

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:

IX., Knežits-utca 15.

ALAPITOTTA

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÖGYES ENDRE

Kiadóhivatal

IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap
2 1/2—3 1/2 íven.SZERKESZTI ÉS KIADJA
LENHOSSEK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ

SZERKESZTŐ

Küldemények és előfizetések czíme

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám.

Egyes számok kaphatók Kilián
Frigyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.).
Egyes szám ára 1 korona.Előfizetési árak
nelyben és vidéken
egész évre 20 kor
fél évre 10
negyed évre 5
Orvostanárak, egyetemi
orvosok és kótelező kórház
gyakorlati felkészítői a fel-
és a portán fizetnek

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Fuchs Dénes: Epidemiológiai és serológiai tapasztalatok a paratyphusról. 353. lap.
Pogány Ödön: A székacsont néhány anatómiai rendellenessége a fülsébeszet szempontjából. 355. lap.
Mester Emil: Néhány szó a subfebrilis kérdéséhez. 358. lap.
Spiegel Béla: Közlemény a Semmelweis-(Szent István)-kórház III. számú sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr.) A gyomor kizáródása czombsérvényben. 358. lap.
Csáky László és ifj. Molnár Béla: Közlemény a budapesti tudományegyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.) Az ecetsav pótlása klinikai vizsgálatok alkalmával. 359. lap.
Ónodli László: A budapesti tudományegyetem II. sz. kórbonczani intézetéből. (Igazgató: Krompecher Ödön dr., ny. r. tanár.) Az orrsővény veleszületett teratoid daganatai cheilognatopalatoschisis esetében. 359. lap.

Hainiss Géza: Néhány szó Szana Sándor és Totis Béla „Hiányosan táplált szopós csecsemők dyspepsiája” című közleményéhez. 360. lap.
Preisich Kornél: A hiányosan táplált szopós csecsemők dyspepsiája. 361. lap.
Szana Sándor: Válasz a hiányosan táplált szopós csecsemők dyspepsiájához tett észrevételekre. 362. lap.
Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvosok.* Knauer: A paralysis progressiva és agy-syphilis salvarsan-kezelése. — W. Unverricht: A bronchectasiák kezelése mesterséges pneumothorax-szal. — Rumpel: A háború okozta hiányos táplálkozás befolyása a morbiditásra. — Sebeszet. Roedelius: A mély subpectorális-phlegmone. — Erdheim: A téntaczeruza okozta sérülések. — Stemmer: A végbélistula új műtét módja. — Gyermekekorvostan. — R. Hulschinsky: A rachitisnek mesterséges napfényvel (quarzkénes-lámpa) való kezelése. 362—364. lap.
Magyar orvosi irodalom. 364. lap.
Vegyes hírek. 364. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Epidemiológiai és serológiai tapasztalatok a paratyphusról.

Irta: **Fuchs Dénes** dr. tanársegéd a III. sz. belklinikán.

1916 őszétől 1917 nyaráig, mint az akkortájt Kelet-Galicziában operáló IV. hadtest higienikusa, egy paratyphus B-endemiát észleltem, a mely több szempontból érdemi meg a vele való foglalkozást. A hadtest kezdetben két osztrák-magyar divízióból állott, melyek közül az egyik a Batkow-tótól északra, a másik pedig attól délre volt állásokban. A tótól délre fekvő frontrészletnek, a mely a Szereth-lapályban feküdt, kezdetből fogva kielégítő volt a vízzel való ellátása, míg az északi frontrészletnek csak néhány kút és forrás állott rendelkezésre, melyek közül azonban a közvetlenül az állások mögött fekvők az ellenség által belátott területen voltak. A déli frontrészleten 6—8 m. mélységben mindenütt elegendő mennyiségű és a hygiene szempontjából kifogástalan vizet lehetett kapni, míg a mélyebben fekvő északi front-részlet meszes és krétás talajában a talajvíz mélyen állott, úgy, hogy Northon-pumpával nem volt elérhető, s a mélyfúrás, a mely körülbelül 40 m. mélységben adott vizet, szintén csak kis mennyiséget szolgáltatott. Ilyen körülmények között csak két kutat használtak az állásokban lévő ezredek, melyek közül az egyik (az északi szárnyon) egy keskenyebb és mélyebb, a másik (a déli szárnyon) egy szélesebb és laposabb völgymélyedésben foglalt helyet. Minthogy azonban ez a két kút nem elégítette ki a vízszükségletet, ezért két hátrább fekvő bővizű forrásból (a Szereth forrásaiból), körülbelül 3 és 5 km. távolságból is vittek vizet hordókban a csapatoknak.

Az ezredek állásait július végén foglalták el. Augusztus és szeptember folyamán annyira állandósult a helyzet, hogy ez időtől kezdve az összes lázas, illetőleg fertőző betegségekre gyanús betegeket a hadtest egyik hadosztályegységügyi oszlopának elkülönítő osztályában visszatarthattam s úgy klinikailag, mint bakteriologikailag pontosan észlelhettem. Szeptember havában állapítottam meg először paratyphus B-megbetegedéseket az északi frontrészlet csapataiból. Októberben a 83. gyalogezred két századából 11, a 48. gyalogezred két századából 3, a porosz 233. gyalogezredből, mely e hónap közepén a 48. és 83. ezred közé ékelődött be, 1 és a 26. gyalogezredből, mely az állások mögött tartalékalásokban feküdt, szintén 1 megbetegedés fordult elő. Novemberben a

83-asok 5, a 233-asok 4, decemberben a 83-asok 5, a 233-osok 4, januárban a 83-asok 4, a 233-asok pedig 5 újabb megbetegedést szolgáltattak. Februárban a 233-asok közül hárman betegedtek meg. Márciusban két 83-asnak volt paratyphusa. Áprilisban és májusban egy typhosus megbetegedés sem fordult elő. Május végén kivonták a 233. gyalogezredet frontszakaszunkból és az osztrák-magyar 19. gyalogezred foglalta el a Batkow-tótól északra fekvő frontszakaszunk felső részét, a hol eddig a 233-asoknak, illetőleg tőlük északra a 83-asoknak egy-egy zászlóalj állott. Júniusban a 19. gyalogezred 15 paratyphus B-beteget adott le, majd július első két harmadában még 7 további paratyphus-beteget. A júniusi megbetegedések az ezred III. zászlóalijából származtak, míg a júliusi paratyphusok az első zászlóaljból, amely utóbbi július 1-én a tartalékalásokba vonuló III. zászlóalj harcai állásait foglalta el.

Július 20.-án történt az emlékezetes zloczowl áttörés, a melynek következtében egész frontszakaszunkat körülbelül 10—30 km. mélységben toltuk előre a Szereth mentén elhúzó új állásokba. Ettől kezdve augusztusban és szeptemberben egészen október elejéig, mikor is az egész hadtestünket más hadszíntérre vitték el, több paratyphus-megbetegedés nem fordult elő.

Az összes eddig említett paratyphus-megbetegedések mindegyike klinikailag a typhus körképében folyt le, s a differential-diagnoszt csak a bakteriologiai, illetőleg serológiai vérvizsgálat döntötte el.

Április és május hónapban a 83. gyalogezred III. zászlóalijában icterus-endemia támadt. Áprilisban 8, májusban 35, júniusban 6 volt a megbetegedések száma. A megbetegedések klinikai képe teljesen megfelelt az icterus catarrhalis körlefolyásának, az esetek legnagyobb része 8—10 nap alatt gyógyult, voltak azonban olyan betegek is, a kiknek a láza 8—12 napig tartott, az icterus pedig 3—5 hétig, a reconvalescentiájuk is hosszabb volt. A klinikai vizsgálat mindenekelőtt kizárta azt, hogy *Weil*-megbetegedés (icterus infectiosus) okozta az endemiát. A vér bakteriologiai és serológiai vizsgálata azonban kiderítette a tömegesen előfordult lázas icterus okát: az eseteknek ugyanis több mint a felében részben tenyésztéssel, részben pedig agglutinációs vizsgálattal paratyphus B-t tudtam kimutatni.

Június hóban ugyancsak a 83. gyalogezredből néhány napig tartó lázzal járó tömeges heveny gyomorbélhurutot jelentett az ezred orvosfőnöke. A betegek részben az ezred segélyhelyén, részben pedig a hadosztály egészségügyi osztályának előretolt osztályán ápolattak. A klinikai képben a

Sor- szám	N é v	Oltás előtt			Oltás után								
					2 héttel			7 héttel			12 héttel		
		Ty.	P. A.	P. B.	Ty.	P. A.	P. B.	Ty.	P. A.	P. B.	Ty.	P. A.	P. B.
1	Tarkó	—	—	—	—	—	100	—	—	200	—	—	200
2	Gombás	—	—	—	—	—	1600	—	—	400	—	—	200
3	Kis	—	—	—	—	—	1600	—	—	15000	—	—	3200
4	Lőrincz	—	—	—	—	—	100	—	—	800	—	—	200
5	Geiger	—	—	—	—	—	1600	50	—	3000	—	—	800
6	Nutyán	—	—	—	—	—	800	—	200	1600	—	—	400
7	Veskest	—	—	—	—	—	1600	—	—	1600	—	—	600
8	Vojcek	—	—	—	—	—	800	—	—	100	—	—	—
9	Vidos	—	—	—	—	—	100	—	—	1000	—	—	200
10	Makáti	—	—	—	—	—	200	100	—	200	—	—	50
11	Zvibro	100	—	—	—	—	3200	—	—	2000	—	—	1000
12	Németi	—	—	—	—	—	800	—	—	800	—	—	200
13	Csányi	—	—	—	—	—	1600	—	—	1600	—	—	400
14	Maróti	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	Podgarcsik	50	—	—	—	—	800	200	—	1600	100	—	400
16	Zasci	—	—	—	—	—	200	100	—	200	50	—	50
17	Csukodi	—	—	—	—	—	400	250	—	3000	50	—	1200
18	Bádi	—	—	—	—	—	400	—	—	600	—	—	—
19	Bányász	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	Mészáros	50	—	—	100	—	800	800	—	1600	200	—	1600
21	Riszer	50	—	—	—	—	1600	800	—	1200	100	—	400
22	Stefán	—	—	—	—	—	400	100	—	200	—	—	100
23	Virág	—	—	—	—	—	800	100	—	400	50	—	200
24	Speiser	—	—	—	—	—	400	—	—	200	—	—	200
25	Kotoczo	—	—	—	—	—	1600	—	—	1600	—	—	400
26	Közse	—	—	—	•	•	•	200	—	400	—	—	—
27	Sütő	—	—	—	•	•	•	100	—	100	—	—	100
28	Gyarmati	—	—	—	•	•	•	200	—	400	100	—	200
29	Rottenberg	—	—	—	•	•	•	50	—	200	50	—	50
30	Sénai	—	—	—	•	•	•	200	—	100	50	—	100
31	Panek	50	—	—	•	•	•	800	—	3200	100	—	1200
32	Tergeng	—	—	—	•	•	•	200	—	1600	—	—	800
33	Konozalesz	50	—	—	•	•	•	800	—	800	200	—	100
34	Domidow	—	—	—	•	•	•	50	—	250	—	—	—
35	Kolenko	—	—	—	•	•	•	—	—	400	—	—	250

hasmenés állott az előtérben, gyakori és híg, nyálkás székletekkel, úgy, hogy először dysenteriára gondoltunk és csak az esetek bakteriologiai és serologiai feldolgozása mutatta meg a baj igazi természetét. Ismét a paratyphus B volt az, a mit a másfél hónap leforgása alatt körülbelül 70-re menő eset túlnyomó számában részben a vér agglutinációs vizsgálata, részben pedig a széklet bakteriologiai vizsgálata alapján kimutatnunk sikerült.

Látnivaló, hogy ugyanaz a kórokozó, a paratyphus B-bacillus egy év leforgása alatt egyrészt folytatódatosan létrehozta mindama kórképeket, a melyekben a paratyphosus infectio klinikailag meg szokott jelenni (typhosus és gastro-intestinalis alak), másrészt pedig egy icterus-endemia elterjedésére vezetett. Az icterus endemiás jelentkezését úgy magyarázhatjuk, hogy a paratyphus-bacillus a vékonybél magasabb részében lokalizálódó hurutot hozott létre, azaz az

icterus-endemia csak a paratyphus gastro-intestinalis megjelenési formájának duodenalis localisatioja volt, s mint ilyen szembeötlőbb tünetekre (hasmenések) nem vezetett. Ez az észlelés, míg egyrészt megerősíti azt a felvételt, hogy a nagy icterus-epidemiáknak, amelyeket a fronton különösen 1915 tavaszán és nyarán, de később is észleltek, minden valószínűség szerint infectiousus alapja volt, másrészt felhívja a figyelmet arra, hogy tömegesen jelentkező icterus esetén gondolnunk kell a paratyphus-bacillusoknak kórokozó lehetőségére. Kisebb-nagyobb icterus-endemiákat kaszárnnyakban, internatusokban stb. régebben is gyakrabban észleltek, s ha tekintetbe vesszük a paratyphus B-bacillusoknak az élelmiszer-mérgezésekben való fontos szerepét, s a paratyphus-bacillusoknak ubiquitáer voltát, nagyon valószínű, hogy ezeknek a bacteriumoknak nagyobb részük van az icterus epidemicus létrehozásában, mint ahogy azt eddig általában gondoltuk.

Nézzük már most, hogy mi volt ennek a paratyphus-endemiának a forrása.

Legközelebb áll, hogy élelmiszermérgezésre gondoljunk. Ezt a felvételt azonban az endemia egész fennállására teljes biztossággal kizárhattuk, a mennyiben az egész hadosztálynak élelmiszereivel való ellátása egy központból történt, a húst egy helyről, a mintaszerűen berendezett hadosztály-vágóhidról szerezték be, már pedig a déli frontreszen egyetlenegy megbetegedés sem fordult elő, s a német ezredben, amelyet más helyről élmeztek, szintén mutatkoztak paratyphus-esetek ugyanakkor, amikor az ugyanazon helyről ellátott, de más hadosztályba tartozó többi német csapatban paratyphus-megbetegedéseket egyáltalán nem észleltek.

Contact infectio felvételére is hiányzott minden alap; a megbetegedések, leszámítva az icterus- és gastroenteritis-endemiát, szörványos jellegűek voltak és az egyes esetek között nem lehetett kapcsolatot kimutatni. Átvizsgáltuk a mozgókonyhák egész személyzetét és az élelmiszerbeszerzéssel és kiosztással foglalkozók mindegyikét arra vonatkozólag, hogy nincs-e közöttük bacillusgazda, de ez a vizsgálat is negatív eredménnyel járt.

A megbetegedések helyhez voltak kötve, mindig az ugyanazon frontreszletet elfoglaló más és más csapatstábokban jelentkeztek és így helybeli okra kellett visszavezetni az infectio forrását. Világosan kitűnt ez a körülmény a 233. porosz gyalogezredben tett tapasztalaton. Ennek az ezrednek 3 zászlóalja közül mindig csak egy tartózkodott az állásokban, a másik kettő tartalékalásokban volt, még pedig a déli frontreszlet mögötti táborokban. Mihelyt valamelyik zászlóaljat kivonták az állásból és lekerült a délen fekvő táborba, nem adott le többé paratyphus-beteget, míg az állásba bekerülő zászlóaljból mindjárt mutatkoztak megbetegedések.

A localis ok csak az ivóvízben volt kereshető, annál is inkább, mert a megbetegedések főképp a kút körül lokalizálódtak, így különösen a csak egy-egy zászlóaljra kiterjedő icterus-, illetőleg gastroenteritis-endemia, amely zászlóaljak közvetlen a legészakibb kút előtt feküdtek. A kutak vizének hygienés vizsgálata chemiai tekintetben nem adott gyanus momentumot, a bakteriologiai vizsgálat azonban számos próba után pozitív eredményre vezetett, amennyiben *Eykman* eljárása szerint sikerült *Conradi-Drigalski*-táptalajon kék telepekben növe, jól mozgó és a szőlőcukros bouillont erjesztő bacillusokat tenyészteni, amelyeket azután többszöri átoltás után a paratyphus B-serum jól agglutinált.

A kút vizének fertőzése csak a környezet részéről volt lehetséges, s erre több okból volt meg a lehetőség. A kút, mint már fentebb említettem, egy keskeny és mély völgy-mélyedésben feküdt, s körülbelül 10 m. mély Norton-kút volt, alig két és fél méter vízállással, mely a folytonos használat következtében annyira súlyosult, hogy a legénység, hogy vizet kapjon, a pumpát eltávolította és kötélszál segítségével a legkülönbözőbb kis edényeket engedte le. A völgy-mélyedés volt a két oldalról lefolyó természetes csapadéknak a levezetője, amelynek a szennyeződése, tekintve, hogy az oldalakon több zászlóaljnyi katonaság táborozott és több gépfegyver-osztagnak a lovai voltak elhelyezve, könnyen és állandóan létrejöhett.

*

1917 őszén a tarnopoli typhusjárvány alkalmából az egész polgári lakosságot, valamint az ott állomásozó katonaságot beoltottuk egy vegyes vaccinával, amely 1 cm³-ben 2.500.000 csirát tartalmazott, melyből a fele typhus-, a másik fele pedig paratyphus B-bakteriumra esett. Az első oltáskor 1 cm³ vaccinát, a második oltáskor pedig (6 nap múlva) 2 cm³-t fecskendeztünk a bőr alá. Hogy megtudjuk, milyen hatást gyakorol a paratyphus B-vaccina a serum agglutinációs képességére, 100 egyénből (katonákból, hadifoglyokból) az oltás előtt vért vettünk és azután ugyanezekből az oltás után 2, 7 és 12 hét után ismét vért véve, vizsgáltuk a serum agglutináló hatását a typhus- és paratyphus-bacillusokkal szemben. Az eredményeket a mellékelt táblázat tünteti fel, a melyben 35 egyénre vonatkozó adatok vannak feljegyezve.

A többi 65 oltott egyénre vonatkozó vizsgálatot, mely részlet-eredményeiben megegyezett a közölt eredményekkel, mint-hogy csapatstábeiket időközben elvezényelték, nem lehetett befejezni.

Az összeállításból kitűnik, hogy elölt paratyphus B-bacillusok subcutan befecskendezése igen nagyfokú anti-testképződést váltott ki, jóval nagyobb, mint ahogy azt a typhus-védőoltóanyag alkalmazása után általában tapasztaltuk. Két héttel a vaccinálás után, amikor a vérsavó paratyphus B-agglutináló képessége igen tetemes volt, a typhus-bakteriumok agglutinációja úgyszólván még nem volt kimutatható. Oltás után 7 héttel a vérsavó paratyphus B-agglutinin-tartalma az esetek többségében emelkedett a 2 hét utáni értékhez képest s ugyanakkor a typhus-bakteriumok agglutinációja is bekövetkezett az eseteknek körülbelül felében. Az oltás után 3 hónappal a paratyphus-agglutinatio általános csökkenést mutat, de csak az eredetileg pozitív reactiót mutató eseteknek (33) mintegy 12%-ában tűnt el az agglutinatio. Ugyanebben az időpontban a typhusagglutininek nagyobb mértékben fogytak meg és nagyobb százalékban vált negatívvá az agglutinatio.

A gyakorlatra vonatkozólag azt a következtetést vonhatjuk le e vizsgálatokból, hogy a paratyphus B-vel való védőoltás hosszabb időre, legalább is 3 hónapra megakadályozza az oltott egyéneken a paratyphus B serologiai körjelzésének lehetőségét, tehát ugyanolyan viszonyokat hoz létre ebben a tekintetben, mint a typhus elleni védőoltás.

A táblázatból az is kitűnik, hogy a paratyphus B-vel való vaccinatio semmi befolyást sem gyakorol a paratyphus A serologiai körjelzésére.

A sziklacsont néhány anatómiai rendellenessége a fülsebészet szempontjából.

Irta: *Pogány Ödön* dr., fülorvos.

A sebészeti műtéttani könyvek — általában — nem sokat foglalkoznak az anatómiai rendellenességek tárgyalásával. A sebészeti gyakorlatban pedig épp e rendellenességek ismerete lenne a legfontosabb. E rendellenességek állítják igen gyakran nehéz feladat elé a műtőt. S midőn utólag vagy előzőleg e rendellenességek magyarázatát s megfigyelését keresi, vagy azokkal megismerkedni akar, ezt a sebészeti tankönyvekben nem találja meg. Különösen így van ez a fülsebészetben. Bármily kis területen játszódik is le a fülsebészet, az anatómiai rendellenességek száma igen nagy. Szinte jogos az a mondás, hogy nincs két egyforma csecsnýújtvány s nagyon jogosan mondta a budapesti fülészeti szakosztály egyik ülésén *Krepuska* tanár, hogy például magában a jugularis internának a lefutásában oly sok anatómiai rendellenesség észlelhető (innen a sok balsiker s eredménytelenség, mit a jugularis interna leköntések látunk), hogy ezek kutatása s vizsgálata nagyon fontos s a fülsebészet haladására igen üdvös lenne.

Néhány a fülsebészet körébe tartozó anatómiai rendellenességről óhajtók megemlékezni. Sebészeti szempontból nagyon fontosnak tartom az operációs asztalnál észlelt anatómiai elváltozások közlését, legalább is oly fontosnak, mintha a hullagyakorlatokból eredő sziklacsontok anatómiai elváltozásait tárgyalnánk. Óriási a különbség az anatómiai praeparatum s a műtét terület között. A sebészt főleg ama elváltozások érdeklik, melyek az élőben, a betegen, az operációs asztalon, a kórokozótól elváltozott műtési területen észlelhetők.

Egy különösen érdekes, műtétkor észlelt anomalia a következő:

Idősült genyes középfülgyuladáshoz társuló sinuscomplicatio miatt radikális műtét. Igen nagy sejtű csecsnýújtvány. Az antrum könnyen megtalálható, tág, rajta keresztül a gombos szonda könnyen bejut a „dobüregbe”. Eltávolítjuk a külső hangvezető hátulsó falát és szabályszerűen elkészítjük a műtési üreg s a dobür egyesítését. Ekkor feltűnik, hogy a műtési terület alapján medialisán felemelkedő, körülbelül 2 mm. magas csontlécz van, a dobür sem típusos, nem látjuk a horizontalis ívjáratot stb. Ekkor kiderül, hogy az üreg, mely

typusosan utánozta a dobüreget, nem a dobüreg, hanem a külső hangvezető hátulsó falában levő elgenyedt, kemény csontos falú cellula, melynek medialis falán, a fentebb leírt csontléc alján ott van az igazi antrum, mely bevezet a dobüregbe. A külső hangvezető hátulsó fala el volt pusztulva, a hangvezető lágyrészeinek egy része is elpusztult s a maradék lágyrész typusosan simulat a dobüreget utánzó cellula medialis falához. Az eredeti antrum s a dobüreg pedig rendkívül mélyen feküdt, úgy hogy ez is rendellenességszámba volt vehető.

Meg kell még említenem, hogy a külső hangvezető egész hátulsó falát spongiosus, sejtű csontállomány alkotta, szondával jól átjárható járatok, sejtutak vezettek a mélybe, mélyebbre, mint a hogy normalis viszonyok között a facialis feküdni szokott. Természetesen e cellulák telve voltak genyvel, szilárd csontállomány sehol sem volt észlelhető. Ily anatómiai constructio mellett csak nagy vigyázattal lehetett elérni, hogy az összes elgenyedt cellulákat egyszerűen éles kanállal el ne távolítsuk, a mi természetesen végeredményben a facialis megsértését vonta volna maga után.

A *n. facialis megsértése* főlműtét alkalmával ámbár ritka, de kellemetlen complicatio. A legtöbb szerző — nagyon helyesen — úgy említi a facialis-sértést, mint olyan complicatiót, mely a legnagyobb elővigyázat s a legügyesebb kezű műtő daczára is előfordulhat. Ez így is van. Ez az oka annak, hogy a fülészek körében már az a kérdés is felvetődött, hogy nem kellene-e a beteget a műtét előtt erre az esetleges complicatióra figyelmeztetni. Erre a válasz nem oly egyszerű. Helyes-e a beteget, a ki súlyos természetű műtét előtt áll, egy végeredményében főleg csak kozmetikai vonatkozású complicatio felidézésével a műtétől visszariasztani, akkor, mikor tudjuk, hogy ez a complicatio roppant kis százalékban fordul elő. Sokkal súlyosabb complicatiók előtt áll minden beteg, bármely fajta műtét beavatkozás előtt, mint egy esetleges facialis-hűdés, nem is beszélve a trepanatióról, még kevésbé a radikális műtétről, mely beavatkozások esetén mindig várható az agyvelő vagy a sinusok részéről kellemetlen, nem várt meglepetés. A legsimább s legegyszerűbb radikális műtéthez is látunk társulni elég gyakran meningealis complicatiókat, labyrinthus-megbetegedéseket, sinusaffectiókat jobb rosszabb kimenettel. Azért a beteg kérdésére, hogy súlyos-e a műtét, nem tartom helyesnek azt, hogy az orvos az esetleges complicatiók egyenkinti részletezésével izgassa a dolog természeténél fogva már amúgy is izgatott beteget, de viszont helyesnek tartom, ha nem mondja a műtétet absolute veszélytelennek, hanem megemlíti, hogy minden műtét bizonyos kockázattal járhat. Az esetleges complicatiók elkerülése végett nagyon érdemes s fontos sokat törődni s foglalkozni ama körülményekkel, melyek között a complicatiók és rendellenességek inkább előfordulnak, mint egyébkor, s melyek ismerete mellett e complicatiók ad minimum csökkenthetők.

A facialis művi megsértéséről általában az a felfogás, hogy ez a radikális műtét alkalmával gyakori a külső hangvezető hátulsó falának mélyében, melyet *Stacke* „Sporn“-nak nevez, mely terület az aditus ad antrumnál kezdődik s a foramen stylomastoideumnál végződik. Tapasztalatom az, hogy ez a felfogás nem sok gyakorlati értékkel bír. Tapasztalhatunk ugyanis azt, hogy oly esetekben is előfordult már facialis-hűdés, mikor ezt a „Sporn“-t a legnagyobb elővigyázattal simítottuk le s az alató is a legnagyobb gonddal vigyáztunk az esetleges rángásokra. Nézzük csak közelebbről a dologot. A ki sok hullaggyakorlatot végzett, az tudja s tapasztalta, hogy a facialisnak a facialiscsatornában való feltáráshoz sokkal mélyebbre kell hatolnunk, mint a mily mélyre radikális műtétkor a sporn, illetve a külső hangvezető hátulsó falának lesimításakor általában jutni szoktunk. Ugyancsak a hullaggyakorlatok alkalmával látni, mily könnyen — magának a facialisnak megsértése nélkül — feltárható a facialis, lefutásának egész hosszában. Hisz ez a facialis nem vékony czérnavékonyoságú ideg, hanem mondhatnám pamutvastagságú, feszes, ellentálló köteg, olyannyira, hogy enyhe rántás szét sem szakítja. A kinek sokszor volt már alkalma szabadon fekvő facialiszt láthatni, az hozzájárul véleményem-

hez, mikor azt mondom, hogy ezt a facialiszt meg nem látni, észre nem venni, észrevétlenül kettémetszeni nem is olyan egyszerű. Még kevésbé valószínű tehát ennek megsértése, kettémetszése ott, a hol várom s keresem a facialiszt, hol oly óvatosan vések, hogy egyszerre csak 1 mm.-nyi vagy $\frac{1}{2}$ mm.-nyi rétegeket vések le. Nem, ilyenkor s ilyformában csak némileg elővigyázatos műtő nem fogja a facialiszt megsérteni. S mégis látunk ily esetekben is facialis-hűdést. Én azok közé tartozom, kiknek az a hitük s meggyőződésük, hogy ily esetekben a facialis-hűdés compressió hűdés, oly hűdés, mely ellen nem lehet védekezni. Könnyen elképzelhető, hogy a rendkívül szűk csatornában futó facialiszt (hisz ez a szűk volta magyarázata a rheumás eredetű facialis-hűdésnek is) nagyon könnyen komprimálhatja csontos falának bármely kis behorpadása. Hisz a legtöbb trepanatióval nagy erővel kell a vésőre ütnünk, olyannyira, hogy szinte elképzelhetetlen, hogy minden egyes trepanatio alkalmával némi vérömleny is ne képződjék a facialis-csatornában.¹ Ez a vérömleny is okozhat facialis-hűdést s valószínűleg ezek azok a hűdések, melyek a műtét után hosszabb-rövidebb idő alatt, a vérömleny felszívódásával teljesen visszafejlődnek. Azok azonban, melyek nem fejlődnek vissza, bizonyára durvább anatómiai elváltozásokon mennek keresztül, minő a facialis-csatornában kisebb-nagyobb csontos compressiója. Ez álláspontot vallja *Kümmel* s az ő nyomán *Alt*, kinek egyízben sikerült egy hosszabb idő óta fennállott műteti facialis-hűdést a facialis-csatorna feltárással meggyógyítani. Mindenesetre ajánlatos a következő tervszerű eljárás: ha műtét után — a nélkül, hogy műtét közben a facialiszt láttuk volna, azaz nyilvánvalóan megsértettük volna — közvetlen facialis-hűdést találunk, akkor először várjunk 2—4 hétig. Azért várjunk ennyi ideig, mert felvehető, hogy vérzés compressiója okozza a facialis-hűdést s ez a 2—4 heti idő elégséges legalább is arra, hogy a hűdés jelenségei visszafejlődési tendenciát mutassanak. Ha ezen 2—4 hét múlva sem látjuk ezt a tendenciát, akkor tárjuk fel a facialis-csatornát.

Tapasztalhatjuk azonban azt is, hogy a műtét utáni facialis-hűdésnek is két formája van. Az egyik a részleges hűdés, mikor az idegműködés nem teljesen beszüntetett, mikor kisebb területeken, például szemzáraskor, a homlok ráncolásakor stb. némi működést mégis kivehetünk. Leginkább konstatalható ez a szem csukása alkalmával, ily esetekben a felső s alsó szemhéj közti differentia néha egészen csekély. A másik fajtájában a hűdésnek, mikor az teljesen kifejezett, a hűdött arczfél teljesen nyugodt, mozdulatlan, a szemrés ad maximum tág. Az előbbi esetek azok, mikor felvehetjük, hogy vagy vérzés, vagy enyhébb csontos compressio idézi elő a hűdést, az utóbbi esetekben azonban azt kell felvennünk, hogy vagy az ideg folytonosságában van megszakítás, vagy nagyfokú csontos compressióval állunk szemben.

Az én véleményem az, hogy radikális műtét alkalmával nem is a „Sporn“, illetve a külső hangvezető hátulsó falának lesimításakor történik a facialis közvetlen megsértése, hanem a dobüreg kikaparása, kitisztítása alkalmával. Ez a műtét lefolyásnak az a részlete, mikor nem absolute jól megvilágított területen dolgozunk. S ezen a területen nagyon közel jutunk a facialishoz; nem is szólva arról, hogy ismeretes, hogy a facialis a dobürben igen sokszor még nem genyedő folyamat esetén is többé-kevésbé szabadon fekszik, ismeretesek azok a debiscentiák, melyek a facialis dobüri lefutásánál észlelhetők. Ez a terület főleg a horizontalis ívjárat s az ovalis ablak közötti terület, hol a facialis közvetlenül a dobür papírvékony csontos fala alatt fut. Az ovalis ablak 2—3 mm.-nyire, a horizontalis ívjárat elülső szára 1—3 mm.-nyire van a facialisztól. Elégséges a kissé erősebb kikaparása az itt gyakran található granulatiós szövetnek, hogy a facialisal érintkezésbe jussunk. Nem is beszélve arról a gyakori esetről, mikor e csontrészt cariosusan elpusztult. Volt esetem, hol a facialis ezen a területen sérült meg akkor,

¹ Kétségtelen, hogy a kalapács és véső nem „ideális“ műszerek.

mikor egy erősen tapadó granulatiós szövetrészlet távolított el.

Nagyjában ez a helyzet a radikális műtét alkalmával, nem beszélve arról a lehetőségről, mikor a facialis a lágyrészek között, a for. stylomastoideumból való kilépése után (bulbus-műtétkor) lesz megsértve.

Egyszerű antrotomia esetén a facialis megsértése ritka, olyannyira, hogy a mennyire alkalmam volt áttanulmányozni, a fülészeti tankönyvek egyszerű felvételéhez társulható facialisérülésről nem is beszélnek. Egyedül Heine „Operation am Ohr“ című könyvében említi, de egész futólagosan, néhány sorban (5 sor) ezt a lehetőséget. Szórolszóra ennyit ír: „Reicht der kranke Knochen in der Tiefe weit nach vorn, so ist eine Facialisverletzung möglich, und zwar dort, wo der Nerv zwischen hinterer Gehörgangswand und Sinus verläuft. Deswegen muss bei Operieren in dieser Gegend genau auf ein etwaiges Gesichtszucken geachtet werden.“ Pedig ez a kérdés több figyelmet érdemelne, annál is inkább, mert a facialisnak rendellenes lefutása épp e területen gyakoribb, mint gondolnánk.

A csecznyújtvány specialis constructiójában van ennek a rendellenes facialis-lefutásnak is a magyarázata. Ez a rendellenesség nem annyira a facialis lefutásában, mint a facialis környezetének szokatlan anatómiai viszonyaiban keresendő. Ez az egyszerű felvétel alkalmával előfordulható facialis-sértés, melyről az egyetlen Heine is ily felületesen emlékezik meg, oly csecznyújtvány esetén fordulhat elő, mely erősen sejtes szövetű. Ruttin írta le először a retrofacialis cellulákat, a minék a lényege az, hogy a n. facialis a külső hangvezető hátulsó falának alján nem compact csontcsatornában halad, hanem medialisán s lateralisán is csecsejtek közé van beágyazva. Ez a terület, mely e helyen vizsgálatunk tárgya, a következő: a külső hangvezető hátulsó falának a mélyében, körülbelül 10–15 mm. mélységben (a spina supra meatumtól kiindulólal vettem) találhatjuk a kezdetét az aditus ad antrumtól a foramen stylomastoideumhoz haladó facialisnak. Mint néhány koponyán végzett méréseimből látom, a facialisnak ezen aditus ad antrumtól a for. stylomastoideum külső nyílásáig terjedő útja körülbelül 16–18–20 mm. Ebből 3–5–8 mm. esik a külső hangvezető hátulsó falának mélyében haladó kissé ívszerű horizontális irányú ágra s 11–13 mm. az erről körülbelül 90° C alatt ívalakban lehajló s a for. stylomastoideum külső nyílásához lefelé haladó ágra.

Ha egy anatómiai praeparatumot megnézünk, láthatjuk, hogy mily könnyen érintkezésbe juthatunk e területeken a facialisal akkor, ha a fentiekben leírt cellularis csecznyújtvánnyal van dolgunk, nem is beszélve a retrofacialis cellulákról. Épp ez okokat s indokokat tekintetbe véve, kell Heine leírását tévesnek mondanunk, mikor ő arról a lehetőségről beszél, hogy a facialis a sinus és a külső hangvezető fala közti területen sérthetjük meg. Egyáltalában e tekintetben a sinust mint iránymutatót nem is vehetjük számításba, mert épp e rendkívül sejtű csecznyújtványok mellett igen sokszor még csak nem is találkoztunk műtét közben a sinussal. Előlekvő sinus inkább a compactabb állományú csecznyújtvány sajátossága. Annál könnyebben juthatunk érintkezésbe ily esetekben a facialisal, mint radikális műtétkor, mert ez utóbbi esetben van támaszpontunk, irányvonalunk (antrumhorizont, ívjárat stb.) a tájékozásra, míg az előbbi esetekben nincs. Ez esetekben a genyedő folyamat természetesen az összes cellulákat kitölti, nincs compact csontállomány, mely a genyedés tova terjedésének gátat vessen. Eme elgenyedt cellulákat el kell távolítanunk s ha e cellulák a facialisig, vagy mint a retrofacialis celluláknál lehetséges, azon túl is terjednek, igen könnyen elképzelhető, hogy a facialis megsérül, főleg akkor, ha ezzel a lehetőséggel nem számolunk s ez a lehetőség nem ismeretes előttünk. Évekkel ezelőtt észleltem az első ily esetet, mely eset vezetett azután e kérdés részletes tisztázására. Ez a kérdés tisztázása nehezen ment, főleg azért, mert mint fentebb említettem, a fülészeti tankönyvek e kérdéssel egyáltalában nem foglalkoztak. A hullaggyakorlatok is kevés

realis támaszpontot nyújtanak e téren, mert épp e téren, s ez a dolog veleje, a pathológiás elváltozás lényege s terjedelme a döntő s nem tisztán az anatómiai constructio. Állandóan nagy figyelemmel kísértem műteti anyagomat, állandóan figyeltem, kutattam, nemcsak hullán, hanem a műteti területen is. Valóság, hogy ez ritka complicatio — ez épp a legfontosabb momentum —, de ennek a lehetőségét ismerve, mindig elkerülhetjük a facialis megsértését. Egy klasszikus esetemet épp ezért röviden ismertetem:

Fr. J., 36 éves katona, 8 hónap óta folyik a jobb füle. Status praesens: A jobb külső hangvezetőben sok geny. A dobhártya belővelt, elődomborodó, elül-alul perforált. A hátulsó felső fal erősen süppedt, periostalis tályog. Láztalan. Műtét narcosisban: fistula a planumon, sejtű csecznyújtvány, a sejtek tályogüreggé olvadtak össze, a melyeket eltávolítottunk. Tárg antrum. A granulatióval telt cellulák eltávolítása közben, körülbelül egy mélységben az antrummal, a külső hangvezető hátulsó falában, körülbelül 10 mm. mélyben (a mérés a spina supra meatumtól értendő) egy pamutvastagságú, fénylő, horizontálisan futó köteget találtunk, mely a facialisnak bizonyult. Egész lágy környezetben körülbelül 1 cm.-nyire feltárjuk, mögötte is puha csontállomány, melyet persze nem bántunk. Kísérletképpen többször megérintjük, mire mindannyiszor a jobb arcfél rángását észlelhetjük. Sima sebgyógyulás. A facialis ép marad.

Megemlítendőnek tartom, hogy ugyanezen területen gyakori a kiterjedt csontnecrosis is. Ez a nekrotizált csont magában foglalhatja a n. facialis is. Két idevágó kifejezett észleletem van. Az egyik esetben már a műtét előtt is fennállott facialis-hűdés. Az egyik esetben műtétkor babnagyságú cariosus csontot találtam, melynek közepén, mintegy keresztülhúzva feküdt a facialis-ideg, még összefüggésben centralisan s lateralisan is az eredeti idegtörzsszel. Olyan volt a kép, mint egy kifeszített húron beakasztott gömb (a húr a facialis). A másik esetben a cariosus csont részletbe ágyazott facialis az eredeti idegtörzstől centralisan el volt szakítva a cariosus folyamattól. Természetesen ezen iskolaesetek variációit gyakran van alkalmunk észlelni.

Úgy egyszerű felvételkor, mint radikális operatio alkalmával kellemetlen complicatio az előlekvő sinus. Előfordul, hogy a sinus közvetlen a külső hangvezető falánál fekszik. Heine „Operation am Ohr“ című tankönyvében ezt mondja „Unmöglich ist es ferner auf dem direkten Wege vom Warzenfortsatz aus ins Antrum zu gelangen, wenn der Sinus weit vorgelagert ist“. Megoldásképpen a Stacke-módszert ajánlja vagy a sinustól medialisán dolgozást a hátulsó hangvezető falon keresztül, míg az antrumba jutunk.

Nagyon előlekvő sinus esetén tapasztalataim alapján én egészen más módszert használok, mindenkor teljes sikerrel. Fontosnak tartom megjegyezni, hogy nem osztom a nézetet a műtettani könyvekben található műteti leírásokkal, amelyek az antrumot mindenkor a linea temporalis alatt s közvetlenül a külső hangvezető hátulsó fala mellett levőnek mondják. Igenis az antrum mindenkor megtalálható, de nem akkor, ha ehhez a szabályhoz tartjuk magunkat, hanem ha ismerjük azt a nagyon sok rendellenességet az antrum fekvését illetően. Főleg lapos csecznyújtvány esetén előfordul, hogy az antrum a spina supra meatumtól számítva nincs mélyebben, mint 8–10 mm.-re. Tapasztalatom pedig azt mutatja, hogy nagyon előlekvő sinus mellett az antrum sokkal magasabban fekszik, mint a linea temporalis, mely egyébként is nagyon határozatlan irányvonal. Én sokkal helyesebbnek tartom, mert a fülhöz inkább tartozik, irányvonalnak csak a spina supra meatumot venni. Előlekvő sinus esetén — e tapasztalatom folytán — műteti eljárásom nagyon egyszerű s minden esetben simán hozzávezet az antrumhoz. Én az előlekvő sinussal nem törődve, előre s felfelé helyezem át az antrum felkutatásának a műteti területét. Valósággal a külső hangvezető felső fala felett s ettől kissé hátrafelé dolgozom. Úgy tapasztalom, hogy nagyon előlekvő sinus esetén a középső koponyagödör a normálisnál magasabban kezdődik s így nem kell a középső agygödör durájának a feltárásától félni, ami végtére is, ha megtörténik, nem oly veszélyes dolog. Általában azt mondhatjuk, hogy a spina supra meatumtól a duráig körülbelül 8–12 mm.-nyi csonttéteg van. Ebben a csonttétegben dolgozva előlekvő sinus esetén mindig megtaláljuk az antrumot. Ha Heine például azt állítja, hogy ő a durát

már a külső hangvezető hátulsó falának fele magasságában is találta, ez semmit sem bizonyít, legfeljebb a mellett a sok anatómiai rendellenesség mellett szól, melyek a sziklacsonton észlelhetők. E rendellenességekre épp úgy el kell készülnie lennünk, mint az általam leírottakra.

A sebészetben a kivételek nemcsak a szabályt erősítik, hanem ismeretük egyúttal a sebészi készséget is fokozza.

Néhány szó a subfebrilitas kérdéséhez.

Irta: Mester Emil dr.

Az a körülmény, hogy az utóbbi időben halmozva láthattam eseteket, a melyekben a kollegák tuberculosis-diagnózisának egyetlen objectív alapja a subfebrilitas volt, arra indított, hogy megírjam e sorokat. Az olvasó sejtelve egészen helyes: nem fogok új dolgokat mondani. Minden, a mi itt következik, már meg van írva a pathologia egyik vagy másik fejezetében. Nem szeretném, ha ezért ezt az igénytelen cikket provokálásnak tekintenék. Semmi más érdekem nincs, mint közvetlenül: salus aegroti. Az említett betegek nagy része t. i. azzal a tudattal szaladgál a világon, hogy gümőkóros és ezért felesleges módon megváltoztatja hivatását és életmódját. Az orvos valószínűleg nem így gondolta a dolgot és ily esetben, azt hiszem, szabad annak, a ki másképp látja azt, néhány sort igénybe venni véleménye részére.

Előrebocsátom és természetesen magam is vallom, hogy a subfebrilitas fontos diagnostikai jel, ha gümőkórt keresünk; de csak akkor, ha minden más szervben hiányzik oly elváltozás, a mely szintén együtt szokott járni subfebrilitással. A physikai vizsgálati módszerek tökéletlensége és a röntgenzők igen gyakori subjectivitása miatt az árnyékoltóságok és rövidültségek jelen volta vagy hiánya sokszor egyáltalán nem mértéket adó momentum. Ez az oka annak, hogy miért jelent oly sokat a szív gondos és gyakori megvizsgálása *endocarditis lenta* irányában. Ha hetek múlva már feltűnő a billentyű baja, akkor már nem művészet *nem* diagnoszkálni a tuberculosisist. E helyen azonban óva intek mindenkit attól, hogy túlsokra értékelje az anaemiás zörejt, *Henschen* daczára.

Egy másik igen gyakori eset a *thyreotoxicosisokkal* együtt járó subfebrilitas; így a Basedow-kór forme fruste-je, vagy teljes megjelenése mellett. Távol állok attól, hogy kétségbevonjam, hogy az ilyenkor rendkívül élénk anyagcsere oly körülmény, mely miatt a tuberculosis fejlődési lehetősége kedvezővé válik, de azért azt hiszem, hogy az *állandó* subfebrilitások legnagyobb része ilyen esetekben nem vezetendő vissza specifikus okokra; 37.2° — 37.6° ilyenkor nem jelent többet vagy kevesebbet, mint az étkezések utáni hőemelkedés. E mellett szól az, hogy több esetben, melyet megfigyelni alkalmam volt, nagy bromdosisokra kisebb lett a subfebrilitas, vagy pedig rövid időre egészen elmúlt. Az a specifikus szer, a melyet ugyan eddig még nem ismerünk, a mely azonban antidotuma volna a thyreoidea dysfunciójának, vagy egyes esetekben plus-funciójának, egyszersmind antidotuma lenne a nem gümőkóros eredetű, thyreosisos subfebrilitásoknak. Nem akarom e helyen megvitatni azt, hogy a subfebrilitas megszűnése a brom sedativ hatására vezetendő-e vissza, vagy pedig a narcoticum ama tulajdonságára, melynél fogva „lehetetlenné válik láz előidézése”. Semmiesetre nem tudok visszaemlékezni arra, hogy az irodalomban találtam volna oly állítást, hogy a bromnak lázellenes szerepe volna a tuberculosisban. Igaz ugyan, hogy a subfebrilitas nem alkalmas arra, hogy provokálja az antipyreticum rendelését. De viszont oly tág és különböző a subfebrilitas fogalma. Még *Strümpell* is, annak idején, 37.8° — 38.2° -ot értett ez elnevezés alatt rendes reggeli hőmérsék esetén. Könyvének újabb kiadásában ő is úgy találja, hogy ez jó néhány tizeddel több, mint a mennyi a fogalomnak megfelel. És mi is ezt valljuk, még akkor is, ha tekintetbe vesszük, hogy a physiologusok görbéin 37.3° még a norma határain belül szerepel, mint emésztési temperatura.

Nem tudom, hogyan keletkeztek azok a görbék, a melyek

Landois-Rosemann, *Zuntz-Loewy* élettanában és más élettanokban találhatók; de azt biztosan tudom, hogy az én hőmérsékem 3—4 tizeddel több, ha ruhában, mint ha ingben mérem magamat. És így van ez majdnem minden normalis emi eren, hacsak egészen különleges hőmérsékekről nincsen szó. Kicsiben a viszonyok itt ugyanolyanok, mint a gőzfürdőben és a forróleghőfürdőben, ha mindkettőben egyenlő a temperatura. Az elsőben hőgutát lehet kapni, mert a testhőmérsék a verejték elpárolgásának lehetetlen volta, illetőleg az ezáltal előidézendő hővesztesség hiánya miatt csakhamar lényegesen meghaladja a 40° -ot; a másodikban majdnem mindig rendes marad a test hőmérséke és csak a szív munka frekwenciája lesz nagyobb, a minek czélja a bőséges anyagszállítás a verejtéksecretio helyére. Felöltözött emberek végzett mérések tehát, kivált nyáron, szerintem nem értékesíthetők, mert túlságos gyakran subfebrilitást eredményeznek, noha ennek más oka nincs, mint a hiányos hőszabályozás.

Ne felejtjük el végre a sok Kolumbus-tojást; így az időszült gonorrhoeát, a felső légutak stenosisai által feltételezett hiányos légzést és last not least, a gyakorlott hysteriásokat.

Minden, a mit itt mondtam, csak azokra az esetekre vonatkozik, a melyekben becsléletes és gyakori vizsgálat daczára más támpontot nem vélünk találni a tuberculosis diagnosisának felállítására, mint éppen a meglévő subfebrilitast.

Közlemény a Semmelweis-(Szent István)-kórház III. számú sebészeti osztályáról. (Főorvos: Pólya Jenő dr.)

A gyomor kizáródása czombsérben.

Irta: Spiegel Béla dr., kórházi orvos.

Ö. Jánosné 55 éves nőbeteget 1919 június 21.-én a mentők szállították be az osztályra. 15 év óta van körülbelül tyúktójásnyi baloldali czombsérve, a mely előző nap lépcsőn való megbotlás következtében hirtelen igen nagyra megnövekedett, többé nem helyezhető vissza; azóta folytonosan hány, még akkor is, ha nem iszik. Hasában erős görcsöket érez, széke azóta nem volt, szelek nem mennek.

Jelen állapot. Az alacsony termetű (136 cm.), csonttáborré soványodott nőbeteg hőmérséke a felvételtkor 37.2° C, a pulsus 102, elég telt, arhythmias, a nyelv kissé bevont, nedves. Az egész háti gerincoszlop erősen hátra és kissé jobbra convex ív alakjában görbült, jobboldali bordapúppal. A has behúzódtott, nyomásra sehol sem érzékeny, bélcontourok nem láthatók, localis meteorismus nincs; a has bőre petyhüdt, ránczos, papirosvékonyságú. A baloldali Poupert-szalag alatt gyermekfejnyi, rugalmas tapintatú, dobos kopogtatási hangot adó, nyomásra érzékeny térfogatnagyságú foglalt helyet, melyben loccsanás váltható ki.

Azonnal *műtét* novocainanaesthesia (Spiegel dr.). A megnyitott sérvtömlőben, melyből meglehetősen sok sérvvíz ürül, a kissé tágult, kékesen elszíneződött, jó kétökölnyi gyomor, a colon transversum nagy része, a lig. gastrocolicum és egy alsó ileumkacs fekszik, ez utóbbiak livid színeződést nem mutatnak. Míg a gyomor erei erősen tágultak és a duzzadásig telődöttek a strangulatio folytán beállott venosus pangás következtében, addig a sérvtömlőben fekvő többi bélrészlet közepes vértartalmú s rajtuk gyűjtőeres pangásnak semmi nyoma. A gyomor, melynek a fundustól a pylorusig terjedő részlete fekszik a sérvtömlőben a nagy- és kis curvaturával, a strangulatio gyűrű felhasítása után kezdi visszanyerni rendes színét s falán semmiféle befűződési barázda nem látható. A sérvtömlőben levő zsigerek reponálása után a sérvtömlőt lekötjük, kiirtjuk s a sérvkaput két matrácvarrattal, melyek a Poupert-szalagot a lig. Cooperi-vel egyesítik, elzárjuk. A lefolyás síma, láztalan, a hetedik napon varratkiszedés, a seb per primam egyesült.

A gyomor mint sérvtartalom leginkább rekesz-, köldök- és epigastriális sérvekben szokott előfordulni, lágyék- és czombsérvekbe ellenben nagyon ritkán kerül. Az ezirányú irodalomban futólagos áttekintésre csak egyetlen egy femoralis gyomorsérvet (*Keller*) és mindössze 8 inguinalis gyo-

morsérvet találtam (Lallemand, Lebert, Yvan, Fogt, M. Schmiedt, Chiari, Brunner, Hilgenreiner). Az esetek többségében az inguinalis gyomorsérvek és a Keller által észlelt femoralis gyomorsérv is baloldaliak voltak. Az irodalomban közölt esetekben 4 ízben volt az inguinalis gyomorsérv incarcerálva, közülük csak Brunner és Hilgenreiner esetei kerültek műtetre; az előbbinek betege meggyógyult. A diagnózis az élőben csak két ízben volt helyesen, illetőleg valószínűséggel megállapítva (Full, Lebert), míg a többi esetben csak a műtét, illetőleg a bonczolás adott felvilágosítást. A mi a diagnózisnak in vivo való feállítását illeti, már Tenain (1842) megemlíti, hogy folyadéknak a gyomorból az oesophagusba való behatolását a sérvre helyezett kéz megérzi. További diagnostikai jel gyanánt felvehetjük a sérv körfogatának folyadékfelvételnél való megnövekedését s a kopogtatási hangnak a sérv fölött való megváltozását aszerint, a mint hátfekvésben, vagy térdkönyök helyzetben vizsgáljuk a beteget. Természetes, hogy mindezek a diagnostikai jelek csak olyan esetekben jöhetnek egyáltalában szóba, a melyekben a gyomor nincsen kizáródva.

Esetünkben természetesen diagnoskálni azt, hogy gyomor van kizáródva, nem lehetett, s a sérvnek rendkívüli nagysága — a mi annál feltűnőbb volt, mert az incarcerált czombsérvek többnyire kicsinyek — legfeljebb arra engedett következtetést, hogy a sérv tartalma rendellenesen nagy.

Epikritice az esethez két irányban fűzhetünk megjegyzéseket: 1. Hogyan kerülhetett a gyomor a cruralis sérvbe? Maydl a gyomorsérvek okát a hasfalak elvékonyodásában és csökkent ellenállóképességében találja, a mi vagy általános testi gyengeség, vagy pedig többszöri szülés és más has-traumák következtében állott elő. Ő azonban az inguinalis és cruralis gyomorsérvek keletkezéséhez szükséges előfeltételnek tartja még a gyomor kitágulását, mert szerinte csak a kitágult gyomor kerülhet bele az inguinalis, illetőleg cruralis csatornába. Esetünkben kétségtelenül megvolt a gyomor kisfokú tágulása és erős lógása, azonkívül a hasfalak petyhüdt-sége és lazasága is, legfontosabb szerep azonban a gyomornak a czombsérvből való kerülésében kétségkívül a beteg háti kyphoscoliosisának jutott, a melynek következményes elváltozásaként a has rendkívül megrövidült, annyira, hogy a proc. xiphoides és symphysis közötti távolság mindössze 18 cm. volt, s a bordaívek legmélyebb pontjai a csigák színvonalába estek. Ennek folytán a gyomor természetesen közel jutott a medencéhez, s a gyomor lógó helyzete még jobban megkönnyítette, hogy belekerüljön a cruralis csatornába.

2. Esetemben, úgy mint Hilgenreiner esetében is, a gyomron kívül a colon és egy ileumdarab volt a sérvben, tehát a gyomor-béltractusnak 3 egymástól távol eső részlete szorult ki a sérvtömlőben. Daczára a 30 órás kizáródásnak, a hasürben visszamaradt „összekötő bélrészek” semminemű táplálkozás-zavart nem szenvedtek, épp úgy, mint Hilgenreiner esetében sem. Ezek az esetek megerősítik Pólya tanárnak a retrograd incarceratióra vonatkozó teoriáját, hogy t. i. retrograd táplálkozási zavar az összekötő bélkacsokon csak az esetben keletkezik, ha azok mesenteriuma a sérvtömlőben incarcerálódik. Ha ez nem történik meg, mint a hogy nyilván nem történt meg ez esetekben és nem történt meg bizonyos W-alakú sérvekben sem (Kaiser és Pólya II. esete), akkor az összekötő bélkacs táplálkozása nem szenved és retrograd incarceratio sem következik be.

Közlemény a budapesti magyar tudományegyetem III. sz. bel-klinikájáról. (Igazgató: Korányi Sándor dr., egyetemi tanár.)

Az eczetsav pótlása klinikai vizsgálatok alkalmával.

Irták: Csáki László dr. és ifj. Molnár Béla dr., klinikai orvosok.

A jelenlegi eczetsavhiány, mely a klinikai vizsgálatok alkalmával napról-napra érezhetőbbé válik, vezetett minket arra a gondolatra, hogy az eczetsavnak pótszerét keressük. Elsősorban is az eczetsavhoz chemiailag közelálló és köny-

nyen beszerezhető szerves savakra gondoltunk s ezek közül a hangyasavval és a különösen nagy mennyiségben rendelkezésre álló borkőssavval végeztük vizsgálatainkat.

A legfontosabb klinikai vizsgálatok közül a székekben levő vérnek, a vizeletben levő acetonnak és fehérjének kimutatásához, valamint a vizelet fehérjementesítéséhez szükséges az eczetsav. Ezekben a vizsgáló eljárásokban próbáltuk helyettesíteni az eczetsavat az említett savaknak különböző erősségű oldataival.

Baech* sósavat és kénsavat ajánlott e célra, de ezek a savak nem adtak kielégítő eredményt.

1. Weber-reactio. Összehasonlító vizsgálatokat végeztünk az eczetsavnak, hangyasavnak és borkőssavnak 10, 20, 30, 40%-os és koncentrált oldataival és azt találtuk, hogy e savak mindezekben a hígításokban használhatók. Míg azonban az eczetsavnál a koncentrált oldat adta az erősebb reactiót, addig a másik két savnál a hígabb (10, 20%-os) oldatok bizonyultak érzékenyebbek. Igaz ugyan, hogy a jégeczzettel kaptuk a legerősebb reactiót, de az amúgy is túlságosan érzékeny vérpróba érzékenységének némi csökkentése talán nem válik kárára használhatóságának.

Megcsináltuk a reactiókat haemolyzált véroldatok különböző hígításaival is; 1%-os és 1/2%-os véroldatban mindhárom savnak minden hígítása erős reactiót adott. 1/3%-os és 1/4%-os véroldatban a koncentrált és a 30%-os hangya- és borkőssav már gyengébb eredményt adott, mint ugyanezen savaknak 10%-os oldata, és 1%-os véroldatban a hangyasavnak és borkőssavnak csak 10%-os oldatával sikerült a haemoglobint kimutatni. A jégeczzet az 1%-os oldatban is erős reactiót adott.

2. Az acetont kimutatására az eczetsav még tökéletesebben pótolható hangya- és borkőssavnak bármilyen oldatával. Aceton jelenlétén a nitroprussid-próba vörös színe e savak hozzáadására is erősödik és az ismert sötét meggy-piros színárnyalatot veszi fel. Tiszta acetonnak 1%-os és 10%-os hígításában mindhárom sav még 10%-os oldatban is pozitív eredményt adott.

3. A vizelet fehérjéjének ferrocyankaliumos kimutatására is kielégítő eredménnyel használhatók az említett savak.

4. A vizelet fehérjementesítésére (pl. a nitrogen és chlor kimutatásakor) szintén kifogástalan eredménnyel használhatjuk a hangyasavat és borkőssavat. Kevés fehérjét, illetőleg kevés só-t tartalmazó vizeletekhez természetesen megfelelő mennyiségű neutralis sőt (például natriumacetatot) is kell hozzáadni.

E vizsgálatok alapján tehát az eczetsavnak az említett klinikai vizsgálatok alkalmával való pótlására a hangyasavnak vagy borkőssavnak 10—20%-os oldatát ajánljuk.

A budapesti tudományegyetem II. sz. kórbonczatani intézetéből. (Igazgató: Krompecher Ödön dr., ny. r. tanár.)

Az orrsövény veleszületett teratoid daganatai cheilognatopalatoschisis esetében.

Irták: Ónodí László dr., klinikai gyakornok.

Az arcz egyes torzképződéseinek alakjait és keletkezését Peter¹ monographiájában részletesen leírta. Egy ideartozó ritka eset leírására szorítkozom tehát csak, mely az orrsövény veleszületett daganataira vonatkozik cheilognatopalatoschissal bíró ujszülöttön. E torzképződés gyakrabban szokott előfordulni. Az ébrényi hasadékképződésekkel kapcsolatban különösen dermoidok észleltek, ahol az elszakadt hámcsiráknak is szerep jut. Esetemben az orrsövénynek felette ritka veleszületett jóindulatú daganatairól van szó. A torzszülött himnemű, 55 cm. hosszú, 2650 gr. súlyú volt és 4 napig élt.

Esetünkben az ajak, az állcsont és a szájpád teljes kettéhasadása, cheilognatopalatoschisis volt jelen. A hasadék hossza az orrcsúctól a lágyszájpádig 32 mm. és szélessége

* Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 15. szám.

¹ Entwicklung der Nase und des Gaumens beim Menschen. Jena, 1913.

a szájpadyuvtványok között 12 mm. A szájpadyuvtvány 22 mm. hosszú és 8 mm. széles. Az orrsövény elülső alsó részén egy barázda által elválasztott két gömbölyded daganat látható, az elülső daganat 6 mm. hosszú és ugyanolyan széles, a hátulsó daganat 9 mm. hosszú és 7 mm. széles. Az orrsövény 23 mm. hosszú.

A szövettani vizsgálat kimutatta, hogy e daganatok *teratomák*. Az orrsövény elülső daganatának metszetén felismerjük a bőr jellegző szerkezetét: a papillákon többretegű elszarusodott hám, továbbá szőrtüszők hossz- és haránt-metszetei, verejték- és faggyúmirigyek. A hámelemek között finom, kissé hyalinos kötőszöveti rostokból és fibroblastokból álló stroma. A képlet nagyobb középső részét rendkívül halványan festődő szövet alkotja, benne egymástól távol álló, apró pálczikaalakú maggal bíró sejtek, melyeknek protoplasmája szalagalakú vagy hosszabb fonalakú nyulványokat bocsát. Az ezekből álló reticulum a tulajdonképpeni szövet.

Az orrsövény hátulsó daganatának metszetén látható a körzetet borító laphámszegély, ezalatt a laza, dúsan erezett és feltűnő sok sokmagú leukocytát tartalmazó kötőszövet. A készítmény legnagyobb részét egy fog keresztmetszete foglalja el, melynek három nyulványa van: az egyik hegyes, tömör dentinből áll, intensive narancsszínűre festve, a másiknak két vége bunkós, benne ovális üreg, amelyet sajátzerű csillagos sejtekből álló, dúsan erezett szövet tölt ki. A fog felszínét barnás-sárgára festődő széles zománcréteg határolja, melyet kívül több rétegben sajátűs protoplasma-dús sejtek környeznek. E sejtek helyenként magas hengerhámot, másutt inkább köbalkút, helyenként pedig valószínű reticulomot alkotnak. E sejtréteghez tökéletesen hasonló a fog belsejében levő üreg felszínén is látható.

Az orrsövény elülső teratomája bőrrel fedett, szőrtüszőkkel, verejték- és faggyúmirigyekkel ellátott polypus, a hátulsó teratoma az orrsövénynek laphámmal fedett és fogat tartalmazó daganata.

Az orrsövény jóindulatú daganatai általában ritkábban fordulnak elő. Az orrsövény jóindulatú daganatait illetőleg Haslauer² 1900-ban a következő statisztikát állította össze: 57 vérző polypus, 35 papilloma, 30 oedemás fibroma, 9 fibroma, 6 myxoma, 4 adenoma, 4 enchondroma, 3 cysta, 1 lipoma, 1 naevus pigmentosus.

Ezen statisztikát a következő esetekkel egészítem ki: 54 vérző polypus, 4 papilloma, 2 oedemás fibroma, 2 lymphoma, 1 adenoma, 1 lipoma, 1 myxofibroma, 1 rhabdomyoma, 1 osteochondroma.

Haslauer statisztikájában és az én kiegészítő statisztikámban az orrsövény teratomájának egy esete sem fordul elő. A rendelkezésemre álló irodalomban az orrsövény teratomájának egyetlen egy esetét sem tudtam találni és így az orrsövény teratomájának előfordulását felette ritka jelenségnek kell tekintenünk.

Néhány szó Szana Sándor és Totis Béla „Hiányosan táplált szopós csecsemők dyspepsiája” című közleményéhez.

Irta: Hainiss Géza dr., közkórházi főorvos, egyetemi magántanár.

Az Orvosi Hetilap 26. számának vezető cikkében Szana és Totis azt mondják, hogy a magyar paediatría „teljesen német befolyás alatt” a természetesen táplált csecsemők táplálkozási zavaraiiban a legnagyobb figyelmet a túltáplálásra fordította.

A csecsemőtáplálás mikéntjével állandóan foglalkozó paediaterek bizonyára szívesen fogadják Szana és Totis közleményét már csak azért is, hogy e fontos kérdés ismét eszmecsere tárgya legyen s amennyire ma lehetséges, reávilágosság derüljön. Ez az oka annak, hogy a magam részéről is kifejtsem e kérdésben elfoglalt álláspontomat, még pedig nem a teoriára, hanem a gyakorlat adta tapaszt-

alatokra támaszkodva. Közkórházi osztályom csecsemőanyaga e kérdés megbeszélésekor nem lehet segítségemre, mert az itt állandóan fekvő 10—15 csecsemő legnagyobb része mesterségesen táplált beteg, míg természetes táplálásban csak egy-kettő részesül, ezek is valamelyik bel-, sebészi vagy nőgyógyászati osztályon betegen fekvő anyától; nyilvános kórházi rendelésem és magángyakorlatom esetei azonban elég anyagot szolgáltatnak.

Boldogult Bókay tanár oldalán a 80-as években töltött tanulmányi éveimből élenken emlékezem vissza a hatalmas ambulantiák csecsemői részére állandóan bevezetett szoptatási rendelkezésekre, melyeket az akkori fiatal orvosok a gyakorlati életbe magukkal vittek. Akkor nem ismertünk 3 órás, még kevésbé 4 órás szoptatási időközöket; minden szoptató anya megkapta a szigorú utasítást úgy egészséges emésztésű, mint dyspepsiás csecsemője részére, hogy *gyakrabban, mint 2 óránként, ne szoptasson*. Akkor sem volt több dyspepsiás csecsemő a népes ambulantián, de sok volt a gyors, illetve rövid idő alatt bekövetkezett gyógyulás és aránylag kevés az elhúzódo javulás. Akkor is a szoptatás nem megfelelő módját tekintettük a bántalom okának. A szoptatásnál követett rendszertelenséget tekintem ma is legelsősorban a dyspepsia okának. Daczára Czerny, Finkelstein, Berend, Heim, Fleisch és mások értékes tanulmányainak, daczára Jaschke, Keller, Langstein és Mayer közleményeinek, bár a legtöbb kérdésben egyetértek velük, a sablonos 4 órás szoptatást a mint nem fogadom el és nem is alkalmazom, épp úgy nem írom alá az úgynevezett túltáplálás gyakoriságát sem. Azért mondom „*úgynevezett túltáplálásnak*”, mert igen közel állók a túltáplálás tagadásához olyan értelemben, a mint ezt Czerny és követői értelmezni látszanak. A kifejezés szerintem helytelen, hamis, mert nem distingvál. Túltáplált csecsemőnek én az erősen, talán túlerősen fejlett kövér csecsemőt tekintem; sokan azonban úgy vélekednek, hogy a sokszori szopás a túltáplálás, vagyis, hogy túlsokat vagy túlsokszor kap a csecsemő táplálékot. Ez nem túltápláltság, hanem rendetlen táplálás, mely azután könnyen vezet alimentaris zavarhoz, így első sorban dyspepsiához. (Sokban hasonlít ez az elnevezés a vaccinatióhoz, a mennyiben igen sokan úgy a külföldön, mint utánzásképpen nálunk is minden oltást helytelenül vaccinatió-nak neveztek el, daczára annak, hogy a vaccinanyirok nem általában oltási anyagot, hanem csupán a variola vera elleni immunitást biztosító s a tehén vagy borjú [vacca] testén át meggyengült himlő [variola vaccina = tehénhimlő] anyagát jelenti s az ezzel való immunizáló oltás a vaccinatió).

Az ilyenkor bekövetkező hányást és zöldes, nyálkás, a a végbél környékét is felmaró és szappandarabkákkal kevert többszöri székleteket, a klinikai vizsgálatok pontosságával megállapítva, az alacsony zsírsavak okozzák, melyek a gyomor és bél falát izgatják. Az esetek nagy többségében a szoptatás szabályozására bekövetkező gyors javulás elég bizonyítékát nyújtja annak, hogy az ok a rendetlen táplálásban rejlik s tényként fogadható el az, hogy e kóros savanyú erjedés létrejövételében, tehát a dyspepsiában, a főszerep a szénhydratnak (tejcukor) jut.

Ez az a pont, a hol meg kell állapodnunk s határozottan a rendszeres, a szigorúan meghatározott táplálékmennyiséghez és ennek is a megfelelő időközökben való adagolásához kell ragaszkodnunk.

Szana és Totis azt mondják, hogy ambulans anyagukon (a ferencvárosi anya- és csecsemővédelmi rendelésen) azt látták, hogy a hiányosan táplált, vagyis éhező szopó csecsemő a „*túltáplálás*”-ból eredő dyspepsiához hasonló körképet mutathat, a mennyiben az anyák panasza az, hogy a csecsemő nyugtalan, nem alszik, igen sokat sír, szopás közben a mellett elereszti, naponta több zöldes nyálkás széklet ürít, egyes esetekben szopás után hány. A megejtett próbaszoptatásnál kiderült, hogy csak ritkán szoptak oly mennyiséget, mely „*túltáplálás*”-ra mutat, míg túlnyomó részben jóval kisebb mennyiséget szoptak a szükségesnél, tehát hiányosan voltak táplálva. Teljes mértékben osztom ezen észlelet helyességét, de azt kell mondanom, hogy ez nem más, mint

² Archiv für Laryngologie, 10. kötet.

inanitio, mely az élettani szükségletnél, tehát a létminimumnál kevesebb táplálékfelvételt jelent s ennek következtében a táplálkozási zavarnak dyspepsiás foka jött létre. Igen helyesen mutatnak rá arra, a mit mi gyermekorvosok már régóta gyakorolunk, hogy ennek megállapítása, feltéve, hogy más nemű ok nem mutatható ki, a szopás előtti és utáni súlymérések s ezeknek alapján a napi bevett mennyiség összegezésével történjék. Ha a napi mennyiség nem elégíti ki bennünket, igen helyes és szükséges intézkedésnek kell tekintenünk a kísérletet, melyhez szokva is vagyunk, hogy gyakoribb időközökben nyújtjuk az emlőt, de itt is az emlők termelőképesége lebegjen mindenkor szem előtt, különben ismét a sablonosságba esünk és elkészhetünk a póttáplálékkal, melyre, sajnos, nem olyan nagyon ritkán vagyunk kényszerítve.

A hypogalactia, bár lehetséges és elő is fordul, legtöbbször másodlagos, és nem tudok szabadulni attól a gondolatától, hogy ennek okát a mai szomorú, sanyarú táplálkozási és egyéb viszonyokban kell keresnünk. A szoptató anyáknak jelentékeny része az ácsorgás, az élelmiszerek után való fáradozás és súlyos lelki gondok miatt nem láthatja el és nem gondozhatja úgy csecsemőit, mint kellene s így nemcsak a rendszertelen szoptatás, de a bekövetkező hypogalactia következtében is fokozatosan áll be a csecsemő inanitiója, amihez még azt is hozzáteszem, hogy a rosszul táplált, gyenge étellemmel bíró anyák teje nemcsak mennyiségéből, de minőségéből is veszít. Nyilvános kórházi rendelkezésemre soha annyi rosszul táplált, zsírszövet nélküli csecsemőt nem láttunk, mint most, úgy hogy szinte örömteljes meglepetéssel fogadunk egy-egy rendes fejlődésű, vagy éppen gömbölyded csecsemőt, s míg ezeknek emésztési folyamata s jó tápláltsága okául az anya gondosságát, elég kielégítő életmódját s a szoptatás rendszerességét állapítjuk meg, addig amazoknál positive bizonyul be az anya elégtelen táplálkozása s a csecsemő szoptatásának, gondozásának rendszertelensége, elégtelensége. Ezenél nagyon sok esetben sikertelen a szopási időközök rövidebbé tétele a fentjelzett okok folytán s csakugyan kényszerítve vagyunk a hypogalactia állandóságát konstatacióval, az „allaitement mixte“-hez fordulni.

Az inanitióknak eme könnyebb és súlyosabb eseteiben azután zöldes, zöldesbarna, nyálkás székleteket találunk. Ezek a csecsemők igen hosszú ideig lógnak az emlőn, sokszor sírva abbahagyják a szopást s kezdődő inanitió nál elég nyugtalanok is, sőt nem egyszer hányás is jelentkezik, míg hőemelkedés nem szokott mutatkozni, ha csak valamely complicatio nincsen.

Feltétlenül meg kell kísérelnünk tiszta inanitio eseteiben nemcsak a gyakoribb szoptatást, de mindkét emlő kihasználását is az egyes szopásoknál s ha ennek nem volna eredménye, akkor a póttáplálék alkalmazása elkerülhetetlenné válik; e pontnál határozottan azok táborába állók, mert ennek helyességéről gyakorlatomban elég esetben győződtem meg, a kik nem a váltakozó módszer szerinti táplálást, hanem a hiányzó táplálék mennyiségnek közvetlenül a szopás után való pótlását fogadják el, nem tévesztve szem elől természetesen a kor, a súly és a tolerancia mérlegelését a pótlék megállapításánál.

A mi a szoptatások számának megállapítását illeti, azt nézetem szerint mindenkor a csecsemő fejlettségi foka, felvevő és táplálkozási képessége szerint kell intéznünk. Sablonos szoptatási számot nem tudok magamévá tenni s határozottan a mellett foglalkozom állást, hogy individualizálni kell s itt minden esetben első és legfontosabb az anamnesis szigorú megállapítása, nehogy helyrehozhatlan hibába essünk.

Végtelenül sajnálom, hogy *Berend*, ki ezen kérdéssel oly igaz egyszerűséggel foglalkozott, nem szólhat e kérdéshez, de hiszem, hogy gyakorló gyermekorvosaink közül egyesek, bizonyára ki fogják fejteni, szerzett tapasztalataik alapján, nézetüket.

Elismeréssel adózom *Szana* és *Totis*-nak a kérdés felvetéseért és észleleteik közléseért, mert valóban itt az ideje annak, hogy erősen szaporodó orvosaink a gyakorlat nyuj-

totta közlések s nem az egyes szerzők sablonjai alapján szolgálják a gyermekegészségügynek ezt az igen fontos részét, a csecsemők táplálását.

A hiányosan táplált szopós csecsemők dyspepsiája.

Irta: *Preisich Kornél* dr., gyermekorvos.

Szana Sándor és *Totis Béla* doctorok ilyen című közleményéhez (Orvosi Hetilap, 1919, 26. szám) óhajtók néhány megjegyzést fűzni.

A szerzők észlelései igen helyesek, és mostanában még gyakrabban, de már azelőtt is ismételtén észlelhetők voltak csecsemők, kiknek dyspepsiája a hiányos táplálkozás következményének volt tekinthető. Tévedésnek kell azonban betudnom azt, ha a szerzők az ilyen eseteket okozatilag *Czerny* túltáplálási tanával hozzák összefüggésbe. *Czerny-Keller* túltáplálástana nem függ össze a dyspepsiával, csak e tanoknak hibás értelmezése vonhatja maga után az ilyen összefüggés felvetését. Az ilyen téves értelmezés hibájába sem *Berend*, sem más „gyermekorvos“ nálunk nem esett. Dyspepsiát okozhat a gyomor túlterhelése, de a táplálék-többlet, melyet a csecsemő dyspepsia nélkül jó ideig tűr, az erre hajló gyermekeken a túltáplálási jelenségeket létesíti (exsudativ diathesis).

Különbséget kell tehát tenni a túlterhelés és a túltáplálás között.

Kétségtelen, hogy a túltáplálástól való félelem éppen a *Czerny*-tanok alapján sok orvost bírta arra, hogy sablonszerűen négy óránkénti szoptatást rendeljen el a születéstől kezdve, de nem teszik ezt a „gyermekorvosok“. Én magam már sok évvel ezelőtt — ha jól emlékszem, ugyane lap hasábjain — hívtam fel a figyelmet az ilyen sablonszerű szoptatási utasítások ártalmára, éppen a hypogalactia létesítése szempontjából tartván ezt az eljárást ártalmasnak.

Hangsúlyozom, hogy éppen a szoptatás megkezdésekor, a születés után legfontosabb a helyes szoptatási technika megállapítása és ez nem megy másként, mint individualizálással; ebben *Rietschel*-nek feltétlenül igaza van és hibáztatnom kell *Szana* és *Totis* azon álláspontját, mely szerint: „standardként“, vagyis sablonszerűen „ki lehet indulni három vagy négy órás szoptatásból, de ha a csecsemő rosszul fejlődik és dyspepsiás tüneteket észlelünk, akkor a szükséges szoptatások számát individualisan kell megállapítanunk“. Így tennünk nem szabad, hanem individualizálva az első egy-két napon megengedett kétóránkénti emlőretétel után, a szopott tej mennyisége szerint kell a további napokban és hetekben a három-, illetve négyóránkénti szoptatást betartani. Így nem érhetik az orvost meglepetések és nem kell tartania a rossz technika folytán bekövetkező hypogalactiától, a mely ha bekövetkezett, jóvátenni igen sok esetben már nem sikerül. Éppen ebben rejlik a szerzők álláspontjának legfőbb hibája; a másik az, hogy a csecsemőt tesszük ki hiábavaló módon az inanitio lehetőségének.

A szerzők a hiányos szopás okozta dyspepsiák mostani gyakoriságát a helytelen szoptatási technikára vezetik vissza, mely *Czerny* tanainak a magyar gyermekorvosok részéről történt helytelen értelmezésében lelné magyarázatát. Hogy ez téves, arra már rá mutattam. Mosthírtelen azon egyszerű okból oly gyakoriak az ilyen esetek, mert az anyák általában sokkal gyengébben táplálkoznak. A hiányos táplálkozás pedig az oka a gyakori hypogalactiának. A szoptatás 3. hónapjában a napi ötszöri szopás rendszeren már teljesen elegendő a tejelválasztás normalis menetének fentartásához, nem tagadom azonban, hogy gyakoribb szoptatással sokszor némiképpen fokozni lehet a tejelválasztást, ha egyúttal a szoptató nő jobb táplálkozásáról is gondoskodunk a lehetőség határáig, a mit a szerzők bizonyára meg is tettek, bár nem említik.

Végül néhány szót a dyspepsiás jelenségekről: a colostrális tej a peristaltikát fokozza, az emésztőmirigyek tevékenységére serkentőleg hat. A szoptatás idejében mutat-

kozó menstruatio alatt a tejelválasztás átmenetileg csökken és a tejnek átmenetileg igen sokszor megvan a colostralis tejre jellegzetes hatása, a mi klinikailag abban nyilvánulhat, hogy a székletetek nyálkásak, gyakoribbak és a csecsemő nyugtalan, sőt hány is; ezeket a jelenségeket mindezek szerint a nem eléggé lekötött savanyú gyomortartalom idézi elő; ugyanez szerepel, szerény véleményem szerint, a hypogalactiában is és ez váltja ki néha a hányást. E dyspepsiás jelenségek semmiesetre sem azonosak a szopós csecsemőknek gyomortúlterhelés okozta dyspepsiáival. Hogy neuropathiás csecsemők korábban és intenzívebben fognak reagálni ugyanoly fokú ártalomra, az természetes, de talán azt is elfogadhatjuk igazság gyanánt, hogy az ilyen ártalom nemcsak neuropathiás gyermekeket ér.

Válasz a hiányosan táplált szopós csecsemők dispepsiájához tett észrevételekre.

Írta: Szana Sándor dr.*

Hainiss és Preisich egyetemi docensek értékes megjegyzéseiből örömmel állapíthatjuk meg, hogy cikkünk időszérien figyelemztet arra, hogy a Czerny-féle túltáplálás tanából félreértések támadtak; orvosok és gyermekorvosok körében a három-, sőt négyórás szoptatás túlsémásan lesz rendelve, sokszor a csecsemő súlyos ártalmára. E megfigyelést előttünk már sokan mások is tették, hiszen Langstein azért gyártotta e súlyos kifejezést: *Atrophia e medico*.

Nekem, mint a gyermekkor socialhygienejével foglalkozónak, azért kellett ezt most napirendre hoznom, mert a csecsemő-dispensaire-ekben hét-hét után van alkalmam ilyen eseteket látni. Természetes, hogy nem a tudomány elsőrangú művelői követnek el ily hibákat, hanem sokan, kik a tanokat nem értették meg teljesen. Hogy nemcsak nálunk, de Németországban is történt ez, mutatja az, hogy éppen a német Langstein gyártotta a fent említett kifejezést.

Azért érdemes itt felemlíteni, hogy a Stefánia-szövetség gyermekorvosi szakosztálya által több százezer példányban kiadott „Anyák kiskatéja” huszonnégy órában legfeljebb hat szoptatást, később ötöt ajánl. Bókay-Flesch tankönyve, mely évek óta adja az új orvosgenerációnak a gyermekorvosi kiképzést, és a mely tankönyvet nemcsak tanulják, de meg is szeretik és tanácsadónak használják, a gyakorlatban ugyancsak a naponta ötször, legfeljebb hatszor való szoptatást ajánlja. A Kiskaté az első napokról nem emlékszik meg. A Bókay-féle tankönyv pedig a 3—4 órás standardot a harmadik naptól kezdve ajánlja.

Preisich azon ajánlatával, hogy az első 1—2 napon kétóránként kell a gyermeket emlőre tenni, éles ellentétbe helyezkedik Bókay-Flesch-sel, a kik tankönyvükben azt ajánlják, hogy az első napon semmi táplálékot sem szabad adni, a második napon pedig 3—4 szopási kísérletet ajánlanak csak.

Ama tanácsa Preisich-nek, hogy az első egy-két nap után „a szoptott tej mennyisége szerint kell a további napokban és hetekben” irányítani a szoptatást, csak a nagy kisebbséget tevő gazdag családokban lesz betartható, mi pedig a nagy gyermektömegekkel, a dispensaire-ek anyagával dolgozunk, a hol egyelőre nem lehet szó arról, hogy a munkásanyák csecsemőmérlegekkel rendelkezve, „a szoptott tej mennyisége szerint” járjanak el. Hogy pedig 3—4-naponként a dispensaire-be jöjjenek, lehetetlen. Persze, ha a hordozható mérleg kérdése meg lesz oldva, végre lesz hajtható Preisich indítványa, mely lényegében ugyanaz, mint a mienk, hogy csak a kiindulási pont lehet sablonos, akár 2, akár 3 órától indulunk ki s a szoptott tej mennyisége alapján kell azután döntenünk, hány óránként szoptjon a csecsemő.

Hogy a táplálás gondolatmenetét félreértett orvosok rendelkezése is okoz hiányos táplálást, erre újból Langstein süjtő kifejezését „atrophia e medico” idézem. Idézem továbbá Berend-et, a ki cikkünket ismerte és maga is említette, hogy

gyakrabban lát most a szoptatott csecsemők között hibás orvosi rendelés folytán éhező, mint túltáplált gyermeket.

Az ügyre döntő fontosságú az, hogy Preisich nagy tudása és gyakorlata alapján is elismeri azt, hogy „gyakoribb szoptatással sokszor némiképpen fokozni is lehet a tejelválasztást”.

Biztosíthatom — épp egyszerű munkásasszonyokon végzett megfigyeléseim alapján —, hogy ezáltal a legtöbb esetben, ha nincs is módunkban több táplálásról gondoskodni, a leadott tej mennyisége emelkedik. Fájdalom, nekünk nincs módunkban az anyák táplálását fokozni, mert a leírt észlelések mind a Drégely-utcai Anyák Tanácsadójából származnak.

Minden gyakorló-orvos számára rendkívül értékkel fog bírni Hainiss kategorikus kijelentése, hogy hosszú, nagy gyakorlata alapján a sablonos 4 órás szoptatást nem fogadja el. Értékes továbbá az a megfigyelése, a melyet ugyancsak hosszú gyakorlatából említ, hogy ő is gyakoribb időközben nyújtja az emlőt a tejelválasztás fokozása céljából. Értékes Hainiss-nak az a tanácsa is, a melyet mi is követünk, hogy meg kell kísérlnünk a csecsemők emlőn való gondozásánál beálló hiányos táplálás esetén „nemcsak a gyakoribb szoptatást, de mindkét emlő kihasználását is az egyes szopásoknál”.

Megjegyzem, hogy Berend cikkünket nagy figyelemmel olvasta és az ő ajánlatára vettük be azt, a mit Hainiss is hangsúlyoz, hogy az emlő gyakoribb adását is csak táplálási kísérletnek kell tekinteni, melyet mérleggel kell ellenőrizni, nehogy azután ez váljék sablonos rendeléssé.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A paralysis progressiva és agsyphilis salvarsan-kezelését az arteria carotis internába való befecskendezéssel kísérte meg 19 betegen Knauer. Az eljárás technikai része igen egyszerű: az injectio finom fecskendővel a bőrön keresztül történik a fejbicc-centő-izom elülső szélénél a pajzsporczogó magasságában, hol a verőér könnyen kitapintható. A neosalvarsanból 0.45 grammot (10 cm³ párolt vízben oldva), az ezüstsalvarsannatriumból 0.2 grammot fecskendezett be; az injectiót megismételte 3—6 naponként. A legtovább kezelt beteg 22 befecskendezést kapott. Két paralysis-esetben az eljárás teljesen sikertelen volt, a többiben valamennyiben feltűnő javulás volt észlelhető, olyannyira, hogy a kezelték közül 10 paralytikus ismét munkabíró lett. A Wassermann-próba az esetek 2/3-ában negatív lett, a liquor cerebro-spinalis fehérjéértalma a Nonne és Pandy-eljárással vizsgálva csökkent. Két esetben lázat provokáló therapiával kötötte össze a szerző az eljárást, a mennyiben az injectiót megelőző napon 10 cm³ steril tejet fecskendezett be a betegek bőre alá, a mire 39°-os lázzal reagáltak; de valami különös hatása e kombinációnak nem volt. A salvarsannak a carotisba való befecskendezése kellő gyakorlat mellett teljesen veszélytelen eljárás és semmiféle agytünetet sem okoz. Az eljárást — más orvosszerekkel — meg lehetne kísérni egyéb agybetegségekben is. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1919, 23. sz.).

A bronchectasiák kezeléséről mesterséges pneumothorax-szal ír W. Unverricht a berlini egyetem III. belklinikájáról. A punctiós módszert használták és nem nitrogent, hanem közönséges levegőt juttattak a mellüregbe. Eleinte gyakrabban kellett utánatölteni, mint az egyidejűleg nitrogennel kezelt tüdőgümőkór-esetekben, később azonban már nem mutatkozott különbség a felszívódás gyorsasága tekintetében. A fertőzés veszélye levegőbeli csírákkal nullával egyenlő. A jelzett módon kezelt 5 eset közül 3-ban az eredmény nagyon kedvező volt, az illetőknek teljes gyógyulását lehet felvenni; a jó eredményt ezekben az esetekben főleg annak lehet tudni, hogy aránylag nem régóta állott fenn a folyamat. Egy eset már nagyon régi volt, a bronchusok a peribronchitises folyamatok következtében nyilván már annyira mere-

* Totis Béla dr. hadbavonult.

vek voltak, hogy nem igen kollabálhattak. Egy másik esetben a folyamat localisatioja a hilus táján akadályozta meg a col-lapsust. A kedvező hatás azzal magyarázandó, hogy a pneu-mothorax folytán összenyomott tüdőben a tágult hörgők kollabálnak, ennek folytán kevesebb a váladék, ez nem pang, tehát nem bomlik, aspiratioja egészséges részekbe meg van akadályozva; másfelől a kóros részekben meglevő hajlamosság a zsugorodásra elősegítették. Az eljárás veszélytelen és ezért a belső és klimás kezelés eredménytelensége esetén ne kés-lekedjünk sokáig az igénybevételével, mert, a mint láttuk, a régen fennálló esetekben ettől az eljárástól sem várhatunk sokat. (Berliner klin. Wochenschrift, 1919, 22. szám.)

A háború okozta hiányos táplálkozás befolyásáról a morbiditásra tartott előadást *Rumpel* a hamburgi orvos-egylet április 1.-i ülésén. A testsúlycsökkenés szív-bajosoknak és köszvényeseknek többnyire előnyös. A zsírfogyás főleg a hasüri szervekre káros (a gyomor mély állása, enteroptosis, sérvek, belső elzáródások, méh- és hüvelyelöses). Lipomák sokszor eltűntek, a pankreas-necrosis felette ritka lett. Specialis éhség-betegség az oedema, a mely Csehország német vidékein 5% halálzással járt és a hiányos táplálkozással (akárhányszor 700 caloria volt csak a napi bevitel) kapcsola-tos túlságos folyadék-bevitellel magyarázható. Egy másik éhség-betegség az osteomalacia. A heveny kiütéses fertőző-betegségekre, úgyszintén a diphtheriára valamelyes lényeges befolyás nem volt kimutatható. Pneumoniában gyakoribb volt a lysis, mint a crisis, de ebben talán része volt az influen-zának is. A fertőző-betegségek tartama hosszabb volt, főleg a reconvalescentia megnyúlása miatt. Tetemes volt a gümő-kórra való befolyás; egyes alakjai (meningitis tuberculosa, hashártya-tuberculosis és a néhány hét alatt halálra vezető peribronchitis gümőkór) sokkal gyakoribbak lettek. A gümő-kóros fertőzés könnyebben állott be, a sebészeti gümőkór-esetek is megszorodtak. Kiemelendő a gyógyszerek iránti túlságos érzékenység; kéneső-kezeléskor sokkal korábban ál-lott be mérgezés; ugyanez áll a salvarsanról (vagy talán a készítmények minősége rosszabbodott?); a veronallal szem-ben is feltűnt ez a fokozott érzékenység. Enyhe és közép-súlyos diabetes eseteiben a cukor eltűnt a vizeletből, a szén-hydrat-tolerantia fokozódott. A vérbetegségek súlyosbodtak, főleg az anaemia perniciosus; a chlorosisra nem mutatkozott befolyás. A gyomor és bél részéről fokozott flatulentia, a só-sav megkevesbedése, sőt eltűnése és tejsav megjelenése volt gyakran észlelhető. A gyomorfekély-esetek száma nem szapo-rodott. Rendkívüli módon megszorodtak az oxyuriasis-esetek, a miben a szénhydratból táplálás és a szappanhány okozta csökkent tisztaság játszsza a főszerepet. A vesékre gyakorolt károsító hatás nem volt kimutatható. A húgy-elválasztás fokozódott (enuresis). A potentia és a libido csök-kent. A központi idegrendszer meggyengült; gyakori a panasza az emlékezőképesség csökkenéséről és az energia meg kitar-tás hiányáról.

Sebészet.

A mély subpectoralis-phlegmoneról ír *Roedelius*, a hamburgi sebklinika segéde. Sokszor egészen lényegtelen kézujj-sérülés után, a nélkül, hogy lymphangitis és axillaris lymphadenitis fejlődött volna, magas láz, súlyos betegség-érzet, esetleg rázóhideg áll be; a kar mozgatásakor néha feszültségről panaszkodik a beteg, a vállban és felkarban tompa nyomás-érzés van, a mely fájdalommasságig fokozódha-tik. Ilyenkor legnagyobb valószínűséggel a mély subpecto-ralis nyirokmirigyek infectioja vehető fel, s a mennyiben a jelzett tünetek néhány nap alatt nem fejlődnek vissza, a ma-gas láz és a súlyos általános állapot továbbra is tart, opera-tive kell beavatkoznunk, ha nincs is pirosság, hullámlás stb. Ha nem tárjuk fel a gócot, periglandularis phlegmone fejlő-dik a legnagyobb valószínűséggel, a mely pedig a klinika tapasztalatai szerint pyaemiára és halálra vezet. A kóros gócz nagyon kiadósan tárandó fel. A metszés ugyanaz, a melyet emlőrák esetében a hónalmirigyek kitakarításakor haszná-lunk; legjobb a pectoralis elülső széle mentén végezni a

metszést. Sokszor találunk a mélyebb rétegekben olyasféle oedemát átívódást, mint streptococcus-fertőzés eseteiben. Tompán továbbhatolva, rábukkanunk az első mirigyekre, a melyek már korán el szoktak genyedni; majd még mélyebbre hatolva, egészen feltárjuk a gócot. Minden beteg mirigyet nem szabad eltávolítanunk; egy részük ugyanis a feltárás után rendbe jön és fontos szolgálatot tehet a szervezetnek esetleges későbbi fertőzések alkalmával mint védőszerv. A fődolog a gócz alapos feltárása; az ilyen jól feltárt gócz az-után néhány hét alatt kigyógyul. (Berliner klin. Wochenschr., 1919, 26. sz.)

A téntaczeruza okozta sérülésekről beszélt *Erdheim* docens a „Gesellschaft der Aerzte in Wien“ június 20.-án tartott ülésén egy beteg bemutatása kapcsán, a ki a tenyerén sérült meg. Közvetlenül a sérülés után maga a beteg távolí-tott el egy darabka téntaczeruza-veget a sebből, utána pedig az orvosa még egy darabkát. Két nap múlva égető érzése volt az ujjaiban s a sérülés helyén elődomborodás látszott, a melyet bemetszve, sérosus folyadékot kaptak, geny minden nyoma nélkül. A további lefolyás is más volt, mint a mit idegentest okozta sérülés eseteiben látni szoktunk: genyedés nem állott be, de az idegentest sem tokolódott el. Az előadó már évekkal ezelőtt utalt egy dolgozatában arra, hogy ténta-czeruza-sérülés után fistulák és torpid fekélyek szoktak fejlődni, a benmaradt czeruzadarabka körül a szövetek elhalnak. Azóta tapasztalatai e téren szaporodtak, úgy hogy most már 18 esete alapján szólhat a kérdésről. A tünetek a követke-zők: mérsékelt égető érzés a sérülés helyén, a környezet oedemája, a képződő fistulából nyomásra ibolyás savó ürül. A baj megszüntetése activ therapiát igényel (extractio vagy excisio), mert egyébként további fistulák fejlődnek, nem-különbön fekélyek; ez utóbbiak néha olyanok, mintha lyu-kasztóvas ütötte volna őket. Genyedés soha sincs, mindig csak vízserű, zavaros, lilás színű secretum található. Az üreget bélelő granulatiók renyhék. A baj 2 $\frac{1}{2}$ hónapig is el-tarthat. Vannak esetek, a melyekben csontelhalásig fejlődik a dolog; egy esetben több hónapi tartam után az egyik ujjat enukleálni kellett. Némely előrehaladott esetben idegek, inak, erek veszélyeztetése miatt az excisio nem végezhető; ilyen esetekben ajánlatos tannin-oldattal végzett öblítésekkel old-hatatlanra tenni az el nem távolítható czeruzadarabkát és ez-zel venni elejét a további káros chemiai hatásnak. Prophylactice ajánlatos a téntaczeruzákat teljesen kiküszöbölni az iskolából, az irodákban pedig felhívni a személyzet figyelmét a téntaczeruza-sérülések veszélyes voltára. Egyebekben pedig a zöld, sárga, piros anilinfestékekkel készült czeruzák kevésbé veszedelmesek, mint a barna, kék vagy fekete színűekkel készütek; az előbbieknél chemiai nekrotizáló hatása ugyanis sokkal kisebbfokú. — Az előadáshoz fűződött eszmecsereben *Krämer* felemlítette, hogy gyakran látott károsodásokat a szem részéről. Ha a téntaczeruza hegyezése alkalmával csak finom por jut a szembe, nem szokott baj történni; kissé nagyobb részletke bejutása és a conjunctiva redőibe befészkelődése esetén azonban súlyos elváltozások (fekély, cornea-átfúródás, staphyloma, esetleg amaurosis) fejlődhetnek s ezért lupéval gondosan meg kell vizsgálni a szemet s a bejutott czeruza-darabkát sürgősen el kell távolítani. (Wiener mediz. Klinik, 1919, 29. szám.)

A végbélfistula új műtétmódját ismerteti *Stemmler*, a jeni sebklinika segéde. A szóban levő bajnak eddig használatos kezelésmódjaival, a felhasítással és a kimetszés-sel, nem volt mindig kedvező az eredmény. Elég sok eset-ben ugyanis távolabbi mellékjáratokból kiújult a baj, más esetekben pedig incontinentia fejlődött ki, a sphincter sérülése folytán. A szerző ezért új eljárást kísérelt meg, a melylyel az említett hátrányok elkerülhetők s a melylyel magasan székelő ischiorectalis fistula esetén is teljes eredmény érhető el. Eljárása röviden a következő: A külső fistulanyílásnak köralakban körülmetszése után óvatos praeparálással szabaddá tesszük a külső fistulafalat subcutan lefutásának kis helyén. A kis seb bőrszéleit éles horgokkal tartjuk vissza és klemmé-

vel elzárjuk a szabaddá praeparált külső fistulavéget. A klemmével óvatos húzás közben már most kis tuppferrel vagy csipeszszerrel letoljuk a lágyrészeket a fistulakötegről. Ilyenkor a fistulának mellékjáratai is jól előtűnnek és ugyanolyan módon praeparátatnak ki. Így könnyen sikerül egészen a végbélig előhatolni, a lágyrészeknek, főleg a sphincternek legcsekélyebb sérülése nélkül. A mikor elkészültünk a fistulának és mellékjáratainak kpraeparálásával, eltávolítjuk a külső fistulavéget a rajta függő bőrrel együtt, a visszamaradt centralis fistularészt a végbélből és végbélnyílásból kivezetett szondával a végbélbe invagináljuk és itt az invaginált fistulakötegre gyakorolt enyhe húzásra előbóltosuló nyálkahártyakúpot az alapján lekötjük. A végbél külső falát a seben át varrjuk s végül magát a sebet is összevarrjuk néhány öltéssel. A nem teljes külső fistulát hasonló módon tesszük szabaddá a centralis szak végéig. Innen, úgy mint a fistula felhasításakor, szondát bökünk a végbélbe s a fistulát — mint fentebb — invagináljuk. Az invaginatio után valamivel erősebb húzást gyakorolunk a kifordított fistulára, a míg olyan magasságú nyálkahártyakúp képződik, a mely a szabaddá nem tett, zárt belső fistulamaradékot magába tudja venni. A továbbiak tekintetében ugyanígy járunk el, mint fentebb. Az egész műtét természetesen aseptikusan végzendő. A kicsiny, többnyire csak 1 cm. hosszú seb 6—8 nap alatt simán gyógyul; azalatt opiumot adunk a székürítés megakadályozására, a seb gyógyulása után pedig ricinussal és beöntéssel segítjük elő a bélműködést. Az eljárás természetesen friss esetekben nem használható, mert az invaginatio elég kemény, szívós falú fistulajaratot tételez fel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1919, 28. szám.)

Gyermekorvostan.

A rachitisnek mesterséges napfényvel (quarzkéneslámpa) való kezeléséről számol be R. Huldshinsky, a berlin-zellendorfi „Oscar-Helenen“-gyermekotthon assistense. A szerzőt a mesterséges napfénykezelés kipróbálására a szokásos diéta és higiénés kezelés jelenlegi nagy nehézségei indították. Több igen súlyosan rachitises gyermek 2 hónapon át alkalmazta a besugárzásokat, másodnaponként. Az expositio ideje kétnaponként 1—1 percczel emelkedve 2—20 perc volt. Felváltva sugározták be a mellét és a hátat. Már 14 nap múlva jelentékeny javulás volt észlelhető, mely főleg a közérzet és az izomtonus megváltozásában jutott kifejezésre. A kéthónapos kezelés befejeztével pedig az angolkór összes tünetei eltűntek, a Röntgen-felvételeken igen jól kifejezett mészlerakódás volt látható az epiphysiseken, két gyermeknél 0.5, illetve 3 cm. hosszúnövekedés volt megállapítható, a vörös vérszék száma 4.4 és 5.5 millióig emelkedett, a haemoglobintartalom 65—85%-ig (Sahli sz.). A gyermekek jól ültek, felállottak, frissek és élénkek lettek. Koruk $2\frac{1}{4}$ — $4\frac{1}{2}$ év között volt s kettőn közülük már 7, illetve 3 hónapos más kezelés előzte meg a besugárzásokat, minden eredmény nélkül. Valamennyi naponta 1 gr. calcium phosphoricumot szedett belsőleg a quarzlámpa-kezelés alatt, de a szerző kiemeli, hogy a kontroll-esetek, vagyis a mesterséges napfényvel nem kezelt gyermekek is szedték e szert minden eredmény nélkül. E gyermekek Röntgen-felvételei sem mutatták azt a nagyfokú javulást, mint a mesterséges napfényvel kezeltéi. A szerző a besugárzásokat igen hatásos és jól alkalmazható eljárásnak tartja, mely kitűnően egészítheti ki, sőt helyettesítheti eddig szokásos kezelési eljárásainkat. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1919, 26. sz.) Bosányi dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1919, 29. szám. Körmöczy Emil: A koratavaszi malariáról és járványtani jelentőségéről. Rablótzy Imre: Amnionleűződés esete.

Vegyes hírek.

Gyógyszerekkel való takarékoskodás. Egy budapesti orvos a következő receptet írta: Rp. Stearini purissimi 40.0, Glycerini 100.0, Aquae dest. 200.0, Kalii carbonici 2.0, coque usque ad vaporem, dein

adde post refrigerat. Aquae dest. 40.0, Olei rosar. guttas V, Ess. violette 2.0. Az illető gyógyszerész üzembiztos a ennek a vénynek elkészítését gyógyszerpazarlásnak és rendeletbe ütközésnek tartotta, azért csak $\frac{1}{4}$ részét készítette el a rendelt mennyiségnek és a dologról jelentést tett a népjóléti népbiztossághoz. Ez az illető üzembiztos felfogását helyesen találta. Minthogy pedig hasonló gyógyszerpocsékolásról már többször tettek szóbeli jelentést, a népbiztosság felkérte az orvosok szakszervezetét, hogy hatáskörében is hívja fel a tagjait a gyógyszerekkel való takarékoskodásra vonatkozó rendeleteknek szigorú betartására.

A járványossá váló, főleg mikroorganizmusok által okozott bőrbetegségek veszélye arra indította a népjóléti népbiztosságot, hogy erőteljes rendszabályokat fogantasson e bajok elterjedése ellen. A népbiztosság felhívta a Fodrászok Szakszervezetét, hogy műhelyeket létesítsen vagy jelöljön ki fertőző bőrbetegségekben szenvedők kiszolgálására. Bőrbetegségben szenvedők ezentúl kizárólag ezekben a műhelyekben fognak kiszolgáltatni; elrendeltetett, hogy minden borbélyműhely utasítsa vissza az olyan vendégeket kiszolgálását, a kiknek arcán vagy hajzatán fejbőrén kiütést vesz észre. Ez alól csak olyanok veendő ki, a kik orvosi bizonyítvánnyal tanúsítják, hogy a bőrbajuk nem ragadós. A népbiztosság ezért felhívta az orvosok szakszervezetét, hadd hasson oda, hogy az orvosok ilyen bizonyítványok kiállításakor a legkörülményesebben járjanak el és a mennyiben az esetet kétségesnek tartják, vagy tagadják meg a bizonyítvány kiállítását, vagy utasítsák az illetőt bőrspecialistához.

A bécsi kórházak segédorvosainak szövetsége felszólítást intézett a középiskolát végzőkhöz és szüleikhez, a melyben óva intenek az orvosi pályára lépéstől egyfelől a kiképzés lehetőségének, másfelől a későbbi megélhetési viszonyoknak rosszabbodása miatt.

Az Országos Lakásbiztossághoz tapasztalt hygienikus kerestetik; a pályázati feltételek az orvosok szakszervezetében (VIII., Szentkirályi-utca 22) tudhatók meg.

Személyi hírek külföldről. L. Brieger rendkívüli tanárt, a berlini egyetemi hydrotherapeutikai intézet vezetőjét, tiszteletbeli rendes tanárrá nevezték ki. A nevezett a napokban érte meg 70. születésnapját. — Sauerbruch tanár nem fogadta el a meghívást a frankfurti sebészeti klinikára és továbbra is megmarad a müncheni egyetem kötelékében. Most azután Schmieden hallei tanárt hívták meg a nevezett klinikára. — Baumgarten tanár utódjává a tübingeni egyetem körboncolástani tanszékén Mönckeberg, volt strassburgi tanárt hívták meg, a ki a meghívást elfogadta. — A göttingeni egyetem boncolástani tanszékére az elhunyt Merkel tanár helyébe E. Kallius breslaui tanárt hívták meg. — Lexer jenai tanár elfogadta a meghívást a freiburgi egyetem sebészeti tanszékére.

Meghalt. E. Fischer tanár, világhírű kémikus, a ki főleg az orvosi chemia terén végzett nagybecsű vizsgálódásaival szerzett magának maradandó érdemeket, 66 éves korában, július 15.-én. — A. Richter tanár, a buchi elmegógyintézet igazgatója, 69 éves korában. — L. Luciani, a physiologia tanára Rómában, 76 éves korában.

PÁLYÁZATOK.

862/1919 kig. sz.

A balassagyarmati közkórháznál a vármegyei intéző biztosság 5772/1919 sz. alatt kelt rendelete értelmében boncoló-főorvosi (prosector) állás szerveztetik. A szakmájába vágó kórházi teendőkhöz kívül a vármegyei egészségügyi ügyosztály által hozzáutalt hasonló vizsgálatokat is kötelességre lesz elintézni. Szabad idejében magánfelek részére is végezhet vizsgálatokat.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az ezen állás betöltéséhez megkívánt alapos képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázatukat Nógrád vármegye Intéző Biztosságához címezve folyó évi augusztus hó 23.-áig hivatalomba nyújtsák be.

Balassagyarmaton, 1919 július hó 26.-án.

Bogdán Aladár dr., a közkórház vezető-főorvosa.

4089/1919. szám.

Somogy vármegye tabi járásában megüresedett ádándi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

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

Megjegyeztetik, hogy Kiliti, Városhidvég, Faluhidvég és Szabadhegy községeknél az ádándi kórhöz való kikapcsolása iránt (az 1910. év előtti állapot visszaállítása céljából) a szükséges lépések megtételtek, a mely változást a megválasztott körorvos tűrni tartozik.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés és a megyei Directorium megállapította felemelt rendelési, látogatási és műteti díjak. A körorvosi végleges fizetés egyébként a közeljövőben rendeztetni fog.

A pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítések és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeket hozzám folyó évi szeptember hó 10.-éig adják be. Elkésett vagy kéltől fel nem szerelt kérvények figyelembe nem fognak vétetni. A választás határidejét később fogom kitűzni.

T a b, 1919. évi július hó 28.-án.

Farkas dr., járási közigazgatási megbízott.