szegénypraxisban — ilyen a klinikai rendelés is — nem végezhető. Az ilyen kezelés költséges és megbízhatatlan. Megbízhatatlan, mert a saját magát kezelő beteg rosszul vagy helytelenül csinálja. Ott, a hol intensive foglalkoznak a női folyással, a mikor naponta sok beteg kerül kezelés alá, a fújtató-készülékkel való kezelés kivihetetlennek látszik. A fújtatóval való kezelés elemi feltétele az volna, hogy minden beteget külön fújtatóval kezeljünk. A fújtató-üveg alkotórészének száraz sterilizése nehézkes eljárás. Egy fújtatóval kezelni több beteget egyenesen orvosi absurdum. A szegénypraxis betege nem kötelezhető arra, hogy a költséges és törékeny eszközt magának beszerezze,

és a céljának megfelelően tisztán is tartsa. Éppen ezeket a körülményeket szem előtt tartva, dolgoztuk ki intézetünkben a fent közölt kezelési eljárást abban a reményben, hogy a *Nassauer*-étől eltérő kezelési technika ellenére is jó eredményeket fogunk kapni. Meg kell említenem azonban azt, hogy magán-gyakorlatunkban ott, a hol a beteg vagyoni helyzete és intelligenciája megengedi, a fújtató használatát is kivételesen megengedjük, főként vidéki asszonyoknak, a kik orvosi kezelésre rendszeresen nem járhatnak. Gyógykísérleteinket legnagyobb részben a *Weil* frankfurti gyár által előállított 10 és 20 százalékos tanargentan bolusszal végeztük. Újabban hazai gyógytárakban előállított, bolushoz kevert ezüst-készítményekkel (argobol, argitan stb.) is dolgozunk.

A női kankó célzott kezelésének a főnehézsége abban rejlik, hogy az az anatómiai terület, a melyet kezelésünk kellene, helybeli kezelésre nem alkalmas. Ha a kankós fertőzés csupán csak a hüvelyre szorítkoznék, tehát arra a területre, a mely mirigynélküli laphámmal van borítva, akkor könnyű munkánk volna, mert a hüvely hámla a kankós fertőzéssel szemben eléggé ellenálló. Egyszerű erősebb étetés vagy gyakrabban megismételt desinficiens öblítés elegendő volna arra, hogy ezen a kezelésnek rendkívül könnyen hozzáférhető területen a betegség rövidesen gyógyuljon. A tisztán hüvelykankó azonban a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. A fertőző csírák kimeríthetetlenül hurcolkodnak feljebb a felső, hengerhámú bélt mirigyrendszerbe, egyben a kankós folyás következtében secundaer, vagy esetleg már primaer uton is fertőződnek a vulvának és urethrának kisebb solitaris mirigyrendszerei is, úgy, hogy amikor a nő észreveszi a baját és nőorvosnál keres gyógyulást, csaknem mindig kimutatható a *Neusser*-féle gonococcus éppúgy a hüvelyben talált váladékban, mint a méh váladékában. Ez állításunk igazolására közlöm statisztikánk azon adatát, mely szerint a rendelésünkön megjelent 150 kankós asszony közül 122-n volt már ascendált folyamat biztosan kimutatható. Ha pedig a folyamat már felkúszott a méhbe, akkor ritkán marad el a tubák fertőzése. Így tehát a női kankó nem fogható fel úgy, mint helybeli, csak a vulvára, csak az urethrára, csak a méhre szorítkozó megbetegedés, hanem csakis úgy, mint az egész genitális tractusra terjedő systema-megbetegedés. A tapasztalás azt mutatja, hogy az olyan női kankó helyi kezelése, ahol kankós fészkek vannak a magasabb genitális tractusban, teljesen lehetetlen, mert a női szervezet minden legkisebb kezelési insultusra részleges hashártyagyuladással reagál. Minden gyuladás hetekre, sőt hónapokra visszaveti a gyógyulás tartamát és az újabb kezelés lehetőségét. Az injectiós kezelések, a *Chiari*-edzések, a *Playfair*-nyakcsatorna-kezelések, a massage stb. nagybeteggé, hetekig, hónapokig lázassá tehetik a patientst. Az efféle kezelések exsudatum és andextumor fejlődésére vezethetnek, vagy már meglevő gyuladással képződményeket a nyugalmi állapotból inflammációbba hozhatnak. A férfi-urologusoktól gyakran hangoztatott ama tétel tehát, a mely szerint a kankó helyileg gyógyítható, a női genitális kankós megbetegedéseire nem illik. Ha az egész női genitális tractust a hugyszervekkel együtt olyan anatómiai csoportnak tekintjük, melyen a kankó helyi kezelését kellene keresztülvinni, akkor a következő tapasztalásokra jutunk: Helyi kezelésre alkalmas területek 1. az egész húgyrendszer, 2. a vulva összes mirigyeivel és 3. a hüvely. Nem kezelhető gyuladás veszélye nélkül 1. a méh mirigyrendszere, 2. a petevezető, 3. a petefészek és a környező hashártya. Azok a kankós megbetegedések, a melyeket az előbbi csoportban foglaltam össze, könnyen gyógyíthatók, de ritkák; azok a megbetegedések, a melyeknek fészkei az utóbb leírt terület-csoportban vannak, helyi gyógykezelésre nem alkalmasak, ezek helyi gyógykezeléssel nem gyógyíthatók. Sajnos, mint a mi adataink is mutatják, a legtöbb kezelés alá kerülő eset már az utóbbi csoportba tartozik.

Kankós betegek hüvelyét bolus-szal kezelve, arra a meglepő eredményre jutottunk, hogy heteken, esetleg hónapokon keresztül végzett bolus-kezelés után a legtöbb esetben nem-

csak a hüvely, de a cervix váladékából is eltűntek a gonococcusok, sőt megismételt bakteriologiai vizsgálatokkal hónapok múltán sem tudtuk azokat a folyásban többé kimutatni. (Hangsúlyozandónak tartjuk, hogy az ellenőrző vizsgálat mindig közvetlenül havibaj után történik, akkor, a midőn a legkönyebben sikerül a gonococcusokat a cervix váladékában megtalálni.) Honnan a bolus-szal való kezelésnek ezen jó eredményei, midőn csakis a hüvelyt kezeljük és mégis kipusztulnak a magasabban fekvő genitális tractusból is a fertőző csírák? A bakteriologiai és a szövettan-anatomiai vonatkozásoknak ismerete mellett pillanatig sem állíthatjuk azt, hogy a hüvelyben elhelyezett bolusnak különös távolhatása volna a magasabban fekvő, a helybeli bolus-kezelésnek hozzáférhetetlen kankós góczokra. Ezeket a gyógyulások úgy képzelhetjük, hogy ez esetekben a gonococcusok a kezelés ideje alatt — amely, ismételjük, hetekig, sőt hónapokig is tarthat — a felsőbb, nem kezelhető területekről lassacskán kiürülnek. A hüvelyben állandóan jelenlevő bolus az időnként kiürülő coccuscsoportokat azonnal megsemmisíti. Ily módon a nyílt nyálkahártyafelületekre jutó coccusoknak nincs többé módjukban virulentiájukban erősödni és ismételt reinfectiókkal újabb kankós fészkeket létesíteni. A hüvely állandó bolus-kezelésével tehát azt a circulus vitiosusszerű folyamatot, amely a kiürülő coccusok által okozott reinfectiókban volt feltételezve, egy csapásra megszakítottuk. Amint az utolsó coccuscsoport is kiürült, az eset bakteriologiai értelemben vett gyógyulása bekövetkezett. Hangsúlyozom, hogy csakis a bakteriologiai értelemben vett gyógyulás, mert hiszen azért, hogy a gonococcusok a folyásból már kipusztultak, a folyás még mindig bővebb, a rendes mennyiségnél több lehet, a kankó által okozott következményes szöveti elváltozások és szövetszaporulatok pedig változatlanul fennállhatnak. *A folyás bakteriologiai értelemben vett gyógyulása tehát nem egyértelmű a betegség meggyógyulásával.* Kankós betegen a boluskezeléssel elérhető eredmény tehát annyi, hogy a folyás gonococcusmentessé tehető. Az eljárás lényege az, hogy a hüvelyben, vagyis a genitális váladékok reservoirjában állandó hatást kifejtő gyógyszer van jelen, mely szárító hatása mellett egyrészt rendszerben tartja a kankós betegnek mindenkor gyuladásra hajlamos, laphámmal borított hüvelyét, másrészt azonnal megsemmisíti a felső hengerhámmal bélelt genitális tractusból kiürülő fertőző csírákat. Az a körülmény, hogy siccatorral dolgozunk, vagy az általunk egyszerűsített kezelési eljárást gyakoroljuk-e, úgy látszik, teljesen mindegy. A lényeg az, hogy a kankós betegen a kezelésbe való vétel első percétől kezdve a hüvelyben állandóan jelenlévő bolus-szal mintegy különválasszuk a felső genitális tractus kankós folyamatát az alsó és külső folyamattól, a gyuladás veszélye miatt nem kezelhető területet a kezelhető területtől. Nagyon természetes, ha a fertőzés a hugycsőre is reáterjed, akkor a bolus-kezelés mellett az általában szokásos lapisinstillatiók sem maradhatnak el. Az idáig szokásos hüvelyöblítések a követelményeknek nem feleltek meg, nem pedig azért, minthogy hatásuk mindössze csak percekig tartott. A bolus-therapia viszont ideális therapia, mert állandó hatás érhető el vele.

Csak röviden szeretném a bolus-szal kezelt eseteinknek számát és az elért eredményeket ismertetni. Idáig több mint 300 esetről referálhatok. Ezek közül 150 gonorrhoeás volt, a többi eset nem gonorrhoeás. A nem kankós természetű esetekkel nem foglalkozom itt részletesebben. A 150 gonorrhoeás eset közül 122 volt olyan, melyben már ascendált folyamattal volt dolgunk. E 122 esetben tehát a cervix váladékában is pozitív gonococcus-leletet kaptunk, bimanualis vizsgálattal pedig az egyszerű tubaris vagy uterinalis érzékenységtől kezdve a kifejezett adnex-daganatokig, a hasbeli elváltozások objectív leleteit mindenkor megtaláltuk. A 150 gonorrhoeás eset közül mindössze 28 volt olyan, hol bimanualis vizsgálattal sem érzékenység, sem objectív elváltozás nem volt kimutatható. Cervicalis folyamat azonban legtöbbször itt is volt, ezekben az esetekben a nyakcsatorna váladékában a gonococcusokat csaknem mindenkor meg tudtuk találni. Tisztán hüvelykankó csak kettő került szemünk elé. Ez esetekben

alig pár napos infectióval jelentkeztek a betegek, két-három heti bolus-kezelésre gonococcus többé kimutatható nem volt. Az összes kankós eseteinkben három-négy heti gondos kezelésre a folyásnak egész jellege megváltozott. A folyás elvesztette zöldes színét, fehéres, sőt igen gyakran nyálkás külső lett és ezzel egyidejűleg a hüvely nyálkahártyájának lobos tünetei teljesen visszafejlődtek. A kankós cervicalis folyásban mindenkor fellelhető kicsiny, méhszáj körüli erosiók teljesen begyógyultak. A mikroskopi lelet azonban sohasem javult párhuzamosan a subjectív panaszok és a folyás külsőjének javulásával. Ez az oka annak, hogy betegeink egy része panaszait elvesztve, négy-öt heti kezelés után latens kankójával kezelésre tanácsaink ellenére sem jött, és így végleges gyógyulását nem észlelhetjük. Éppen ez okból, a végleges gyógyulás szempontjából teljesen megbízható statisztikát nem adhatunk. Több végigélesztelt esetben két-három hónapi kezelés után a betegeknek makroszkoposan teljesen feltisztult és később normalisra csökkent váladékában gonococcus többé nem volt található. A kezelés abbahagyásával az eredmények tartósnak is mutatkoztak. Egy kisebb részében az eseteknek, főként ott, ahol régi haselváltozások komplikálták a bajt, nagyon hosszú időre volt szükségünk, amíg a gonococcusmentesség szempontjából a végleges gyógyulást elérhettük. Így volt esetünk, melyet öt-hat hónapig is kezeltünk, míg végleges gyógyulást kaptunk, sőt egy esetben tíz hónapig tartott a kezelés. Ez a nőbetegünk régi heges gátrepedésben szenvedett volt közepes fokú hüvely-csuszamlással. Esztendőkkel ezelőtt gátrepedését eredménytelenül varrták, mert a fel nem ismert kankós folyás a varratokat szétlőkhette. Tíz hónapi gondos bolus-kezelés után sikeres plastikát végeztünk. Volt néhány olyan esetünk is, amelyekben csupán bolus-kezeléssel eredményt elérni nem tudtunk. Nagy a valószínűség, hogy az időszünet gonorrhoeás férjek újabb inficiálásaikkal tették meddővé igyekezetünket. Egy esetben időszünet adnexmegbetegedése miatt férjétől különváltan élő nőn sem értünk el bolus-szal eredményt. Ez esetben a gonococcusok csak akkor pusztultak ki véglegesen a cervix váladékából, amikor a kankós adnexeket műtéttel eltávolítottuk. Az érdekes kóreset a következő:

A 25 éves nőbeteg férjétől különválva él, mert az gonorrhoeával fertőzte és gyuladásai miatt házasságot nem tud folytatni. A nőbeteg ascendált, időnként lázas mozgalmakat okozó kankós adnex-gyuladásai miatt másfél évig áll ambulans kezelésünk alatt, anélkül, hogy a már makroszkopice normalis külső uterinalis váladékából a gonococcusok végleg kipusztulnának. A beteget csaknem állandóan bolus-szal kezeltük. Később hőlég-kezeléseket és thermopeneratiókat is kapott. Minthogy az eredmény csak annyi volt, hogy a lázas mozgalmak megszűntek, a beteg maga kéri operációs gyógyítását. A műtét mindkét lenőtt, típusos salpingitis nodosa gonorrhoea képét mutató petevezető kiirtásából és a méhsarkoknak ékalakban való csonkításából állott. A műtét után néhány heti bolus-kezelésre gonococcus többé ismételt vizsgálatokkal sem volt kimutatható; a normalis külső és mennyiségű folyás mikroszkop alatt telve tisztán Döderlein-pálcikákkal. Az eset teljessége kedvéért említem meg, hogy fiatal betegünk gyógyulását követő tizedik hónapra, a harcztérrel hazaérkezett férjével kibékülve, újabb kankós infectiónak esett áldozatul. Tíznapos keletű baját észrevéve, friss hüvely- és hugycsőkankóval jön rendelésünkre. Megfelelő bolushüvely-kezelésre és néhány lapisinstillatióra újabb keletű baja körülbelül két hónap alatt gyógyult.

A bolus megbecsülhetetlen értékű gyógyszer minden olyan folyás ellen, amely nem specifikus megbetegedésen alapul, ahol egyszerű saprophyta-fertőzés okozza a folyást. Ily folyások legelsősorban az inveterált gátrepedések és következményes descensusok által feltételezett catarrhusok. Az egyszerű erosiók bolus-szal rendkívül hamar gyógyíthatók. A folyásból a gennysejtek és a staphylococcusok csakhamar eltűnnek, a folyás egész characterében megváltozik, feltisztul és a szükséges plastica teljesen veszély nélkül végezhető. Intézetünkben csaknem minden descensusust előbb bolus-szal kezelünk és csakis ilyen előkészítő gyógykezelés után végezzük el a szükséges

plastikai műtétet. Ezzel elérjük azt, hogy a beteg az operatio után gyökeresen meggyógyul és folyását teljesen elveszíti. Ugyanígy határozottan jók az eredményeink arteficiális endometritis és colpitis eseteiben. Nincs az a gyakori hüvelyöblítés, melylyel ilyfajta esetekben gyorsabban jutnánk eredményre, mint a bolus-szal.

Vérszegénységben, tüdőbajban vagy általános testi gyengeségben szenvedőknek folyása mikroszkop alatt miben sem különbözik a rendestől. Azon az állásponton vagyunk, hogy ilyen folyások esetében a hüvelyt kezelni nem szabad, ilyen hüvelykezeléssel a méhnek bővebb váladékproductióját nem befolyásolhatjuk. Az alabjai gyógyításával, tehát a vérszegénység megjavításával, az általános testi erő emelésével, főként latens vagy activ tuberculosis intoxicációban a folyás magától is megkevesbedik. Ha mégis a beteg kellemetlen panaszaitól hamarabb óhajt szabadulni, ez esetben több eredmény várható a méh nyálkahártyájának formalinos vagy jodos edzésétől, mint a hüvelynek irrationalis bolus-kezelésétől. A kifejtett okokból az ilyen természetű folyásokat bolus-szal nem kezeljük.

Nassauer rákosoknak a folyását is kezeli bolus-szal, tisztán csak azért, hogy a rákos betegek panaszainak egyik legkellemetlenebbikét, a bűzös folyást kedvezően befolyásolja. Ezirányú tapasztalásaink nekünk is bőven vannak. Hasonló értékű más eljárásaink mellett szívesen alkalmazzuk ily esetekben is a bolustherapiát, de csak akkor, amidőn arról van szó, hogy lepedékes rákos fekélyt operatióra valamennyire is feltisztítsunk, vagy inoperabilis esetben a betegnek enyhülést szerezünk.

Rövid összefoglalásban a következőkben adhatom több százra menő kísérletünk alapján a bolus-kezelés indicióit és contraindicióit:

1. Elsősorban indikált a bolus-kezelés a női kankó minden stadiumában. Indikált frissen fertőzött asszonyokon éppen úgy, mint időszült esetekben, vagy mint a prostituáltak időszült gonorrhoeájában.

2. Indikált a bolus-kezelés minden piszkos jellegű folyás esetében, mechanikai és arteficiális eredetű folyásokban, descensusok és inveterált gátrepedések okozta folyásokban.

3. Indikált rákos folyamatokban, rákos fekélyek feltisztításának meggyorsítása érdekében; inoperabilis esetekben palliatív szempontból a bűzös folyás mennyiségének csökkentésére és a beteg subjectív panaszainak enyhítésére.

4. Indikált méhszájkörüli jóindulatú erosiók begyógyítására.

5. Contraindikált a bolus: minden olyan folyásban, amely mikroszkopi összetételében nem pathológiás. Ilyen az anaemiások, hysteriások, tuberculosisok fluorja; ilyen elsősorban az egészséges terhesnek a folyása is.

6. Minthogy bolus-kezeléssel csakis a folyás gonococcusmentesítése érhető el, nem érinti a boluskérdés a diathermiás eljárásoknak, hőlég-kezeléseknek, balneotherapiás eljárásoknak indicióit. Épp úgy érintetlenül maradnak az időszült adnexum-megbetegedésekben szokásos műtétek indiciói is. A bolus-therapia mellett megfelelő esetekben ez eljárások sorozatai egyenesen szükségesek.

7. Az egyes esetekre vonatkoztatva, a bolus-kezelés — és minden más folyás-kezelésmód — indicióinak felállítása szigorúan csakis a bacteriologia segítségével és a szövettani-anatomiai vonatkozásoknak teljes ismeretével történhetik. A helyes kezelés irányítására, a kezelés módjának megválasztására és a gyógyeredménynek ellenőrzésére az egyes genitális váladékoknak üvegre felkent készítményeken való vizsgálata teljesen megfelel a követelményeknek és csak ritkán szorulunk arra, hogy a gonococcusok jelenlétét tenyésztési eljárással mutassuk ki.

A női folyások kezelésében, de főként a gonorrhoeás folyás gyógyításában még sok tennivalónk van. A kankó következményes megbetegedéseivel meddőségre és munkaképtelenségre vezet. A női folyás kérdése sohasem volt annyira actualis mint éppen napjainkban, midőn köztudomásu, hogy a kankó hihetetlen arányban terjed. Minden legkisebb hala-

dást, amely a kankókérdés megoldását előbbreviszi, komolyan kell méltányolni. Részünkről a bolus-therapiában rendkívül hálás és eredménydús eljárást ismertünk meg; így magát az eljárást és a kezelésnek közölt technikáját mindenkinek nyugodt lélekkel ajánlhatjuk. Ezért tartottuk érdemesnek az eljárást, vele elért eredményeinket és a bolus-kezelésnek indicióit közölni.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

A vese daganatairól.

Irta: Mező Béla dr., operateur, urológiai rendelő-orvos.

(Folytatás.)

A Bergmann-Israel-féle ferde lumbalis metszés, ha a sebet kellő hosszúra nyújtjuk, igen jó betekintést ad. E metszéssel egyedül csak a vese felső polusa közelíthető meg nehezen. Nagy daganatok esetében e bajon a bordák reszekálásával segíthetünk. A XII. és XI. borda eltávolítása lényegesen megkönnyíti munkánkat, de egyesek (H. Schmiedt) még a X. bordát is kivették. Bordaresectionál a pleura megsértését kellő vigyázattal elkerülhetjük ugyan, de azért a biztonság kedvéért más szerzők a nagyobb betekintést a lágyrészek bővebb feltárásával igyekeztek elérni. König retroperitonealis ágyék-hasmetszése a musculus sacrolumbalis szélén a crista ossis ileitől a bordáig és innen a köldök felé egészen a rectus oldalsó széléig terjed. Gregoire e metszéshez még a crista ileivel párhuzamosan előrehaladó szárat csatol. Bardenhauer metszése a XI. borda csúcsától a crista ileiig terjed s e függélyes metszés egyik vagy másik végéhez a szükséghez képest előre vagy hátra, vagy mindkét irányban haladó harántmetszéseket ejt, a mi által elülső vagy hátulsó ajtószárnymetszés vagy egyszerre mindkettő keletkezik. E metszések ugyan a veséhez való jutást könnyebbé teszik, mint a Bergmann-Israel-féle behatolás, de azért, hogy a lágyrészeket az ideglefutásra való tekintet nélkül harántul is megszakitják, kevésbé jók.

A mi a műtét kivételét illeti, különösen hangsúlyoznunk kell azt, hogy rosszindulatú vesedaganatok esetében a vese zsiros tokját egészen távolítsuk el, épp úgy, mint carcinoma mammaenél az emlő egész nyirokrendszerét egyben vesszük ki. A tapasztalat ugyanis azt mutatja, hogy nemcsak a cava mentén levő nyirokmirigyekben, hanem még a zsiros tokon belül is fordulnak elő áttéti góczok. A hasfalra való áthatolás után először a vese hátulsó felületét egészen a középvonalig leválasztjuk, a mi által a lumbalis izomzat, a psoas és a vena cava szabaddá lesz. Ha ez megvan, a vese domborulatán behatítjuk a fascia retrorenalist és ugyancsak tompán hatolunk be a vese zsiros tokja és a peritoneum közé. Ilyen módon nemcsak a vesét, de a laza kötőszövettel a hashártyához rögzített uretert is leválasztjuk az őt kísérő nyirokerekkel együtt. Ha a peritoneum letolása a vese felső polusaig megtörtént, akkor a vesét még csak a nagy erek tartják, a melyeket rendesen ellátunk.

Ha a vesedaganat igen nagy, akkor a daganat és a nyirokrendszer egy szakaszban való eltávolítása nem sikerül. Ilyenkor először kiirtjuk a vesét, csak azután fogunk hozzá a zsiros tok leválasztásához. Ha a zsírszövetet pontosan eltávolítjuk, akkor baloldalt az aorta és mellékágai, jobboldalt pedig a vena cava a belé szájadzó ágakkal jól láthatók. Hogy az ilyen praeparáláskor nagy finomságra van szükség, az magától értetődik.

A vesedaganatok műtéti statisztikája évről-évre javul. A mig Guillet 1888-ban 72, Chevalie 1891-ben 52, Heresco 1898-ban 24, Albarran és Imbert 1902-ben csak 22% halálozást talált. Hasonlóképpen 22% halálozást észlelt Israel is 124 esete kapcsán. A gyógyulási arányszám ilyen rohamos javulása kétségtelenül a műtéti asepsisnek és a sebészeti technika fejlődésének köszönhető. E két tényező összehatása a transperitonealis műtétekre még inkább áll, úgy annyira, hogy azt látjuk, hogy szakavatott kézben a transperitonealis

vesekiirtás veszélyessége nem nagyobb a lumbalis módszerénél (17–19%).

A nephrectomia eseteiben beálló halál oka az esetek egy részében a műtési shock, amit az intoxikált és legyengült cachexiás betegek nem bírnak ki. Igen gyakran szívgyengeség a halál előidézője. *Israel* 34 halálesete közül 18 (52.9%) volt szívbenulási halál. Ez a nagy szám jórészt a használatos altatószerek rováására irandó, mert a műtét akárhányszor hosszabb ideig tart és így a narcoticumok káros hatása bőségesen érvényesülhet. A helybeli anaesthesia elterjedésével a halál e fajta kevesbedni fog. Meghalhat a nephrectomizált beteg a megmaradó vese elégtelensége miatt, a mi a veseműködés kellő vizsgálata mellett kizárható; vagy valamely helybeli ok következtében, a milyen például a vesetok tárgult vérereiből, vagy a beszakadt vena cavából történő bő vérzés. Ritkán találjuk azt, hogy a gyűjtőerekben képződő és leváló thrombus a halál oka.

A rosszindulatú vesedaganatok műtét után az esetek 60%-ában recidiválnak. A recidiva az esetek túlnyomó részében magában a hegben még az első évben jelentkezik, (*Leceine* szerint 54 eset közül 38-szor). Az első év után a recidiva ritkább és nagyon ritka 3–4 év után. *Rovsing* és *Helferich* 3, *Trendelenburg* pedig még 5 év után is észlelt recidivát. Ezek a kiújulások kétségtelenül már korábban is megvoltak, csak nagyon lassan nőttek, nem okoztak tüneteket és így nem voltak kimutathatók. A recidiva a carcinomákban és sarkomákban egyaránt gyakori. *Küster* a recidivát különösen a hasüregen át történő műtétek után észlelte. Ez a megfigyelés csak úgy magyarázható meg, hogy transperitonealisan rendesen a nagykiterjedésű s mirigy-áttételeket okozó daganatokat operáljuk. A betegeket tulajdonképp még a negyedik év után sem mondhatjuk gyógyultnak. Vannak ugyanis még későbbi recidivák is. *Forgue* 28 esetét (az összes esetek 10%-a) talált olyat, a mely a negyedik év után is recidivamentes maradt. Hogy végleges gyógyulások vannak, jól észlelt esetek mutatják. *Israel* egyik betege 11, másika 15 évig volt a műtét után egészséges. *Quénu* egy betege 11, *Krönlein* egy betege 20 évig daganatmentes maradt. Eseteink a következők:

1. A. M., 53 éves nő. Felvételt 1916 október 27.-én. Betegsége két év előtt kezdődött. Gyakran gyengének érezte magát és lassankint soványodott. Három hónap óta gyomorfájdalmi voltak, a melyek az étkezés után azonnal jelentkeztek. Széke rendesen volt, nem hányt, de igen gyakran szenvedett gyomorégésben. Status praesens: A májtompulat felül rendes, lefelé azonban a bordaívét jóval meghaladja, még pedig az elülső hónaljvonalban három, a mamillaris vonalban pedig egy harántujjal. A gyomor alsó határa kopogtatásra, valamint Röntgen-vizsgálat után itélve két ujjal a köldök alá ért, pylorusa jobbra és felhelyezett szerves elváltozás nélkül. A Röntgen-vizsgálat szerint a gyomor 6 óra múlva teljesen kiürült. A bismuth-bélbeöntés negatív eredménnyel járt. A mellkas-szervek eltérést nem mutattak. A jobb vese alsó csúcsa jól tapintható volt. A vizelet kóros alakelemek nem tartalmazott s a beteg bemondása szerint véres sohasem volt. Az ureterkatheterezéssel felfogott vizeletek functionális értéke teljesen egyforma volt. Az indigo mindkét oldalon 10 perc múlva élénk-kéken ürült, s a vizelet fagypontja a jobb oldalon 1.25, a bal oldalon 1.30° C. volt. A műtét *Sprengel*-féle metszéssel a jobb bordaív alatt harántul, a recusok átmetszésével történt. Az epehólyag kicsi, vastagfalú s a duodenumhoz fixált volt. A lefejtéskor kiderült, hogy az epehólyagot a duodenummal sipoly kötötte össze, a melynek szétválasztásakor a duodenum megnyílt. A duodenum sebének ellátása után az epehólyag kifejtése nehezen sikerült, ágya erősen vérzett. A csonkot nem lehetett fedni és gummicsoval és gaze-zal bőven draineztük. A jobb vese a peritoneumot hatalmasan elődomborította. A peritoneum bemetszése után a vesét kiszabadítottuk. Ekkor kitűnt, hogy a vese alsó pólusa ép volt, felső csúcsán pedig jó férfiökölnyi térfogatnagyságú volt, a mely a májjal össze volt kapaszkodva. Az összenövés lefejtésekor a máj erősen vérzett. A veseerek lefogása után a hashártya sebet szűkítettük s a vérző májsebet, valamint a vese helyén maradó nagy üreget tamponáltuk. A kötés az első napon epével erősen át volt ivódva. Complicatio nélküli sebgyógyulás. A beteg két hét után felületes sarjadtó sebbel távozott. Az eltávolított vese felső részében férfiökölnyi, a vese felületét különösen hátra és fölfelé domborító, kissé dudoros, a vese állományánál puhább tapintatu térfogatnagyságú, a mely alatt a vese háromnegyedrészé teljesen érintetlen állapotban volt. A tumor metszéspontja sima, sárgás-fehéres volt, a közepén nagy elhalásos góczokkal. A daganatot makroszkoposan az alveoláris szerkezet gyér volt és sárgás-fehér színe miatt hypernephromának tartottuk. A szövettani vizsgálat velős carcinomát mutatott. Közepes nagyságú, kerek, majdnem kőalakú, világos protoplasmájú és meglehetősen nagymagvu sejtek

kiterjedt tömegeket alkottak, a melyek közé csak itt-ott kúszott be egy-egy vékony kötőszövetes köteg. A daganat mellékvese-eredetűre egyedül csak a sejtek világos volta hívta fel a figyelmet, míg a mellékvesére jellemző sejtelrendeződés és a kötőszövetnek az egyes sejtek közé való benyomása a metszeten nem látszott. A daganatot a vesétől meg lehetett élesen meg lehetett különböztetni. A daganat közvetlen szomszédságában levő veseérzletek helyenkint gömbsejtesen beszűrődöttek voltak s nyomási atrophiat mutattak. A távolabb levő részekben semmi-féle eltérés nem látszott. A vese háromnegyed része érintetlen volt. Ez magyarázza meg a veseműködés vizsgálatakor nyert kitűnő functionális eredményt.

2. T. I., 43 éves férfi. Felvételt 1915 augusztus 12.-én. Másfél év óta időnkint vizelete véres volt. A beteg fájdalmakat nem érzett, de állandóan soványodott. Felvételtkor a bal hypochondriumban férfiökölnél nagyobb, a bordaív alá terjedő s a lumbalis tájra áthullámzó dudoros kemény daganat volt tapintható, a mely a légzési mozgásokat követte s gyengén mozgatható volt. A veseműködés vizsgálatakor kitűnt, hogy a bal oldalra bevezetett ureterkatheterről vizelet egyáltalában nem jött. A jobb oldalról sötétsárga, fehérje- és alakelemmentes vizelet ürült, a mely az indigót 20 perc alatt középérsen hozta. A műtét chloroform-aether-narcosisban lumbalis metszéssel történt, a mikor is kitűnt, hogy a vese elülső-alsó felületén hatalmasan elődomborodó, dudoros felületű kemény térfogatnagyságú volt, a mely a vesetokkal össze volt kapaszkodva. A daganat a vesemedenczét nem érte el, metszéspontján kifejezett alveoláris szerkezet látszott s róla tejszerű nedv volt levonható. A vese és a zsíros tok eltávolítása után a sebte viiform-gazecsikot helyeztünk s azt rétegesen egyesítettük. A beteg három hét alatt teljesen meggyógyult. A szövettani vizsgálat tanúsága szerint a carcinoma meglehetősen kifejezett, túlnyomóan interstitialis nephritises vesében fejlődött. A daganat kerek vagy sokszögű, sötét protoplasmájú s erősen festődő magvu apró sejtekből állott, a hol a sejtek helyenkint szilárd kötegeket, túlnyomó részben pedig igen sok réteggel bélelt üröket alkottak. A tumor egyik részletében erősebben festődő, négy-öt rétegű hámmal fedett, kifejezett csatornájellegű járatok voltak találhatóak, a melyek közvetlen szomszédságában szolid hámcsapok foglaltak helyet, kétségtelenül téve azt, hogy a carcinoma a vesehámból vette eredetét.

3. M. K., 52 éves nő. Felvételt 1914 szeptember 2.-án. A beteg cystitis miatt hónapok óta állott gyógykezelés alatt. Mivel állapota nem javult, orvosa arra gondolt, hogy a gyulladás székhelye talán a vesében van. A vesék tapintásakor kitűnt, hogy a hypochondriumot egészen kitöltő térfogatnagyságú volt jelen, a miért őt orvosa kezelésünkre küldte. Az erősen lesoványodott beteg előadta, hogy a has jobb felében már két hónap óta voltak fájdalmi. A fájdalmak néha görcsösen jelentkeztek s azért appendicitises eredetűnek tartották, a miért a beteg féregnyulványát $\frac{3}{4}$ év előtt el is távolították. A fájdalmak azonban a féregnyulványkiirtása után is fennállottak s az utóbbi időben majdnem folyamatosak voltak. A gyakori vizelés öt hónapja keletkezett, belső szerekkel kezelték. A beteg arra, hogy vizelete véres lett volna, nem emlékezett. A vizsgálatkor kitűnt, hogy a hólyag kapacitása csak 50 cm³ volt s hogy a vizelet igen sok nyert s a nyének megfelelő fehérjét tartalmazott. A jobb hypochondrium erősen elődomborodott. A tapintáskor kitűnt, hogy a térfogatnagyságú fel a bordaív alá s a lumbalis tájra hátraterjedt. A tapintás nagyon fájdalmas volt, s a mennyire a feszülő hasfalakon át meg lehetett itélni, a tumor sima felületű és tömört volt. A daganat a légzési mozgásokat nem követte s a bimanualis vizsgálatkor is alig mozdult el. A beteg hőmérséklete az utolsó napokban 37.5–39.0° C közt ingadozott. Az ureterkatheter a jobb oldalon 9 cm. után megakadt és ismételt próbálgatás dacára sem ment feljebb, belőle vizelet nem ürült. A bal oldal functionális értéke kitűnő volt. A vizelet nagy mennyiségben jött, az indigo 10 perc alatt élénk-kéken megjelent s a vizelet fagypontja –1.50° C volt. Tekintve azt, hogy a betegnek cystitis volt, hogy az ureterkatheter 9 cm. után megakadt, hogy a beteg lázas s hogy a térfogatnagyságú tapintása igen fájdalmas volt, pyonephrosist occlusára gondoltunk s a fájdalmakat és a vese rögzítettségét perinephritise vezettük vissza. A chloroform-aether-bódulatban ferde lumbalis metszéssel megejtett műtét azonban más eredményt adott. Kitűnt, hogy a térfogatnagyságú kemény volt s csak a bordaív alá terjedő része volt megközelítőleg sima. A többi rész dudoros volt, s úgy a rekeszszel, mint a hashártyával összekapaszkodó malignus tumornak bizonyult, a mely a zsíros tokot egészen elpusztította. Minthogy a daganat kifejtése az összenövés miatt lehetetlen volt, a műtétet kis daganatdarabba kimetszése után abbahagytuk. Az excidált rész szövettani lelete laphámrák volt. Értésülésünk szerint a beteg a műtét után négy héttel otthon meghalt.

4. D. A., 54 éves férfi. Felvételt 1915 április 3.-án. Bemondása szerint három év óta időnkint véresen vizelt és igen soványodott. Néhány hónap óta a has bal felében daganatot érzett. Felvételtkor az erősen lesoványodott beteg bal hasfelében a csipőtarajtól két harántujjal felfelé dudoros felületű, meglehetősen tömört tapintatu térfogatnagyságú daganat kezdődött, a mely a köpépvonal felé a rectus széléig, hátra a lumbalis izomzatig és felfelé magasan a bordaív alá terjedt. A térfogatnagyságú korlátoltan mozgatható volt. A bal oldalon igen nagyfokú varicocele volt jelen, a mely állítólag az utolsó hónapokban fejlődött, fájdalmas nem volt s még a beteg térdkönyök-helyzetében sem tűnt el. A veseműködés vizsgálatakor kitűnt, hogy a bal vese egy óra alatt alig pár centimeter hig vizeletet termelt, a mit a beadott indigo egyáltalában nem festett meg. A jobb vesében az indigo csak 15 perc alatt középérsen jelent meg, a vizelet fagypontja –1.10° C volt, benne fehérje és alakelem nem volt. Felvételünk helybeli mirigy-áttételekkel bíró igen nagy vesedaganat volt, a mit a műtét igazolt

is. A műtét chloroformaether-bódulatban ferde lumbalis metszéssel történt. A vesének a zsíros tokkal való együttes eltávolításáról le kellett mondanunk, mert a zsíros tokot körülvevő, helyenkint majdnem kisujvastagságú gyűjtőerekből a kifejtés közben igen erős vérzés indult meg. Ezért először a gyermekfej nagyságú, dudoros és a zsíros tokkal sok helyen összenőtt vesét gyorsan szabaddá tettük és csak eltávolítása után fogtunk a zsíros tok kiirtásához. A tumor felmetszésekor szépen látszott, hogy csak a vese felső csúcsán maradt meg pár cm³ atrophias veseállomány. A daganat beért a vesemedenczéig s nagy elhalásos és vérzéses góczokkal volt tarkítva. A metszéspap alveolaris szerkezetűt mutatott s felületéről tejszerű nedv volt levonható. A zsíros tok eltávolításakor kitént, hogy a daganat a hashártyát is infiltrálta, amiért a colon descendensről lateralisan a hashártyából körülbelül tenyérnyi darabot el kellett távolítani. A kiirtott zsíros tokban három diónál nagyobb, a nagy erek szomszédságában pedig több, köztük kis almányi daganatos nyirokmirigyet találtunk. A peritoneum bevarrása és a hasseb víoformgáze-zal való bő tamponálása után a hassebet rétegesen egyesítettük. Per primam gyógyulás. A beteg 3 hét múlva elhagyta a klinikát. A szövettani vizsgálat eredménye nagy elhalásokkal és kifejezett üregképződéssel bíró velős rák volt. A helyenkint teljesen vese-sejtekre emlékeztető, jól festődő, közepes nagyságú protoplasmával és erősen festődő középső maggal bíró hámsejtek igen sok réteget alkotva, itt-ott kerek, másutt pedig hosszúra nyúlt keskeny üröket vettek körül, a melyekben levált hámsejtek és sejttörmelék voltak láthatók. A hámsejteket körülvevő kötőszövet-hálózat csak kevés rostból állott, a legtöbb helyen igen sejtűs volt. A beteg $\frac{3}{4}$ év múlva igen elgyengülve ismét jelentkezett emberfejnyi recidívával, a mely műtétre nem volt alkalmas.

5. F. B., 52 éves férfi. Felvétetett 1915 június 1.-én. 10 év óta nagyobb időközökben többször véreset vizelt. Az utóbbi időben a vérzések gyakoribbak lettek, s mivel erősen soványodni kezdett, orvoshoz fordult. A vérzésekkel kapcsolatban a bal vesefájón többször görcsös fájdalmak voltak. Felvételt a beteg objective semmi elváltozás sem volt kimutatható. A vizelet tiszta volt, alakelemek s fehérjét nem tartalmazott. A veséket tapintani nem lehetett, a Röntgen-felvétel követ nem mutatott. A bal vese az indigót 18 perc alatt élénken hozta s a baloldali vizelet fagypontja $-1^{\circ}10'$ C volt. A jobb vese az indigót 12 perc alatt élénken ürítette s a jobboldali vizelet fagypontja $-1^{\circ}30'$ C volt. A vérzések kapcsán beállt bal vesefájdalmakat összevetve a bal vese kis functionalis kiesésével, daganatra gondoltunk s a beteget paravertebralis érzéstelenítésben megoperáltuk. Ferde lumbalis metszéssel hatoltunk be. A vese szabaddá tételekor kiderült, hogy a vese felső és középső harmada határán kissé tömöttebb tapintatu s a vese szélességének kétszeresére megnagyobbodott volt, a miért a vesét eltávolítottuk. A vese felmetszésekor kitént, hogy a térfogatnagyságát a vese felső részében ülő, körülbelül kétkorona nagyságú, bolyhos felületű tumor okozta, a melynek alapján a vesét a kéregállományig terjedő, kis almányi, fehér, metszéspap alveolaris szerkezetű mutató daganatos szövet infiltrálta. A szövettani vizsgálat szerint a vese teljesen egészséges volt, csak a vesének a daganathoz közel eső részein volt vesegyuladásra utaló elváltozás. A vesemedenczébe benyúló bolyhos igen sok rétegű laphámmal fedett, ereket tartalmazó kötőszövet-gerendákból állottak. A daganatnak a veseállományba betérő része sejtűs kötőszövetes kötégek közé elhelyezett tömör laphám-szigetektől volt összetéve, a melyek helyenkint a veseállományba mélyen benyúltak. A 10 évre terjedő vérzéseket összevetve a szövettani lelettel s azzal a körülménnyel, hogy a beteg csak az utóbbi időben kezdett soványodni, kétségtelen, hogy az eredetileg jóindulatú vesepapilloma csak az utóbbi időben lett rosszindulatú. A beteg négy hét múlva gyógyultan távozott s azóta egészséges.

6. Sp. J., 58 éves nő. Felvétetett 1915 szeptember 10.-én. Három hónap előtt véreset vizelt. Fájdalmak sohasem voltak. A jobb vese alsó polusa tapintható volt s mélyebb belégzéskor úgy tűnt fel, hogy a vese sima felületű, kiemelkedő térfogatnagyságúba folytatódik. A baloldalon az indigó 11 perc alatt élénken jött, a vizelet fagypontja $-1^{\circ}57'$ C volt. A jobb oldalon az indigó csak 19 perc után igen halványan jelentkezett. A vizelet fagypontja $-1^{\circ}05'$ C volt. Fehérje és kóros alakelem egyik oldalon sem volt található. A vérzéseket egybevetve a tapintható vese térfogatnagyságával és csökkent működésével, vesetumort kórjeleztünk s a beteget chloroformaether-bódulatban megoperáltuk. Ferde lumbalis metszéssel hatoltunk be, a mikor is kitént, hogy a vese középső harmadában körülbelül almányi térfogatnagyságú volt, a mely a vese felületét kidomborította. A vesét a zsíros tokkal együtt eltávolítva, a vese ágyába gazecsíkot helyeztünk s a hassebet rétegesen egyesítettük. Per primam gyógyulás. A vese felmetszésekor kitént, hogy a daganat sötétsárga színű, sima metszéspap volt s hogy közepében diónyi elhalásos gócz volt. A daganat a veseszövetből ugyan élesen el volt különítve, de az eredeti daganat szomszédságában tőle látszólag teljesen független, több lencse-, sőt mogorónagyságú kisebb gócz feküdt. A szövettani vizsgálat azt mutatta, hogy a daganat kis sötét magyu és nagy világos protoplasmából álló sejtekből volt összetéve, a melyek helyenkint oszlopokba, másutt reczékbe rendeződve a mellékvésére emlékeztettek. A mikroszkop szépen mutatta, hogy a daganat látszólagos kötőszövetes tokján a daganatsejtek több helyen áttörtek. A daganatos sejttömegeket elválasztó kötőszövet-kötegek finomabb nyulványokra oszolva sok helyen az egyes sejtek közé behatoltak. A daganat mindezek alapján rosszindulatú hypernephroma volt.

7. Str. N., $2\frac{1}{2}$ éves leány. Felvétetett 1907 március 25.-én a Stefánia-gyermekkórházban. Szülei 4 héttel bejövetele előtt vették észre, hogy a kislány hasának jobb felében daganat támadt. A gyermeknek

fájdalmak nem voltak, véreset nem vizelt. A gyermekfejnyi, az egész bordaívét kitöltő s a lumbalis tájra átbájlható daganat kétségtelenül a vese, a mely összenöve nem volt s lumbalis metszéssel könnyen sikerült eltávolítani. A beteg per primam gyógyult s a 12. napon távozott a kórházból. A kiirtott, általában sima felületű tömött daganat az egész vesét elpusztította annyira, hogy mindössze csak a vese felső polusából maradt meg pár cm³ veseállomány. A daganat metszéspapja sima, egynemű volt. A szövettani vizsgálat szerint (II. számú kórházi-intézet) a daganat gömbölyű, majd orsóalakú sejtekből álló igen sejtűs szigetektől volt összetéve, a melyek helyenkint egymással összetorlódtak, másutt teljesen külön álltak. A diagnózis: sarkoma rotundo-fusocellulare. A beteg azóta nem jelentkezett, érdeklődésünkre nem válaszolt.

8. Kr. J., 4 éves leány. Felvétetett a Stefánia-gyermekkórházban 1907 április 28.-án. A hasa két hó óta nő, a nélkül, hogy kellemetlenséget okozott volna. Véreset nem vizelt. Felvételt a beteg bal hypochondriumában dudoros felületű, puha, a lumbalis tájra is tapintható térfogatnagyságú volt tapintható. A műtét lumbalis behatolással történt. A nephrectomia könnyen sikerült, bár a tumor a zsíros tokkal össze volt kapaszkodva. A térfogatnagyságát mellett csak pár cm³-nyi ép veseállomány volt. A daganat metszéspapja helyenkint teljesen sima, sárgás-fehér volt, rajzolatot nem mutatott. Más helyek nedvdúsabbak, sárgás-vörösesek voltak sametszéspap kissé besüppedtek. A szövettani metszet (Krompecher tanár) általában kétféle szövet volt felismerhető. Az alapszövet gömbölyű vagy hosszúkas, kifejezett polymorphismust mutató kötőszöveti sejtekből állott, a melyek igen sűrűn feküdtek egymás mellett s helyenkint köteges elrendeződést is mutattak. Ezen alapállományban számos mirigycső foglaltatott, a melyek legfeljebb kétrétegű köb-, illetve alacsony hengerhámú voltak bélelve s a kötőszövet felé élesen elhatárolt csoportokba rendeződtek el. Diagnózis: Birch-Hirschfeld-féle embryonalis adenosarkoma. A gyermek a műtét után 3 héttel gyógyultan távozott. Recidívában meghalt.

(Folytatása következik.)

Védőmaszk infectio ellen.*

Irta: Mezei Károly dr., főorvos.

Scarlatina, angina, meningitis cerebrospinalis epidemica és más fertőző betegségek eseteiben az orvos gyakran van kitéve a beteg vizsgálata alkalmával a fertőzésnek. A laryngologusokkal is lépten-nyomon megtörténik, hogy kezelés közben a páciens az arcukba köhög.

Azon szerencsétlen esetek, a mikor az orvos ily módon inficiálta magát, vezettek arra a gondolatra, hogy egy védőmaszkot szerkesztsenek, a mely a fertőzést megakadályozhatja.



A védőmaszk 2 mm.-es üvegből készül, keskeny fémkerettel van ellátva. Nagysága akkora, hogy a szemeket, orrot és száját magába foglalja. Két fémszalaggal a fül alatt és fölött az arcra rögzíthető. Felső részén, a szemöldök fölött 8 kerek nyílás a ventilációra szolgál. Ugyanakkor, mint kifőzéssel sterilizálható.

* Szabadalom bejelentve.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A nyirokmirigyek betegségeinek (aleukaemiás lymphadenosis, lymphosarkomatosus, nyirokmirigygümőkór, lymphogranuloma) diagnostikájában még mindig nagyok a nehézségek. A rostoki egyetem belklinikájáról Weinberg 8 eset megbeszélése kapcsán odanyilatkozik, hogy minden kétes esetben próbakimetszést kell végezni, amikor is a kimetszett darab szövettani vizsgálatának eredményéből, kapcsolatban a klinikai lelettel, mindig meg lesz állapítható a pontos diagnosis, a mely éppen ezekben az esetekben a prognosis és therapia szempontjából nagyon fontos. (Medizinische Klinik, 1918, 17. szám.)

Sebészet.

Az amputatio utáni idegfájdalmak megakadályozásáról értekezik Wilms. Általánosan ismeretes, hogy úgy a felső, mint az alsó végtag amputációja után a csonkban idegfájdalmak szoktak jelentkezni. Míg a betegek egy része tűrhetőnek jelzi eme kellemetlenségeket, mások kénytelenek hosszabb ideig csillapítószerrel élni. Valószínű, hogy az érzékenység különböző foka ama körülménnyel van összefüggésben, hogy a sebváladék a szabadon fekvő idegvégekre kisebb-nagyobb mértékben izgató hatással van. Közelálló tehát, hogy a sebváladéknak ezt az izgató hatását igyekezzünk megszüntetni. A szerző eljárása e cél elérésére abból állott, hogy az ideg végét erősen összezúzta. Az eljárás észszerű volta mellett szól az a tapasztalat, hogy zúzott sebészeti esetében a fennebb említett idegérzékenység csak jelentéktelenül szokott mutatkozni. Hasonló eljárást alkalmazott Krüger a fájdalmas neuromák keletkezésének megakadályozására, abból a felfogásból indulva ki, hogy azáltal, hogy bizonyos idegszálaknak a sebbe való növekedését zúzással megakadályozzuk, neuroma nem képződhetik. Ő azonban directe az ideg végét zúzta össze. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 13. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

A fertőzött sebek gyógyításának új módját írja le Kreglinger. A hadisebészet nagy anyaga, a mely a fertőzött sebek legkülönbözőbb féleségeit mutatja, leginkább meggyőzhet bennünket arról, hogy a sebkezelésben egyöntetű eljárás nincs. Általánosan ismert tapasztalat az, hogy a lágyrészek mindenféle fertőzése gyakran mindenféle kezeléssel dacol és így a physikalis gyógy módok (heliotherapia, quarczlámpa), valamint a régebben használt gyógyszerek (superoxyd-oldatok, chlor, perubalzsam) és ugyancsak a physiologiás eljárások (a sebek nyitva kezelése, nedves kamara alkalmazása) igen gyakran csődöt mondanak. Azt a célt, hogy a seb gyógyulását mielőbb megszüntessük s ezzel a seb záródását sietessük, a legkülönbözőbb gyógyszerekkel igyekeznek elérni. A Dakin-oldatokat a superoxyd-oldatokkal együtt különösen gázúszók eseteiben dicsérik, az anilin-festékből álló pyoktanin a seb megtisztulását és sarjadását segíti elő. Pyocyanus-fertőzés esetén a bórsav, perubalzsam, bórhyperchlorid tesz néha igen jó szolgálatot. A szerző egy újabb gyógy móddal ismerteti meg bennünket, a petroleumnak a sebkezelésben való használatával, a melyet több esetben, különösen gránát okozta fertőzött sebészeti eseteiben próbált ki s a mely eljárás makacs pyocyanus-fertőzés ellen is jól bevált. A petroleumot vagy tisztán, vagy oleum ricinivel együtt gaze-tamponra önti és így teszi a sebűrbe. Fájdalmat nem okoz, a bőrt nem izgatja s a vesék részéről sem észlelt kellemetlenségeket. Gyakran már egyszeri alkalmazásra a fertőzött seb feltisztul, a bő elválasztás megszűnik, a renyhe sarjadzás élénkebbé válik, a seb szélein gyorsan megindul a hámosodás. Az eljárás egyszerűsége, a petroleumnak aránylag olcsósága a gyógy mód életrevalósága mellett szól. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 12. szám.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

Bárányhimlő elleni védőoltásokról számol be Birk (Kiel). Egy bárányhimlőjárvány alkalmával klinikáján az oltásokat Kling eljárása szerint úgy végezte, hogy közönséges oltógerelylyel a bárányhimlő-hólyagcsa váladékát a betegről egyenesen az egészséges karjára átolította. Rendszerint 4 pustulát készített. Vigyázni kell, hogy ne csak beszúrjunk az átoltandó pustulába, mert akkor kevés váladékot kapunk az oltáshoz, hanem szükséges, hogy a pustulát takaró réteget egészében leválasszuk. Az oltás után következő napokon az oltás helye rendszerint teljesen reactionmentes, csak a 10. napon jelentkeznek kis papulák, melyekből tipusos varicella-hólyagcsa lesz kis vöröses udvartól körülveve, mely a védőhimlőpustula „area“-jára emlékeztet, csak halványabb ennél. A hólyagcsa 3—4 nap alatt beszárad, udvara elhalványul. Birk eseteinek egy részében nem képződött igazi hólyagcsa, hanem csak lencsenagyságú pörk, mely az idősebb újraoltott gyermekek védőhimlőoltási pörkjéhez hasonlított. A védőoltottak közül egyen sem észlelték lázat avagy kóros jelenségeket a hólyagcsa fejlődése előtt; a legtöbb nem kapta meg a bárányhimlőt, pedig alkalma volt fertőződni, feltéve, hogy nem volt már incubatióban. Utóbbi esetben a védőoltás nem tudta meggátolni a varicellát. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1918, 7. szám.)

Vas S. dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 22. szám. Steinfest Jenő: A gümőkórosak albumosuriájának kérdéséhez.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 23. szám. Goldzieher Miksa: Bakteriologiai tapasztalatok a dysenteriaról.

Vegyes hírek.

Genersich Antal.

Szepesszombati Genersich Antal dr., a budapesti egyetem nyugalmazott ny. r. tanára, június 4.-én 76 éves korában meghalt. Genersich 1842 február 4.-én Nagyszombatban született, hol atyja táblai fiskális volt. Orvosi tanulmányait a pesti egyetemen végezte. Oklevelét 1865-ben elnyerve, Arányi tanár mellett kórboncztoni tanárségéd lett, 1868-ban pedig Rókus-kórházi kórboncztnok-főorvos. Ugyanezen évben állami ösztöndíjjal külföldi tanulmányútra ment. Két évet töltött oda-künn, főképp Recklinghausen, Ludwig és Virchow Rudolf mellett. Visszatérve, 1870-ben a kolozsvári orvossebész tanintézetbe a kórboncztn és törvényszéki orvostan ny. r. tanárává és a kolozsvári egyetem felállításakor 1872-ben ezen egyetemhez a kórboncztn ny. r. tanárává nevezetett ki. Genersich Kolozsvárott egy-egy évig a dékáni és rektori tisztet is viselte. Tanári tevékenysége mellett kiterjedt orvosi gyakorlatot folytatott. 1895-ben a Scheuthauer tanár elhalálása által megüresedett budapesti kórboncztnolástani tanszék kettéválasztásakor az I. sz. tanszékre meghívás útján kinevezetett s egyúttal a Szent István-kórház bonczoló-főorvosa lett. Már előbb, 1891-ben érdemei elismerésül szepesszombati előnévvel magyar nemességet kapott, a következő évben pedig az Akadémia tagjává választotta. 1904-ben megkapta az udvari tanácsosi címet. A budapesti egyetem orvosi karának két évig dékánja volt, 1910—11-ben pedig a rektori tisztet viselte. 1912-ben tanítványai és barátai nagy szeretettel ünnepelték meg 70. születése napját; 1913 október 1.-én nyugalomba vonult.

Genersich-nek a kórboncztn terén jeles irodalmi érdemei vannak, számos dolgozatot írt, főképp fiatalabb éveiben, a melyek azonban leginkább casuistikus természetűek. Mestere volt a szakavatott, alapos, a legkisebb részletet is figyelemre méltató boncztnolásnak, kórboncztni diagnosisaiban szinte csalhatatlan volt. Tudományában alaposágra, realitásra törekedett. Legnagyobb öröme tanári hivatásának odaadó teljesítésében lelte s e tekintetben buzgalmaiban nem ismert határt. Mély szomorúságát nem titkolhatta, midőn 70. évét betöltve, a törvény értelmében tanári állását elhagyni volt kénytelen. Halálának híre bizonyára sok száz, a mesterre hálával visszagondoló tanítvány lelkében kelt szomorú érzést. Genersich tevékeny és a köznek nagy hasznot hajtó tagja volt az országos közegészségi tanácsnak és az igazságügyi orvosi tanácsnak s ez irányú működését nyugdíjaztatása után is csaknem haláláig folytatta. Halálát érzelmesedés okozta, mely lassanként aláasta erőit. Áldás az emlékére!

Kitüntetés. Ranschburg Pál dr. és Benedict Henrik dr. budapesti egyetemi magántanároknak a király az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta.

Budapesti kir. Orvosegyesület 1918 június 1.-én tartott közgyűlésén az alapszabályok módosításával foglalkoztak. *Jendrassik Ernő* elnök megnyitójában hangsúlyozta, hogy az évzáró ünnepély május hónapban tartassék, hogy a bankok kimutatásai alapján a pénztári jelentés pontosan közölhető legyen. Az évzárás a lefolyt évre vonatkozik. Új tagokat kétszer évenként lehet majd felvenni. Vidéki tagok is felvehetők lesznek. A választmányi tagok számát 6 rendes és 6 póttaggal emelték. Az alapító tagsági díj felemeltetett. Az október 14.-én tartani szokott évi nagygyűlés terminusa a hozzá legközelebb eső rendes ülésnapon lesz. Az elnöki megnyitó szerint, ha várjuk is a békét, de félünk tőle, a mely nem a régi, tudományos buvárlatra alkalmas békét fogja visszahozni, hanem olyan gazdasági politikai kríziseket, amelyek befolyása egész életünkre, kulturánkra kiszámíthatatlan. A békében majd kedves lesz a visszaemlékezés a mult időkre, a letűnt nagyságokra. Ilyen emlék felújítására nagy alkalom lesz a Semmelweis születésének százéves fordulója július 1.-én. Az igazgatótanács elhatározta, hogy őszi ülésén a nagy férfi emléket feleleveníti és az emberiség talán legnagyobb jótévőjének ünnepi estét rendez. *Elischer Gyula* pénztáros jelentése szerint a pénztári forgalom kedvezően volt lebonyolítható. A pénztári maradvány 5572 korona. Az alapító tagok száma héttel gyarapodott. *Bakó Sándor* hagyott 20.000 koronát, *ö.zv. Markuszovszky Lajosné* az Orvosi Hetilap-díjalapnak 2000, *Widder Ignác* 10.000 koronát. — *Temesváry Rezső* könyvtárnoki jelentésében említi, hogy az orvosegyesület könyvtára 1917-ben 71 munkával gyarapodott 270 kötetben és 18 füzetben, továbbá 26 különlenyomattal, 37 német dissertációval és 110 kórházi és szakegyesületi évi jelentéssel. Jelen állománya 10.237 munka 21.840 kötetben és 3443 füzetben, a mihez még járul 4725 különlenyomat, 2164 dissertatio és 1395 évi jelentés; az összes darabszám 33.567; 116 tag 427 könyvet kölcsönzött ki házi használatra.

Kinevezés. *Egri Miksa* dr.-t Borsodmegye, *Krcs Gyula* dr.-t Gömörmegye tiszteletbeli főorvosává, *Török Vilmos* dr.-t varannói járás-orvossá nevezték ki.

Személyi hírek külföldről. *W. Weitz* magántanár Tübingenben (belorostan) rendk. tanári címet, *A. Wilke* (Kiel, körbonczolástan) és *H. Reiter* (Königsberg, közegészségtan) magántanárokat tanári címet nyertek.

Meghalt. *Pless Salamon* dr. nyugalmazott körorvos 78 éves korában június 3.-án Budapesten. — *Herskovits Bertalan* dr. nagybányai körorvos, jelenleg ezredorvos és *Kelényi József* dr. honvéd főorvos a harcstéren szerzett betegségben.

A háború folytán megkárosodott orvosok és családjuk segélyezésére megalakult a budapesti helyi bizottság. A taggyűlési mozgalom fényes sikerrel járt, a mennyiben több mint 400 fővárosi orvos kötelezte magát arra, hogy 3 éven át évente 200 koronával járul a nemes célhoz. Ez 3 év alatt kiosztható negyedmillió koronát jelent. Ez összeg fényesen mutatja azt a páratlan jószívűséget és igazi kollektivitást, a melyvel a kartársak az özvegyek, árvák és rokkantak ügyét felkarolták. A helyi bizottság elnöksége ez úton kéri a kartársakat, hogy ha segélyre szoruló orvostól, orvos-özvegyről vagy árváról tudnak, hogy arról néhány szóval értesítést küldeni szíveskedjenek. Minden adatnak utána fognak járni. Az úri osztály szegényei általában annyira szemérmesek, hogy maguktól nem jelentkeznek. — Eddig a következők küldötték be az 1918. évi 200 korona díjat: *Alapy Henrik, Ádám Lajos, Adler Nándor, Aldor Lajos, Antal János* (évi 500 kor.), *Arany Zsigmond, Bence Gyula, Blayer Miksa, Bäcker József, Balkányi Vilmos, Bergsmann Jakab, Bokor Mór, Beck Soma, Basch Imre, Bán Sándor, Bernády Dániel, Bányai Sándor, Benedikt Henrik, Berczeller Imre, Bíró Mór, Bródy Ferencz, Blaskovich László, Brück Miksa, Bogdanovits Milos, Bilaskó György, Barok Samu, Baumgarten Samu, Bán Ilona, Butean Márta, Borszék Károly, Boros Ernő, Béla Pál, Barta Kornél, Barát Gizella, Bókay Árpád, Bársony János, Bossányi Béla, Bókay János, Bradách Emil, Czyzewszy Gyula, Csilléry András, Czoniczer Márton, Cseley József, Cukor István, Dieballa Géza, Dach Sándor, Darvas Sándor, Derera Henrik, Demjanovich Emil, Donáth Gyula, Drechsler Dezső, Epstein Manó, Erneyi Miksa, Entz Béla, Ertl Géza, Epstein László, Fleischer Elemér, Finn Arthur, Fejér Gyula, Fleischmann Hugó, Farkas Ignác, Fleisch Ármín, Fuchs Dávid, Feleký Hugó, Frank Géza, Feldbaum Henrik, Friedrich Vilmos, Farkas Dániel, Frommer József, Fischl Ármín, Frischmann Gyula, Fialka Gusztáv, Fleisch Nándor, Földes Lajos, Fischer Ignác, Faragó Gyula, Gerlőczy Zsigmond, Gutfreund Ferencz, Guth Samu, Glass Izor id., German Tibor, Gál Hugó, Gellért Elemér, Gerber Béla, Grósz Emil, Grossmann Arthur, Horváth Sándor, Hüftl Hümer, Herczel Manó (évi 333 kor.), Hainiss Géza, Högyes Ferencz, Hermann Pál, Hudomel József, Hudovernig Károly, Hochhalt Károly, Hertzka Károly, Horváth Mihály, Horváth Ákos, Holzwarth Jenő, Hüvös Henrik, Hochmann Henrik, Imrédy Béla, Jankovich László, Jurkiny Emil, Justus Jakab, Jutassy József, Illyés Géza, Jakoby József, Krausz Imre, Keppich József, Klár Manó, Kopits Jenő, Kubinyi Pál, Klinger Zsigmond, Klinger István, Krepuska Géza, Kéthly Károly, Körmöczy Zoltán, Körmöczy Emil, Kincs Miksa, Kerekes Ödön, Klein Sámuel, Körössy Kornél, Kovács József, Kovács Aladár, Korányi Sándor, László Benő, Löw Sámuel, Lichtenberg Kornél, Lénárt Zoltán, Lichtenstein Salamon, Lipscher Sándor, Lobmayer Géza, Lovrich József (évi 600 kor.), Ladányi Mátyás, Lantos Emil, Lévai József, Liebermann Emánuel, Lengyel Lajos, Mohr Mihály, Medvei Béla, Mező Béla, Moga Kornélia, Minich Károly, Mayer Árpád, Marovsky Pál, br. Müller Kálmán, Meisels Vilmos, Moravcsik Ernő Emil, Neubauer Adolf, Nádory*

Béla, Neumann Salamon, Neumann Siegfried, Novotny Lajos, Nagy Tivadar, Österreicher Ferencz, Pajor Sándor, Paunz Márk, Paunz Sándor, Poór Ferencz, Polacsek Elemér, Pécsi Dániel, Pécsi István, Palotay Andor, Pákozdy Károly, Preisach Izidor, Papp Károly, Reusz Frigyes, Rosenák Miksa, Radó Lipót, Ráskai Dezső, Ranschburg Pál, Remete Jenő, Rajnik Pál, Rózsa Imre, Reiner Ede, Rottenbiller Ödön, Radvánszky Béla, Sidlauer Ödön, Sarbó Arthur, Szarvas Félix, Szé-kács Béla, Szirtes Lajos, Szász Endre Hugó, Szontágh Félix, Szily Adolf, Surányi Miklós, Sas Bernát, Schönberger Gyula, Strelinger Viktor, Temesváry Rezső, Thomka István, Ungár Gyula, Ungár Miklós (egyszeri adomány 1500 kor.), Vajda Vilmos, Varga Géza, Vas Bernát, Varró Indár, Vajda Adolf, Winter Mária, Weisz Ármín, Weingruber Ármín, Zólyomi Adolf, Zwilling Hugó.

Orvos urak figyelmébe! Koch-Alt-Tuberculin steril injectiók. Feltétlenül megbízható, pontos és tiszta praeparatum ismét korlátlan mennyiségben kapható. Hat sorozat készül, mindegyik áll 10 darab 1 cm³-es ampullából. Részletes leirással, szíves megkeresésre készséggel szolgálunk. Orvos és gyógyszerész urak 30% engedményben részesülnek. *Jármay Gyula* dr. utóda, *Kertai Nándor* gyógyszerész, Budapest IV., Papnövelde-utca 2.

Fővárosi Fásor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályokkal kibővíve. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15—26.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete :: újonnan kibővíve ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

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

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.
Külön szülészeti osztály.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium
Klimatikus, physcalis és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. • Villamos megálló. • Telefon: 145—90. Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegeknek üdülőkné és rekonvaleszcenseknek. • Hízó-kúra

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családi otthona. Vizgyógymód, villamos kezelések. Hízlató, soványító kúrák. Bejárónak is! Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fásor 11.
Telefon József 14—51.
Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNÍK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

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

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.
Diétás-physcalis magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegek (cukor-baj, köszvény), neurastheniások, verszegények, kimerültek részére. Fogyasztó- és hízlató kúrák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopéd-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Istvánúti sanatorium és vizgyógyintézet
Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.)
Telefon. Iroda: József 91 47. Telefon. Orvosok: József 95—08.
Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.
Szabad orvosválasztás.
RÖNTGEN. RADIUM-KEZELÉS.

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

Dr. SZONTÁGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia. 1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (I. bemutató szakülés 1918 január 16.-án.) 312. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1918 január 16.-án.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

Gégescleromák sikeres gyógyítása radiummal.

Erdélyi Sándor: A felső légutak scleromájának gyógyítása nagyon függ a localisatiótól: míg az orrbemenetben, a szájpadráson, a garatban könnyen tudunk operálni s a functio-zavar sem lényeges, addig nehéz az operálás agégében.

A scleroma rendkívül makacs betegség.

Operatív eljárás az excisio, excochleatio, Paquelin-nel égetés; a conservatív kezelés (a Frisch-féle bacillus segítségével előállított serum) nem vált be. A Röntgen-besugárással voltak eredmények.

1907-ben Manninger radiumbromid kis mennyiségét 6—8 hónapig viseltetve, sikert ért el szájpadrás- és orrszárnyscleroma esetében.

A bemutató rhinoscleroma több esetét kezelte radium nagyobb adagával kitűnő eredménnyel; három gégescleromát is így kezelte.

Az egyik esetben 7 éve áll fenn a baj; 5 év előtt tracheotomia; azóta teljesen elzárt gége, semmi légzés per os.

Laryngofissio 1917 szeptember 1.-én. Az egész gége scleromás duzzanattal kitöltve. Kikaparás és kétszer 6 órára 24 mgr. radium behelyezése öthetes időközrel, összesen 288 mgr.-óra. Az eredmény kitűnő; jó functio. Jelenleg (4 hónap múlva) sehol sincs recidiva; tiszta, tág gége; a canule eltávolítható; a gége mucosája mindenütt tisztán behegedt.

A másik eset tanulságosabb: Sz. J.-né, 40 éves, 3—4 éve beteg. Orrbemeneten s szájpadráson göbök, a gége subglottikusan infiltrált és teljesen elzárt; a beteg fuldoklik. Tracheotomia 1917 június 14.-én. Két hét múlva 24 mgr. radium 6 órára és 4 hét múlva újból 24 mgr. 8 órára, összesen 330 mgr.-óra radium.

Az eredmény kitűnő; a duzzanat teljesen megszűnt, sehol kóros elváltozás; bő levegő és kitűnő functio.

A harmadik esetben ugyanaz a status. Sajnos, túlnagy radium-adagot kapott: 24 órára 24 mgr.-mot egy ülésben = 586 egységet, a mi perichondritist okozott. Bár jelenleg scleromának nyoma sincsen, heges szűkület van a gégében, a mely hosszabb kezelést fog szükségessé tenni.

Összefoglalva, a bemutató a laryngoscleroma ellen a kellő időben alkalmazott radiumkezelést ajánlja legelsősorban; ha már előrehaladott szakban kapjuk a beteget, akkor laryngofissio és kikaparás után alkalmazzuk a radiumot.

Nemes Jenő: A rhino- vagy laryngoscleromás granulomák a sugaras terápiára egyáltalán kedvezően reagálnak. Egy éppen most kezelés alatt álló nöbeteget mutat be. 54 éves vidéki asszony az illető, a ki az elmúlt év októberében jelentkezett Lénárt osztályán 10 év óta tartó, nagy kiterjedésű beszűrődéseket és roncsolásokat okozó rhinoscleromával, melyet többször operáltak eredmény nélkül. A Rókus-kórházi Röntgen-laboratoriumban 7 ízben volt mindössze 10—10 percig Röntgen-sugaraknak kitéve, azután hazabocsátották és most, két hónap múltán, már csak minimális kis beszűrődésekkel jelent meg, a melyeknek teljes elmúltá várható a további Röntgen-kezeléstől. A sugaras terápiára, illetve Röntgenre legjobban a felületes processzusok reagálnak; a gégescleromának Röntgennel való gyógyítása nem olyan sikeres, talán éppen a sugarak áthatolásának nehézsége miatt. Nem lehetetlen, hogy az erősebb Lillenthal-féle sugarak jobb eredményeket fognak nyújtani az üregek mélyén székelő folyamatokban. A radiummal való sikeres gyógyítása a gégescleromának érthető, hiszen ha a radium könnyen elhelyezhető, a gégescleromára ott helyben kifejtheti hatalmas hatását; sőt a radium használata eredménnyel kecsegtet még ama sajnálatos esetekben is, a hol már tracheotomiára kényszerültünk, de a hol talán éppen a tracheotomia nyílásán keresztül ügyesen az endolaryngealis és subglottikus góczokra helyezett radium még megjavíthatja a különben teljesen infaust prognoszt.

Manninger Vilmos: Ezelőtt 12 évvel próbálta meg a scleroma gyógyítását radiummal. Akkor gyenge készítménye volt, melyet hosszú ideig kellett alkalmazni. Hétszámra feküdt benn az orrban a praeparatum. Két-három esetben teljes gyógyulást ért el, közülük az egyik még most is ellenőrzése alatt áll.

A rák kezelésében szerzett tapasztalatai alapján a bemutató első esetben túllőttek a célon; a radium destructiót okozott, pedig rövid ideig alkalmazták. Tehát ha rák eseteiben is óvatosan kell alkalmazni a radiumot, még inkább óvatossá kell lenni scleroma eseteiben, a hol oedema és suffocatio állhat be. Ha tracheotomia történt, retrograd irányban lehet alkalmazni, ha nem történt, intubatio alakjában mindig rövid ideig. Hogy a Röntgen is hat, az természetes, mert filtrálva hasonló sugarakat ad, mint a radium.

Esetek a hasi Röntgen-diagnostika köréből.

Biró Ernő: Referál megasigma és megacolon 18 esetéről, melyeket egy év alatt diagnoskált. E nagy számot annak tulajdoníthatja, hogy minden bél-esetben a beteget contrast-klysmával is megvizsgálja; a Schwartz-Finsterer-féle ventilstenosist így megoldhatja, különösen ha a beteg a fej felé süllyesztett térdkönyök-helyzetben kapja a beöntést. Meggyőződése, hogy az időszült székrekedés-esetek nagy számában lehet az obstipatiót megasigmára visszavezetni s azért székrekedés eseteiben a Röntgen-vizsgálat kiterjedtebb használatát ajánlja.

Elsődleges emlő-actinomycosis esete.

Russu Titus: A 21 éves, jelenleg a terhesség 8. hónapjában levő beteg baja állítólag 2 hó előtt kezdődött viszketésséggel, melylyel kapcsolatban mindkét emlője kisebződött. A klinikán kezelték, közben lázas lett, nagy fájdalmak voltak, emlői megdagadtak, majd több helyen magától felfakadtak. Két hét előtt vették fel az Új Szent János-kórház sebészeti osztályára. Felvételtkor mindkét emlőn nedvedző ekzema, a jobb oldalin több fistula, melyek körül a bőr vörös-szederves, s melyekből sűrű, sárgás geny ürült; tapintással kemény csomók voltak érezhetők. Az egész kórkép actinomycosisra vagy tuberculosusra terelte a figyelmet s a mikroszkopi vizsgálattal sikerült is kimutatni a sugárgombát.

Az emlő actinomycosisa ritka s még ritkábban ismerik fel; ez teszi indokolttá az eset bemutatását, melynek különös érdekessége még abban is nyilvánul, hogy elsődleges, a milyen csak 2 eset ismeretes (Schut és Risel esete). Rendszerint ugyanis az emlő actinomycosisa másodlagosan fejlődik a tüdőről és pleuráról való áttérjedés útján.

A mi a terápiát illeti, belsőleg jodkalium adagolása mellett Röntgen-kezelésben részesül a beteg, mint a mely utóbbi eljárást actinomycosis eseteiben jó eredménnyel használják. Megjegyzendő, hogy csupán jodkalium rendszeres használatával is elérhető gyógyulás.

Kétoldali tubaris terhesség.

Schossberger Endre: Eredeti közléscink során egész terjedelmében hoztuk.

Az arthrodesis szerepe a bénulások gyógykezelésében, különös tekintettel a vállizületre.

Horváth Mihály: Ismerteti a spinalis eredetű bénulásoknak műtét útján való gyógyítás-módjait. A sebészi beavatkozás célja, hogy a különféle támasztó készülékek használata feleslegessé váljék. Ezt vagy azzal érhetjük el, ha 1. sikerül helyreállítani az ízület activ mozgásképességét, vagy 2. ha az ízületet merevítjük.

Tökéletesebb eredményt érhetünk el, ha sikerül helyreállítani az idegvezetést (neurotisatio), vagy ha az izom egyensúly-zavarát a meglévő izomerő új csoportosítása útján (izomplastica, inátültetés) rendezzük.

Teljes izombénulás esetén az arthrodesis jön szóba, ezt azonban a velejáró káros következmények miatt a bokaizületen kívül különösen csak a vállizom bénulása eseteiben végzi; utána az eddig teljesen hasznavehetetlen kar ismét működésképes lesz.

Eddig 4 esetben végzett hasonló műtétet; az esetek egyikét be is mutatja, a többről pedig fénykép és Röntgenkép bemutatása kíséretében referál.

A háborús járványok tanulságai.

Goldzieher Miksa: A járványtan szempontjából a fertőző betegségeket nem egyes megnyilvánulásuk szerint, hanem mint szerves, biológiai egységeket kell vizsgálni. Ily irányú vizsgálatokra a háború bő alkalmat adott. A különböző betegségeket feloszthatjuk három főcsoportba: exotikus, harc-téren endemiás és otthonról hozott betegségekre. Az első csoportba osztható a cholera, az amoeba-dysenteria; a másodikba a kiütéses typhus, a himlő, a malaria, a febris recurrens, a febris quintana és a *Weil*-betegség; a harmadikba a typhus, a paratyphus, a dysenteria és a tuberculosis. A veneralis betegségek külön helyet foglalnak el a második és harmadik csoport között. A felosztás a fertőzés forrásán alapszik, a melynek felderítése csak az első csoportban könnyű; az endemiás fertőzésekben a közvetítő személyek felkutatása már nehézségekkel jár. A typhus- és paratyphus-, valamint a dysenteria-járvány ambulans betegekből és bacillusgazdákból táplálkozik, a kiknek kimutatása csak rendszeres vizsgálatokkal lehetséges. A tömeges tuberculosis-eseteknek csak egy része felel meg friss infekciónak, másik része manifestté vált régi, latens tuberculosis.

A járvány tovaterjedésének módjában merőben különböznek a bacteriumos fertőzések a protoozonok okozta megbetegedésektől. A bacteriumos fertőzésnél a járványt a közvetlen érintkezés, contactus terjeszti, a másik csoportban egy gazdaállat közvetítésére van szükség. Annak felismerése, hogy a háborúban a cholera, a typhus, a vérhas, stb. úgy-szólván kizárólag contactus útján terjedt s nem víz vagy élelmiszer közvetítésével, megszabta a prophylaxis követendő irányát. Viszont a gazdaállat útján terjedő járványokban, mint a milyen a kiütéses typhus, a recurrens, a malaria stb., a védekezés egyedüli módjának éppen a megfelelő gazdaállat (tetű, anopheles, stb.) kiirtása bizonyult.

Az egyes járványok különbözőségét, a genius epidemicust, a fertőző csira virulentiáján kívül számos mellékkörülmény irányítja, így a járványnak kitett emberanyag természetes hajlamossága, életkörülményei, továbbá ismeretlen tényezőkön kívül időjárásbeli, éghajlati befolyások is. Exotikus fertőzésnél a járvány többnyire nagy erővel jelentkezik, mert hiányzik az emberanyag immunitása. A természetes resistenciát az éhezés és különösen a meghűlés alászállítja, az utóbbi főleg bélhurutok előidézésével. A cholera- és vérhas-járványoknak sajátos praemonitoriális tünete a járványt megelőző nem specifikus bélhurutok jelentkezése.

A járvány terjesztésében a háborús lakásviszonyoknak, az emberek tömeges együttlétének és sűrű vándorlásának igen nagy szerep jut. Az időjárás és évszak nagy befolyását abban látjuk, hogy vannak nyári és téli járványok; az előbbiekhöz tartozik a cholera és dysenteria, valamint a malaria; az utóbbiakhoz a pestis és a rovarok által terjesztett járványok (exanthematicus, recurrens, *Weil*-betegség). A békeidőben ugyancsak nyári járványjellegű hastyphus a háborúban téli járványnya módosult.

A járványok ellen sikeresen küzdöttünk fertőtlenítés, vesztégár és főleg védőoltások segítségével. Láttuk azonban, hogy a járványok spontán is elhatárolódnak, mint például az 1914. évi nagy cholerajárvány Magyarországon, sőt spontán meg is szűnhetnek. Ennek oka részben az, hogy a fogékony emberanyag kifogy, részben, hogy a kórokozó virulentiája megváltozik.

A virulencia változásával függ össze valószínűleg az egyes betegségek rendkívül változatos megjelenése is. Az iskolaesetektől való eltérés egyaránt vonatkozik a betegség súlyosságára, a halálozás fokára, a lefolyás időtartamára, valamint a tünetek változatosságára. Példaként említendő a cholera sicca és cholera typhoid exanthemával, az influenzaszerű typhus exanthematicus sine exanthemate, az ambulatorius typhusokkal keverten előforduló sepsises haemorrhagiás hastyphus-esetek, az atypusos paratyphusok és az exanthemával járó sepsises meningitisek. A szokatlan változatosság a virulentiaváltozáson kívül, melyben a védőoltásoknak is nagy

részük van, az emberanyag megváltozott életmódjával is összefügg. E nehéz helyzettel szemben az orvos csak úgy állhatja meg helyét, ha minden előítélet nélkül, objective észlel és ítél, a bacteriológiai-serológiai segédeszközök és az epidemiológiai tapasztalatok igénybevételével.

PÁLYÁZATOK.

2326/1918. sz.

Lemondás folytán megüresedett Pásztó községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása 1600 korona fizetés, a törvény szerint járó háborús segély, 700 korona lakbér, a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy a képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám 1918 június 20.-áig adják be.

A választás iránt később fogok intézkedni.

Hatvan, 1918 május 27.-én.

Okolicsányi Imre, főszolgabíró.

Nr. 90.051. V—2.

Bei der V. Abteilung der Landesregierung für Bosnien und Herzegovina kommt die Stelle eines **Schularztes** mit dem Sitze in Sarajevo in der IX. Rangklasse (Anfangsgehalt 2800 K, Aktivitätszulage 1200 K, nebst dem entfallenden Teuerungszuschlag auf Kriegsdauer) zur Besetzung.

Ausserdem ist mit dieser Stelle eine fixe Nebenstelle mit einem Jahreshonorar von 2500 K verbunden.

Bewerber oder Bewerberinnen um diese Stelle haben ihre Gesuche entweder direkte, oder wenn sie sich im Staatsdienste befinden, im Wege der vorgesetzten Behörde an die Landesregierung V in Sarajevo bis zum 1. August 1918 zu richten.

Die Gesuche haben folgende Nachweise zu enthalten:

1. Über die b.-h. Landesangehörigkeit, bzw. die österr. oder ung. Staatsbürgerschaft (Geburtsschein, Heimatschein);

2. über die physische Diensttauglichkeit (amtsärztliches Zeugnis);

3. über den an einer Universität in Oesterreich oder in den Ländern der heiligen ungarischen Krone erlangten Grad eines Doktors der gesamten Heilkunde (Originaldiplom oder legalisierte Abschrift);

4. über die nach Erlangung des Doktorgrades in einem Krankenhaus erfolgte, wenigstens zweijährige Verwendung (Verwendungszeugnisse);

5. über die Kenntnis der serbo-kroatischen oder einer anderen slavischen Sprache (Zeugnis), in letzterem Falle muss die Verpflichtung übernommen werden, die serbo-kroatische Sprache binnen Jahresfrist zu erlernen (Erklärung).

Die an die Landesregierung V. gerichteten Gesuche sind mit b.-h. Stempel zu versehen (Gesuch 2 Krone, Beilage je 20 Heller per Bogen). Gesuche, welche im Wege einer österr. oder ung., bzw. kroat. Behörde überreicht werden, sind ebenso, wie deren Beilagen nach der in Oesterreich oder in den Ländern der heiligen ungarischen Krone geltenden Gebührenvorschrift zu stempeln. In Ermangelung b.-h. Stempel kann dem Gesuche der entfallende Betrag angeschlossen werden.

Sarajevo, am 15. Mai 1918.

Landesregierung für Bosnien und die Herzegovina.

Röntgen-készülék

45 cm. inductorral, olesón eladó.

Üzemben látható naponta 3—5 között Mehmed szultán-ut 13.
II. 4. Telefon József 102—88.



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninectio.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.



OPTOCHIN BASICUM
specifikus chemotherapeutikus szer
Pneumonia ellen.

Ujabb közlések javallatok és adagolásról:
Mendel, Münch. med. Wschr. 1915, Nr. 22 und Deutsche med. Wschr. 1916, Nr. 18; Leschke, D. m. W. 1915, Nr. 46; Morgenroth, D. m. W. 1916, Nr. 13 und Berl. klin. Wschr. 1916, Nr. 24 u. 27. (Vereinsberichte); Lublinski, Berl. klin. W. 1916, Nr. 27; Becher, Med. Klin. 1916, Nr. 44; Fr. Meyer, D. m. W. 1916, Nr. 45; Rosengart, D. m. W. 1916, Nr. 46; v. Dziembowski, D. m. W. 1916, Nr. 52.

Optochin hydrochloricum
a szemészetben, mindenek előtt Ulcus cornea serpensenél.

Ujabb közlések:
Axenfeld u. Plocher, D. m. W. 1915, Nr. 29; Cavara, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 54, 1915; Cramer, Zschr. f. ärztl. Fortbildg. 1915, Nr. 14; Lehmann, Ugeskrift for Laeger 1915, Nr. 46; Rosenhauch, Przegląd Lekarski 1916, Nr. 1; Augstein, M. m. W. 1916, Nr. 15; Kraupa, Jahreskurse für ärztl. Fortbild. 1916, Nr. 11; Grüter, M. m. W. 1917, Nr. 2.

Irodalom rendelkezésre áll.

Minták megrendelésénél a t. orvos urak tisztelettel kéretnek, hogy a 184. sz. hirdetésre hivatkozni szíveskedjenek.

Epileptikusok

121.038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre (negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III. oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyminisiteriumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyminisiteriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös romai gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

gyógy- és nevelő-intézete
BALF gyógyfürdőben,
Sopron mellett. A nm. m.
kir. belügyminisiterium

ARGENTOCOLL

Név törvényesen védve.

Colloid-ezüst steril ampullákban
à 2 cm³ 5 pro mille Ag-tartalommal

**mindoly esetekben, a hol colloid-ezüst ja-
valva van, nagy eredménnyel használtatik,
különösen**

nehéz (septikus) izületi rheumánál.

Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók megbetegedési tünetek, sem görcsök fellépése észlelhető nem volt.

Raktár Budapesten: Filó János és Török József-nél.
Próbák orvos uraknak díjmentesen.

Rich. Paul, Med.-chem. Industrie, Graz.

A tuberculosis leküzdése



a mai kor követelménye.

Prof. Hagemann (Marburg), Prof.
Vulpus (Heidelberg) és Prof.
Jesionek (Giessen) kezelési alap-
törvényeinek és tapasztalatai szerint,

**a quarzlámpa által való teljes besugárzás ed-
dig elérhetetlen kedvező hatást eredményezett**

skrofulosis, tüdőbaj, gyanított tuber-
culosis és elerőtlenedésnél, neveze-
tesen gyermekeknél és ifjaknál. —
Újdonságunk 1916-ról, a csarnoki
quarzlámpa Prof. Jesionek (Giessen)
szerint, új erősebb fényű quarzégők
által minden orvosnak lehetővé teszi,

**hogy besugárzásonként nagyon csekély költség-
gel ambulatoriumot (besugárzási csarnokot)**

számos beteg egyszerre való besu-
gárzására, Prof. Jesionek szerint
berendezzen. — Költségvetés és
irodalom díjmentesen.

Quarzlampentabrik Linz a. D. Stammhaus Hanau.

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.

EREDETI KÖZLESEK.

Gonda Viktor: A háború okozta traumás neurosis gyógyítása. 315. lap.**Fronius Lothar:** Közlemény a verseczi cs. és kir. tartalékkórházból. (Parancsnok: Sauerwald Bálint dr., I. oszt. főorvos.) Szívserülés két operált esete. 319. lap.**Blatt Miklós:** Közlemény a czernowitz-besztercei honvédkórházból. (Kórház-parancsnok: Popper Arnold dr., főorvos.) Adatok a skorbutban előforduló szemmegbetegedésekhez. 321. lap.**Mező Béla:** Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. nyilv. r. tanár.) A vese daganatairól. 307. lap.**Irodalom-szemle.** Könyvismertetés. A háború psychológiájáról. — Új könyvek. — *Lap-szemle.* Sebészet: M. Wilms: A csipőizület érdekes megbetegedésének esete. — *Gyermekorvos.* P. Hertz és K. Secher: Neuroblastoma sympathicum congenitum-nak Addison-kórral kapcsolatos esete gyermekeken. 324. lap.*Magyar orvosi irodalom.* 310. lap.**Vegyes hírek.** 310. lap.**Tudományos Társulatok.** 312—313. lap.**Melléklet:** Szemészet. Szerkeszti Grósz Emil.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A háború okozta traumás neurosis gyógyítása.*

Irta: **Gonda Viktor** dr., népfelkelő főorvos, jelenleg az újpesti cs. és kir. tartalékkórház kezelőorvosa. (Parancsnok: Győry Tibor dr. egyetemi magántanár, törzsorvos.)

A háború okozta traumás neurosisban megbetegedettek száma igen nagy. Ugy Németországban, mint Ausztriában, valamint Magyarországon nem ritka azoknak az idegorvosoknak a száma, a kik több száz, sőt ezer eset kezeléséről tesznek említést. Többek között Jolly¹ Nürnbergben ápolott több ezer, Rosenfeld² 1120, Oppenheim³ több mint 1000, Jendrassik⁴ több mint 500 neurosisos beteg észlelését említi meg e háború tartama alatt. Jellinek a badeni congressuson felemlítette, hogy a wieni II. számú tartalékkórházban a háború első évében 36.000 ilyen beteg fordult meg. Alig fér kétség ahhoz, hogy a harcban álló többi népnél az efajta megbetegedések száma ugyanilyen arányu.

A traumás neurosis igen sokféle ok válthatja ki és nagyon sok formában jelentkezhetik. De a különböző országokban kifejlődött kórfelmérleléséből élénken kiviláglik az, hogy bármilyen népnél fejlődött is ki a baj, az esetek annyira hasonlítanak egymáshoz, annyira jellegzetesek és a szervi bajoktól még hasonlóság esetén is annyira különböznek, hogy jogunk van önálló megbetegedésről szólni. Még mai napig sem sikerült a különböző háborús traumák kiváltotta neurosisoknak egységes elnevezést adni. Legmegfelelőbbnek a traumás neurosis, mint gyűjtőfogalom, látszik.

Mélyjáratu vitákban és immár köteteket kitevő munkákban igyekeznek a traumás neurosis lényegét megfejtetni. Elmésnél-elmésebb theoriákat állítottak fel. Nagyjában azt mondhatjuk, hogy a kérdéssel foglalkozók két pártra oszlottak. Az egyik, a nagyobb párt, az előálló változásokat tisztán functionalis okokra vezeti vissza (*Nonne, Jendrassik* és többen); a másik párt valamilyen formában, de bizonyítékok hiányában nem eléggé határozott kifejezésekkel, szervi elváltozásokat tételez fel (*Oppenheim, Sarbo* és még néhányan). Érdekes, hogy nemcsak a betegség külső megjelenési alakjai hasonlítanak, hanem, amint *Tobias*⁵ leírja, még a baj functionalis, avagy szervi természete felett is körülbelül ugyanolyan eltérések vannak a francziák között is, mint a németeknél. A fran-

ciáknál *Babinski* felfogása közeledik leginkább az *Oppenheim*-éhez, míg vele szemben szintén többen, különösen *Roussy* és *Solier*, psychés jelenségnek tartják a bántalmat.

Mindezen több okból nem csodálkozhatunk. A kórbonczolástani alap mai napig teljesen hiányzik. A betegség keletkezése, lefolyásának módja, gyógyíthatóságának lehetősége az eddigi tapasztalatok szerint úgy az egyik, mint a másik álláspont védelmezőinek túlsok bizonyító adattal szolgált az elméletéhez való ragaszkodáshoz.

Némelyiknek tic-je, spaszmusos járása, petyhüdt bénulása stb. már a kaszárnyában, vagy a harctérre induló vonaton fejlődik ki olyan formában, a mely semmiben sem különbözik attól a traumás neurosistól, a melyet valamilyen katona hosszas harctéri fáradalmak után, esetleg ellenséges gránáttól súlyosan sebesülve szerez meg. Egyesek az ominosus gránát-légnyomástól sújtva rögtön felállanak és tovább harcolnak, míg mások hosszú ideig tartó eszméletlenségbe esnek, sőt élettelenül ottmaradhatnak. E végletek között számtalan az átmenet. Mindez szintén hozzájárul ahhoz, hogy eddig egységes elméletben nem sikerült megállapodni.

Minthogy az Országos Hadigondozó Hivatal (azelőtt M. Kir. Rokkantügyi Hivatal) rózsahegyű különleges gyógyintézetében egy év leforgása alatt egymásután 3200 esetben válogatás nélkül minden traumás neurosisnak körjelzett esetet, a kiváltó okra, a fennállás idejére és súlyosságára való tekintet nélkül, szinte kivétel nélkül meggyógyítottunk az Orvosi Hetilap 1916. évi 33. számában közölt eljárásommal (A háború okozta traumás neurosis tüneteinek gyors gyógyítása) és követőim közül egyesek más városokban is több száz egymás után következő esetet gyógyítottak meg,¹ idejét látom, hogy eredményeinkről és főleg hozzájuk vezető módokról beszámoljak. Tapasztalataim és a közlendő statisztikai adatok az első félévben általam meggyógyított 600 betegre vonatkoznak, mert ezeknek sorsát legnagyobb részben 1/2—1 évig megfigyelhettem.

Legtöbben azt állítják, hogy gyermekkorukban nyugodt természetűek és csendes viselkedésűek voltak. Családi terheltség többször mutatható ki. Személyesen volt alkalmam meggyőződni a szülőknél fennálló tabesről, vagy sclerosis polyinsularisról, a mint hiú reményekkel hozzám hozta a tünetmentes fiú gyógyítás céljából apját, vagy még többször anyját. Egyik beteg gyermekkorában hasonló bajon esett

* Előadás a budapesti kir. Orvosegyesületben 1918. évi márczius hó 16.-án.

¹ Többek között *Arányi Zsigmond Trencsenteplíczen* egymaga 632 beteget tett tünetmentessé. Ez a körülmény már azért is külön megemlítést érdemel, mert erre a fürdőhelyre katonáink főleg *ischias-rheuma*-diagnosissal kerültek.

keresztül, mint a milyen most harczképtelenné tette. Kezeltjeim között mindössze ketten voltak rokonságban.

Azokkal a félénkebb természetűekkel szemben, a kik már az első tűzben betegedtek meg, szemben állanak azok, a kik személyes bátorságukért többszörösen kitüntetve, a rohamok és pergőtűzek nagy számát állották ki, míg végre utolérte őket a bánat. Vézna alkatúak olyan számmal találhatók köztük, mint hatalmas, erős testűek. Leginkább feltűnő kifejlődött baj esetén az esetek többségében az arc szomorú vagy félénk kifejezése.

A korra vonatkozólag a besorozottak éveire való tekintettel 18 és 52 év között fordultak elő természetesen az általunk észlelt esetek. A 21. évig rohamos emelkedés van, innen a 42. évig meglehetősen egyenletes a megbetegedettek száma, majd rohamosan esik. 52 éves csak egy volt. Ez körülbelül a megfelelő korosztályok arányszámával magyarázható. A kor tehát úgy látszik nem praedisponáló tényező.

A traumás neurosist kiváltó momentumok közül gyakoriság szerint sorrendben a következők szerepeltek:

Gránáthatás (légnyomás, elföldelés, stb.)	46·7 ⁰ / ₀
Hideghatás (nedves megfázás, fagyás, stb.)	33·3 ⁰ / ₀ ²
Löserülések	10·0 ⁰ / ₀
Fertőző betegségek (typhus, cholera, malaria)	3·0 ⁰ / ₀
Szervi bajokhoz (tabes, sclerosis polyinsularis) csatlakozott fáradalmak	2·8 ⁰ / ₀ ³
Egyéb okok (gáztámadás, repülőgépről zuhanás)	2·2 ⁰ / ₀
Nem volt a harctéren (kiképzéskor, menetelakulás-kor lett beteg)	2·0 ⁰ / ₀

Ezek a különböző aetiológiai momentumokhoz társuló kórképek, a melyeket traumás neurosis név alatt foglalunk össze, nem mutatnak specialis jeleket; mégis hosszabb gyakorlati tapasztalat után oly jártasságra tehetünk szert, hogy a kórjelzésben alig tévedünk.

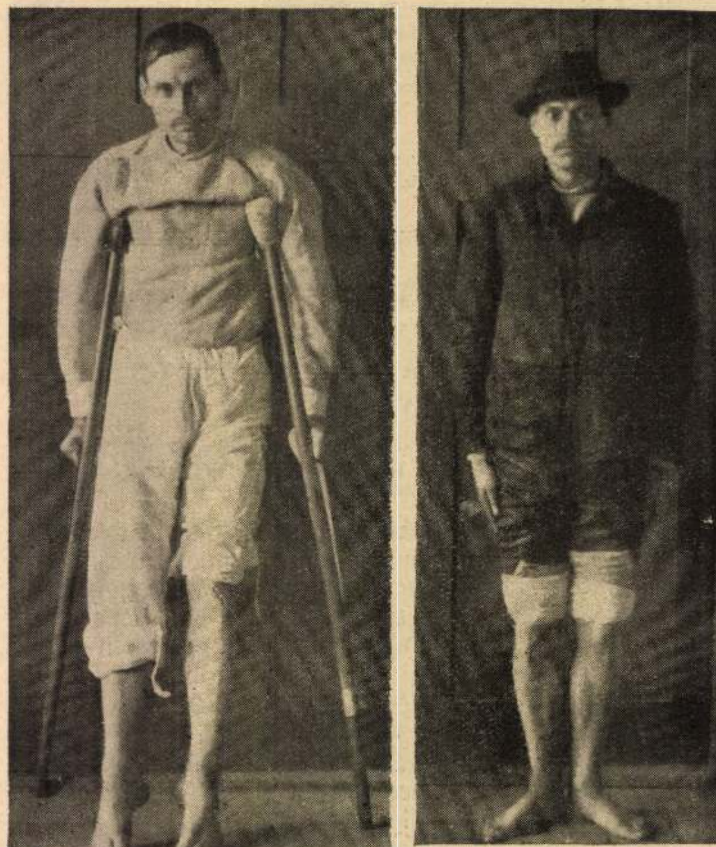
Hasonlíthatnak az előálló tünetek elsősorban hysteriás jelenségekhez, a nélkül, hogy azokkal mindig egy kalap alá volnának vonhatók.

Hasonlíthatnak külső megjelenési formájukban szervi megbetegedésekhez, a nélkül, hogy kóros reflexeket, vagy más szervi elváltozást feltételező tüneteket mutatnának. Hiszen senkinek sem jut eszébe ilyen feltételek mellett traumás neurosistról szólni. E baj esetén azonban nem szabad kóros reflexekről beszélni azokban az esetekben, a mikor azok például rendkívül fokozottak. Ezek mindig csak a *physiologiás reflexek intenzitásában megváltozott formái* és hosszabb tapasztalat meggyőz arról, hogy bármily fokozott is ez a reflex, sohasem éri el azt a fokot, a melyet szervi bajban állapíthatunk meg, még térd- vagy lábclonus fennállása esetén sem. Ez utóbbiak a traumás neurosisban pontosabb megfigyelés után még abban is különböznek a valódi clonustól, hogy lefolyásuk egyenetlen hullámu: nagy lökések után felváltva kicsinyek következnek, hogy azután ismét erősebbek jelentkezzenek; *pseudoclonusnak* volnának nevezhetők. Ugyanúgy áll a dolog negatív irányban is. Bármennyire csökkent is például a térdtünet, egészen sohasem tűnik el. Még legnehezebb anaesthesia fennállása, durva, cserepes talp mellett a talpreflex megítélése. Eleinte ilyen esetekben beletrőrdtem annak negatív voltába, majd a midőn *Jendrassik-fogással*, esetleg különböző testhelyzetekben igyekeztem kivá-

tani, meggyőződtem, hogy a talpreflex sem hiányzik. Igaz, hogy néha éppen csak, hogy észrevehető. Ismételnem kell, hogy *szoros értelemben vett kóros reflexeknek nem szabad előfordulniuk, mert ha ilyenek vannak, akkor kötelességünk a diagnosist felállítanunk és nem beszélhetünk traumás neurosistról.*

A vérnyomásra vonatkozó vizsgálatsorozat arra az eredményre vezetett, hogy az legtöbbször normalis határok között mozog. Csak ritkán fokozott. Leleteim nagyjában egyeznek *Horn*⁶ adataival, minthogy azonban nem jellegzetesek, nem terjeszkedem ki rájuk részletesebben.

A traumás neurosis az egyszerű monosymptomás formától kezdve a testnek majdnem összes izmaira kiterjedő bénulásáig a legkülönbözőbb tünetcsoportokban nyilvánulhat. Egynéhány képpárt mutatok be, a melyeken először a traumás neurosis tüneteit mutató, azután pedig a tünetmentes egyén látható.



Első ábra.

Kezelés előtt.

Kezelés után.

Az első ábra első képén a beteg gránátlégnyomástól keletkezett, 15 hónapja fennálló és kézi erővel le nem győzhető lábtartása, a másodikikon pár másodpercznyi villamosítás után tünetmentessége vehető ki. (Polgári ruháját katonaságtól való elbocsájtása magyarázza.)

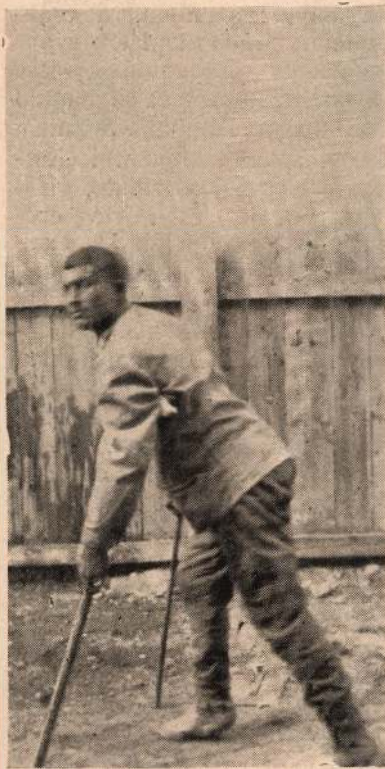
Apró kis hullámú, csak egyes izomcsoportokra szorító remegéstől kezdve az egész testre kiterjedő olyan nagyhullámú remegésig, a mely az ülést, állást és járást is lehetlenné teszi, sokfélélt láthatunk. Nyugalmi helyzetben a remegés szünetelhet és sokszor csak mozgások keresztülvitelének kísérlete alkalmával állanak elő. Ilyen esetekben elég gyakori az az észlelet, hogy fekvő helyzetből emelve fel a végtagot, az csak minimális remegést végez, felüléskor a remegés valamivel nagyobb fokú, felálláskor intenzívebb és járási kísérletkor annyira erősödik, hogy a járás vagy egyáltalában lehetetlen, vagy csak mankón futólépésben lehetséges. Ilyen esetet mutat a második ábra, a melyen a most leírt tüneteken kívül az emlőbimbóktól kezdődőleg körkörös lefelé az összes érzésfajtákra (érintés-, fájdalom-, hő- és melegézés) kiterjedő teljes anaesthesia állott fenn. A néhány másodperczig tartó kezelés után a fenti beteges jelenségek eltűntek, mormalis mozgásnak és érzésnek adván helyet. Beteg-

² Ilyenfajta anamnesises adat mellett 1·5% hadifogságban szerezte traumás neurosist és mint csererokkant került gyógykezelés alá.

³ Nyitva hagyom azt a kérdést, hogy ezek szervi baj nélkül, avagy bajuk milyen stadiumában indultak a harctérre. Bizonyal alig kifejezett tünetekkel, a melyek a fáradalmak által rosszabbodtak, esetleg kiváltódtak. Gondoljunk csak arra, hogy némelyek (*Jacoby, Hoffmann* stb.) szerint psychés behatások, meghűlések és egyéb testi traumák milyen fontos szerepet játszhattak például a sclerosis polyinsularis kifejlődésében. Természetesen a fenti statisztikába csak azok kerültek, kik a harctéri fáradalmak tulajdonképpen szervi bajukhoz plusként traumás neurosist okoztak és a mely plusok kezelésünkre éppúgy eltűntek, miként a különben egészséges szervezetű egyénekben. Például a tabeses süketnémasága, vagy egész testének állandó remegése, avagy, hogy mást ne említsék, egyik sclerosis polyinsularisban szenvedőnek nem intendált tremora.

sége hat hónapja tartott és a harctéren hóban való őrszolgálat teljesítése után keletkezett. Baja kezdetén két hónapon keresztül, a mikor mindkét alsó végtagja dagadt volt, teljes járásképtelenségben szenvedett.

Míg egyesek petyhüdt bénulás esetén ágyhoz kötve hízásnak indulnak (ez igen ritkán fordul elő), mások tetemes súlyvesztést szenvednek, sőt némelyek szinte csontvázvá fogynak. Példa erre a 3. ábrán két képen látható beteg, a ki 14 hónapos betegsége alatt teljes mozgási képtelensége miatt állandóan ágyban feküdt; mindkét képen már a kezelés után látható (hiszen kezelése előtt csak egy az ágyban mozdulatlanul fekvő tömeget mutathattam volna be). Az első képen a betegsége alatt elég jó étvággal bíró, arsen-kurában, masszálásban és villamos kezelésben részesült, 168 cm. magas beteg 38 kg.-ot nyom, míg a második képen 2 hét múlva az általam bevezetett egyszeri kezelés után teljes járási képességét visszanyerve, 8 kg.-ot hízott minden további adjuvans nélkül.



Második ábra.

Kezelés előtt.

Kezelés után.

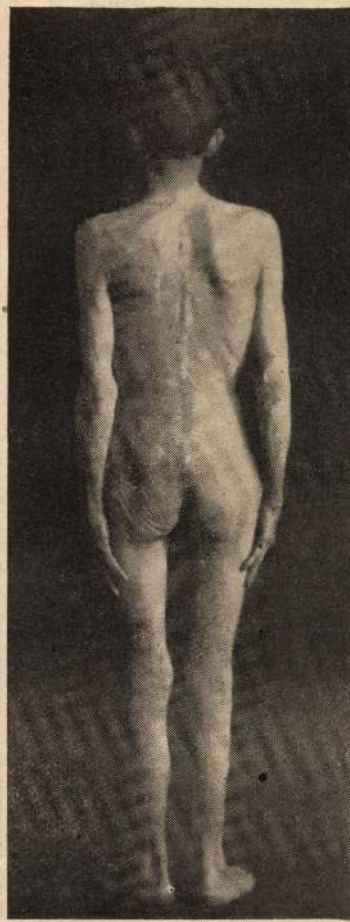
Kis beszédhibákon kezdve, dadogáson és aphonian keresztül a teljes némaságig, a nagyothallástól kezdve a teljes sükettségig és ezeknek különböző variációiban nyilvánulhat meg a traumás neurosis. Beszédhibák esetén a garat-, gégerflex nagyfokú csökkenése, sőt hiánya gyakran állapítható meg. Kezelés után legtöbbször rögtön kiválthatók voltak.

Gyengén látásról panaszt nem hallottam, ellenben teljes vaksággal (a tárgy-, sőt fénylátás tökéletes hiányával) két ízben találkoztam. Ezeknek egyike 9 hónapig teljesen vak volt, kezelése után rögtön tübe czérnát tudott fűzni. Mondanom is felesleges talán, hogy ezt a kezelést alapos szemészeti vizsgálat (szemfenéki lelettel) kell, hogy megelőzze.

Az esetek túlnyomó többségében az alsó végtagot érinti az elváltozás. Az alsó végtagok bántalma más elváltozások nélkül 57%-ban és másokkal kapcsolatban 14%-ban észlelhető az első 600 betegem között, tehát összesen 71%-ban. Innen magyarázható a járásképtelenség, továbbá a botokra és mankókra támaszkodók nagy száma. Egyeseknek csupán térde bicsaklik a lépések megtétele közben; mások viszont, ha egyáltalában járásképesek, csupán botjaikra vagy mankóikra támaszkodva egész testsúlyukkal bírnak továbbhaladni. A mozgási képtelenség oly teljes lehet, hogy a beteg a lepe-

dőjéhez mintegy hozzátapad és egyetlen izmát sem tudja mozgásba hozni.

A 4. képpáron 15 hónapja gránátlégnyomástól beteg katona képe látható, akinek egész bal alsó végtagja petyhüdt bna, azzal active teljesen mozgásképtelen. A medencze-övtől lefelé teljesen anaesthesiás és analgesiás a bal alsó végtag, a mely egyúttal jelentékeny inactivitások atrophiat mutat. Kezelés után a járásképeség és az érzékenység visszatért és a betegsége miatt különben teljesen kétségbeesett ember, a ki már többszörösen öngyilkossági kísérletet követett el és nemileg impotens volt, életvidám, potens lett és a kapott szabadságideje alatt megnősült. Kezelése után 14 hónappal találkoztam vele. Megvizsgálván, legnagyobb megle-



Kezelés után azonnal.



Harmadik ábra.

Kezelés után 2 hét múlva.

petésemre a volt atrophias bal alsó végtagja nemcsak utólérte a jobbat, hanem 6 centiméterrel meg is haladta térfogatában. (Majdnem általánosnak mondhatom azt a tapasztalatomat, hogy a betegség alatt gyakran szünetelő potentia és libido sexualis a kezelés után rövidebb-hosszabb idő múlva visszatér.)

Igen gyakori a spasmusos, széles alapon való járás, a melyhez a remegés különböző foka szokott társulni és a mely esetben a beteg lábát a földről nem bírja felemelni. A remegés lassan lefolyó, kis intenzitású, ritka számú és csak időnként jelentkező formától a szinte megszámlálhatatlan szaporaságú és rendkívül heves rángásokig a legkülönbözőbb fokot mutathatja. Néha csak egyes izomcsoportokra szorítkozik, feltűnően gyakran tisztán a quadricepsekre. A csak bizonyos testhelyzetben beálló remegéstől a minden helyzetben fennálló remegésig igen sok az átmeneti forma: az egyik beteg alsó végtagjának remegése megszűnik, ha térdét behajlítja, a másik éppen akkor kezd remegni. Ez fedi Erben⁷ idevonatkozó vizsgálatait, a ki a megfelelő ízület olyan helyzetbe hozásával, a mely mellett a remegő izmok activ megfeszítése lehetetlen, a remegést meg tudja szüntetni.

A remegés valamelyik formája betegeink 72%-ában fordult elő. A figyelem elterelésével, szokatlan helyzet beállítá-

sával, de még inkább az imént említett elv szerint felvett végtaghelyzetekkel az esetek túlnyomó többségében tartósan szüneteltethetjük a remegést. Vannak azonban betegek, a kiken e módokon sem sikerül a remegést megállítani. Egyik ilyen betegem az egész nap rendkívül hevesen remegő, megszámlálhatatlan szaporaságban rángó jobb karját elalvása előtt fejével nyomta le, így remegése mind kisebb intenzitásával vált és csak az alvás bekövetkezésekor szünt meg teljesen. (Mint különöséget említem meg, hogy a vizsgálat számára eddig hozzáférhetetlen kar, a mely a legkülönbözőbb kezelés dacára 11 hónapon keresztül kínoztatta rángásával a beteget, gyógyulása után teljesen anaemiásnak és a balhoz mérten atrophiasnak mutatkozott. Egyszeri kezeléssel elért gyógyulása után különben rögtön tudott írni.)



Negyedik ábra.
Kezelés előtt. Kezelés után.

A rendelkezésemre álló óriási anyagban mindössze két esetet láttam és gyógyítottam meg, a melyben minden kétséget kizáróan alvás alatt is fennállott a remegés.

Az egyik esetben a tünetek abban nyilvánultak, hogy a beteg egész testében szakadatlanul meg-megremegett, fejét oldalt és felfelé fordította, szemét becsukta és karjait villámszerűen védekező mozgásba hozva, maga elé vonta, minden egyes alkalommal félelmi kiáltást hallatva utánozta az olyan ember mozgásait, a ki egy felülről jövő gránáttól rezzen össze. Betegségét csakugyan feléje repülő gránát okozta. Ez a beteg alvás közben is (heteken át tartó megfigyelés után állíthatom), többé-kevésbé rythmusos időben, egész testében meg-megremegett és karjait ugyanúgy rángatta, mint ébrenlétkor. Magától való felébredéskor fokozatosan erősödött a mozgások nagysága, míg ha zajjal ébresztettem fel, akkor mindjárt a maga teljességében állott elő a kórkép. A beteg 6 hónapon keresztül volt ebben az állapotban, a mely idő alatt etetni, itatni kellett. Erős csillapító szerekre (mint luminal, chloralhydrat) sem sikerült a mozgások hevesességét még csak csökkenteni sem; végre a villamos kezeléstől roppantul féltő beteget, a kit tünetei miatt elkülönítő szobában kellett tartanom, a minden esetben eredményes kezelési eljárásomon felbuzdulva, suggestív előkészí-

tésre a többi beteg közé helyeztem s mellőle jobbra és balra egymás után gyógyítottam a betegeket, szintén elővettem, és a mit akkor még alig mertem remélni, egyetlen kezeléssel, a mely körülbelül 5 másodpercig tartott, tünetmentessé sikerült tennem.

Egy másik betegem teljes eszméletlenségben hozzánk szállított huszár volt, a ki semmi külső ingerre nem reagált és tarkóját mereven válla közé húzva, hátraszegzett fejjel állandóan eszméletlenül feküdt; az alsó állkapocs folytonos szapora örlő mozgásokat végzett. Ez a mozgás annyira állandó volt, hogy nálunk tartózkodása alatt napokig megfigyelve, soha, még alvás közben sem szünetelt. A mikor ébren volt, szemei nyitva, szemgolyói felfelé fordulva voltak. A mikor aludt, szemhéjai becsukódtak. Szomszédja, a ki vele együtt érkezett hozzánk, azt állítja, hogy előbbi tartózkodási helyükön ezek a mozgások ugyancsak éjjel-nappal szakadatlanul tartottak. Felvétele utáni első két napon a szájába öntött tejet és más folyadékot lenyelte. Majd a nyelés mind nehezebbé vált és végre a beteg megszűnt nyelni. Mesterséges végbéltáplálásra tértünk át. Sajnos azonban, a csakhamar bekövetkező végbélatonia miatt minden táplálék azonnal visszafolyt. Meningealis izgalmat és a trigeminus gyökök irritációját (vérzés?) vettük fel a tarkómerevség és az állandó örlő mozgások magyarázatára. Minthogy azonban csökkent reflexeken kívül semmi kórosat sem sikerült kimutatni (Kernig negatív, pupillái intenzív fényre elég jól reagáltak, vizelete kóros alkotórészt nem tartalmazott, stb.) és a beteg erőbeli állapota rohamosan romlott, pulsusa infusiók és excitansok dacára kihagyó, filiformis lett, vezető főorvosunk beleegyezésével, a ki szintén megfigyelte a beteg éjszakai, álomban sem szünő mozgásait, annak a veszélynek tudatában, hogy a beteg villamos kezelés közben is elpusztulhat, megkezdtem villanyozását. Főképpen a kezelés alatti tapasztalataim késztetnek arra, hogy ezzel az esettel kissé részletesebben foglalkozzam. A quadricepsekre alkalmazott, összehúzódtatást kiváltó farados áramra szinte egy csapásra megszűnik az állkapocs örlő mozgása. Első gondom most már az volt, hogy hangot csaljak ki betegemből és hogy suggestiót gyakorolhassak. Minthogy ez a tőlem telhető legerősebb kiabálással sem sikerült, újabb áram bekapcsolása után fülébe kiáltom, hogy mondja meg a nevét. Ekkor nagy örömmel teljesen *aphoniásan* bár, de mégis érthetőleg *tagolva* mondja nevét. Még mindig nagyot hall. Most már fülébe mondom, hogy újabb áram után jól fog beszélni és hallani. Hallása csakugyan rögtön visszatért, de még mindig nagy fokban *dadogva* beszélt. Ezzel sem elégedtem meg és újabb árammal a dadogást is megszüntettem. Kis pihentetés után a járatást kezdtem meg. A beteg félve, szédülve felkel a kezelőágyról, *dülöng, szétveti lábát, alsó végtagjai megmerevednek, törzse előrehajlik és nagyfokú remegések között, spasmusos lépésekkel, talpát a földön csusztatva teszi meg első lépéseit, messzire hallható légzőmozgások kíséretében.* A mint valamely tárgyhoz ér, rögtön belekapaszkodik, mint mindegyik járási képtelenség után meggyógyított beteg. Székre ültetem és mindjárt egy pohár tejet nyeletek vele. Járása rövidesen rendessé vált és nehéz huszárcsizmájában saját lábán, idegen támogatás nélkül (persze az utnak megmutatásával) a több száz méterre levő barakkjába távozott. Másnap jobb keze remegni kezdett, a mi az írásban akadályozta.

A tricepsekre alkalmazott gyenge árammal megállítom a remegést és a beteg tünetmentes. Azóta hónapok teltek el, családja körében nehezebb mezőgazdasági munkát végzett a nélkül, hogy a visszaesés legcsekélyebb jele mutatkozott volna. Kezelés után a 43 éves, erős csontrendszerű, lesóványodott, azelőtt állítólag mindig egészséges katona, a kinek nyolcz jól fejlett gyermeke van, kérdésemre, jelen bajának keletkezésére vonatkozólag előadta, hogy csak arra emlékszik, a mint egészen váratlanul feje fölött „gránát” pattant széjjel. Ettől a pillanattól kezdve azonban semmire sem tud visszaemlékezni. Majd az iránt érdeklődtem, hogy mit is érzett a kezelés alatt és főként, hogy tudia-e miről van szó? „Bizsergést” érzett, úgymond, majd a „villany” szót

fogta fel. További érdeklődésemre azután kiderült, hogy az orosz frontról, a hol harmadfél hónapot töltött, a románra utazva, olvasta valahol, hogy „a villany mindenkit meggyógyít”. Ezután utánjárásommal hivatalosan megállapíthattam, hogy a beteg bajának keletkezése pillanatától kezdve valóban állandóan eszméletlennek látszott, gyógyulása időpontjáig, összesen 23 napon keresztül.

E kis leírásból élénken láthatják a neurosisra foglalkozók a különböző átmeneti formákat úgy, a hogy azok lassú, vagy gyorsabb gyógyulás alatt egymásba át szoktak menni. Mintha tehát nem volna biztosra vehető, hogy a traumás neurosis különböző formáit tisztán a kórházak nevelik. Gyakran kapunk kezelésbe aphoniásokat vagy dadogókat, kik betegségük kezdetén némák voltak, a mint azt Muck⁸ is tapasztalta, Oppenheim is említi monographiájában és Wagner⁹ is tesz rá célzást. Nem ritkán találkozunk hibásan járókkal, kik azelőtt járásképtelenek voltak. Ezért nem szabad a traumás neurosis kezelése alkalmával fél-eredményekkel beérni, hanem tökéletes tünetmentességre kell törekedni, annál inkább, mert ez kellő türelemmel mindig elérhető.

(Folytatása következik.)

Közlemény a verseczi cs. és kir. tartalékkórházból. (Parancsnok: Sauerwald Bálint dr., I. oszt. főorvos.)

Szívserülés két operált esete.

Irta: Fronius Lothar dr., műtő, népf. ezredorvos.

Leírandó operált eseteimet a műtét ritka előfordulása miatt tartom közlésre érdemesnek. Az első esetben a balkamara áthatoló szúrás-sebe miatt szívvarratot végeztem, a második esetben a szívburokból varrótűt távolítottam el, mely a szívizmot horzsolta, mérsékelt haemotopericardiumot, dyspnoét és könnyű cyanosist okozva. Ez utóbbi per primam meggyógyult; a szívvaratos, sajnos, 6 napra primára gyógyult szívheggel pneumóniának esett áldozatul. Mielőtt a kórtörténeteket közlőm, röviden kitérek a szív szúrás sérüléseinek általános diagnostikájára és a műteti technikára. Tankönyveimen kívül bővebb irodalmi adatok rendelkezésemre nem állanak, úgy hogy a szív műtétekről újabb statisztikai számokat nem közölhetek. Sikertelt szívvarratot eddigelé bizonyon már több tucat esetben alkalmaztak. 1895-ben Del Vecchio készítette kutyán az első szerencsés szívvarratot, 1896-ban Capellen és Farina egy-egy esetet emberen operált sikeresen, míg Rehn 1897-ben közölte első szerencsés és híres cardiorrhaphiáját. 1902-ben Terrier és Raymond szívserülések 51 műtett esetéről számolt be 19 gyógyulással.

F. T. Stewart (Transactions of the Coll. of Phys. Philadelphia, 1904) 1904-ben már 60 esetről közöl statisztikát, melyek közül 23 meggyógyult. A 37 elhalt közül 13 bizonyon az utólagos, vagy már a sérülés alkalmával bevitt infectiónak esett áldozatul.

A szív szúrásos sérülésére akkor gyanakszunk, ha feltehetjük, hogy a sérülés localisatiójánál és irányánál fogva a szívet érhetette és egyúttal a szív működés súlyos zavarát és az acut anaemia tüneteit észlelhetjük. A szívtompulat meg-nagyobbodásának esetleges hiánya természetesen nem fogja diagnosisunkat megdönteni, ha széjjelválasztjuk a tiszta szív-sérüléseket azoktól, melyek egyúttal a mellhártya áthatoló sérülésével és a pleuraür megnyitásával vannak kombinálva.

1. Ha tiszta szívserüléssel van dolgunk, midőn a pleura tehát nem sérült, ellenben csak a szívburok és a szív, akkor bizonyos reflexes halványságon kívül szembeötlő lesz a dyspnoé és a cyanosis. A pulsus kicsiny és szapora, a szívhangok gyengék, a szívtompulat pedig meg-nagyobbodott, hacsak igen sok vér nem folyik ki a sebből. A tüdők percussiója és auscultatioja ép viszonyokat kell, hogy mutasson. A szívtompulat olyatén való meg-nagyobbodását, mint pl. exsudatív pericarditis esetén, nem is fogjuk mindjárt elvárni, mert vagy rögtön meghal a beteg, vagy sok vér folyik ki a sebből és az egészséges szívburok még akkor sem fog annyira

kitágulhatni, mint lassan növekvő pericarditisnél, ha a külső sebzés szűk volta vagy a szűrési csatorna ferde lefutása miatt a vér nem tud a seben át kiömleni és így bizonyos nagyobb feszültséget okozhat a szívburokban, melyet kitágít. Már Morgagni óta tudjuk, hogy a szívburokba ömlött vér a szív komprimálása folytán okozhatja a halált. Ehhez azonban sokszor órák és napok szükségesek és természetes, hogy ez a lassu „szívtamponade” inkább szűkebb lumenű sérülés eseteiben jöhet létre (pl. tüvel), mint táguló szívsebeknél, vagy kifelé erősen vérző és elvérzés által gyorsan halálra vezető sérülés eseteiben. Cohnheim szerint a szívburokba lassan szívárgó vér a cavákra gyakorolt nyomásával okozza ily esetben a halált. De valószínűnek látszik, hogy a petyhüdt pitvarokat is leszorítja a kifolyott vérömleny, valamint a kamarák működését is lényegesen megnehezíti, ami a cyanosist és talán a nyakvenák megdagadását, valamint a gyenge, felületes, szapora szívcontractiókat magyarázza, amennyiben ez utóbbiak nem az előzetes vérvesztés következtében beállott anaemia és collapsus tüneteit képviselnék. A szívburok punctiójával ily esetekben kétségtelenül szívvarrás nélkül is gyors és tartós eredményt lehet elérni, hacsak újra meg nem telődik a szívburok. Ily lassan fejlődő esetekben tehát a szívtompulat lényeges meg-nagyobbodása fog fennállani a haemotopericardium egyéb jeleivel.

2. Mások a viszonyok, ha a szívserülés mellett a pleura is meg van sértve, vagy ennek sérülése nagyobb fokú, mint a szívburoké. Ekkor rendszerint nem kaphatunk lényegesen meg-nagyobbodott szívtompulatot, mert a vérzés csaknem szabadon beleömlhet a pleurazsákba és a dyspnoé mellett lényegében az acut anaemia classikus tüneteit láthatjuk. A beteg kollabált, inkább halovány mint cyanosisos, pulsusa alig van, hideg verejték, agyanaemia tüneteként hányás stb. A szívhangok itt is gyengék, alig hallhatók és a pneumopericardium, haematopneumothorax auscultatiós és percussiósi tünetei nem fognak hiányozni. Ha a pleuropericardialis seb kicsiny, ez bizonyos idő múltán alvadékkal betömődhetik; ekkor meg az anaemia tüneteihez a szívcompressio jelei fognak hozzátársulni, úgy hogy a tüneteket egymástól elválasztani már nem tudjuk és ilyenkor csupán az birhat fontossággal, hogy a gyors cselekvéshez a szív sérülését biztosan felismerjük és minél előbb hozzálássunk a műtethez. Az elmondottakból következik, hogy gyors segítségre, szívfeltárára és varratra feltétlen szükségünk van akkor, ha az anaemia-, collapsus- és dyspnoé-tünetek vehemensek, aggályosak és sürgős életveszély forog fenn, melyet a szív sérülésében ismertünk fel, égyen az akár tiszta szívserülés, akár pleurasérüléssel kombinált és ilykor nem fogunk zavarba jutni és még várakozni, ha a kopogtatással a szívtompulat szembeötlő meg-nagyobbodását kimutatnunk esetleg nem is sikerült.

A műteti technika különböző eljárásait leírni nem akarom. Szívvarratom leírandó esetében a Kocher-módszert választottam, melyet — akkor mást nem is ismerve — a sebészeti bonczolástani gyakorlatokon néha-néha megpróbáltam. A szív sebészeti feltárása hullán, valamint előn is elég könnyű és igen gyorsan eszközölhető, ha az ember a szívburok és pleura bonczolástani viszonyait, valamint egy jónak és a legtöbb esetre alkalmasnak vélt és hullán begyakorolt műtét technikáját megjegyezte. Az indicatiót szívvarrathoz a szúrt sebeknél kívül még a contusio által okozott szívserülés, lövésű sérülés, esetleg szívaneurysma rupturája adhatják. A szív feltárást még chloroformcollapsus esetén is ajánlották massage céljából és mediastinopericarditis chronica adhaesiva több esetében eredményesen alkalmazták a cardiolysis formájában. A szív anatómiai elhelyeződéséből következik, hogy a jobb szívfél elülről behatoló sérülés eseteiben többször sérül meg, mint a bal szívfél, s minthogy a kamarák közelebb fekszenek a mellkasfalhoz, többször sérülnek meg mint a pitvarok, melyeknek elhelyeződése inkább dorsalis, a kamaráknak ventralisabb elhelyeződésével szemben. Így könnyen lehetséges volna az is, hogy egy horizontális irányu szúrás elül a mellkasfal mögött fekvő kamarát, hátul meg a

pitvarokat sértheti. Tehát szükségünk van a szív feltáráskor oly műtéti methodusra, mely elegendő betekintést és helyet biztosít, és mely láthatóvá teszi a szív egyes részeit. Vagy tízféle methodus van alkalmazásban, mert természetes, hogy a behatolás nem egészen egyforma lesz, ha a sérülés a sternumtól jobbra, vagy balra fekszik, avagy fent a pitvarokat, vagy lejjebb a kamarákat érte. Igen fontos az, hogy a szívburokot úgy nyissuk meg, hogy a pleurát ne sértsük meg, nehogy a műtét közben beálló pneumothorax-szal a collapsust még fokozzuk. Szükséges még a jó betekintés végett továbbá az, hogy elég nagy ajtót készítsünk az elülső mellkasfal egy részének felnyitásával és egyuttal letoljuk a pleura széleit a szívburokról, hogy elég nagy nyílást vághassunk rajta. A mammaia előbb lekötendő.

A szívvarrat kivételéhez czélszerű a szívet alája vezetett két ujjunkal megemelni és kissé rögzíteni, addig, míg az első beleöltött fonálnál fogva ezt kényelmesebben nem tehetjük. Műtétet alkalmával azt tapasztaltam, hogy az első beöltött fonál után, mely akkor már kezünkben marad, a melynél fogva aztán dirigálunk, túl vagyunk minden nehézségen és a többi öltés már simán megy, mert közben már jobban törülhetünk, a tátongó szívseb meg annyira-amennyire már zárva van és a többi varratot pontosan alkalmazhatjuk, valamint az öltések közötti időben a szívet fonalunknál fogva visszaengedhetjük és a következő öltéshez kiemelhetjük és azon pillanatra kissé jobban fixálhatjuk.

Esetem ez: 1917 márczius 29.-én R. H. 13 éves fiút a kórház előtt verekedés közben pajtása megszúrja, rögtön összeesik. Hordágyon rögtön behozzák osztályomra. A beteg eszméletlen, inge, ruhája tele van vérrrel. Pulsus egyáltalán nem tapintható; a nyakvenák duzzadtak, az ajkak szederjesek, rendetlen, Cheyne-Stokes-typusu légvételek. A pupillareactio igen renyhe, cornealis reflexek nincsenek, a gyermek agoniában van. A bal emlőbimbótól felfelé és befelé $1\frac{1}{2}$ harántujjal egy ferdén lefutó $2\frac{1}{2}$ cm.-nyi szúrt seb, mely erősen vérzik. A műszereket rögtön kifőzetjük, a vérző sebet bekötjük. A szívtompulatot a műtőasztalon a kötéslevétel után még egyszer kopogtatjuk és nagyobbnak találjuk: felfelé a II. bordáig, jobbfelé a szegycsont jobb széleig terjed, kifelé pedig a bimbóvonalig. Stethoskop nem volt kéznél és a műtét sürgőssége miatt nem is auscultáltunk. 5 cm³ kámforolaj a bőr alá, gyenge aethernarcosis, melyet ápolónő végez, ugyan-csak egy ápolónő assistál is. Konyhasóoldatot sterilizáltak subcutan infúzióhoz, melyet már műtét közben bőven alkalmaztatok a czombok bőre alá. Jodtinctura-desinfectio után a szív Kocher-féle feltárása. Ferde metszés a sternum közepétől a bal 6 bordaporczon egészen a csontporczogó-határig. A bordaporczot szabaddá tesszük raspatoriummal úgy elől, mint hátul. Majd késsel vágjuk át a sternum mellett a porczot és a metszést a sternum közepén felfelé folytatjuk a III. bordáig. A porczokat a sternum bal szélén mind átvágjuk és a III. borda felett még egy harántmetszést ejtünk, hogy ajtót nyithassunk a mellkasfalra, amit úgy érünk el, hogy kampókat akasztunk be az átvágott porczogókba és erőiesen húzzuk. A pleura és musculus transversus thoracis tompa letolása simán megy, a látótérbe került mammaia internát két érszorító között lekötjük. A kampókkal való húzást kézzel helyettesítjük, a pleurát az area interpleurica inferiornál kezdve és felfelé haladva mindjobban letoljuk a szívburokról és végül eltörjük a csont és porczogó határán a III—VI. bordát, mire megvan az ajtó és szabadon és egész kiterjedésében fekszik előttünk a kékesen áttűnő, vérrrel telt szívburok. A pleuraszél letolása közben azt látjuk, hogy egy helyen sipolás közben levegő és habos vér tódul ki; ezen nyílást 2 peritonealis fogóval lefogjuk a tüdőszélel együtt és e helyen öltést és lekötést alkalmazunk: (Pleurá szúrt sebe!) A szabaddá tett szívburok kékesen áttűnő; a szúrás helyén erős vérzés van. E nyílást ollóval kellően tágitjuk fel- és lefelé és a szívet mindjárt megragadjuk. A következő pillanatban már sikerült az első áthatoló öltést betenni arra a helyre, ahonnan a vér előtört. A szívburokban meggyült kékes híg vért csak most kezdjük alaposabban kitörölni, hogy jobban láthassunk és

kontrollálhassuk, hogy jól öltöttünk-e és hogy mindkét sebszél benn van-e az első öltésben? A fonálnál fogva biztosítjuk magunknak a szívet, a vérzés már nem oly izgalmas, mert az öltés jó helyre került és csakhamar még 4 öltést alkalmazunk, 2 csomósat és 2 nyolczas alakút, mire a vérzés tökéletesen megszűnik és már szívárgás sincsen. A szív sebe több mint 2 cm. hosszú volt és a balkamara elülső falát teljesen áthatolta a csúcs felett kb. 2 harántújjnyi magasságban. A szívburok recessusait a vértől steril langyos konyhasó-öblítéssel tisztára kimossuk, a szívburokot meg csomós öltésekkel zárjuk. A narcosist abbahagyjuk; a fiu csodálkozásunkra egészen jól van, a cyanosis és collapsus eltűnt. A mellkas falát csomós öltésekkel zárjuk, a perichondriumokat is ily öltésekkel fixáljuk. Jónak láttam egy steril gazecsikot a pericardialis üreg alsó zugába lazán bevezetni, de úgy, hogy a szív mozgását semmiesetre se gátolja, az esetleg képződő secretio levezetésére, mert a sebet biztosan sterilnek nem tekinthettem.

A műtét befejeztével a gyermek már félliter konyhasó-infúziót kapott és szapora pulsusa jól tapintható. Könnyű jégzacskó alkalmazása, egy óra múlva már beszél és megmondja, hogy ki szúrta meg. Másnap délelőtt, márczius 30.-án, hőmérséklete 37.3° , pulsus 106, táplálkozik, a sensorium ép, az ajkak rózsásak. Délután láz jelentkezik, 39.2° , mely az exitusig $38.5-39.3^{\circ}$ között ingadozik, a pulsus meg 120—130. Másnap, sepsises folyamatra gondolva, a kötést kibontom, a csikot eltávolítom; a törlek igen kevés, tiszta, húslészerű váladékkal átitatva, a mely nem egyéb, mint a visszamaradt és kifolyt öblítő folyadék. A seb szép, reactionélküli, tehát az újabb csikot csak éppen belefektettem. Következő nap, április 1.-én a kötést hagyjuk, április 2.-án kötésváltás; a magas láz még fennáll, a sensorium zavart. A kopogtatás alkalmával kitűnik, hogy a bal crista scapulaetól lefelé tompulat van bronchialis légzéssel és szörtyözrejekkel (pneumonia). A szívhangok tiszták; a bicuspidalist a sebvizonyok miatt (drainage-helye) nem hallgathattam.

Therapia: Ipecacuanha és háromszor napjában 15 csepp digalen, este az elesettség és gyenge szapora pulsus miatt kámforinjectio.

Április 2. Status idem, két kámforinjectio, gyakran félrebeszél.

Április 3. Két kámforinjectio, délután exitus.

A beteg tehát a műtét utáni 6. napon halt meg. A törvényszéki bonczolás alkalmával, melyet két törvényszéki orvos végzett, kitűnt, hogy a szívseb primára gyógyult; tompa eszközzel szétfeszítettük a sima, jól tartó heget és láttuk, hogy a sérülés a balkamara lumenébe beleterjedt; genyedésnek sehol semmi nyoma. A bal tüdő a csúcs kivételével a hepatitisatio rubro-grisea stadiumában. A bal pleurán és a pericardium felszínén, különösen a pleuralis oldalon kevés fibrines lepedék.

Hogy a pneumonia a sérült pleuráról indult volna ki, vagy a sérüléskor bevitt infectio következtében állott volna elő, arra semmi támpontunk nem volt; a pleuravarratot megtaláltuk, de ezen semmi genyedés, vagy különös elváltozás konstatálható nem volt.

A fehértemplomi törvényszék ügyésze — a tudományos czélt tekintetbe nem véve — a szervek kiadását megtagadta, rögtön eltemettette és így mikroskopi praeparatum a szívseb gyulladásának folyamatáról és a bronchialis váladékból, sajnos, készíthető nem volt.

A második eset egy katona 12 éves leányára vonatkozik, a ki körülbelül három héttel ezután édesanyja kíséretében gyalog keresett fel a kórházban azzal, hogy előző nap elesett és egy kötöttű fűródott be mellébe. A bal 4. borda alatt a sternalis vonalban tűszúrás helye látszik. A gyermek mérsékeltén dyspnoés és kissé cyanosisos. Pulsusa 96, láztalan. A kopogtatás alkalmával csak kevésbé nagyobb a szívtompulat jobbfelé. A szívhangok gyengék és valami karczoló pericardialis zöreje hallható. Supponáltam, hogy a tű csakugyan benn van és reméltem, hogy reámettszéssel a végét majd megtalálom. Helyi anaesthesiában vízszintes metszést

ejtek; midőn a külső bordaközi izmokat átvágtam, a betapintó ujjal a tü végét érzem és elkampózásra látom is. Azt is látom, hogy a szív működésével synchron mozog a kilátszó hegye le- és felfelé. A tü, melynek iránya ferdén lefelé és befelé haladt, pince-szel kihúztam, hossza 3 cm. Tovább nem is kutattam, hanem a sebet bevarrtam, a leányt kocsin hazaküldtem és jégtömlőt rakattam fel. Másnap és a következő napokon egészen jól van, tulajdonképpen semmi baja. A 6. napon fonálkiszedés és prima gyógyulás; az auscultatio alkalmával gyenge pericardialis zörejek; tompulatmagnagyobboldás nem állapítható meg biztosan. A tizedik napon a beteg végleg felkelt ágyából.

A tü kétségtelenül átszúrta a pericardiumot és a mozgó szívet megsértette. Komolyabb baj akkor származhatott volna, ha a szív saját ereinek sértése folytán nagyobb vérömlény keletkezett volna a szívburokban.

Közlemény a czernowitz-besztercei honvédkórházból. (Kórházparancsnok: Popper Arnold dr., főorvosorvos.)

Adatok a skorbutban előforduló szemmegbetegedésekhez.

Irta: Blatt Miklós dr., osztályvezető-főorvos.

Mindazokban a tankönyvekben és közleményekben, melyek a skorbut tanával foglalkoznak, bőven megtaláljuk a betegség tüneteinek leírását. A skorbutban beálló cachexia, foghúsmegbetegedés, vérzések, az izomzatnak, a bőrnek, a subcutan és intramuscularis kötőszövetnek haemorrhagiás gyuladása részletesen vannak tárgyalva. Sokkal ritkábban találunk adatokat arra vonatkozólag, hogy a látószerv mily mértékben és hogyan betegszik meg a skorbuttal kapcsolatban.

Schumann-nak idevonatkozó adatai főképpen a skorbutban előforduló conjunctivalis és retinalis vérzéseket említik. Betegein a szaruhártyának is elég gyakori megbetegedését találta, részint keratitis parenchymatosa, részint fekély alakjában. Az orbitában beálló vérzés két esetében szemizombénulást idézett elő, még pedig az egyik esetében jobboldali részleges oculomotorius-bénulást, a másik esetében a felső egyenes szemizom bénulását állapíthatta meg.

Weill 56 skorbutbeteget vizsgált meg s közöttük két esetben a retinitisnek oly formáját találta, mely főképpen a maculatájakra lokalizálódott. Három betegén typusos neuritis optica volt látható. Ideghártya-vérzésekről két esetben tesz említést, közülük az első egyidejű ideghártyagyuladással, a második egyidejű látóideggyuladással jelentkezett.

Axenfeld egy esetben skorbuttal kapcsolatban látóidegsorvadást ír le. A 17 éves leány a skorbutnak legsúlyosabb formájában szenvedett, tömeges vérzések, nagyfokú gingivitis, anaemia és láz kíséretében. A pupillák reakciója kissé lomha. Szemtükről ideghártyabeli vérzések maradványai és mindkét oldali látóidegsorvadás volt megállapítható, mely utóbbi később mindkét szem teljes vakságát idézte elő.

Kétségkívül a skorbuttal kapcsolatban fejlődő szemmegbetegedések közül leggyakoribbak a vérzések, melyeknek okaként bizonyára ugyanaz a tényező szerepel, mely a skorbutban előforduló bőralatti és egyéb vérzéseket is okozza. Klinikai és kísérleti tapasztalatok alapján tudjuk azonban, hogy a szervezetnek nagyobb fokú belső vagy külső vérzése szintén okozhat szemfenéki vérzéseket és egyéb látószervi megbetegedéseket. Betegségek, melyek a vér kvalitatív vagy kvantitatív elváltozásaival járnak, szintén alapjául szolgálhatnak egyes szembetegségeknek. Manz, Pick, Achmetjew, Heibner és Hirschberg dolgozatai bőven bizonyítják, hogy anaemia pernicioza, morbus Werlhofii, morbus Barlowi szintén okozhat conjunctivalis, retinalis vagy orbitalis vérzéseket. Ismeretes, hogy erősebb menstruációnál ideghártya-vérzések előfordulhatnak. Hegner egy esetében erősebb gyomorbéli vérzés okozott az illetőn látás-zavarokat, látótérdefectusokat és gyuladós látóidegsorvadást. Mindezen szembeni vérzések — a skorbutbetegségben előfordulókat sem kivéve — a

látásra csak abban az esetben járnak igen nagy veszéllyel, ha a maculatájakra lokalizálódnak, minden egyéb esetben a látást csak részben zavaró látótérdefectusokat (skotoma) okoznak. Ezen vérzések elfogadható magyarázatát ezideig még nem találták meg. Az a nézet, hogy a szervezetnek bármilyen kvalitatív vagy kvantitatív vérvesztése a kisebb vérereknek — így a szembelieknek is — táplálkozási zavarát idézi elő, világos. Elfogadhatónak látszó magyarázat továbbá az, hogy a táplálkozásukban megzavart vérerek fala hyalinosan elfajul. Kitamura egy skorbutban elhalt egyén bonczolásakor a retinának egész terjedelmében való oedemát elváltozását találta. Ez az elváltozás legerősebben a hátulsó szempolus tájékán volt kifejlődve. Szétszórva az ideghártya egész területén vérzések voltak láthatók. A vérerek elváltozásairól azonban ez esetben nem találunk említést.

Az 1917. év nyarán alkalmam volt egy hadsereg körletében felállított skorbutosztály 70 betege közül mindazokat, kiket bármilyen subjectív panasz vagy egyéb szemmegbetegedésre gyanús tünet miatt szemvizsgálat végett hozzám átküldtek, behatóan megvizsgálni. Körülbelül négy hét alatt a 70 beteg közül 12-t utaltak át szemvizsgálat végett. Mindezek a skorbut már 2—3 hónapja fennállott; bemondásuk szerint azonban már 4—5 hónapja szenvednek a végtagok rheumás fájdalmaiban. A skorbutnak többnyire súlyosabb formája volt rajtuk kimutatható, többszörös kiterjedt bőrvérzésekkel, súlyos foghús-affectiókkal, a subcutan és intramuscularis kötőszövetnek haemorrhagiás gyuladásaival. Feltűnő volt mindegyiken a nagyfokú anaemia és általános testi gyengeség. Vizsgálataim tárgya a szemhéj, a kötőhártya, a cornea, az iris és a szemfenék volt. A látásélesség és a látótér mindegyik betegen meg lett határozva. Kutattam esetleg jelenlétét színérzésbeli rendellenességek és hemeralopias panaszok után.

Skorbut-eseteim, melyekben szemvizsgálatot végeztem, a következők:

1. N. P. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$. Hemeralopia kimutatható.
2. P. S. A szemhéjon vérzések. Subconjunctivalis vérzések, chemosis. Keratitis superficialis oc. utr. V. = j. $\frac{5}{35}$, b. $\frac{5}{25}$. Hemeralopia kimutatható.
3. M. A. Subconjunctivalis vérzések. Retinitis, a retinán tömeges vérzések és fehér fénylő foltok. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{35}$. A látóér concentric szűkült. Hemeralopia kimutatható. A vizeletben sem fehérje, sem cukor.
4. L. K. A szemhéjon vérzések. Subconjunctivalis vérzések. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$.
5. H. P. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$. Hemeralopia kimutatható.
6. S. Z. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$.
7. W. K. Subconjunctivalis vérzések, chemosis. Keratitis superficialis oc. utr. Mindkét szivárványhártyán irritatio. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{25}$.
8. L. F. Papilloretinitis vérzésekkel és érelváltozásokkal. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. 2 m.-ről olvas ujjakat. A látótér a fehér, vörös és zöld színre concentric szűkült. Hemeralopia kimutatható. Wassermann- és tuberculin-reactio negativ.
9. R. F. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$.
10. T. L. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$. Hemeralopia kimutatható.
11. N. P. A szemhéjon vérzések. Subconjunctivalis vérzések. A retinán vérzések és fehér foltok. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$. Hemeralopia kimutatható.
12. N. T. V. = j. $\frac{5}{50}$, b. $\frac{5}{50}$. Hemeralopia kimutatható.

A subjectív panaszok aránylag csekélyek. Fájdalmakról csak két betegem panaszkodott. Mindkettőnek cornealis affectiója volt. A fájdalmak szúrás alakjában nyilvánultak s inkább erősebb fénynél voltak elviselhetetlenek. Főképpen a szemgolyóba lokalizálta fájdalmát az a beteg, kin később szemtükről papilloretinitises elváltozásokat észleltem. Ugyane betegnek metamorphopsiás panaszai is voltak.

A szemhéjak vérzései (2. és 4. eset) elég kiterjedtek és mindkét szemhéjon a bőrnek sötétvörös, lilába játszó foltjaiban mutatkoztak. A 11. esetben a szemhéjvérzések kisebbek és inkább purpuraszerűek voltak.

Subconjunctivalis vérzéseket öt esetben találtam. A 3., 4. és 11.-ben a vérzés főképpen az alsó palpebralis conjunctivára lokalizálódott, kisebb-nagyobb sötétvörös összefolyó foltok alakjában. Mindhárom esetben a bulbaris conjunctiva csak kevéssé volt megtámadva, elszórt gombostűfejnyi vérzésekkel szórványosan borítva. Ezzel szemben a 2. és 7. esetben a subconjunctivalis vérzések helyéül főképpen a bulbaris

kötőhártya szolgált, mely a nagyfokú vérzéstől szinte daganat-szerűen kiemelkedett és elég nagyfokú chemosist is mutatott. Semmiesetre sem tekinthető véletlennek, hogy éppen e két utóbbi esetben volt a cornea is megtámadva. Az erős subconjunctivalis vérzés és chemosis megakadályozhatta a szaruhártyának a kötőhártya útján való táplálkozását és az így elgyengült szaruhártya a külső behatásoknak kevésbé tudott ellentállni. A valószínűség szerint így létrejött szaruhártyagyulladás mindkét esetben felületes volt és semmi hajlamot sem mutatott a továbbterjedésre. A 2. esetben a gyulladás által előidézt zavarodás majdnem a szarú közepén foglalt helyet, a 7. esetben a szarúnak külső-alsó részletén. Fényviszony és megnövekedett könnyválasztás az utóbbi esetben dominált, aminek okaként inkább a szaruhártya-gyulladás folyamánként fennálló egyidejű iris-izgatottság szerepelt. Bár az iris rajzolata és színe ép volt, mégis a szűk pupilla és ennek kissé renyhe reakciója az iris megbetegedésére utalt.

Az üvegtestben egyetlen egy esetben sem tudtam kóros elváltozást kimutatni.

A szemfenéki vizsgálat három esetben mutatott kóros elváltozást. A 3. esetben az ideghártya kissé vérmes és diffuse zavaros. A látóideg mérsékelten halvány, szélei elmosódottak. A retinalis erek fátyolozottak, az arteriák feltűnően vékonyak, a vénák gyengén teltek, sötétszínűek, nem kanyargósak. A szemfenék egész terjedelmében elszórtan pont-, nyelv- vagy szabálytalan alakú, barnászöröses vérzések láthatók; legtöbbjük a vérerek közelében fekszik. A nagyobb vérzéseket kisebb-nagyobb, fehéren fénylő, elmosódott határú foltok kísérik. Kisebb, fehéren fénylő foltok különállóan is láthatók, főképpen a macula lutea tájékán; az ophthalmoskopi lelet feltűnően emlékeztetett a retenitis albuminurica képére. Nephritises ideghártyagyulladás esetén azonban a látóidegfő rendszeren erősebben van megtámadva, ily tömeges vérzések nem igen fordulnak elő, azonkívül esetemben a fentjelzett fénylő fehér foltok mégsem mutatták azt a retenitis albuminuricára annyira jellemző gyöngyházfénytűt fehérséget. Klinice betegemen a nephritisnek semmiféle tünete sem állott fenn, a vizelet normalis, fehérlének minden nyoma nélkül.

Míg a fenti esetben inkább az ideghártyagyulladás tünetei voltak előtérben, addig a 8. esetben a papillitis kép dominált. Mindkét oldalt kifejezett látóidegfőgyulladás állott fenn, mihez még a retinának mérsékeltebb gyulladásos tünetei is társultak. Jobboldali szemfenék: A retina vérmes, kissé zavaros. Erősen vérmes látóidegfő, elmosódott határokkal. Az arteriák fátyolozottak, a vénák sötétek, kanyargósak, erősen teltek. A vérerek közelében csipkesszerű barnás-vöröses vérzések, fehéres, elmosódott határú udvarral körülvéve. Kisebb nagyobb vérzések a macula közelében is láthatók. Baloldali szemfenék: A retina zavaros, erősen vérmes; a látóidegfő vérmes, határai teljesen elmosódottak. Az arteriák fátyolozottak, a vénák erősen teltek és kanyargósak. Retinalis elváltozások egyébként — leszámítva egy a temporalis oldalon lévő nyelv alakú fehéres foltot — nem voltak. Vérzések hiányoztak.

A 11. esetben a látóidegfő mindkét oldalt teljesen épnek mutatkozott. A jobb szem ideghártyáján egy fehéres plaquetól kísért vérzés, a látóidegfőtől temporálisan egy ér közelében. A baloldali szem ideghártyája szintén a látóidegfőtől temporálisan volt megtámadva, szabálytalan alakú fehér folt formájában. A fehér folt felső és alsó részletén egy-egy nagyobb vérzés. Ez utóbbi pathológiás elváltozás és a látóidegfő közti ideghártyaterületen még egy kisebb vérzés. A vérerek — a vénák kissé erősebb teltségét leszámítva — mindkét szemfenéken épnek látszottak.

E legutóbb közölt esetben a látásélesség — csekély retinalis elváltozások mellett — ép volt, mindkét szem $\frac{5}{5}$. Ezzel szemben a látásélességnek nagyfokú csökkenése volt megállapítható a 8. esetben, mely mindenesetre a nagyfokú papillaris és retinalis kóros elváltozásokkal összhangzásban állott. Visus: jobboldalt $\frac{5}{50}$, baloldalt 2 méterről olvas ujjakat. Természetesen a 3. számú esetben is látáscsökkenés volt jelen; jobboldalt $\frac{5}{50}$, baloldalt $\frac{5}{35}$. A keratitis mellett

fennálló látás-zavar a szaruhártya-megbetegedés folyamánya volt. Valamennyi többi betegem látásélessége normalis.

A látótérvizsgálat a 3. és 8. esetben mutatott kóros eltérést; mindkettőben centrális szűkület volt jelen, az előbbiben mérsékelten, az utóbbiban erősebb fokban, párosulva a vörös és zöld szín látóterének szűkülésével. Színérzésbeli rendellenességet sehol sem találtam.

Mind a tizenkét esetben feltűnő volt a hemeralopiás panasz. Objective a Förster-féle photometer útján nyolcz betegem volt hemeralopia kimutatható, mely azonban minden esetben összhangzásban állott az általános állapottal. Így többek között megfigyeltem, hogy a hemeralopia foka az anaemia fokával részben lépést tartott. Ennek magyarázatául szolgálhatna talán az a hypothesis, hogy a szervezet vérvesztése folytán az ideghártya fényadaptációképessége csökken.

Eseteim — az irodalomban felsoroltakkal együtt — bizonyára hozzá fognak járulni ahhoz, hogy a skorbutos megbetegedésekben a szem állapotát is állandóan figyelemmel kísérjük; tudva azt, hogy a szem részéről a vérzéseken kívül még egyéb, a látást erősen veszélyeztető szövödmények is jelentkezhetnek.

Irodalom. Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1903, július. — Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 1903, május. — Zeitschrift für Augenheilkunde, IX., 514. oldal. — Münchener med. Wochenschrift, 1904, 39. oldal. — Graefe's Archiv für Ophth., LXIV., 1906, 175. oldal. — Deutsche med. Wochenschrift, 1910, 403. oldal.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem 3. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Verebely Tibor dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

A vese daganatairól.

Irta: Mező Béla dr., operateur, urológiai rendelő- orvos.

(Vége.)

9. B. F., 7 éves fiú. Felvételt a Stefánia-gyermekekórházban 1907 április 4.-én. Két hónappal felvétele előtt hasa nőni kezdett s a jobb vesetájon fájdalmi jelentkeztek, majd véreset vizelt. A jobb hypochondriumban körülbelül gyermekfej nagyságú dudoros, a lumbalis tájra hátraterjedő térfogatnagybodás volt tapintható. A műtét lumbalis metszéssel történt. A kiirtott vese méretei $15 \times 9 \times 5$ cm. A daganat 3. nagyjából gömb alakú részből volt összetéve, a melyek közül az egyik jókora férfiköly-, a másik kettő almanagyságú volt. A daganat rostos kötőszöveti tokba volt burkolva, gyermekagyvelő consistentiájú, sárgás-fehér, metszéslapján sima volt, s a zsíros tokra terjedt át. A férfikölyni részlet közepében hatalmas vérzéses gócz volt. A kórsvetani kép (II. számú kórbonczatani intézet) teljesen a 8. számú esethez hasonlított. A gyermek a műtét után simán gyógyult, további sorsa ismeretlen.

10. R. T., 10 éves fiú. Felvételt a Stefánia-gyermekekórházban 1908 január 23.-án. Fél év óta szorgalmas kezelés dacára is folyton gyengült. Utóbbi időben hasa nőni kezdett. Betegségét arra vezette vissza, hogy elesett s jobb oldalát megütötte. Felvételtkor a jobb hypochondriumot kitöltő gyermekfejnyi, sima felületű, tömött tapintatu térfogatnagybodást találtunk, a mely a lumbalis tájra hátraterjedt. A műtét transperitonealis simán folyt le. Összenövés nem voltak. A vese alsó polusát feszes kötőszövet-tokba zárt gyermekfejnyi tumor foglalta el, a mely a megmaradt két ujj széles veseállománnyal szemben élesen volt elhatárolva. A vese méretei $19 \times 12 \times 9$ cm. A tumor állománya lágy, velőszerű volt. A metszéslapon egy két ujj széles szürkés-fehér, egynemű peripheriás övet és vörhenyes-barna vérzéses, elhalásos magot lehetett megkülönböztetni. A vesemedence erősen ki volt tárgulva. A mikroskopi lelet minden tekintetben jellegzetes, embryonalis adenosarkoma volt. A gyermek simán gyógyult, azonban néhány hónap múlva recidívában meghalt.

11. K. J., 3 éves leány. Felvételt a Stefánia-gyermekekórházban 1908 június 26.-án. Három hónap óta nőtt a hasa s nagyon legyengült. A vizelése rendes volt, de állandó székszorulásban szenvedett. Felvételtkor a baloldali hypochondriumot kitöltő s a lumbalis tájra hátraterjedő emberfejnyi sima térfogatnagybodás volt tapintható. A műtét lumbalis metszéssel simán folyt le. A gyermek ennek dacára a műtét után 24 órával shock-tünetek között meghalt. Vizelete a műtét után is rendes mennyiségben volt. A tumor, a mely majdnem az egész vesét elpusztította, a vesétől élesen el volt határolva. Metszéslapja szürkés-vöröses, egynemű volt, kisebb-nagyobb elhalásos góczokkal. A szövétani vizsgálat (II. számú kórbonczatani intézet) tipusos embryonalis adenosarkomát állapított meg.

12. V. J., 5 éves fiú. Felvételt a Stefánia-gyermekekórházban 1908 július 18.-án. Két hónap óta nő a hasa. Vizelete rendes volt, fájdalmak nem jelentkeztek. Felvételtkor a jobb hypochondriumban gyermekfejnyi, sima felületű térfogatnagybodás volt, a mely a lumbalis

tájra hátraterjedt. A műtét lumbalis metszéssel simán folyt le. A kiirtott daganat a vese alsó polusából indult ki, s a még meglevő vese-állománytól élesen el volt határolva. Metszészlapja általában véve szürkés-fehér, egynemű volt, de benne helyenként szürkés-vörös, kissé besüppedő nedvdúsabb részletek voltak. A szövettani lelet (*Krompecher*) a következő volt: A daganat állományát igen sejtdús, kifejezett polymorphismust mutató kötőszövet alkotta, a melynek sejtjei hol orsóalakúak, hol gömbölydedek vagy ovalisak, oedemásan átívódottak. Ezen alapállományban számos acinosus, illetve tubulosus mirigy-képlet foglaltatott, a mely köbös, részben hengeres sejtekkel volt bélelve. A mirigycsövek lumene nagyrészt szűk, alig látható, máshol középtág s több helyen tömlőszerűen kitágult volt. Ilyen módon apró cysták keletkeztek, a melyek köbös vagy lelapult hámmal voltak bélelve. Diagnózis: *Birch-Hirschfeld*-féle, részben apró tömlős embryonalis adenosarkoma. A beteg per primam gyógyult. Egy év múlva a daganat kiújulása következtében meghalt.

13. F. N., 11 hónapos. Felvétel a Stefánia-gyermekkorházban 1912 március 25.-én. Szülei két hét óta vették észre, hogy a has bal felében daganat nő. Felvételnél a has bal fele erősen előredomborodott. Az előredomborodást az egész hasfelet kitöltő s a lumbalis tájra felterjedő gyermekfejnyi, nem fluctuáló sima térfogatnagyságú daganat okozta, a mely mérsékeltén mozgatható volt. A daganat felé a kopogtatási hang mindenütt tompa volt. A műtét chloroform-narcosisban az intercostalis idegek lefutását követő harántmetszéssel történt, a melynek előlő szélé a rectusig ért s itt kissé hosszirányban pararectalisban lefelé kanyarodott. Az emberfejnyi daganat a vese ágyától egészen a kis medenczéig ért, a hol a gerincoszlop jobb oldalára is áttért. A colon a daganat belső oldalán futott. A lép a daganat és a diaphragma közé volt beszorulva. A daganat tokját behatítva, iparkodtunk azt kifejteni, miközben a tumorszövet hatul fent berpedt. A velős részleteket kitörölve, a többi a tokkal együtt kiirtottuk. A peritoneumot teljesen zárva, a vese-fészékbe vezetett tamponat extraperitonealisán a seb hátulsó zúgába helyeztük el. A kiirtott puha daganat metszészlapja szürkés-fehéres, egynemű volt kisebb-nagyobb elhalásos és vérzéses góczokkal. A szövettani vizsgálat azt mutatta, hogy a daganat alapállománya igen sejtdús és nagy polymorphismust mutató kötőszövet alkotta. Ezen alapszövetben igen sok acinosus, majd tubulosus mirigycsoport foglalt helyet, melyeket a legkülönbözőbb alakú és rétegű ham fedett. A képet helyenként harántcsikolt izmokból álló részletek tarkították. Diagnózis: embryonalis adeno-myosarcoma. A gyermek per primam gyógyult, de félév után recidivában elpusztult.

14. D. A., 3 éves fiú. Felvétel a Stefánia-gyermekkorházban 1913 május 30.-án. Négy hónap óta vette észre, hogy a has bal fele növekedik. Három hét előtt ugyancsak a bal oldalon tájdmak jelentkeztek s egy hét előtt véreset vizelt. Felvételnél a has bal fele hatalmasan előredomborodott. A tapintható sima, kemény térfogatnagyságú majdnem a középvonalig ért s a lumbalis tájra jól tapintható volt. Csak igen kis fokban volt mozgatható. A műtét transperitonealisán történt. A zsíros tokkal összekapaszkodott daganatot könnyen, vérzés nélkül sikerült eltávolítani. A vese fészékét lumbalisán drainezve, a hashártyát egyesítettük. A műtét gyors és sima lefolyása daczára a beteg a műtét után 6 órával shock-tünetek között meghalt. A kiirtott gyermekfejnyi, kötőszövet-tokkal bíró daganat a vese alsó polusát teljesen elroncsolta. Metszészlapja általában véve szürkés-fehér, velőszerű, sima volt, rajta itt-ott szürkés-vörös, kissé besüppedő részletek, majd a közepén egész kis almányi elhalásos góczok mutatkoztak. A daganatban kifejezett polymorphismust mutató köb- és orsóalakú kötőszöveti sejtek által alkotott alapállományban csoportosan elrendezett mirigycsövek foglaltak, a melyeket többégtől köb-, illetve hengerhám bélelt. Diagnózis: embryonalis adenosarkoma.

15. V. A., 6 éves leány. Felvétel a Stefánia-gyermekkorházban 1913 december 1.-én. A gyermek szülei azt vették észre, hogy a gyermek erősen soványodik s hasa bal felében daganat fejlődik. A gyermek véreset nem vizelt, fájdalmat nem voltak. A has bal felében levő elődomborodást körülbelül gyermekfejnyi, kissé dudoros, a lumbalis tájra és a bordaív alá felterjedő, kissé mozgatható térfogatnagyságú daganat alkotta. A műtét ferde lumbalis metszéssel történt. A daganat kihámozása a zsíros tokkal együtt, a melyre helyenként ráterjedt, könnyen sikerült. A daganat a vese alsó polusából indult ki s a vesét majdnem teljesen elpusztította. A mikroszkopos vizsgálat (II. számú kórcsontani intézet) embryonalis adenosarkomát állapított meg. A gyermek a műtét után gyorsan gyógyult, de másfél év után otthon, valószínűleg metastasis következtében elpusztult.

16. K. Gy., 51 éves férfi. Felvétel 1917 május 10.-én. Az erős testalkatú beteg arról panaszkodott, hogy vizelete két hét előtt majdnem tiszta vér volt s hogy pár hónap óta erősen soványodik. A húgyivarszerveken objectív elváltozás nem volt. A vizelet az első vizsgálat alkalmával eltérést nem mutatott. A vesék (a nagy zsírpárna miatt nehéz viszonyok) nem voltak tapinthatók. A beteg a cystoszkopos vizsgálatra erős haematuriával jelentkezett. A hólyag kapacitása 200 cm³ volt, a hólyag nyálkahártyája semmi eltérést sem mutatott. A míg a bal ureterből rendes vizelet jött, a jobb ureterből az egyes actióknak megfelelően tiszta vér ürült. Az indigo a bal oldalon 10 perc alatt élénken mutatkozott, a jobb oldalon pedig még fél óra múlva sem jött meg. A vizelet fagypontja baloldalt -1.80° C, jobboldalt -0.90° C volt. Mindezek alapján, bár a vese nem volt tapintható, jobboldali vesetumort vettünk fel s a beteget idegességére való tekintettel chloroform-aether-bódulatban megoperáltuk. A műtét alkalmával kiderült, hogy a vese felső felében körülbelül két férfikölnagyságú és több alma-

nagyságú dudorból összetevődő térfogatnagyságú daganat volt. Megkíséreltük, hogy a daganatos vesét a zsíros tokkal együtt távolítsuk el, de az nem sikerült. Kénytelenek voltunk a vesét tokjából kihámozni, a mikor is láttuk, hogy a tumor a zsíros tokra több helyen ráterjedt. A vese eltávolítása után a zsíros tokot is kifejtettük, a melyben az áttérjedés góczokon kívül még két diónagyságú, daganatosan beszűrődött mirigy is feküdt. Draincső behelyezése után a lumbalis sebet egyesítettük. A műtét után: harmadik napon szívgyengeség mutatkozott, a mit a negyedik napon súlyos pneumonia követett. A seb per primam gyógyult. A pneumonia 3 hét alatt lezajlott s a beteg a műtét utáni 5. héten a klinikát elhagyta. A vese metszészlapján kitűnt, hogy a tumor a vese-medenczére is ráterjedt, a metszészlap egyenletesen sima volt. A képet a közepén levő elhalásos góczok mellett helyenként vérzéses foltok tarkították. A szövettani vizsgálat üregképződés nélküli malignus hypernephroma jellegzetes képet mutatott. A daganatsejtek igen sok glykogent tartalmaztak.

17. R. J., 51 éves férfi. Felvétel 1916 október 12.-én. Pár hónap óta véreset vizel és ezen idő óta jobb vesetáján görcsös fájdalmak jelentkeztek. A sovány beteg jobb veséjének alsó csúcsa jól tapintható volt, s feifelé dudoros kemény térfogatnagyságú daganat folytatódt. A hólyag eltérést nem mutatott. A functionalis vizsgálat a következő eredményt adta. A bal vese az indigót 10 perc alatt élénken hozta s vizeletének fagypontja -1.50° C volt. A jobb veséből indigo fél óra múlva sem jött s kevés vizeletének fagypontja -1.01° C volt. A műtét lumbalis behatolással, paravertebralis anaesthesiában történt. A vesét a zsíros tokkal együtt távolítottuk el. A körülbelül almanagyságú tumor a vese középső harmadának előlő részén fejlődött s egészen a vese-medenczéig terjedt, metszészlapja sima, sárgás-fehéres volt. A szövettani vizsgálat azt mutatta, hogy a daganat vékony kötőszövet-kötegekkel körülvett oszlopos, majd reczés elrendezésű sejthalmazokból állott, s nagy, világos protoplasmájú és kis, sötétre festődő maggal bíró sejtjei a mellékvesesejtekhez igen hasonlítottak. A sejtszövetek közepében helyenként több-kevesebb sötétsárgára festődő egynemű anyag volt. Mindezek alapján a daganat colloid elfajulással szövődő malignus hypernephroma volt. A beteg per primam gyógyult, azóta egészséges.

Eseteinket összegezve azt látjuk, hogy a 17 operált vesedaganat közül 8 felnőtt és 9 gyermeket illetett. A daganat 7 ízben jelentkezett nőben, 10 esetben pedig férfiban. A bal oldalon nyolcszor, a jobbon pedig kilencszer jelentkezett. Összes eseteink malignusak voltak, s a következőképpen oszlottak meg: hypernephroma volt 4, adenocarcinoma 2, laphámrák 2 és embryonalis adenosarkoma 9. A daganat első tünete vérzés volt két ízben s ezek közül az egyik gyermekkorú adenosarkomára vonatkozott, a mi ritka jelenség. A fájdalom kétszer hívta fel a figyelmet a vese megbetegedésére, nyolc esetben pedig (mind gyermekkorú daganatok) a daganat volt az első diagnostikai jel. A daganat tapintható volt 15 esetben, egy ízben pedig, a hol a férfikölnyi daganat a vese felső csúcsán dorsalisán ült, csak a vese alsó polusát lehetett érezni. A daganat 10 esetben a zsíros tokra, egy ízben a májra, egy másik esetben pedig a hashártyára terjedt rá. A zsíros tokon belül két ízben találtunk daganatosan megnagyobbodott mirigyeket. A nagy ereket körülvevő nyirokmirigyek egy ízben voltak dió-, sőt kis almanagyságúak, rákosak. Ugyanezen esetben a daganat a hashártyára is rákapaszkodott s fájdalomtan varicocele is volt jelen, a mely csak az utolsó hónapban jelentkezett s a beteg térdkönyök-helyzetében sem tűnt el. A nagy erekre való áttérjedést egyszer sem észleltük. Harmadik számú betegünk 38-90-ig terjedő lázakban szenvedett, a mit csak a nagy rákos daganat okozhatott. Transperitonealisán operáltunk egy felnőtt és egy gyermeket. Műteti shock következtében meghalt két igen lesoványodott gyermek, a kiknek a daganata óriási méreteket öltött. A többi betegünk meggyógyult és így műtét-halálzásunk csak 11%. Harmadik számú, inoperabilis betegünk meghalt a műtét után 4 héttel, negyedik számú esetünk pedig, a melyben varicocele, kiterjedt nyirokmirigy-áttételek voltak és a rák a hashártyára is ráterjedt, $\frac{3}{4}$ év múlva helybeli recidiva és áttételek következtében pusztult el. A többi felnőtt beteg a műtét óta lefolyt $\frac{1}{2}$ -3 év alatt egészséges maradt. Nagyon szomorú a gyermekkorú adenosarkoma miatt operáltak statisztikája. 9 gyermek közül 7 egy éven belül recidivában elpusztult. Két gyermek sorsa ismeretlen, de minden valószínűség szerint ezek is meghaltak. A két műtét haláleset egyike lumbalisán, másika pedig transperitonealisán operált betegre vonatkozik.

Végül kedves kötelességemnek teszlek eleget, mikor Bókay János és Verebely Tibor egyetemi tanár uraknak

köszönetemet fejezem ki azért, hogy a munkám megírásához szükséges anyagot átengedni szívesek voltak.

Irodalom. Paul Grawitz: Die Entstehung von Nierentumoren aus Nebennierengewebe. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 1884, 28. oldal. — Castan: Les tumeurs paranephritiques. Gaz. des hôp., 1898, 42. szám. — P. Geiss: 18 Jahre Nierenchirurgie. Marburg, 1900. — M. Wilms: Die Mischgeschwülste der Niere. Leipzig, 1899. — Ad. Junkel: Beitrag zur Kenntniss der sogenannten embryonalen Drüsen- geschwülste der Niere. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1901, 60. kötet. — Kümmel-Graff: Chirurgie der Nieren und Harnleiter. Hand- buch der praktischen Chirurgie, V. kötet. Kimerítő irodalommal. — O. Frank: Das maligne Hypernephrom im Kindesalter. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1910, 66. kötet, I. füzet. — Berher: Zur Cystennieren- frage. Virchow's Archiv, 1913. — Zehle: Untersuchungen über Nieren- geschwülste. Virchow's Archiv, 1910, 201. kötet, 150. oldal. — Israel: Ueber Fieber bei malignen Nieren- und Nebennierengeschwülsten.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A háború pszichológiájáról.

Ismeretes anekdota, hogy mikor *Walter Raleigh* az utcán szemeláttára hajbakapott emberek csetepátéjából sem tudta az igazi tényállást kihámozni, a jeles angol lovag és kalóz sutba dobta a történetírói pennát. Bátran alkalmaz- hatnók ezt az anekdotát a háború lélektanára is és ebből az egész lélektanra általában. Minden psychologusnak legmeg- bízhatóbb próbaköve éppen erről a világháborúról való ész- lelése. Ha abban, a mi hovatovább ötödik esztendeje az egész világ tengerét forralja alattunk, nem tudja észrevenni a moz- gató erőket és törvényeket, hogyan vállalkozhatnék az elme elemzésére? A legtöbb szerzőt azonban ez nem ejti az angol lovagéhoz hasonló skepsisbe. Jóhiszeműen szerzi és építi ki transcendens elméleteit a lélektan és elmekörtan legszövevé- nyesebb problémáiról és feszélyezve érzi magát a háború brutális és roppant tömegjelenségei által. Csodálatos, hogy mennyi pszichológiai elméletet költöttek már és mily kevés találót és igazat mondtak még a háborúról!

Nem hiszem, hogy nagyon előrevitte volna a lélektant *Th. Ziehen* (Psychologie grosser Heerführer, Leipzig, Barth, 1916), mikor megállapítja a nagy hadvezér kellei gyanánt a térbeli fantáziát, a lehetőségek egyéni, mérnöki képzelethez hasonló kombinációját és alkalmazását. Ezt körülbelül eddig is tudtuk, kötelezőül azonban csak a német hadvezéri sza- bályzati utasításban képzeljük el.

R. Sommer (Krieg und Seelenleben, Nemnich, Leipzig, 1916) egyebek közt igen alaposan megelemzi a tábori leve- leket, melyekben szerinte 1. a személyiséget, 2. az előző élményeket és 3. a címzett személyiségét kell tekintetbe venni.

A *Sommer*-féle műveknél a háború eljövendő psycho- logusai számára becsesebbek oly dolgozatok, minő például *H. W. Dix*-é (Psychol. Beobachtungen über die Eindrücke des Krieges, 1915). *Dix* meglehetősen híven és keresetlenül közli azt, a mit magán és másokon tapasztalt. Adatai nem mélyrevilágítók, de felhasználhatók. Megtudjuk például belőlük, hogy a háborús hangulat, a tömegvárakozás az egyes nem- zetek egyénisége szerint mennyire változó. A németeknél levő kém-iszony, az árulásgyanítás — mely a francziák közt még erősebb — nálunk csaknem ismeretlen volt. Ehhez és hasonlókhöz alkalmazkodott aztán a külföldiekkel való eltérő bánásmódunk is.

Lélektanilag vajmi kevés az új és érdekes *Magnus Hirsch- sprung* könyvében (Kriegspsychologisches, 1916, Marcus- Webers, Bonn). Olvasmányul mindazáltal ajánlhatom, mert tiszta látásával és láttatásával érdekessé és figyelemreméltóvá tesz sok olyan dolgot, amit csak pillanatnyilag, futólag szok- tunk tudomásul venni. Nagyon világossá teszi a háború okai közt az egyes népek hangulati, kedélybeli tényezőit; kár, hogy ezeket általánosítja és nem vezeti le a nemzeti jellem-

ből, annak történelmi alakulásából. Eképpen meglehetősen félreérti például az olasz támadást, melyet *Macaulay*, *Mac- chiavelli* elemzője, bizonyára jobban tudott volna megmagya- rázni. Sokszorosan kiemeli a háborút mozgó „hősi” ösztö- nök elemeit és legott osztályozza is őket: „Natur- und Freiheitsrausch, Vebrüderungs-, Beute-, Tatenrausch” stb. De hogy mindennek mi a lényege, mi a keletkezése, azt nem érteti meg velünk. *Le Bon*-tól vártuk volna ezeknek a neki- szabadult őshajlamoknak, kezdetleges, vak erőknek a meg- fejtését, de a tömegpsychologia finomitéletű mesterét saját törvénye érte utol: maga is, atomja a tömegnek, áldozatául esett a tömegindulatnak s a „Renseignements sur la guerre européenne” egy jobbadán megfontolása vesztett, elfogult s az objectivitásban csak a megvetésig emelkedő elmének alig burkolt vádirata a boche-ok ellen. *Kollarits* e lapban kellően hangsúlyozta már a műhöz fűződő várakozást és csalódást. *Le Bon*-nál szerintem még *Loewenfeld*, a „Psychopathia gal- lica” háborús megalapozója is tárgyilagosabb egy árnyalattal. A francia-latin szellemnek a legutóbbi politikai pörökben megnyilvánuló tünetei legalább is megértetik velünk, hogy mi ragadhatta el annyira a müncheni psychiatert, hogy a francia nemzeti jellem általános tulajdonságának hajlandó tekinteni a gloire valamelyes psychosisát.

De a francziák még ebben az ötletben is megelőzték a németeket. *Camille Flammarion* „La mentalité allemande dans l'histoire”, Paris, 1915 című kis kötetében hatásos retorikával jelenti ki, hogy *Kepler*, *Humboldt*, *Kant*, *Beethoven* csak olyan kivételek, melyek megerősítik a szabályt. A ger- mánokban kiirthatatlanul megvan a furor teutonicus, a bru- tális, állati bűnöző hajlandóság. *Caesar* és *Tacitus* adatain kívül örömmel fedezi fel, hogy *Strabon* szerint is a germánok „nagyobbak, szőkébbek és vadabbak,” mint a gallok és hozzáteszi a modern természettudomány fegyvertárából, hogy a francziák ősei valószínűleg más majmaktól, külömb maj- maktól erednek, mint a németekéi.

És mégis, *Hirschsprung* szerint ne reméljük azt, hogy egy későbbi kor historikusa meg fogja érteni ezt a háborút, ha a mai kortársak képtelenek erre.

Amire képtelenek voltak a pedáns, elméletekkel és statisztikákkal dolgozó psychologusok, amire alig látszik eddigelé képesnek akár a deductiv, akár az inductiv specu- latio, azt talán a költői beleérzés fogja leghamarább felderí- teni. Az elmével foglalkozó orvosok kedvelt szokása, hogy oly igen gyakran tartalmatlan fejtegetéseikben nagy költőkből idéznek, többnyire csak izelítőkül. Mindig az volt az érzésem ilyenkor, hogy öntudatlanul ezekkel az idézetekkel vitték a legtöbb értéket, nemcsak színt, ragyogást, de termés aranyat is „adalékaikba” és egyéb dolgozataikba, és mosolyognom kellett azon a vállveregető módon, a melyen ezt cselekedték. Azt gondolom, hogy a költői intuíciónak sehol sincs nagyobb értéke, mint éppen a lélektanban, sőt éppen ebben a leg- hatalmasabb a felfedező fejlődés minden lehetősége között.

A háború első könyve, mely e tekintetben méltó feltü- nést és magunkbamélyedést kelthet, *H. Barbusse* regénye: *Le Feu*. (A tűz). Nem regény, inkább egy francia poilu, baka egyszerű harctéri emlékirata, valóban átélt és átszenve- dett, regényben eddig nem méltatott, mert szinte emberállati impressiók, erősen visualis fantázia látásainak egyhangú tömege ez a munka. A mi benne tudatos psychologia, elmélet, speculatio, az többnyire átlagos értékű; a mi azonban saját és közvetlen megfigyelés, az igen becses, mert becsületes és igaz. Azt hiszem, hogy a háború igazi lélektana felé inkább a lövészárkon, mint a könyvtárszobákban keresztül visz az út. Ezért *Barbusse* regénye az, a mit a háború pszichológiai irodalmából elsőnek ajánlhatok a gondolkodó orvos figyelmébe.

Tar Alajos dr.

Új könyvek:

Placzek: Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit, ihre Indikationen, Technik und Rechtslage. Leipzig, G. Thieme. 15 m. — *Aufrecht*: Zur Pathologie und Therapie der diffusen Nephritiden, Berlin, A. Hirschwald. 5 m. — *A. Bingel*: Über Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum. Leipzig, F. C. W. Vogel.

3 m. — *P. Schilder*: Wahn und Erkenntnis. Berlin, J. Springer. 7.60 m.
— *C. Adam*: Kriegsärztliche Vorträge. V. Teil. Jena, G. Fischer. 5 m.
— *G. Schöne*: Über den Zeitpunkt des Ausbruchs der Wundinfektion nach Schussverletzungen und rechtzeitige vorbeugende Wundbehandlung. Leipzig, F. C. W. Vogel. 4 m. — *J. Ertl*: Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 24 m. — *E. Melchior*: Zur Lehre von der ruhenden Infektion mit besonderer Berücksichtigung der Kriegschirurgie. Leipzig, J. A. Barth. 1.50 m. — *C. Economo*: Die Encephalitis lethargica. Leipzig-Wien, F. Deuticke. 10 m. — *C. Bachem*: Arzneitherapie des praktischen Arztes. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 7.50 m. — *K. Kloss und L. Hahn*: Taschenlexikon für das klinische Laboratorium. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 6.60 m. — *B. Aschner*: Die Blutdrüsenkrankungen des Weibes und ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe. Wiesbaden, F. Bergmann. 26 m. — *B. S. Schultze*: Über den Scheintod neugeborener Kinder. Leipzig, J. A. Barth. 1.80 m. — *H. W. Gruhle*: Psychiatrie für Aerzte. Berlin, J. Springer. 12 m. — *G. Saar*: Aerztliche Behelfstechnik. Berlin, J. Springer. 24 m. — *E. Utitz*: Psychologie der Simulation. Stuttgart, F. Enke. 4 m. — *K. Bühler*: Die geistige Entwicklung des Kindes. Jena, G. Fischer. 10 m.

Lapszemle.

Sebészeti.

A csípőizület érdekes megbetegedésének esetét közli M. Wilms. A 15 éves betegen oly elváltozást észlelt, a melyet coxitis mellett szoktunk látni. A jobb alsó végtag kissé hajlított, abductió és kifelé rotált állásban volt. Járáskor a beteg a jobb oldalon a medenczét süllyesztette és a végtagját a fájdalmak miatt csak kíméletesen használta. A *Roser-Nelaton*-vonallal normalis viszonyokat mutatott. Az ízület nyomásra nem volt érzékeny. Az anamnesis szerint az elváltozás körülbelül 8 nappal a vizsgálat előtt hirtelen, különösebb traumás behatás nélkül állott be. A narcosisban vizsgálat közben dörzsölő zörejek kíséretében a végtag mozgása a csípőizületben szabaddá vált és a narcosis után is teljesen normalis maradt. A szerző azt hiszi, hogy valószínűleg a ligam. rotundum a rendesen hosszabb volt és a csomófejec és izvápa közé szorult. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 11. szám. *Ifj. Hahn Dezső* dr.)

Gyermekorvostan.

Neuroblastoma sympathicum congenitumnak Addison-kórral kapcsolatos esetét gyermekek ismerteti P. Hertz és K. Secher. 44 éves egészséges anya kis gyermekéről van szó, kinek 8 egészséges testvére volt. A gyermeket két hónapos korától 1 $\frac{1}{4}$ éves koráig észlelték. Felvételt erősen lesoványodott állapotban a máj nagymérvű megnagyobbodását és súlyos anaemiát meg lymphocytosist találtak a gyermekek. A máj nagymérvű megnagyobbodását *Röntgen*-képen is bizonyítva látták. A további lefolyás alatt a máj nemhogy növekedett volna, ellenkezőleg kisebbedett, ennek ellenében a lép feltűnően nagyobbodott és a bőr sajátos bronzszíneződést kapott. A gyermek 11 hónapi kezelés után gyenges meningealis fertőzésben betegedett meg, a melynek lefolyása alatt a bronz bőrszín eltűnt és nagyfokú sápadtság állott be. A gyermek a meningitis kifejezett tünetei között halt meg. A halál előtt felvett *Röntgen*-képen a lép helyén nagy daganat képe volt látható, a mely azonban a gyomor nagy légűlyagja alatt feküdt. A 16 hónapos gyermek boncolásakor kiderült, hogy a bal mellékveséből kiindult neuroblastoma volt a daganat, a mely számos metastasiszt okozott. A májon a boncoláskor hegedéseket találtak, a melyek helyén májszövet alig volt; e hegedések valószínűleg a májban képződött metastasisok spontan gyógyulásából keletkeztek. A jobb mellékvese alig mutatott normalis mellékveseszövetet, hanem kötőszövetesen elfajult. Az eset érdekességét egyrészt e daganatfajta nagy ritkaságának, másrészt annak köszöni, hogy a már több szerző által leírt spontan gyógyulása a rosszindulatú daganat-metastasisoknak ezen esetben ismét bebizonyított, s végül az eset érdekességét növeli az a körülmény is, hogy a daganat erős növekedésével kapcsolatosan a bronz-színezete a bőrnek eltűnt; lehetséges, hogy ez a körülmény a beállott cachexiával és a vérszegénység fokozódásával van kapcsolatban. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, III. sorozat, 37. kötet, 5. füzet.) *Bókay Zoltán* dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 23. szám. Sarbó Arthur: Lokalizált tetanus ritka esete szurásos sérülés után.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Bukó Sándor* dr.-t Árva vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Benedek Jakab* dr.-t Adán körorvossá választották.

A Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylete pénztárába befizettek alapítványt: *Steiner József* Budapest 120, *Mariska Ödön* Zilah, *Polyák Lajos* Budapest, *Álapi Henrik* Budapest, *Stangel Gyula* Trsztena, *Szokotniczky A. István* Kismarton, *Simkó Lajos* Szenicz, *Porosz Mór* Budapest és *Rüll János* Mohács 100–100 koronát, *Doktor Sándor Pécs* 50, *Buder Ferencz* Belényes, *Czonicz Márton*, *Koltai Árpád*, *Winternitz Arnold*, *Krepuska Géza*, *Jendrassik Ernő* Budapest, *Borsos Béla* Arad 20–20 koronát. — **A Schächter Miksa**-alapra fizettek: *Derczy Imre* Diósgyőr 20, *Porosz Mór* Budapest 100 koronát. *Katona József* dr., IX., Mester-utca 1, pénztáros.

Személyi hírek külföldről. *E. Enderlen* tanár Würzburgban elfogadta a heidelbergi sebészeti tanszékre szóló meghívást. — *O. Krümmacher* dr.-t, az élettan magántanárát a münsteri egyetemen, rendk. tanárrá nevezték ki. — *Tübingenben W. Weitz* magántanár a belorvos-tan rendk. tanára s az egyetemi poliklinika vezetője lett.

Hírek külföldről. A krakói tudományos akadémia a 44.000 koronányi Jerzmianovski-díjat a krakói egyetem physiologusának, *Cybulski* tanárnak ítélte oda.

Meghalt. *Bocz József* dr., nyugalmazott megyei főorvos és kórházigazgató, 80 éves korában május 31.-én Nagyenyeden. — *E. Lesser*, a bőrkórtan ny. r. tanára a berlini egyetemen, 66 éves korában. — *O. Oesterlen*, régebben a törv. orvostan tanára a tübingeni egyetemen, 77 éves korában. — *L. Meyer*, a nőorvos-tan és a gyermekorvos-tan ny. r. tanára a kopenhágai egyetemen, 65 éves korában.

Fővárosi Fásor Sanatorium

vegyl-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma.

Budapest, VII., Városligeti fasor 9.

Telefon: József 15–26.

Dr. SZÉGO-féle ORVOSI DATKAVIZSGÁLÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93–22. Tulajdonos: Dr. Welsz Henrik orvos. Budapest, VII., Sziv-u. 69, I. em.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlampa.

Dr. Grünwald sanatoriuma

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészeti :: Nőgyógyászat :: Urologia

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriatorca 34.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyl orvosi laboratoriuma

VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121–02.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Dietás-physikalás magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegségek (csukor-baj, közsvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hizlaló kurák.

Tuberkulózis teljesen kizárva.

Vezetőorvos: Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

RÖNTGEN-REINIGER és orvosi VIII. készülékek

GEBBERT és SCHALL R.-T.

Dr. Réh

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

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis, bénulások, rheumás bajok, arteriosklerosis stb. ellen.

Orvosi laboratorium

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED.

Heliotherapia.

1010 méter magasán a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya. (I. bemutató ülés 1918 február 28.-án.) 326. lap. — A cs. és kir. Isonzo-hadsereg orvosi ülése. (1918 április 11.-én és május 9.-én.) 326–327. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészi szakosztálya.

(I. bemutató ülés 1918 február 28.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula.

Jegyző: Ádám Lajos.

(Vége.)

Sigma-diverticulum letapadása által okozott bélelzáródás két esete.

Ádám Lajos: 1917 szept. 7.-én egy 69 éves (S. K.) portást szállítottak be az I. sz. egyet. seb. klinikára, ki 2 nappal ezelőtt hirtelen rosszul lett, igen heves görcsöket érzett hasában, melyek azóta egyre fennállanak, hány, többször csuklik, széke 2 nap óta nem volt, szelek nem mennek. A beteg igen sovány, elesett, a pulsus filiformis, alig tapintható. Hőmérséke 37.3°C , a tüdők felett csekély bronchitis, a has puffadt, feszes, nyomásra mindenütt igen érzékeny, időnként bélösszehúzódások látha ok.

Diagnosis: strangulációs ileus. Novocain-anaesthesiában nyitotta meg a középvonalban a hasüreget, melyből sok zavaros folyadék ürül. A vékonybelek egy része igen puffadt, livid, más része összeesett; követve az összeesett kacsokat, kitűnt, hogy a sigma egy appendix epiploicája a mesenteriumhoz odanőtt és ezen gyűrűben mintegy 25 cm. hosszú vékonybélkacs van leszorítva. Ezen köteget 2 klammer között átvágta, a kiszabadított bélkacs egyik leszorított gyűrűje nem nyerte vissza életképességét, miért is serosával borította. Az appendix epiploica lekötése után kitűnt, hogy lumene van, hogy teljesen nyálkahártyaszerű, miért is épp úgy, mint egy lekötött appendixcsontot, serosus dohányzacskóvarrattal elsüllyesztette. A beteg csak nehezen szedte össze magát súlyos stercoraemiás állapotából, október 10.-én azonban teljesen gyógyultan távozott.

A beteg még az osztályon feküdt, amikor 1917 október 3.-án egy 27 éves (K. H.) hivatalnokot helyeztek át a klinikára a III. számú belklinikáról azzal, hogy a beteg 4 nap előtt éjjel heves görcsökre ébredt, azóta sem szék, sem szelek nem távoztak, csuklik, nem hány. A beteg láztalan, pulsusa 112. A has puffadt, de azért sűrűn ismétlődő bélmerevedések láthatók.

A beteg kifejezett kívánságára aethernarcosisban nyitotta meg a hasüreget, melyből rögtön puffadt livid vékonybélkacsok tolultak elő; a puffadt belek kipakolása után jól látható, hogy a sigma egy appendix epiploicája egy vékonybélkacscsal nőtt össze s ezen gyűrűbe régebbi összenövésük által összetapadt vékonybélkacsok conglomeratuma szorult bele. A köteget átvágva, a sigmán levő csontot lekötjük s azután úgy látjuk el, mint az appendixcsontot szokás. Bizonyosságot akarván szerezni, hogy ezen összenövésük létrejöttében nincs-e egy lefolyt appendicitisnek szerepe, előhúztuk a coecumot és eltávolítottuk az appendixet is, de semmi kóros elváltozás nem volt kimutatható rajtuk.

1911 október 15.-én Dollinger tanár egy főorvost operált, ki 24 óra óta bélelzáródási tüneteket észlelt magán. Bejövetelekor a has puffadt, nyomásra érzékeny, a köldök alatt tenyérnyi resistentia; szék, szelek nem mennek.

A műtét lapból a következőket idézi: a flexura sigmoideának egy darabja az appendix epiploica helyén egy vékonybélkacscsal összenőtt; a midőn eltávolították, az alapján egy a flexura sigmoideának mintegy 2–3 mm. átmérőjű diverticulumát találja e helyen, a melynek distalis része az appendix epiploicába belenyúlt s a melyet már ezzel eltávolítottak. Így állván a dolog, világos, hogy a kórfolyamatot ezen diverticulumból kiinduló gyulladás okozta és ezért e helyen a flexura sigmoideából mintegy 13 mm. széles éket metszett ki, melynek legszélesebb része a diverticulum

helyén van. A bél folytonosságihiányát selyem-bélvarattal elzárja. A kivágott éken három diverticulumot találnak, a melyek közül csupán a középső lobos.

E három eset egy kórforma körébe tartozik azzal a különbséggel, hogy míg Dollinger tanár esetében maga a gyulladás, a diverticulitis adta a kést a kezébe, addig a bemutató két esetében a diverticulitis következtében lenőtt appendix epiploica volt az okozója a bélelzáródásnak.

Lanz szerint önálló, nem specifikus, a sigma kacsra lokalizálódó gyulladásokat többször találtak bonczolásokkor. Többnyire chronikus gyulladások ezek s okuk a szokványos székrekedés, ritkább a sigmoiditis acuta, mely lázzal, hányással s hasfájással kezdődik, mely a has bal alsó részébe lokalizálódik s néha nyálkával, vérrel vagy gennyel kevert hasmenés válthatja fel a székrekedést és meteorismust; közben izzadmány is képződhet, a mikor is appendicitissel való összetévesztésre adhat alkalmat. Diverticulumok is lehetnek kiinduláspontjai az S-romanum gyulladásos folyamatainak s az ilyen diverticulitis a flexurán teljesen analog folyamatokat okozhat, mint a féregnyúlvány. Rendesen veleszületett és szerzett, valódi és ál-diverticulumról szokás beszélni.

A valódi diverticulumok a bélfal kitérőmérései, az ál-diverticulumok tulajdonképpen nyálkahártya-prolapsusok. A valódiak főtypusa a Meckel-diverticulum, de vannak más fejlődési rendellenességekből eredő intramesenterialis bélfal-diverticulumok is. A nyálkahártya-diverticulumok rendszerint szerettek, bár rendszeren a veleszületett dispositio nagy szerepet játszik; leggyakrabban praeformált, a vérerek körül levő hézagokon prolábál a nyálkahártya, gyakran a flexura sigmoidea taeniája mentén, hol rendszeren borsónyi, sőt mogorónyi, többszörös elődudorodás alakjában jelentkeznek a diverticulumok.

Jelentőségük egyrészt az, hogy bennük épp úgy gyulladás keletkezhetik, mint az appendixben, annak minden következményével, mint Dollinger esetében, vagy hogy a szomszédsággal összenövéseket hozhatnak létre s akkor bélszűkületet vagy bélelzáródást okozhatnak, mint a bemutató két esetben.

A cs. és kir. Isonzo-hadsereg orvosi ülése.

(1918 április 11.)

Elnök: Thoman Miklós dr., vezértörzsorvos, hads. e. ü. főnök.

(Folytatás.)

5. Clairmont tanár, törzsorvos (Bécs): Az izületek háborús sérüléseiről.

Az alsó végtag sérülése eseteiben sokkal rosszabb a helyzet. A csipőn rendszeren túlsokáig várnak a beavatkozással. Fontos a drainage és a sülyedések feltárása. Súlyos esetekben nehezebben szánjuk rá magunkat az enucleatióra, például a térden, mert az egész végtag elvesz. Ezért itt reszekáljunk. Inkább előbb reszekáljunk, mint a conservatismus miatt túlkésőn. A térd a legkomplikáltabb. Itt sokszor a resectio sem használ. Nagyon sokszor vagyunk amputatióra utalva. Fontos, hogy idejében szánjuk magunkat az amputatióra. Az ugróizület jobb gyógyulást ad. Az incisio nehezen tárja fel. Payr ajánlja a talus-kiirtást, a mely nagyon szép eredményekre vezet.

A sok reszekált, merev és lötyögő izület új feladat elé állít. Ez már a békesebészlet kérdése, az arthroplastica.

Le Riche álláspontja az, hogy az izület sérülése, úgy mint a hasé, az első 48 óra alatt operáltassék, kivéve a sima átlövést. Azt kívánja, hogy az infectiót megelőzendő, subcapsularis, typusos resectiót végezzünk. Ezzel rendes sebviszonyok keletkeznek és a megmaradó periosteum és capsula regenerációja sokat pótol.

Az arthroplasticával sokáig várjunk, mert a fertőzés sokáig lappang a merev roncsolt ízületben, az infectio recidivál. A lötyögő ízületek műtétével se siessünk, mert sokszor a lágyrészek megtanulják fixálni az ízületet.

Demmer ezredorvos: Az ízületsérüléseket a harcztéren a sebesülés után azonnal látta és követte a sorsukat, mert a Hochenegg-klinikára küldte további megfigyelésre. 94 ízületsérülést észlelt. Ebből 7 meghalt; 3 egyéb okból, 4 az ízületsérülés miatt. 68 esetben a térdizület sérült. *Payr* methodusát használta, t. i. az ízületet punctio után desiniciens folyadékkal töltötte meg. Csak ha ez nem használt, akkor fordult más eljárásához. 48 óra alatt háromszor váltotta a befecskendezett desiniciest. A 68 térd-sérülés közül 32 esetben elég volt ez az eljárás. 10 resectiót, 9 primaer és 6 secundaer amputatiót végzett. *Payr* szerint, ha a capsula nem nagyon sérült vagy az ízület nem nagyon roncsolt, desiniciens befecskendezésével kell gyógyítani. Az elsődlegesen iniciált térd-sérülést és az ízületi nyílt törést primaer amputációra valónak tartja.

(1918 május 9.-én).

1. Röder: Tályog a calcaneusban.

A beteg 3 hó előtt automobilról leugrott. Akkor fájdalmat érzett a bal sarkában. A fájdalmak azóta időnként újra megjelentek. Külsőleg semmi eltérés a lábon. A Röntgen-kép a sarokcsont basisán fissurát mutat és belsejében élesen határolt világos területet. Ez csak üreg lehet. *Gussenbuer* írta le, hogy fertőző betegségek vagy trauma után egyes csontokban igen lassan fejlődő tályog keletkezik. Egyetlen klinikai tünete az, hogy a megtámadott csont élesen körülírt részén kopogtatásra fájdalom van. Biztos diagnoszt csak a Röntgen-kép ad. A betegség ritkasága és a tünetek hiánya miatt könnyen gyanúsítható a beteg szimulálással.

2. *Krieser:* *Payr* érdeme, hogy az ízületek kezelésének kérdését újra szőnyegre hozta. A phenolkámforral való megtöltést javasolja és csak, ha ez nem elég, végez drainezést, felklappolást.

3. *Fiebig:* *Epehólyagkő* esetét mutatja be; az epehólyag perforációja nélkül általános hashártyagyulladás fejlődött ki. Műtét után gyógyulás.

4. *Kreuzfuchs:* A tüdőcsúcsshurut Röntgen-diagnostikája.

A florid tüdőcsúcsshurut Röntgen-diagnosisa nem olyan könnyű, mint általában hiszik. Árnyék vagy fátyolozottság az egyik vagy mindkét csúcsban nem jelent mindig acut vagy chronikus folyamatot, sőt még a csúcs gyengébb ventilációját sem. Az a theoria, hogy a gümőkór a csúcsban kezdődik, megdőlt. Az elsődleges gócz rendszeren a hilustól kisebb-nagyobb távolságra van és a gyermekkorban fejlődik. Az infectio terjedésének a Röntgen-képen két útja látszik; az egyik a bronchusok, a másik (retrograd) a nyirokerek mentén. Látunk kötegeket peribronchialisra a hilustól a csúcs felé, vagy pedig reczés, hálózatszerű árnyékot (nyirokerek). Más esetekben a hilus és csúcs között kisebb-nagyobb csoportokban látunk árnyékolást (parenchyma-beszűrődés) leginkább a clavicula alatt. Ez nem a csúcs lobja, hanem rendszeren a felső lebeny hátulso felé. Ha az árnyékok elmosódtak, ez szől leginkább florid csúcsshurut mellett.

A tüdőcsúcs világos volta függ 1. a mellkas alakjától, 2. az izomzat fejlettségétől, 3. a pleura állapotától, 4. a thyreoidea és thymus alakjától, 5. a környék nyirokmirigyeinek állapotától és 6. a többi tüdőréssz légtartalmától.

A tüdőcsúcs fogalma sem anatomiai, sem physiologiai szempontból nincs pontosan meghatározva. Az apertura thoracis superior feletti részt nevezné tüdőcsúcsnak.

Három mellkasformát különböztetnek meg. 1. Thorax asthenicus, a hosszú mellkas. Ezt tartják a csúcsshurutra disponáló mellkasnak. Ennél a csúcs 5—6 cm. magas. Disponálna itt tuberculosisra az, hogy a csúcs nem szellőződik jól. Azonban a tuberculosis nem a csúcsban kezdődik. *Porges* kísérletei azt mutatták, hogy a tüdő teljes nyugalomba helyezésére gyógyul a csúcsshurut. 8 évi megfigyelése azt mutatja, hogy az ilyen mellkasban nem feltűnően gyakoribb a tuberculosis. A másik két forma: 2. az arányos és 3. a rövid mellkas, thorax apoplecticus. Itt a clavicula magas állása és a rendszeren tömegesebb izomzat és zsírpárna a csúcsot fátyoloztató teszi.

A tüdőcsúcs árnyékoltsága függ még az azt körülvevő

pleura állapotától. Ritka a mediastinalis kéreg (Schwarte), a melyet tumorról vagy esetleg aneurysmával tévesztenek össze. Differentialis diagnostikai szempontból fontos az, hogy a légcső a képlet felé vagy az ellenkező oldalra tér el. Árnyékolt tüdőcsúcs, ha nincs infiltrálva, köhögéskor megvilágosodik. A hiányosan megvilágosodó csúcs rendszeren beteg. Előfordul, hogy a pleura olyan kérges, hogy a nem infiltrált tüdőcsúcs sem tud megvilágosodni. Az apicalis fibrosus kéreg köhögéskor rendszerint be- és felfelé csúszik.

A tüdőcsúcs különböző okok miatt lehet összenyomva. A compressió atelectasia nem ritka.

A supraclavicularis mirigyek elcsontosodása vagy elmeszesedése néha diagnostikai nehézséget okoz.

Emphysema esetén is lehet tévedni. Ilyenkor is fátyolos a csúcs, még pedig két okból. Az egyik a nagy ellentét a tüdő többi részével; a másik az, hogy a csúcs zárt helyen lévén, nem tud úgy kitágulni, mint a tüdő többi része, kisebb lesz a ventilációja. Köhögéskor megvilágosodik. Emphysema esetén a hilusmirigyek nagynak látszanak, össze- téveszthetők infiltrációval. Fontos, hogy a rekesz mélyen áll és a légzés-mozgás emphysema esetében kicsiny.

HIRDETÉSEK.

Helyettesítést

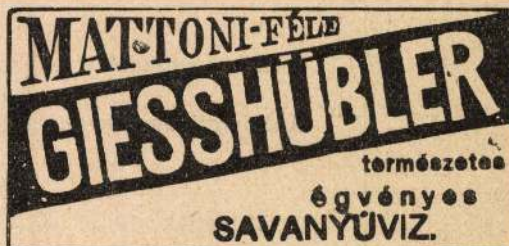
sanatoriumban vagy fürdőhelyen vállal harcztérről júliusban 3 hétre szabadságra jövő orvos.

Czim a „Petőfi” irodalmi vállalatnál, VII., Kertész-utca 16. megtudható.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézet Balf gyógyfürdőben, Sopron mellett. A nm. m. kir. belügyministerium

121,038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre (negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III. oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyministeriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös római gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)



TEBECIN

(Emulsio Tuberculovaccinae)

Dr. Dostal járási főorvos előírása szerint.

Javallatok: A tuberculosis és görvélykór összes alakjai.

Phiolák à 1·0 gr. bõralatti fecskendezésre.

Fõraktár Ausztria-Magyarország számára:

Richard Seipel, gyógyszerész, Wien III., Hauptstrasse 60.

Reichhold, Flügger & Boecking

vegyi gyógyszer.-osztály

Wien, XXI/4 Kagran N^o 108.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

HEXOPHAN

íznélküli
antiarthritikum.

Jól tűrik, húgysavoldó, diuretikus.
Belsőleg: 3-szor napjában 1 g; subcutan 0,5 g.

Eredeti csomagolás:

10 tableta à 1 g
20 „ à 1 g.

AMPHOTROPIN

belsőleg szedendő
húgyantiseptikum

baktericid, diuretikus, epithelregeneráló.
Cystitisnél stb.-nél 3-szor napjában 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:

20 tableta à 0,5 gr.
40 tableta à 0,5 gr.

HEDIOSIT

tápláló
diabetikus cukor.

Édes, könnyen oxydálódik, tápláló.
Diabetikus diaeta: naponta 10 gr.

Eredeti csomagolás:

20 kocka à 2,5 gr.
50 ill. 100 gr.

MELUBRIN

(phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfosavas Nátrium.)

Nagyhatású

ANTIRHEUMATIKUM.

Tulajdonságai:

Jól tűrik, nagyhatású, belsőleg és injectiókra alkalmas, még súlyos szívkomplikációknál is melléktünetek nélkül alkalmazható.

Indicatiók:

Heveny és idült ízületi- és izomcsúz, lumbago, ischias, idegzsábák, influenza, scharlach, tuberculosis stb.

Adagolása:

Antirheumatikum: belsőleg 3–4-szer napjában 1–2 tableta à 1 gr.
Izom között vagy intravenosusan: 1 ampulla 2 ill. 4 ccm.
Antipyretikum: 3–4-szer napjában 1 tableta à 0,5 ill. 1,0 gr.

Eredeti csomagolások:

Tabletták: 10, ill. 25 à 1 gr. vagy 20, ill. 50 à 0,5 gr.
Ampullák (50% oldat): 10 ampulla à 2 ccm. 5, ill. 10 ampulla à 4 ccm.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

TRIGEMIN

kitűnő
analgetikum.

Szívre nem hat. Fejidegzetre, trigeminus-neuralgiáknál kiváló hatású stb.

Eredeti csomagolás:

10, ill. 20 capsula à 0,25 g.
1–3-szor napjában 2–3 capsula à 0,25 g.

ALBARGIN

kitűnő
antigonorrhoeicum.

Nem izgató, erősen baktericid, mélyreható.
Prophylaxis: 5–10%. Therapia: 0,1–3%.

Eredeti csomagolás:

20 tabl. à 0,2 gr.
50 tabl. à 0,2 gr.

ALUMNOL

nem mérgező
antiseptikum.

Gyulladást nem okozó, növést gátló.
Gennyesebeken, gonorrhoea, katarrhusok.

Adagolás:

Gargalizálásra 0,25–1%.
Antiseptikum 0,5–3%.
Urologiában és dermatológiában 1–20%.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Roth Miklós: Vércukor-vizsgálatok diabetes mellitusban. 339. lap.

Bérczi Sándor: Közlés a székesfevárosi Régi Szent János-kórház bőr- és nemibajos osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.) Az ulcus molle és bubo tejinjectióval való kezelésének eredményei 342. lap.

Gonda Viktor: A háború okozta traumás neurosis gyógyítása. 315. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Tomor*: Neubegründung der Bevölkerungspolitik. — *Lapszentle*. Sebészet. A. Kapelusch és O. Straeker: Sequestrotomia után visszamaradt csonttöredékek paraffinnal való gyógykezelése. — *Születés és nőorvosn.* Rukop: A placenta-leválasztásnak Gaboston ajánlotta módszere. — *Gyermekorvosn.* Pfitzer: A szülés alatt történő bujakóros fertőzés. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* Thies: Gázphlegmone. — *Gerdeck*: Lábizzadás. 347—348. lap.
Magyar orvosi irodalom, 348. lap.
Vegyes hírek. 348. lap.
Tudományos Társulatok. 349—350. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vércukor-vizsgálatok diabetes mellitusban.

Irta: Roth Miklós dr., a III. számú belklinika tanársegédje.

I.

A diabetes mellitusban fennálló szénhidrát-anyagcsere-zavar mértékét a vizelettel kiválasztott cukormennyiség nem adja meg. Jóval többet lehet következtetni a vérben keringő cukor quantitative mért túlszaporulatából, a hyperglykaemiából. Egymagában véve azonban az utóbbi sem ad oly abszolút felvilágosítást, mint azt *Claude Bernard*, *Lehmann*, majd *Frerichs* és *Pavy* vizsgálatai alapján hitték. Ez utóbbiak szerint glykosuria csak bizonyos vércukorconcentratio mellett következik be és nagysága a hyperglykaemiával egyenes arányban áll. A vércukorvizsgáló methodusok tökéletesbülésével és terjedésével azonban csakhamar kitűnt, hogy hyperglykaemia glykosuria nélkül is fennállhat, másrészt, hogy vannak esetek, a hol a glykosuria a normalishoz közel álló vércukor-tűkór mellett is előfordul. *Liefmann* és *Stern* coma diabeticum és uraemicum egy esetében 1.01% vércukrot talált nyomokban kimutatható vizeletcukor mellett, *Pavy* pedig egy esetében 0.15% vércukor mellett 3.2% vizeletcukrot mutatott ki.

Minden olyan esetben, a hol fel lehetett venni, hogy a vesék átbocsátó képessége szenvedett, tehát nephritisben vagy comában, könnyen megérthető, ha a hyperglykaemia megfelelő glykosuriára nem vezetett, mint azt *Richter*, *Ellinger*, *Seelig* és mások példái mutatják. Azonban számos oly adattal találkozunk, a hol a vesék részéről elváltozás nem volt kimutatható s a glykosuria mégsem tartott együtt a hyperglykaemiával. Ez ellentmondás folytán vette fel *Liefmann* és *Stern*, hogy a diabetes folyamán a veseparenchyma lassanként magasabb vércukortűkőrré illeszkedik be s fokozatosan csak magasabb vércukorconcentratio mellett választ ki a vizelettel cukrot a nélkül, hogy ezen parenchyma egyébként kimutathatólag változást szenvedne. Az ő észleleteik szerint egy évnél fiatalabb diabetesben 0.10—0.15%, 1—3 év után 0.14%, 4—5 év után 0.15—0.19%, 10—15 évesben pedig 0.15—0.22% az a küszöb, a hol a glykosuria már bekövetkezik. Szerintük normalis egyénen és olyan diabetesesen, a kinek baja csak rövid idő óta áll fenn, a glykosuria már relative alacsony vércukortűkór mellett is bekövetkezik, a mit *Noorden* olyképen fejez ki, hogy a glykos-

uria lényeges hyperglykaemia nélkül a diabetes kezdetére jellemző.

A *Liefmann* és *Stern* által hangoztatott felfogás, a vesék „Zuckerdictigkeit”-jának az időtartammal való fokozódása, sok esetben meg is állja a helyét. Idősebb egyénekben fennálló, régi idő óta tartó diabetesben a mi tapasztalataink is megerősítik ezt a feltevést. Így egy 60 éves egyénen, a kinek 10 év óta van kimutatva vizeletében a cukor, 0.4% vércukor mellett 0.2% cukrot találtam vizeletében. Ide lehetne sorolni legalább részben azokat az eseteket, a melyek a III. számú belklinikáról *Bálint*-tól, majd későbbben több esetben tölem lettek ismertetve mint hyperglykaemiás obesitasos esetek, a melyekben a fennálló obesitas mellett kisebb-nagyobb fokú hyperglykaemia volt konstatálható glykosuria nélkül. Ezeknek szénhidrátanyagcserezavaráról is fölvehető volt, hogy évek óta fennáll. Vannak azonban esetek, a hol ez a magyarázat nem kielégítő. Már *Liefmann* és *Stern* esetei között *Bang* tesz figyelmessé 4 olyanra, a hol a betegség rövid, legfeljebb egy évi időtartamú volt és a fennálló nagyfokú hyperglykaemia mellett, dacára, hogy a vesék különben épek voltak, glykosuria nem következett be.

Más faktornak is kell tehát a vesék megbetegedésén és a diabetes tartamán kívül szerepelnie, és ez a faktor, a mire *Bang* gondolt először, a vesék cukorátbocsátó képességének individualis különbözősége.

Jelen dolgozatomban elsősorban azokról a vizsgálatokról szeretnék beszámolni, a melyeket ezirányban huzamosabb idő óta végzek. Olyan eseteket válogattam össze, a hol csaknem bizonyossággal meg lehetett állapítani, hogy a betegség rövidebb idő óta állott fenn s így a hosszabb időtartam által feltételezett sűrű vesefilter felvételét ki lehetett zárni. 15 ilyen diabetes-esetet gyűjtöttem össze, a melyeknek életkora 17 és 26 életév között ingadozott és a betegség egy évnél feltétlenül rövidebb idejű volt. A betegeknek vegyes diaeta mellett a kúra kezdetén, reggel éhgyomorra venaepunctio történt és 40 cm³ vérrel a vércukor *Michaelis* és *Róna* szerint lett meghatározva. Ezen methodusban a fehérjétlenítés a liquor ferri oxydati dialysati adsorptiós hatásával eszközöltetik, magnesiumsulfattal való katalyzálás mellett. A felhígított filtratum vízfürdőn lett besűrítve. A cukrot polarimeterrel határoztam meg. Eseteim a következők:

1. L. B., 18 éves. 4 hónap óta érzi, hogy fogy. A vizelete feltűnő sok, nagyfokú étvágya mellett. 4 hónap előtt még nehéz szolgálatot végzett, teljesen jó közérzet mellett. A vizeletmennyiség 4400 cm³, a cukormennyiség 2.2%, a vércukor 0.27%. Aceton +, acetecetsav +.
2. F. N., 22 éves. 8 hónap óta beteg. Megelőzőleg teljesen egész-

ségesnek tudta magát. A napi vizeletmennyiség 6000 cm³, cukormennyiség 3·4‰, vércukor 0·33‰. Aceton +, acetecetsav +.

3. P. B., 20 éves. Diabetes-panaszai 5 hó óta állanak fenn, azelőtt teljesen egészséges volt. A vizelet mennyisége 4200 cm³, a cukor 3·2‰, vércukor 0·16‰. Aceton +, acetecetsav +.

4. Cs. F., 22 éves. 9 hónap óta állnak fenn panaszai. A vizeletmennyiség 4100 cm³, a cukor 5·2‰, a vércukor 0·4‰. Aceton —, acetecetsav —.

5. P. L., 24 éves. Betegsége 7 hónappal ezelőtt kezdődött, azelőtt teljesen egészséges volt. A vizeletmennyiség 5300 cm³, a cukor 4·6‰, a vércukor 0·4‰. Aceton —, acetecetsav —.

6. R. B., 25 éves. 10 hónappal ezelőtt még harcztéri szolgálatot teljesített, a harcztérre saját bementése szerint még egészségesen ment ki. A vizelet mennyisége 5400 cm³, a cukor 4·1‰, a vércukor 0·20‰, aceton, acetecetsav +.

7. K. L.-né, 26 éves nő. Másfél év előtt teljesen normalis partus, 6 hónapja kezd gyengülni és csillapíthatatlan pruritus jelentkezik rajta. A vizeletmennyiség 4000 cm³, a cukor 2·3‰, a vércukor 0·27‰, aceton, acetecetsav —.

8. Cz. L., 23 éves. Betegségét két hónappal ezelőtt egy kórházban vették észre, a hóvá megvizsgálata végett ment be. 4 hónappal ezelőtt még egészségesnek érezte magát, azóta kezdett erőtlenedni és köhögni. Kétoldali activ csúcsfolyamat. Positiv Koch-lelet. A vizeletmennyiség 3500 cm³, a cukor 4‰, a vércukor 0·12‰, aceton, acetecetsav —.

9. F. S., 24 éves. 5 hó óta beteg, azelőtt teljesen egészséges volt. A vizeletmennyiség 4700 cm³, a vizeletben cukor 4·9‰, a vércukor 0·5‰, aceton, acetecetsav —.

10. N. L., 19 éves. 10 hónap óta beteg, azelőtt nehéz szolgálatot teljesített. A jobb felső lebenyre kiterjedő activ tuberculosis. A vizeletmennyiség 4000 cm³, a vizeletben cukor 5·5‰, a vércukor 0·24‰, aceton, acetecetsav igen erősen +.

11. H. M., 23 éves. 7 hónapja érzi magát betegnek. A vizeletmennyiség 5800 cm³, a vizeletben cukor 4·9‰, a vércukor 0·48‰, aceton, acetecetsav +.

12. B. L., 20 éves. 11 hónapja konstataáltak cukorbetegséget, azelőtt egészségesnek érezte magát. Kétoldali apexinfiltratio, láztalan. A vizeletmennyisége 3200 cm³, a cukor 4·5‰, a vércukor 0·31‰, aceton, acetecetsav —.

13. B. J., 23 éves, 5 hónapja érzi magát betegnek, azelőtt semmi panasza nem volt. A vizeletmennyiség 5400 cm³, a cukor 3·6‰, a vércukor 0·18‰, aceton, acetecetsav —.

14. S. J., 17 éves. 2 hónap óta soványodik feltűnően, mutatkozik polyphagia és polydipsia. A vizelet mennyisége 5400 cm³, a cukor 9·1‰, a vércukor 0·49‰, aceton, acetecetsav erősen +.

15. E. I., 24 éves. 6 hó előtt még katonai szolgálatot végzett, jelenleg erősen leromlott. A vizeletmennyiség 5000 cm³, a cukor 9·2‰, a vércukor 0·30‰, aceton, acetecetsav erősen +.

Eseteinket az áttekinthetőség szempontjából a következő táblázat foglalja össze:

Valamennyi felsorolt eset fiatal diabetes. A betegség valószínűséggel felvehető tartama 2—11 hónap, tehát jóval kisebb, mint aminről *Liefmann* és *Stern* általában feltételezi, hogy elegendő idő ahhoz, hogy a veséknek cukorátbocsátó képessége csökkenjen. A vesék részéről kóros elváltozás egy esetben sem volt kimutatható, még az 1., 2., 3., 6., 10., 11., 14. és 15. súlyos, nagyfokú ketontestkiválasztással járó esetben sem. A vércukor tükre és a glykosuria foka a leg-

nagyobb divergálást mutatta. Aránylag alacsony vércukortükrök mellett, mint a 3. és 8. esetben (0·16—0·12‰), 3·2, illetve 4‰ cukor választatott ki. A legmagasabb vércukorértékek egyáltalában nem mentek parallel a glykosuria fokával. A 4. esetben 5·2‰ volt 0·4‰, a 14. és 15. esetben 9·1‰, 9·2‰ vizeletcukor 0·49—0·30‰ vércukor mellett, oly ingadozások tehát, a melyek kizárták teszik, hogy a vizeletcukor kiürítése ép vese mellett is a vércukornak függvénye legyen.

Hasonló eseteket *Pavy*, *Naunyn* és különösen *Leire* közölt, azonban *Liefmann* és *Stern* ezeket is a betegség huzamosabb fennállásával fokozódó vese-„Zuckerdrüsigkeit“-tal magyarázza. A hyperglykaemia és glykosuria közti nagy ingadozásokat a felsorolt rövid ideje fennálló diabetesekben csak úgy tudjuk megérteni, ha felvesszük, hogy a veséknek különböző hyperglykaemiás értékre való beállítása individualis különbségeken alapszik. Lehetséges, hogy ez a képesség ingadozásoknak van alávetve és ugyanaz a vese különböző vércukorconcentratio mellett különböző cukormennyiségeket választhat ki. Ez utóbbról felvilágosítást csak sorozatos vizsgálatok adhatnak. A *Róna-Michaelis*-féle vércukormeghatározás e célra nem alkalmas, mert a szükséges nagyobb mennyiségű vér lehetetlenné teszi a sorozatos vizsgálatot. Felvilágosítást nyerhetünk ezen irányban a *Bang*-féle kvantitativ mikromethodus segítségével. Ezek a vizsgálatok folyamatban vannak. A *Róna-Michaelis*-eljárással nyert eredmények azonban elegendők voltak annak a bebizonyítására, hogy rövid tartamú diabetes és különben épnek mondható vese-parenchyma mellett a hyperglykaemia és glykosuria között szabályszerűség nem állapítható meg, a mely körülményt a veséknek individualiter különböző cukorátbocsátó képességével lehet értelmezni.

Leleteinkből más fontos következtetéseket is vonhatunk le. Már *Noorden* hangsúlyozza, hogy a hyperglykaemia foka egymagában nem mértéke a diabeteses anyagcserezavar nagyságának. Legsúlyosabb eseteinkben 0·27—0·33—0·16—0·24—0·40—0·49 és 0·30‰ vércukrot találtunk (1., 2., 3., 6., 10., 11., 14. és 15. eset). Kevésbé súlyos eseteinkben pedig 0·40—0·40—0·20—0·27—0·12—0·50—0·31—0·18‰ volt a vércukor. Ha már most ez értékeket összehasonlítjuk a 24 óra alatt kiürített cukormennyiséggel, akkor láthatjuk csak, hogy a diabeteses anyagcserezavar tiszta képét csak úgy alkothatjuk meg magunknak, ha a cukorkiválasztás, a hyperglykaemia és a ketontestek kiürítésének fokát egymás mellett mérlegeljük. Amilyen tévesnek bizonyult tehát a diabetesnek a cukorkiválasztás nagyságából való megítélése, éppen olyan hiba lenne tisztán a vércukortükröknek számbavétele. Ha azonban az említett 3 tényezőt, a vércukrot, vizeletcukrot és ketontesteket egymás mellett tekintjük,

Eset	Név	Kor	Betegség valószínű tartalma	Vizelet cm ³	Cukor ‰	Cukormennyiség gr.	Vércukor ‰	Aceton	Acetecetsav	Complicatio
1	L. B.	18	4 hónap	4400	2·2	96	0·27	+	+	
2	F. N.	22	8 "	6000	3·4	204	0·33	+	+	
3	P. B.	20	5 "	4200	3·2	134	0·16	+	+	
4	Cs. F.	22	9 "	4100	5·2	213	0·40	—	—	
5	P. L.	24	7 "	5300	4·6	243	0·40	—	—	
6	R. B.	25	10 "	5400	4·1	221	0·20	+	+	
7	K. L.-né	26	6 "	4000	2·3	92	0·27	—	—	
8	Cz. L.	23	2 "	3500	4·0	140	0·12	—	—	Kétoldali activ csúcsfolyamat. Koch positiv
9	F. S.	24	5 "	4700	4·9	230	0·50	—	—	
10	N. L.	19	10 "	4000	5·5	225	0·24	+	+	Jobb felső lebenyre kiterjedő activ tuberculosis
11	H. M.	23	7 "	5800	4·9	284	0·48	+	+	
12	B. L.	20	11 "	3200	4·5	144	0·31	—	—	Kétoldali apexinfiltratio
13	B. J.	23	5 "	5400	3·6	194	0·18	—	—	
14	S. J.	17	2 "	5400	9·1	491	0·49	+	+	
15	E. J.	24	6 "	5000	9·2	460	0·30	+	+	

akkor úgy a kóros cukorproductio, illetve tökéletlen glykolyisis, mint a cukorkiválasztás foka, valamint a tökéletlen szénhydrattüztire vonatkozólag tiszta képet szerezhettünk. A sokféle tényező összejátszása persze számos variációt tesz lehetővé, de a szénhydratanyagcsere zavarába csak ilyen módon szerezhettünk betekintést.

II.

A szénhydratok megszorítása a diabetes diaetás kezelésében a glykosuria és hyperglykaemia csökkenésére vezet. Amint azt azonban *Bang* és *Leire* kimutatta, a glykosuria fokozatos leszállása így sem megy együtt a vércukortükrőniveauijának leszállásával, hanem ingadozásoknak van alávetve.

Erdekesnek látszott megvizsgálni, miképpen áll ez a liszt napokon. A *Noorden*-féle zabliszt napokon, illetve a *Blum* ajánlatára adott rozs-, árpa- és búzaliszt napokon a glykosuria csökkent és az acidosis javult. 1913-ban megjelent dolgozatomban kimutattam, hogy a diabeteses szervezetben a zab-, árpa-, rozs- és búzaliszt eltérő constitúciójú keményítőféleségei teljesen egyformán használatnak ki, és a therapia szempontjából hasonló kedvező eredménytiek. *Eppinger* és *Bahrenscheen* a zabliszt kedvező hatását csak látszólagosnak gondolta, ők ugyanis a zabliszt napok alatt fokozott vércukorértékeket kaptak és ebből azt supponálták, hogy a zabliszt a vesefiltert a szőlőcukorra nézve nehezebben átjárhatóvá teszi s ha a glykosuria csökken, ezzel szemben a hyperglykaemia növekedik.

A klinikai tapasztalat, a mely szerint a liszt napok kedvező hatása az acidosis csökkenését s az általános tünetek javulását is eredményezi, de a *Zuntz-Geppert*-apparattal végzett vizsgálataim is, a melyekből kiderült, hogy a diabeteses szervezetben az említett lisztféleségek kétségtelenül felhasználhatnak (100 gr.-ra 5 óra múlva a R. Q. 0.68 éhezési értékről 0.73–0.74-re emelkedik), valószínűtlenné tették ezen magyarázat helyességét. És csakugyan *Eppinger* és *Bahrenscheen*-nel szemben *Blum* és *Schirokauer* már azt találta, hogy a hyperglykaemia a liszt napokon leszáll s a csökkenő glykosuriával együttesen a normalis értékhez közeledik.

Ez eltérő eredmények, de meg az is, hogy különböző lisztféleségek alkalmazása mellett a vércukor viselkedése diabetesben nem volt tanulmányozva, indított arra, hogy az alább közölt esetekben a liszt napok periodusa alatt naponkénti vércukormeghatározást végezzek. A meghatározáshoz a *Bang*-féle alkoholos mikromethodust használtam, a melynek az volt az előnye a *Róna-Michaelis*-ével szemben, hogy 10 cm³ vér elegendő a cukor meghatározásához. A vércukor meghatározott vegyes diaeta mellett a kezelés elején, majd meghatározott szénhydratmennyiség mellett, továbbá a liszt napot megelőző két főzeléknapi után s a liszt napok alatt a diaetás napot követő reggel.

Eseteim a következők:

1. K. M., 42 éves. Vegyes diaeta mellett a vizelet 4200 cm³, a cukor 3.6%, acetone, acetecetsav +. A vércukor 0.53%. 100 gr. szénhydrat mellett 2.1% cukrot választ ki a beteg. A vércukor 0.51%. További szénhydrat-megszorítás nem megy az acidosis fokozódása következtében. Két közbeiktatott főzeléknapi a vizelet 2800 cm³, 0.4% cukor, az acetone, acetecetsav gyengébben +, a vércukor 0.29%. Ezután 3 napos zabliszt kúra következik vajás levesek alakjában. Első napon a vizelet 2700 cm³, a vizeletcukor 0.9%, a vércukor 0.31%. A második napon a vizelet 2500 cm³, a cukor 0.4%, a vércukor 0.24%. A harmadik napon a vizelet 2200 cm³, a vizeletcukor 0.1%, a vércukor 0.18%. A ketontestek hiányzanak.

2. L. M., 45 éves. Vegyes diaeta mellett a vizelet 3000 cm³, a cukor 2.2%, az acetone gyenge nyomokban. A vércukor 0.21%. 50 gr. szénhydrat mellett 2400 cm³ vizelet, 0.6% cukor, 0.14% vércukor. További megszorítás nem sikerült az acetone-reactio erősödése miatt. Két főzeléknapi a vizelet 2100 cm³, a cukor 0.2%, a vércukor 0.14%-ra szállott le. Acetone negativ. Rozsliszt napra: Az első napon a vizelet 2300 cm³, a vizeletcukor 0.3%, a vércukor 0.14%. A második napon a vizelet 2100 cm³, a cukor 0.1%, a vércukor 0.12%. A harmadik napon a vizelet 2000 cm³, cukor alig kimutatható nyomokban, a vércukor 0.08%, acetone.

3. K. J., 41 éves. Vegyes diaeta mellett a vizelet 2300 cm³, 0.52% a vizeletcukor, 0.18% vércukor. Gerhardt positiv. Teljes szénhydrat-megszorítás nem sikerült. Két főzeléknapi. A második főzeléknapi a vizelet 1800 cm³, cukor nyomokban, a vércukor 0.11%. 3 búzaliszt nap. Az első napon 1200 cm³ vizelet, a cukor 0.1%, a vércukor

0.12%. A második napon 1700 cm³ vizelet, a cukor nyomokban, a vércukor 0.09%. A harmadik napon 1700 cm³ vizelet, cukor nem mutatható ki, a vércukor 0.08%.

4. R. S., 50 éves. Vegyes diaeta mellett a vizelet 3300 cm³, a cukor 1.1%, a vércukor 0.15%. Az acetone nyomokban. 100 gr. szénhydratra a vizelet 3000 cm³, a cukor 0.78%, a vércukor 0.12%, az acetone erősebben +. Két főzeléknapi a vizelet 2200 cm³, cukor nyomokban, a vércukor 0.09%. 3 zabliszt nap. Az első napon a vizelet 1900 cm³, cukor kifejezett nyomokban, a vércukor 0.12%. A második napon a vizelet 1700 cm³, a cukor 0, a vércukor 0.10%. A harmadik napon a vizelet 1650 cm³, a cukor 0, a vércukor 0.07%. Acetone, acetecetsav negativ.

5. S. F., 51 éves. Vegyes diaeta mellett a vizelet 2800 cm³, a cukor 0.6%, a vércukor 0.12%. Gerhardt positiv. 50 gr. szénhydrat mellett cukormentes. A vércukor 0.09%, acetone positiv. Két főzeléknapi a vizelet 2000 cm³, cukor nyomokban, a vércukor 0.09%. Három árpaliszt nap. Az első napon a vizelet 1800 cm³, a cukor 0, a vércukor 0.09%. A második napon a vizelet 1700 cm³, a cukor 0, a vércukor 0.08%. A harmadik napon a vizelet 1600 cm³, a cukor 0, a vércukor 0.05%. Acetone, acetecetsav negativ.

6. M. K., 48 éves. Vegyes diaeta mellett a vizelet 4000 cm³, a cukor 1.2%, a vércukor 0.14%. Acetone, acetecetsav positiv. 80 gr. szénhydrat mellett a cukor eltűnik, de az acidosis fokozódik. A vércukor 0.12%. Két főzeléknapi. Utána a vizelet 2900 cm³, cukor erős nyomokban, a vércukor 0.08%. Három rozsliszt nap. Első napon a vizelet 2600 cm³, a cukor gyengén positiv, a vércukor 0.10%. A második napon a vizelet 2400 cm³, a cukor 0, a vércukor 0.07%. A harmadik napon a vizelet 2200 cm³, a cukor 0, a vércukor 0.07%. Acetone, acetecetsav negativ.

A fenti hat eset éppen a hasonló stadiumnak mondható kórkép folytán lett kiválogatva. Ha a megállapított értékeket nézzük, akkor láthatjuk, hogy vegyes diaeta mellett is a vércukorérték a glykosuriához képest magasabb.

	Vizelet:	Vizeletcukor:	Vércukor:
I.	4200	3.6%	0.53%
II.	3000	2.2%	0.21%
III.	2300	0.5%	0.18%
IV.	3300	1.1%	0.15%
V.	2800	0.6%	0.12%
VI.	4000	1.2%	0.14%

Valamennyi esetben a diabetes évek óta állott fenn s ezért fel lehet venni *Liefmann* és *Stern* szerint, hogy a betegség hosszú időtartama alatt a vesefilter magasabb vércukor concentrációra állítódott be.

Nagyon tanulságos, ha a vércukornak a viselkedését a főzeléknapi és liszt napokon nézzük. A főzeléknapi a vércukor jelentékenyen csökkent, csökkent cukorkiválasztás mellett. Az első esetben a napi cukorkiválasztás 151.2 gr. volt, 0.53% vércukor, a mely két közbeiktatott főzeléknapi 11.2 gr.-ra, illetve 0.29%-ra szállott le. A második esetben 66 gr. cukorról, 0.21%-ról 4.2 gr.-ra, 0.11%-ra. A harmadik esetben 11.96 gr., 0.18% cukor a második főzeléknapi csak nyomokban kimutatható cukorra és 0.11% vércukorértékre szállott le. A negyedik esetben 36 gr. cukor, 0.15% vércukor, nyomokban kimutatható cukorra, 0.09% vércukorra. Az ötödik esetben 16.8 gr. cukor, 0.12% vércukor nyomokban levő cukorra, 0.09% vércukorra. A hatodik esetben 48 gr. cukormennyiség, 0.14% vércukor, erős nyomokban levő cukorra, 0.08% vércukor mellett.

A főzeléknapi tehát valamennyi esetben a vércukortükrő jelentékeny leszállását vonta maga után, ami egyrészt a csökkent szénhydratbevitelből, de másrészt abból is magyarázható, hogy a cukorképző szervek nyugalma tökéletesebb glykolyisra vezetett.

A liszt napok alatt a zab-, árpa-, rozs- és búzaliszt eltérő minősége nem változtatott lényegében az értékeken. Mindezt áttekinthetően a túloldali táblázat mutatja.

A főzeléknapi alatt elért alacsonyabb vércukorértékek az első liszt nap után valamennyi esetben emelkedést mutattak.

Ha normalis vércukorértéknek 0.07-től 0.11%-ig terjedő határt veszünk fel, akkor az utolsó két esetben a liszt napok alatt kifejezett hyperglykaemiáról már nem volt szó. Mindkét esetben már a főzeléknapi kedvező hatása érvényesül. Az első négy esetben azonban a hyperglykaemia a

Eset	Liszt nap	Vizelet cm ³	Cukor %	Vércukor %	Vércukor meg- előző főzelék- napon %	Megjegyzés
I.	I.	2700	0.9	0.31	0.29	zabliszt
	II.	2500	0.4	0.24		
	III.	2200	0.1	0.18		
II.	I.	2300	0.3	0.14	0.11	rozsliszt
	II.	2100	0.1	0.12		
	III.	2000	nyomok	0.08		
III.	I.	1900	0.1	0.12	0.11	buzaliszt
	II.	1700	nyomok	0.09		
	III.	1700	—	0.08		
IV.	I.	1900	nyomok	0.12	0.09	zabliszt
	II.	1700	—	0.12		
	III.	1650	—	0.07		
V.	I.	1800	—	0.09	0.09	árpaliszt
	II.	1700	—	0.08		
	III.	1600	—	0.05		
VI.	I.	2600	nyomok	0.10	0.08	rozsliszt
	II.	2400	—	0.07		
	III.	2200	—	0.07		

főzeléknapot követő első liszt napon ismét jelentkezett, a midőn az első esetben 0.29%-ról 0.31%-ra, a másodikban 0.11%-ról 0.14%-ra, a harmadik esetben 0.11%-ról 0.12%-ra és a negyedik esetben 0.09%-ról 0.12%-ra szállt fel. Ugy látszik tehát, hogy a szervezetnek az egyoldalú szénhydrattal való kezdetbeni elárasztása a vércukortükröknek a fokozódására vezet és nincsen kizárva, hogy Eppinger és Bahrenscheen éppen e kezdeti fokozódott hyperglykaemiától lettek félrevezetve. Az első nap után azonban fokozatosan csökkent a hyperglykaemia foka s a mint a második, harmadik és negyedik esetünkben bekövetkezett, a normalis értékre szállott le. A liszt napok alatt tehát fokozatosan következik be a kedvezőbb glykolysis, azt a kérdést azonban, vajjon ennek mi az oka, függőben kell hagyni. Nincsen kizárva, hogy az egyoldalú szénhydrattáplálás alatt valami változás történik, esetleg valamilyen fermentálás, a melynek mechanis-

musáról azonban semmi bizonyosat sem lehet tudni. Lehet, sőt, hogy a mikromethodusos seriesvizsgálatok e kérdést is közelebb fogják vinni a megoldáshoz.

A végzett vizsgálatok azonban alkalmasnak látszanak arra, hogy egyrészt rámutassanak azon véleményeltéréseknek okaira, a melyek a liszt napok alatt a vércukortükrök niveaujára vonatkozólag fennállanak. Meg tudjuk érteni, hogy miért találtak némelyek fokozott, mások pedig alacsony vércukorértékeket. Másrészt pedig e vizsgálatok is igazolják azt, hogy a különböző lisztféleségek diatás felhasználása a diabetes terapiájában teljesen egyenrangú.

A diabetesben végzett hyperglykaemiás vizsgálatok eredményét tehát a következőkben foglalhatom össze:

1. Mint azt fiatal diabeteses esetek igazolják, a vesék cukorátbocsátó képessége individualisan különböző.

2. A diabeteses anyagcsere-zavar megítélésében a glykosuria, a vércukortükrök, az esetlegesen képződött ketontestek egymás melletti áttekintése vezethet csak eredményre.

3. A diabetes kezelésekor a liszt napokon a vér cukortartalma kezdetben nő, utána pedig fokozatosan leszáll és a normalis felé közeledik. Ez a folyamat nem megy parallel a glykosuriával.

Irodalom. J. Bang: Der Blutzucker, 1913. — Noorden: Die Zuckerkrankheit, 1917. — Naunyn: Diabetes melitus, 1906, 2. kiadás. — Cl. Bernard: C. r. d. l'Acad. des sciences, 1876, 77. oldal. — Lepine: Le Diabete sucré, 1909. — Pavy: Researches etc. of Diabetes, 1869, 2. kiadás. — Liefmann és Stern: Ueber Glykaemie und Glykosurie. Bioch. Zeitschrift, 1906, 299. oldal. — Bálint: Adatok a diabetes insipidus aetiologiájához. Orvosi Hetilap, 1913, 37. sz. — Róth Miklós: Vizsgálatok a liszt napokról diabetesben. Orvosi Hetilap, 1913. — Róth Miklós: Vizsgálatok a hyperglykaemiás obesitásról. 1914. — Blum: Ueber Weizenmehluren bei Diabetes mellitus. Münchener mediz. Wochenschrift, 1911, 27. szám. — Schirokauer: Haferkur und Blutzuckergehalt bei Diabetes mellitus. Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 1129. oldal.

Közlés a székesfővárosi Régi Szent János-kórház bőr- és nemibajos osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.)

Az ulcus molle és bubo tejinjectióval való kezelésének eredményei.

Irta: Bérczi Sándor dr., kórházi orvos.

Alig van manapság thema az orvosi irodalomban, a mely jobban foglalkoztatná az orvosi közönséget, mint a láztherapia, specialisan a tejinjectió láztherapia. Az orvostudomány csaknem valamennyi ágában felszínre vetődött ez a kérdés és a legkülönbözőbb, egymástól legtávolabb eső betegségeket igyekeznek tejinjectióval gyógyítani. Alig van a modern orvoslásban példa, hogy egy szer a legkülönbözőbb betegségek terapiás kísérleteinek ennyire a középpontjává váljék.

Már a bacteriologia előtti időkben ismeretes volt, hogy az ulcus molle okozója magas és alacsony hőmérsékleten megsemmisül. Az ulcus molle genyes váladéka beszáritva 2-4 nap elveszti fertőző képességét. Különösen érzékeny a lágyfekély okozója, a Ducrey-streptobacillus, a magas hőmérsékkel szemben, a mennyiben 38-40 fokon elpusztul. A Ducrey-bacillusnak ez a labilitása magyarázza azokat a jó eredményeket, a melyeket a hőtherapiával ulcus molle eseteiben elértek. Először Aubert használt az ulcus molle ellen 40-42°-os prolongált forró ülőfürdőket, Welandert forró (42°) irrigatiót alkalmazott néhány napig, a míg a fekély fel-tisztult. Audry eljárása abból állott, hogy a fekélyt 10-15 másodpercig 1-4 mm. távolságból sugárzó hőnek tette ki (vörös izzásig hevített platin-éget szolgáltatva a sugárzó hőt). Sokkal resistensebb a streptobacillus az alacsony hőmérsékkel szemben, bár ezt is megpróbálták terapiás célra használni (Saalfeld, Poór, Brandweiner aethylchloriddal való fagyasztást), Unna a megfagyasztott réteget 2-3 mm. mélységben élesen eltávolítja.

A hőkezeléssel már régebben elért e jó eredmények vezettek bennünket a tejinjectió kísérletek gondolatára. A múlt év deczemberében Guszman¹ tanulságos esetet közölt,

¹ Guszman József: Orvosi Hetilap, 1917, 50. és 51. sz.

a hol évek óta fennálló *ulcus molle serpinosum* pathológiás lázra gyógyult. Az esetet röviden felidézem.

R. Á., 44 éves férfinak 2½ év óta van fekélye a mons veneris-en, a penis tövén, a jobb lágyékhajlatban az alhasra és a czombrá ráterjedően. A folyamat fennállása óta, kisebb remissiókat nem számítva, állandóan terjed. Az összes lehető gyógyító eljárásokat megpróbálták, de sikertelenül. Ekkor a betegség 2½ éves fennállása után rázóhideg és magas láz kíséretében a fekély környékén több tenyérnyi területen orbáncz keletkezett. A fekély terjedése már a magas lázas állapot idejében megállt. Sőt javult, az orbáncz lezajlása után pedig a fekély 4 hét alatt teljesen gyógyult.

Nyilvánvaló ebben az esetben a magas lázzal járó erysipelas frappans gyógyító hatása. Ezt a meglepő és rendkívül gyors gyógyítóhatást tapasztaltuk a mesterséges lázkezeléskor is.

Eseteink immár 30-on felül vannak, a mely szám — tekintve az *ulcus molle*-nek a többi venereás bajokkal szemben aránylag nem gyakori voltát — eléggé tekintélyesnek mondható. A tejinjectiók therapia, 1—2 makacsabb esetet leszámítva, mindenkor teljes sikerrel járt. Lágyfekélyek, melyeknek gyógyulása a régi eszközökkel hetekig eltartott, 1—2 tejinjectióra, néhány nap alatt gyógyultak. A gyógyulást mindenkor megelőzte a subjectiv panaszok, a nagy fájdalommasság igen gyors megszűnése.

Kísérleteinkben 5—10 cm³ sterilizett tejet használtunk intraglutealis injectio alakjában.

Eseteink közül néhány tanulságosabbat röviden ismertetek.

1. eset. K. M., 19 éves munkásnőt 1918 február 25.-én vettük fel osztályunkra. Két hét óta van mindkét farpofán, közel az anushoz egymással szemben egy-egy fillérnyi és koronányi kirágott szélű, genyes alapú fájdalmas fekély. A nagyajkak szélein számos follicularis fekély. A mirigy alig tapintható. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Semmi helyi kezelés. Február 28.-án tejinjectio (5 cm³). Hidegrázás, 40°-ig emelkedő hőmérséklet. Március elején: A follicularis fekélyek teljesen gyógyultak. A nagy fekélyek felényire zsugorodottak, erősen hámosodnak. A fájdalom teljesen megszűnt. Március 2.-án: Az összes fekélyek teljesen gyógyultak. Az egész therapia tehát egy tejinjectio, a gyógytartam két nap.

2. eset. P. M., 19 éves házasternét 1918 február 19.-én vettük fel osztályunkra. Két hét óta fekélyei vannak a genitálékon. A nagyajkakon és környékén számos lencsényi, alávált szélű, genyes alapú fájdalmas fekély. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Semmi helyi kezelés. Február 21.-én 5 cm³ tejinjectio. Hőmérsék 39°-ig emelkedik. Február 22.-én az összes fekélyek összezsugorodtak, a genyes alap eltűnt, hámosodás kezdődik. A fájdalom teljesen megszűnt. Február 23.-án az összes fekélyek teljesen gyógyultak. Tehát egy tejinjectiótól két nap alatt teljes gyógyulás.

3. eset. M. J., 16 éves varrónő 1918 január 23.-án jelentkezett folyása és kiütései miatt osztályunkon. A bal kisajkak belső felszínén, valamint a bal genitocruralis hajlatban néhány lencsényi, kirágott szélű, genyes alapú fekély. Wassermann: ++++. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Lues lat. Január 30.-án: Tejinjectio (5 cm³). Legmagasabb hőmérsék 39°-ig. Február 2.-án: Semmi fájdalom. A genitocruralis hajlatban levő fekélyek teljesen begyógyultak. A kisajkak melletti fekély feltisztult, kisebb lett. Február 4.-én: Az összes fekélyek gyógyultak. *Gyógytartam itt 5 nap*, mely alatt egy injectio nyomán a fekélyek teljesen gyógyultak.

4. eset. P. R., 23 éves munkásnőt 1917 október 29.-én vettük fel osztályunkra. A genitocruralis hajlatban lencsényi-kendermagnyi, nagyrészt follicularis, kirágott szélű fekélyek. A gáttáj jobb felén mandulányi, kirágott szélű fájdalmas fekély. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Október 30.-án 10 cm³ tejinjectio. Erős hidegrázás, igen kínzó fejfájás közben a hőmérsék 40°-ra emelkedik. November 1.-én: A kisebb fekélyek gyógyultak. A nagy, mandulányi fekély lencsényire zsugorodott össze, teljesen megtisztult, felszíne hámosodik. A fájdalom teljesen megszűnt. November 2.-án: Az összes fekélyek teljesen gyógyultak. *Gyógytartam 3 nap*.

Az eddig említett esetekben tehát a fekélyek egyetlen tejinjectio hatására 2—5 nap alatt gyógyultak. Olyan eredmény ez, a mit az eddigi gyógymódokkal még csak megközelíteni sem tudtunk. Ezek a fekélyek, melyek úgyszólván egyik napról a másikra gyógyultak meg, rendszerint kisebbek, kendermagnyi, lencsényi nagyságúak, főleg follicularis fekélyek. Másrészt a fekélyek localisatiója nagy mértékben befolyásolja a gyógyulás gyorsaságát. A többé-kevésbé szabadon levő fekélyek, mint a nagyajkakon, a genitocruralis hajlatban, a farpofán, a gyógyulás szempontjából sokkal kedvezőbb elhelyezkedésűek, mint különösen a fossa navicularisban vagy a végbélnyílás duzzadt redői között levő fekélyek, mely utóbbiak különösen igen makacs gyógyulási

hajlamot mutatnak. Első számú esetünkben nagy fekély gyógyult meg két nap alatt, de viszont ez rendkívül kedvező helyen volt; nem volt kitéve a vulvából kifolyó váladék folytonos maceráló hatásának.

Többi esetünkben a gyógyulás két vagy több tejinjectio után következett be, de épp oly, szinte klasszikus szabályszerűséggel, mint az előző esetekben.

5. eset. K. E., 15 éves divatárusleányt 1917 december 29.-én vettük fel osztályunkra. A sajkaárokban babnyi, gyuladós udvarú, genyes alapú, nem infiltrált, fájdalmas fekélyke. *Diagnosis: Ulcus molle*. Első tejinjectio november 6.-án (5 cm³). Hőmérsék 40° C-ig emelkedik. November 7.-én: A fekély fájdalommassága csökkent, alapja megtisztult, valamivel megkisebbedett. November 9.-én: A fájdalom teljesen megszűnt, a fekély felényi, tiszta sarjadó sebfelület. Második tejinjectio november 10.-én (10 cm³). Hőmérsék 40°-ig. November 11.-én a fekély egészen kicsi, felületes, tiszta. November 13.-án: Teljes gyógyulás. Összes kezelés tehát két tejinjectio (5—10 cm³). *Gyógytartam 7 nap*.

6. eset. N. M., 23 éves takarítónőt 1917 december 10.-én vettük fel osztályunkra. Két hét óta fennálló kiütései vannak a genitálékon. 1915-ben lues ellen kezelték. Jelenleg a jobb glutaeuson, közel a genitocruralis hajlathoz, mandulányi, kirágott és alávált szélű fájdalmas fekély. Hasonló fillérnyi fekély a bal nagyajkon, mely később keletkezett. Több apró szétszórt fekély a genitocruralis hajlatban. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Lues latens. Első tejinjectio (10 cm³) december 11.-én. Hőmérsék 39°-ig. December 13.-án a mandulányi fekély kisebb, fájdalommassága csökkent, az élénkpiros udvar teljesen eltűnt. A jobb nagyajk duzzadása csaknem egészen visszafejlődött. A nagyobb fekélyek alig kendermagnyiak, a szétszórt kisebbek teljesen összezsugorodtak, csaknem gyógyultak. Második tejinjectio (10 cm³) december 13.-án. Hőmérsék 40°-ig. December 14.-én: Csaknem az összes fekélyek begyógyultak. A legnagyobb, eredetileg mandulányi, mintegy felényire zsugorodott. December 16.-án: Az összes kisebb fekélyek teljesen gyógyultak. A nagy fekély felületes, tiszta, körülbelül sárgadinnyemagnagságú. December 20.-án: Teljes gyógyulás. Összes kezelés ebben az esetben két tejinjectio (10—10 cm³). *Gyógyulás 9 nap alatt*.

7. eset. V. J., 20 éves modelt 1918 január 22.-én vettük fel osztályunkra. A nagyajkakon 1—1 lencsényi infiltrált szélű fekély. Kemény inguinalis mirigyek. A végbél és gát közti redő alatt fillérnyi, kirágott szélű, genyes alapú, igen fájdalmas fekély, mely felett a redő erősen duzzadt. Wassermann negatív. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Első tejinjectio (5 cm³) január 25.-én. Hőmérsék 39°-ig. Január 26.-án: A fájdalom erősen csökkent, a fekélyek megtisztultak. Január 28.-án: A fájdalom teljesen megszűnt, a fekélyek infiltrációja eltűnt. Második tejinjectio (10 cm³) január 30.-án. Hőmérsék 39°-ig. Február 2.-án: A nagyajkakon levő fekélyek teljesen begyógyultak, a végbél körüli feltisztult, felületesebbé vált. Február 5.-én: A végbél körüli fekély tiszta sarjadó sebfelület. Február 7.-én: Teljes gyógyulás. Összes kezelés ebben az esetben két tejinjectio (5—10 cm³). *Gyógytartam 13 nap*.

8. eset. V. R., 17 éves cselédet 1917 december 21.-én vettük fel osztályunkra. Három hét előtt blennorrhoea ellen kezeltük. A fossa navicularisban húszfilléresnyi, alávált szélű, genyes alapú, fájdalmas fekély. A nagyajkakon számos kisebb follicularis *ulcus*. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Első tejinjectio (5 cm³) december 22.-én. Hőmérsék 39°-ig. December 23.-án: A fossa navicularisban levő fekély valamivel kisebb, feltisztult. A fájdalom teljesen megszűnt. Néhány kisebb follicularis fekély begyógyult. December 26.-án: A nagy fekély körülbelül felényire zsugorodott, felületes, tiszta. A follicularis fekélyek nagy része begyógyult. Második tejinjectio (10 cm³) december 26.-án. Hőmérsék 40° C. December 28.-án: A kisebb fekélyek teljesen begyógyultak, a nagy fekély lencsényi, felületes, tiszta sarjadó sebfelület. December 31.-én: Teljes gyógyulás. Összes kezelés itt két tejinjectio (5—10 cm³). *Gyógytartam 9 nap*.

9. eset. B. F. 20 éves nőt 1917 október 19.-én vettük fel osztályunkra. A fossa navicularisban lencsényi, alávált szélű, genyes alapú fekély. *Diagnosis: Ulcus molle*. Első tejinjectio (5 cm³) október 20.-án. Hőmérsék 38°-ig. Október 21.-én: Lényeges változás nincs, a fekély kissé megtisztult. Október 22.-én: A fekély újra genyesebb. Második tejinjectio (10 cm³) október 23.-án. Hőmérsék 39°-ig. Október 25.-én: A fekély feltisztult, valamivel kisebb lett. Október 27.-én harmadik tejinjectio (10 cm³). Hőmérsék 38°-ig. Október 28.-án: A fekély egész felületes, tiszta, felényire zsugorodott. Október 30.-án: Teljes gyógyulás. A gyógyulás itt 3 tejinjectio után 10 nap alatt következett be.

10. eset. S. J. 17 éves felírónőt 1917 november 5.-én vettük fel osztályunkra. Lues ellen már kezeltük. Általános adenitis. A fossa navicularisban fillérnyi, kirágott szélű, genyes alapú fekély. A nagyajkakon több lencsényi hasonló fekély. *Diagnosis: Ulcera mollia*. Első tejinjectio (5 cm³) november 6.-án. Hőmérsék 38°-ig. November 7.-én: Feltűnőbb változás nincs. November 9.-én: A fekély alapja feltisztult, kissé felületesebbé vált. Második tejinjectio (10 cm³) november 10.-én. Hőmérsék 38°-ig. November 11.-én: A fekély körülbelül felényire összezsugorodott, egészen felületes, tiszta sarjadó sebbé alakult át. A nagyajkakon levő kisebb fekélyek begyógyultak. November 13.-án: A fekély kislencsényi. Harmadik tejinjectio (10 cm³) november 14.-én. Hőmérsék 38°-ig. November 15.-én: A fekély teljesen begyógyult. Összes kezelés tehát itt 3 tejinjectio (5, 10, 10 cm³). *Gyógytartam 9 nap*.

A tejinjectiót követő legelső és legfeltűnőbb változás, mint az esetekből látjuk, a fájdalom rendkívül gyors meg-

szűnése. A fájdalom megszűnése vagy legalább is nagymérvű csökkenése az első 24 órában szintesabályszerűen bekövetkezik. Voltak betegek, a kik a fájdalom hirtelen megszűnését jelezték az injectiót követő 6—8 óra múlva, a legmagasabb láz idején.

Mikroskoposan vizsgálva a váladékot, feltűnik, hogy a streptobacillus a teinjectio után igen gyakran már 24 óra múlva nem mutatható ki. Ha a streptobacillus megsemmisült, a fekély genyes alapja megtisztul, a nekrotikus szövetrészek kilöködnek, a fekély széléről hámosodás indul meg. Ez a reparatio spontán körülbelül a 4.—7. héten következik be, az Unna-Nicollé szerinti negyedik stadiumban, a mikor a streptobacillusok elvesztik virulentiájukat (*E. Tomaszewski*).

Eseteinkben a gyógyulás 2—13 nap alatt következett be. A gyógyulás időtartamára, az előbb említett körülményeken kívül, úgy látszik, igen nagy befolyással van a teinjectio reactiójaként jelentkező lázas reactio. A legrövidebb (2—3 nap) idő alatt meggyógyult eseteinkben (1. és 4. eset) a lázas reactio a 40°-ot meghaladta. Viszont makacsabb esetekben az injectio kisebb lázas reactióval járt (9. és 10. eset). Az előbbi két esetben sokkal nagyobb fekélyek gyógyultak meg 2—3 nap alatt egy-egy teinjectiótól, mint az utóbbi két esetben 9 és 10 nap alatt 3 teinjectiótól.

Ezek után a teinjectio hatását a lágyfekélyre a következőkben összegezhetjük:

1. A fájdalom gyorsan megszűnik, rendszerint az első 24 órában belül.
2. A Ducrey-streptobacillusok eltűnnek, kedvező esetben már az első 24 óra alatt.
3. A genyes secretio megszűnik, a fekély feltisztul; ennek következtében
4. a fekély szélei összehúzódnak s a fekély széléről a hámosodás gyorsan megindul.

* * *

Olyan eseteinkben, a hol az ulcus mollehoz bubo társult, a teinjectio láz következtetésképp a fekélyvel együtt a bubo is meggyógyult. Ezek után mintegy 15 esetben adtunk bubónál teinjectiót, még ha fekély nem is volt jelen, vagy ha esetleg már meggyógyult. Eseteink legtöbbjében a teinjectio therapia teljes sikerrel járt. Olyan bubók is, melyeknek spontán megnyílása úgyszólván órák kérdése volt, 1—2, esetleg 3 teinjectio hatása alatt tökéletesen meggyógyultak. Hogy a láz a bubók resorptióját meggyorsítja és a fájdalommasságot megszünteti, *R. Müller*² 1916-ban megjelent közlésében említi. *Guszman* néhány esetében, a hol a lágyfekély bubóval komplikálódott, a lázkezelésre a bubók is tökéletesen gyógyultak.

Eseteim közül a következőket ismertetem:

11. eset. *R. M.* 19 éves szobaleányt 1917 december 14.-én vettük fel osztályunkra. Két hónap előtt lues ellen kezeltük. Jelenleg lueses tünet nincs. A nagyajkak körül, valamint a gáttájon lencsényi-babnyi condylomata acuminata. A jobb nagyajk belső felszínén fillérnyi, kirágott szélű, genyes alapú fájdalommas fekély. A jobb inguinalis hajlatban diónyi bubo, mely spontán felnyílt. *Diagnosis: Ulcus molle. Bubo ingu. l. d. Lues lat. Első teinjectio* (10 cm³) december 15.-én. Hőmérsék 38.9° C. December 16.-án a fájdalommasság megszűnt. A nagyajk belső felületén levő fekély csaknem teljesen gyógyult. A bubo kisebb lett. *Második teinjectio* (10 cm³) december 17.-én. Hőmérsék 39.7° C. December 18.-án: A fekély teljesen gyógyult. A bubo felényi, a felette levő ulceratio egészen megtisztult. December 22.-én: Teljes gyógyulás. Ebben az esetben, mely egyébként, tekintve, hogy a bubo már megnyílt, kevéssé jellemző, a két teinjectiótól úgy a fekély, mint a megnyílt és ulcerált bubo meggyógyult.

Rendkívüli tanulságos az alábbi eset:

12. eset. *F. M.* 22 éves nőt 1917 december 14.-én vettük fel osztályunkra. Lues ellen már kezeltük. A jobb lágyékhajlatban kis-ökölnyi bubo, melynek környékén a czombra ráterjedőleg tenyérnyi, igen fájdalmas, élénk pirral járó phlegmonés beszűrődés. *Diagnosis: Bubo ingu. phlegm. l. d. Első teinjectio* (10 cm³) december 15.-én. Hőmérsék 38.7°. December 16.-án: A mirigyduzzanat phlegmonés beszűrődése nagyrészt csökkent, a fájdalom csaknem teljesen megszűnt. A phlegmonés beszűrődés felett élénk pir, a bőr térsztás tapintatú; ennek centrumában fillérnyi helyen ellágyulás. *Második teinjectio* december 17.-én. Hőmérsék 39.5°. December 18.-án: A fájdalom teljesen megszűnt; a duzzanat felett a pir eltűnt. A phlegmonés beszűrődés nyo-

másra is teljesen fájdalomtalan. A centralis ellágyulás még megvan. December 20.-án: A phlegmonés beszűrődés egész kicsi, a centralis ellágyulás alig érezhető. December 23.-án: Teljes gyógyulás. Összkezelés ebben az esetben tehát két teinjectio (10—10 cm³). *Gyógytartam 8 nap.*

Igen jellemző a következő eset, a hol a bubo már csaknem felnyílt:

13. eset. *K. Zs.* 20 éves munkásnőt 1918 márczius 15.-én vettük fel. Két hónap óta van jobboldali bubója, mely felett a bőr 3 hét óta lobos. A jobb inguinalis hajlatban tyúktójasnyi fájdalmas bubo, mely felett a bőr lobos, élénkpiros, rendkívül elvékonyodott; igen erős fluctuatio. *Diagnosis: Bubo ingu. abs. l. d. Első teinjectio* márczius 15.-én (5 cm³). Hőmérsék 38.8°. Márczius 16.-án: A bubo diónyira kisebbedett, fölőtte a bőr ránczos, a lobos pir csökkent, a fájdalom megszűnt. Márczius 17.-én gombostűfejnyi kis nyílás keletkezett, melyen keresztül néhány csepp geny ürül. A nyílás másnapra, márczius 18.-án záródott. Márczius 19.-én *második teinjectio* (10 cm³). Hőmérsék 39.2°. Márczius 20.-án: A lobos pir teljesen elmúlt, a tumor egészen kicsire húzódtott össze. Márczius 23.-án: Teljes gyógyulás. A gyógyulás itt 8 nap alatt következett be két teinjectio hatására.

Valóságos paradoxon a következő eset:

14. eset. *B. Zs.*, 21 éves elárusítónőt 1918 márczius 1.-én vettük fel osztályunkra. Hügycsőből, cervixből bő genyes folyás. Gonococcus positiv. A fossa navicularisban fillérnyi, kirágott szélű, genyes alapú, fájdalmas fekély. A jobb genitocruralis hajlatban lencsényi, több kendermagnyi-búzaszemnyi fekély. *Diagnosis: Ulcera mollia. Blennorrhoea. Első teinjectio* (5 cm³) márczius 5.-én. Hőmérsék 39.3°. Márczius 6.-án: A nagy fekély feltisztult, a kisebb fekélyek egyike-másika gyógyult. A fájdalom megszűnt. Márczius 8.-án: A kisebb fekélyek teljesen gyógyultak, csak a genitocruralis hajlatban levő nagyobb, lencsényi fekély változatlan. A fossa navicularisban levő fekély tisztá, felületes sarjadó sebbé alakult át. *Második teinjectio* (10 cm³) márczius 10.-én. Hőmérsék 40° C. Márczius 12.-én: A fossa navicularisban levő fekély gyógyult. A genitocruralis hajlatban levő fekély körül diónyi, kemény infiltratum keletkezett, a melynek megnyomása után a fekélyen keresztül, mintegy sipolyonnyal, bő geny ürül. A jobb inguinalis táj felső külső részén a jobb czombra is ráterjedően nagymányi phlegmonés beszűrődés, mely felett a bőr kissé lobos, a centrumban kis ellágyulás érezhető. Mindkét infiltratum igen fájdalmas. *Harmadik teinjectio* (10 cm³) márczius 15.-én. Hőmérsék 39.7°. Márczius 16.-án: Mindkét beszűrődés fájdalommassága megszűnt, a lobos pir eltűnt, a fekély csaknem teljesen gyógyult. Márczius 17.-én: A fekély teljesen gyógyult. A kisebb infiltratum mintegy mogorónyi, a nagyobb koronányi területen érezhető. Márczius 20.-án: Teljes gyógyulás. Összes kezelés itt három teinjectio, gyógytartam 15 nap.

Mialatt tehát két teinjectio hatása alatt a lágyfekély szabályszerűen gyógyul, addig nagy bubo keletkezik, mely egy harmadik teinjectióra tökéletesen gyógyul.

Érdekes, hogy két esetben a bubo teinjectiók után felnyílt, a geny kiürült és utána 1—2 nap alatt minden további genyedés nélkül tökéletes gyógyulás állott be.

S végül utolsónak olyan esetet ismertetek, a melyben a teinjectio therapia az egyedüli módszer volt, a mivel a bajt sikerült meggyógyítani. Egy év óta fennálló bántalomról van szó, a hol minden eddig használatos gyógyeljárás sikertelen volt. Hasonló ez eset *Guszman* már említett esetéhez, mely pathológiás lázra (erysipelas) gyógyult.

15. eset.³ *K. J.*, 30 éves nő hivatalnok, 1917 november végén került észlelésünk alá. Egy év előtt keletkezett egy fekélye a sulcus coronarius jobb oldalán. A fekély azóta, kisebb remissiókat nem tekintve, állandóan fennáll és terjed. *Status praesens:* A glansnak felét és a sulcus coronarius jobb oldalát polycyclusos szélű, erősen bemélyedt, körülbelül forintnagyságú heg foglalja el. A heg distalis végén az orificium urethrae körül serpinosus, mintegy 2 cm. széles fekély, mely erősen genyed, kirágott és alávált szélű, igen fájdalmas. A fekély körülbelül egy hét óta a hügycsőbe is betérjed, a vizezés rendkívül fájdalmas. Jobboldalt mirigy nem tapintható, baloldalt babnyi. Wassermann több ízben negativ. *Diagnosis: Ulcus molle serpinosum.* Semmi helyi kezelés. *Első teinjectio* 1917 november 30.-án (10 cm³). Hidegrázás, 39.8°-ig emelkedő hőmérsék. December 2.-án a fekély kissé összehúzódtott, a hol a pörkök leváltak, élénkpiros zóna látszik, a fájdalom teljesen elmúlt. Vizeleskor még csekély fájdalom. *Második teinjectio* december 2.-án (10 cm³). Igen erős fejfájás, hidegrázás közben a hőmérsék 40°-ig emelkedik. Másnapra a fekély jóval kisebb lett, a fájdalom egészen megszűnt, a vizezés is zavartalan. A fekélynek a hügycsőbe terjedő része teljesen gyógyult. December 5.-én: Az eredeti fekély felényire zsugorodott.

A beteg ezután 4 hétig nem jelentkezett és így emiatt a gyógyulás tartama nagyon elhúzódott. A mikor január elején újra jelentkezett, a fekély jobb fele teljesen gyógyult, csak baloldalt maradt vissza körülbelül lencsényi, élénkpiros zónával körülvett, kirágott szélű, genyes alapú fekély. *Harmadik teinjectio* 1918 január 8.-án (10 cm³). Hőmérsék 40.4° C. Január 9.-én: A fekély valamelyest megtisztult, de feltűnőbb

² *R. Müller:* Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 27. sz.

³ Bemutatás a Közkórházi Orvostársulat 1918 évi V. ülésén (márczius 13.-án).

változást nem mutatott. *Negyedik teinjectio* január 30. án. Hőmérsék 39.5° C. Utána a fekély lassan, de állandóan kisebbedik, míg végre február 18.-án tökéletesen gyógyult.

Tehát az egy év óta fennálló, minden kezeléssel daczólok fekély 4 teinjectiótól tökéletesen gyógyult.

A teinjectiók therapia kiválóan sikeres gyógyító hatását a proteintestadagolás reakciójaként jelentkező legfeltűnőbb megnyilvánulással, a magas lázzal kell magyaráznunk. Hogy a magas lázon kívül más tényezők is — melyek a tejnek idegen fehérje voltával állanak összefüggésben — közrejátszanak a gyógyító hatás létrejöttében, tagadni nem lehet. R. Müller⁴ következőképpen körvonalozza álláspontját:

„Meine Untersuchungen beziehen sich in erster Linie auf lokalisierte Entzündungsprozesse und hier glaube ich naeh meinen bisherigen klinischen Beobachtungen als Hauptursache der Wirkung die vermehrte Hyperaemie und Transsudation im Entzündungherde ansehn zu dürfen.“ De ő is nagy szerepet tulajdonít a láznak.

Kétségtelennek kell tartanunk, hogy a különböző betegségekben teinjectióval elért jó eredmények hatásmechanizmusát nem lehet egyféleképpen magyaráznunk. Minden valószínűséggel más tényező okozza teinjectiók alkalmazásakor a pozitív Wassermann-reactio negatívvá válását (aránylag csekély specifikus kezelés kapcsán), mint az ulcus mollenak vagy a polyarthritist a meggyógyulását. És éppen ulcus molle és bubo eseteiben a lázat kell tekintenünk a legfőbb gyógytényezőnek, a mi a *Ducrey*-bacillus aránylag gyenge resistentiája folytán rendkívül plausibilisnek is látszik. Hogy 39–40 fokos temperatura után a kórokozók eltűnnek a genyből és a fekély úgyszólván egyik napról a másikra meggyógyul, az a feltűnő összefüggés, a mi a lázas reactio és a gyógyulás ideje között fennáll, mind ezt a feltevést bizonyítja. Viszont *Guszman* közléséből világosan kitűnik, hogy a lues eseteiben teinjectióval elért jó eredmények semmi összefüggésben sem voltak a lázas reactio magaságával és hetekig tartó 39–41 fokos pathológiás láz (erysipelas, sepsis puerperalis) a Wassermann-reactióra hatástalan volt.⁵

Bármiként is magyarázzuk a láztherapia hatásmechanizmusát, kétségtelen, hogy benne igen kiváló therapiás eszközt nyertünk.

Makacsabb, illetőleg nagyobb terjedelmű ulcus molle eseteiben mindenkor helyénvalónak tartom a teinjectiót. Igen fontos továbbá *bubo* eseteiben, a hol ezzel elkerüljük a műtétet, a műtéttel járó kellemetlenségeket, a sebnek esetleges másodlagos fekélyes átalakulását, a kezelés hosszadalmas, kínos voltát; elkerüljük a gyakran cosmetice nagyon is kifogásolható hegeket, a mi különösen nőkön nem tekintendő lényegtelen körülménynek. Helyénvaló *egyszerű lágy-fekély* eseteiben is, a hol hetekkel megrövidíthetjük a gyógyulás idejét, de különösen fontos a hónapokig, sőt évekig elhúzódható *ulcus serpiginosum* eseteiben, a hol az illető szervre nézve — ha szabad ezt a kifejezést használni — vitalis indicatio lehet (15. számú eset) s a hol eddigi gyér tapasztalásunk szerint a leghatásosabb, sőt talán olykor az egyedüli célravezető módszer a teinjectiók láztherapia.

A háború okozta traumás neurosis gyógyítása.*

Irta: *Gonda Viktor* dr., népfelkelő főorvos, jelenleg az úpesti cs. és kir. tartalékkórház kezelőorvosa. (Parancsnok: *Győry Tibor* dr. egyetemi magántanár, törzsorvos.)

(Folytatás.)

Foglalkozás szerint Magyarország viszonyainak megfelelőleg természetesen legtöbb betegünk a földmívelő osztályból került ki. Aránytalanul sok volt a pinczér, továbbá egyetemi hallgató és főképpen tanító. A százalékos adatok e tekintetben

nem absolute bizonyítók, ezért lehetőleg kerülöm azokat, mert tisztában vagyok azzal, hogy hibába esnék és bizonyos foglalkozási ág tévesen praedispositiós tényezőnek látszhatnék. Hiszen, ha egészen pontosak akarnánk lenni, tudnunk kellene a hadbavonultak ilyen arányú arányszámát, de minthogy például tanítóink nagyjából egyenletesen vannak elosztva és hivatalos adataink szerint 16.081 teljesít katonai szolgálatot, az a benyomásom, hogy a statisztikámban 4.5%-kal szereplő tanítók absolut és relativ száma is igen nagy.

Alig hiányzik kezelt betegeink között valamely foglalkozási ág; továbbsszolgáló katona is van 0.5%-ban.

Nem akarok hibába esni betegeink nemzetiségi és vallás szerinti csoportosítása alkalmával sem, éppen az imént említett ok miatt. Hiszen Máramaros- és Szatmárvármegyében, ahonnan igen sok beteg került kezelésünk alá, egészen más a viszonylat különösen a románokra és zsidókra vonatkozólag, hogysem abból igazságos, az országos aránynak valóban megfelelő számokat kapjunk. Most csak annyit kívánok megjegyezni, hogy a legsúlyosabb elváltozásokkal járó formákat román és bosnyák nemzetiségű katonáink mutatták és hogy a zsidók a fenti viszonyok figyelembevételével mellett 9.1%-ban szerepelnek az összes megbetegedettek között. Statisztikámban a magyarok 63.43%-kal az első helyet foglalják el (magyarországi eredményekről van szó!), mégis, ha tekintetbe vesszük, hogy *Schneider*¹⁰ a kezelése alá került száznál több beteget véve csak tekintetbe, a magyarokat találta a legkevésbé hajlamosnak neurosisos megbetegedésre és *Wagner* (előbb idézett értekezésében) alig talált neurosisos beteget között magyarokat, akkor ismét egy adattal többel rendelkezünk a bevezető sorokban hangoztatott azon valóság megerősítésére, hogy a traumás neurosis igen elterjedt baj.

Rang szerint nem vettem észre azt a sokak által hangoztatott körülményt, hogy magasabb rangokon csökken a megbetegedések száma. Igaz, hogy kezelésem alá legfeljebb százados került.

Legtöbben harcbanlétük első 5 hónapjában betegedtek meg, összesen 49.1%. Ezek között találjuk a legsúlyosabb tüneteket mutató betegeinket is. Az ötödik hónaptól kezdve azután fokozatosan csökken a hónapok számának emelkedésével a megbetegedések száma. A ki két évnél többet töltött a harctéren, annál már ritkaságszámba megy a traumás neurosis kifejlődése. *Ezek a tapasztalatok a mellett látszanak szólni, hogy a baj kifejlődésében az egyéni dispositionnak jelentős szerepe van.*

A kezelés alá került betegek nagy része 12–19 hónapig volt beteg, sőt egyik 29 hónapig nyomta az ágyát.⁴ Ez véletlen dolga és magyarázatát találja az előzetes közleményemben említett ama körülményben, hogy a Rokkantügyi Hivatalba eleinte csak inveterált esetek kerültek. Majd a viszonyok megváltozván, friss eseteket is felvehettünk. Így magyarázható, hogy akad betegeink között olyan is, a kit megbetegedésének 8. napján kezeltem.

*Bármilyen okozta legyen a megbetegedést, bármilyen rövid vagy hosszú ideig tartott is, a traumás neurosis bármilyen könnyű vagy súlyos formáját mutatta, akárhányszor kórházban és akármilyen eredménnyel és módon kezelték az illetőt, akár mint rokkantot és mindenféle katonai szolgálatra alkalmatlant és polgárilag keresetképtelent nyugdíjjal bocsátották el a hadsereg kötelékéből, a betegség tüneteit eddig minden esetben néhány másodperc alatt sikerült megszüntetni.*⁵ Kezelésünk körébe vontuk az úgynevezett hysteropilepsiát és az incontinentia urinaet is, ha a háborúban keletkeztek. Messze vezetne részletesen tárgyalni e két megnyilvánulási formát. Csak annyit akarok megjegyezni, hogy egyedül e két bajban volt szükség többszöri kezelésre és hogy az összesek között ezek mutatják a legnagyobb hajlamosságot a recidivára.

Teljesen tudatában vagyok annak, hogy alig van mód-

⁴ Ma már nem ritka az olyan katona, a ki 44 hónapja beteg.

⁵ Kötelességemnek tartom megjegyezni, hogy újabban akad egy-néhány psychice nem befolyásolható katona, ki látszólag tisztán traumás neurosisban szenved és mégsem tehető tünetmentessé (imbecillis? simulans?).

⁴ L. c.

⁵ L. c.

* Előadás a budapesti kir. Orvosegyesületben 1918. évi márczius hó 16.-án.

szer, a melylyel gyógyulást ne értek volna el. Sőt egyikkel-másikkal igen kiváló eredményeket. A hypnosistól kezdve a mély altatásig, a különböző fajtájú és erejű villamoskezelésekkel stb., mindennel, a mivel a suggestiót fokozták, sikerült gyógyításokat elérni. Egyszerű módszereken kezdve (elkülönítés, éheztetés, hosszantartó fürdők) igen bonyolultakig, sokfélék megkísérletek. Hogy csak egyet említsek, röviden leírom Dub¹¹ eljárását, a melyet mozgás-zavarok megszüntetésére használ és a mely szerint sötét szobában asztalra kötözi a beteget, bekötözi szemét, ezután aether-bódulatot alkalmaz, ilyen állapotban földre fekteti, ha erre nem gyógyul, újból aetherrel kábítja el és makacs esetekben még hánytatókat is használ, majd a suggestio erősítésére Röntgen-átvilágítást is eszközöl. De még nehezebben keresztülvihető és nem közömbös módszerekhez is folyamodtak, például Stier neurosisos betegeit lehetőleg nyugtalan elmebetegek közé helyezi, vagy Podmaniczky báró¹² nem ajánl kevesebbet a spasmosus járás megszüntetésére, mint „egy, legfeljebb két lumbalpunctiót”. (Schönbeck,¹³ igaz, hogy más okból végzett lumbalpunctiók kapcsán, nem kevesebb, mint 71 halálesetről számol be!).

Leszámítva, hogy ezeknek az eljárásoknak talán egyike sem alkalmas arra, hogy minden esetben alkalmazható legyen, senkisé sem közli, hogy minden esetben eredményt ért volna el. Majdnem minden módszer kidolgozója, de különösen az, a ki, mint én, elhúzódozó, régen tartó esetek gyógyítását tűzte ki célul, nagyon óvatos a javallat felállításában és sok fennálló körülményt ellenjavallatnak tart. Ezzel szemben eljárásomat kifejezett myodegeneratió kivül semmi sem ellenjavallja.

A nagyobb anyagból összegyűjtött, rendelkezésemre álló legjobb statisztika szerint 8% gyógyulatlantul és 12% javulva hagyta el az illető intézetet. Ezzel az eredménnyel megelégedve, tőlünk gyógyulatlantul 256, és javulva 384 távozott volna el, a mi újabb kórházak megtöltésére lett volna elégséges.

Az általam 1916. évi június hó 8.-án megkezdett eljárással elsősorban a több kórházban, sok kezelésen eredménytelenül átesett betegeket, azután pedig, a mint már említettem, válogatás és kivétel nélkül minden traumás neurosist sikerült tünetmentessé tenni. Akkor még 3—4 percig ajánlottam használni erős fáradós áramot. Majd fokozatosan csökkentettem az áram behatásának idejét 20—30 másodpercire és később az anaesthesiák gyors eltűnését véve alapul, még ezt az időt és, a mi fontos, az áram intenzitását is csökkenthettem.

Ma, az eredeti leírásommal szemben, úgy járok el, hogy 0-ról indulok a megfelelő közömbös pontokra (quadriceps, triceps) elhelyezett elektrodok odaszorítása után és lassan-lassan erősítem a tisztán fáradós áramot, míg az izmok összehúzó-dását nem kapom. Ez az összehúzó-dás kismértékű, eléréséhez már gyenge, fájdalmat alig okozó áram elégséges. Az áram behatásának ideje pár másodperc. Ennyi tökéletesen elég tic-ben, süketnémaságban vagy bármilyen más tünetben nyilvánuló traumás neurosis tüneteinek megszüntetésére. (L. a mellékelt képeket.)

A betegek rögtön, vagy több-kevesebb gyakorlás után, de még mindig a kezelőteremben tünetmentesek. Kezelés alatt fájdalomról nem panaszkodnak, hangos szót nem ejtenek. A pulusszám ritkán és akkor is alig szaporodik. Sőt újabban az úgynevezett neurosis cordis fennállása esetén a pulusszám csökkenését figyelhettem meg.

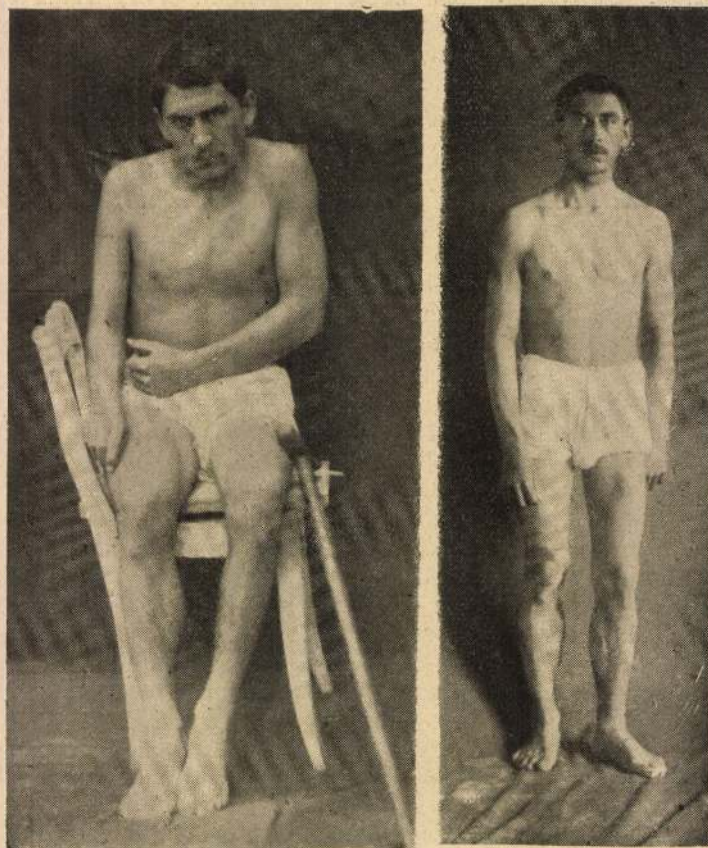
Emberségesebb és minden esetben használhatóbb módszert eddig még nem ajánlottak. Ha volna, kész örömmel venném át.

Természetesen a dolog végeredményben nem ilyen egyszerű. Az bizonyos, hogy a kezelés alatt a levegő izzik egy hangulattól: a meggyógyulás biztos tudatának hangulatától. Ezt az orvosnak kell előidéznie. Teljes odaadással, fáradságot nem kímélve, minden erejét felhasználva kell a suggerálást ad maximum vinnie. Erre főleg kezdetben van szükség. Később, a mikor a gyógyulás lehetőségének tudata a betegek

között elterjed, már sokkal könnyebben megy a dolog és elérhetjük, hogy 15—20 beteget egyszerre levetkőztetve egymás előtt meggyógyíthatunk rövid néhány órán belül. Ennek azonban két elengedhetetlen tényezője van: a beteg és az orvos szilárd és abszolút meggyőződése a „gyógyulás” lehetőségéről.

* * *

A tünetek megszüntetése után az atrophíák rohamosan kezdenek visszafejlődni. Ennek igazolására legyen szabad egyik legsúlyosabb betegem képeinek megfigyelését ajánlanom. (5. ábra.)

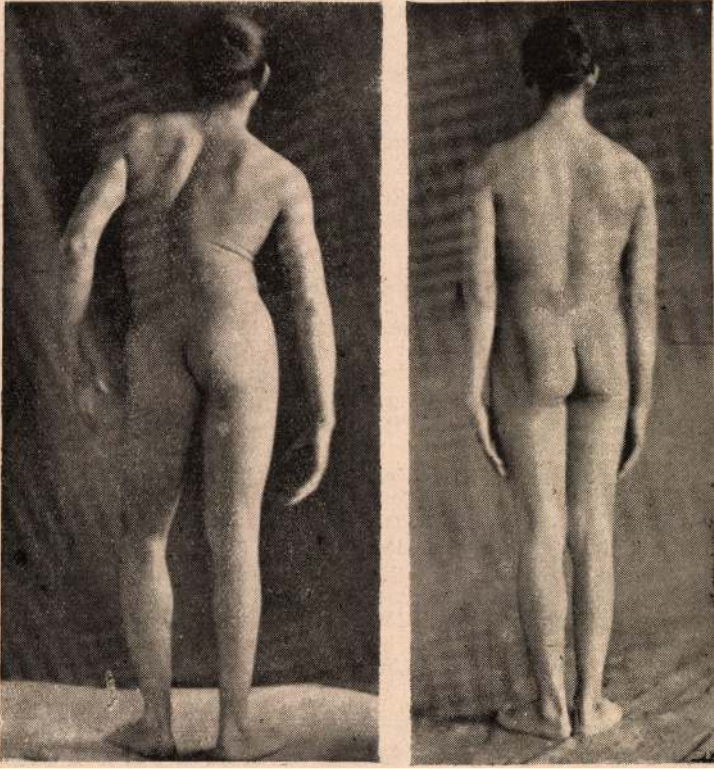


Ötödik ábra. Kezelés előtt. Kezelés után 4 hónappal.

Gránátlégnymástól megbetegedett 21 éves fiatalember-ről van szó, a ki a fronton 2 hónapot töltött. Eszméletének elvesztésével kezdődött a betegsége, a mi után 5 napig néma és másfél hónapig járásképtelen volt. Összesen 8 hónapja beteg, ezen idő alatt, dacára annak, hogy bot segítségével járdogált is, jobb felső és bal alsó végtagja jelentékenyen atrophias lett. A kar a válltól, az alsó végtag pedig a lágyékhajlattól lefelé érintéssel szemben érzéstelen és fájdalommal, valamint hővel szemben csökkent érzékenységgel volt. A beteg kéz és láb hideg tapintatú, cyanosisos, villanyos ingerlékenysége csökkent, elfajulási reactio nélkül. A bénult tagokon alig kiváltható reflexek. A feje, kézi erővel le nem győzhető torticollis miatt, oldalt fixált. A légvételek alkalmával messzire hallhatóan sipolt, egész tüdeje felett asthmára jellegzetes légzés-eltérés volt hallható. Nagyobb akaratot a gyógyulásra emberen még nem láttam, mint e fiún. Egyike volt azoknak, kiket az első között gyógyítottam meg. Eleinte természetesen beteg alsó végtagját csak vonszolva, az atrophíának megfelelően halad előre. Pár nap múlva járása a normalishoz közeledik. Az atrophia visszafejlődését láthatjuk a második képen, a mely a kezelés után négy hónappal készült, a miből három hónapot családja körében, könnyebb munkát végezve, töltött; már alig van számba vehető atrophia.

Hasonlóképpen jelentékeny inaktivitások atrophíát mutat a 6. képpár. Hosszabb ideig vízben való állástól egy év óta beteg katonáról van szó, a ki a gerincoszlop és a medenceövé elferdülésének elég ritka képét mutatja. Járáskor kizárólag

bal alsó végtagját használta, azon ugorva szinte groteszknak tetszett a sokféle irányban elgörbült ember, a mint jobb alsó végtagját, a mely egészen merev és anaesthesiás volt, mint valami élettelen tárgyat lendítette előre. A második képen rögtön a kezelés után kiegyenesedve láthatjuk és itt különösen jól vehető ki a jobb alsó végtag megvékonyodása. Hónapok múltán ez a vékonyodás is tűnőben van.



Hatodik ábra.

Kezelés előtt.

Kezelés után.

Ugy rajta, valamint minden esetben, a hol a kezelés előtt anaesthesia volt jelen, ez a kezelés után rögtön megszűnt, a mint arra már első közleményemben felhívtam a figyelmet.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Tomor: Neubegründung der Bevölkerungspolitik.

Würzburg, Kabitzsch, 1918. 115 l. 8^o. Ára 3 márka.

A népességgazdasági vezesse és szabályozza állami és társadalmi úton a nemi életet, és tekintve, hogy ez biológiai folyamat, következik, hogy gazdasági-politikai módszerekkel lehet ugyan elérni valamit, de a kérdést alaposan megoldani csak természettudományi-biológiai alapon lehet. Ez *Tomor* könyvének helyes alapgondolata. Akár a szülések számát akarjuk szaporítani, akár a nemi bajokat akarjuk korlátozni, vagy a gyermekhalandóságot csökkenteni, közös sarkpont az a hiba, hogy a nemi érettség beálltakor ma nincs megadva a házasság lehetősége. Ebből a szempontból a szerző megfelelő reformokat kíván a katonaszolgálatban, a gyám- és minősítési törvényben és a tanítás rendszerében abban az irányban, hogy a házasságok korán, jobban mondva idejében legyenek köthetők. Ha mindez keresztülvihető lesz és kell, hogy keresztülvihető legyen, valóban nagy javulást várhatunk *Tomor* ajánlataitól. Magam más szempontból a középiskolának 2 évvel való megkurtítását ajánlottam és ezt az itt megbeszélte céljából is jónak tartanám.

Mint pszichológiai indítópontot a szülések korlátozásá-

ban *Tomor* a felsőbb körökből jövő szuggerálást említi. Van még egy pszichológiai pont, a mit az érdeklődők figyelmébe ajánlok. Ez az, hogy némi korlátozással (martiromság, mystika) a fájdalomtól való menekülésnek az ösztönök harcában elsőbbsége van mások felett. A fogamzaskor az anyaság után való vágy segíti legyőzni a szülőfájdalomtól való félelmet, de ha az 1—2 gyermekkel kielégült, a fájdalomtól való menekülés jogaiba lép és mihelyt az asszony veszedelmetlen módját megismeri, követeli a szülés korlátozását a férj akarata ellenére is, még pedig tapasztalásom szerint akkor is, ha 16—18 évvel kötött házasságot.

Kétségtelen, hogy *Tomor*-nak igaza van, ha azt követeli, hogy a házasság korai legyen, és hogy ennek lehetőségét meg kell adni, de a fájdalomtól való menekülés motivuma még célszerűvé tenné olyan általánossággal, a milyennel az kivihető, a szülésben olyan fájdalomcsillapító eljárást, illetve altatást találni, a mely az anyára és gyermekére semmi bajt nem hozhat. Ezt részletesebben egyebütt fejtem ki.

Tomor könyvét az érdeklődőknek igen ajánlom, és ki ne érdeklődnék ezek iránt a legfontosabb kérdések iránt, a melyek a fajok harcában és így nemzetünk fennmaradásában is döntők.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Sebészet.

Sequestrotomia után visszamaradt csontüregeknek paraffinnal való gyógykezelését ajánlja *A. Kapelusch* és *O. Straeker*. A csonttörések utáni sipolyjáratok gyökeres műtéte gyakran jelentékeny anyaghiánnyal jár. E csontüregeknek lassú gyógyulása régen ismeretes, miért is több eljárást ajánlottak a gyógyulás siettetésére. Rendszerint a bőrsébet elzárják és a csontüreg az azon keresztül drainezik, mások idegen testekkel igyekeznek a sarjadzást előmozdítani, így catgut, Mosetig-plombbal. *Hildebrand* azt ajánlja, hogy a csontot vesszük keresztül, hogy a lágyrészek belesarjadzzanak a csontüregbe. Legújabb *Finsterer*, *Moskovicz* és mások „élő tamponok” alkalmazásától láttak jó eredményt. Mindez eljárásoknak megvan a maguk előnye, de hátránya is. Ha a csont sebületét tamponaddal kezeljük, ez gyakran okoz retentiót, másrészt a folytonos kötésváltás fájdalommal jár. Idegen testek vagy izom- és zsírszövet használata után a begyógyult bőrseb alatt tályog képződhetik. A szerző paraffinnal végzett gyógykezelése révén nyert tapasztalatából úgy látja, hogy e methodus a többi előnyeit egyesíti. A gyógykezelést olyképpen végzi, hogy a csontüregbe paraffint önt, a melynek megkeményedése után a felületet vaselinnel keni be, hogy a kötszer odatapadását megakadályozza. A kötést az első héten naponként megújítja, később 3—6 napi időközben. A paraffint 5—8 napig a sebületen hagyja, majd előzetes fürdő után eltávolítja és egy nappal később friss paraffint helyez a sebbe. A csontür ily eljárás mellett 6—8 hét alatt kitelődik, a sarjadzás egyenletesen a mélyből a felület felé történik, sipolyok nem maradnak vissza. A secretio igen gyorsan csökken, a váladék bűzös szaga eltűnik, a mi azt mutatja, hogy a sebnek drainezését a paraffin nem akadályozza. A hatás mechanikai okra vezethető vissza, a mennyiben a paraffin a sarjszövetet izgatja és növekedését így előmozdítja. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 15. szám.)

Ifj. Hahn Dezső dr.

Szülészeti és nőorvostan.

A placenta-leválasztásnak Gabaston ajánlotta módszerét ismerteti *Rukop* (Berlin). E módszer segítségével az erősen tapadó placentának kézzel való leválasztását 2—3%-ról 1½%-ra csökkentette eddigéig. Az eljárás abból áll, hogy a méh falán tapadó placentát a köldökzsinór egyik vénáján át steril physiologiai konyhasó-oldattal ad maximum megduzzasztják. (Valószínűleg a Credé-fogást is alkalmazzák egyidejűleg. Ref.) Az eljárás a tökéletes asepsis szem előtt tar-

tásával igen egyszerű: ferdevégű kanült teszünk az egyik köldökvenába és 2—300 cm³ steril physiologiai konyhasó-oldatot sajtolunk így a placéntába. Ha az oldat a hüvelyen át visszafolyik, a mi cotyledo-repesztés folytán lehetséges, még többet fecskendünk be. A légembolia veszélye jelentéktelen. (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, 47. kötet, 2. füzet.)

E közlés kapcsán *B. J. Schultze* (Jena) rövid cikket közöl, melyben egy 1864. évi demonstrációját hozza emlékeztetünkbe: Frissen, spontan született placéntát méh-felszínével felfelé lapos táblán helyezett el és a köldökzsinór egyik tatóngó venájába langyos tejet fecskendezett. A mint a magzati érrendszer telődött, a rátapadt uterinalis venacsónkokból kifolyt a bennük levő vér, de a placéntából egy csepp tej sem buggyant ki. Az egyes cotyledókat szétválasztva, sehol egy csepp tej sem folyt ki. Csak ha túlsok tejet sajtol be, sikerült itt-ott egy-egy placentalis véreter széjjelszakítania. Ha azonban egy cotyledóra rámetesztett, rögtön kibuggyant a tej. A méh falán tapadó placenta ily befecskendezés által megduzzadva, az anyai érrendszerrel compressio által vérteleníti, ha pedig a placenta már levált, hasonlóan erősen nyomja a méh falát. Továbbá nemcsak a placenta vastagsága, hanem a terjedelme is bővül, eltolódásokat hoz létre, melyek alkalmasak lehetnek lazább adhaesiók szétválasztására. Végül a placenta tetemes megnagyobbodása a méhet erősebb működésre bírja s ha szükséges, a *Credé*-re kész sajtoló kéznek nagyon alkalmas támaszpontot nyújthat. *Schultze* szerint használandó oldatnak legjobb a steril physiologiai konyhasóoldat; földolog, hogy sokat fecskendezünk be. (Zentralblatt für Gynaekologie, 1918, 19. szám.)

Sz. F.

Gyermekorvostan.

A szülés alatt történő bujakóros fertőzésről ír *Pfizer* (München). *Rietschel* 1909-ben magyarázatát adta ama feltűnő tapasztalatnak, hogy bujakóros anyák gyermekei, a kik látszólag egészségesen születtek, csak bizonyos idő múlva mutatnak tüneteket, főleg a köztakarón és a nyálkahártyákon. Szerinte ennek az az oka, hogy a fertőzés a szülés alatt történik a vírusnak az anyáról a gyermekre diaplacentalis átjutása útján. Ezen fertőzésmód gümőkór esetében nagyon valószínű és *Rietschel* szerint bujakórban is fennforog. A tünetmentesség szerinte a lappangási időszaknak felel meg, s ezért növekedik hirtelen jelentősen az esetek százalékos számaránya a 4—6. élethétben. A szerző ezért vizsgálta, hogy vajon ezt a *Rietschel* által jelzett megnövekedést csakugyan lehet-e észlelni, mert ez igazolná egyszerűsítve a *Rietschel* elméletét. A müncheni gyermekklinika szülészeti osztálya 120 eset azonban azt mutatta, hogy az esetek százalékos számának ilyen hirtelen megnövekedését ebben az időpontban nem lehet észlelni. Mások (*Finkelstein*, *Rosen*, *Kassowitz*, *Hochsinger*, stb.) is végeztek ilyen irányú vizsgálódásokat és a szerzővel egyenlő eredményre jutottak. Mindez a *Rietschel*-féle hypothesis ellen szól. Még más észleleteket is felhoz ez ellen a szerző és kimutatja, hogy azok a megfigyelések, melyek *Rietschel*-t felvételére vezették, más magyarázatot is megengednek. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1918, 18. kötet, 1. füzet.)

Flesch.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Gázphlegmone eseteiben *Thies* az általános bódítás mellőzését ajánlja. Véleménye szerint úgy a chloroform, mint az aether károsan hatván bizonyos életfontos működésekre (vérkeringés, légzés), a melyek gázphlegmone eseteiben súlyosan károsítva vannak, érthető, hogy e két káros tényező együttműködése végzetes lehet; ha műtét alkalmával érzéstelenítésre van szükség, lehetőleg a magas vezetési anesthesiát avagy a lumbalis anaesthesiát válasszuk. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 24. szám.)

Lábizzadás ellen *Gerdeck* a jodtincturát sokkal jobbnak találta, mint a szokásos formalin-kezelést. Ezt főleg annak tulajdonítja, hogy a jod mélyebbre hat s így eléri a verejték-mirigyekben tanyázó bacteriumokat. Előnye az is, hogy nem okoz bőrbajt. Eleinte körülbelül egy héten át naponként kétszer, reggel és este ecseteltet a hivatalos jodtincturával, majd egy hétig naponként egyszer s azután 5%-os tincturával, míg a bőr eléggé megkeményedett. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 24. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918. 24. szám. *Sztanojevits Lázár*: Psychogen eredetű nézési associációs bénulásokról. *Rothbart László*: Coxa valga Röntgennel felismert esete.

Budapesti orvosi ujság, 1918. 25. szám. *Ács-Nagy István*: A haderő gümőkórelenes védekezése a világháború után.

Vegyes hírek.

A budapesti egyetem rectorává az 1918/9. tanévre *Moravcsik E. Emil* tanárt, az orvosi kar dékánjává *Krompecher Ödön* tanárt, jegyzőjévé *Kenyeres Balázs* tanárt választották.

Kinevezés. *Szendró János* dr.-t Nógrád vármegye tiszteletbeli főorvosává, *Takács József* dr. csepregi községi orvost tiszteletbeli járás-orvossá nevezték ki.

Személyi hírek külföldről. A strassburgi egyetem gyógyszer-tani tanszékét *H. Matthes*, eddig jenai tanár foglalja el. — *F. Lewandowsky* dr.-t, a baseli egyetem bőrkórtani intézetének igazgatóját, rendk. tanárból rendes tanárrá léptették elő.

Meghalt. *Deák Sándor* dr., a marosvásárhelyi állami kórház főorvosa, 44 éves korában június 11.-én. — *C. Forlanini* tanár, a bel-orvostan tanára Paviában, a tüdővész pneumothorax-os kezelésének a megalapítója, 71 éves korában. — *S. Pozzi*, a párisi orvosi fakultáson a nőorvostan tanára. A nagy hírű nőorvost a lapok híradása szerint rendelésén egy órált lőtte le.

Fővárosi Fásor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályokkal kibővítve.

Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15—26.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete
:: újonnan kibővítve ::
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkészlések, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. 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.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Vízgyógyintézet, gyögmecanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

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

TÁTRA-SZANATORIUM Ótátrafüreden.

Diaetás-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegségek (cukor-baj, közsvény), neurastheniások, vérégyenlők, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva.
Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.)
Telefon. Iroda: József 91—47. Telefon. Orvosok: József 95—08.
Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.

Szabad orvosválasztás.
RÖNTGEN. RADIUM-KEZELÉS.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (II. bemutató ülés 1918 január 20.-án.) 349—350. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató szakülés, 1918 január 20.-án.)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Szinnyei József.

Törpenövés esete dystrophia adiposogenitalissal.

Schöngut Ernő: Dieballa főorvos szent. István-kórházi osztályáról 17 éves leányt mutat be, aki csak 120 cm. magas. Csontrendszerén semmi részaránytalanúság nincs. Feltűnően zsírpárnázott nates, mons Veneris, emlők, a külső nemi szervek hypoplasiájával, a belső nemi szervek aplasiájával és a másodlagos nemi jellegek teljes hiányával. Havibaj még nem jelentkezett. A test méretei infantilisak; a csontmagvak kialakulása rendes, az epiphysis-vonalak záródása még nem teljes. A szemfenék ép. A jobb szemén macula corneae e keratitide parenchymatosa. Az intelligenciában semmi defectus, IV. polgárba jár; a kedélyi sphaerában infantilis vonások. A Wassermann-reactio positiv.

A tünetek mindenben adiposogenitalis dystrophia mellett szólnak. Röntgen-lelet: a sella turcicán mérsékelt atrophia, a hypophysis daganataira jellemző változások azonban nincsenek, de ez nem szól feltétlenül a hypophysis sértetlen volta mellett. Az irodalmi adatok szerint gumma, tuberculum vagy a vérmirigyek sclerosisos elváltozásai jelen lehetnek anélkül, hogy a csontos környezetben következményes elváltozások volnának. Esetükben a kórbonczati folyamatot, amely a hypophysis elváltozásaira, functionalis zavaraira vezetett, biztossággal nem állapíthatók meg, de, tekintve a lues congenita mellett szóló keratitis parenchymatosa mély corneahomályokat, valamint az erősen positiv Wassermann-reactiót, azt gondolják, hogy valószínűleg még a kora gyermekkorban a hypophysisben valami lueses folyamat, talán gumma zajlott le és súlyos működéskiesésre vezetett anélkül, hogy a sella turcicát elváltoztatta volna. A megbetegedés színhelyét Paulesco, Cushing, Biedl, Aschner vizsgálatai a hypophysis elülső lebenyére helyezik. Differentialis diagnosis teendő a valódi törpeség, a thyreoidea működés-zavarából eredő törpe növés között, továbbá az ivarmirigyek működés-zavarából létrejövő adiposogenitalis dystrophia, végül az infantilismus állapotok között.

Hann Fanny: 1916-ban Erdheim nanosomia pituitaria négy esetét közölte, ez esetek közül csak egy járt a dystrophia adiposogenitalis körképével s ez esetben a hypophysistumor, úgy mint a többi esetben, u. n. „Hypophysengangrester“-ből indult ki, kiemelkedett a sella turcicából s az agyalapot nyomva idézte elő a dystrophia adiposogenitalis körképét. Valószínűleg a bemutató esetében is a törpeséggel kapcsolatos adipositást a sella turcicából az agyalap felé emelkedő daganat idézi elő. E föltevés mellett szól az a körülmény, hogy a sella turcica a Röntgenképen nem mutat elváltozást.

Scipiades Elemér: A mi a kórjelzést illeti, az előadással egyetért, ellenben a milieut illetően, amelybe a bemutató a törpeségek különböző fajtái közé beállítja, a saját és a bemutató felfogása nem fedi egymást. A bemutató a petefészek hatásából kifolyólag csak hosszúnövésről tesz említést, pedig van a petefészek hypofunctiójából eredő törpeség is: ez a mongoloid idiotismus, melyet a pajzsmirigy hatásával is összefüggésbe hoztak, s a mely törpeségre jellemző, hogy intrauterinális származású, az orrhat besüppedésével, a kutacsák és varratok nyitvamaradásával, az intelligencia zavarával, apathiával, álmosággal stb. jár együtt. A törpeségek második csoportját alkotják a thyreoideás származású törpeségek. Ezek lehetnek primordialisak és infantilisak, a szerint, hogy a myxoedema oka veleszületett-e vagy később keletkezett. Az ilyen törpeségek mindegyikére jellemző a cretinismus és a bőrnek bizonyos jellemző elváltozása. A törpeségek harmadik csoportját alkotják a hypophysaer törpeségek. Ezek szintén primordialisak, ha a törpeséget okozó hypophysis-elváltozás veleszületett, vagy infantilisak, ha később keletkezett. Az első esetben az egyén kicsire terveződik, de növekedése teljesen befejeződik, a másik esetben ellenben a növekedés normalisan indul, de a gyermekkorban hirtelen megáll.

Az eddig említett törpeségek mind igaziak és proportionalisak.

Van még a törpeségnek egy látszólagos fajtája és ez a mikromelia, amely nem részarányos törpeség, hanem a végtagok rövidegének alapszik a törzs normalis fejlettsége mellett, mely utóbbin legfeljebb következményes rachitises elváltozások lehetnek még jelen. Ez utóbbi veleszületett törpeképződések intrauterinális chondrodystrophiának, extrauterinális peri- és endostalis betegségeknek, avagy luesből, még gyakrabban rachitisből keletkező végtagtöréseknek vagy elgörbüléseknek a következményei.

A mondottakból világos, hogy miután a bemutatót esetben részarányos törpeség van jelen az intelligencia nagyobb zavara nélkül, csak hypophysaer törpeségről lehet szó.

Különbség van a szóló és a bemutató felfogása között a betegség localisatióját illetően is. A bemutató ugyanis egyszerűen a hypophysis elváltozásainak tulajdonítja a bajt, nem differenciálva e szerv különböző lebenyeit.

Már pedig éppen az előtte szólo utalt arra, hogy törpeség fennállhat dystrophia adiposogenitalis nélkül is; újabb vizsgálatokból pedig tudjuk, hogy a hypophysis elülső lebenye a növekedéssel, középső lebenye pedig a genitális és anyagcsereváltozásokkal áll vonatkozásban, s az elsőnek hypofunctiója törpeséget, a másodiknak csökkent működése pedig a genitális hiányos fejlettségét, a petefészek fejletlenségét, bennök a primordialis tüszők hiányát, a hajnak és a körmöknek bizonyos elváltozásait, csökkent oxygenszükségletet, fokozott zsírfelraktározást — kivált a hasi oldalon — s fokozott cukortoleranciát okoz. Felfogása szerint tehát két jelenség áll fenn a bemutatót egyénen: egyrészt törpeség a hypophysis elülső lebenyének hypofunctiója folytán, másrészt dystrophia adiposogenitalis a pars intermedia hypofunctiója következtében. Sőt, minthogy a hypophysis utolsó lebenye közömbös gliaszövet, feltételezzük, hogy ez esetben az egész hypophysis megkisebbedett, zsugorodott ama congenitalis vagy szerzett lues folytán, melyet a érvizsgálattal meg lehetett állapítani.

Szontágh Félix: Kérde, hogy a lues congenita tardának van-e valami jele a fül és a fogazat részéről.

Schöngut Ernő: Szerzett luesről van szó, a mennyiben dajkától kapta. Hogy felfelé növe daganattal volna dolgunk, ennek ellene szól az agynyomás tüneteinek hiánya; inkább valami zsugorodó hypophysis-folyamattal állhatunk szemközt, a mint Scipiades gondolja és a mint a szólo is említette.

Rák és terhesség esete.

Bleier Géza: A rák a terhességnek igen ritka és súlyos szövődménye. Különböző összeállítások szerint körülbelül 2000 szülésre esik 1 rák. A Bakács-téri szülészeti és nőgyógyászati kórházban 6500 szülésre 3 carcinomás szülés esett.

E 3 közül a legutolsó, a mely a bemutatás tárgya, 38 éves V. p., ki öt hónapja terhes. Kezdődő rákos burjánzás a portio külső falán. Wertheim szerint végeztek abdominalis teljes kiirtást a méh megnyitása nélkül. A beteg láztalanul gyógyult; 14 nap múlva egészségesen távozott.

Úgy a rák a terhességet, mint a terhesség a rákot igen kedvezőtlenül befolyásolja. Egyrészt a rákos folyamat a felpuhult terhes szövetben a tárgult nyirokutak és vérerek mentén gyorsan terjed, másrészt a daganatnak a szülést akadályozó szerepe lép előtérbe, vagy a szülés alatt és különösen a gyermekágyban súlyos fertőzések támadhatnak.

Mindezekért legajánlatosabb a sürgős és gyökeres műtét.

Scipiades Elemér: Tapasztalása körülbelül 10—12 terhességgel szövődött carcinoma-esetre szorítkozik a II. női klinika történetének utolsó 18 esztendejéből. Látszólag nem sok ez, azonban ha halljuk a bemutató számadatait e szövődmény gyakoriságáról, s ha megemlítjük, hogy Küstner-nek is, a ki e szövődményt a Doederlein-féle szülészeti legújabb kiadásában megírta, csupán 7 császármetszés-esetet volt alkalma ilyen okból végezni, aránylag elég nagyra mondható a tapasztalása.

A szólo a terhességnek corpus-carcinomával való szövődését egy

esetben sem látta, mint ahogy eddig még egyáltalán nincs bizonyítva, hogy terhesség corpus-carcinomával egyáltalán szövődhetik.

Összes tapasztalásai collum-carcinomákra vonatkoznak; ezek között sem látott egy olyan esetet sem, melyben a carcinoma abszolút születési akadály vagy inoperabilis lett volna. Így tudja megérteni Küstner-nek azt a mondását, hogy el sem tud képzelni olyan carcinoma-esetet, mely, ha a méh terhességi reakcióra még hajlamos volt, nem volna kivethető.

Úgy látszik tehát, hogy a terhességgel szövődött carcinoma-esetek a kivethető collum-carcinomák közül rekrutálódnak.

Ezeknek a therapiája pedig a főprincipiumban annyira kiforrott, hogy sok újat ma már nem igen lehet mondani, mert a tétel úgy szól, hogy a carcinomával szövődött terhes méhet ki kell venni, mihelyt a diagnózisban megállapodtunk, még pedig, ha lehet, kitolva, ha pedig nem lehet, vagy nem szabad, valami más módon végzett kiürítése után.

Hogy mégis hozzászól az esethez, teszi azért, mert azok az irányelvek, melyeket a terhességgel nem szövődött rákok operálása módjára helyesebbé szögezett le, nem fedik egészen azokat az irányelveket, melyeket olyankor követ, amikor terhességgel való szövődés forog fenn.

Ez egyesületben a vezetése alatt álló osztályról történt egy bemutatás alkalmából ugyanis hangsúlyozta, hogy ma, mikor már megtanultuk, hogy a carcinoma gyökeres vaginalis és abdominalis operálásainak végleges abszolút eredményei között már alig van különbség és a prophylaxisos utókezelések ezen különbségek elosztását is kilátásba helyezik a recidívák okainak csökkenésével, azt az elvet véli helyesnek, hogy a collum-carcinomák közül azokat, a melyeket lehet, főként az I. fokban operabilisakat, per vaginam operálja, vagyis jóformán úgy mondhatja, hogy az abdominalis utat csupán az operabilitas kiterjesztése érdekében használja.

Ezzel ellentétben terhességgel való szövődés esetén mindig az abdominalis utat ajánlja. Mig ugyanis a Schauta-műtétnél éppen a kezdeti phasis a legvéresebb, addig a Wertheim-műtétnél az utolsó phasis az, a mi terhesség mellett nagyon fontos, mert a vérékenység is nagyobb, meg a méh kiürítése is vérzéssel jár. Schauta-műtét esetén a kezdeti intenzív vérzés után kell a betegnek még az egész műtétet kiállania, míg Wertheim-műtét esetén a műtét legnagyobb részén túl van már a beteg, mikor a rövid, de nagyobb vérzéssel járó műteti phasisra kerül a sor, miért is ez utóbbinál úgy a maga, mint a mások tapasztalatai szerint sokkal kevesebb beteg esik a műtétnek áldozatul. Ehhez járul még, hogy a terhes állapot a Wertheim-műtétnél a praeparálást is nagyon megkönnyíti.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3928/1918. sz.

A Somogy vármegye tabi járásában nyugdíjazás következtében megüresedett ádándi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz Ádánd székhelyen kívül (a mely vasúti állomás is) a következő 9 község tartozik: Kiliti, Ságvár, Nyim, Ádánd, Jut, Városhidvég, Faluhidvég, Szabadhegy, Nagyberény, Som, az 1910. népszámlálás szerint összesen 11.114 lakossal, a kik valamennyien magyar anyanyelvűek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, 600

korona lakbér, 900 korona fuvarátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

Az orvosi körben levő több uradalommal szemben a javadalom szabad megegyezés tárgya.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ban előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi július hó 25.-éig adják be; elkészett vagy kelőlen fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszek.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

T a b, 1918 június 13.

A főszolgabíró.

4394/1918.

Borsod vármegye mezőkövesdi járásához tartozó — más helyre történt megválasztás folytán megüresedett — mezőkeresztesi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz a székhelyen kívül Szentistván, Keresztespüspöki, Gelej és Nagymihály községek tartoznak. A kör székhelyén gyógyszertár van.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, négy a nyugdíjba beszámító 200—200 koronás öt-öt éves korpótlék, 600 korona lakbér, 750 korona fuvarátalány és a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási stb. díjak.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-ában előírt képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hivatalomhoz legkésőbb 1918. évi július hó 15.-éig adják be. Később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek. A választást Mezőkeresztes községében július hó 17.-én délelőtt 1/10 órakor fogom megtartani. A megválasztott körorvos állását 1918 augusztus 1.-én elfoglalni köteles.

Mezőkövesd, 1918 június 10.

Maklár Dezső, h. főszolgabíró.

Orvos keres

lehetőleg állandó állást sanatoriumban vagy fürdőhelyen. Négy évi sebészeti, szülészeti s kórházi praxisa van, jártas radiológiában s belgyógyászatban.

Szíves meghívást „állandó” jellegre Győri és Nagy hirdető irodába, VII., Kertész-utca 16. szám alá kér.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézete Balf gyógyfürdőben, Sopron mellett. A nm. m. kir. belügyministerium

121,038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egy napra (havonként előre fizetendő) I. oszt. 12 korona; a II. oszt. 8 korona; a III. oszt. 6 korona. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. számú rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyministeriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös római gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjection.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

Nem Jod, — hanem PROVIDOFORM-TINKTURA a legjobb!

Méregtelen, szín- és szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva, legerősebb desinficiens.

Providoform Prof. Dr. Beechhold szerint (Kir. intézet kísérleti therapia számára, Frankfurt a. M.)

Tablettákban 10 drb á 1 gr. K 2.—.

Nagyobb szükséglet és közvetlen szállítás esetén előnyárak.

Irodalom rendelkezésre.

T H. L I N D N E R, Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.

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 KÖZLÉSEK.

Jancsó Miklós: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tudomány-egyetem belgyógyászati klinikájáról. Az anopheles és az ember malariás fertőzését befolyásoló körülményekre vonatkozó kísérletes vizsgálatok. 351. lap.

Falta Marczel: Új objectív módszer a sükettség és nehézhallás megállapítására. 355. lap.

Gonda Viktor: A háború okozta traumás neurosis gyógyítása. 356. lap.

Györy Tibor: Semmelweis működése a Szent Rókus-kórházban. 359. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Brugsch: A constitutio és a fertőzés. —

Sebészet. Habs: A nyitott sebkezelés. — Venerás betegségek. Fred Wise: A congenitalis syphilis prognosisa és modern kezelése. 360—362. lap.

Magyar orvosi irodalom. 361. lap.

Vegyes hírek. 362. lap.

Tudományos Társulatok. 363—364. lap.

Semmelweis Ignác.

Július 1.-én lesz száz éve, hogy Budán, a Tabánnak egy igénytelen polgári házában megszületett *Semmelweis*-ünk. Német eredésű és anyanyelvű családból származott, de ez a föld szülte őt, itt nevedett, még orvosi tanulmányainak egy részét is itt végezte s ő maga és egész családja is magyarnak érezte magát s a magyarsághoz híven ragaszkodott. Bécsben, hol orvosi tanulmányait bevégezte s hol világra szóló nagy felfedezése megfogant lelkében, nem találta meg a kellő talajt eszméinek a hirdetésére s ezért korán hazatért s itt megtalálta mindazt, a mit kívánt: megértő, őt küzdelmében támogató híveket, hű barátokat, lelkes tanítványokat, megbecsülést, sikereket. Itt töltötte élte javarészét, itt tanított, kutatót, küzdött, itt halt meg és itt aluszsza örök álmát. Itt hirdeti szobor és emléktábla az ő nagy dicsőségét, itt él az ő emléke leg-
elevenebben az utódok lelkében. Méltán nevezhetjük őt a magunkénak s méltán kérhetünk magunknak is részt abból a fényből, a mi nevéből szétárad.

Mély megilletődéssel áldozunk ma emlékének, midőn először ünnepli az emberiség születésének századik évfordulóját. A halál nagy aratása, az elvakult emberiség szörnyű véráldozatai közt jól esik tekintetünket ama nagy férfi felé fordítani, a ki szembeszállt a halállal, a ki millió és millió emberélet megmentőjévé lett. Hirdesse toll, virág és szónoklat e napon, hogy száz éve múlt, hogy a sors megajándékozta az emberiséget ezzel a nagy magyar orvossal, az emberiség egyik legnagyobb jótevőjével.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tudomány-egyetem belgyógyászati klinikájáról.

Az anopheles és az ember malariás fertőzését befolyásoló körülményekre vonatkozó kísérletes vizsgálatok.

Irta: Jancsó Miklós dr., egyetemi tanár.

A most dúló világháború ismét reáirányította a figyelmet a malariára, a mely a déli harcstereneken olyan méretekben jelentkezett az egymás ellen küzdő hadseregekben, hogy megfékezésétől függött azok fennmaradásának lehetősége.

Az erre irányuló törekvések ismét felszínre vetették a malariára vonatkozó ismereteink számos, még megoldásra váró kérdését. E kérdések közül két olyan, mely kísérletileg a legnehezebben oldható meg, kíván foglalkozni ez a közlemény: az anopheles és az ember malariás fertőzését befolyásoló körülményekkel.

Az itt közlendők végső conclusiói egy nagyobb kísér-

leti munkának, a mely a sajtó alatt levő „Szabó Dénes Emlékkönyv”-ben jelenik meg. E kísérletek végső eredménye anopheleseken 53 malariás egyéntől 104 kísérleti sorozatban végzett fertőzési kísérletekből és 68 egyéni anophelesek útján végzett inoculatio-kísérletekből szüretett le.

Plasmodiumfajok szerint e kísérletek a következőleg oszlanak meg:

Fertőzési kísérletek tertiana-plasmodiumokkal: 18 váltóláz egyéntől 22 sorozatban fertőzünk anopheleseket.

Inoculatiót fertőzött anophelesekkel 22 egyéni kísér-
lünk meg.

Fertőzési kísérletek quartana-plasmodiumokkal: 13 malariástól 18 sorozatban fertőzünk anopheleseket.

Inoculatio-kísérletet 3 egyéni végzünk.

Fertőzési kísérletek praecox-plasmodiumokkal: 22 malariástól 64 sorozatban fertőzünk anopheleseket.

Inoculatio-kísérletet 43 egyéni végzünk fertőzött anophelesekkel.

E dolgozat azon kísérletek alapján állítatott össze, a melyek 5 év alatt (1901—1905. évek) végeztek; akkor, a mikor a malaria-endemia Kolozsvárt már kialvóban volt.

Tertiana-plasmodiumokra vonatkozó kísérleteink eredményei.

Tertiana-plasmodiumokkal fertőzött 18 egyéntől kísérletünk meg anophelesek fertőzni. Negatív eredményt 9 egyéntől 10 kísérletben kapunk, azonban tulajdonképpen csak 6 egyéntől nem sikerült az anophelesek fertőzése, 12 egyéntől sikerült.

a) Negatív eredményt kaptunk:

Ha a beteg vérének tüzetes vizsgálatakor egyáltalában nem sikerült abban gametákat találni.

Ha tertiana-gametákat tartalmazó vér szívása után az anophelesek állandóan 16°-nál alacsonyabb hőfok mellett tartottuk.

Negatív eredményt akkor is kaptunk, mikor a beteg vérében sok tertiana-gametát találtunk, dacára annak, hogy az anophelesek vérszívás után hőoptimumon tartottuk.

b) Positív eredményt kaptunk:

Ellentétben az előbbivel, megtörtént, hogy egyetlen vérszívás alkalmával az összes vért szívó anophelesek — 22 — fertőzése létrejött.

Az anophelesek fertőzöttek tertiana-plasmodium-fertőzés következtében létrejött megbetegedés legelső rohama alkalmával is.

A fertőzés létrejött a roham előtt 5 órával, a roham alatt és a roham után órákkal történő vérszívások alkalmával is. Épp így fertőzöttek a vért szívó anophelesek típusos tertiana-hőmenet mellett, egy tertiana-plasmodium-generatio jelenlétében, rohammentes napon is, ha a vérben gameták voltak.

Positív eredményt kaptunk kísérleteinkben, ha az anophelesek vérszívás után 37°—16° C között tartattuk; csak-hogy 37°—35° C közötti hőmérsék mellett az anophelesek nehezen voltak eltarthatók, gyorsan elhullottak; 17° C-on aluli hőmérsék esetében pedig az ivaros generatio korcsosá fejlődött és a malaria propagálására alkalmas sporozoitisek fejlődése nem jött létre bennük.

A hőmérsék alacsonyabb fokai mellett a tertiana ivaros generatiója kifejlődésének ideje erősen meghosszabbodott:

30° mellett a 10. napon kész és kirepedt sporocystákat, fertőzött nyálmirigyeket találtunk.

24° mellett a 10. napon az anophelesekben szintén érett és kirepedt sporocysták voltak láthatók és a nyálmirigyek fertőzve voltak.

22°—20° között a 16. napon voltak teljesen megérve a sporocysták, de még a nyálmirigyeket nem találtuk fertőzötteknek s csak a 19. napon találtunk a gyomorban kirepedt tokokat és a nyálmirigyekben sporozoitiseket.

A 14. napon megkísérelt inoculatio megbetegedést nem eredményezett.

17°—15° között egy része a cystáknak degenerálódott, az 53. napon sem jött létre a nyálmirigyek fertőzöttsége; sőt úgy látszott, hogy az ilyen hőfok mellett eltartott anophelesek a tertiana malaria propagálására egyáltalán nem lesznek alkalmasak soha.

A vérszívás után azonnal 11° C-ra tett s 22 óra hosszáig e hőfokon tartott anophelesekben is kifejlődött a tertiana-plasmodium ivaros generatiója, ha azután hőoptimumon tartattak el.

Ha az ivaros generatio fejlődése magasabb hőmérséken egyszer már megindult és azután kerültek az anophelesek túl-alacsony, tehát 16°-nál alacsonyabb hőmérsékbe, a cysták bennük degenerálódtak s az ilyen anophelesek a tertiana malariát propagálni nem tudták.

A már egyszer fertőzött anophelesek új vérszívás alkalmával ismét fertőzhetők voltak tertiana-gametákkal.

Különböző helységekből: malaria-endemiával sújtottakból és attól mentesekből gyűjtött anophelesek a fertőződési viszonyok tekintetében egymástól eltérő magatartást nem mutattak.

Roham előtt per os adott chinin 1 gr.-ja után még 19 óra múlva is sikerült tertiana simplex hőmenetű betegről fertőzni az anophelesekkel.

Ha a vér a vérszívás alkalmával chinint tartalmazott, azért az ivaros generatio az anophelesben fejlődésbe fogott s zavartalanul kifejlődött még akkor is, ha az ilyen anophelesek többször is tápláltattak chinint tartalmazó vérral.

Az ily módon fertőzött és táplált anophelesek inoculatiója által propagált tertiana malaria chininállónak nem bizonyult.

Kísérleteinkben részint az anophelesek táplálása céljából, részint az inoculatio megkísérlésére 22 nem malariás egyént használtunk fel. Az inoculatio mindannyiszor nem sikerült, a hányszor az anophelesekben fejlődő tertiana-ivaros generatio kifejlődésében nem haladott előre annyira, hogy nyálmirigyek fertőzve lettek volna. Épp így nem sikerült a malaria propagálása, ha az ivaros generatio fejlődése 17° C-on aluli hőmérsék mellett ment végbe.

A tertiana malaria propagálása 1 esetben sikerült. Arra az egyénre, a kitől az itt felhasznált anophelesek fertőztettek, a váltóláz rohamok mindig a déli órákban jöttek. Vért ezek az anophelesek ettől az egyéntől reggel 9 órakor szívtak. Az inoculált egyénen az első hidegrázás déli 1 órakor jelentkezett.

Quartana-plasmodiumokra vonatkozó kísérleteink eredményei.

Quartana-plasmodiumok folytán létrejött fertőzésekben 13 egyéntől 18 kísérleti sorozatban végeztünk vizsgálatokat. Csupán 4 egyéntől sikerült 4 sorozatban anophelesek fertőznünk. E fertőzések 19°—24°-on jöttek létre és aránylag kevés cysta fejlődését észlelhettük.

Egyik esetünkben ugyanazon egyéntől a roham előtti napon sikerült fertőznünk anophelesekkel, más napokon ellenben ugyanilyen hőmérsék mellett nem, dacára annak, hogy a beteg vérében nagyszámú gameta volt.

20° C mellett a sporocysták teljes kifejlődése 3 hét alatt történt meg.

Inoculatiót 3 egyénen kíséreltünk meg:

Az elsőből 19°—20° mellett eltartott anophelesek a 15. napon szívnak vért. Hogy a 60 anopheles között, a melyek ekkor vért szívtak, fertőzött volt-e, azt nem tudjuk, mert sectiójuk alkalmával fertőzést bennük nem tudtunk megállapítani.

A 2. egyéntől 35° mellett élt anophelesek a 18. napon szívnak vért, ezek nincsenek fertőzve.

A 3.-tól 24° C mellett eltartott anophelesek a 11. napon szívnak vért, ezekben sem tudunk fertőzést megállapítani.

A 3 egyén közül egyik sem betegedett meg.

Praecox plasmodiumokra vonatkozó kísérleteink eredményei.

Praecox infectióban szenvedő 22 egyéntől 66 sorozatban végeztünk kísérleteket arra vonatkozólag, hogy milyen viszonyok befolyásolják az anopheles maculipennisben fejlődő ivaros generatio kifejlődését. Negatív eredményt 9 egyéntől 14 sorozatban kaptunk, azonban tulajdonképpen csak 4 egyéntől nem sikerült anophelesek fertőznünk, ezek közül is egyikben a vérben gameták nem voltak találhatók.

a) Negatív eredményt adó kísérleteinkből a következők derültek ki:

Nem sikerült az anophelesek fertőzése olyan esetben, a midőn annak az egyénnek a vérében, akitől az anophelesek vért szívtak, csupán a schizogoniához tartozó plasmodium-alakok voltak, ellenben gameták nem.

Nem fertőzöttek a vért szívó anophelesek akkor sem, ha praecox gametákat tartalmazó vér szívása után azonnal 18° C-nál alacsonyabb hőmérsékbe helyeztük és állandóan ilyen hőben tartottuk el.

Voltak olyan kísérleteink, a midőn a beteg vérében, a kitől az anophelesek vért szívtak, sok hím- és nőgameta volt

látható, akár annyi, hogy egy látótérben hármát is lehetett találni és himszálak kiképződését is lehetett észlelni, de azért az anophelesekben az ivaros generatio fejlődése mégsem indult meg, dacára annak, hogy azok a vérszívás után kellő hőmérséken tartattak el; aminek okát nem sikerült megtalálnunk. Néha egész sereg anopheles szívott vért egy egyénből, akinek vérében sok praecox gameta volt, de a hőoptimum mellett eltartva sem fertőződött egy sem és 2—3 nappal később eszközölt vérszívás alkalmával ugyanezek az anophelesek és mások erősen fertőződtek ugyanezen egyéntől.

A vérszívás utáni első órák hőmérséke nem birt különös fontossággal arra nézve, hogy az ivaros generatio fejlődése létrejőjön az anophelesben, avagy elmaradjon. Rövid ideig tartó, igen alacsony hőmérsék, a melyben az anophelesek vérszívás után voltak, nem akadályozhatta meg az ivaros generatio fejlődését; sokkal fontosabb jelentőségűnek bizonyult a további hőmérsék az ivaros generatio fejlődésére nézve.

b) *Positív eredményt adó többi vizsgálatunkból, tehát 18 egyéntől mintegy 50 fertőzési sorozatból a következő szabályszerűségek állapíthatók meg:*

A vért szívó anophelesek fertőződtek akkor is, ha a vér éppen első alkalommal tartalmazott gametákat, például a megbetegedés 6. napján.

A fertőzés létrejöttére az anophelesben avagy elmaradására semmi befolyással sem volt az, hogy az az egyén, a kitől a gametákat tartalmazó vért az anopheles szívta, éppen roham közben, annak melyik phasisában, avagy intervallumban volt-e, vagy a praecox-fertőzés rohammentes, lappangó időszakában.

A praecox plasmodium ivaros generatiójának kifejlődésére 18°—37° C közötti hőmérsék volt szükséges, ennél állandóan alacsonyabb hőmérsékben az nem fejlődött ki.

A vérszívás utáni első órákban igen alacsony, akár 0°-ig lemenő és akár 24 óráig eltartó hőmérsék dacára az ivaros generatio kifejlődött az anophelesben, ha ezt követőleg kellő hőmérsékhez jutott.

Az ivaros generatio kifejlődésének ideje praecox-fertőzésben főként a környező hőmérséktől függ:

35° C mellett a 8. napon a gyomorban kész sporocysták láthatók, a nyálmirigyek fertőzve vannak, de az inoculatio még nem sikerül.

30° C mellett a 10. napon a gyomorban kész sporocysták és a nyálmirigyek fertőzve találhatók; a 8. napon vérszívás alkalmával inoculatio még nem jön létre.

24° C mellett a 13. napon érett és kirepedt sporocystákat találunk, a nyálmirigyek fertőzve vannak.

24°—22° C mellett a 15. napon a gyomorban kész és már megrepedt sporocysták és a praecox malaria inoculatioja létrejön a vérszívás alkalmával.

20° C mellett a nyálmirigyek fertőzéséig 27—31 nap telik el és csak ekkor jön létre a malaria inoculatioja a vérszíváskor.

16°—17° C mellett 30 napig és ettől kezdve 22° C mellett tartott anophelesekben a 45. napon találunk csak nagy sporocystákat.

8°—10° C mellett fél napig és felváltva 30° C mellett fél napig tartott anophelesekben már a 14. napon kész sporocystákat találunk a gyomorban.

Ha egyszer az anophelesben kellő hőmérsék mellett a praecox plasmodium ivaros generatiójának fejlődése megindult, akkor hosszú ideig eltartó alacsony hőmérsék hátráltatta ugyan és károsan befolyásolta annak kifejlődését, de nem semmisítette meg s a praecox malaria propagálása megtörtént, ha az anopheles ismét magasabb hőmérsékbe került.

A már egyszer fertőzött anophelesek újra és újra fertőzhetők voltak következő vérszívások alkalmával és az újonfejlődésnek induló generatiók eltérő tulajdonságokat semmilyen sem mutattak.

Különböző vidékekről származó anophelesek a fertőződés tekintetében egymástól eltérő viszonyokat nem mutattak.

Évekre terjedő eme kísérleti vizsgálataink alatt semmi

olyan körülményt nem tapasztaltunk, a mi az anophelesek részéről fejlődő immunitas mellett látszott volna szólani.

Ismételt és ismételt nagy adag chinin adagolása a praecox gameták továbbfejlődését az anophelesben nem semmisítette meg, éppúgy nem a betegen eszközölt többszörös, huzamos Röntgen-besugárzás sem.

Az ivaros generatio fejlődése megindult az anophelesekben akkor is, ha a felszívott vér chinint tartalmazott; az ivaros generatio fejlődése zavartalanul folyt le s az anophelesek a praecox malariát propagálni képesek voltak, ha azok ismételt chinint tartalmazó vérral tápláltattak az ivaros generatio fejlődése alatt.

A malariás betegből vért szívó anophelesek mindaddig nem propagálták újabb vérszívás alkalmával a praecox malariát, a míg bennük az ivaros generatio fejlődése befejezve, nyálmirigyek sporozoitáikkal fertőzve nem voltak.

Experimentalison kimutatható volt egy időszak, a mikor az anopheles gyomrában már megérett és kifakadt sporocysták voltak láthatók és mégis az ilyen anopheles vérszívás alkalmával a praecox malariát nem propagálta; tehát a megrepedő tokokból kiáramló sporozoiták bizonyos idő eltelté után jutnak csak bele a nyálmirigyekbe.

43 inoculatio-kísérletünk közül sikerrel járt 19. Háromban a biztosan várható megbetegedést rendszeres chininadagolással elnyomtuk. 26 esetben az inoculatio-kísérlet praecox malariát nem eredményezett.

Ezekből az inoculatio-kísérletekből a következő eredmények vonhatók le:

35° C mellett tartott anopheles a 8. napon vérszívás alkalmával nem fertőződött.

30° C mellett tartott anophelesek 6 esetben a 10. napig (5., 6., 8., 9. és 10. napon) vérszívásuk alkalmával infectiót nem okoztak; ellenben a 12. naptól kezdve 3 esetben igen.

20°—24° C mellett tartott anophelesek a 15. naptól kezdve 5 esetben inoculálták a praecox malariát, az ötödik napon nem.

A 30° C mellett fertőzött, de azután állandóan 16° C mellett tartott anophelesek nem inoculálták a malariát még a 38. napon sem.

A 30° C mellett fertőzött és azután hosszabb időn át 16° C mellett tartott anophelesek propagálhatják a praecox malariát, ha azután 20° C-nál magasabb hőmérsékbe kerülnek (egyik esetben sikerült a praecox malaria inoculatioja a 44. napon, a másik esetben a 47. napon nem); csakhogy az az idő, a mely el kellett, hogy teljen, a míg az ilyen hőmérsék mellett eltartott anopheles fertőzőképes lett, nagyon hosszú volt (egyik esetben a 23. napon megkísérelt inoculatio még nem járt eredménnyel).

Naponkénti nagy hőingadozások igen kis mértékben késleltették, de nem akadályozták meg az anophelesben a praecox ivaros generatiójának a kifejlődését, sem fertőzőképességét az ivaros generatio végső termékeinek nem gyengítették; fél napig 20° C mellett és felváltva fél napig 8° C mellett tartott anophelesek a 16. napon nem propagálják a malariát; ellenben felváltva fél napig 30° C, félig pedig 8° C mellett tartottak szűrásaikkal bár a 12. napon nem, de a 18. napon fertőzést hoztak létre.

Az incubatio idejét 7 esetben figyelhattuk meg zavartalanul. E 7 esetből 1 esetben 7 nap, 1 esetben 9 nap, 3 esetben 10 nap és 2 esetben 11 nap volt az incubatio ideje; tehát 7 és 11 nap között változott az az idő, míg az első hidegrázás jelentkezett.

Az incubatio rövidebb vagy hosszabb volta nem függött a fertőzést létrehozó anophelesek számától. Inkább azt a benyomást tették reánk experimentalis inoculatioink, hogy a rövidebb vagy hosszabb incubatiót individualis körülmények hozzák létre: legrövidebb volt az incubatio két carcinoma ventriculiban szenvedő, elég kifejezett cachexiát mutató betegünkön.

Az incubatio ideje sem meg nem rövidült, sem meg nem nyúlt azáltal, ha az incubatio ideje alatt ismételt vérszívásokkal újra és újra inoculáltuk az illetőbe a praecoxfertőzést.

Az incubatio időtartama nem függött attól a körülménytől, hogy az anophelesekben, a melyekkel a praecox-fertőzés inoculáltatott, milyen hőmérsék mellett folyt le az ivaros generatio kifejlődése.

Ha valamely egyént olyan anopheles szúrt meg vérszívás alkalmával, a melynek nyálmirigyei praecox sporozoitisekkel fertőzve voltak, kivétel nélkül minden esetben létrejött a fertőzés bizonyos incubatio után, hacsak a chininnek rendszeres adagolásával el nem fojtatott. A kifejlődő megbetegedésben minden esetben praecox plasmodiumokat találtunk az inoculáltak vérében.

Az incubatio ideje alatt az inoculáltak teljesen jól érezték magukat.

Minden esetben, a melyben a hőmenet pontos hőmérőzéssel figyelemmel volt kísérhető az incubatio kezdetétől fogva, stadium prodromorum volt észlelhető: vagyis a megbetegedési tünetek nem kezdődtek jól kifejezett váltólázás rohammal, hanem az ilyen típusos rohamokat megelőzőleg 2—3 nappal enyhe subjectiv tünetekkel járó, kismértékű és rövid ideig tartó hőemelkedések voltak észlelhetők prodromalis szakképen. Ezek az enyhe, alig subfebrilis hőmérsékkel járó rohamok azután gyorsan avagy lassan súlyosbodtak; de mindegyik esetünkben jól lehetett észlelni azt, hogy a rohamok egy darabig minden tekintetben súlyosbodást mutatnak.

A váltólázás rohamoknak jelentkezési ideje az egyes napszakokban nem mutatott kísérleteinkben összefüggést sem azzal az időponttal, a melyben az illetőt inoculáltuk (így délelőtti inoculálton a rohamok este jöttek vagy éjjel és megfordítva), sem nem utánozták megjelenési idejüket az inoculált rohamjai annak a rohamjait, a kitől az anophelesek fertőztettek.

Észleléseink könnyen megérthető okokból nem alkalmasak arra, hogy azokból megítélhessük azt, hogy milyen összefüggés van egyfelől az inoculációt végző anophelesek száma és fertőzöttségi foka, tehát az általuk beoltott sporozoitisek száma, azon hőmérsék, a melyben az anophelesekben az ivaros generatio kifejlődött és másfelől a létrejött praecox malaria klinikai képe és súlyossága között; mert hiszen észleléseink csak töredékekre vonatkoznak: hosszabb ideig beavatkozás nélkül lefolyni az egyes létrehozott megbetegedéseket nem hagyhattuk. Tagadhatatlan az, hogy ha szembeállítjuk azon inoculáltjainkon észlelt megbetegedések kórlefolyását, a kikbe nagyobb számú fertőzött anopheles szúrása, többszöri ismétléssel, bizonyára nagyobb számú sporozoitist oltott be az inoculatio alkalmával, azokkal az inoculáltjainkkal, a kikbe csak egyetlen alkalommal kevés, avagy csak egyetlen anopheles szúrása oltott be bizonyára jóval kevesebb számú sporozoitist; azt a benyomást kapjuk, hogy nagyszámú fertőzött anopheles szúrása után a praecox malaria gyorsabban súlyosbodó és súlyosabb rohamokkal járó fertőzés klinikai képét nyújtja. Ezt azonban megcáfolja két más inoculatio-kísérletünk, a melyekben éppoly kevés számú anopheles szúrása inoculálta a praecox fertőzést, mint előbb említett eseteinkben és a megbetegedés súlyossága mégis olyan volt, mint a mely esetekben nagyszámú sporozoitist oltott be.

Hogy a kórlefolyás súlyossága nem függ attól a hőmérséktől, a melyen az ivaros generatio fejlődését végezte, kitűnik akkor, hogyha szembeállítjuk azon eseteinket, a melyekben az inoculációt végző anophelesek állandóan 30° C hőmérsék mellett, tehát hőoptimumon tartattak el, azokkal az eseteinkkel, a melyekben az inoculációt végző anophelesek igen alacsony hőmérséken, a kifejlődésre minimalisan alkalmas hőn tartattak állandóan; mert azt látjuk, hogy az inoculáltakon a kórlefolyás mégis egyenlően súlyos volt.

Egyugyanazon betegről fertőzött és egészen azonos hőmérsék és körülmények között eltartott anophelesek inoculációja folytán létrejött 9, úgyszólván experimentalis fertőzési esetünk, a melyekben az inoculációt egy, vagy legfeljebb két anopheles szúrása idézte elő, a legkülönbözőbb súlyosságú kórképeket tárja elénk. A legenyhébb, quotidiana intermittenst mutató és az illető egyéneket munkájukban alig gátló, enyhe megbetegedésektől az igen súlyos tünetekkel járó,

malignus tertianára jellegző hőmenetű esetekig az átmenetek mind megtalálhatók. Sőt egyik esetben halálos kimenetelt vett a fertőzés perniciosus pneumoniae klinikai képe alatt.

Bár a más betegségek által megviselt egyénekben súlyos lefolyásúak voltak művi praecox-fertőzéseink, ellenben teljesen egészséges, erős testalkatú egyénekben enyhék: mégis azt láttuk, hogy nem egy esetben addig teljesen egészséges egyénekben igen súlyos alakban, malignus tertianára jellemző hőmenettel, súlyos általános tünetekkel folyt le a megbetegedés.

Vizsgálatainkból az világlik ki tehát, hogy a praecox-fertőzés enyhe, vagy súlyos lefolyása nem függ lényegesebben sem az inoculáló anophelesek számától és azok intenzívabb vagy kevésbé intenzív fertőzöttségétől, sem attól a hőmérséktől, a mely mellett az ivaros generatio az anophelesekben fejlődött; hanem tulajdonképpen az illető fertőzött egyének individualis sajátosságaitól függ, s ebben más betegségek általi megviseltsége mindenestre lényeges szerepet játszik.

* * *

Néhány praecox-inoculációnk esetében igyekeztünk tapasztalatokat szerezni a chinin prophylaxisos alkalmazásának hatására vonatkozólag is. A chininnek ilyen prophylaxisos adagolását csupán akkor végeztük, a mikor az inoculációra használt anopheleseknek ezt követő megvizsgálásakor biztosan meg volt állapítható, hogy azok fertőzve voltak és nyálmirigyeikben sporozoitisek jelenléte biztossá tette, hogy a vérszívás alkalmával az illető egyént fertőzték.

Két kísérletünkben azt láttuk, hogy a lappangási időszak vége felé két-három napon át per os adott gyógyító adag chinin (1'0—1'5 gr.) nem tudja a praecox-fertőzés kifejlődését megakadályozni.

Két kísérletünkben azt láttuk, hogy az egész lappangási időszak alatt, tehát 14 napon át adott napi 1'0, illetőleg 0'5 gramm chininnel, porban per os nyújtva azt, a biztosan megtörtént fertőzés megsemmisíthető úgy, hogy a fertőzésnek sem ez idő alatt, sem később semmi nyoma sem található.

Egy kísérletünk azt mutatta, hogy nemcsak minden napos chininadagokkal, hanem nagyobb időközökben adott chinin-adagokkal: az 5. és 6. napon például 1'5—1'5 gr. chininnel, per os, szintén sikeres chininprophylaxis vihető keresztül biztosan fertőzött egyéneken.

Vizsgálatainkból az tűnt ki továbbá, hogy az olyan anophelesek által inoculált praecox malaria, a mely többszöri chininadagolás behatásának kitett praecox gametákkal fertőzött anophelesek csípése folytán hozatott létre, nem mutat chininállást.

Épp így nem volt chininállás észlelhető azokban az inoculációs kísérleteinkben, a melyekben a praecox malaria olyan anophelesek szúrása által inoculáltatott, a melyek a bennük kifejlődő praecox ivaros generatio kifejlődése alatt chinint tartalmazó vérrel tápláltattak.

Anopheles maculipennis és ember kísérleti malariás fertőzésére vonatkozó vizsgálataink eredményei.

1. Anopheles maculipennisre vonatkozólag:

Az anopheles maculipennis fertőzhető a malaria-plasmodiumoknak mindhárom fajával.

Kísérleteinkben az anopheles maculipennis fertőzése leggyakrabban a plasmodium praecox, legritkábban a plasmodium malariae gametáival sikerült. Mivel az irodalomban az anopheleseknek sikeres quartana-fertőzésével találkozunk a legkevesebb számban, holott a quartana-fertőzés éppen elég gyakran fordul elő kísérleti fertőzések megejtésére alkalmas viszonyok között: állíthatjuk, hogy ez a tapasztalatunk az általános észlelettel megegyezik.

A quartana-fertőzés emberen a mi vizsgálataink szerint azért marad számbeli kisebbségben a másik két plasmodium-

fajjal történő fertőzések számához viszonyítva, mert a mérsekelte égőv alatt a malaria terjesztésében legfőbb szerepet játszó anopheles maculipennis nehezebben fertőzhető a quartana malariával, mint a praecox vagy tertiana malariával.

A malaria-plasmodiumok három faja közül emberrel szemben legnagyobb virulentiát, anophelessel szemben legnagyobb fertőzőképességet a praecox-faj mutat; közepes virulentiát emberrel szemben és közepes fertőzőképességet anophelessel szemben a vivax-faj; legkisebb virulentiával emberrel szemben és fertőzőképességgel anophelessel szemben a quartana bír. Ezek a körülmények adják meg epidemiológiai jelentőségüknek mértékét.

Vivax-fertőzés esetében már a legelső roham alatt lehetnek jelen az ember vérében az anophelesben továbbfejlődésre képes gameták.

Praecox-fertőzés esetében a gameták csak a fertőzés 6—7. napján találhatók a betegek vérében, ezek legelső megjelenésükkor már alkalmasak az anophelesben továbbfejlődésre.

A malaria-plasmodiumok mindhárom faja ivaros generációjának kifejlődése az anophelesben 24° — 30° C között történik meg leghamarább. Kísérleteinkben 30° C-nál magasabb hőmérsék a praecox- és vivax-plasmodium ivaros generációjának kifejlődését észrevehetőleg nem siettette, ellenben az anophelesek életképességét experimentalis vizsgálatainkban károsan befolyásolta.

24° C-on aluli hőmérsék mellett mindhárom plasmodiumfaj ivaros nemzedéke kifejlődésének ideje gyorsan és lényegesen meghosszabbodik és 16° C-on alul megszűnik.

A vérszívás utáni első órák alacsony hőmérséke kísérleteinkben az anophelesek fertőződésének létrejöttét nem befolyásolta hátrányosan, sőt azt elősegíteni látszott épp úgy, mint chininnek jelenléte a vérben.

Az ivaros generációnak egyszer már optimális hőmérsék mellett fejlődésnek indult tagjait 16° C-nál alacsonyabb hőmérsék károsan nem befolyásolja, ha az csak rövid ideig hat be és még tartósan alacsony hőmérsék is csak hosszabb idő múlva. Ilyenkor az ivaros generatio korcsfejlődést mutat és sporozoitisek fejlődése nem is jön létre.

Az ivaros generatio kifejlődését az anophelesben a gametákat tartalmazó vér chinintartalma, vagy későbbi táplálásukra chinintartalmú vérnek használása károsan nem befolyásolja és az ilyen anopheles szúrása által propagált malaria chininálló nem lesz.

A chininállás tehát a malariás egyének egyéni tulajdonsága, vagyis a chininállást létrehozó körülmények az egyes fertőzött individuumon belül fejlődnek ki.

Az anopheles fertőzésének létrejötte avagy elmaradása tekintetében a váltólázazs lázrohamoknak, azok egyes phasainak, avagy annak, hogy a vérszívás a lappangási időszakban történt, semmi befolyása nincsen.

A már egyszer fertőzött anopheles új vérszívások alkalmával újra és újra fertőződhetik ugyanazon, vagy másfajta gametákkal; csak úgy, mint az ember a különböző plasmodium-fajok ivartalan generációival.

2. Az emberre vonatkozólag:

Bármilyen hőfokon tartottuk el fertőzött anopheleseinket, azok a 10. nap előtt a malariát propagálni nem tudták vérszívás alkalmával.

Minden olyan esetben, a mikor vérszívás alkalmával a vért szívó anopheles nyálmirigye fertőzve volt sporozoitisekkel, az illető megszárt egyénben malariás fertőzés létrejött, ha csak annak kifejlődését chininnek prophylaxisos adagolásával nem akadályoztuk meg.

Egyetlen fertőzött anopheles szúrására is láttuk kifejlődni a malariát.

Az incubatio ideje egy tertiana plasmodiummal történt inoculatio-kísérletünkben 10 napnak, 7 praecox-inoculációban, a melyekben az incubatio ideje chininnek prophylaxisos adagolásával meg nem zavartatott, 7—11 napnak találtatott

Az incubatio ideje alatt adott chininnel az incubatio meghosszabbítható.

Kísérleteinkben az inoculatiót eszközölő anophelesek száma, azoknak fertőzöttsége és a hőfok, a melyen elartattak, szembetűnő befolyással nem volt az experimentalis malaria incubatio-idejére, sem a stadium prodromorum tüneteire, avagy a megbetegedés súlyosságára, sem arra, hogy mekkora adag chininnel lesz a megbetegedés legyőzhető. Úgy az incubatio ideje, mint a stadium prodromorum és a rohamok klinikai tünetei és súlyossága főként individualis viszonyoktól függő jelenségeknek mutatkoztak kísérleteinkben.

Inoculatioink alkalmával mindig azt a plasmodiumfajt találtuk meg a kísérletileg fertőzöttek vérében, a melylyel az illető anophelesek fertőztettek.

Mivel vizsgálataink szerint a malaria-plasmodiumoknak tertiana, quartana és praecox alakjai úgy ivartalan generációjukban az emberben éles morphológiai és biológiai különbségeket mutatnak, mint ivaros generációikban úgy az emberi vérben található gameta-alakjaik különböznek egymástól morphológiai és biológiai tekintetekben, valamint az anopheles gyomorfalán való fejlődésük közben is jól megkülönböztethetők egymástól, inoculatio után pedig csupán olyan plasmodiumokat találtunk az inoculáltak vérében, mint a milyenek gametáival az anophelesek fertőztettek: feltétlenül jogosultnak tartjuk a malaria-plasmodiumok három különböző fájának megkülönböztetését.

A váltólázazs rohamok jelentkezésének időpontja nem függ attól az időponttól, a melyben az inoculatio történt; sem nem utánozza megjelenése idejében annak a rohamait, a kitől az anophelesek fertőztettek.

A váltólázazs megbetegedés, praecox-fertőzés esetében legalább, lépcsőzetesen emelkedő és hovatovább tartósabb hőemelkedésekkel járó rohamokkal alig észrevehető kezdetből lassanként súlyosbodik, míg végül kifejezett rohamokat okoz.

E pár évi időszak alatt, mely a malaria-endemia megszűnésének idejére esett, semmi olyan jelenséget nem észleltünk, a mi az anophelesben avagy az emberben immunitas fejlődésére mutatott volna a malariás fertőzéssel szemben.

Kísérleti úton előidézt praecox-fertőzés eseteiben megkísérelt chinin-prophylaxis kísérleteink azt bizonyítják, hogy heted-, avagy heted- és nyolczadnaponként adagolt 1.5—1.5 gr.-nyi chinin sem tudja a malaria kitérését megakadályozni; ellenben ötöd- és hatodnaponként adagolt 1.5—1.5 gr.-nyi, avagy naponta adagolt 0.5—1.0 gr.-mos chininadagok a biztosan létrehozott fertőzés kifejlődését megsemmisítik.

A chinin legkisebb prophylaxisos adagjának kísérleti malaria esetében való megállapítását nem kíséreltük meg, mert az adag nagysága nézetünk szerint változó a külső körülmények és az individualis sajátságok szerint és az a meggyőződésünk, hogy annak nagyságát az endemia, vagy epidemia súlyossága és a külső körülmények döntenek el, a melyek között a megvédendő individuum van.

Új objectiv módszer a sükettség és nehézhallás megállapítására.

Irta: *Falta Marczel* dr., ezidőszerint ezredorvos, Szeged.

A hallás zavarainak megállapítása úgy katonai, mint törvényszéki orvostani szempontból mindig fontossággal bír. A most dúló világháború alatt a fontosságot illetőleg a katonai szempontok állnak előtérben. Rendkívüli módon megsaporodott az esetek száma, melyekben a fülorvosnak véleményt kell mondani a hallás fokáról. A hadviselés érdekei és nagy anyagi érdekek is fűződnek ezen véleményadáshoz.

A hallás zavarainak meghatározására szolgáló eddigi módszerek egyike sem elégitett ki és *Politzer* is mondja tankönyvében, hogy bármily szellemesek is az eddigi módszerek praemissái, mégis igen kevés a megbízható közöttük.

Szerintünk az eddigi összes módszereknek az a hibája, hogy a vizsgálat adatait nem függetlenítik a vizsgált egyén-

től. És így főtörekvésünk volt a most nagyon megszorított munka mellett oly eljárást találni, a mely a hallás-zavar vagy sükettség megállapítását teljesen függetlenné teszi a pácienst bemozdásától, akarától és befolyásától.

Legcélzzerűbbnek ígérkezett valamely reflex kiváltása. *Urbantschitsch E.*¹ is mondja, hogy a hallóképesség kimutatása reflexek felhasználásával szerencsés gondolat. Váratlan, meglepő zajra az egész test összerendez, legkifejezettebben azonban a szempillák rezdülése áll be. Keresni kellett valami célzzerű, könnyen kezelhető eszközt, melylyel a meglepő zajt észrevétlenül és anélkül, hogy a vizsgált egyén valamit sejtene, előidézni lehet. Nagyon alkalmasnak kínálkozott e célra a *Bárány* által szerkesztett lármakészülék, melyet az egyoldali sükettség megállapításakor használunk az egészséges fül hallóképességének kirekesztésére.

Kísérletezésre az eredeti *Bárány*-készülék is megfelelt, de célzzerűbbnek mutatkozott utóbb valamivel erősebb lármakészülék helyettesíteni a készülékbe, a mivel a hatás még intenzívebb lett. A készülékhez ilyen irányban fűzött várokozás minden tekintetben megfelelt.

Az eljárás abban áll, hogy az állítólagos süket vagy nagyothalló fület a lármakészüléken levő boggyóval szorosan elzárjuk. A vizsgált egyénnel szemközt állunk és szeméit figyeljük, lehetőleg nem feltűnő módon. A lármadob — vagy nevezzük inkább berregő dobnak — megindításakor hirtelen meglepő, váratlan intenzív zöreje keletkezik és a következőket észlelhetjük. 1. Az esetek egy részében a vizsgált egyén egész testében összerendez és szeméi görcsösen lehunyódnak. 2. Más esetekben a test nem rezzen ugyan össze, de a szemek lehunyódnak. 3. Vannak oly esetek, melyekben a szempillák erősebben vagy egészen gyengén megrezdülnek. 4. Sem a testen, sem a szemeken semmiféle tünetet nem észlelünk.

A berregő dobnak néhány másodpercnyi működése után a boggyót a fülből eltávolítjuk és a készülékre mutatva, megkérjük a vizsgált egyént, vajon hallotta-e azt. Ha tagadja, hogy hallotta és mi bármily csekély rezdülését a szempilláknak észleltük, nem is szólva a test összerendezéséről vagy a szemek görcsös lehunyásáról, akkor biztosra vehetjük, hogy az illető egyén valótlanságot mond és szimulál. Ellenben, ha sem a testen, sem a szemeken semmiféle reflexet nem észleltünk, akkor igazat mondott.

A szimulálókon az esetek túlnyomó számában a szemhéjak erős megrezdülését váltja ki a berregő dob, a mihez nem csekély mértékben hozzájárul az izgatottság és a felindult belső lelki állapot. Egy kis gyakorlattal még a hallás mértékére is következtethetünk a szemrezdülés fokából. Jó hallás esetén a szemnek erős, görcsös behunyása áll be a berregő dob megindítására, közepes esetben csak erősebb rezdülés, kistokú hallás esetén egészen gyenge rezdülés észlelhető.

Az eljárás megbízhatóságát illetőleg beható és számos vizsgálatot eszközöltünk. Arra a nagyon értékes eredményre jutottunk, hogy a *Bárány*-készülékkel minden egyes esetben kiválthattuk a szemreflexet, kivéve a teljes sükettség és azon nagyfokú sükettség eseteit, melyekben a vizsgált fül 10 cm.-en túl már nem hallott hangos szavakat, a mi tehát már szintén közel áll a teljes sükettséghez. Úgy, hogy azt a tételt állíthatjuk fel, hogy olyan egyén, kin a berregő dob szemrezdülést kivált, biztosan nem süket és hangos beszédet 10 cm.-ről nagyobb távolságról hall. De azt is megállapíthattuk, hogy ha a vizsgált egyénen a berregő dob működésbe hozására szemrezdülés nem állott be és az illető dacára ennek meghallotta a berregést, ez egyén hallása nem lehet nagyobb, mint a mely megfelel 10 cm. távolságú hangos beszédnek.

Kísérleteink során továbbá arra a tapasztalatra jutottunk, hogy ha csak az egyik fül süket, akkor a berregő dob a beteg fülből áthallatszik az egészséges fülbe, de oly tompítottan, hogy a legkisebb szemrezdülést sem váltja ki. Így azután, ha a vizsgált egyénen a beteg fülben működésbe

hozzuk, berregő dob alkalmazásakor szemrezdülést nem látunk és az illető mégis azt állítja, hogy meghallotta a berregést, még azon kérdést kell hozzája intéznünk, hogy azt az egészséges vagy beteg oldalon hallotta-e. Ha a beteg füllel hallotta, akkor e fülnek csekély hallása van, mely azonban 10 cm. távolságú hangos beszédnek megfelelőnél nem nagyobb. Az esetben, ha a vizsgált egyén az egészséges fülben hallja a berregést, a beteg fül teljesen süket.

Ezzel a módszerrel általában minden fokú nehézhallás vizsgálása alkalmával végtelenül megkönnyül a valódi tényállás kiderítése. Ha bármilyen nehézhallással van dolgunk és meggyőződni akarunk arról, hogy igazat mondott-e a hangvillával, hallómérővel vagy beszéddel történt hallásvizsgálatkor, nem kell egyebet tenni, mint a berregő dobbal az *ellenőrző* vizsgálatot megejteni. Ha kiváltja a szemreflexet és a vizsgált egyén bevallja, hogy hallotta, akkor egész nyugodtan megbízhatunk az ő őszinteségében és nem fogjuk szimulánsnak tartani. Ha azonban a kiváltott reflex dacára tagadja a berregés meghallását, akkor szimulál és adatai hamisak.

Ez az objectív vizsgálómódszer katonai felülvizsgálatok, megállapítások, valamint sorozások alkalmával, úgyszintén törvényszéki esetekben a lehető legkényelmesebb. A vizsgáló orvos gyorsan, biztosan, minden fáradság nélkül azonnal véleményt mondhat.

Egyszerűségével, könnyen kivihetőségével e módszer minden eddigi módszert felülmul, megbízhatóság és csálhatatlanság tekintetében pedig mindenki kedvező tapasztalatokra fog jutni. A mióta ezt a módszert alkalmazzuk, minden süketiséget szimulálót a legnagyobb könnyűséggel lelepleztünk és a berregő dob *nélkülözhetetlen ellenőrző eszközzé* vált minden kétes esetben. A milyen egyszerű ez az eljárás, oly nagy előnye az, hogy *meglátjuk*, hogy valaki szimulál-e vagy sem. Értékét ez eljárásnak még az is növeli, hogy mások előtt is demonstrálhatjuk és tanuk előtt bebizonyíthatjuk, hogy szimulálással van dolgunk. Azok a nagy nehézségek, melyek főleg az egyoldali teljes sükettség megállapításakor felmerülnek, e módszer alkalmazásával szintén megszűnnek.

Összefoglalva ez objectív vizsgáló módszer eredményeit, megállapíthattuk, hogy *ha az állítólagos süket fülbe helyezett berregő dob szemrezdülést vagy kiváltképpen testösszerendezést vált ki, az illető egyén szimulál; ha a berregés nem váltja ki e reflexet, akkor a vizsgált fül süket vagy legfeljebb olyfokú hallása van, mely nem nagyobb annál, mint a mely 10 cm. távolságú hangos beszédnek megfelel.*

Az összes hallás-zavarok vizsgálásakor alkalmas *ellenőrző* módszer a vizsgált egyén adatai megbízhatóságának végleges eldöntésére.

A háború okozta traumás neurosis gyógyítása.*

Irta: *Gonda Viktor* dr., népfelkelő főorvos, jelenleg az újpesti cs. és kir. tartalékkórház kezelőorvosa. (Parancsnok: *Győry Tibor* dr. egyetemi magántanár, törzsorvos.)

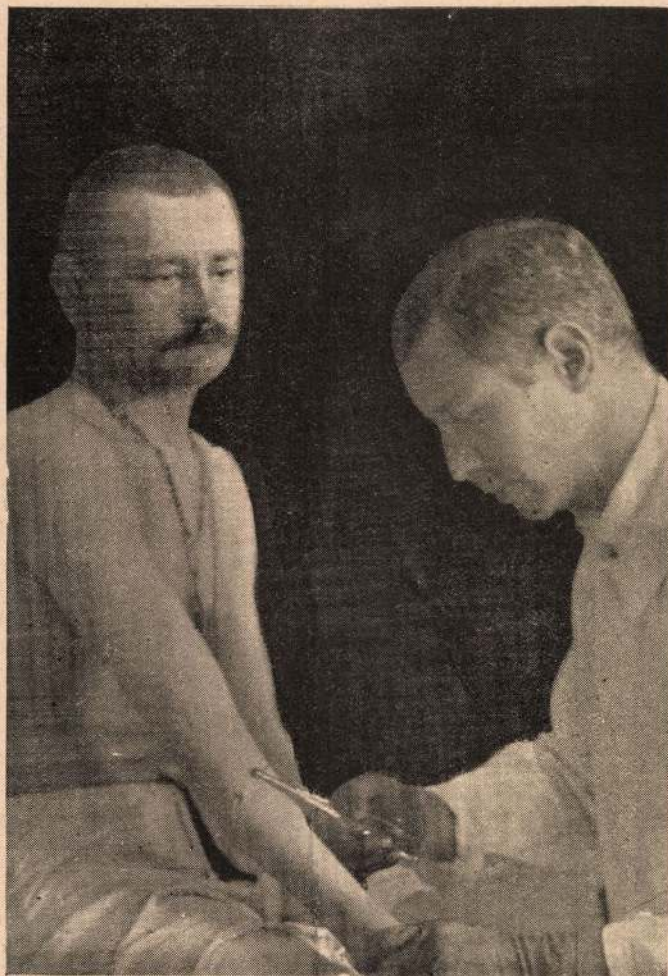
(Vége.)

Teljes, azaz minden érzésfajta kiterjedő anaesthesiát (a milyennek esetét mutatja a 7. kép, a hol az érzéstelenség pontosan a test középvonaláig terjedt egy süket és néma katonánkon) mindössze 5%-ban találtam; érintéssel szemben 26%-ban fordult elő érzéstelenség, mindig „laikus módon”, például az egész kézfejre, az egész lábra stb. kiterjedőleg. Ez alól *néha* csak azok az anaesthesiák kivételek, a melyek olyan lövési sérülésekhez társulnak, a hol a golyó közel haladt a megfelelő ideg mellett. (Ezzel, mint a szervi sérülésekhez nagyon hasonló mozgás- és érzésbeli elváltozásokat mutató jelenséggel, külön közleményben szándékozom foglalkozni.) Most csak annyit kívánok megjegyezni, hogy

¹ *Urbantschitsch*: Monatschrift für Ohrenheilkunde, 51. évfolyam, 11—12. füzet.

* Előadás a budapesti kir. Orvosegyesületben 1918. évi márczius hó 16.-án.

az ilyen a szervi bénuláshoz nagyon hasonló alakban jelentkező neurosis egyáltalában nem ritka és hogy megfelelő légkörben egy ülésben éppúgy megszüntethető, mint a traumás neurosis egyéb alakjai. Ha tekintetbe vesszük a lősérülések óriási számát, az ilyen neurosis tekintélyes számára vonhatunk következtetést. *Sürgősen át kellene tehát vizsgálni összes még nem gyógyított eseteinket.* Ilyenkor gyógyításra, de még differentialis diagnosis céljaira is fel volna használható eljárásom. Mert, hogy lősérülés esetén gyakran milyen nehéz biztosan megmondani, hogy mennyi annak következményeként a szervi elváltozás és mennyi a hozzátársult psychés plus, elég, ha *Ranschburg*¹⁴ igen kiterjedt vizsgál-



Hetedik ábra.

lataira utalok. *Innen magyarázható* talán egyes lyseseknek néha olyan feltűnő gyors gyógyulásra vezető hatása, sőt a némely esetben „idegvarratok” (?) után beálló rendkívül gyors gyógyulás. A betegnek ma „összevarrták” szétromcsolt idegét és holnap már úgy összenőtt, hogy a megfelelő izmok már is működésképesek . . .

A 8. képpáron plexustáji lövés után előállott torz kéz látható 14 hónapi fennállás után. A jelentkező fájdalmak miatt ezen helyzetből az ujjakat nem sikerült kimozdítani. Daczára a nagyfokú atrophianak, az *Alföldi*-féle körömtünetnek, az egész kéztartás és az egész kézfejre szorítókozó érzésettérés hysteriás jellegéből a szervi idegsérülést kizártnak lehetett tekinteni. A kezelés ezen feltevésnek igazát adott és a hüvelykujj kivételével, a melyet azonban külön lősérülés roncsolt el, a többi ujj egyszerre annyira kiegyenesedett és használhatóvá vált, hogy a beteg, a ki földmíves, egy csapással munka- és keresetképesé vált.

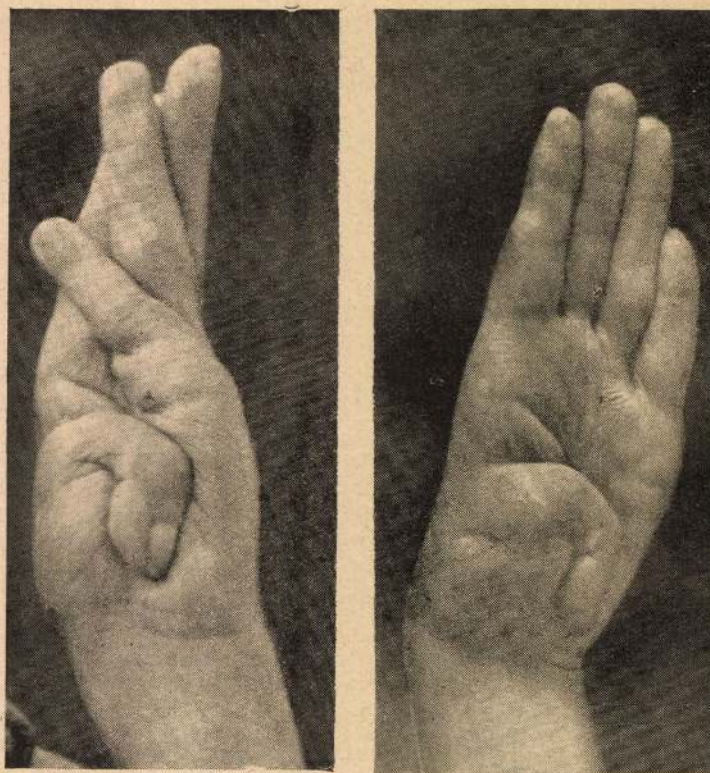
A traumás neurosisal kapcsolatosan fejlődő atrophias végtagok a kezelés után (néha már 1—2 órával) legtöbbször jelentékenyen megduzzadnak. Ezek a duzzanatok az ujjbenyomatot nem tartják meg. Néhány nap múlva már csak hosszabb járás után jelentkeznek és egy-két héten belül a

duzzanatképződés megszűnik. Feltűnő továbbá, hogy elég jelentékeny atrophia esetén is, a mikor például az illető végtagok activ izomereje közel semmi, rögtön a kezelés után jó izomerőt mérhetünk.

A cyanosis, a mely különösen a nedves megfázás utáni járásképtelenséghez társul, ugyancsak megszűnik a kezelés után.

Állandó tünet volt továbbá, hogy míg anaemia mellett fennálló érzéstelenség esetén a kezelés előtt vastagabb tűt bátran szűrhattunk a bőrön át, anélkül, hogy vérzés állott volna elő, kezelés után az érzés visszatértével a vérzés is megindult.

Betegeink tünetmentességük elérése után három havi szabadságot kaptak. Ez alatt a három hónap alatt ritkaságszámba megy a recidiva. Már több a recidiva, ha katonai szolgálattételre utasítjuk őket és még több, ha pihenés nélkül rögtön a kezelés után teljesítenek katonai szolgálatot. Az első 600 betegemből a három hónap alatt mindössze 5 jött



Nyolczadik ábra.

Kezelés előtt.

Kezelés után.

vissza betegen; betegségük visszatértét nagyobb okok idézték elő, például egyiknek a feje felett kigyuladt a tető, a másik atyjának télvíz idején temetésekor fázott át, stb. A katonai szolgálatot teljesítők visszaesési számát, sajnos, nem tudom pontosan, mert nem mind került vissza hozzánk. Számuk azonban semmiesetre sem nagyobb, mint bármely más kezeléssel elért gyógyeredmény után. A recidiva nem mindig a szó szoros értelmében vett visszaesés, hanem előfordul, hogy egy volt remegő például végtagbénulással tér vissza már könnyű katonai szolgálat teljesítése után. Süket-néma sohasem recidivált. *A recidivák épp úgy, talán még könnyebben gyógyulnak, mint az eredeti betegség.*

Mi legyen hát a betegek sorsa? Hogyan gondoskodjunk a továbbiakban róluk? A mint az e fajta kérdésekben sehol, úgy itt sem szabad sémázni. A kérdéssel behatóan foglalkozók nagy többsége (*Lewandowsky, Mann, Rothmann* stb.) nem tartja a gyógyultakat katonai, de legtöbbször kaszárnyabeli szolgálatra sem alkalmasnak. Örülnek, ha a hajlamos betegek mint békés polgárok, keresetképesen távoznak otthonukba. Hosszabb ideig fennálló betegség után mindenkinek egybehangzó véleménye szerint műhiba a betegeket gyógyulásuk után rögtön nehezebb szolgálatra fogni. De

pihentetés után is egyelőre distingválni kell és nemcsak a volt betegséget, hanem a jelenlegi testi állapotot is irányadónak kell venni. A visszaesésre vonatkozó nagyobb és pontosabb statisztika után majd továbbmehetünk és megmondhatjuk, hogy valaki ilyen vagy amolyan fajta tünetekkel járó traumás neurosis gyógyulása után miféle szolgálatra mondható alkalmasnak. Benyomásom szerint leghelyesebben a bajorok intézték el a kérdést, a mennyiben a kaszánya teljes megkerülésével egyenesen otthonukba küldik tünetmentes katonáikat.

Katonai nézőpontból a teljes szolgálatképtelenség kimondása ellen többen emeltek kifogást. Különösen *Taussig*¹⁵ vezértörzsorvos, a ki abból indulva ki, hogy a fronton jóval kevesebb a traumás neurosisok száma és súlyos formájukban leginkább csak a mögöttes országrészekben fejlődnek ki, elhatározta, hogy eljárásomat mindjárt a front mögött fogja alkalmazni. Hozzám intézett levelében azután 11 egymás után meggyógyított katonáról tesz említést, kiket tünetmentességük elérése után rövid idő múlva újból a harczvonalba küldött. E kérdés a kísérleti stadiumban van, azonban szintén elősegítheti a nézetek tisztázódását.

Ezenkívül még több kérdés tolul az ember elé és vár eldöntésre.

A bántalom kezdeti szakáról keveset tudunk. A betegek bemondásai még subjective is alig értékesíthetők. *Löwy*¹⁶ gránáttűz után az alsó végtagoknak, különösen a térdeknek gyengeségét találta a katonák egy részén, többször symmetriás, ritkábban féloldali analgesiával kapcsolatban. Kifejezett kórképekről nem tesz említést. Míg *Vértes*¹⁷ több esetet ír le, a melyeket keletkezésük után $\frac{1}{2}$ –2 órával vizsgált meg és a melyek leírása alapján pontosan beleillenek a traumás neurosis kórképébe. Vannak tehát acute keletkező és vannak lappangva kifejlődő esetek. Ez utóbbiak kétségkívül a gyakoribbak.

Mint a legtöbbnek azok közül, a kiknek sok traumás neurosis volt alkalmuk megfigyelni, nekem is az a határozott benyomásom, hogy ennek a bajnak tettetése a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Nem számítva azt, hogy leleplezésükre minden elképzelhető módot teljesen eredménytelenül használtam fel, egy ízben kapóra jött a mezőgazdasági szabadság. Tudva azt, hogy földművesünk mennyire ragaszkodik földjéhez és rég nem látott családjához, mindenkinek szabadságot ígértem, a ki csak mozgóképes állapotban lesz. Hangsúlyozni kívánom, hogy ez még a most leírt kezelési mód előtti időben történt, de természetesen már akkor is folyamatban voltak a szokásos hydrotherapiás, villanyos stb. eljárások és mégsem akadt egyetlen beteg kívüli (a kinek nem indokolt járásképtelensége kezdődő tabeshez járult), a ki munkaképessé lett volna felszólításomra, dacára annak, hogy például erélyesebb villanyozással vagy nagyobb mennyiségű injectióval aranyhidat építettem a gyógyuláshoz.

Az aggravalás lehetőségének már többen tágabb teret engednek. Bár nincs kizárva, igazolni semmivel sem tudjuk.

A tünetek megszüntetése után óva intek minden további localis kezeléstől. Az atrophias végtagok villamozása például egyenesen kívánatosnak látszanék. De felesleges és veszélyes is talán. Felesleges, mert anélkül is gyors javulásnak indul, és veszélyes, mert a katoná addig mindig betegnek érzik magát, a meddig gyógykezelés alatt áll.

* * *

A háború okozta traumás neurosis tehát minden esetben meggyógyítható és meggyógyítandónak látszik. Elképzelhető ugyan, hogy még jelzett eredményeink ellenére is egyik-másik eset daczolhat a kezeléssel, ez azonban legfeljebb pro millekben várható. Különösen helyesnek találnám, hogy addig, a míg nincsen biztos jelünk (kétes esetekben is), a melyből biztosan vonhatnánk következtetést organikus elváltozásokra, kísérjük meg a gyógyítást. Sok ápolási napot és kiadást takaríthatnánk meg így. A kik minden áron a szervi elváltozás álláspontját védelmezik, gondoljanak

arra, hogy mi sem tartjuk tünetmentes betegeinket rögtön katonai szolgálatra alkalmasnak. De mindenesetre hasznosabbnak kell mondanunk, ha munkaképessé téve katonáinkat, annyi időt hasznos munkában töltenének, mint a mennyit előzőleg betegen és munka nélkül kórházban töltöttek. Nem lehet közömbös hatással valakinek életében maga az a valóság, hogy 2–3 évet töltött ágyban vagy másként betegen.

Mintha eredményeink nem egyeznének mindenben a békében tapasztaltakkal. Bár ezen az alapon elindulva, ott is jobb reményekre lehetünk jogosítva. *Schuster*¹⁸ mondja a békében keletkező neurosisokról: „Kevés olyan állapot van, a melynek kezelése alkalmával az orvos oly kevés örömet érne el, mint a traumás neurosisban”. Másképpen áll a dolog a háború okozta traumás neurosisokkal, a melyekre joggal mondhatjuk, hogy kevés olyan állapot van, a melynek kezelése alkalmával az orvos több örömet érhetne el.

Minél előbb gyógykezelendőnek kell mondani a bajt (álljunk bármilyen elméleti megfontolások alapján is), mert néha rohamosan fejlődnek ki atrophiai. Ezeknek azt a fokát előre megjósolni nem lehet, a melytől kezdve a folyamat már többé nem tekinthető reversibilisnek. Eddigi tapasztalataim alapján azt mondhatom, hogy a bántalomnak három éves fennállása még nem okoz helyrehozhatatlan elváltozásokat, de kell jönni egy időhatárnak, a melyen túl a gyógyítás lehetetlenné válik.

El vagyok most is készülve, hogy mint előzetes közleményemben, anélkül, hogy eljárásomat kipróbálnák, ismét ellenvetésekkel fogok találkozni. Pedig, ha nem tüntetjük el minél előbb a traumás neurosis tüneteit, bünt követünk el ama szerencsétlen betegek tömege ellen, a kik esetleg egész életükön keresztül nyomorékok maradnak, vagy legjobb esetben keresetképességükben lényegesen csökkenve tengetik életüket. Csak érinteni kívánom az államot érő nagy anyagi terheket, a melyeket feleslegesen, mint rokkantsági nyugdíjat, osztogat ki már most is, és annyi munkáskez ok nélküli elvesztését. A kiknek nincsen saját földjük, azokat a háború tartama alatt rögtön fel lehetne használni előképzettséget nem igénylő, hadi célokat szolgáló gyárakban, a hol, nem számítva azt, hogy jövedelemre tesznek szert, fokozatosan munkához szokván, teljes munkaképességüket gyorsabban visszanyerik. A munkára való kényszerítés céljából igen kívánatos, hogy tünetmentes katonáinkat minden rokkantsági díj nélkül bocsássuk el a hadsereg kötelékéből.

Hónapokat, sőt éveket töltöttek eddig kórházakban hasonló betegeink. Ha gyorsan nem cselekszünk, ez az óriási anyagi teher teljesen feleslegesen még inkább fokozódik.

Minél előbb centralis intézményeket kell a gyógyítás általános elterjesztésére létesítenünk. Sőt ezek máris megvannak, mert a gyors lebonyolítással erre a célra a most rendelkezésünkre álló férőhelyek bőségesen elégségesek, hiszen ilyenformán (kellő segédlet mellett) egy-egy beteg legfeljebb néhány hétig tartózkodik majd a kórházban. Ezekben a centralis intézetekben azokat a betegeket is tünetmentessé lehetne majd tenni, a kiket már több helyen kezeltek eredmény nélkül. Ezekről a helyekről el kellene terjeszteni azt a hírt, hogy ott minden hasonló bajban szenvedő meggyógyul. E helyekre azonban szervi bajban szenvedőnek még tévedésből sem volna szabad kerülnie.

A mikor e sorokat papirosra vetettem a jövő céljait illetőleg, jóformán csak elméleti okoskodások alapján állottam. Azóta, úgy mint több lelkes kollegámnak más helyeken, nekem is alkalmam nyílt új állomáshelyemen (az újpesti tartalékkórházban) beigazolni állításomat, a hol a kezdeti nagy nehézségek legyőzése után 8 hónap alatt 1000 beteget tettem tünetmentessé.

Egységes mozgalmat kell indítani és a hasonló betegségekben (sőt, sajnos, téves diagnosisok alapján, például agyvelő-, gerincvelőrázkódásban, ischiában, rheumában stb.) szenvedőket be kell rendelni. Ugyancsak revisio alá volnának veendő, a mint már említettem, a lőtt sebűek is. Nagy munka, de minden bizonynyal megéri a fáradságot!

* * *

Nem mulaszthatom el leghálásabb köszönetemet kifejezni *Dašek Bálint* törzsorvos úrnak, a ki odaadó megértéssel és példátlan buzgalommal terelte össze a beteget a kassai katonai parancsnokság területéről osztályainkra.

Irodalom. ¹ *Jolly*: Referatium az elme- és ideg orvosok drezdai gyűléséről. 1917, január 6., Neur. Centralblatt, 1917, 4. sz. — ² *Rosenfeld*: Ueber Kriegsneurosen, ihre Prognose und Behandlung. Archiv für Psychiatrie, LVII., 1917, 1. sz. — ³ *Oppenheim*: Die Neurosen infolge Kriegerverletzungen. — ⁴ *Jendrassik*: Néhány megjegyzés a háborús neurosis tanához. Orvosi Hetilap, 1916, 33. sz. — ⁵ *Tobias*: Vergleichende Betrachtungen über deutsche und französische Kriegsneurologie. Neur. Centralblatt, 1917, 10. sz. — ⁶ *Horn*: Ueber die diagnostische Bedeutung des Blutdruckes bei Unfallneurosen. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 24. és 25. sz. — ⁷ *Muck*: Ueber Schnelleilungen von funktioneller Stummheit usw. Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 5. sz. — ⁸ *Wagner*: Erfahrungen über Kriegsneurosen. Wiener mediz. Wochenschrift, 1916, 36. szám és 1917, 4. szám. — ⁹ *Schneider*: Zur Klinik und Prognose der Kriegsneurosen. Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 41. sz. — ¹⁰ *Dub*: Heilung funktioneller, psychogener und motorischer Leiden. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 10. sz. — ¹¹ *Podmaniczky báró*: A lumbalpunkció terapeutikai értéke traumás neurosisek különleges alakjaiban. Orvosi Hetilap, 1916, 35. sz. — ¹² *Schönbeck*: Die Gefahren der Lumbalpunktion. Archiv für klin. Chirurgie, CVII., 1915, II. füzet. — ¹³ *Ranschburg*: Ueber klinische Untersuchung, operative Biopsie und Heilerfolge bei unfrischen und veralteten Fällen von Schussverletzungen der peripheren Nerven. Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, Cl. kötet, 5. füzet. — ¹⁴ *Taussig*: Zur Behandlung der traumatischen Neurose. Feldärztliche Blätter der k. u. k. 2. Armee, 1916, 18. sz. — ¹⁵ *Löwy*: Neurologische und psychiatrische Mitteilungen aus dem Kriege. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, XXXVII. kötet, 5. füzet. — ¹⁶ *Vértes*: A háborús idegbetegségekről. Gyógyászat, 1916, 51. sz. — ¹⁷ *Schuster*: Die deutsche Klinik.

Semmelweis működése a Szent Rókus-kórházban.

Irta: *György Tibor* dr., egyetemi magántanár.

Semmelweis 1850 októberében költözött vissza hazájába, Pestre. Az előzmények eléggé ismeretesek. Volt bécsi főnöke, *Klein* tanár, a denuncziálás vádjával illetve *Semmelweis*-t a bécsi I. sz. szülészeti intézet statisztikájának közzétételéért, melyet örökigaz tanításának támogatására használt fel. 1849 március 20.-án hagyta el bécsi tanársegédi állását és folyamodott magántanárságért a szülészettől. Kérését megtagadták. Minekutána másodizben folyamodott, nyolcz hónapi várokoztatás után 1850 október 10.-én az elméleti szülészeti magántanárává habilitálták, de azzal a megszorítással, hogy demonstratióit és a gyakorlatokat phantomon kell végeznie. *Semmelweis* ezen megalázó záradékot, mely megtagadta tőle még azt is, hogy hullán végezhesse demonstratióit, akként vette tudomásul, hogy nyomban becsomagolt és hazaköltözött.

Pesten töltött első estéi egyikét egy nagyobb orvosi társaságban töltötte el. Jelenlétének fogva a gyermekági lázról kezdtek beszélni s nemsokára élénk eszmecsere fejlődött ki a Szent Rókus-kórház szülősztályán évente s így épp abban az időben is újra jelentkezett gyermekági láz „járvány” felett. Hogy maga is meggyőződjék róla, másnap reggel elment a szülősztályra, a hol egy gyermekági lázban elhalt, még el sem szállított gyermekágyast talált; egy másik nő agoniában, négy gyermekágyas pedig súlyos betegen feküdt gyermekági lázban. Behatóbb tudakozódás révén csakhamar sikerült kiderítenie, hogy a szülészeti osztály nem volt önálló osztály, hanem a sebészeti alá volt rendelve, a szülészeti főorvos pedig egyúttal sebészeti főorvos és törvényszéki bonczoló orvos is volt. Ehhez járult még, hogy prosector hiányában a bonczolokat az illető osztályos főorvosoknak kellett végezniök. A főorvos először a sebészeti osztályon tartotta meg látogatását s csak azután a szülészeti. A helyzet tehát nagyon hasonlított a bécsi állapotokhoz. Bécsben a kórboncztant is hallgató orvosnövendékek végezték a vizsgálatokat, a kik hullarészekkel fertőzött kezekkel érintkeztek a szülönőkkel, Pesten a Rókus-kórház főorvosa és a melléje rendelt orvosok vizsgáltak, minekutána a sebészeti osztály látogatása közben szennyezték be kezeiket.

Semmelweis-t e tapasztalatok arra indították, hogy kérényt nyújtson be a Rókus-kórház szülészeti osztályának fizetés nélkül való elláthatása iránt. Ezt a kérényt a fő- és székvárosi levéltár őrzi s azt e helyütt szó szerint közöljük:

30

krajczáros
bélyeg helye

Méltóságos cs. k. Tanácsos és Ministeri biztos Úr! Azon meggyőződésben, miszerint egy igénytelen 's egyszerű kérelem, melynek előterjesztésére koránt sem anyagi érdek, hanem inkább a tudomány 's szenvedők érdeke birt, — nem fog meghalgtatlanul Méltóságod által elmellőztetni, — azíránt bátorodom alázattal esedezni: méltóztassék a Sz. Rochusi városi kórházban a szülészeti osztályt, mely tudomásomra jelenleg elkülönített

orvosi vezénylet alatt nem áll — az én felügyelésekre bízni, illetőleg engem — a kórházi igazgatóság' főfelügyelési jogainak épségben tartása mellett — ugyanazon szülészeti osztály orvosává kegyesen kinevezni 's ekép az ezen osztályhoz tartozóknak ápolását az én orvosi kezelésre bízni. — Ezen alázatos kérelmem támogatására következőket vagyok bátor fölhozni: 1-ször. Magyarországi, Buda városi születés, orvos-sebész-tudor és szülésmester vagyok, mit a 's alatti főorvosi bizonyítvány tanúsít. Tudományomat eddig Bécsben gyakoroltam ugyan, azonban ezután hazámban, különösen e város kebelében szándékozom mint gyakorló orvos állandóan letelepedni. 2-ször. A kért tiszteletbeli orvosi állomásra nézve magamat minden tekintetben szakértőnek nevezhetem, — mert valamin az 's alatti hitelesített okmányból kitettik még 1846-ban az első szülészeti osztálynál Bécsben segédnek valék kinevezve és a 's alatti okmány szerint ezen rendes fizetéssel öszvekött állomást 1847-i April 7-diktől 1849-ki Martius 19-ig 's így a szokott két éven át csakugyan viseltem is és bátran mondhatom, miszerint működéseim e téren 's különösen a szülészeti gyakorlati szakban az orvosi világ előtt nem ismeretlenek. 3-szor. Az ide 's alatti okmányból világos, mikép most legújabb f. é. Október hóban a magas Cs. kir. Ministerium által ugyanis a szülészeti szakkól Bécsben magán tanítónak neveztettem ki, mely állomáson azonban működni nem kezdék, miután időközben a Pesteni letelepedésre határozám el magamat. 4-szer. Kész vagyok az általom kért állomást minden fizetés nélkül 's ingyen csupán a tudomány 's kórodai intézet érdekében — legott átvenni, 's kijelentem, mikép kérdésben forgó szülészeti osztály elrendezésében 's kezelésében a költségek kimelésére 's általjában a gazdasági szabályok megtartására mindenkor kellő tekintettel leszek. Mindezeknek öszpontosítása után ismétlem fennebbi kérelmemet és alázattal esedezem, méltóztassék engem a Sz. Rochusi kórházban, itt minden alapszabályok és hatósági rendelkezéseknek magamat alárendelve a szülészeti osztály orvosává minden fizetés nélkül kegyesen kinevezni, végül is kijelentvén, miszerint törekvéseim minden tekintetben oda leendnek irányozva, hogy Méltóságodnak és a városi közönségnek netán bennem 's szakértő tudományos ismereteimben helyezett bizalmának tökéletesen 's hálásan megfeleljek. Teljes tisztelettel maradván Méltóságodnak Pesten november hó 19-kén 1850. alázatos szolgálja Dr. *Semmelweis Ignác* s. k.

Külzet.

17551/1850. Méltóságos Cs. k. Tanácsos és Ministeri biztos úr *Koller Ferenc* Ó Nagyságának. Dr. *Semmelweis Ignác*, orvos-sebész-tudor és szülész mester, a bécsi és berlini orvosi Collegiumnak rendes tagja s. a. tb. a benn előterjesztettek alapján az iránt esedezik hogy a városi Szt. Rochusi kórházban a szülészeti osztály orvosává minden fizetés nélkül — kegyesen kineveztessek.

Erre a folyamodványra Pest főváros tanácsa 1851 március 3.-ikán 2661. sz. alatti végzésében *Semmelweis*-t a Rókus-kórház szülészeti osztályának tiszteletbeli orvosává kinevezte, de a megbízatás átadása előtt a kórház igazgatóját, *Brunner Ferenc* dr.-t véleményes jelentéstételre hívta fel *Semmelweis* „miként leendő alkalmazása eránt.” *Brunner* dr. azt a javaslatot tette a tanácsnak, hogy *Semmelweis* osztálya függetlenítessék az első sebészeti osztálytól s *Hoffmann* főorvos második orvosi osztályához csatolassék. A tanács 1851 április 16.-ikán hozzájárult ugyan *Brunner* dr. előterjesztéséhez, de *Semmelweis*-t a cs. kir. főispánságnak 1851 február 23.-án 2669. sz. a. kelt rendelete szerint „a szülészeti osztály önálló főnökének” nevezte ki.

Semmelweis 1851 május 20.-ikán vette át a Rókus-kórház szülősztályának vezetését, mint tiszteletbeli főorvos és ebben a minőségében hat esztendőn keresztül működött. Állásának elfoglaltával a szülészeti osztály működése lényegesen szélesebb mederbe jutott. A 600 fekvő beteg részére berendezett, három belgyógyászati és két sebészeti osztállyal rendelkező Rókus-kórház szülősztálya — mint már említve volt — a sebészeti főorvos alá tartozott *Semmelweis* hivataloskodása előtt. Az alatt az idő alatt, míg a pesti orvosi fakultáson az előadások folytak, a Rókus-kórház szülősztályára szülönőt felvenni nem volt szabad, nehogy elvonja a

tanítási anyagot a klinikától; csak a nagy szünidő alatt, augusztus és szeptember hónapokban, a mikor az egyetemi szülőklinika be volt zárva, vették fel a szülönőket a Rókus-kórházban. Az esztendő többi tiz hónapjában a szülősztály helyiségei sebészeti célokra szolgáltak. A tanév tartama alatt csak olyan nőket vettek fel a szülősztályra, a kiket a Rókus-kórházban, egyéb betegségeikben való gyógyításuk közben, hirtelen szülés lepett meg. A szülősztály helyiségei az épület második emeletén voltak és egy szülő-s két gyermekágyi szobából állottak, melyeknek hat ablaka a hullakamara udvarára nyílt.

Semmelweis hivatalbalépésével a sebészeti osztálylál való összefüggés megszűnt és a tanév alatt a szülő osztály helyiségei nem sebészi, hanem nőgyógyászati osztálynak használtattak. Ilyképpen az ezen osztályon uralkodott gyermekágyi láz kóroktani momentuma, vagyis a sebészeti osztály fertőző anyaga, kiküszöböltetett s ennek következtében a gyermekágyi láz nagyobb mértékben nem fordult többé elő. Működésének hat esztendeje alatt összesen 933 szülés fordult elő *Semmelweis* osztályán, ezek közül meghalt 24, és pedig 8, vagyis 0.85 százalék, gyermekágyi lázban; a többi 16 gyermekágyas egyéb betegségnek lett az áldozata, melyben őket terhességük tartama alatt a Rókus-kórházban gyógyították, a szülés megindulásakor pedig a szülősztályra vitték.

Semmelweis-t 1855 július 18.-án nevezték ki az elméleti és gyakorlati szülészet tanárává az egyetemre, de 2175/1855 sz. beadványában felkérte a tanácsot, hogy a Rókus-kórházban elfoglalt állásában továbbra is megmaradhasson. A 23160/1855 sz. beadványban maga *Brunner* dr. kórházigazgató is kéri, hogy *Semmelweis* továbbra is maradjon meg a szülészeti osztály élén. *Semmelweis* két évig csakugyan egyidejűleg látta el a professurát és főorvosi állását, 1857 júniusában azonban ez utóbbitól visszavonult.¹ Megtehetette nyugodtan, hiszen nálunk ellenzőkre nem talált s utódai ugyanabban a szellemben, ugyanazon rendszabályok szemmel-tartásával vezették tovább a szülőintézetet, miként azt maga *Semmelweis* tette volt.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A **constitutio és a fertőzés** közötti összefüggésről ír *Brugsch*. A bakteriologiai aera kezdete óta megfeledezett az orvostudomány a constitutióról, úgy, hogy valósággal forradalmának látszott *Gottstein* és *Hueppe* nézete (1900 körül), a kik a praedispositio fogalmával újból bevezették a fertőzés tanába a constitutiót. Azóta *Martius* és *Fr. Kraus* alapvető munkái ismét felébresztették az érdeklődést a constitutio iránt. Midőn *Brugsch* a constitutiót és a fertőzést egymással szembeállítja, a háború járványos betegein szerzett tapasztalatait igyekszik megvilágítani. Az élő szervezetet dinamikai rendszernek tekinti, a melynek belső feltételei a külsőkkel egyensúlyban vannak s az organismusnak ezt az egyensúlyát érti a constitutio alatt. Első tapasztalata az, hogy a járványok halálozási aránya az életkor előhaladásával nő. Ennek okát a kortól függő constitutiováltozásban látja és keresi a szervezetnek ama változásait, a melyek az idősebb egyének reakcióképességének csökkenését okozzák. Meghatározza az arányos mellkaskerületet, a szív súlyának arányát a testsúlyhoz, az aorta és a pulmonalis szélességét a különböző életkorokban és megállapítja, hogy a pubertas korától kezdve a szív súlya a testsúlyhoz viszonyítva, valamint az aorta és a pulmonalis szélessége folytonosan nő, viszont az erek, a tüdő és a bőr rugalmassága állandóan csökken. A rugalmasságcsökkenés mellé állítható az agy ganglion- és a szív izom-sejtjeinek elkopása, mert ezek száma már a szüle-

téstől fogva állandó. A szervezet elkopása ezenkívül tevékenységének fokától és feltételeitől függ. A nehéz munka kevés pihenővel hamarabb koptatja el a szervezetet, mint a nyugodt élet. Így jutunk arra a nézetre, hogy az életkorral fokozódó halálozás az erősebb elkopatásnak és ezért kisebb ellenálló-képességnek kifejezője. A szívet, az ereket, a tüdőt vizsgálva, megállapíthatjuk a szervezet elhasználódásának fokát. Második tapasztalata az, hogy a fertőző betegségekben a halálozás nagyobb szűk vérrendszer és kis szív, kifejezett lymphatismus, kimerülés, előző mérgezések és fertőzések esetén. Mindezek megváltoztatják a constitutiót és rontják a prognosist. *Fr. Kraus* az elsők egyike volt, a ki a kis szív jelentőségére utalt. Kis szíví és szűk érrendszerű betegek könnyen pusztulnak el fertőző betegségekben. A szűk érrendszerrel szorosan összefügg a lymphatismus. A kimerülés és egyes időszült mérgezések (morphin, kokain, alkohol) rontják a fertőző betegek prognosist. Nagy jelentősége van a halálozási arány emelésében az előző infekciónak, mely megváltoztatja az allergiát. Például a tuberculosis hajlamosít az időszült vérhasra és viszont a vérhas a tuberculosis-recidivára. A harcztéren a kiállott fertőzések rontják a prognosist újabb fertőzés esetén. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 22. sz.)

Ifj. M. B. dr.

Sebészet.

A **nyitott sebkezelés** volt a III. hadsebészeti értekezlet (Brüssel) első tárgya. *Habs* a nyitott sebkezelés terén tett tapasztalatait foglalta össze. Igen nagy előnye ez eljárásnak a kötőanyagvaló takarékoság, a kötözéssel járó fájdalmak elkerülése, a sebnek könnyű áttekinthetősége. Bizonyos körülmények mellett azonban, így nyugtalan betegeken, szállítások alkalmával, háton levő sebek esetén kivihetetlen. A nyitott sebkezeléskor különösen a levegőnek és a fénynek hatása jut érvényre. Az előbbi az anaërob bacteriumok életfeltételeit rosszabbítja, másrészt a seb lehülése valamennyi kórokozó hatását gyengíti, a sarjadzás gyorsabban történik, a seb kiszáradása kedvezően befolyásolja a nyirokáramlást, a mely újabb és újabb védőanyagot juttat a sebbe. Oly sebeket, a hol a szövetek gyengébb táplálkozása úgyszólván physiologiás (izületporczok, inak, gyűjtőerek), meleg levegővel, napfényel előnyösen befolyásolhatunk, ugyancsak az exosmosist növelhetjük cukor- avagy hypertoniás oldatokkal, végül a túlságos kiszáradást mérsékelhetjük olajokkal vagy isotonias folyadékokkal. A nyitott sebkezelés elsősorban friss sebeknél jöhet szóba. Hátránya a varképződés, a mit exosmosissal akadályozhatunk meg.

Heller e methodus előnyét abban látja, hogy a sebváladék rövid idő alatt jelentékenyen csökken, a lobos duzzanat visszafejlődik, az evesedés, a kellemetlen bűz, a hőemelkedés gyorsan megszűnik. Szerinte friss, asepsises sebek nem alkalmasak e kezelésre, a mennyiben a másodlagos fertőzés veszedelme áll fenn. Nagyobb, inficiált sebek, különösen feltárásuk után, a nyitott kezelésre alkalmatlanok a vérzés veszedelme miatt. A szerző különösen a végtagok sebesüléseinél ajánlaná ezt az eljárást.

Buhl reámutat arra, hogy a nyitott sebkezelésnél különbséget kell tennünk, vajjon a kezelés zárt helyen vagy szabadban történik-e? Zárt helyen a gyógyulás lassabban megy végbe s különösen a melegebb időjárás alkalmával a legyek a seb gyógyulását lényegesen befolyásolják, míg a napfény behatása alatt a szabadban az eredmények sokkal jobbak.

Kayser a háború kezdete óta jó eredménnyel alkalmazta ez eljárást, a gázphlegmone azonban nem javult a nyitott sebkezelésre sem. Szerinte kórteremben is könnyen kivihető a kezelés.

Eiselsberg három eljárást különböztet meg a nyitott sebkezelésben: a napfénykezelést, a mely télen elektromos fényvel pótolható, az állandó fűrésztéssel történő kezelést, különösen genyes sebek és bélsársipoly eseteiben és az állandó spray használatát Carrel- vagy Dakin-oldattal. Az állandó fürdő euphoriát hoz létre, miért is abscessusok könnyen elkerülhetik figyelmünket.

¹ L. *Semmelweis* összegyűjtött munkái. Kiadta a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, 1906, 136—139. lap.

Braun szerint a varképződést úgy akadályozhatjuk meg, ha a sebfelületet gaze-réteggel fedjük.

Seefisch reámutat arra a körülményre, hogy a nyílt sebkezelés az utóbbi időben többször divatban volt (körülbelül 300 év óta), de mindig feladták, miként jelenleg is már lényegesen szűkebb korlátok között mozog az inditációja. Csak a kötszerhiány teszi tulajdonképpen jogosulttá. Általában a sebek drainézését, immobilisatiós methodusokkal való kezelését czélszerűbbnek tartja.

Heddäus beteget mutat be, a kin az arcz égett sebe minden kötés nélkül kozmetikai tekintetben is szépen meggyógyult.

A gázoedema volt a III. hadsebészeti értekezlet második themája. Rumpel szerint gázoedema különösen gránátsérülések után fejlődik, ha a szilánk földet és ruhacsfákat visz magával a seb mélyébe, a hol a zúzott izomszövet a legjobb talaj a fertőzés kifejlődésére. Különösen nagyobb izomsérülések után észlelhető, míg csontsérülések és a nagyobb testüregek sérülése után ritkább. Kedvezően befolyásolja az infectio kifejlődését a vérkeringés megszakítása. Álló harcok idején, a midőn a talaj nagyobb mértékben fertőződik, a gázoedema járványossá lehet. A gázúszók sebkezelése mindaddig a sebnek mielőbbi alapos feltárásából állott; a seb minden tasakját szabaddá kell tennünk a véredek és idegek lehető kímélésével. A hol ez nem jár kellő eredménnyel, ott az amputatio segíthet, a melyet minél magasabban kell végeznünk. A műteti beavatkozásnak szomorú statisztikája fordította a sebészek figyelmét a serumkezelés felé. A gyógyszerelőállítás a gázúszókfertőzés sajátos következtében igen nagy nehézséggel járt. Úgy látszik azonban, hogy a folytonos kutatás e téren is eredménnyel kecsegtet, a mennyiben a szerző szerint egyik igen exponált csapattestnél a prophylaxisos seruminjectiók a megbetegedések számát 3%-ról 0.6%-ra szállították le. Ha a fertőzés az injectiók dacára kifejlődött, csak súlyos sérülés nyomában állott be a gázúszók. A késői fertőzések, a melyek azelőtt az esetek 1/3-át tették, a megismételt prophylaxisos befecskendezésekre teljesen elmaradtak. Therapeutikai célból a serum intravenásan alkalmazandó s körülbelül 40—60 cm³-t használhatunk el anélkül, hogy anaphylaxiás tünetek jelentkeznek. A mortalitást az ily módon alkalmazott seruminjectiók 25%-ra nyomták le.

Klose a gázúszókra vonatkozó bacteriologiai és serologiai ismereteinket foglalja össze. A gázúszókserum polyvalens immunserum. A gázbacillusok sajátossága megköveteli, hogy a befecskendezéseket mielőbb végezzük és a latens infectióra való tekintettel ezt minden szállítás és operatív beavatkozás előtt ismételjük meg. A hol a gázúszók-infectio streptococcus-fertőzéssel párosul, ott a serumkezelés eredménnyel nem jár, mert a streptococcusok a serum hatását felfüggesztik, ezért a serumkezelés mellett a sebészi beavatkozás minden esetben szükséges.

Wassermann a gázúszókban előforduló 3 fajta bacteriumtörzsrre vonatkozó ismereteket foglalja össze. Az első két bacteriumfaj (putrificus törzs) teljesen különböző toxint termel s ezeknek antitoxinja minden gázúszók-serumban benne kell hogy legyen. A 3. törzsnek (Fraenkel-bacillus) toxintartalma csekély; az e törzsszel fertőzött sebek (50%-a az összes gázfertőzéseknek) aránylag a legjobb prognost nyújtják. A serumkezelésben fontos, hogy a befecskendezéseket az ép szövetben végezzük, nehogy a csirákat a befecskendezésekkel továbbvigyük.

Thies reámutat arra a klinikai megfigyelésre, hogy a bőrnek barna elszíneződéséből a Fraenkel-bacillus jelenlétére kell következtetnünk, míg a kékes elszíneződés a putrificus bacillusra jellemző. További különbség a két fertőzés klinikai megjelenésében, hogy a Fraenkel-bacillussal fertőződéskor a hőmérséklet alacsony, az agyvelőtünetek az előtérben vannak, míg putrificus-fertőzés eseteiben a hőmérséklet magas. Az általános narcosis a halálózást növeli a fertőzés következtében jelenlevő szívgyengeség miatt.

Pels-Leusden hosszabb idő előtt végzett aneurysma-műtét után észlelt gázphlegmonét. Szerinte a chemiai anti-sepsis czéltalan, csak árthat.

Venereás betegségek.

A congenitalis syphilis prognosiról és modern kezeléséről ír Fred Wise (New-York). Általában az a vélemény, hogy az újabb antilueses eljárásokkal veleszületett syphilis eseteiben kisebb eredmény érhető el, mint szerzett lues eseteiben. Sok újabb tapasztalás azonban az ellenkezőt tanítja. A congenitalis syphilis sok tekintetben még ma is túlgengén kezelik. Az is igen gyakori, hogy a syphilises gyermek vagy újszülött egyáltalán nem részesül gyógyításban. Ennek sokszor az az oka, hogy a syphilises anyának gyermeke a születése után egy ideig tünetet nem mutat, sőt még a Wassermann-reactiója is negatív. Pontos további észlelés és vizsgálat azután vagy tünetet, vagy legalább pozitív reactiót szokott kideríteni. A syphilises gyermekek kezelésére vonatkozóan már régebben kísérleteztek olyan tejjel, mely kéneseivel kezelt anyától, dajkától vagy tehéntől származott. Később ezt a tejen keresztül való gyógyítást a salvarsanra is átvitték, még pedig elég jó eredménnyel (Taegge, Duhot, Neisser, Jesionek s mások). Csakhamar azonban áttértünk arra, hogy a csecsemőt közvetlenül salvarsannal gyógyítottuk. A helybeli gyakori necrosisok azonban gátat szabtak ennek. A neosalvarsannal most már ettől a szövödménytől nem kell tartani s így vagy intravenásan adható az, vagy ha az technikailag kivihetetlen, intraglutaecalisán. Wise a csecsemők syphilisét minél erősebb antilueses kúrákkal kívánja kezelni s e tekintetben nagyrészt Erich Müller felfogását vallja. Az oly gyakran jól bevált calomelt nem ajánlja belső adagolásban. A kéneseit vagy kenécek, vagy injectiók alakjában ajánlja. E. Müller szerint az igazán erőyes kúra 8 neosalvarsan- és 12 calomel-injectióból áll. A szerző ezt csak helyeselni tudja. Mindenesetre érdekes, hogy a syphilidologusok még felnőttek syphilise ellenében is csak valóban indokolt esetben alkalmazzák a nem egészen veszedelem nélküli calomel-injectiókat. Müller adagjai olyanok, hogy a testsúly minden kilogrammjára 0.001 gr. calomel és 0.015 gr. neosalvarsan esik. Egy 4.3 kgr. súlyú csecsemő eszerint körülbelül 0.004 gr. calomelt és 0.07 gr. neosalvarsant kap. Kenécek esetén a szürke kenőcs adagja a testsúlynak 10 kilogrammjaként 1 gr. Egy-egy kúra átlag 3 hónapig tart. 3 havi szünet után újabb kúra következik. Ezt a szerző Müller nyomán több ízben ismétli. A második életévben a kénese-kúrák felváltva kenécekből vagy calomel-injectiókból állnak. A kúrák hatását Wassermann-reactióval kell ellenőrizni. Azt a körülményt, hogy az így gyógyított csecsemők olykor hirtelenül, collapsus tünetei között meghalnak, a szerző a syphilisre magára s nem az alkalmazott merész terapiára hárítja.

A veleszületett syphilis prognosisa nem oly sötét, mint áltaiában hiszik. A gyermek nemcsak megszabadulhat syphilises tüneteitől, hanem felnőve, hasznos tagjává lehet a társadalomnak. A congen. syphilisnek legnagyobb a halálózása az első életévben. Kassowitz tapasztalása szerint valamennyi congenitalisan syphilises gyermeknek 34%-a az élet első hónapjaiban elpusztul. Más észlelők ezzel szemben vagy nagyobb, vagy kisebb arányszámot találtak. A halált legtöbbször nem a lues idézi elő közvetlenül, hanem a betegséggel együtt járó általános gyengeség. A közvetlen halál-ok leggyakrabban bronchitisben, tüdőgyulladásban található (Monti). A syphilises jelenségek gondos kezelésre általában igen jól gyógyulnak, klinikailag tehát aránylag hamarosan érhető el gyógyulás. Másként áll a dolog a végleges gyógyulás kriteriumával, az állandóan negatív Wassermann kérdésében. Csaknem egyértelmű a tapasztalással bíró szakemberek nézete, hogy még erőyes és hosszas antilueses kúrák ellenére is legtöbbször pozitív marad a Wassermann-reactio. Különösen áll ez oly esetekre, a melyekben a kezelés csak későn indult meg. (Dermatolog. Wochenschrift, 1918, 18. szám.)

Guszman.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 25. szám. Pető János: A lúdtalpuság és kezelése. Sella József: Tumor fibrosus syphiliticus.

Vegyes hírek.

Az orvosi díjszabás kérdéséhez. A Budapesti Orvosok Szövetsége a napi sajtó útján a nagyközönséget felhívta, hogy ezentúl az orvosok számla szerinti díjait, valamint a tíz évi orvosi díjakat ne az év végén, hanem legalább is félévenként egyenlítsék ki. A Szövetséget a fizetési módozat e megváltoztatására hathatós okok indították és mégis akadt sok kartárs, ki ezen kézenfekvő okokat nem ismeri, vagy az orvosok ismert közönye folytán nem törődik vele és így a Szövetség határozatának nem akar érvényt szerezni. Szükségesnek találom tehát, hogy utóbbi kartársainknak a rövidebb lejáratu fizetési módozat előnyeit röviden ecseteljem. Miért kelljen éppen az orvosoknak nagyon is kiérdemelt díjaik kiegyenlítésére az év végéig várniok, holott a fűszeres, mészáros, szabó stb., kiknek számlája egyenként és évenként ma ezresekre rug, pénzét vagy rögtön, vagy havonta követeli? Ha tehát a készpénzfizetés ma minden terén járja, az orvosnak is évközben nagy pénzszegekre van szüksége a izszeresen megnagyobbodott számlák kiegyenlítésére, és így nem várhat az év végéig honoráriumának kiutalására. Mindennapos dolog, hogy a háziorvos vagy szakorvos az év elején súlyos betegség esetén sűrűn tesz látogatásokat. A rég meggyógyult beteg az év végéig természetesen megelégedezik betegségéről és így orvosának számláját az év végén túlnagynak találja és kifogásolja, háziorvosát pedig nem díjazza a látogatások arányához képest. Önértetes orvos ugyan követelésének helyt áll, de számos kartárs ilyenkor érthetetlen közönye és álszemérme folytán a rövidebbet húzza. A mostani horribilis drágaság mellett az orvosi díjak is aránylagosan emelkedtek és így az 1000—2000 koronás évi díjak vagy számlák napirenden vannak. Ily összegeket még a tehetősebbek is szívesebben részletekben fizetnek, mint egyszerre. Látjuk tehát, hogy eléggé hathatósak és kézenfekvők az indokok, melyek a Szövetséget a fizetés eddigi módozatának megváltoztatására indították. De hogy a közönséget e változtatáshoz hozzászoktassuk, igen gyakran magának az orvosnak közbenjárására van szükségünk. A közönség egy része rég magától is gyakorolja a fizetés ezen módozatát, egy másik része már most is tudomásul vette a hírlapi felszólítást, de azokat, kik orvosai iránti közönyből nem akarnak erről tudni, azokat mi orvosok figyelmeztessük jóakarattal méltányos és jogos kívánságainkra (beleértve a szövetség régebbi határozatait: az orvosi díjazás emelését, consiliumok külön díjazását stb.). Végre az orvos is kell, hogy a mai nehéz viszonyok között megéljen és csakis nyugodt megélhetési viszonyok között végezheti fáradságos és felelősségteljes hivatását. Lehetetlen, hogy akadjon évi ház, mely azért, hogy orvosa őt a Szövetség határozataira figyelmezteti, vele a viszonyt megszakítani akarná; és ha mégis akad, ez oly bizalomhiányt tanúsít orvosával szemben, hogy már az etika is megkívánja, hogy ily viszonyt maga az orvos szakítson meg. De még egyszer mondom, hogy ilyen eset alig képzelhető, pedig hány orvos retteg ettől hiábavalóan. Tehát újból és nyomatékosan kérem a tisztelt Kartársakat, hogy a Szövetség határozatainak önértetes és egyöntetűen szerezzenek érvényt. *Stricker Mór dr.*, kir. tanácsos, a Budapesti Orvos-Szövetség titkára.

Tauffer Vilmos tanár nyugalomba vonulása. A budapesti orvosi fakultásnak egyik nagyérdemű tagja legközelebb megvalik tanszékétől: *Tauffer* tanár beadta nyugdíjaztatási kérvényét. Sajnálattal látjuk a még erőinek teljességével rendelkező s az egyetemi tanárok korhatárát megsebált 70 éven még 3 évvel innen levő kitűnő tudóst és tanárt az egyetemi oktatás teréről távozni, melyen 37 éven át működött mint rendes tanár és klinikai igazgató. Örvedetes körülmény, hogy *Tauffer* tanár bő tapasztalatait és csorbítatlan tetterejét ezentúl is a köznek fogja szentelni, mint az anya- és csecsemővédelem egyik vezetője.

Kinevezés. *Gyuritz Sándor dr.*-t Szegeden államvasuti főorvossá, *Egri Miksa dr.*-t Borsod vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Járay József dr.*-t lövői, *Mráz Gallus dr.*-t felsőstubnyai körorvossá, *Reinkopf Izidor dr.*-t Nagylétán községi orvossá választották.

Semmelweis ünnep. A Közkórházi Orvostársulat Igazgató Tanácsa folyó hó 26.-án *Szontagh Félix* elnöklésével tartott ülésen egyhangulag elhatározta, hogy *Semmelweis* születésének 100. évfordulóját a következő módon ünnepli meg: 1. Julius 1.-én — halhatatlan hazánkfia születésnapján — a székesfővárosi közkórházak orvosi kara testületileg jelenik meg *Semmelweis szobra* előtt s leteszi koszorúját. 2. A Közkórházi Orvostársulat öszi ülészakánának legelején *ünnepi nagygyűlést* tart, melyet *Semmelweis* emlékének szentel. 3. A Közkórházi Orvostársulat a székesfővárosi közkórházak orvosi karával egyetemben „*Semmelweis-alapítványt*” létesít, melynek kamatait időnkint a székesfővárosi közkórházakból kikerülő legjobb, önálló bűvárkodáson alapuló és abszolút tudományos becsű orvosi dolgozat jutalmazására fordítja. 4. A Közkórházi Orvostársulat „*Semmelweis-érmét*” létesít.

A Stefánia szegénygyermek-kórház és a vele kapcsolatos egyetemi gyermekklinika 1917-ben 1704 fekvő és 23.770 járóbetegét látott el, továbbá 342 gyermeket oltott be himlő ellen. A fekvőbetegek közül az ingyenes osztályon ápolottat 83. Egy betegre átlag 21 ápolási nap esett. A halálozás százaléka 9.42 volt. A serummal kezelt diphteria-esetek halálozási százaléka 9.81-et tett. A rendszeres gyermekorvostani előadásokon kívül, melyeket 237 orvosnövendék látogatott, tartottak tanfolyamot csecsemővédőnk részére, továbbá külön tanfolyamot tanítónok részére a csecsemő- és gyermekegészségtanból. A nyilvános rendelkezéseken 28 orvos és szigorló orvos vett részt.

Hibaigazítás. Lapunk 324. oldalának első hasábján alulról a 8. sorban *Hirschsprung* helyett *Hirschfeld*; második hasábjának felülről 12. sorában „*renseignements*” helyett „*enseignements*” olvasandó.

Személyi hírek külföldről. A freiburgi egyetem anatómiai tanszékén a nyugalomba vonuló *Wiedersheim* tanár utóda *E. Fischer* odaváló rendk. tanár, ismert anthropologus lett. — A hallei egyetem bel-orvostani tanszékére *Volhard dr.*-t, a mannheimi városi kórház igazgatóját nevezték ki. — A heidelbergi egyetem elmekörtani tanszékét *K. Wilmanns dr.*-ral, a konstanzi állami elmegógyintézet igazgatójával töltötték be. — A bécsi egyetem élettani tanszékére *W. Trendelenburg* tübingeni tanárt hívták meg.

Meghalt. *Bodor Károly dr.*, Biharmegye tiszteletbeli főorvosa, Nagyváradnak évtizedeken át egyik legtekintélyesebb orvosa, a ki régebben az orvosi irodalom terén is buzgó működést fejtett ki, 77 éves korában június 21.-én Nyíregyházán. — *Reich Miklós dr.* orthopaed-orvos Budapestben 67 éves korában. — *Salgó Jakab dr.* udvari tanácsos, egyetemi magántanár, az igazságügyi orvosi tanács tagja, június 29.-én 69 éves korában. Az elhunyt negyedszázadon át főorvosa, illetve igazgatója volt a budapest-lipótmizei állami elmegógyintézetnek. Nevét számos szaktudománnyal foglalkozó értekezésével és népszerű cikkével tette ismertté. — *Wahrmann Albert dr.* hajdúfalusi orvos június 7.-én 71 éves korában.

Fővárosi Fásor Sanatorium Radiologiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnosztikára és mélytherapiára.
Vezető: **Biró Ernő dr.**, főorvos.

Dr. SZÉCŐ-féle ORVOSI DOKKAVIZSGÁLÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93—22. Tulajdonos: **Dr. Weisz Henrik orvos.** Budapest, VII., Sziv-u 69. I. em.

Dr. JUSTUS - kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fásor 13-15.

Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülőknek. A betegek kezelőorvosukat maguk választathatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek csatládias otthona. Vízgyógymód, villamos kezelése. Hízaló, sanatorium és vizgyógyintézet soványító kúrák. Bejáróknak is. Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriator 31.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diétás-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban. Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbetegek, anyagcserebetegek (czukor-baj, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízaló kúrák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla egy. m.-tanár.** Egész éven át nyitva.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physikalikus és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkuti-út 78. * Villamos megálló. * Telefon: 145—90. Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegnek üdülőknak és rekonvaleszcenseknek. * Hízó-kúra

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fásor 15. sz. Az összes modern villamos gyógy módok. Röntgen-laboratorium. Aimatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — bennlások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia. 1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (II. bemutató ülés 1918 január 20.-án.) 363. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 17.-én.) 363. lap. — A cs. és kir. Isonzó-hadsereg orvosi ülése. (1918 április 25.-én.) 364. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(II. bemutató szakülés, 1918 január 20.-án.)

Elnök: Szontágh Félix.

Jegyző: Szinnyei József.

(Folytatás.)

Tályog patkóvesében.

Kende Béla: A 23 éves nő hat hete volt beteg. Fájdalmait voltak baloldalon a has felső részében, a melyek kisugároztak a has alsó részébe és a czombba. Állandóan lázas, igen legyengült. A bal hypochondriumban egy dudoros, fájdalmas, a bal vesetájra ballottálható resistentia volt. A vizelet sok genyet tartalmazott. A bal ureter-szájadék környéke belővelt és a szájadék tiszta genyet ürített. Diagnosis: baloldali pyonephrosis. A jobb vese jól functionál. Műtét vertebralis anaesthesiában.

A vese igen megnagyobbodott, genyes zsák. Az alsó polus kiluxálása céljából betapintva látják, hogy patkóvesével van dolguk; az összekötő rész veseszövetből áll; a jobb vese kisebb a rendesnél. Az ureter és a vese ereinek lekötése és átvágása után a két vesét összekötő hidat klammer felett átvágják. A sebet kevés geny szennyezi; drainezik.

Sima sebgyógyulás.

Praeparatum: a normalis vese 4-szeresére megvastagodott genyes zsák; a vesemedenczének megfelelő részben galambtojásnyi kő.

Az aetiologia tehát vesekő, a mely hydronephrosist és másodlagos fertőzés folytán pyonephrosist okozott.

A műtét óta egy év telt el; az illető egészséges.

A gáti húgycső teljes elzáródása lövés következtében. Sikertelen resectio után húgycsőképzítés bőrlebenyek és hámtransplantatio segítségével.

Rihmer Béla: A beteget 1917 nyarán gátján golyó érte; két sikertelen műtét után az egész gáti húgycső hiányzott a scrotalis áthajlási redőtől 1 cm.-rel a hártás rész előttig. A seb alapja a mély harántgátizom volt. A beteg az előző műtéthez cystostomozva volt. A bemutató kathetert helyezett be a húgycsőbe a prostatás részig. A sarjadzás megindultával e körül nyílt vályu képződött. Ezt transplantált hámval borította, azután a gátról két oldalsó nyeles lebenyt fordított be, a melyekkel a húgycsőt elzárta. A beteg meggyógyult; naponta 4-szer jó sugárban vize.

Húgycső a szeméremtájra terjedő periurethralis phlegmoneval. Feltárás, később a húgycső eltávolítása, a fistula resectiója, a húgycső zárása a környékből vett lágyrészekkel.

Rihmer Béla: Az 54 éves férfi már 20 év előtt strictura miatt külső húgycsőmetszést állott ki. Az utóbbi időben nehezen vizelt, genyes folyása volt; felvételtkor a fangsont táján pirosság, duzzanat, bemetszve geny ürül; néhány nap múlva a seben a vizelet ki tudott ürülni. Gombos kutatóval a gáti részen puha, málékony sarjszövet közé jutunk; visszahúzva a kutatót, geny ürül. A symphysis feletti seb levezet a húgycső felé; a gáton ellennyilást készítünk, mire a húgycső-genyedés megszűnik. Ekkor feltárjuk a húgycsövet; a fistula a gáti húgycsőhöz vezet, mélyében a húgycső falából kiöblösödő üregben két mogorónyi phosphat-kő. A fistula heges falát kiirtjuk a húgycsőig, a húgycső oldalfalát reszekáljuk és a hiány szélén a lágyrészeket catguttal összeöltjük. A fistula felfelé terjedő részét kikaparjuk. A beteg eleinte lefelé is vizelt; jelenleg gyógyult, hajszálnyi sipolylyal.

Ez esetben a régi szűkület mögötti részben phosphatos húgykő képződött vagy akadt fenn, mely sértette a húgycső falát és a szokatlan irányú húgycső körüli phlegmonere vezetett.

Az egész gáti húgycső callosus szűkülete a gát bal felét elfoglaló kérgesfalú tályoggal. Az összes hegek és a gáti húgycső falának resectiója után húgycsőképzítés környéki lágyrészek és bőrlebenyek segítségével.

Rihmer Béla: Az 58 éves férfi 18 éve vize nehezen. 6 hét előtt a gáton daganat, mely három hét előtt kifakadt. Jelenleg filiformissal sem átjárható szűkület, chr. periurethritis kérgesedéssel, melyet feltárunk, később az egész tályogüreg falát a húgycső gáti részével együtt reszekáljuk, csak a felső fal marad meg. A gáti rész elejét a környező lágyrészekből reconstruáljuk. A hátulsó részen nincs odavonható lágyrész, ezért a median metszés jobb oldaláról vett téglányalakú elcsusztatott lebenynyel fedjük; a lebeny két oldalán kis drain. Jelenleg hajszálnyi sipoly.

A bemutatót esetek a húgycső óriási reparatív képességéről tanuskodnak. Véres felületükkel befordított lebenyek, nagy kiterjedésű véres felületek ugyszólván napok alatt hámval vonódnak be. A vizeletet vagy deviáljuk és akkor hermetice zárunk, vagy drainezünk. A véres felületen vizeletnek pangani nem szabad. Elemi szabály, minden heget kidobni és azután a hiányokhoz szabni a tennivalókat.

Detre László: Kérde, hogy a hegesedés honnan indult ki.

Rihmer Béla: Mindkét oldalról indult ki s nem a nyálkahártya regenerálódik, hanem új hám vonja be a sebet.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1918 márczius 17.-én.)

Elnök Tóth István.

Jegyző: Molnár Béla.

Contact-szemüveg keratoconus ellen.

Mohr Mihály: A keratoconus tudvalevőleg a szaruhártya kúp alakú volta; rendszeren a serdülő korban kezdődik. A szaruhártya, nevezetesen a Descemet közepe megágyul és lassan enged a belső szemnyomásnak. Néha annyira elvékonyodik, hogy meg is reped. A csúcsa a Descemet megrepedezése folytán elhomályosul.

A rendetlen és szabálytalan fénytörés következtében, mely a kúp alak folytán előáll, nagyon rossz a visus, melyet a Lohstein-féle hydrodiaphanoskoppal vagy torusos üvegekkel próbáltak javítani.

Újabban Müller wiesbadeni műszemcsináló készít az egyénre szabott contact-szemüveget, átlátszó üvegcsészét, melyet a bulbusra, a corneára, a szemhéjak alá applikál és mely a görbületi anomaliát gyönyörűen korrigálja.

G. G. 20 éves hivatalnoknak jobb szemén van keratoconusa. $V = \frac{5}{30}$, melyet a contact szemüveg $\frac{5}{7}$ -re javít. A contact szemüveg a keratoconus romlásának meggátolására is alkalmas.

Ifj. Liebermann Leó: A bemutatót eset szépen mutatja azt, a mit eleinte kételkedéssel fogadtak, hogy a contactüveg állandó érintését milyen jól tűri a szem, izgalom és kellemetlen érzés nélkül. Nyilván ebből a tapasztalatból kiindulva készítették Illig ugyancsak a wiesbadeni Müller műszemcsinálóval egészen hasonló üvegcagylókat, melyek más célra szolgálnak: a szemhéjlenövés (symblepharon) megakadályozására sérülések, különösen égések és maró anyagok okozta kötőhártya- és szaruhártyahámfoszlások eseteiben, valamint a már meglévő symblepharon műtéti szétválasztása után az újbóli összenövés megakadályozására. A szülő ilyen kagylót mutat be egy beteg szemén, a kinek régi symblepharonját két nappal ezelőtt operálta, anélkül, hogy a sebet a különben szokott módon kötőhártyával fedte volna; a kagyló addig marad benn, míg a sebfelületek behámasodtak. Az Illig-féle kagyló abban különbözik a keratoconus-kagylótól, hogy a corneának megfelelő kerék ablaka van, hogy a cornea felülete szabadon maradjon; ezért éjjel-nappal bennmaradhat, a mi ezekben az esetekben fontos, míg a keratoconuskagylót éjjelre jobb kivenni. Illig a corneának

kezelés céljából való hozzáférhetőségét is hangsúlyozza, a mikor fekély vagy homály van rajta a sérüléstől, valamint a váladék szabad lefolyását; az utóbbi szempont a fontosabb, mert a corneára ható szereket nem alkalmazzuk közvetlenül a corneára. Hasonló célra szolgáló vastagabb, szintén nyílással ellátott üvegkagylókat oly esetek számára, melyekben a szemet eltávolítjuk és összenövésről kell tartanunk — úgynevezett interimplantációkat — Müller már több év óta készít.

(Folytatása következik.)

A cs. és kir. Isonzo-hadsereg orvosi ülése.

(1918 április 25.)

Elnök: Thoman Miklós dr., vezértörzsorvos, hads. e. ü. főnök.

1. Prof. Tandler (Wien): Az orvosok szerepéről a háború utáni népesedési politikában. Röviden ismerteti a különböző évszázadok népesedési politikájának célját. Megkülönböztet imperialista, commercialis, nemzeti és socialis népesedési politikát. A nép kereseti, lakás- és élelmezési viszonyaira, születési és halálozási arányaira vonatkozólag a háború előtti és a háborús időből vett statisztikai összehasonlításokat mutat be a különböző államokból. Az orvos van hivatva a néppel való közvetlen érintkezés útján a népet hygienesen nevelni, a mit hatósági rendeletekkel elérni nem lehet.

2. Demmer ezredorvos: A háborús törések kezelésének egységes szervezése. A háborúban egységesíteni kellene a törések kezelését, a legegyszerűbb eszközök használatát, a szállítást, az egészségügyi intézetek elhelyezését. Három állomás szükséges: 1. a segélyhely, 2. a hadosztály-egészségügyi oszlop vagy tábori kórház és 3. a hadtápkórház. Legfontosabb mindhárom állomáson a törés fixálása.

A segélyhelyen első a vérzéscsillapítás, a magasra fektetés és a fixálás. Fontos az egyenruha kimélése.

A hadosztály e. ü. oszlopnál, vagy a tábori kórházban első a seb átvizsgálása az infectiót illetőleg. Oedema malignum mint szövödmény a legsürgősebb amputációt javalja. Feltárás, drainage ezen az állomáson végzendő. Szilánkokat nem távolít el a bekövetkező pseudarthrosis miatt. Egészen szabad szilánk, vagy a melyik a drainaget zavarja, eltávolítandó. A rögzítő kötés ezen az állomáson csak provisorius legyen a seb ellenőrizhetése céljából. Sinkötések, az alsó végtagon a bordáig, a medenczét tartó szárnyakkal. Gipsz az állandó kezelés megkezdése előtt káros lehet. A stabil kórházi kezelés minél előbb elérhető legyen. Fixálás, ízületmozgatás, lágyrészkezelés! A mozgítás abbahagyandó, ha láz áll be. 25 képet mutat be a legolcsóbb és legegyszerűbb sinkötésekről.

Fontos a törések centralizálása egy hadosztálykórházban.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhely központi intézeténél üresedésben van az **intézeti másodorvosi állás**, a mely évi 1200 korona (havi 100 koronás részletekben fizetett) tiszteletdíjjal, természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel van javadalmazva. Esetleg azonban az intézetén kívüli lakhatás is meg lesz engedve. A pályázó orvos vagy orvosnő kívánságára kivételesen azonban 10 korona napidíjból és I. oszt. természetben élvezendő élelmezésből is állhat a másodorvos javadalmazása. Ezen esetben is megkívántatik azonban, hogy naponta legalább délelőtt 10 órától 1 óráig és délután 5 órától 7 óráig a pécsi állami gyermekmenhely központi intézetében végezze a reá bízott orvosi teendőket.

A megbízandó másodorvos ellenőrző telepvizsgálatokra való kiküldetése esetében 18–30 korona napidíjban részesül.

Felhívom az orvosdoktorokat és orvosdoktornőket, a kik ezen állásra történendő megbízatásukat óhajtják, hogy 1 koronás okmánybéllyel ellátott ezen állásra való képesítettségüket és eddigi orvosi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt, a nagyméltóságu m. kir. Belügyminister úrhoz címzett folyamodványukat a pécsi állami gyermekmenhely igazgatóságához **legkésőbb f. évi július hó 31-ig** ajánlott levélben küldjék be, annak megjelölésével, hogy megbízásuk esetében az állást mikor foglalhatják el.

Csupán olyan pályázók folyamodványa lesz tekintetbe vehető, a kik vagy állandóan vagy legalább is néhány hónapra vállalják a másodorvosi teendők elvégzését.

Megjegyzem, hogy okleveles, alkalmas pályázó hiányában kivételesen szigorú orvos vagy orvosnő is alkalmazható ezen állásra.

Pécs, 1918 június 23.-án.

Gobbi Gyula dr.

a pécsi állami gyermekmenhely igazgató főorvosa.

12435/1918.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztárának igazgatósága az alább megjelölt orvosi állásokra hirdet pályázatot:

1. Az I. kerület Lágymányosi-úti részen,
2. az I. kerület Krisztina-városi részen,
3. a II. kerület Margit-körúti részen,
4. a III. kerület óbudai területen lakó pánztári tagok orvosi ellátására **egy-egy kerületi kezelőorvosi állásra**.

Az összes állásokra — a viszonyokra való tekintettel — ezidőszertint ideiglenes megbízás adatik és ez a megbízatás csupán az igazgatóság további intézkedéséig, illetőleg a visszavonásig marad érvényben.

A fontosabb területi meghatározást az igazgatóság egy későbbi időben fogja megállapítani.

Fizetés megállapodás szerint.

A megbízandó orvos az érvényben levő szolgálati és fegyelmi szabályoknak tartozik magát alávetni.

A pályázati kérvények működési bizonyítvány-másolatokkal felszerelve, a hirdetmény megjelenésétől számított **8 nap alatt** a pénztár főorvosi hivatalához címezve (VII. ker., Bethlen-tér 1. sz.) nyújtandók be.

Budapest, 1917 június hó.

HIRDETÉSEK.

Két, esetleg három orvosi állás

együtt 8–10.000 koronás fixummal, Budapest közvetlen közelében (1/4 óra villamoson) átadandó.

Információt ad Dr. Szappanyos ügyvédi irodája, Budapest, VIII., Kölcsey-utca 4. Délután.

Röntgen-készülék

45 cm. inductorral, olesón eladó.

Üzembelen látható naponta 3–5 között Mehmed szultán-ut 13. II. 4. Telefon József 102–88.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhímlő-
:: termelő intézete ::
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.)

PROVIDOFORM Prof. BECHHOLD szerint.

méregtelen, színtelen, szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva. (Kir. intézet experiment. therapia számára Frankfurt a/M.)

Providoform-tabletták 10-szer 1 gr. K 2.—

sokkal jobb és olesóbb a jodnál.

— Irodalom rendelkezésre. —

Ausztria-Magyarország és a Balkán-államok számára kapható: Th. Lindner által Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.

Verlagsbuchhandlung
Kurt Kabitzzsch, Würzburg.

Anleitung
und Indikationen

für

Bestrahlungen
mit
Künstlicher
Höhensonne

Dr. H. BACH,
titkos egészségügyi tanácsostól.

Ára M. 3.—.

Bach könyve, mint már a címe mutatja, azon feladatot tűzi maga elé, hogy a mesterséges magaslati napfényről utmutatást adjon, mely rövid keretben ezen téren való minden tudnivalóról kimerítő áttekintést nyújtson. Figyelembe vette azon javatokat is, melyeket a háború alatt nyert tapasztalatok igazoltak és terjedelmes irodalmi kimerítő összeállítást nyújt, oktató ábrák egész sorozata által kiegészítve. Mivel ezen téren igen sok kérdés még tisztázva nincsen, szerző az anyag bíráló megvilágításába bocsájtkozni nem kívánt és csakis az összes tudnivaló összeállítására szorítkozott, mindig szem előtt tartva azon célt, hogy az újonczokat is a mesterséges magaslati napfényvel való kezelési módszer titkaiba beavassa. Hogy mily mértékben érte el a célját, legjobban bizonyítja azon tény, hogy igen rövid idő alatt nagy elterjedésre talált. Két éven belül már a harmadik átdolgozott és bővített kiadás jelenhetett meg. Mint szívesen használt útmutatót mindenütt becsülik.

A 3-ik kiadás teljesen elfogyott, a 4-ik lényegesen átdolgozott kiadás már nyomás alatt van és nemsokára megjelenik.

ARGENTOCOLL

Név törvényesen védve.

Colloid-ezüst steril ampullákban
à 2 cm³ 5 pro mille Ag-tartalommal

mindoly esetekben, a hol colloid-ezüst ja-
valva van, nagy eredménnyel használtatik,
különösen

nehéz (septikus) izületi rheumánál.

Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók
megbetegedési tünetek, sem görcsök fellépése
észlelhető nem volt.

Raktár Budapesten: Filó János és Török József-nél.

Próbák orvos uraknak díjmentesen.

Rich. Paul, Med.-chem. Industrie, Graz.

Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

Arsorobin. 0.05 és 0.01 Natr. Methylarsenat-oldat. Arzen-
kurára.

Argosol. Isotóniás kolloid. ezüst-oldat: sepsis, pneumonia,
endocarditis stb. Intravenosus, intramuscularis
injectio.

Hydarsol. Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues esérében; intra-
vénás vagy intramuscularis beletcskendezésre.

Mintkat díjmentesen küld az orvosoknak
MARBERGER GYULA, orvos-gyógyszerészeti laboratoriuma, UJPEST.

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.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.
Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára
BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

NERVOPLAST-ÖRKÉNY

(Elixir vanadii comp.)

A NERVOPLAST-ÖRKÉNY igen hatásos **sedativum**, enyhe **hypnoticum**, **roborans** és **tonicum**.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, epilepsia, traumás neurosis-nál, ideges phobiánál és egyéb ideges megbetegedéseknél.

NERVOPLAST-ÖRKÉNY

indicált a nőgyógyászatban olyan dysmenorrhoeánál, melynek oka ideges megbetegedés, továbbá a klimakteriumban előforduló ideges zavaroknál. ::

NERVOPLAST-ÖRKÉNY

:: indicált az urologiában, sexualis neurastheniánál. ::

Adagolás **felntteknél**: naponta 3 evőkanállal.
„ **gyermekeknél**: naponta 3 kávékanállal.

Ára üvegenként 4 K.

Ára üvegenként 4 K.

FERGLOBIN-ÖRKÉNY

(Tabl. ferr. glycerophosp. e. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr. fémvasnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

Olesó medicatio! Obstipatiót nem okoz!

FERGLOBIN-ÖRKÉNY

cum. arseno.

Tablettánként $\frac{1}{2}$ milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, leromlott phthisikus betegeknek és reconvalescenseknél.

KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

A kola-diónak forgalomban lévő készítményeiben foglalt hatóanyagokon kívül a Heckel tanár által a friss kola-dióban talált **illó olajat** is tartalmazza. A megejtett vizsgálatok szerint a

KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

2.346 % Coffeint, 0.023 % Theobromint, 1.591 % csersavat tartalmaz. Ennélfogva a szív zsongító szere, összehúzóását szabályozza, az érverések erősebben lesznek és számuk csökken. Az akarattól független izmok működését elősegíti. A túlfeszített testi és szellemi munka következtében beálló idegkimerültséget megszünteti. — A

KOLA GRANULE „ÖRKÉNY“

rendelése és adagolása indikált: Idegbántalmaknál, neuralgiánál, testi és szellemi túlterhelés eseteiben és szívbántalmaknál.

Adagolása naponta háromszor egy teás kanálnyi vízben vagy tejben.

Készíti: **ÖRKÉNY HUGÓ,**

„Nagy Kristóf“ gyógyszerháza és gyógyszerészeti laboratóriuma, Budapest, IV., Váci-utca 1.

Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.