

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Szabó József: Az úgynevezett „oralis sepsis” és a systemás megbetegedések. 269. oldal.
 Batisweller János: Közlemény a budapesti k. m. Pázmány Péter tudományegyetem I. számú kórbonczati intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.)
 Érdekesebb lefolyású sugárgombabetegség. 271. oldal.
 Friedrich László: Az emésztőszervi és anyagcsere-bántalmakkal foglalkozók össze-
 jövétele Homburgban. 273. oldal.
 Budapesti Királyi Orvosegyesület. (XII. rendes tudományos ülés 1922 április 22.-én.)
 273. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bandelier-Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. — Lapszemle. Sebészeti. Schloffer: A deformisan gyógyult törések kezeléséről. — Ideg- és elmekórtan. Schmitt: Tabesben átmeneti bénulások. — Bock: Lueses meningitis. — Gyermekorvostan. Reuss: A csecsemő-gondozónő iskolázásáról. — Barchetti: Gümőkóros anyák csecsemői. — Szemészet. Knapp: A Kuhnt-féle adagolt tenotomia módosításáról. — Pichler: Fültyűlőhang a könyvezeteken. — Kisebb közlések az orvostudományról. 275–276. oldal.
 Vegyes hírek. 276. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az úgynevezett „oralis sepsis” és a systemás megbetegedések.*

Irta: Szabó József dr., egy. ny. r. tanár.

Azt hiszem, nem végzek meddő munkát, ha mai előadásomban felhívom a figyelmet egy kérdésre, mely az utolsó években oly nagy mértékben foglalkoztatta különösen Angliát, de még inkább Amerikát orvosi és fogorvosi társadalmát. 1910 óta sok szó esik a különböző orvosi és fogorvosi angol és amerikai lapokban „oralis sepsisről” és e sepsis következményes általános szervi megbetegedéseiről.

Először is legyünk tisztában azzal, mit ért az angol, az amerikai orvos, fogorvos „oralis sepsis” alatt. „Oralis sepsis” alatt a fogak körül lefolyó, legtöbbször chronikus jellegű lobos alveolaris bántalmakat szokták összegezni. Ilyenek közül leggyakrabban találkozunk a gyakorlatban a *pyorrhoea alveolarissal*, továbbá a foggyökérrel közvetlen elhatároló periapicalis terület *chronikus genyes lobbjaival*, illetőleg azok eredményével, az úgynevezett *chronikus alveolaris abscessussal*, vagy ha úgy tetszik, a *gyökércsúcsgranulomákkal*.

Méltóztassanak megengedni, hogy először ezzel a két alveolaris megbetegedéssel foglalkozzam.

A *pyorrhoea alveolaris* lényegében idültlen lefolyó genyes lob, mely a fognyaktól elindulva, egy ponton előbb a ligamentum circ. rostjait, majd a foggyökér mentén a csúcshoz haladva, a gyökérhártyát, a fogmeder csontos falát pusztítja el. Egyszer gyorsan, máskor igen lassú előhaladással elpusztul tehát a fog tartó apparatusa: a fogmeder összes lágy és csontos képleteivel és e pusztulás mértékével arányosan meglazul a fog, könnyen elmozdítható lesz, végre kihull. A betegség kezdetén — úgy tetszik — először fellazul az íny, nem fekszik többé szorosan a fog nyakához, megduzzad, majd emelkedik a fogról és az íny és a fog közt mélyedés, *tasak* támad, melyből nyomásra geny ürül. Az elpusztult lágy- és keményszövetek helyét taplószerű, könnyen vérzékeny, hámmal átszőtt és genynyel átitatott sarjszövet foglalja el. Gyakran találunk ilyenkor a foggyökér felületére erősen tapadó és közönségesen a szájban észlelni szokott fogköveknek sötétebb, rendkívül kemény concrementumokra. A betegség egyszer egy-két fogra, máskor esetleg valamennyi fogra kiterjed, inkább a 30., 35. életév után támad, subjectiv panaszokra igen sokszor nem ad okot. Mások hideg-meleg-érzékenység jelentkezik a betegség kezdeti stádiumaiban, majd a gyökér lecsupaszodása mértékében, ismét máskor igen heves és fogbéllobot feltételező fájdalomrohamok támadnak, esetlegesen az íny alatt, a tasaktól

messzebb körülírt csontthártyalobok mutatkoznak, esetleg körülírt tályogképződéssel. De igen sokszor a beteg sokáig észre sem veszi, hogy már évek óta pyorrhoeája van, különösen ha nem éppen feltűnő helyen és mértékben támadnak a genyet ürítő tasakok. Ismét máskor a megbetegedés szokott klinikai képét megelőzik esetleg éveken át fejlődő elváltozások, minő a fognyak lecsupaszodása, az íny és a fognyakat körülvevő szövetek előhaladó atrophája, a fogak széttolódása stb. és csak évek múlva jelentkezik a pyorrhoea szokott klinikai képével. A betegség kóroktana nem tisztázott, vannak, a kik tisztán localis megbetegedésnek, mások ismét általános szervi bántalmak (különösen anyagcserebántalmak) részjelenségének tartják, s a fogképződést, a genyedést secundaer jelenségnek tekintik.

A gyökércsúcsot közvetlenül határoló rostos csontszövet genyes lobbjait az esetek túlnyomó többségében a fog szuvasodása vezeti be. A fogszerű a fog felületéről annak centruma felé haladó folyamat, előhaladtában mindjobban megközelíti a fogbelet, megbetegszik a fogbél is, végül elhal. A fogbél necrosis a körülmények sajátos összetalálkozása miatt túlnyomóan a nedves gangraena képét mutatja. Megvan tehát már most az út és a lehetőség a szuvas ürege, a fog gyökércsatornáján át, hogy fertőző hatások a gyökércsúcson keresztül a periapicalis szövetekre érvényesüljenek és a mindig jelenlevő genykeltő mikroorganizmusok, esetleg számuk, virulentiájuk, vagy a szervezet állapota szerint, egyszer acut, máskor chronikus, körülírtabb vagy kiterjedtebb gyökérhártyalobokat, rostos csontszövetlobokat okozzanak. A szervezet e hatások ellen védekezik. A fertőzött góczokat valósággal elkülöníti az ép részletektől: újképződésű kötőszövetes tokkal zárja le; előttünk van az úgynevezett granuloma, a lobosodásoknak úgy mondhatjuk gyógyulási formája. De e granuloma közép-pontjában virulentiájukban talán lefokozott, de mindenképpen fertőző csírák tömege foglal helyet, mely így eltokolva, a szervezetre egyelőre esetleg éveken át nem jelent veszélyt. E chronikus alveolaris abscessusok, granulomák csatlakozva a fogbél elhalásához, igen sokszor minden tünet nélkül fejlődnek s legtöbbször a betegnek tudomása sincs azok jelenlétéről. A Röntgen-kép ad azután felvilágosítást a periapicalis terület állapotáról. Rendszeres és nagy számmal végzett Röntgen-vizsgálatok igazolták azt is, hogy ezek a periapicalis folyamatok rendes és lege artis végzett gyökérkezelési methodusainkkal igen sok esetben meg nem akadályozhatók; a legnagyobb gondossággal végzett gyökércsatorna-kezelési és tömési szakmunkálataink mellett is igen nagy százalékban ilyen periapicalis folyamatok kimutathatók. Moorhead¹ (1916) vizsgálatai szerint 332 beteg közül 89%-ban és 150 beteg közül 69%-ban mutatkozott abscessus alveolaris

* Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1922 márczius 18.-án tartott ülésén.

¹ The prevalence of chronic mouth infections and their management. (Ref. D. C., 1916, 1426. old.)

chronicus. Black² 853 gyökkezelt fogra vonatkozóan 47%-ban, Ulrich³ a gyökkezelt fogak 68%-ában talált chronikus alveolaris abscessust.

Ha már most meggondoljuk, hogy a fogszerű milyen elterjedt megbetegedés, ha emlékünke idézzük, hogy az emberiségnek csak elenyésző kis százaléka mentes e megbetegedéstől, ha továbbá még a szakorvosi kezelés eredményeit is tekintetbe vesszük, akkor meg kell hogy állapítsuk, hogy az emberek nagy tömege hordoz szájában chronikus alveolaris abscessusokat vagy granulomákat, tehát szervezetében fertőzött gócot, például esetleg olyan foga felett, melyről meg van győződve, hogy kellő és helyes szakorvosi kezeléssel gyógyíthatott.

De a pyorrhoea alveolaris sem ritka betegség; Angliában, Amerikában az emberek 50%-a szenved pyorrhoeában és úgy mondják, hogy legalább is annyi fog pusztul el pyorrhoea miatt, mint szuvasodás következtében.

Látjuk tehát, hogy az emberek nagy tömege pyorrhoeás, vagy hordoz szájában egy vagy több chronikus alveolaris abscessust, granulomát. Az ilyen egyéneket jelöli meg az angol vagy amerikai orvos „oralis sepsisben” szenvedőnek.

Régen felvetődött a gyanúja annak, vajon a szervezet egyes eddigelé nem tisztázott aetiologiájú fertőző megbetegedéseinek nem lehetnek-e okai a leírt fertőzőes góczok.

Bár már régen, még bakteriologiai tudásunkat megelőző orvosirodalmunkban nem egy adatunk van arra, hogy orvosok ennek lehetőségét vitatták⁴⁻⁵ és bár Miller⁶ 1891-ben theoretikus fejtegetései során szóról-szóra mondja: „During the last few years the consideration has grown continually... that the human mouth as a gathering place and incubator of pathogenic germs, performs a significant role in the production of varied disorders in the body and that if many diseases, whose origine is enveloped in mystery, could be traced to their source, they would be found to have originated in the oral cavity” [lásd még *Herrenknecht*: Entzündliche Veränderungen benachbarter u. entfernter liegender Organe infolge von Wurzerkrankungen (D. M. f. Z., 1910, 414. old.), *Schiebold*: Über die tonsillare Behandlung der sog. rheumatischen Erkrankungen (Münch. med. Wochenschrift, 1910, 6. sz.)], mégis a legnyomatékosabban hívta fel a figyelmet e lehetőségre 1910-ben egy londoni belorvos, *William Hunter*.⁷

Hunter sensatiós előadásában, melyet a montreali egyetem orvosi fakultásának egy ünnepélyén tartott 1910 októberében a sepsis és antisepsis szerepéről az orvoslás tudományában, lesújtó kritikát mond a fogászati működéstről; a conservatív fogászatot a sepsises sebészet apotheosisául állítja oda („a veritable apotheosis of septic surgery and of surgical and medical malpractice”); a chronikus alveolaris abscessusokat, granulomákat gúnyosan mint az úgynevezett szép conservatív fogászat gyümölcseit aposztrofálja („such are the fruits of the beautiful so called conservativ dentistry”).

Hunter évtizedes klinikai megfigyeléseire támaszkodva, a megbetegedések egész sorát ilyen orális sepsisnek tudja be; anaemiák, gastritis, colitis, ismeretlen eredetű mindenféle fajtájú és fokú lázak, idegbetegségek, agydepressiók, szívbetegek, rheumák, vesebajok okozójául egyenesen a szájállapotokat vádolja.⁸

Hunter közléseit a literatúrában különösen az 1915–1917-es években az orvosi és fogorvosi cikkek egész özöne

követte,⁹ melyek kisebb-nagyobb számú klinikai megfigyelésekkel siettek *Hunter* nézetét igazolni. E közlések eredménye igazán sensatiós lett, legkivált Amerikában, úgy az orvosi, mint a specialis gyakorlatban. Gysi¹⁰ közlése szerint az amerikai orvos ma, mielőtt betege kezeléséhez fog, Röntgenfelvételekkel állapítja meg a kezelt vagy beteg fogakon a periapicalis tér állapotát és ha ilyen gócot talál ott, a fogat, a gócot eltávolítja (evakuál). A specialista a fogkezelés előtt Röntgenfelvételekkel igazoltatja a processus alveolaris állapotát és írásos bizonyítványt vesz betegétől, ha ilyen gócot talál. Ha ugyanis betegének sikerül bebizonyítania, hogy a specialista kezelése nyomán periapicalis gócz támadt, orvosát súlyos kártérítésre kötelezheti. Úgy áll a dolog, hogy az amerikai fogorvos ma, vagy legalább is, mint a közlésből kitűnik, az 1915–1920. években, gyökkezelést nem végez és például a minneapolis fogorvosi szakiskolában a gyökkezeléseket nem is tanítják.

Mikor e kérdésben állást akarunk foglalni, közelebbről kell tekintenünk és kritika tárgyává kell tennünk mindazokat a klinikai adatokat és a mennyiben rendelkezésünkre állanak, mindazokat a laboratoriumi kutatásokat, melyekkel e kérdést megvilágítani igyekeztek.

Ha előbb a klinikai megfigyeléseket tekintjük, legelőször vegyük szemügyre azt a szűrő-apparatust, mely a fogbetegségek kapcsán legközvetlenebbül határolja el a szervezetet a fogrendszerrel: az állkapocs alatti mirigyrendszert. E részben pontos klinikai megfigyelések állanak rendelkezésünkre. Mint a táblázatos összeállításból látható, *Odenthal*¹¹ 1887-ben 987 gyermeket vizsgált meg e szempontból; 28,6%-nak nem volt sem szuvas foga, sem mirigyduzzanata, 30%-nak mirigyduzzanata volt, de szuvas fogai nem voltak, 42,9%-ban talált szuvas fogakat mirigyduzzanattal és csak 0,5%-ban olyan szuvas fogú szájat, melyben mirigyduzzanat nem volt kimutatható. *Berten*¹² 1003 gyermekre vonatkozó vizsgálati alapján kimutatja, hogy 84,5%-ban szuvas fogak voltak a szájban és 66%-ban a regionaer mirigyek is meg voltak duzzadva.

Kétségtelennek tetszik tehát, hogy a klinikailag észlelt ilyen regionaer mirigyduzzanatok igen nagy százalékában egyúttal igen nagy százalékban szuvas fogak is találhatók a szájban és közel fekszik a feltevés, hogy e mirigyduzzanatok támadásához igen sokszor az út, melyen át a kóros hatás érvényesülhetett, a foga keresztül vezet.

Bár laboratoriumi vizsgálatokkal kétségen kívül beigazolódott, hogy regionaer mirigyek primaer tuberculosus, továbbá sugárgombás megbetegedéseinek eseteiben ez az út igenis lehetséges, mégis a fenti klinikai megfigyeléseket elégségesnek különösen arra nem tartom, hogy ez adatokból a megbetegedés létrejöttének gyakoriságára következtethessünk. A fenti vizsgálatoknak ugyanis nagy hiányossága van, tudniillik az, hogy a vizsgált anyagon egyszerűen a fogszerű gyakoriságát keresik e mirigyduzzanatok mellett és a fogból és a gyökércsatorna állapotát figyelmen kívül hagyják. Kétségtelen ugyanis, hogy szuvas lehet a fog, de a fog kemény állományainak ez a pusztulása nem érte el még a fogbelet, azt talán nem is tette beteggé s ez esetekben nyilvánvalóan még nincsen nyitva az út a káros hatások érvényesülésére a periapicalis szövetekhez, a lymphautakhoz. De még ha a fogból beteg is, például a szuvas fogban, akkor sem kapunk még pulpitisek kapcsán mirigyduzzanatok. A fogbeletben nyirokutak nincsenek, élő vagy akár beteg fogbeletből tehát káros hatások tova nem vitethetnek. Nemcsak elméletileg, hanem klinikai megfigyelésekkel is igazolhatjuk állításunkat. *Ollendorff*¹³ az 1895/6. és 1896/7. évben pontos statisztikai feljegyzések nyomán 494 pulpitis mellett csak 3 esetben talált mirigy-

⁹ Lásd *Gilmer, Moody, Billing, Mayo* stb. fejtegetéseit. (Sixty-fifth annual session of the American Med. Association. Section of Stomat. 1914. Journ. of the Americ. Med. Assoc. 1914. Dec.)

¹⁰ Schweiz. Vierteljahrschr. f. Zahnheilk., 1918.

¹¹ Inaug.-Diss. Bonn, 1887.

¹² Öst.-ung. Vierteljahrschr. f. Zahnheilk. 1894, 363. old.

¹³ Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. 1898, Juni.

² Roentgenographic and microscopic studies of tissues involved in chronic mouth infection. (Ref. D. C., 1917, 1043. old.)

³ Cit. in *Rosenow*: D. C., 1917 május.

⁴ *Jean Louis Petit* (1674–1760): „Traité des maladies chirurgicales”. Cit. *Irons*: Journ. of the Nat. Dent. Assoc., 1921, March.

⁵ *Benj. Rush*: Medical inquiries and observations, 1918. Cit. *Duce*: Oral Sepsis in its relationship to systemic disease. St. Louis, 1918, Mosby Cie.

⁶ „The human mouth as a focus of infection” (Dent. Cosm., 1891).

⁷ *Lancet*, London, 1911 Jan. 14; in ext. ref. D. C., 1918, 585. old.

⁸ „... the most cases of anaemia, gastritis, colitis, of all kinds and degrees of obscure fever of unknown origin, of purpura, of nervous disturbances, of all kinds ranging from mental depression up to actual lesions of the cord, of chronic rheumatic affections, of kidney disease.”

duzzanatot. Az út a periapicalis szövetekhez, a gyökshártyához s így tovább a nyirokpályákhoz tehát csak a fogbél elhalásával nyílik meg, az esetek túlnyomó többségében a fogszerű következményeképp.

Jogosítva arra, hogy aetiologiai momentumként e mirigy-duzzanatok kóroktanában a fogat, illetőleg a fogbetegséget okoljuk, csak akkor leszünk, mikor a fogon vagy fogakon az esetek túlnyomó többségében a fog szuvasodása következtében a fogbél elhalt és a mindig befertőzött és különböző kóros mikroorganizmusokkal telített gyökcsatornából a fog apexén át az út káros hatások számára a szervezet felé nyitva áll.

A gyakorlatban tehát talán nem eléggé tisztázott aetiológiájú regionaer mirigyduzzanatok okául egyszerűen a fogszuvasodást nem állíthatjuk, és ha a mirigyduzzanatok mellett a fogszuvasodás százaléka oly feltűnően nagy, annak okát inkább abban kereshetjük, hogy általában a fogszuvasodás százaléka különösen a gyermekkorban köztudomás szerint rendkívül nagy s így ha mirigyduzzanatok mellett is megtaláljuk e nagy százalékot, az magában még nem szól a causalis nexus mellett.

Tekintsük már most azokat a klinikai megfigyeléseket, melyek az úgynevezett „oralis sepsis“ és az általános szervi megbetegedések közt mutatnának oki és okozati viszonyra. E részben elhagynám azt a számtalan casuistikai közleményt, mely angol, amerikai lapokban az utolsó évtizedben megjelent, de a mely kellően ellen nem őrzött és többnyire néhány „eset“ kórképét, gyógyítását tartalmazza, persze a legmesszebbmenő következtetésekkel. Csupán klinikai, kórházi, tehát kellően ellenőrzött és nagyobb számú beteganyagra vonatkozó megfigyeléseket veszünk szemügyre.

A klinikai megfigyelések egyik iránya kutatja, mily %-ban van bizonyos systemás megbetegedés mellett „oralis sepsis“, illetőleg és főleg abscessus alveolaris chronicus vagy pyorrhoea; egy másik irány keresi azt, hogy a jelzett szájjá állapotok mellett mily %-ban mutatkoznak egyes systemás megbetegedések; végül egy harmadik irány arról számol be, miképp (és hány %-ban) tudja befolyásolni a systemás megbetegedéseket a száj szanálásával.

A nagyobb számú megfigyelésekre támaszkodó klinikus közlések egy része arra szorítkozik, hogy bizonyos systemás megbetegedések mellett kutatja, mily %-ban van a szájjában periapicalis gócz vagy pyorrhoea.

Amerikában egyes kórházakban végzett rendszeres és Röntgen-felvételekkel támogatott vizsgálódások során kiderült, hogy chronikus általános megbetegedésben kezelt betegek nagy százaléka szenved „oralis sepsisben“; a minnesotai egyetemi kórházba utalt összes betegek 12%-a olyan szervi megbetegedésben szenvedett, melyek okát a szájfertőzésben találták meg.¹⁴

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti k. m. Pázmány Péter tudományegyetem I. számú kórbonczani intézetéből. (Igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Érdekesebb lefolyású sugárgombabetegség.*

Közlő: Batisweiler János dr.

(Folytatás és vége.)

Mint a fentebb elsorolt esetekből látható, a hasi aktinomycosis másodlagos módon is létrejöhet más szervek (elsősorban a mellüri szervek) aktinomycosisából. Ez azonban a ritkább megjelenési formája a hasi aktinomycosisnak, szemben a gyakoribb elsődleges hasi folyamattal, melynél a fertőzés legtöbbször úgy jön létre, hogy a beteg növénymagvakat rágszálva, azokat lenyeli s így juttatja szervezetébe a növénymagvakon, a kalászosok toklásán saprophyta módjára élő

sugárgombát. Az ily módon lenyelt gomba azután az oesophagustól kezdve a végbélig bárhol megtelepedhet. Vannak azonban bizonyos kedvencz helyei, így elsősorban a coecum és az appendix, azután a vastagbél hajlatai, a végbél és a gyomor, általában a gyomor-béltractusnak azon részletei, hol az ingestumok erőművi és vegyi ingerlő hatásának jobban ki van téve a bél nyálkahártyája s így könnyebben képződhetnek rajta sérülések. Schlegel szerint a béltractus aktinomycosisának kiindulási helye 50%-ban az appendix. Lanz szerint a hasi aktinomycosisok 50%-a mint perityphlitis aktinomycotica kezdődik. Schlegel szerint a folyamat úgy indul meg, hogy a gomba megtelepedvén a nyálkahártyán, finom fonalaival belenő a szöveti elemekbe s növekedésével és szaporodásával erős gömbsejtes beszűrődést okoz. A beszűrődés sejtjei rövidesen zsírosan elfajulnak, mely elfajulás ráterjed a környéki szöveti sejtekre is, úgy hogy a gombafonalakból hamarosan kifejlődő gombatelepek kocsonyaszerű, tejfelhez hasonló zavaros folyadékkal vannak körülveve. Ugyanez idő alatt peripheriásan erős sarjszövet képződik bő érhalózzal, mely a központi széteső gócznak ellenáll és sánczot alkotva az elhaló részek felé, az ott lévő gombatelepek táplálkozását megnehezíti. Ennek következtében a gombafonalakon a degeneratio jelenségei, bunkók képződnek. Kedvező esetben oly nagyfokú lehet a kötőszövetképződés, hogy a detritus-szerű anyag a gombafonalakkal együtt felszívódik vagy elmeszesedik. Ha felszívódás következett be, legtöbbször csak vérfestéktől származó elszíneződés jelzi a folyamat helyét. Felszívódásra és elmeszesedésre azonban csak ritkán kerül a sor. Sokkal gyakoribb az, hogy a gomba az ismertetett módon a nyálkahártyákon megtelepedvén, eleinte felületes, legfeljebb lencsényi infiltratumot okoz, majd áttöri a muscularis mucosae-t s a laza submucosában terjed tovább. Szétesés folytán a felület felé kiürül, miközben a gümös fekélyekhez hasonló, alávájt szélfű, czafatos alappal bíró fekélyeket hoz létre, melyek úgy a mélybe, mint pedig szélességi irányban növekednek, a szomszédos fekélyekkel összefolynak. Ha a serosáig érnek, a peritoneum izgalma folytán a szomszédos szervekkel összenövés keletkezik, melyek összetapasztják a beleket egymással és a nagy csepleszszel, továbbá a has falával, lefelé a kismedence képleteivel: ovariummal és uterussal. Hosszú fennállás után multiplex tályogokat találunk fistulák képződésével. Ilyenkor perforációk jöhetnek létre a beleken következményes peritonitissal. Ráterjedhet a folyamat a has falára, leggyakrabban az ileocecalis tájon és a jobb bordaív alatt, terjedhet a hashártya mögött, a vesék körüli kötőszövetbe, a psoas izomba s végül beletörhet a csípőízületbe, destruálva csontot, izületet egyaránt. Bármilyen súlyosak és nagy kiterjedésűek is az elváltozások, gyakran nagyon nehéz a primaer kiindulási helyet megtalálni. Ezért több szerző (Boström, Lührs, Ponfick, Partsch és Grill) hangsúlyozza, hogy az elsődleges folyamat meggyógyulhat olyannyira, hogy a bonczoláskor csak mint szürkés-kék (vérzésből eredő) pigmentatio ismerhető fel. Azt is kiemelik, hogy a nagyon korán keletkező összenövés miatt átfúródásos hashártyagyulladás (akár csak bél tuberculosis eseteiben) ritkán jön létre. E helyett inkább a szervről-szerve való terjedés dominál. Ezzel magyarázható a hasfal-tályogok gyakori keletkezése is vékonybél-, vagy coecumaktinomycosis kapcsán. A szövetről szövetre való propagatio mellett gyakori a véreken való terjedés is és a szerint, hogy hol székel a primaer folyamat, igen különféle szervekben jöhetnek létre metastasisok.

Mint már említettük, a coecum és az appendix a leggyakoribb kiindulási helyei a hasi aktinomycosisnak, minek következményeképpen az appendicitis összes szövődményei előállhatnak. Így elsősorban a tályogképződés, mely klinikailag rendszeren mint úgynevezett ileocecalis tumor jelentkezik. Ritkán fordul elő a periappendicularis vagy perityphlitis tályogból a szabad hasüreg felé történő átfúródás. Gyakoribb a venathrombosis, mely a féregnyúlvány mesenteriolománának venáin kezdődve, belejut a vena mesentericába s onnan a leszakadó rögök a vena portae ágaiiban akadnak meg. Ha a rögökben sugárgombafonalak voltak, a vena portae-ágak

¹⁴ Report of the Minnesota Division of the scientific Foundation and research Commission. (Cit. in Daland: D. C. 1916, 529. old.)

* Kivonatossan bemutatta a Budapesti Kir. Orvosegyesület. 1921. április 16.-i tudományos ülésén.

szomszédságában keletkező májtályogokban ugyancsak meg fogjuk találni őket.

Az *aktinomycosis* májtályogok általában elég jellegzetes képet nyújtanak, különösen ha emboliás úton fejlődtek. Mint esetemben is láthattuk, ilyenkor sok apró tályog sorakozik egymás mellé bizonyos szabályos elrendeződésben, legtöbbször legyezőszerűen az érelágazódásoknak megfelelően. A rekeszes szerkezet alapján *Langhans* az *echinococcus* multilocularishoz hasonlítja a képet. A tályogok idővel egymással összefolyhatnak, beletörhetnek a hasüregbe, a has falába, vagy subphrenikus tályogot hozva létre, áttörhetnek a mellüregbe. Ritkán ráterjednek a máj gyűjtőereire és a vena cava inferiorra, a minek következtében metastasisok fejlődnek a kis vércsőben, tehát a tüdőben, a honnan tertiar módon az agyban és egyéb szervekben is keletkezhetnek metastasisok.

Az alábbiakban rövid áttekintést óhajtok nyújtani az irodalomban leírt olyan aktinomycosis-esetekről, melyekben a közleményem tárgyául szolgáló esethez hasonló elváltozásokat lehetett találni. Ez esetek a kiindulási helyet illetőleg három csoportba oszthatók: a) az appendixből és coecumból, b) a bél egyéb részeiből, c) ismeretlen helyről kiindult hasi aktinomycosis-esetek.

a) A legnagyobb csoportot alkotják az *appendicitisből* vagy *perityphlitisből* kiindult esetek. Ezeknek leggyakoribb szövödményei közé tartoznak a májtályogok és ezeknek egyéb következményei. Jellemző, hogy a súlyos májbéli elváltozások klinikailag hosszú ideig rejtve maradnak, a mire *Simmonds* is figyelmeztet és rendszeren csak akkor okoznak a betegnek kellemetlenségeket, mikor egyéb szervekben is képződnek metastasisok, vagyis mikor a folyamat generalizálódni kezd. Mivel pedig ez elég korán szokott bekövetkezni, érthető, hogy olyan esetek, a melyekben csak májtályogok találtak, meglehetősen ritkák (*Langhans*, *Ulmann*, *Triis* stb.); gyakoribb, hogy a májbéli metastasisok mellett tüdő-áttétek is fejlődnek, mint azt *Baumgarten*, *Barth*, *Brunner* és egyéb szerzők esetei mutatják. Esetünkben és *Dean* esetében a májon és tüdőn kívül a szívűrokban, illetőleg a szívűben is lehetett áttéteket találni. Hasfali tályogok keletkezése sem tartozik a ritkaságok közé. Így *Barth* egyik esetében a folyamat alulról felfelé terjedt a máj irányába, másik esetében lefelé húzódtott a genyedés a ccomb irányába; ezekhez hasonlóak voltak *Buday* és *Fekener* esetei is. *Schreyer* két hasfali tályog esetet közöl. Az egyikben a köldökhöz közel ült a tályog, a másik esetben pedig a has jobb felében volt, a honnan követni lehetett a féregnyűlvány felé, a melyen gyuladással elváltozások voltak. *Daske* esetében, melyben az appendektomia után 9 hónappal még ki lehetett mutatni a sipoly genyjében a sugárgombát, a folyamat nemcsak a has falára, hanem a medence mélyébe és az ágyékcsigolyákra is ráterjedt, úgy hogy gerinczagyűrok-gyuladás és sugárgomba okozta tüdőgyuladás vetett véget az életnek. *Marchand* esetében a féregnyűlvány basisán perforatiós nyílást lehetett találni, melyből sipolyjárt vezetett a környékbe, a minek folytatásában pelveoperitonitis volt és tályog a méh falában. A májban is tályogok voltak, melyek áttörték a hasfalat s áttéteket okoztak a tüdőben. Hogy a folyamat a májról is ráterjedhet a has falára, bizonyítják *Schartan* s *Marchand* esetei. Ez utóbbi leírásában olvasható, hogy a máj jobb lebenyében ült egy nagy tályog, mely a hasfal-tályoggal függött össze.

A májban és egyéb szervekben talált metastasisok mellett az ereken való terjedést sikerült a következő esetekben kimutatni: *Benda* esetében a vena hepatica rögösödése mellett tüdő- és vesetályogok is voltak. Másik esetében a szívűbéli tályog beletört a coronariába és így vezetett disseminációhoz. *Richter* esetében a májtályogok beletörték a vena hepaticába és tüdő-áttéteket okoztak. A máj metszslapján feltűnt a vena portae ágak körül való elrendeződése a tályogoknak. *Roth* esetében a vena portae-ágakban és a vena cava inferiorban voltak áttörés nyomai. Tályogok voltak továbbá a tüdőben, szívűzomban és vesékben is. *Roth* az arteria pulmonalis emboliában sugárgombafonalakat tudott kimutatni. Esetünkben a

máj- s tüdőfolyamat mellett a vena portae, a vena hepatica és az arteria pulmonalis-ágak thrombusaiban találtunk sugárgombatelepeket.

Érdemesnek tartottuk az irodalomból összegyűjteni azon eseteket, a melyekben bonczoláskor elsődleges appendicitis aktinomycoticából kifejlődött áttéteket lehetett találni a különböző szervekben, hogy ezzel némi áttekintést nyújthassunk az áttétek gyakoriságára vonatkozólag. Az 1885-től 1921-ig leírt 23 bonczolt esetben

májtályogok voltak	15 esetben, a mi megfelel	65·1%-nak
hasfali tályogok voltak	10 " " " "	43·4 " "
tüdő- és mellhártya (tályog, illetőleg gyuladás)	9 " " " "	39·0 " "
szív- és szívűrok (tályog, illetőleg gyuladás)	4 " " " "	16·3 " "
vesetályogok voltak	2 " " " "	8·6 " "
pyaemia, gerinczagyűrok-gyuladás	1—1 " " " "	4·3—4·3 " "
rögösödés az ereken		
vena hepaticában	6 " " " "	26·0 " "
vena portaeban	4 " " " "	16·3 " "
arteria pulmonalisban	2 " " " "	8·6 " "
vena cavaban	1 " " " "	4·3 " "

Grill 1895-ig terjedő összeállításában 13 bonczolt appendicitis aktinomycotica-esetet közöl, melyek közül

májtályogok voltak	8 esetben, a mi megfelel	61·5%-nak
hasfali tályogok voltak	4 " " " "	30·8 " "
tüdő és mellhártya (tályog, illetőleg gyuladás)	4 " " " "	30·8 " "
vesetályogok	1 " " " "	7·7 " "
rögösödés az ereken (vena iliaca dextra és arteria pulmonalis)	1—1 " " " "	7·7—7·7 " "

Ha e két összeállítást egybevetjük, azt látjuk, hogy a sugárgomba okozta féregnyűlványgyuladás következményeképpen kifejlődő áttétek leggyakoribb fészke a máj, azután a hasfal és a tüdő. Az ereken található rögösödések a máj ereit illetik és többnyire a májtályogokról terjednek az erek falára; az egyéb ereken talált rögösödések inkább emboliás eredet mellett szólnak.

b) A tápláló-csatorna egyéb részeiből kiindult esetek ritkábbak. *Marchand* esetében a cardia felett perforatiós nyílás volt, mely a környéken levő aktinomycosisos tályog-üregbe vezetett. A genyedés a vena cava inferiorig terjedt, a melyet egy helyen át is tört, úgy hogy a belfelületén rögösödés képződött. Azonkívül genyes rögök voltak a vena hepaticában aktinomycosisos májtályogokkal. A rekesz feletti genyedés ráterjedt a tüdőre, melyben mindkét oldalt emboliás eredetű aktinomycosisos tályogokat lehetett kimutatni. A csigolya testébe is betérjedő folyamat a gerinczcsatornában a dura külső felszínéig ért. *Ulmann* esetében a bélből indult ki a folyamat s a májban okozott tályogokat. *Luning* és *Hanau* esetében a colon ascendensben ült a fekélyes folyamat többszörös sipolyjártatokkal és heges összenövésekkel. A májban tályogok voltak, a vena hepaticában rögösödés és mindkét tüdőben metastasisok. A rekesz áttörése következtében empyema fejlődött ki.

c) A kiindulási hely ismeretlen volt *Heller* esetében, melyben typhus abdominalis-ra gondoltak és a bonczoláskor kiterjedt dysenteria mellett májtályogokat lehetett találni, melyek közül az egyik áttört a hasüregbe és peritonitist okozott. A májtályogokban, a perforatiós genyben és a vena portaeban sugárgomba-telepeket lehetett találni. *Mikulicz* operált egy két-ökölnyi aktinomycosisos tumort, mely a jobb hypogastrium-ban helyezkedett el, szétesett és kifeléelyesedett; kiirtás után meggyógyult. *Partsch* esetében a hasfali aktinomycosisos tályog műtét után tökéletesen meggyógyult. *Barth* esetében gyors lefolyású paratyphlitis után ugyanazon a helyen daganat támadt, mely fokozatosan felfelé terjedt, míg elérte a bordaívet. Ezen többrekeszű aktinomycosisos tályog megnyitása után hamar meggyógyult. Közölt esetem, az utóbbi három, valamint számos más eset is bizonyítja, hogy az aktinomycosisnak nagy helyi gyógyulási hajlama van, különösen műtét beavatkozás után. *Mikulicz* ezt azon kedve-

zötlen körülményekkel magyarázza, melyek a gyakran anaërob gombára nézve a műtéti feltárás után állanak be.

Irodalom. Barth A.: Berl. kl. W., 1889. — *Ugyanaz:* Deutsche med. W., 1890. — *Baumgarten:* Jahresb. d. pathogenen Mikroorg., 1886. — *Benda C.:* Münch. m. W., 1900. — *Boström E.:* Ziegler's Beitr., 1890. — *Brunner F.:* Correspbl. f. schweiz. Ärzte, 1896. — *Buday K.:* Orvosi Hetilap, 1889. — *Daske O.:* Baumgartens Jahresb., 1904. (Ref.) — *Dean G.:* Centrbl. f. allg. Path. u. path. Anat., 1913. (Ref.) — *Diehl:* Mitteilg. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1911. — *Feckner R.:* Baumgartens Jahresb., 1905. (Ref.) — *Frey O.:* Beitr. z. kl. Chir., 1898. — *Grill:* Ibidem, 1895. — *Habel:* Virchows Archiv, 146. köt. — *Heller A.:* D. A. f. kl. Chir., 1885. — *Langhans Th.:* Correspbl. f. schw. A., 1888. — *Lanz O.:* Ibidem, 1892. — *Litten és Levi:* D. m. W., 1906. — *Luning és Hanau:* Correspbl. d. schw. A., 1888. — *Marchand:* M. m. W., 1917. — *Ugyanaz:* Berl. kl. W., 1896. — *Mikulicz:* Berl. kl. W., 1889. — *Odermatt:* (I. Wolfnál). — *Partsch:* D. Z. f. Chir., 1886. — *Ponfick:* Baumgartens Jahresb., 1885. (Ref.) — *Richter A.:* Ibidem. (Ref.) — *Roth H.:* Centralbl. f. allg. Path., (Orig.) 1921. — *Scharta:* Baumgartens Jahresb., 1890. (Ref.) — *Schlegel:* Lubarsch-Ostertag, 1898. — *Schmorl:* M. m. W., 1912. — *Schreyer H.:* Baumgartens Jahresb., 1890. (Ref.) — *Seenger:* Virch. A., 213. köt., 1913. — *Skeritt E. M.:* Baumgartens Jahresb., 1887. (Ref.) — *Tiling K.:* Virch. A., 207. köt., 1912. — *Trits J.:* Baumgartens Jahresb., 1898. (Ref.) — *Ulmann E.:* W. m. Presse, 1888. — *Wolf:* Berl. kl. W. 1920.

Az emésztőszervi és anyagcsere-bántalmakkal foglalkozók összejövetele Homburgban.

Homburg, a volt híres császári fürdőhely, forrásai miatt a gyomorbetegeknek méltán kedvelt helye, immár harmadszor hozta össze az orvosok közül azokat, a kik az emésztőszervi betegségekkel foglalkoznak.

Az április 28.-án lefolyt ülést Noorden elnök nyitotta meg s egyúttal beszámolt a kitűzött nemzetközi pályázat eredményéről; a díjat Friedrich László dr. „A rágas befolyása a gyomorsecretióra” című munkájának ítélte oda; új pályakérdésnek a következőt tűzték ki: „Az érvágás befolyásáról az anyagcserére”.

Tárgyalásra két fontos kérdés volt kitűzve: az epekő-bántalmak, továbbá az emésztőszervek és a keringési szervek betegségei közti kapcsolat.

Az első kérdés referensei voltak: Lichtwitz (Altona), Singer (Bécs), Strauch (Halle) és Welcher (Halle).

Lichtwitz az epekővek chemiai keletkezésének módjairól beszélt. Szerinte a gyulladás előmozdítja azokat a feltételeket, melyek oly elváltozásokat hoznak létre az epe colloidalis összetételében, hogy kicsapódás jön létre s a védő colloidok szerepe megszűnik. De ahhoz, hogy ez köképződésre vezessen, még valami mechanikai momentumnak is kell társulnia. Nemcsak gyulladásos úton jöhetnek létre kövek, hanem steril úton is; ide tartozik a fehérje megváltozott kiürülése az epében (albuminocholia) és a terhesség. A köképződés alapja: az úgynevezett öskő, barnás, amorph anyag, mely levált hám-ból és epéből áll; másodlagosan rétegződik e köré mész. A cholesterin-diathesis szerepe (Aschoff) nem tisztázott ügy, mert hypercholesterinaemiánál nem jön létre mindig cholesterinkő. A már képződött kő nem oldódik, legfeljebb széjjel-morzsolódhatik.

Singer az epekőbetegség klinikai symptomatológiáját s belgyógyászati terapiáját tárgyalta. Már a kora gyermekkorban, sőt a csecsemőkorban is előfordulhatnak kövek. Fontosnak tartja a mechanikai momentumokat, így Japánban, hol a nők nem hordanak fűzőt, csak 3% az epekő, ellentétben az európai 10%-kal. A choledochus-sphincternek nagy fontossága van és ez a vegetatív idegrendszer befolyása alatt áll. Így magyarázható, hogy a nicotin és főleg a morphium sphincter-görcsöt okozva, abususa fokozza a meglévő betegséget. A hányás reflectorice jön létre sokszor a gyomor synchron spasmusa folytán. Therapeutice a cholagogumok a legfontosabbak, ezek közül főleg az epesavak, a zsírok és főleg a gyakori étkezések hatnak. A nehéz ételeket mellőzzük, a fehérje redukálása a májra kedvező hatást fejt ki. A spasmusokra kitűnően hat a kámfor perichol vagy cedechol formájában. Az epeutak desinfectióját megkísérrelhetjük intravenás choleval-injectiókkal.

Strauch a sebészeti javalatokról beszél a belgyógyász nézőpontjából. Absolut indicatio az empyema, a choledochus-elzáródás és az epehólyag rákja. Relativ indicatio a hydrops. Acut rohamnál várakozó álláspontot foglaljunk el. Ismételt rohamoknál és recidiváknál gyakrabban kellene operálnunk. A jó operatio többet ér, mint a hosszas belső kezelés; a belgyógyászoknak sebészibben kellene gondolkodniuk.

Voelker sebészstanár a sebészeti indicatiókat tárgyalja. Az egyszerű formáknál nem kell operálnunk; gyulladásos complicatiók minél hosszabb ideje állanak fenn, annál javaltabb a sebészi beavatkozás; socialis indicatio is van. Acut empyemánál az indicatio absolut, chronikusnál várhatunk. Teljes köbeékelődés operatiót igényel; ha a kő nem beékel, várhatunk.

Westphal (Frankfurt a. M.) az epeutak contractiós változásaira mutat rá. Retzlaff (Berlin) mészók fokozott jelenlétére mutat rá a vérsavóban. Friedrich L. (Budapest) a különleg alkalmazott meleg befolyását tanulmányozta az epeutakra és az epesecretióra; gyakorlati alkalmazásának módjairól számolt be. Noorden peptont ajánl therapeutikus célból és cellulosedús diatétát a szék előmozdítására. A vitában résztvevő Doos, Fuld, Strauss, Ehrmann, Kuttner, Heim, Bergmann, kik kimélő diatétát ajánlanak és gyakori kis étkezéseket.

A második kérdés referense Hoffmann (Düsseldorf) és van den Velden (Berlin) volt.

Hoffmann hangsúlyozta, hogy az emésztőszervek inkább befolyásolják a keringési apparátust, mint fordítva. Az összefüggést vagy a szomszédság, vagy a reflextevékenység, vagy toxikus okok magyarázzák. A beteg psychéjére több figyelemmel kell lennünk, és a kiváltó okot kell elsősorban kezelnünk.

Van den Velden a gyógyszerekről beszélt, melyeket ily esetekben adhatunk, főleg a szívtherapiáról s itt a verodigent és súlyos pangásnál a digitalis rectalis használatát ajánlja. Spasmus eseteiben a kámfort és atropint ajánlja; az opium-készítmények elvetendőek.

Roemheld (Gundelsheim) hangsúlyozza, hogy az általa talált úgynevezett gastrocárdialis tünetcsoport, melyet a nagy gyomor-léghólyag magyaráz, sokszor fordul elő anaciditás mellett és a legjobb terapiája a sósav. Neukirch (Düsseldorf) a gyomor-extractumnak a szívre gyakorolt gátló hatását említi. Grote (Halle) szerint a pangásos máj vitiumoknál nem jár együtt parenchyma-elváltozásokkal.

Friedrich László dr.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1922 április 22.-én.)

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Idiotia amaurotica Sachs esete 13 hónapos gyermekben.

Jacobovics Béla: 13 hónapos leánygyermeket mutat be, a ki 5 hó óta semmire sem figyel, ülni, állni nem tud s néha már kisebb zajra is összeressen. A Tay-Sachs-féle idiotia amaurotica familiaris aránylag ritka esetét látjuk. A betegséget jellemző tünetek kifejezettek, még pedig: 1. a majdnem már idiotiába átmenő psychés defectus az első életév második felében, 2. a látóképesség folytonos csökkenése, jelen esetben csaknem teljes vakság s a szemeknek igen jellemző elváltozása. Magyarországon először Mohr közölt 1898-ban ily esetet, melynek különös értéket kölcsönzött az a körülmény, hogy a központi idegrendszer jellemző elváltozásait is ismertette Schaffer beható vizsgálatai alapján. A betegség kórbonczani alapjául a központi idegrendszer ganglion-sejtjeinek és rostjainak kiterjedt elfajulását tekinthetjük. A betegség oka teljesen homályos.

Fritz Sándor: 10 év előtt hasonló korú beteget mutatott be, a ki ezen betegségben szenvedett és meghalt. Kórszövettanilag Schaffer és Frey vizsgálták meg. Véleménye szerint e kérdésben 10 év óta változás nem állott be, tehát klinikailag és szövettanilag a kérdés le van zárva. Felemlít egy irodalmi közlést, a mely nem izraelita gyermekre vonatkozik.

Schaffer Károly: A bemutatott eset kapcsán felhívja a figyelmet arra, hogy a Sachs-féle betegség makro- és mikroszkópiája az újabb vizsgálatok alapján anthropoid jeleket és fejlődéstani hibákat nagyobb számmal szokott mutatni (a Sylvius-barázda tátongása, a nyakszirt-lebeny majomszabású volta stb.), melyek a szóbanforgó bajban az idegrendszer csökkent értékére utalnak.

Omphalokele és thoracopagus parasiticus epigastricus operált, gyógyult esete.

Bókay Zoltán és Koós Aurél: Pár órá, almányi köldök-zsinór-sérvvel s a bal mellkasfélből kocsányosan eredő, kissé a csecsemő alsó végtagjainál gyengébb fejlettségű medenczé-vel és második pár alsó végtaggal hozott újszülöttnön műtétet végeztek. A műtét alkalmával kiderült, hogy a második pár végtag porcosan a bal utolsó bordaporcczal függött össze, míg az ikertorz vérét a hatalmasan megnagyobbodott máj látszólag elhatárolt részének egyik nagyobb ereből nyerte. A köldökzsinórsérv műteti ellátása után nagy nehézséget okozott a hatalmas máj repositiója. A műtét utáni két napon csak a végbélen át lehetett az újszülöttet lefejt anyatejjel táplálni, mert a nagy máj nyomása következtében az összepréselt gyomor semmi táplálékot sem tartott meg. Négy nappal a műtét után a felülről adott táplálékot megtartotta; sima gyógyulás és kielégítő fejlődés.

Wolff Károly: Köldökzsinórsérvvel született 1 napos csecsemőn a symphysistól balra az os pubisról kiinduló, hashártyával fedett porc-os nyújtvány volt, mely hátra és felfelé a gerincoszlop felé haladt, majd azt elérve, egy derékszögben elhelyezkedő, a mesenterium tapadása alatt fekvő, a gerincoszloppal párhuzamos, a pankreas alsó széléig érő tyúktőjásalakú és nagyságú entoparasitában folytatódott. Ez utóbbiban találtak: acetabulum, veleizülő femur, lábszárdurvány, vese, szív, zsír, ideg- és kötőszövet. A teratoma nagysága térfogatcsökkenést okozott a hasban. A belek repositiója — mivel azok a megszűkülést hasúrból nem fértek el — a rekesznek és tüdőnek összenyomását, atelektasiáját és az újszülöttnök nagyfokú cyanosis tünetei között beállott fulladásos halálát okozta.

A méh helyzetváltozásairól a gyakorlatban.

Kalledey Lajos: A háború alatt és az azt követő időkben a gazdasági viszonyok lezülése következtében igen elszaporodott úgy a nyilvános, mint a magánrendeléseken a méhelő-esséssel és hátrahajlással jelentkezők száma. A németek által használt „Volkskrankheit” elnevezés is mutatja a betegség nagy elterjedtségét. A helyzetváltozások pathogenesisében lényeges szerepe van a kötőszöveti tonus megváltozásának; ez lehet constitutionalisan megváltozott, és lehet a terhesség és műtét után rosszul rekonstruált. Veleszületett hajlamosság mellett mindkettőnek oka egyrészt a szervezet rosszabb táplálása, másrészt a tartósan nagyobb munkával való megterhelése. Az így meggyengült, vagy a szülés actusánál megsérült fixációs apparatus nem tudja a méhet a reáható erővel szemben egyensúlyi helyzetében megtartani s így a megváltozott helyzeti viszonyok következtében a méh sülyedése fejlődik hátrahajlással vagy a nélkül. A szervezet erőinek megőrzésével, pontos megfigyeléssel és a beállott változásoknak idejében való correctiójával csökkenthetjük a betegség elterjedését, főleg pedig megakadályozhatjuk a kór kifejlődését, súlyosbodását, mikor a környéki szervek sülyedése révén általános leromlottság komplikálja a kórképet. A kisebbfokú és csak a genitalék sülyedésével járó eseteket kisebb műtéttel is jó eredménnyel korrigálhatjuk, míg a súlyosabb esetek csak nagyobb, gyökeresebb műtéttel és kétesebb eredménnyel operálhatók. Gyakorlatilag a hasfalakat gymnastikával és massage-zsal erősítjük; a megterhelés idején a lehetőség szerint fokoztassuk a táplálkozást és főleg a hasfalakat támasszuk jól meg orthopaediai háskötővel. Az ilyen has-emelővel bíró (Neumann) kötő hordása a terhesség második felében a gyermekágy utáni két hónapig, gyenge hasfalaknál vagy nagyobb munkamegterhelésnél pedig állandóan szükséges. A kifejlődött helyzetváltozás javulja a műtétet, ha akár a fájdalommasságával, akár a nehézségérzés miatt lényegesen csökkenti az asszony munkaképességét. A műtét időpontját ne halogassuk, mert idővel súlyosodik az állapot és rosszabbodik a gyógyulás esélye. A méh előesését a levatorok összeöltésével kiegészített elülső és hátulsó hüvelyplastikával végezzük. Idősebbekben és súlyosabb esetekben lényegesen állandósítjuk a méh helyzetét, ha a boltozatokat is megszűkítjük s együt-

tal a boltozatok kötőszövetében levő bonyereszeket lánczolva varrjuk össze. E módon 4 év óta végzi a műtétet s még sem recidivát, sem más hátrányt nem látott. A méh hátrahajlását a Bársony-klinikán használatos eljárással végezhetjük legjobb eredménnyel. Esetleg a Giliamo-Doleris-műtétet. Bársony tanár módszerét klinikája s tanítványai két évtized óta használják s a vele elért eredmények minden tekintetben kielégítőek. Így halálzási esély nélkül operálhatjuk a beteget, megőrizve úgy a sexualis, mint a generatív képességeit. A beálló 1—2% recidivát ugyanezen műtéttel korrigálhatjuk s a műtét eredményét biztosíthatjuk *Flatau-Lichtenstein* technikája szerint.

Gyengén savanyú, szénhidratgazdag tej alkalmazása a csecsemőkor diaetetikájában.

Hainiss Elemér: Egy zsírszegény, gyengén savanyú, szénhidratgazdag csecsemőtáplálékot ismertet, a melylyel harmadfél évig kísérletezve, bizonyos esetekben feltűnő szép eredményeket ért el. Gyakorlati előállítása egyszerű és megbízható. Az adagolni kívánt mennyiség három-négyszeresét tevő teljes tejet konyhatemperatúrán 4 óráig (nyáron rövidebb ideig) állani hagy, majd $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ -re lefőlőztet. A lefőlőzés után megmaradó gyengén savanyú, sovány tejbe 4% cukrot és $1\frac{1}{2}$ % lisztet kever. A szénhidrat hozzáadása nélkül e táplálék átlagosan 18% zsírt, $3\frac{1}{4}$ % cukrot, 3% fehérjét tartalmaz és savfoka 8—10. Caloria-értéke szénhidrat-hozzáadás nélkül 41—42. Alkalmazta igen jó eredménnyel chronikus táplálkozási zavarok okozta atrophianál nagy fehérje- és kis zsírtartalma miatt; exsudatív diathesisnél zsírszegénysége és szénhidrat-gazdagsága miatt; tejártalomnál, a hol malátalevesre nem látott megfelelő eredményt; nem megfelelő eredményű kevert táplálás után a kevert táplálás egyik componense gyanánt, a mikor is három hónapnál fiatalabb csecsemőknek és koraszülötteknek liszt nélkül 3% cukorral adta; részletesen megokolt esetekben női tejtel táplált oly csecsemőknek, a kiknek gyarapodása nem volt kielégítő, illetőleg kimutatható táplálkozási zavarok nélkül reménytelen súlyesés volt észlelhető. Ez utolsó csoport részletes taglalását adja s magyarázza a savanyú sovány tej szopás előtti adagolásának jelentőségét és eredményességének okát. Vizsgálatai szerint ugyanis az aranyárga, kenőcsös consistentiájú női tej-széket a legtöbb esetben alkális vagy neutralis, s így az optimalis bélfloórának nem kedvező. Az ilyen széketet ürítő csecsemők gyarapodása a legtöbb esetben nem kifogástalan, sőt az ilyen csecsemők sokszor atrophizálnak. Kísérleti adatokkal igazolja, hogy savanyú sovány tejnek a szopás előtti adagolására a széket reakciója olyanná alakul (gyöngén savivá), a mely az optimalis bélfloórának kedvező. A savanyú sovány tej adagolásával megváltoztatott bélmilieu prompt súlygyarapodást eredményez az előzőleg alkális széketet ürített szoptatott csecsemőn. Megfelelő esetekben a savanyú sovány tej alkalmazását először hozzátáplálás alakjában ajánlja; nem kielégítő eredmény-nél, vagy reménytelen esetekben 3 hónapnál idősebb csecsemőknek esetleg egyedül adta e táplálékot.

Torday Ferenc: A csecsemőkor diaetetikájának fejlődése folyamán sorra megdőlnék a megdönthetetlen igazságoknak tudott, a köztudatban élő tantételek. A múlt évben ugyanezen helyen *Flesch* tagtárssal együtt beszámolt arról, hogy megdőlt az a felfogás, mely szerint a tej ártalmait a zsírtartalmához kötik; bebizonyosodott, hogy a zsírdús táplálék, így a vajas rántott leves, kivált koraszülött és debilis gyermeknek, a vajas pép fejlődésükben visszamaradt nagyobb csecsemőknek, főleg intézetekben különösen alkalmas. A mai előadásból arról értesülünk, hogy téves az a közhit, hogy a megsavanyodott tej árt a csecsemőknek, sőt ellenkezőleg, a megsavanyodott tejből bizonyos esetek számára különösen alkalmas csecsemőtáplálékot lehet készíteni. A csecsemőkor diaetetika fejlődésére döntő befolyást gyakorolt az a megállapítás, hogy emlőn szopó csecsemők fejlődése nem az őket tápláló tejnek minőségéhez, hanem a csecsemő alkathoz, constitutiójához kötött, hogy az anyagcsereforgalmat ilyenkor érdemlegesen lehet befolyásolni hozzátáplálással, allaitement mixte-tel. Végül utal arra, hogy a csecsemőkor diaetetika haladását majdnem kizárólag az intézetekben, gyermekórákban, menhelyekben gondozott, ott természetesen vagy mesterségesen táplált csecsemők sorsának befolyásolására törekszik, mely mindenütt kedvezőtlen a különböző ártalmak, infekciók, egyhangúság, túlszofaltság, helyenként a hiányos ápolás következtében. Ezek azok a szempontok, melyek figyelembevételével kíván a tárgyhöz hozzájárulni, minthogy *Heim* és az előadó szíveségéből ezen tápszerrel több mint egy éve kísérletezik az állami gyermekmenhelyben. Megfigyeléseiből,

melyeknek értékelésekor tekintettel kell lenni ama különösen rossz hygiénés viszonyokra, melyek a budapesti kir. áll. gyermekmenhely kórházi osztályainak állandó túlszűköltésége által okoztatnak, megállapítható, hogy ezen műirónak nevezett savanyú sovány tej különösen alkalmasnak bizonyult két hónapnál idősebb, főképp exsudatív diathesises, vagy egyéb constitutionalis anomalia vagy kórházi ártalmak miatt nem gyarapodó, említen levő csecsemők súlygyarapodásának megindítására és fenntartására. Azonban ismételt tapasztalták azt, hogy az így elrendelt allaitement mixte-et nem szabad túlsóká fenntartani, mert dyspepsiás tünetek kíséretében nehezen feltartóztatható nagy súlycsökkenés áll be. Ugy tapasztalták, hogy azokon a csecsemőkön, a kikén zsíros táplálék mellett dyspepsia állott be, a reparálódáshoz sokszor alkalmas tápszernek bizonyult, minek folyamán a rossz székletének szappanszerű székletévé váltak. A műiró kizárólagos táplálásra kevésbé jónak bizonyult. A tejártalomnak nálunk ritka eseteiben a maláta helyett jó szolgálatokat tesz. Nagy előnye, hogy a csecsemők szívesen veszik. Ezek a kórházi tapasztalatok azt igazolják, hogy a csecsemőkórházak diétaes terápiajában a műirónak nevezett savanyú sovány tej megfelelő esetekben értékes, könnyen elkészíthető, egyszerűen adagolható, jó gyógytápszer. A magángyakorlatban keveset alkalmazta, de mégis az a véleménye alakult ki, hogy főképp exsudatív diathesises, nem gyarapodó csecsemő allaitement mixte-jéhez otthon is elkészíthető jó gyógytápszer, a mely könnyebb dyspepsia eseteiben is ritkán nagy csereben.

Flesch Ármin: Csecsemőosztályán az állami gyermekmenhelyben hosszú idő óta kiterjedten alkalmazza a savanyú sovány tejet és az eredményekkel meg van elégedve. Főleg oly esetekben jó az eredmény, a melyekben női tejáplálás mellett célhoz nem jutunk; ilyenkor 1—2 savanyú, sovány tej hozzáadására a gyarapodás megindul. Üdvözlí ezt a tápszer, mert most egészen kifogástalan, hasonló típusú tápszerkeverékkel alig rendelkezünk. Fölötte áll az egyszerű sovány tejnek kevesebb tejcukortartalma és savanyú volta miatt. Más kérdés, ajánlatos-e kivinni az általános gyakorlatba. Szerinte óvatosság ajánlatos azért is, mert ha túlsóká hagyják savanyodni a tejet, nagy lesz az aciditása, esetleg fertőződik is s az ilyen, különösen exogen coli-infectio súlyos táplálkozási zavart okozhat.

Torday Ferenc: Szénhidrát- és sógazdagsága miatt e tápláléknál a víz labilis kötése csakugyan megvan a lehetőség s így intercurrents bántalmak súlyreversiókkal és a széklet elromlásával járhatnak. De orvosi ellenőrzés mellett, a mit minden, legindifferensebbnek látszó mesterséges táplálásnál is meg kell követelni, a súlyreversiók kellő táplálékcserevel megelőzhetők. Utal előadására, a melyben hangsúlyozta a savanyú sovány tej „gyógytáplálék” jellegét és időleges alkalmazását. Hogy az alkális székletet ürítő, női tejjel táplált csecsemők passzív súlygyarapodását a savanyú táplálék okozta milieuváltozás hozza létre, fenntartja s kellő magyarázatnak elfogadja annál is inkább, minthogy ezt bacteriologiai leletekkel is igazolhatja. A túlságos savanyúság okozta kellemetlen mellékhatásoktól nem tart, mert huzamos ideig folytatott ellenőrző vizsgálatok szerint a tej savfoka a 10-et meghaladni nem szokta, ha pontosan betartjuk az előállítására vonatkozó utasításokat.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Bandelier-Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. 11.—13.

Auflage. Leipzig, Verlag von C. Kabitzsch. 180 m.

Ma, a mikor a gümőkórellenes küzdés talán még nagyobb jelentőségű, mint a milyen mindenkor volt, s a mikor a gümőkór specifikus terapiája annyira az előtérbe nyomult: nem felesleges, hogy felhívjuk a figyelmet néhány szóval az először 1908-ban megjelent munka új kiadására. Egyfelől fiatalabb orvosaink egy része talán még nem ismeri, de másfelől azokat, a kik ismerik, érdekelheti, hogy vannak-e tetemesebb változtatások az új kiadásban. Ez utóbbi kérdésre azt válaszolhatjuk, hogy nemcsak az új adatokat regisztrálja lelkiismeretesen (a Friedmann-szerrel például körülbelül 30 oldalon foglalkozik, hogy a részletesen közölt objectív adatok alapján az olvasó könnyen megalkothassa a maga véleményét e szer hatásáról, illetőleg hatástalanságáról), hanem új fejezeteket is ad, a milyen például a gümőkór chemotherapiájáról szóló és a gümőkórral szemben való immunitás kérdéséről összefoglalóan ismertető. Azoknak, a kik a munkát még nem ismerik, csak azt mondjuk, hogy nincs a világirodalomban munka, a mely hasonló részletességgel adna megbízható választ a gümőkór specifikus terapiájára vonatkozó minden kérdésre. Ez magyarázza a munka nagy elterjedését az egész világon, mert nemcsak 13 német kiadása, hanem angol, francia, olasz, spanyol, portugál, orosz és japán fordítása révén is közkézen forog.

Lapszemle.

Sebészet.

A deformisan gyógyult törések kezeléséről ír Schloffer tanár. A normalis kezelés a callusban történő szétvadásból és helyreigazításból áll. A csontvelőnek és periosteumnak a callusban gyakran csökken a csontképző képessége. Ez is, de főleg a gyulladásos folyamatoknak még évek múlva is lehetséges fellángolása gyakran ellenjavallja a callus osteotomiáját. Ha a callus ízület közelében van, az osteotomia az ízület mozgásképességének veszedelmével jár, a mit a huzamosabb időre való nyugalombahelyezés még csak fokoz. Ezért sokszor paracallosus osteotomiával kell élnünk, a mi ellen viszont a szükségképpen keletkező bajonettállás szól, a mely annál nagyobb, minél nagyobb a deformis megtörési szög és minél távolabb végezzük ettől a helytől az osteotomiát. Esetet ír le a szerző, melyben úgy az intracallosus, mint a paracallosus osteotomiától el kellett állania. Lövéses eredetű szilánkos csonttörést szenvedett a beteg a tibiáján, éppen a térdizület alatt. Fél évig 39, egy évig 38 fok alá ritkán szállott hőmérsékkel járt súlyos osteomyelitissal feküdt. Közben több műtétet végeztek rajta, egyszer pedig erysipelast kapott. Végül sebei, fistulái teljesen begyógyultak. Négy cm.-rel az ízületi rés alatt volt a frontalis irányú megtörés helye, úgy hogy a bokák összezárásakor 11 cm. volt a térd belső felszíne között a távolság. A tibia felső felén Röntgennel nem látszott velőüreg; a csont hatalmasan megvastagodott. A rövidülés 3 cm. A térdnyújtás teljes, a hajlítás alig 25—30 fok. Intracallosus osteotomiát a fellángoló infectio és a callus alkalmatlansága miatt nem végezhettek, paracallosusát pedig azért nem, mert a tibia felénél lejjebb kellett volna végezni s a bajonettállás oly nagyfokú lett volna, hogy sem a functio, sem a cosmetica nem nyert volna vele sokat. Nem lehetett egyebet tenni, mint a femuron végezni paraarticularis osteotomiát. A genu valgum-esetekben szerzett tapasztalata alapján nem féltette a szerző a functióképességet az ízület ferde állásától. Subcutan osteotomiát végeztek, majd Mikulicz ajánlata a régi helyzetben tették gipszbe a végtagot és csak 12 nap múlva végezték a correctiót. A síma gyógyulása után, a 3 cm.-es rövidülést kiegyenlítve, megerősítő meneteket is tud végezni a beteg. Idővel az ízület ferde állása is közeledett a vízszinteshez. Nem traumás genu varum eseteiben a legnagyobb görbület helyén, az egyik vagy mindkét csonton, a femuron és a tibián szokás osteotomiát végezni. Genu valgum eseteiben úgyiszlóván válogatás nélkül operálnak Mac Ewen szerint. Kényszerítő ok nélkül pedig nem lenne szabad a másik csonton rontani az ízület horizontális állásán, például a femur osteotomiájával, ha a deformitást a tibia görbülete okozza. Az elvtől való eltérés kényszerű eseteként számolt be a szerző betegéről. (Mediz. Klinik, 1920, 50. szám.)

Jósa László dr.

Ideg- és elmekórtan.

A tabesben még az ataxiák kifejlődése előtt korai tünetként átmeneti bénulások állhatnak be, melyekkel izom-atrophiák járhatnak. Az ilyen izomatrophiák állandósulhatnak és az amyotrophiás bénulás képét utánozhatják. Ennek extrem esetét közli Schmitt, a melyben egy tabeses betegen az Aran-Duchenne-typusú izomatrophiának megfelelőleg erősen sorvadt volt: mindkét musculus pectoralis, a bal musculus trapezius és a jobb serratus anterior, mindkét flexor carpi ulnaris és flexor digiti sublimis. Sorvadtak a bal thenar, hypothenar és egyes interosseusok. Elfajulási reactio nincs, csak quantitativ ingerlékenység-csökkenés. A szerző az elülső szarvak motoros sejtjeinek megbetegedését tartja valószínűnek. (Med. Klinik, 1922, 14. szám.)

Kluge dr.

Lueses meningitisnek heveny lázas megbetegedés alakjában lezajló esetét írja le Bock. A klinikai kép teljesen a tuberculosus meningitisnek felelt meg, sőt egyéb tünetek mellett a liquor viselkedése is e mellett szólt. Egyrészt a meglepő anamnesis, másrészt a gümőkór hiánya s ezzel

szemben a savó- és a liquor-Wassermann pozitív volta, főképpen pedig az antilueses kúra biztos hatása a szerző előtt kétségtelenné teszi a lueses aetiológiát. (Med. Klinik, 1922, 11. szám.) Kluge dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemőgondozónő iskolázásáról. Reuss a gyermek-ápolótestvérek, hivatásos ápolónők, gondozónők s bábák kiképzését tárgyalja, nem socialhygienés, hanem orvosi és főleg gyermekorvosi szempontból. A bábákat is ide sorolja, kiknek főhivatásuk ugyan nem ez, de mivel ők azok, kik először bánnak a csecsemővel s kik először láthatják el tanácsokkal a fiatal anyát, ezirányú kiképzésük is szükséges.

Túlzottnak tartja az ú. n. tudományos kiképzést. Ajánlja rövid theoretikus bevezetés után, ha az általános tájékozódás megvan, rögtön a gyakorlati kiképzést megkezdeni és vele párhuzamosan s vele vonatkozásban a szükséges elméletit. A kiképzés eddigelé főleg, sőt kizárólag a betegosztályokon történik; ez nem helyes, hisz az életben látjuk, hogy sokszor újszülötthöz, emlőntáplálthoz s egészséges gyermekhez jut az ápoló-vagy gondozónő és nem ismerik azt a sok, lényegében jelentéktelen, de a fiatal anyának gondot okozó nehézséget. Ezért ajánlja a gyakorlati kiképzést egészségesen s emlőn táplál-takon megkezdeni, erre szolgálnának a szülő-otthonok s bölcsődék, megfelelő szakember vezetése alatt, a hol aztán az egészséges, de mesterségesen tápláltakkal és a mesterséges táplálás módjával is megismerkednének. Innen kerüljenek a betegágyhoz, hol megismerkednek a betegségek első symptomaival, lefolyásával s ápolásuk módjával.

Ismertessük meg őket a különböző táplálási módokkal; az természetes, hogy a vezető gyermekorvos az általa legjobbnak tartott s használt methodust tanítja meg először és használtatja, de mutasson rá a többire is és magyarázza meg, hogy többféle módon lehet célt érni s a gyermekek képessége és toleranciája is különböző.

A legideálisabban s leghygienikusabban berendezett intézetek mellett mutassunk kevésbé jól felszerelteteket is és hangsúlyozzuk, hogy szerényebb körülmények között is lehet jól s hygienikusan dolgozni.

A gyermekápolást ne tanulják be dogmatikusan, hanem tudják mindig, mit és miért csináljanak és mi az okvetlenül elvetendő.

Az egész kiképzést vezesse egy széles látókörű, objectív ítélletű szakember. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, XXII. köt., 1. füz.) Váll Eugenia dr.

Gümőkóros anyák csecsemőit figyelte Barchetti. A csecsemők egy része (körülbelül 27%), bár a gümőkóros anyjuk ápolta és szoptatta, látszólag egészséges maradt; talán veleszületett immunitás alapján, mely azonban csak időleges lehetett, mert közülük többen 3—5 éves korukban a gümőkóros megbetegedés kétségtelen jeleit mutatták. A túlnyomó többség már a csecsemőkorban gümőkórosnak bizonyult. A prognoszt a szerző nem tekinti reménytelennek, mert szabad levegőn, caloriadús táplálás mellett a megbetegedett csecsemők 29%-a életben maradt s a mennyiben az észlelés több éven át lehetséges volt, pozitív Pirquet-próbán kívül gümőkórúra utaló tünet nem volt észlelhető. Kellő súlygyarapodás elérésére 140—170 caloriás energiaquotiens szükséges, mely jól fedezhető vajliszt-levesel. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, XXI. köt., 6. füzet.) Szirmai Frigyes dr.

Szemészet.

A Kuhnt-féle adagolt tenotomia módosításáról számol be Knapp. Kuhnt eredetileg a leválasztott inat kettősen armált catgutfonallal öltötte a régi tapadásához, a fonalat a kellő mértékben meghúzta, azután fölötte selyemmel egyesítette a kötőhártyát. Knapp fekete selymet használt catgut helyett s a fonalat nemcsak a régi tapadáson, hanem a szaruhártya mellett a kötőhártyán is átölti és csomózza. Így szükség esetén lehető lesz a fonal szorosabb meghúzása még másnap is. A fonalat 5—6 nap múlva távolítja el. Húsz betegen, kiket legalább egy évig, többnyire azonban 2—6 évig figyelt

meg, az eredményt jónak találta, csak két esetben volt túl-nagy, azonban a széthajlás a javító convex üvegek elhagyása után itt is elmaradt. (Zeitschrift für Augenheilkunde, 1922, márczius.) Sz. L.

Fütyülőhang a könyvezetéken. Fichler egy katonabetegéről emlékszik meg, a ki ha orrát, száját befogva erősen kilélekzett, a bal könyvezetékén fütyülő hangot adott. A könyvtömlőtáj e közben nem dudorodott ki. Ha szemfürdető edényben a könyvpontokat víz alá helyezték, az alsó könyvpontból buborékok szálltak fel. Hasonló a jelenség a már régebben ismeretes füstátfúváshoz a könyutakon. Magyarázatát a könyorrvezeték tágságában, a vezeték az orr felé elzáró billentyű hiányosságában és a könyvpont tágságában találja, mely a csőrendszer végén nyelvsíp módjára hathat. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1921, 623. oldal.) Sz. L.

Kisebb közlések az orvossággyakorlatra.

Gyermekkori bronchitis capillaris és broncho-pneumonia eseteiben Stegemann szerint jó hatásúak a ter-pentines kompresszek (1 r. tisztított terpentin 6 r. vízre), ezeket 5—20 percig alkalmazzuk, a míg a gyermekek égetésről panaszkodnak, illetőleg a csecsemők nyugtalanra lesznek. Az alkalmazás naponként 1—2-szer történik, utána olajjal kenjük be a bőrt. Ugyanezen bajokban szenvedő és már menthetetlennek látszó csecsemőkön néha még eredményre vezet a Schultze-lóbálás. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, III. sorozat, 47. kötet, 1. és 6. füzet.)

A calcaona nevű mészkeszítmenyt ajánlja Langes. Calciumchloridból és cacaóból áll. Előnye más mészkeszítmenyekkel szemben, hogy jó az ize és heteken, sőt hónapokon át szedhető minden zavar nélkül. Reggel és este adandó két kávéskanálnyi egy csésze vízzel. (Zentralblatt f. Gynaekologie, 1922, 11. szám.)

A hypnodonal nevű új altatószer (aethylurethan-összeköttetés) Groedel szerint enyhén ható, melléktüneteket nem okozó sedativum és hypnoticum. Egy órával a lefekvés előtt veendő be 2—4 tablettá meleg theában. (Therapie der Gegenwart, 1922, 3. füzet.)

Vegyes hírek.

A „promotio sub auspiciis regis” intézményt a kormányzóinak június 23.-án kelt elhatározásával újra életbeléptetik „sub auspiciis gubernatoris” néven és azzal a különbséggel, hogy a gyűrűk a továbbiakig vasból készülnek.

A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűléseinek állandó központi választmánya elhatározta, hogy a világháború kitörése óta szünetelt vándorgyűléseket ismét megkezdi. A legközelebbi ülés Keszthelyen lesz f. évi szeptember 3.-ától 6.-áig. A budapesti rendezőbizottság elnöke Tóth Lajos dr., titkára Gorka Sándor dr., tagjai pedig Dollinger Gyula dr. mint az orvosi szakosztály és Illosvay Lajos dr. mint a természettudományi szakosztály elnöke.

Új magántanár. A m. kir. vallás- és közoktatásügyi minister Zacher Pál dr. egyetemi tanársegédnek a szegedi egyetem orvostudományi karán a kórszövettanból magántanárá történő képesítését megerősítette.

Személyi hírek külföldről. Rubner berlini tanár nyugálomba vonul. — Assmann címzetes tanárt a lipcei egyetemen a physico-diaetás therapia nyilv. rendkívüli tanárává nevezték ki.

Meghalt. Héderváry Sámuel, Ujpest városának 56 éven át tisztiorvosa, 92 éves korában június 23.-án.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézet
IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA
VII., Városliget fásor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratórium

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagy hírű Sárospárd 47° C forrásal.

Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratórium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratóriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Neuber Ede: Közlés a budapesti egyetem bőr- és nemikórtani klinikájáról. (Igazgató: Nékám Lajos dr., egyetemi ny. r. tanár.) Magyarországon előforduló pathogen gombák a bőrön és függelékein. — Egy új trichophyton törzs. 277. oldal.
Szabó József: Az úgynevezett „oralis sepsis” és a systemás megbetegedések. 280. oldal.
Debreczeni Orvosegyesület. (I. rendes tudományos ülés 1922 május 13.-án.) 283. oldal.
M. O.: A „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie” XVII. nagygyűlése. 284. oldal.
Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészeti. Bter: A kézzel kiinduló sebfertőzés kezeléseiről.
 — **Kümmell:** A vesegümőkör konservatív kezeléséről. — **Walterhöfer és Schramm;**

Az anaemia pernicioza operatív kezelésének új módjáról. — **Ideg- és elmekórtan.**
Henner: Az encephalitis utáni Parkinson-tünetcsoport kezelése. — **Mc Farland:**
 Tabesekes gyomorkrízis. — **Gyermekorvosok.** **Spitzner:** A diphtheriabacillus-
 gazdákrol. — **Schoedel:** Az újszülöttek és idősebb csecsemők orrában diphtheriabacil-
 lusok. — **Szemészet.** **Heimann:** A könnyutak átjárhatóvá tételét célzó eljárások. —
Venerés betegségek. **E. Galewsky:** A nemi betegségek elleni küzdelemre vonatkozó új
 német törvényjavaslatról. — **Kisebb közlések az orvostudományról.** 285—286. oldal.
Vegyes hírek. 286. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti egyetem bőr- és nemikórtani klinikájáról.
 (Igazgató: Nékám Lajos dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Magyarországon előforduló pathogen gombák a bőrön és függelékein. — Egy új trichophyton-törzs.

Irta: **Neuber Ede dr.,** a fenti klinika volt I. tanársegéde, jelenleg a debreczeni bőr- és nemikórtani klinika ny. r. tanára.

Az ötéves háború nemcsak gazdasági és politikai téren éreztette sujtó hatását, hanem az orvostudományban is sok meglepetést okozott. Mindenki tudja, hogy számos fertőző megbetegedés, a mely a béke áldásos éveiben egyáltalában nem mutatkozott, vagy csak igen kicsiny s kulturálan területekre szorítkozott, a háború kitörése után egész Európát ellepte és csak a legerélyesebb rendszabályokkal volt némileg leküzdhető.

Hasonlóképpen állunk a gombás bőrmegbetegedésekkel. 1914 előtt ismertünk ugyan ilyen megbetegedéseket, azonban a maiakhoz hasonlítva igen kifejezett quantitativ és qualitativ különbségeket mutatnak.

A míg békében beteganyagunk alig $1\frac{1}{2}\%$ -a szenvedett gombás bőrbántalmakban, addig a háborús évek alatt, de főleg 1916 őszétől egészen 1920 derekáig ez az arányszám megsokszorozódott; a culminatio mindenesetre 1919 második felére tehető.

Még részletesen ki fogom fejteni az alábbiakban, hogy a borbélyüzlet milyen nagy szerepet játszott a gombás bőrmegbetegedések terjedésében, továbbá rá fogok mutatni arra, hogy az arányszám gyermekek és felnőttek között mennyire eltolódott az előbbiekre javára. Az állati eredetű ectothrix és az emberi eredetű endothrix arányszámára is kifejezett hatással volt a világháború.

Még sokkal szembetűnőbb a mikrosporia viselkedése a háború következtében beállott változások folytán.

A hyphomycetás bőrmegbetegedések legalaposabb ismerőjének, **Sabouraud**-nak sikerült már a század elején az egyes típusokat elkülöníteni; ő felhívja a figyelmünket arra, hogy országok, illetőleg földrajzi fekvések szerint ugyanannak a törzsnek a viselkedése igen eltérő lehet. Ez az eltérés a beteg észlelhető klinikai képben nyer főleg kifejezést.

Még évekkel a háború előtt rámutatott arra a jelenségre, hogy például a mikrosporia bizonyos országokban igen nagy mennyiségben, másokban alig vagy egyáltalában nem fordul elő.

Azt hiszi, hogy az állati eredetű mikrosporia minden országban előfordul és hogy minden országnak megvan a specialis állati eredetű mikrosporionja.

Másképpen állunk az emberi eredetű mikrosporiával (mikrosporia Audouini). Ez utóbbi a békében csak bizonyos

körülírt területeken volt feltalálható: a Rajnától nyugatra igen sok ilyen esetet találtak, a Rajnától keletre az esetek száma mindinkább fogyott. Így a főszéke Franciaország, Hollandia, Anglia, Belgium volt; Spanyolországban és Olaszországban csak egészen szóróványosan, Ausztriában (**Kizystallowicz**) és Magyarországon (**Nékám**) pedig egyáltalában nem, vagy csak közvetlenül a háború előtti években igen ritkán mutatkozott.

A háborús esztendőket ezt a képet teljesen megváltoztatták. Minden országban mikrosporionos pandemiák jelentkeztek. Az 1919. évben nálunk a klinikán a mikrosporia az összes bőrmegbetegedések $\frac{1}{5}$ -ét tette ki.

Sabouraud 1910-ben megjelent classikus munkájában azt állítja, hogy a mikrosporia majdnem kivétel nélkül gyermekek hajás fejbőrén található. Ha fertőző anyag a hajás fejbőr körül fekvő epidermis-rétegekbe kerül, akkor csak igen rövid életű, hamar elpusztul; kiemeli továbbá, hogy 15—16 éven túl levők egyáltalában nem hajlamosak mikrosporion-infectiókra.

Egészen kivételes esetekben talált a test bőrén circinaer elrendeződésben képleteket, melyek hasonlítottak ugyan a meztelen bőrön előforduló trichophytonos kiütésekhez, azonban igen száraznak mutatkoztak, hólyagocskákat sohasem látott rajtuk, legfeljebb csekély hámlást.

Ezeket a képeket mi nem tudtuk békében a klinikán észlelni, miután ebben az időben mikrosporionos anyaggal alig rendelkezünk; csak 1909. és 1910.-i párisi tartózkodásom alatt volt alkalmam **Sabouraud** osztályán ezek valódiságáról meggyőződést szerezni. Ugyanilyen észlelésekről számoltak be más szerzők különböző országokban.

Már a háború alatt, de főleg a háború után tetemesen megváltoztak a fent vázolt körképek. **Fischer** is hasonló észleleteket tett a legutóbbi időben Németországban. Ez a változás főleg akkor jutott a tudomásunkra, a mikor laboratoriumi felszerelésünk 1919-ben már megengedte, hogy minden egyes esetet culturalis és mycologiai eljárással systematikusan megvizsgáljunk.

Ezek a vizsgálatok igen meglepő eredményekre vezettek. Meggyőződtem ugyanis arról, hogy tenyésztési eljárás nélkül csak valószínűségi diagnoszt lehet felállítani. A trichophytia és mikrosporia korántsem különíthető el olyan könnyen, a mint azt tankönyvekben és közlésekben találjuk.

Így például a bőrön a fiatal human típusú trichophytia teljesen azt a képet nyújthatja, mint a mikrosporia. A mikrosporia is okozhat szabályos körökben elrendezett vesiculákat, pustulákat, sőt nem is olyan ritkán hyperaemiás alapon.

Ilyen hyperaemiával járó mikrosporia főleg akkor mutatkozott, ha a beteg azt iskolában, intézetben vagy egyéb tömeghajlékban kapta, a hol igen kifejezett endemia uralkodott. Az utóbbi tünetmenyt csak úgy tudjuk magyarázni, hogy a kórokozó rövid idő alatt cserélt gazdát és ennélfogva erősen sensibilizálódott.

Diagnosis szempontjából a hajas fejbőrön még sokkal nehezebb viszonyokkal találkozunk.

Mikrosporiasisnál a Sabouraud-féle typust sokszor látuk: kisebb-nagyobb élesen körülírt plaqueok a hajas fejbőrön, korpás hámlás, bizonyos magasságban törött, fehér hajszálak. Az egész tünetcsoport reactionmentes alapon mutatkozik és a korpás hám alatt nem, vagy alig találunk hyperaemiát.

Sok esetben a fentiektől teljesen eltérő képet kaptunk, a mely klinikailag minden tekintetben hasonlított a trichophytonos megbetegedéshez, és pedig meglehetősen hyperaemiás exsudatiós tünetek kíséretében. A hajszálak helyenkint töredeztettek voltak, helyenkint az inficiált plaqueok közepén teljesen egészséges hajszálak (mikrosporonmentes) maradtak meg, a hámlás inkább lamellosusnak mutatkozott s az exsudatiós tüneteknek megfelelőleg pörköket találtunk. Az utóbbiak alatt a trichophytonos hajszálakhoz hasonlóan meggyöngyösödött, hajlott, összekunkorodott hajszálakat találtunk, melyek azonban görcsös alatt sporadikusan mutattak.

1918-ban még nem állott maltose (Sabouraud-féle) táptalaj a rendelkezésünkre s így ezeket a kóralakokat kulturálisan nem differenciálhattuk. Sok kétes esetben a fructificatiós organumok vizsgálatát vettük elő, de még így sem tudtunk mindig biztos diagnosist felállítani.

Ismeretes ugyanis, hogy a trichophyton ectothrix microideses haj- vagy szőrszál mennyire hasonlíthat a mikrosporonos hajszálhoz. Néha görcsös alatt alig vagy egyáltalán nem különíthető el.

Előfordulhat ugyanis, hogy a trichophyton ectothrix microidesnél a sporák és myceliumok a haj- vagy a szőrszál körül nincsenek fonalak alakjában elhelyezve, hanem körülötte a mikrosporonhoz hasonló mozaikszerű elrendeződésben foglalnak helyet.

Ha a trichophyton ectothrix microideses hajszálakat 30%-os kalilúggal enyhe melegítés mellett kissé disszociáljuk, akkor ilyen esetekben sikerülhet a myceliumokat és sporákat fonalszerű elrendeződésben megtalálni.

Mikrosporonos hajszálakon ez a tünet nem sohasem mutatkozik, továbbá a trichophyton ectothrix microidesnél található intrapilaris myceliumok igen polymorphok, míg mikrosporiasisnál teljesen egyforma vastagságúak és nagyságúak.

A hámlásokban található mikrosporon szintén sok esetben elkülöníthető a trichophytontól; már Sabouraud is több jellegzetes tünetre figyelmeztetett. A mi mikrosporon-eseteinkben is feltűnt, hogy a 30%-os kalilúggal kezelt hámpikkelyekben a mikrosporonos myceliumok nem igen voltak septumok által kisebb egységekre osztva, legtöbbször meg nem szakított, fonalszerű lefutást mutattak.

A fentebb leírt eseteket figyelembe véve, csakugyan sikerült az esetek túlnyomó számában biztos elkülönítést teremteni, de voltak eseteink, a hol tenyésztés nélkül biztos diagnosist felállítani nem tudtunk s így kénytelenek voltunk kísérleteinket a Sabouraud-féle táptalaj (nyers maltose és glycose) megérkezéséig megszakítani.

Közben próbálkoztam vegytiszta maltoseval, maltosedextrinnel, továbbá különözö, a gyermekgyógyászatban használatos maltose-keverékekkel.

Igaz, hogy ezekkel az anyagokkal végzett kísérleti sorozataimban is érvényesült Sabouraud törvénye, t. i. egy bizonyos táptalajon egy bizonyos törzs ugyanazon temperatura mellett ugyanazt az alakot mutatta.

Ezt a tételt senki sem vitathatja el. Fontos azonban azt tudni, hogy Sabouraud táptalaja évek hosszú során történt kísérletezések eredménye s az eddig ismert táptalajokat minőségben túlszárnyalja, rajta nemcsak ugyanazon törzsek ugyanazon adott viszonyok mellett ugyanazt a képet mutatják, hanem azonkívül az egyes törzseknek, alfajaiknak, satellitáiknak igen jellemző praegnans képet ad. Például a vegytiszta maltoseval készült táptalajokon az egyes törzsek és alfajaik között a képek nem olyan differenciálódtak, a jellegzetes tünetek elmosódtak.

Hazai nyers maltose, sajnos, nem állott rendelkezésünkre, a háború kitörése óta ezt idehaza nem készítik. Másol szintén nem gyártották s ennek az lett a természetes következménye, hogy a külföldi klinikák is valamilyen surrogatummal próbálkoztak, annál inkább, mert a francziák még ma is teljesen separálják magukat a központi hatalmak tudományos világától.

A hamburgi 1921.-i internationalis dermatologiai congressuson Grütz Kielből szintén beszámolt egy a klinikájukon előállított táptalajról, a mely véleménye szerint még leginkább megközelítette Sabouraud milieu d'épreuvejét.

A congressuson láttam a culturáit és kijelenthetem, hogy ez a kísérletezés veszélyt rejt magában. A táptalaján kitenyészített hyphomyceták a legjobb esetben csak némileg hasonlítanak a Sabouraud-féle táptalajon kitenyészítettekhez és ez által ilyen irányú internationalis munkálkodást teljesen megghiúsítanak.

Nem mondok új dolgot, erre már más szerző is reámutatott, hogy a hyphomyceták tudományos vizsgálatához csak egy a tudományos világtól elfogadott táptalajt lehet használni; minthogy Sabouraud igen nagy fáradsággal és sok tudással megajándékozott minket egy ilyen kitűnő táptalajjal s minthogy ő valóban az első és legalaposabb ismerője a hyphomyceták morphológiájának, ragaszkodnunk kell az ő milieu d'épreuve-jéhez.

Minden izolált igyekezet a táptalaj módosítására a jelenlegi viszonyok között elvetendő; véleményem szerint csak egy internationalis congressusnak lehet joga Sabouraud milieu d'épreuve helyébe egy újabb és jobb táptalajt adni.

Közel három év alatt összesen 1200 hyphomycetás megbetegedésből tenyésztettük ki a kórokozót, és pedig hámból, haj- vagy szőrszálból, pikkelyből, körömreszelékből és genyből.

A Magyarországon található hyphomyceta-typusokat feltüntető alábbi táblázat mutatni fogja:

1. Az egyes fajok milyen számarányban fordulnak elő;
2. hogyan oszlanak meg ezek a fajok gyermekek és felnőttek között;
3. keriont mely fajok okoznak;
4. a borbélyüzletnek és a tömegborotválásnak milyen befolyása van a statisztikára.

Milyen következtetések vonhatók le táblázatainkból?

Közismert dolog volt békében nálunk és külföldön, hogy a hyphomycetás bőrbántalmak elsősorban gyermekeken vagy a serdülő korban jelentkeznek. 1915.-i klinikai beteganyagunk teljesen hasonló magatartást mutatott, 1916-tól, de főleg 1917-től változott meg rohamosan ez az arányszám.

Kimutatásunk szerint nálunk összesen 689 felnőtt és 511 gyermek jelentkezett, tehát 57.5% a felnőtt és 42.5% a gyermek. Ebből az összehasonlításból még az is leolvasható, hogy nem valamennyi trichophyton törzs szaporodott meg ugyanazon arányban, hanem főleg a trichophyton crateriforme és cerebriforme arányszáma szökkent fel hatalmasan. Mind a kettő emberi eredetű typus; a cerebriforme békében is a szakáll-betegségek typusos okozója volt, most is főleg ott találtuk. Feltűnő, hogy a crateriforme és cerebriforme legtöbbször felnőtteken található, pedig Sabouraud, Bodin, továbbá más franczia és német szerzők leírásából tudjuk, hogy a crateriforme békében kizárólag a gyermekek hajas fejbőrén fordult elő mint trichophyton capillitii, ritkábban a bőrön circinaer alakban.

Sabouraud Franciaországban felnőttön és gyermekeken a crateriforme kerionos alakját egyáltalában nem látta.

Azt a kérdést kellene most tisztázni, vajon a crateriforme az utóbbi években — szóval a háború alatt és az utána következő időszakban — Franciaországban szintén megváltoztatta-e tulajdonságát és ott is genyes és neoplasmaszerű képleteket okozott-e? Sajnos, ilyen adatokat eddig a franczia szakirodalomban nem találtunk.

Igen valószínűnek tartom azonban, hogy ott is eltérő magatartást mutat a trichophyton crateriforme.

Azt tapasztaltam ugyanis, hogy endemia felléptekor minden későbbi megbetegedett eset sokkal erősebb reakcióval

	Trichophyton acuminatum	Trichophyton crateriforme	Trichophyton cerebriforme	Trichophyton gypseum asteroides	Trichophyton equinum	Trichophyton rosaceum	Trichophyton violaceum	Trichophyton faviforme	Mikrosporon Audouinii	Achorion Schönleini	Achorion gypseum	Achorion Quinckeanum	Epidermo- phyton	Trichophyton fusum sulcatum		
	1 0 1	331 41 372	213 44 257	22 4 26	12 0 12	12 0 12	10 82 92	18 10 28	12 240 252	6 78 84	1 0 1	2 8 10	40 4 44	9 0 9	689 511 1200	felnőtt gyermek összesen
Kerion- képzés	0 0 0	236 2 238	160 21 181	10 2 12	4 0 4	2 0 2	0 2 2	0 0 0	3 7 10	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	413 34 447	felnőtt gyermek összesen
Borbély- infectio	0 0 0	302 0 302	171 0 171	4 0 4	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	477 0 477	felnőtt gyermek összesen

jelentkezik, s igen valószínű, hogy Párisban is hatalmasan felszökött a crateriforme arányszám.

Ezt a tételt legjobban bizonyítják a mikrosporia és trichophyton violaceum-eseteim iskolákban. A legutoljára fertőzött egyének nemcsak exsudatiós tünetekkel reagáltak, hanem valóságos kerionnal, a mely különben a legnagyobb ritkaságok közé tartozik mikrosporiasis eseteiben. A korán megbetegedettek csak egészen kivételesen láttam reakciós tüneteket. Miképpen értelmezhető ez a magatartás?

Azt hiszem, hogy a hyphomyceták nagy része más bacteriumhoz hasonlóan erős hyperaemiát, exsudatiót tud kiváltani, ha rövid idő alatt sok passageon megy keresztül.

Ez mindenestre csak emberi eredetű endothrix-typusra vonatkozik.

Az állati eredetű ectothrix-csoportban nagyobb endemiákat nem láttunk; igaz, hogy ezek állatról emberre átvive, sokszor igen hatalmas gyuladással, genyképződéssel reagálnak, azonban, úgy látszik, localis immunitást teremtenek és spontán is gyógyulhatnak.

Eseteim alapján állíthatom, hogy a nálunk előforduló ectothrix-alakok (equinum, faviforme, rosaceum, gypseum stb.) nem igen tudnak több emberi passageon keresztül menni. Agricultur-államban különben el lehetnének készülni arra, hogy az állati trichophyton-fajok dominálnak.

Érdekes megfigyelést kell itt még leszögezni a családi infectiókat illetőleg. Ha a család valamelyik tagja trichophyton cerebriforme vagy trichophyton crateriforme typussal fertőződött, akkor rendszeren a család többi része vagy legalább is ennek nagy százaléka elkapta; ezt a magatartást az állati eredetűeken nem láttam.

Tehát összegezve az elmondottakat, látjuk, hogy a gombás bőrmegbetegedések főleg felnőtteken fordulnak elő, túlnyomó számmal human typusúak, továbbá a fertőzöttek anamnesisében túlnyomólag a borbélyinfectio szerepel.

Igy a crateriforme és cerebriforme 629 esetében az anamnesisben 473 esetben szerepelt borbélyinfectio.

Nyugodtan mondhatjuk tehát, hogy a gombás pandemiákat nálunk a hiányosan deszinficiált borbélykendő okozta, főleg az 1919-es években, a mikor a hozott rendeleteknek az ellenőrző közegek nem tudtak érvényt szerezni.

Trichophyton violaceum-endemiát iskolákban kizárólag két esetben láttunk a hajás fejbőrön.

A mikrosporiáról csak pár szóval emlékezem meg.

Az animalis typussal nem találkozhatunk, kizárólag a mikrosporon Audouinii tenyésztettük ki, a klinikai eltérésekre fentebb utaltam.

Favus 84 esetében az achorion Schönleini, 1 esetben a favus gypseumot és 10 esetben a favus Quinckeanumot.

Feltűnő, hogy az összes achorion Schönleini-eset a hajás fejbőrrel, a gypseumot és a 10 favus Quinckeanumot a meztelen bőrről tenyésztettük ki. Sabouraud az utóbbiakat animalis (egér-) typusnak tartja, nálunk is lehetett erre támpontot találni az anamnesisben (pinczelakás, souterrain).

A trichophytia az előbbi kettőtől eltérően sok érdekeséget mutat; ha valaki a trichophytonos megbetegedéseket nem sablonizálja, s a klinikai vizsgálatokat mindenkor laboratoriumi vizsgálatokkal (cultura) köti össze, akkor hamarosan rájön, hogy minden trichophyton-typusnak megvan a specialis tünete a betegen.

Szóval a beteget táptalajnak tekinthetjük, a melyen bizonyos trichophyton-törzsek bizonyos elváltozásokat idézhetnek elő. Igen természetes, hogy a betegen mint táptalajon sok körülményt kell tekintetbe venni, a mi mesterséges táptalajnál elesik.

Egy bizonyos trichophyton-törzs által létrehozott körjelenség változhatik kor, nem, topographia, időszak, s még egyéb körülmények folytán is.

Ezeket tekintetbe véve, legtöbbször sikerül a klinikai képből bizonyos trichophytonos törzsre következtetni.

Az alábbiakban a trichophyton-törzs és a klinikai kép közötti összefüggésről akarok röviden beszámolni.

A trichophyton endothrix-törzsek közül Sabouraud beosztása alapján nálunk tulajdonképpen csak a crateriforme és a violaceum szerepel.

Sabouraud a trichophyton cerebriformet endo-ectothrix-nek tartja. Nálunk az esetek túlnyomó nagy részében tiszta endothrixnek mutatkozott, csak az infectiónak igen korai stadiumában láttam gombatömegeket a hajszál körül. Ilyenkor azonban magában a hajszálban aránylag kevés kórokozó volt; a hajszál körüli sporák azonban hamar el is tűntek, a mikor maga a hajszál kezdett sporákkal megtelni.

Véleményem szerint a trichophyton cerebriforme is endothrix-typus, azonban a sporák behatolása itt sokkal lassabban történik, s minden hajszálon találhatunk egy időszakot, mikor egy endo-ectothrix-stadium látható.

1200 esetből egyetlenegy trichophyton acuminatumot találtam. Egy német nevelőnő hajás fejbőréről tenyésztettem ki; a beteg jelentkezés előtt egy héttel még Berlinben tartózkodott. Mindenben teljesen megfelelt Sabouraud typusának.

A trichophyton crateriforme és trichophyton cerebriforme által okozott klinikai jelenségek nagyjában megegyeznek egymással, csak abban térnek el, hogy a cerebriforme által okozott tünetek sokkal gyorsabban fejlődnek, úgyszólván szemünk előtt képződnek az újabb jelenségek. A cerebriforme a mesterséges táptalajon szintén sokkal gyorsabban nő.

A trichophyton crateriforme és cerebriforme által okozott kórkép klinikailag könnyen felismerhető. Majdnem kivétel nélkül a szakállon és hajás fejbőrön fordul elő. Igaz, hogy a vírus a bőrön tapad meg, s ott circinaer elrendezésű vesiculákat, pustulákat okoz, a melyek beszáradnak, s az egész egy banalis impetiginosus folyamathoz hasonlít.

Jellemző reá, hogy relative igen sokáig változatlanul marad, s később sem tűnik el egyszerre, hanem a kör egy része még sokáig látható.

(Folytatása következik.)

Az úgynevezett „oralis sepsis“ és a systemás megbetegedések.*

Irta: Szabó József dr., egy. ny. r. tanár.

(Folytatás és vége.)

A táblázatos összeállításokból kitűnik, hogy *acut* vagy *chronikus arthritisek* mellett *Lindsay* 172 esetben „szájlobosodást“ talált; *Irons*¹⁵ (1916, 1921) 76%-ban, *Langstroth*¹⁶ (1918) acut esetekben 66%-ban, *chronikus* esetekben 73%-ban, *Antonius* és *Czepa*¹⁷ (1921) 72%-ban talált periapicalis góczot a szájban; míg ugyanezen megbetegedés mellett *Moorhead* (l. c.) (1916) 332 beteg közül 89%-ban *chronikus alveolaris abscessust* és 79%-ban *pyorrhoeát* állapított meg. Az ízületi csúszok okát egyébként némelyek már régen fogbetegségben vélték megtalálni. (*Witzel*: Gangrän der Pulpa, gelegentlich Ursache von Gelenksrheumatismus, D. m. Wochenschrift, 1908, 526. old.)

A gyomor és béltractus bántalmai kapcsán *Rector*¹⁸ (1917) 683 betegre 18%-ban „oralis sepsist“, *Langstroth* (l. c.) gyomor és duodenalis fekélyek 84%-ában, *Antonius* és *Czepa* 16 közül 14 esetben = 86%-ban *chronikus alveolaris abscessusokat* találtak.

Nephritis mellett *Moorhead* 74%-ban, *Irons* 47%-ban, *Antonius* és *Czepa* 25 betegre vonatkozóan 92%-ban talált periapicalis góczokat.

Szembetegségek mellett *Lang*¹⁹ (1917) 200 iritis esetében 37%-ban talál a szájban kifejezett *pyorrhoeát*, *Lewy*²⁰ jelenti, hogy 57 különféle fertőző szembetegséget *dentalis* eredetre tudott visszavezetni, *Irons* 100 iritis mellett 36%-ban talál periapicalis góczot, *Lang* 176 iritis esete kapcsán 71 esetben, *Buttler* 100 iritisre vonatkozóan 12%-ban talált „oralis sepsist“.

Bőrbetegségek egész sorát sorolják fel a szerzők, melyek mellett nagy százalékban „oralis sepsis“ van: acnék, rosaceák, erythemák, ekzemák, herpesek, seborrhoeák (l. *Sibley*, D. C. 1911, 1077. old.), urticariák, purpura, lichen planus (*Dwight*²¹ 11 esete) található e sorban. *Lain* (1919) herpes zoster mellett 95%-ban és lichen planus 85%-ában talált a szájban *chronikus alveolaris abscessusokat*.

Hosszabb közleményben mutat rá *Steadmen* az összefüggésre, mely a száj állapota és a tápcsatorna rákos megbetegedései között fennáll. Klinikusaink, sebészeink megfigyelései egybehangzóan bizonyítják, hogy általában a rákos megbetegedéseket localisan a szöveteknek bizonyos *chronikus* lobbjai előzik meg. Ismeretes például, hogy a nemi szervek bizonyos területein a rákos megbetegedések felette gyakoriak. *Bársony* tanár Balassa-előadásában is kiemelte, hogy azon területek ezek, melyek hosszabb időn át mechanikai insultusokat szenvednek, vagy egyébként is *chronikus lobosodások* területei. Kétségtelen, hogy a száj localis „sepsisek“ állapota a szájban sokszor kifejezetten olyan állapotot okoz, melyet a gyakorlott klinikus sebész praecancerosusnak nevez. *Steadmen*²² nyomtatékosan felhívja a figyelmet arra, hogy *pyorrhoea* nemcsak localisan a szájban teremthet ilyen dispositiót, hanem és különösen a tápcsatornára és a hozzá tartozó szervekre vonatkozóan is azon a réven, hogy a hosszú időn át lenyelt genymennyiség a tápcsatorna különböző helyein *chronikus lobosodásokat* okozhat. *Steadmen* elsősorban rámutat a tápcsatorna rákos megbetegedéseinek rendkívüli nagy számára: 4 év alatt (1901–1904) Angliában és Walesben rákban elhaltak közül (112.801 regisztrált eset) 71.559 = 63.42% a tápcsatornának s függelékes szerveinek a rákja; igazoltnak véli, hogy az e rákban szenvedők túlnyomó

nagy része kisebb-nagyobb fokban egyszersmind *pyorrhoeás* is (143 vizsgált esete közül 118 harmadfokú *pyorrhoea* [indexe $118 \times 3 = 354$]; 19 másodfokú [indexe $19 \times 2 = 38$]; és 5 elsőfokú [indexe $5 \times 1 = 5$]; összesen 397 indexszel = 92.54%). Ezzel szemben megállapítja *Steadmen*, hogy a 35 éven felüli nem rákos betegeknek csupán 49%-a *pyorrhoeás* (415 vizsgált egyén közül 66 harmadfokú 198 indexszel, 123 másodfokú 246 indexszel és 170 elsőfokú 170 indexszel és 56 teljesen *pyorrhoeamentes*; összesen 415 beteg 614 indexszel). A különbség tehát 43.54%, a rákos és nem rákos beteg között. *Steadmen* ezenkívül a különböző életkorokban mutatózó *pyorrhoea* %-ot (indexek számát) állapítja meg (1512 betegre vonatkozóan) és ezt összehasonlítja a megfelelően redukált számú (de még mindig a *pyorrhoeások* számának százszorosát kitevő) rákesetekkel; ez összehasonlításból megállapítja, hogy az így nyert görbék meglepően párhuzamosan haladnak (lásd a grafikont).

A klinikai megfigyelések egy másik iránya fordított utat követ: nem azt kutatja, hogy egyes szervi megbetegedések mellett milyen gyakran található a szájban „sepsis“, hanem, hogy ilyen száj mellett milyen gyakori a szervezet valamely megbetegedése. *Goadby*²³ (1911) 233 *pyorrhoea* mellett 74%-ban, *Medalia* (1913) 114 *pyorrhoea* esetén 35%-ban mutat ki *rheumás* megbetegedéseket, *Henrici*²⁴ (1915) 131 *pyorrhoeás* betegen 30%-ban az emésztő-rendszer bántalmait, 15%-ban különböző szív-, 15%-ban ideg-, 14%-ban *rheumás* és 5%-ban *vesebajokat* konstatál.

E klinikai megfigyeléseket kritikai szemmel nézve, mondhatjuk, hogy azokból olyan messzemenő következtetéseket vonunk, mint a hogy a szerzők teszik, nem lehet. Nem lehet először is azért, mert e statisztikai adatok korántsem elégségesek a következtetések megalapozására. Alig négy-öt közlemény támaszkodik nagyobb számú megfigyelésre s ezek adatai sem vethetők össze egymással. Még talán az acut és *chronikus rheumás bántalmakra* mondhatnók, hogy elég egybehangzóak a nyert eredmények (*Moorhead* 89%, *Irons* 76%, *Langstroth* 66–73%), de már más megbetegedésekre vonatkozóan az eredmények igen eltérők (például *vese* 74%, 47% stb.). Leginkább lerontja azonban e megfigyelések értékét két körülmény. Egyrészt az, hogy közismerten, de meg specielis vizsgálódások szerint is hasonló systemás megbetegedéseket egyáltalán nem mutató, tehát egészségesnek mondható egyének szájában is 66–74%-ban találunk periapicalis góczokat, tehát *oralis sepsist* és így az egyes megbetegedések mellett található százalékszámok nem igen haladják meg a normalis állapotok mellett található százalékokat. De különösképpen feltűnő az a körülmény is, hogy aetiologiailag tisztázott betegség kapcsán, minő például a tüdő tuberculosus megbetegedése, hasonlóan nagy százalékban kapunk a szájban „sepsist“ (*Roddy Funk*²⁵ [1916] 1270 tüdő tuberculosus mellett 80%-ban, *Freudenberger*²⁶ 297 beteg közül 35%-ban, *Antonius* és *Czepa* [l. c.] 28 beteg közül 50%-ban); már pedig periapicalis góczban — mint később látni fogjuk — a tüdő tuberculosus ismert kórokozó elemét nem találjuk meg.

A következtetéseket tehát, melyeket ezekkel a statisztikai adatokkal igyekeztek megalapozni az okozati összefüggést illetőleg a szájsepsis és a szervezet különböző occult aetiologiájú systemás megbetegedései közti, a fentiek alapján nem tehetjük magunkévá még akkor sem, ha például a bécsi *Falta* tanár osztályáról kikerült igen lelkiismeretes vizsgálódások alapján *Antonius* és *Czepa* (l. c.) 25 glomerulonephritis, pyelo-nephritis stb. esete közül 17 esetben (68%) az aetiologiában csupán periapicalis góczra tudnak rámutatni, különösen nem akkor, mikor ugyancsak ezek a szerzők kiemelik, hogy például 40 „*rheumás*“ bántalom, illetőleg szív-buroklob közül 29 esetben (72%) *chronikus alveolaris abscessus* volt konstatálható, ugyanakkor és ugyanazon esetekben azonban a tonsillák állapota sem volt az aetiologiában

¹⁵ Ref. D. C. 1916, 1318. old. és Journ. of the Nat. D. Assoc. 1921. March.

¹⁶ Am. Journ. of the med. Science, 1918 febr. Pha.

¹⁷ Wiener Archiv f. innere Medizin, 1921, II. köt., 293. old.

¹⁸ Ref. D. C. 1917, 1042. old.

¹⁹ Lancet 1917, Junius 23. Ref. D. C. 1917, 929. old.

²⁰ Ref. D. C. 1917, 1266. old.

²¹ Ref. in D. C. 1919, 179. old.

²² *Pyorrhoea alveolaris as a predisposing cause of cancer of the alimentary canal and associated parts*, D. C. 1917, 789. old.

²³ Lancet 1911; ref. D. C. 1211. old.

²⁴ Cit. in *Daland*: D. C. 1916, 532. old.

²⁵ Ref. D. C., 1916, 1319. old.

²⁶ Ref. D. C., 1916, 1319. old.

mellőzhető. Valószínű tehát, hogy a fertőzés forrását sokszor talán a tonsillák állapotában lehet megtalálnunk.

A klinikai megfigyelések egy másik iránya, mely következtetéseket von a „szájsepsis“ és az egyes megbetegedések között, a *therapiára* támaszkodik és igyekszik kimutatni, hogy a feltételezett ok kiküszöbölésével, a szájállapot javításával, tehát a pyorrhoea gyógyításával, a fog eltávolításával, a periapicalis kikaparásával, evakuálásával milyen százaléokban ér el gyógyulást vagy javulást a különféle systemás megbetegedések terén. E tekintetben még kevesebb adatra támaszkodhatunk, mint a klinikai megfigyelések előbb méltatott irányainak bírálatakor. Természetesen rendkívül nagy a száma azoknak a közleményeknek, melyek néhány eset gyógyulásáról számolnak be a „fertőző gócc“ evakuálása kapcsán (*Paessler*,²⁷ *Goadby*, *Misch*, *Goldmann*, *Rhein*²⁸ stb.).

*Cl. J. Gries*²⁹ nagyszámú, a John Hopkins-kórház orthopaediai osztályán tett tapasztalata szerint az arthritisben szenvedők hőmérséke több fokkal emelkedik, ha a szájban levő chronikus alveolaris abscessusok genyet vezető menete (fistulája) időlegesen záródik.

Gysi-nek, a zürichi fogászati intézet tanárának közléséből tudjuk meg, hogy *Cotton*, a trentoni elmekórtani intézet igazgatója, különböző functionalis psychosisek okát a száj septikus állapotában véli, de egyéb elmekórokra nézve is a száj sepsises állapotát lényeges factornak tartja és ezért az utolsó esztendőkkben a kezelése alá jutott betegek mindegyikén systemásan eltávolíttatja a beteg fogakat. Így az utolsó 9 hónapban újonnan felvett betegeinek 87%-át bocsáthatta el gyógyultán, míg e systemás fogeltávolítások előtt az utolsó 10 évben a gyógyulások arányszáma csupán 43%-ot tett ki. *Cotton* említi egy olyan betegét is, a kin 9 év alatt a szokásos kezelésekkal segíteni nem tudott s a ki a fogak eltávolítása után meggyógyult.

Bár e közlésből az egyes kórformákról nem értesülünk, kórképek, epikrizis stb. rendelkezésünkre nem állanak és így kritikailag hozzászólnunk is bajos, mégis bizonyos figyelemben kell részesíteni azt a körülményt, ha a száj szanálásával egy klinika a kétszeresére emeli a gyógyulás százalékat.

Hunter 648 skarlátbeteg 25—43%-ában szájsepsis-complicatiót talál; 1905 óta systemásan extrahál („evakuál“) és ennek eredményeképp a skarlát szokásos complicatióinak százalékat erősen lenyomja. Így 1904-ben 9.6%-ban volt skarlátbetegein secundaer adenitis, a systemás extractio után 1906-ban a százalék 3.3-ra, 1907-ben 1.8-ra csökkent; míg különböző nyaki kötőszövetlob 1904-ben 5.2%-fordult elő, addig e therapia után 1906-ban 2.8%-ra, 1907-ben 0-ra csökkent; éppen így teljesen elmaradtak különböző glandularis genyedések, melyek a therapia előtt 1904-ben 1.7%-ot és a therapia után is 1906-ban még 0.5%-ot tettek ki.

Rendkívül figyelemre méltók *Antonius* és *Czepa* többször idézett megfigyelései. E szerzők összesen 225 különféle systemás megbetegedés kapcsán 39 radicalis szájtherapiát végezhettek csupán, de ezeknek nagyon áldásos hatását különösen kiemelik (rheumás bántalom után fejlődött súlyos endocarditis 40 esete közül 11 esetben végezhettek radicalis szájtherapiát, 7 esetben teljes sikerrel).

Hasonlóan figyelemre méltóak *Wirtz*-nek³⁰ közlései, melyek 3 acut iritis, 3 chronikus iritis, 1 chorioiditis exsudativa, 1 phlebitis retinae, 1 keratitis parenchymatosa, 1 mindkétoldali chronikus iritis spontán gyógyulását eredményezték pusztán a szájtherapia következményeképp.

Mindössze ezek azok az adatok, melyek, minthogy kelően ellenőrzötteknek tekinthetők, a szájtherapia hatását a szervezet egyes megbetegedéseire igazolják. De mellőzve azon elméleti fejtegetéseket és ellenérveket, melyek a pusztán a therapiára alapított eredményekből akarnak aetiologiai mo-

mentumokra következtetni, látjuk, hogy ezek az adatok mennyire minimalisak ahhoz, hogy messzemenő consequentiákat vonhassunk belőlük.

Látjuk tehát, hogy a klinikai megfigyelések egyik iránya sem nyújt elegendő alapot azokra a következtetésekre, melyekkel *Hunter* megdőbbentette a szakvilágot. Hogy különböző, eddig talán occult, fertőző systemás betegség okául egyenesen a szájsepsis valamely formáját jelöljük meg, ahhoz nem elegendő a fent kifejtettek alapján sem az, hogy ily szervi megbetegedések kapcsán bizonyos százaléokban a szájsepsis egyik vagy másik formáját megállapítjuk, sem az, ha ilyen szájállapotok mellett a systemás megbetegedések százalékat állítjuk össze. A szájtherapia eredményei eddigelé pedig igen kis számúak ahhoz, hogy ezen az alapon a mondott következtetéseket levonhassuk.

Tekintsük már most azt a laboratoriumi munkásságot, melyel eddigelé a kérdést tisztázni megkísérelték. *Gilmer* és *Moody*³¹ 1914-ben (összesen 40 vizsgálat: 16 acut, 18 chronikus alveolaris abscessus és 8 fogbélbántalom), továbbá *Hartzell* és *Henrici*³² az általános véleménynyel szemben, hogy tudniillik e góczokban főleg staphylococcusok vannak (162 vizsgált eset közül 150 esetben), kimutatta, hogy periapicalis abscessusokban, granulomákban túlnyomóan egy streptococcus-fajta, az úgynevezett streptococcus viridans található. Állatkísérletekkel beigazolódott továbbá, hogy periapicalis góczból nyert streptococcus-tenyészetekkel a legkülönbözőbb szervekben (gyomor, béltractus, szív, vese, izom, tüdő, bőr, szem stb.) sikerül systemás fertőző megbetegedéseket okozni. (*Gilmer* és *Moody*, l. c., 1916; 178 állatoltás 49 bacterium-törzsszel; *Rosenow*³³, 1917, állatkísérletek). A szóban forgó mikroorganizmust pedig már régebben megtalálták különböző fertőző megbetegedések kapcsán (endocarditis stb.) a vérben is (*Detweller* és *Robinson*).³⁴

Csak mellékesen óhajtanék reámutatni arra, hogy *Rosenow* (l. c.) nagyszámú hasonló állatkísérletei (883 állatoltás 220 streptococcus-törzsszel a legkülönbözőbb forrásokból) szépen demonstrálják az egyes szervek különböző viselkedését a streptococcus-infectiókkal szemben. Az ízületi elváltozások nagy száma (27%) igazolja a spontán arthritis gyakoriságát emberen, állaton; a gyomor (20%), szívbillentyűk (14%), myocardium (12%), törzsizmok (12%) részéről nyert laesiók arányszáma általában megfelelnek e szervek megbetegedési százalékaiknak emberen. A bőr, nyelv, parotis laesióinak igen kis száma mutatja általában a tapasztalati tényt, hogy e szervekben milyen ritka az embolias fertőzés. Az ízületek, a szív, az izomzat, a vesék laesióinak ismételt jelentkezése rheumás forrásból nyert streptococcusra igazolja az emberi szervezet rheumás infectiói kapcsán tett klinikai tapasztalatokat.

Rendkívül érdekes az ugyancsak *Rosenow*³⁵ végezte másik kísérleti sorozat, midőn a legkülönbözőbb agy-, gerinczagy-, idegbetegségekben szenvedők szájából, és pedig pyorrhoeás genyből, tonsillából, periapicalis góczból nyert streptococcus-törzsekkel fertőzött intravenásan tengerinyulakat. A myositisben és dentalis neuritisben szenvedő betegtől nyert streptococcus-törzsszel beoltott 24 állat 71%-ában myositist, 50%-ában dentalis neuritist, 46%-ában neuritist tudott előidézni. Ez az első eset tudtunkkal, midőn experimentálisan intravenás oltásokkal állaton dentalis neuritist sikerült okozni és egyszersmind igazolása annak, hogy ép fogak fogbelének fertőzése mindig haematogen úton magyarázandó.

Rosenow laboratoriumi kísérletei alapján még egy meglepő felfedezéssel szolgál a világnak; kísérleteivel igazolni véli, hogy különböző streptococcusféleség nem is létezik és

³¹ Sixty-fifth annual session of the American Med. Assoc. (Section of Stomat.) Journ. of the Americ. Med. Assoc. 14. Dec.

³² The dental path. Its importance as an avenue to infection (Surgery, Gynecology and Obstetrics Vol. XXII. 1916. Jan.; cit. in *Wieser*: Zeitschrift f. Stomatologie, 1921. decz.)

³³ Journ. infectious Diseases, XIV. köt., 61. old.

³⁴ Experimental endocarditis etc. Ref. D. C. 1917, 245.

³⁵ Elective localisation of the streptococcus from a case of pulpitis, dent. neuritis and myositis. Journ. of Immunology, 1916, 363—381. old. Ref. D. C. 1917, 491. old.

²⁷ Therapie der Gegenwart, 1915, 361—419. old.

²⁸ Oral Sepsis. D. C., 1912, 529. old.

²⁹ Dental periapical infections as the cause of systemic disease. D. C., 1914, 52. old.

³⁰ Die entzündlichen Erkrankungen des Sehorgans infolge von Zahnleiden. (Klin. Monatsblätter für Augenheilk., 1918 jan.)

hogy a különböző tenyészelések egy és ugyanazon streptococcus-faj különböző mutációs formái: a streptococcus viridans csupán egy virulentiájában csökkent közönséges streptococcus. *Schottmüller*³⁶ ezt bebizonyított, nem tartja, szám-talan vizsgálata közben még sohasem látta azt, hogy a streptococcus pyogenes vagy haemolyticus streptococcus viridans-sá alakult volna s ezt állatkísérletekkel sem sikerült bebizonyítani.

*Potter, Mc. Neil és Bradbury*³⁷ foglalkozott a kérdéssel, vajjon ki lehet-e mutatni immuntesteket oly egyének vérében, kiknek komoly szervi megbetegedését orális sepsisből eredőnek tarthatni. A szerzők e kérdést elvileg úgy iparkodtak megközelíteni, mint a hogy a lues diagnózisára nézve közismert. Identikus volt az eljárás a typosos Wassermann-reactióval: a legkülönbébb, nyilvánvalóan valamely streptococcus-fertőzésben szenvedő szervezetből nyerték az antigént. Complementumkötési reakciót végeztek körülbelül 80 betegen; ezen esetek közül 21-et gondos figyelemmel kísérték több éven át és a szerzők szerint sikerült kimutatni, hogy a fertőzött gócz vagy a tonsillákban, vagy a száj állapotában volt.

Egyébként is iparkodtak a szerzők orális sepsis mellett a vérben bizonyos elváltozásokat kimutatni. Így *Haecker* 1915-ben összesen 250 „orális sepsis” beteg vérének vizsgálja és nagyjában a polymorph-nuclearis, neutrophil fehérvérsejtek számának csökkenését és a nagy lymphocyták megszáporodását véli látni, a miből bizonyos értelmű lymphocytosist konstatál; ugyancsak eredményre jut *Potter, Mc. Neil és Bradbury* 25 orális sepsisben szenvedő betegnek vérvizsgálata alapján. *Logan*-nak 1916-ban pyorrhoea 110 esete közül 62 esetben normalis volt a vérlelet, 31 esetben kisfokú leukopeniát és 17 esetben kisfokú leukocytosist talált; pyorrhoea és chronikus alveolaris abscessus együttes jelenlétének 19 esetében mindig kisfokú leukocytosist, 33 chronikus alveolaris abscessus esete közül 29-ben kisfokú leukocytosist és 4 esetben kisfokú leukopeniát konstatált. Bizonyos anaemiás állapotokat talált ily vérvizsgálatok alapján *Roddy-Frank* 1916-ban 30 pyorrhoeában és *Freudenberger* 1916-ban 40 pyorrhoeában.

Bármily nagyszámúak és bármily megbízhatóak is e vizsgálatok, mégis e tényekből „a szájsepsis” és a systemás megbetegedések kérdése nem dönthető el. Tudjuk például, hogy a mikroorganizmus, melyről szó van, milyen közönséges a környezetünkben, valamint a szájban, a torokban és a tonsillákban. *Menzer*-nek már 1902-ben (*Die Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus*) sikerült normalis, ép száj nyálkahártyájáról nyert streptococcus-fajtaival állatokban ugyanilyen systemás laesiókat okozni és ugyancsak eredményesek voltak 1917-ben *Bull*-nak³⁸ vizsgálatai ez irányban. De meg nagyszámú kísérlettel igazolt az is, hogy más ismert mikroorganizmusokkal (például staphylococcusok) ugyanilyen százalékosan sikerült az állat legkülönbözőbb szerveiben a megfelelő megbetegedéseket előidézni. Tehát ezeket a szóban forgó megbetegedéseket semmiképpen sem tekinthetjük egyetlen kórokozó hatásának.

Mindezek a kísérletek és eredményeik tehát abszolút bizonyítékot arra, hogy a periapicalis gócz, a pyorrhoea és a különböző szervi betegségek között feltétlen okozati kapcsolat van, nem szolgáltatnak. Nem fogadhatjuk el például *Gilmer* végkövetkeztetéseit, melyeket állatkísérleteiből levon, tudniillik, hogy valamely systemás megbetegedést mutató szervezetben élő chronikus alveolaris abscessusból kitenyészített streptococcus állatokba átolva nagyobb százalékosan okozza a megfelelő megbetegedéseket, mint olyan chronikus alveolaris abscessusból kikerülő mikroorganizmus, mely mellett ilyen megbetegedés nincs.³⁹ *Gilmer* százalékos eredményei — mint

a táblázatból kitűnik — alig térnek el egymástól és talán néhány betegségre vonatkozóan még nagyobb százalékos mutatókat mutatnak a systemás megbetegedéseket nem mutató szervezetből nyert oltások (például endocardiumra vonatkozóan 16.7% és 22.2%-kal szemben 22.7%; myocardiumra vonatkozóan 7.2% és 5%-kal szemben 7.9%; vesére vonatkozóan 13.3% és 10%-kal szemben 24.1%).

Annyit mindenesetre el kell ismernünk, hogy e laboratoriumi kísérletek igenis igazolják azt, hogy a pyorrhoeás genyből, a periapicalis góczból nyert bacteriumok a szervezet különböző fertőző systemás megbetegedéseit okozhatják. Semmi esetre sem látjuk igazoltnak azonban azt — és e tekintetben *Weiser* professor véleményével tartunk⁴⁰ —, hogy milyen gyakran okozzák is, különösen tekintettel arra, hogy más, és pedig közismert és mindenütt előforduló fertőző hatások ugyanilyen bántalmakat okozhatnak, de továbbá el nem felejtve azt sem, hogy e fertőző hatások mily tömegben vannak a tonsillákban, az orr melléküregekben, a honnan bejutásuk a szervezetbe mégis csak talán gyakrabban felvehető. Annál is inkább kételkedhetünk e hatás gyakoriságában, mert hiszen tudjuk például, hogy az emberiség 50%-a szenved pyorrhoeában és ehhez képest a „rheumás bántalmakban” szenvedők %-a sokkalta kisebb, talán 3–4%.

Schottmüller tanár (l. c.) *M. H. Fischer* tanárnak, a cincinnati egyetem physiologusának német fordításban is (*Die Infektionen der Mundhöhle u. Allgemeinerkrankungen*, 1921, Verlag von Th. Steinkopff, Dresden u. Leipzig) megjelent munkáját kritizálva, még e lehetőséget is tagadja és a pyorrhoeás tasakokat, de a periapicalis góczokat is egyáltalán nem tartja sepsis góczoknak; szerinte a sajátságosan alakult sepsis gócz mindig szabad összeköttetésben van a vérárammal; sepsis gócz egy fertőző thrombo- vagy endophlebitis, egy lymphangitis vagy az arteriosus érrendszernek bacterialis fertőzöttsége. És csakis akkor támad sepsis, ha nagyobb értörzset ér a fertőzés. A közönséges abscessusok vagy anatómiai elhelyezésük, vagy localis védőapparatusok (leukocyták, sarjszövet) miatt a nedvkeringéstől elzártak, kivéve ha nagyobb fertőző góczot alkotnak és ott erős nyomás alatt van a geny (uterus, epehólyag). *Schottmüller* a szájban említett góczokat lokalizált fertőzött góczoknak tekinti, melyek sohasem bírnak egy sepsisgócz tulajdonságaival; e góczok lehetnek fertőzések kapui, de nem sepsisgóczok; a bacteriaemia pedig még nem kriteriuma a sepsisnek. *Schottmüller* különösképpen rámutat még az endocarditis lentára, a mely valóban chronikus sepsis, s a mely mellett a vérben sokszor nagyszámmal és állandóan kimutatható a streptococcus viridans, de sohasem igazolható a sepsis emboliás uton való keletkezése. *Schottmüller* bacteriologiai vizsgálatai alapján állítja, hogy ha a vérből a betegség kórokozóját sikerült kitenyésztenie, akkor mindig meg is találta az infectio kapuját, vagy a sepsis-góczot és nem szorult kalandos feltevésekre: a szájsepsisre.

A rendelkezésünkre álló laboratoriumi kutatások, az előadott klinikai megfigyelések, de különösen azon bár kis számú therapiás közlések, melyek kellően ellenőrzött helyekről származnak, úgy gondoljuk, igazolják annak a lehetőségét, hogy a száj említett fertőzött gócaiból a szervezet némely általános megbetegedése támadhat, bár közelebbről ennek a lehetőségnek útját-módját nem ismerjük. Orvosi gondolkodásunk szerint semmiképpen sem lehet közömbös a szervezetre nézve az, ha benne ilyen fertőzött góczok vannak. A pyorrhoeás beteg hosszú időn keresztül beigazoltan többé-kevésbé virulens genykeltő mikroorganizmusokat tartalmazó genyet nyel. A processus alveolaris rostos csonttömegében támadt chronikus alveolaris abscessus vagy granuloma időlegesen talán tüneteket nem is okoz, mert az ép szervezettől erős kötőszöveti tok, sarjszövet választja el, de kétségtelen, hogy ezen granulomákból mindig pathogen bacteriumok, mikroorganizmusok tenyészthetők ki; de kétségtelen az is,

³⁶ Über den angeblichen Zusammenhang zwischen Infektionen der Zähne und Allgemeinerkrankungen. (Deutsche m. Wochenschr., 1922, febr.)

³⁷ Streptococcus Oral Sepsis: Complement fixation Tests and value of routine blood examination. (Medical Record, New-York, 1918, Jan. 26. Ref. D. C. 1918, 450. old.)

³⁸ Journ. exp. Medicine, XXV. köt., 557. old.

³⁹ „We must conclude, then that the strept. viridans isolated from chron. alv. abs. in patients who in addition are suffering from systemic disease is capable of producing a higher percentage of lesions in rabbits, in the usual regions involved, than similar organisms isolated from uncomplicated chron. alv. abs.”

⁴⁰ Welche Rolle spielen kranke Zähne als Eingangspforte für die Erreger von allg. Erkrankungen des Körpers (Zeitschr. f. Stomat. 1921. Dec.)

hogy időről-időre az ilyen góczokból kisebb-nagyobb lobosodások támadnak localisan, mert a szervezet említett védekezése nem tökéletes és sok külső körülmény ezt a természetes védekezést hatástalaníthatja. De felvehető az is, hogy ilyenkor e fertőző góczból esetleg maguk a pathogen mikroorganizmusok, esetleg azok termékei, toxinok juthatnak a szervezetbe s ott azután kifejtethetik a hatásukat.

Ily megfontolások alapján e megfigyelésekből, e kutatásokból bizonyos consequentiát le kell azonban vonnia az orvosnak is, a specialistának is. A szervezet különböző, aetiologiailag talán homályos fertőző megbetegedései kapcsán az orvosnak gondolnia kell a fertőzés forrásainak ezen lehetőségeire is és a szoros együttműködés a jövőben a belorvos, a sebész, a szemész stb. és a fogorvos specialista közt elkerülhetetlen. A specialista orvosnak pedig egyenesen kötelessége a száj állapotának szanálása még akkor is, ha ez momentán nem okoz klinikai tüneteket. Elsőben is kötelességünk a conservatív fogászatban olyan módszerek fejlesztése, melyek kizárják a periapicalis tér fertőzését; de kötelességünk az ilyen góczok kiiktatása is. Kötelességünk továbbá a pyorrhoea alveolaris gyógyítása.

E feladatok között talán legnehezebb az első: mert mai gyökkezelési methodusainkkal teljes biztonsággal alig kerülhetők el ilyen periapicalis fertőző góczok.

A periapicalis fertőző góczok „evakuálására” vannak sebészi eljárásaink, és akkor ez az evakuálás nem egyenlő a szervnek, a fognak feláldozásával. A körülmények gondos mérlegelésével a legtöbb esetben a processus alveolaris facialis falán át hozzáférhetünk a góczhoz s az itt ejtett nyíláson át „evakuálhatjuk” a góczot, a mikor a legtöbb esetben a gyökharthájától fosztott gyökcsúcsot is eltávolítjuk. De esetleg, különösen több gyökerű fogakon, szóbakerülhet e célra a replantatio műtete is (a fog eltávolítása, a gócz kikaparása és a fog visszaültetése).

A pyorrhoea alveolaris gyógyításában is hatalmas léppéssel haladtunk előre az utolsó években. E betegség aetiologiája, mint említettük, ma is még homályos és így a gyógyítása sem volt a mai napig oki alapokra fektethető. A legutóbbi években Neumann tanár ajánlására a sebészi irányú therapia lépett előtérbe: a megbetegedett területek genyet produkáló góczait sebésziileg feltárjuk s a góczokat kikaparjuk. Minthogy ez a methodus ma még kartársaim előtt tudomásom szerint nem közismert, legyen szabad e műtétet röviden ismertetnem. Csoportos Röntgen-felvételeken előbb meggyőződünk a processus alveolaris állapotáról, a pusztulás mértékéről, az egyes tasakok mélységéről, és ezen tájékoztató képek ismeretével fogunk a műtéthez. A területet felül és alul is három szakaszra osztjuk olyformán, hogy például a caninusoknak megfelelően az íny szélétől az átmeneti redőig a csontig ható bemetszéseket ejtünk, a fogak közt az összes papillákat finom kis skalpellel átmesszük, a nyálkahártyát már most alapjáról leszabadítjuk és ilyenformán alul is, felül is három-három lehajtható nyálkahártyalebenyt készítenk facialisan is, oralisan is. Így előtűnk van az egész beteg processus alveolaris. A fogakról már most a köveket, lepedékeket letisztítjuk, a tasakokat megtöltő mindig jelenlevő granulációs sarjszövetet erre a célra szerkesztett alkalmas kis kanallal eltávolítjuk, ugyancsak ilyen kanallal távolítjuk el a processus alveolarisnak már arrosiókat mutató csontléczeit. A nyálkahártyát azután helyére visszahajtjuk, s néhány finom öltéssel helyére rögzítjük. Természetesen, ha a folyamat nem universalis, akkor csak a megtámadott területen végezzük a műtétet, míg az előbbi esetben persze több ülésben vagyunk kénytelenek lefolytatni e sebészi beavatkozást. Sokszor, ha a folyamat már nagyon előhaladt és tulajdonképpen a processus alveolarisnak már csak a gyökércsúcsot környező harmada tartja a fogat a helyén (a mikor a fog vagy fogak már erősen mozognak), a műtét előtt a fogakat alkalmas rögzítő sinekkel látjuk el. Két év óta végezzük a stomatológiai klinikán e műtétet; eredményképpen ma még csak azt állíthatjuk, hogy a genyedést (pyorrhoeát), a betegség főtünetét, így módon a legtöbb esetben sikerült megszüntetnünk.

Előadásomnak főcélja az volt, hogy kartársaim figyelmét a száj ilyen állapotaira felhívjam és hogy érdeklődésüket különösen a pyorrhoea alveolaris gyógyításának lehetőségére felkeltsem.

Debreczeni Orvosegyesület.

(I. rendes tudományos ülés 1922 május 13.-án.)

Elnök: Szontagh Félix.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Pellagrás beteg.

Benedek László: A beteg jellemző bőrelváltozásai öt év óta évenként tavasszal ki szoktak újulni. A typusos affectiók a praedilectiók tájakon vannak. Tünetek az idegrendszer részéről: az ötödik ágyéki bőrszelvény területén hypaesthesia és activ érzés-zavarok, továbbá előrehaladott dementia. A kukoricza-evést a beteg tagadja, bár olyan vidékről való, a hol a kukoriczakenyér a szegény néposztályban otthonos. Az eset kapcsán a qualitativ és quantitativ elégtelen táplálkozásról, az avitaminosisról, a pellagrogeninről és más kóroktani kutatási irányokról tesz említést s a kórszövettani leleteket fényképekkel demonstrálja.

Neuber Ede: Afrikai tapasztalatairól számol be. Hangsúlyozza, hogy a bőrterületek kezelésében a fénybehatások távollátásának fontos szerepe van. Szól a paraspecifikus kezelő eljárásokról.

Szontagh Félix: A pellagra pathogenesisében photobiológiai hatásnak is tulajdonítanak szerepet. Münchenben Tappeiner intézetében végeztek igen beható vizsgálatokat mindazoknak a betegségeknek keletkezését illetőleg, melyek photobiológiai reakciónak minősítendők. Nagy érdeklődéssel bírnak ezek között az állatoknak úgynevezett fagopyrismusa (tatárka-betegség = Buchweizen-Krankheit). A sensibilizáló anyag itten egy a chlorophyllhez igen közelálló test, mely a fehér vagy tarka szőrű állatokat, például szarvasmarhákat, a napfény ellen a túlérzékenység, vagyis a feltételes megmérgezettség állapotába juttatja. Sötét helyen tartott és fekete szőrű állatok (a fekete pigment védelmet ad) nem betegszenek meg. A reactio több alakban jelentkezhetik. Van állat, a mely napfénynek kitéve, mintegy villámsújtottan hirtelen kimúlik. Ez az úgynevezett *fényhalál*, melynek analogonja az emberi pathológiában az *égési halál*. Különösen kis gyermekek már csekélyfokú és nem mélyreható combustióra nagy lázzal és halállal reagálnak, egyrésztük pedig *vörhenynyel* (scarlatinae combustionis). Nézete szerint a vörhenyexanthema és az *erysipelas aequivalens* megnyilvánulások. Érdekes már most, hogy a fagopyrismusban szenvedő állatok egy része hasonlóképpen orbánczban betegszik meg, a miért is közelálló a feltevés, hogy a vörhenyexanthema pathogenesisében a photobiológiai hatásnak — lehet diffus napfény is — szerepe van. Az állatok egy része öröktől vizsketésben szenvedhet, más része stomatitis aphthosában; más esetekben tályogok keletkeznek a bőrön stb. A reactio tehát igen sokféle alakban nyilvánulhat meg, melyek látszólag teljesen heterogének, mindazonáltal egymással aequivalensek, mert az alapbaj egy és ugyanaz. A pellagrának esetlegesen kimutatható mikroorganizmusai tehát csak másodlagosan lépnek aktivitásba. Pathogenesisében máskülönb — az intoxicatiós elmélet mellett — helye lehet az insufficienciás elméletnek is.

Benedek László: Neuber hozzászólásának a paraspecifikus kezelő eljárásokra vonatkozó részére megjegyzi, hogy a legújabban ajánlott autoserum-kezelést meg fogja kísérelni, ettől azonban ez esetben már kevés sikert vár.

Huntington-chorea.

Benedek László és Csörsz Károly: Egy új Huntington-családnak négy, egy generációhoz tartozó tagját mutatják be, a kiket Debreczen környékéről sikerült felkutatniok. A mozgászavarokat kiterjedten demonstrálják, elemelve őket. A hypermetriás és bradytelekinesises zavarok egy részét nem foghatják fel elsődlegesnek. Az antagonista beidegzés interferenciáját teszik felelőssé, nem az egyenletes „fékezés”, hanem az elsődleges akarat-impulsus fragmentált volta miatt. Kritikailag foglalkoznak az irodalmi adatokkal és összefoglalják a localisatiós substratumra vonatkozó eddigi ismereteket, rámutatva az elemzés nehézségeire és az eddigi pathohistológiai kutatás szórványosságára. A lelkiállapotot tekintve mind a négy testvéren, a heteronom kiesési állapot képe párosul functionalis depressióval. A phaenotypusnak familiaris jellegét az esetek kapcsán joggal vélik felvehetőnek. Erre nézve még más somatikus jeleket is felhoznak. Bár hónapok óta három község és Debreczen város anyakönyvi és levéltári adatainak feldolgozása volt szükséges, eddig közel 1750-ig jutottak el a genealogiai kutatásban. Bemutatják a fő családfát és hat ágak leszármazási tábláit. Az utóbbiak úgy látszik igen értékes ada-

tokat tartalmaznak az epilepsia és Huntington-kór összefüggésére nézve; ebben a kérdésben részletesebben a felmenő és oldalágaknak további szorgalmas átkutatása után nyújthatnak majd pontos képet. Jelenleg csak annak a megállapítására hajlandók, hogy a vérrokonok között feltűnően sok az epilepsiás és sok olyan családtag van, a ki az epilepsiás dispositióval kapcsolatban fontosnak tartott stigmák (sinistrosis, enuresis, dadogás, migraine) birtokában volt vagy van. Kutatásaik eredményéről annak idején in extenso fognak beszámolni.

Invaginatio ileocolica.

Hüttli Tivadar: Hároméves fiút mutat be, kit a sebészeti klinikán ileus miatt megoperált. A vékonybél legalsó szakaszát, a felhágó vastagbelet a harántvastagbélbe betüremkedve találta. A desinvaginatio csak részben sikerülvén, a coecum kapuját reszekálni kellett. A coecum mobile rögzítését a beteg állapota nem engedte meg. Zavartalan gyógyulás után nyolcz héttel később újabb ileus. A második laparotomia alkalmával kiterjedt összenövéseket talált és cseplez-köteg által leszorított vékonybélkacsot. Az összenövések szétféjtése, a coecum rögzítése Wilms szerint végleges gyógyulásra vezetett. Felhívja a figyelmet arra, hogy az ileus oka a gyermekkorban rendszeren invaginatio, még akkor is, ha daganatot tapintani nem lehet és ha a betegnek véres széke nincsen. Megemlítésre méltónak tartja a gyermek constitutiójának megváltozását: a méhen belüli életben az összenövések hiányosan jöttek létre, ez volt az oka a coecum mobilnak és a mesenterium ileocoecale communenak, később pedig a szervezet szokatlanul kiterjedt összenövéseket hozott létre.

Tabeses gyomor-bélkrisisek miatt végzett Förster-műtét két esete.

Hüttli Tivadar: A VI—XII. háti érző gyököket intraduralisan vágta át. A műtétet követő napokon mindkét esetben bőranaesthesiát talált a bimbóktól a lágyékig, mely azonban négy nap alatt alulról felfelé terjedőleg eltűnt. A fájdalom az egyik esetben jóformán teljesen megszűnt, a másik esetben azonban három héttel a műtét után az övfájdalom újból visszatért. A naponta jelentkező hányás, mely időnként napokon át tartott, a műtét óta megszűnt. A műtétet, részben mert a hányás jól befolyásolható vele és részben mert a morphium használatát feleslegessé teszi, indokoltnak tartja.

Benedek László: A Sherrington-szabály alapján a szelvényes érzés-kiesések gyors javulását érhetőnek tartja; az egyik esetben jelentkezett enyhe, de gyors recidívát azzal magyarázza, hogy a „vagus-krisis”-nek a jelei jelen voltak. Kísse sokalja a sebészek által ektomizálni szokott hátulsó gyökök számát tisztán gyomorkrisis eseteiben már csak azért is, mert a műtét tér kiszélesítése (az arcusok eltávolítása) elnyújtja az amúgy is veszélyes műtétet. Utal Hevesi-vel együtt közölt észleletére a Förster-műtétet illetően, hangsúlyozza annak veszélyességét s ezért tabesben annak javait a minimumra szeretné szorítani.

Hüttli Tivadar: A betegek végzett részletes gyomorvizsgálat alapján elmondja, hogy mindkét esetben a tabeses krisisek sympathicus alakjával állott szemben, ezért történt a műtét. Annak pedig, hogy kevesebb ideggyök átmetszése is elegendő, sebészeti tapasztalatok ellentmondanak. Az érzés-kiesés a műtét után kisebbedik; eredményt csakis kiterjedt idegátmetszésekkel lehet elérni.

A „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie“ XVII. nagygyűlése.

(Innsbruck, 1922 június 7—10.)

A congressus két szempontból kísérletnek volt tekintendő. Elsősorban azért, mert ily kicsiny egyetem klinikáját választották a találkozás helyéül, másodsor pedig, mert először folyt a tárgyalás előre kitűzött thema és referensek nélkül. A kis egyetem több tekintetben hátrányos volt. Szűk, rossz akusztikájú terem, hiányos eszközök a vetítéshez és demonstráláshoz, hiányos rendezés nehezítették a tárgyalást. Vajjon a kitűzött thema hiányának, avagy az újonnan fellelő munkakedvnek tudható-e be, hogy 240 előadás és bemutatás volt a napirenden, azt nem lehet biztossággal eldönteni. Kétségtelen, hogy ily anyagot lebonyolítani még úgy is

lehetetlenség volt, hogy az ülések délelőtt 7-től 1-ig és délután 2-től 6-ig tartottak. Noha már a második napon az előadások tartamát 5 perczben állapították meg, mégis sok érdekes tárgy teljesen lemaradt.

Az összes vezető német klinikusokon kívül feltűnő nagy számmal voltak jelen a semleges államok, valamint Magyarország képviselői.

Az általános ülés több nevezetes határozatot hozott. Elsősorban dísztagokká választotta Zweifel-t, Küstner-t, Tauffer-t és Wyder-t. Ezen ténnyel a vezetőség a magyar gynakologia megteremtőjének megadta azt a legnagyobb kitüntetést, melylyel a német tudomány rendelkezik. Majd elhatározták, hogy ezentúl a congressus *váltakozva* tartassék a német természetvizsgálók ülésével. Ezen célból a következő nagygyűlés a jövő évben lesz — *Menge* meghívására — Heidelbergben.

A plenum a javaslatba hozott themát — a szülészeti vérzésekről — ismét elvetette és *thema nélkül* kíván tárgyalni. Az idejében bejelentett előadásokból az elnökség fogja a themákat kiválasztani.

Igen egészséges és talán más nagygyűléseken is elfogadható javaslat tétellett oly irányban, hogy az előadások hat hónappal előbb küldendők be. Ezeket kinyomatják és idejében szétküldik. Előadásuk tehát feleslegessé válik és a congressus maga a *discussionnak* tartandó fenn. A mostani módszer mellett (5 perczes előadások és 3 perczes hozzászólások) vajmi kevés maradhat meg az emlékezetben. De nem is ítélték meg sok munka helyes vagy helytelen bázisa, ha csak számokat és összefoglalásokat lehet adni.

Ezek után nem is igyekezem a tárgyalta anyag tömegéről beszámolni, mert hiszen csak egyes kérdéseket tudnék kiragadni. Arra a kérdésre, hogy hozott-e a congressus valami *maradandó becsű novomot*: hozzáértők állítása szerint *Fritz* (Innsbruck) *Röntgenspektrometere* megoldja az x-sugarak gyakorlati mérésének problémáját.

A rák Röntgen-kezeléséről *Bumm* általános meglepetésre a legnagyobb skepszissel beszélt.

Seitz is elismerte, hogy a rákium és Röntgen kombinálva többet tud elérni, mint a Röntgen egyedül.

Opitz új és érdekes állatkísérletekről számolt be, melyek arra utalnak, hogy a sugarak hatása nagyrészt attól függ, hogy mely endokrin-mirigyeket érnek.

Általában az a benyomás volt az uralkodó, hogy a rettetenes sok munkával járt kutatás a sugaras kezelés terén nem járt eddig kellő eredménnyel. A kizárólag physicalis kutatásról a biológiai útra kell visszatérni.

Újszerűen hatott a *Winter-klinika* állásfoglalása a gyermekági peritonitis operatív kezelése mellett. Korai operálás, 200 gr. aether pro narcosi a hasűrbe az eseteknek feltűnő nagy számában vezetett gyógyulásra.

A *placenta praeviáról* szóó discussióban dominált a *sectio caesarea* ajánlása.

A *Kieland-fogót* mint rotációs műszert sokan ajánlották. Heves discussio volt *Warnecros*, *Sellheim* és *Müller* között a szülés mechanizmusáról.

Rendkívül szépek voltak a *Weibel* felügyelete alatt készült filmek. Az eklampsiás rohamok lefolyása, a *Wertheim-műtét* bemutatása tökéletes volt. Didaktikai jelentősége e képeknek megbecsülhetetlen.

A *rectalis* vizsgálatot a szülészeten különösen a svájcziai ajánlották, így *Guggisberg* 11.000 szülés alapján.

A szülési fájdalmak csillapításában nem volt egyöntetűen kialakult vélemény. *Freiburg* nem vett részt a vitában. *Siegel* védte a sémás kábálmot. *Kogerer*, *Wagner von Jauregg* assis-tense, a ki úgy *Peham*, mint *Kermauner* klinikáján végzi a hypnózisokat, a *posthypnózis analgesiát* ajánlotta a *heidelbergi* módszerrel szemben. *Mansfeld* a heidelbergi mély hypnózisok helyett a terhesség alatt psychotherapiás suggestiv előkészítést javasolt. *Kirstein* és *Pankow* suggestiv és bódító szerek kombinációját ajánlotta.

A helyi érzéstelenítésnek nem jutott kellő hely a discussióban. *Scipiades* kitűnő eredményei nagy elismerésre találtak.

Mint az általános orvosi irodalomban, úgy itt is látszott, hogy egyrészt a *constitutionalis* problémák, másrészt a *psyche* befolyása a somatikus jelenségekre sok kutatót foglalkoztat. Ezeknek fejtegetéseire itt kitérni lehetetlen.

Miként a legtöbb congressusnak, ennek is igazi értéke a személyes érintkezésben, megbeszélésben és megismerésben rejlett.

Azt a meggyőződést hoztuk haza, hogy Németország rettenetes küzdelmeiben is törhetetlen kitartással dolgozik és mindenkit szívesen lát, a ki tudományos munkájában segíti.

M. O.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A kézről kiinduló sebfertőzés kezeléséről ír *Bier* tanár. Infection alapuló lobos folyamatoknál az incisióknak mindaddig nincs jogosultsága, míg a genyfelhalmozódás pontosan nem lokalizálható. Orvosbetegek sokszor követelik a korai incisiót, kiindulva abból, hogy az a szövetheszülést csökkentve, a fájdalmat csillapítja és a folyamat tovaterjedésének gátat vet. Lobos folyamatoknál a fájdalom addig tart, a míg a geny képződik, másrészt korai beavatkozással a fertőzést továbbíthatjuk. Az incisiós nyíláson nem távozik el a fertőzést okozó baktériumok és toxinok egész tömege. Ezek alapján a szerző korai incisiót sohasem alkalmaz. A tályog képződését pangásos hyperaemiával és meleg alkalmazásával igyekszik elérni (naponta kétszer meleg karfürdő, állandó meleg lenmaglisztes borogatás a beteg végtagra). A pangásos hyperaemia a fájdalmat csillapítja. A meleg alkalmazása ellen felhozott azt az érvelt, hogy az beolvasztás folytán a folyamatot tovább viszi, a gyakorlat nem igazolja. A conservatív kezelésre kellőképpen kiképződött tályogon az incisió hatása a legrövidebb időn belül mutatkozik.

A szerző a következő szabályok betartását javasolja:

1. Az incisió iránya olyan legyen, hogy mozgást gátló heg lehetőleg ne képződjék.
2. A seb gaze-zel lazán töltendő ki, mert állandó feszes tamponálás mellett merev heg képződik.
3. Sín ne alkalmazassék, a passiv mozgások korán megkezdendők, de mindig olyan határok között, hogy fájdalmat ne okozzanak.
4. A kötésváltás fájdalommentes legyen. Kellő ideig tartó kézfürdő után a gaze könnyen eltávolítható. A seb geze-zel lazán fedetik. A szerző steril Mosetig-lebenyeket használ, ezeket fedi borogatással s végül az egészet törülközővel fedjük be. Az így bekötözött seb huzamosabb ideig maradhat kötésváltás nélkül, feltéve, hogy láz nincs és a fájdalmak nem fokozódnak.

Ujpercz-gangraena esetén a gangraenás rész kötés nélkül hagyandó, vagy alkoholos borogatással kezelendő. Mindkét eljárás mellett a gangraena humida gangraena siccába megy át és a demarcatio gyorsabb.

Hónalji lymphadenitis esetén a megtámadott mirigyek meleg borogatással puhítandók. Korai incisió után gyakori a fistula. Ily fistula esetén a mirigyek teljes kiirtása nem javalt, mert fontos védő berendezéstől fosztja meg a szervezetet.

Az orvosokon előforduló kézfertőzések elkerülésére fontos a genyes műtéteknél a hegyes műszerekkel való óvatos bánásmód.

A kézen előforduló ulcus durum sokszor erős lobos tünetekkel jelentkezik, tehát kétes panaritium-esetekben erre is gondoljunk. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 34. szám.)

Krüger Viktor dr.

A vesegümőkór conservatív kezeléséről mondotta el véleményét *Kümmell* a hamburgi orvosegylet december 6.-án tartott ülésén. Ismeretes, hogy az utóbbi időben némely szerző nagyon ajánlotta a tuberculin-kúrát. *Kümmell* négy esetet ismertet, a melyben $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ évig használták rendszeresen a tuberculint, azzal az eredménnyel, hogy kezdetben feltűnő javulás mutatkozott úgy subjective, mint objective, utóbb azonban rosszabbodás következett be, úgy hogy műtétet

kellett végezni. Az eltávolított vesék kivétel nélkül súlyos gümőkóros elváltozásokat mutattak, a javulás legkisebb jele nélkül. Meg kell maradnunk tehát továbbra is amaz álláspont mellett, hogy vesegümőkór esetén műtét végzendő, még pedig lehetőleg jókor, a mikor a baj még nem terjedt a másik vesére; úgy az operatív, mint a végleges eredmények jók korai műtét esetén.

Az anaemia perniciososa operatív kezelésének új módjáról számol be *Walterhöfer* és *Schramm*. A beteg csontvelő egy részének műtéti eltávolításával egyfelől normalis velő termelésére akarják serkenteni a szervezetet, másfelől a csontvelő és a lép közötti szoros összefüggés folytán azt remélik, hogy a lép vikariálól fog működni a vörösvérsejtek képződése terén és így egészséges vörösvérsejtek termelődhetnek. Helyi érzéstelenítésben a tibiát vagy a femurt megnyitva, hosszú éles kanállal eltávolították belőle a csontvelőt; 9 ilyen módon kezelt eset közül 6-ban az általános állapot rögtön megjavult, főleg az étvágy fokozódott; ezenkívül a vörösvérsejtek száma is gyorsan emelkedett. Végleges ítélet a műtét óta eltelt idő rövidsége miatt ezidőszert még nem mondható. (Archiv für klin. Chirurgie, 118. kötet.)

Ideg- és elmekórtan.

Az encephalitis utáni Parkinson-tünetcsoport kezelésére *Henner* a prágai Syllaba-klinika kísérletei alapján natrium cacodylicum nagy adagainak intravenás vagy subcutan alkalmazását ajánlja. A kezelést 0.25 gr.-mal kezdi, gyorsan felmegy 2 gr.-ra, ezen adag mellett kitar, míg 30 gr.-nyi összmennyiséget ér el s azután 3—4 injectióval $\frac{1}{2}$ gr.-ra megy vissza. Három hét múltán megismétli a kúrát. Hetenkint 3 injectiót ajánl s egyfolytában három kúrát. 12 leírt esete közül 11-ben jelentékeny subjectív és objectív javulást látott. A gyógyszer inkább symptomatikus hat és a scopolaminnak és más rokon gyógyszereknek elébehelyezendő. (Časopis lékařu českých, 1922, 11. szám.) *Follmann* dr.

Tabesések gyomorkrizisei ellen *Mc Farland* bromnatrium és chloralhydrat aa 2.6 rectalis beöntését ajánlja. Nehéz-súlyú egyéneknek aa 3.9 gramm adandó. A kezelés ágynyugalomban, sötét szobában viendő ki. (Journ. of the Am. med. assoc., 1922, 11. szám.) *Follmann* dr.

Gyermekeorvostan.

A diphtheriabacillusgazdáról ír *Spitzner* csecsemőkön végzett vizsgálatai alapján. A megelőzés tekintetében figyelembe veendő, hogy a fertőzés eredhet az anya hüvelyéből, ezért a házi terheseken bacteriologiai vizsgálatot és tejsavas öblítéseket ajánl; továbbá hogy bacillusgazda található az ápoló személyzet, a többi csecsemő és a látogatók között is; a védekezés tehát ismételt bacteriologiai vizsgálatokból, illetőleg a látogatósoknak a lehetőség határáig menő korlátozásából áll. A mi a kezelést illeti, teljesen megbízható eljárás nem áll rendelkezésünkre; a serum rendszerint hatástalan, még helyben, becsepentés alakjában alkalmazva is; nem sokkal jobb eredményt látott az ultraviolet sugaraktól s tekintetbe jövő számos desinficiensből, a minő a pycyanase, a sozodolnatrium, a H_2O_2 , az argentum nitricum, a providoform, a borvaselin, a praecipitatenőcs stb. Ujabban a *Langer* által ajánlott diphthosan nevű flavicid-készítménnyel tett kísérleteket. Pipettából naponta 1—2 $\times$ 5 cm³-t cseppentett be az 1:5000 higításból mindkét orrnyílásba s többnyire 8—10 nap alatt teljes eredményt ért el. A folyadék nagy részét a csecsemők lenyelik, de ennek semmi káros hatása nincs, csak a széklet vált olykor narancsszínűvé. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, III. sorozat, 46. kötet, 5. füzet.) *Szirmai Frigyes* dr.

Az újszülöttek és idősebb csecsemők orrában diphtheriabacillusok *Schoedel* szerint igen gyakran (25—84%-ban) mutathatók ki. Álhártyaképződéssel járó valódi orrdiphtheria előzőleg rendszerint nem volt; a bacillusgazdán önfertőzés folytán természetesen előfordulhat valódi orrdiphtheria is, különösen a felső légutak hurutos megbetegedésekor, de ez viszonylag elég ritka. Más, egészséges cse-

csemőkre is fennáll a fertőzés veszélye, ezért kívánatos a diphtheriabacillus-gazdák elkülönítése és kezelése. (Jahrbuch f. Kinderheilk., III. sorozat, 46. k., 5. f.) Szirmai Frigyes dr.

Szemészet.

A könyutak átjárhatóvá tételét célzó eljárások sokszor nem adnak kielégítő eredményt s ezért Heimann felhívja a figyelmet Poulard módszerére, a melyet több mint 20 esetben a legjobb eredménnyel alkalmazott. A könyutak érzéstelenítése után először középvastag Bowmann-kutatót vezetünk be, ezt rövid ideig benne hagyjuk, majd újból érzéstelenítünk. Most a keses kutatóval a hegek átvágása következik, mely után azonnal igen vastag, akár 3 mm.-es kutatóval is könnyen átjuthatunk. Utókezelésként a vastag kutatót még 5–6-szor bevezetjük, egy-egy heti időközben. Az eljárás helyes érzéstelenítés mellett teljesen fájdalomtalan, nem hosszadalmas, az eredmény tartós. (Klinische Wochenschrift, 1922, 12. szám.) Sz. L.

Venereás betegségek.

A nemibetegségek elleni küzdelemre vonatkozó új német törvényjavaslatról nyilatkozik E. Galewsky (Dresden). A különböző tudományos irányzatok és világnézetek képviselői között lefolyó harcz után az új birodalmi törvényjavaslat mostanában kerül a német parlamentben tárgyalás alá. A javaslat bizonyára erős kritika tárgya lesz, elsősorban orvosi szempontból. A javaslatban az orvost legközvetlenebbül a kezelési jog és a kezelési köteleesség érdekli, továbbá az ezzel összefüggő kuruzslási tilalom, a bejelentési köteleesség, valamint a régi értelemben vett reglementatio eltörlése. A javaslat értelmében minden nemibetegnek joga és kötelessége magát kezeltenie. Kezelési jogát érvényesítheti az országos biztosító intézetek tanácsadó állomásain, melyeknek teljes kifejlesztése tervbe van véve. Kezelési kötelességére az állomások figyelmeztetik. A ki nemibajos, azt a törvény kényszerítené, hogy magát a német birodalomban approbált orvos által kezeltesse. Ha az a gyanu merül fel, hogy bizonyos egyének nemibetegségben szenvednek s azt tovább terjesztik, a helyi egészségügyi hatóság orvosi bizonyítványt követel állapotukról, vagy hivatalos orvossal megvizsgáltatja őket. A nemibetegnek mindenesetre tudnia kell, hogy ragadós bajban szenved. Köteles ezért az orvos betegének a kezelése elején nyomatott kioktató iratot átadni. Galewsky véleménye szerint helyes volna, ha a gyógyult beteg is kapna valamilyen kioktató sorokat, melyekben az újabb fertőzés elleni védekezésről van szó. Ez Svédországban jól bevált. A távolról való, tehát levélbeli gyógyítás tilos. Büntetést juttat a javaslat annak, a ki tudva syphilitikus csecsemőt egészséges nő által szoptat. Igen fontos része a törvényjavaslatnak a prostitúcióra vonatkozó intézkedés. Ennek értelmében a prostituáltak rendőri ellenőrzése elesik. A szerző, a ki fiatalabb éveiben reglementista volt (mint a legtöbb szakorvos), most mint abolitionista ezt az intézkedést természetesen helyesli. Hivatkozik arra, hogy a rendőri ellenőrzést eddig már Hollandia, Norvégia, Svájc, Anglia s legújabban (1919) Svédország elejtette, állítólag jó eredménnyel. Bizonyos, hogy a mai reglementációval a legkevesebb orvos van megelégedve, már csak azért is, mert a nagyobb városokban az ellenőrzött prostituált tömegre nézve messze túlszárnyalja az alig megfogható titkos prostituatio. Az elmaradó rendőri ellenőrzést a fokozott orvosi ellenőrzés pótolja. Természetes azonban, hogy a renitens, magát kezelteni nem akaró fertőző prostituált mégis csak rendőri kezelésre szorul. Különösen érdekli az orvost a 7. §, mely a bejelentési kötelességről szól. E paragrafus értelmében az orvos köteles lenne a kezelés alól magát kivonó fertőzőképes betegét a tanácsadó állomásnak bejelenteni, mely viszont renitentia esetén a beteget az egészségügyi hatóságnak jelentene be. Erről a bejelentési kötelességről még nagy harcz várható. A fanatikus theoretikusok kis csoportja a kötelező névszerinti bejelentési kötelességet követeli. Ezzel szemben csaknem minden orvos ezt hevesen ellenzi. Sajnos, a fanatikusok még

mindig nem tudják belátni, hogy mily óriási különbség van a nemibajok és a többi fertőző betegség között. A bejelentésnek voltaképpen három alakja képzelhető el. Az orvosoknak legkevesebb a kifogása az első ellen: a névtelen bejelentés ellen. Ennek a bejelentési módozatnak a statisztika szempontjából is lehet értéke. Teljesen ellene van azonban jóformán valamennyi szakember a második módozatnak, az általános névszerinti bejelentésnek. Ez semmi jóra nem vezet, kegyetlenség, mely elsősorban éppen a magát lelkiismeretesen kezelő beteget sújtja és félő, hogy sok beteget el fog riasztani az orvosnál való jelentkezéstől. Ez sehogyan sem lehet a cél. A harmadik módja a bejelentési köteleességnek az orvosnak az a kötelezettsége, hogy bejelenti mindazokat a betegeket az egészségügyi hatóságnak (gondozó állomás, egészségügyi hivatal), a kik a szükséges kezelés alól kivonják magukat. Sok áldás ebből az intézkedésből sem fakadhat; a gyakori utazásokkal összekötött foglalkozású betegek azonban nem csekély és fölösleges zaklatásnak nézhetnek elébe. A névszerinti bejelentési köteleesség végrehajtása azonban súlyos anyagi terheket is róna az államra. Az újonnan szervezendő egészségügyi hatóságoknak sok ezernyi tisztviselőre lenne szükségük, a mi megszámlálhatatlan milliókba kerülne, a nélkül, hogy a betegek gyógyulása ezáltal lényegesebb haladást tenne. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 10. szám.) Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A spondylitisből eredő hűdés kezelése tüzes vassal. Ludloff tanár klinikájáról Wirth több esetet közöl, melyben tüzes vassal feltűnően jó és gyors eredményt ért el. A technika a következő: A kóros gócz magasságában a tövisnyújtványoktól kétoldalt 2–3 cm. távolságban 1–2 cm. széles, 10–15 cm. hosszú égetést ejtünk paquellinnel, vagy még czélszerűbben villamossággal izzásba hozott forrasztóval, mert ez utóbbit akkor is veszélytelenül használhatjuk, ha egyidejűleg gyulékony narcoticummal is dolgozunk. Vörös izzásig hevített bunkós végű vasat is használhatunk. Az égetés felületes aethernarcosisban történik. Az utófájás nem szokott nagy lenni. Az égetett seb nyitvatartására unguentum basilicum használandó 10% anaesthesin hozzáátételével. (Klinische Wochenschrift, 1922, 15. szám.)

Encephalitis epidemica kapcsán fejlődött myoclonia és Parkinson-tünetek ellen Piticariu több esetben nagyon jó hatásúnak találta a beteg lumbalis punctiója útján nyert folyadéknek 10 cm³ mennyiségben befecskendezését venába. Az injectio 5–7 napos időközökben ismétlendő; a szerző eseteiben 4–7 befecskendezést adott. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 19. szám.)

Vegyes hírek.

Kitüntetés. Haberern Jonathán Pál dr. és Rihmer Béla dr. budapesti egyetemi magántanároknak a kormányzó az egyetemi rendkívüli tanári címet adományozta.

Az árdragító visszaélésekről szóló 1920. évi XV. törvény-czikknek az orvosokra alkalmazhatóságáról a bíróság körében ellentétesek voltak a vélemények s így a bírósági határozatok is. A kérdés a m. kir. Kúria jogegységi tanácsához kerülve, ennek f. évi április hó 21.-én tartott ülése úgy döntött, hogy a nevezett törvény alkalmazható arra az orvosra, a ki a hivatásából folyó munka teljesítéseért a másik fél szorult helyzetének kihasználásával olyan ellenszolgáltatást követel, köt ki vagy fogad el, a mely — tekintettel az összes körülményekre — a saját szolgáltatásának értékét szembetűnően aránytalanul meghaladja. Ezzel szemben a m. kir. Kúria vegyes teljes ülése június 13.-án az említett döntvényt hatályon kívül helyezve kimondotta, hogy az árdragító visszaélésekről szóló 1920. évi XV. törvény-czikk orvosra hivatásából folyó munkateljesítésének körében nem alkalmazható.

Az aviatikával kapcsolatos egészségügyi kérdésekkel foglalkozni kívánó orvosok felkértek, hogy a m. kir. kereskedelemügyi minisztérium légiforgalmi osztályában (II. Hunyadi János-út 1. II. em. 4. ajtó) a délelőtti órákban bővebb informatio elnyerése végett megjelenni sziveskedjenek.

A magánorvoslás díjazása legkisebb mértékének megállapítása ügyében 135.000/1900. sz. alatt kiadott rendeletet, valamint az ahhoz csatolt szabályzatot a népjóléti minster további intézkedésig hatályon kívül helyezte és a bírói mérlegelésnek teljesen szabad érvényesülést enged. A díjszabás hatályon kívül helyezése nem érinti azonban a községi- és körorvosoknak, illetőleg törvényhatósági városi orvosoknak rendelési, beteglátogatási és műtéti díjáról szóló törvény-

hatósági szabályrendeleteknek, valamint a hatósági orvosok munkás-betegsegélyző pénztári orvosi szolgálatáról szóló 3148/1922. M. E. sz. rendeletnek a hatályát. Továbbá a mennyiben az orvosi rendelés és látogatás díját az Országos Gazdasági Munkáspénztár fizeti, a díjazás a következő: rendelés az orvos lakásán nappal 15, éjjel 20 K.; látogatás a beteg lakásán nappal 30, éjjel 40 K. és az oda meg vissza megtett út minden kilométere után 4 K. pótlék; a fuvar természetben szolgáltatandó.

Meghalt. Gruber Alfréd dr. 27 éves korában július 1.-én Budapesten. — E. Sioli tanár, a frankfurti psychiatriai klinika igazgatója, 70 éves korában. — E. Weil tanár, a ki különösen a typhus exanthematicus megismerése terén végzett fontos vizsgálódásokat, 42 éves korában Prágában, laboratoriumi typhus exanthematicus-fertőzés következtében.



**Dr. SCHMIDT L. és
Dr. WEISZ EDE**
gyógyintézete,
súlyos betegek részére is.

Pöstyén

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
IV., Ferenc József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA
VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

ISTVÁNUTI SANATORIUM és VIZGYÓGYINTÉZET Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sark.
A Városliget legszebb részében.

Klinikailag vezetett idegosztály. Vezetője: Schuster Gyula dr., igazgató-főorvos, a budapesti kir. magy. tudományegyetem elme- és idegkórtani klinika v. l. tanár-segédje. — Belgyógyászat. — Sebészet. — Nőgyógyászat.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Telefon: József 4-12. Igazg.-tulajd. Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.

**ZANDER - TEST-
EGYENESÍTÉS**

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

PÁLYÁZATOK.

3491/1922. fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár ezennel a következő kezelőorvosi állásokra hirdet pályázatot:

1. A III. kerületben a Margit-híd, Üstökös-utca, Güllbaba-utca, Niedermayer-utca, Szemlőhegy, Áldás-utca, Duna, Kavics-utca, József-hegyi-út, Pusztaszeri-út és Verhalom által határolt területre évi 21.600 korona díjazással.

2. Az V. kerületben a Süllő-utca, Árbóc-utca, Zsilip-utca és Váci-út által határolt területre évi 28.000 korona illetményel.

3. Budapesten a VIII. kerületben, a József-körút és Múzeum-körút által határolt területre évi 16.800 korona illetményel.

4. Ugyancsak a VIII. kerületben a Népszínház-utca, Csokonai-utca, Bezerédy-utca, Tisza Kálmán-tér, Légszusz-utca, Köztemető-út, Rákóczi-út és József-körút által határolt területre évi 26.400 korona illetményel.

5. Csillaghegy, Békásmegyer, Budakalász, a hozzátartozó Kissington-telep és Római-fürdő területére évi 14.000 korona díjazással.

6. Isaszegre évi 6000 korona díjazással.

7. Pilis és Nyáregyháza községek területére évi 12.000 korona díjazással.

Ezen illetmények a közel jövőben mintegy 100%-kal fognak emelkedni.

A pályázati kérvények, a melyek oklevélmásolattal, curriculum vitae-vel, az eddigi orvosi szolgálatot bizonyító iratokkal, valamint a személyazonosságot igazoló okmányokkal felszerelendők, folyó évi július hó 20.-áig bezárólag ezen pénztár főorvosi hivatalában VIII., Köztemető-út 19/b, I. emelet 41. szám alatt nyújtandók be és ugyanitt az állásokra vonatkozólag bővebb felvilágosítást is adnak.

A megválasztott orvosnak a körzetben állandó lakással kell bírnia. Hiányosan felszerelt vagy elkészenet pályázati kérvények nem vehetők figyelembe.

Budapest, 1922 június hó 20.-án.

Angyal dr., s. k.,
a népjóléti és munkaügyi minister által a pénztár vezetésével megbízott ministeri tanácsos.

Az „Északmagyarországi Egyesített Kőszénbánya és Iparvállalat r.-t.” baglyasaljai bányakórházánál újonnan létesített ápolói állásra pályázatot hirdetünk. 28—40 éves, nőtlen, megfelelő képzettséggel bíró, lehetőség szerint katonaviselt egyének pályázataikat augusztus 1.-éig Bányaigazgatóságunkhoz nyújtsák be. Az állás javadalmazása a bányaittisztai rangnak megfelelő évi körülbelül 25—35 ezer korona, kedvezményes élelmezés, lakás, fűtés, világítás.

Baglyasalja (Nógrádmegye), 1922 július 5.

Bányaigazgatóság.

2089/1922. szám.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye nagyikáti járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett, Tápiószele és Farnos községekből álló körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. Az államtól évi 1600 korona fizetés és 800 korona lakbér.
2. Fuvarátalány Tápiószele községtől a Halesz-telepen való rendszer heti rendelés ellátásáért évi 400 korona.
3. Farnos községtől a hatósági napokon természetbeni fuvar.
4. Az állam által utalványozandó családi pótlék, háborús segély, valamint lakbér-pótlék.

Látogatási és rendelési díj címén törvényszerinti díjak.

Felhívom a pályázni szándékozókot, hogy a XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt kiegészítést, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket folyó évi július hó 21.-éig annál is inkább adják be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A múlt évi november hó 20.-án kiírt pályázati hirdetményemre hozzám annak idején beadott pályázati kérvényeket figyelembe veszem.

A választás határidejét folyó évi július hó 22.-én délelőtt 11 órára tűzöm ki Tápiószele községéhez.

Nagykátá, 1922 június hó 26.-án.

Ney s. k., főszolgabíró.

2313/1922. szám.

A pacsai körorvosi állás nyugdíjazás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Fel szólítom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. § 1. pontja és az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-a szerinti szakképzettséget és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket 1922 évi július hó 20.-áig hozzám nyújtsák be. A később beérkezett kérvényeket figyelmen kívül hagyom.

A körorvosi székhelye Pacsa község és hozzá a következő szövetkezett községek tartoznak: Pacsatúttós, Szentpéterur, Vörri, Zalaigricze, Nemesrád, Nemesszer, Nagypapornak, Orbánosfa, Padár, Misefa, Dióskál, Zalaszentmárton, Felsőrajk, Pötréte, Zalaszentmihály, Pölöske.

Az állással egybekötött javadalmazás a törvényszerinti illetmények.

A tisztújítások kitűzése iránt külön fogok intézkedni.

A megválasztott körorvos azonnal tartozik állását elfoglalni.

Pacsa, 1922 június hó 27.-én.

Kováts s. k., főszolgabíró.



**Egyetlen
ideális sebhintőpor**

(egész sárgaszínű).

Hatásánál fogva **felülmúlja** az eddig használt **összes sebhintőporokat.** Alkalmazás: mint sebhintőpor, gaze és 5—10%-os kenőcs.

„Dermaforine“ laboratorium
Katoná Agoston Antal (törv. bej. cég.)
Budapest, I., Verpeléti út 24.

Külföldi ierakatok: Páris, Barcellona, Bécs, Bratislava (Pozsony), Prága.

EXTRACTUM CHINAE NANNING

Kitűnő tonicum és roborans.

A legjobb stomachicum.

Javallatok:

Sápkórosok, görvélykórosok és tuberculotikusok étvágytalansága — gyomoratonia — hyperemesis gravidarum — ideges dyspepsia — alkoholismus — lábbadozás.

Minták és irodalom díjmentesen.

Dr. H. Nanning, China-Werke, Den Haag, Holland.

Arsotonin B

Emelkedő és csökkenő adagok.

1 doboz: 20 darab 0·05, 0·10 és 0·15 g methyldinatriumarsenatot tartalmazó ampullával.

Strychnotonin B

Emelkedő és csökkenő adagok.

1 doboz: 20 darab 0·05—0·15 g methyldinatriumarsenatot és 0·0005—0·0025 g sósavas strychnint tartalmazó ampullával.

Limosal

Salicylsav-isobornylester, gyorsan ható fájdalomcsillapító szer, mely rheumás és neuralgiás betegségekben külsőleg a bőrön alkalmazandó.

Forgalomban van:

LIMOSAL, 20%-os kenőcs, 20 és 50 g-os tubusokban, használatra készen.

LIMOSAL PURUM, 50 és 100 g-os üvegekben magistralis rendelés céljára.

CHINOIN gyógyszer és vegyészeti term. gyára r.-t. **UJPEST.**

DISPNON

A szívbetegségek gyógyszere.

Klinikailag elismert

angina pectoris, asthma cordiale, stenocardia
eseteiben.

Főraktár:

Balla Sándor és társa gyógyszerészeti laboratorium
Budapest.



PILULAE
**KALII JODATI
PERENNES
SZÖLLÖSI**

Anusol

Suppositoria-Goedecke
Specificum

**Haemorrhoidák
ellen.**

Magyarországi-főraktár:
BALLA SÁNDOR és TÁRSA
Gyógyszerészeti laboratorium
Budapest, VII. Wesselényi-u. 69.

**ANAEMIN
ARSANAEMIN
LIEBE
SAGRADABOR**

ismét minden gyógy-
szertárban kapható.

A tuberculosis belső kezelésére a TUBEROID

(Dr. Moeller berlini egyetemi tanár szerint)

**a tuberculosis-therapia
óriási haladását jelenti.**

A tuberculin „per os” adagolásának előnyeit
nyújtja, minden mellékhatás elkerülésével.

Készíti: **Schweizer Apotheke, Berlin.**

Irodalmat és kísérleti anyagot küld a főraktár:

BALLA SÁNDOR és TÁRSA, gyógyszerészeti laboratorium, Budapest, VII.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Wollner Antal: Közlemény a magy. kir. Pázmány Péter tudományegyetem 2. sz. női klinikájáról. (Igazgató előbb: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, 1917 óta: Tóth István dr., egyet. ny. r. tanár.) Császármetszések különleges indiciók alapján. 289. oldal.

Neuber Ede: Közlés a budapesti egyetem bő- és nemikórtani klinikájáról. (Igazgató: Nékám Lajos dr., egyetemi ny. r. tanár.) Magyarországon előforduló pathogen gombák a bőrön és függelékein. — Egy új trichoponttörzs. 291. oldal.

Budapesti Kir. Orvosegyesület. (XIII. rendes tudományos ülés 1922 április 29.-én.) 294. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. L. Grote: Grundlagen ärztlicher Betrachtung — *Új könyvek.* — *Lapszemle. Sebészet. Löffler:* A nagyfokú rachitises elgörbülések operatív kezelése. — *Ideg- és elmekórtan. Eisler:* Az Adams-Stokes-tünetcsoport és a szívblock viszonya. — *Gyermekegyesület. R. Müssig:* Súlyosabb lefolyású ascariasis. — *E. Stransky és E. Schiller:* A lues congenita ismerete. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 295–296. oldal.

Vegyes hírek. 296. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a magy. kir. Pázmány Péter tudományegyetem 2. sz. női klinikájáról. (Igazgató előbb: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, 1917 óta: Tóth István dr., egyet. ny. r. tanár.)

Császármetszések különleges indiciók alapján.

Irta: **Wollner Antal** dr.

A XIX. században megindult hatalmas sebészeti fejlődés a szülészetre is éreztette hatását. Míg közel két évszázadon keresztül csak szörványosan és csak abszolút indicatio alapján szerepelt a szülészeti műtétek között a sebészi beavatkozás: a császármetszés, s ezekben a ritka esetekben is csaknem kivétel nélkül halálos kimenetellel járt; az anti- és asepsis, továbbá a tökéletesebb sebellátás révén az eredmények oly mérvű javulása indult meg, mely a relatív indicatio felállítása révén mind szélesebb jogot biztosított a császármetszésnek. Ez időtől kezdve gyakrabban találkozunk a császármetszéssel a szülészethen, s így érthető, hogy bár a császármetszés a legrégebb szülészeti beavatkozások közé tartozik, mégis tulajdonképpen csak négy-öt évtizedes igazi fejlődésére tekinthetünk vissza. Kezdetben csak az abszolút szülési akadályt adó szűkületek s a kismedenczébe ékelt daganatok alkották a sebészi beavatkozás indicióját, ezek szolgáltatták tehát azt az anyagot, melyen megismerni tanultuk a császármetszés veszélyeit, s melyen sebészi technikánk fejlesztésével elkerülni tanultuk azokat. Az eredmények fokozatos javulásával párhuzamosan terjedt ki az indicatio a szülészettől mind szélesebb terrenumára, míg most csaknem elérkeztünk ahhoz az állapothoz, melyben a császármetszés veszélyeit egyéb szülészeti műtétek veszélyeinek fokára sikerül csökkentenünk.

Alább közlendő változatos anyagunk hivatva van képét nyújtani a szülészeti sebészet hatalmas fejlődésének az utolsó évtizedekben.

Klinikánkon, ha nem tekintjük az 1887-ben élő szülőnőn első ízben végzett császármetszést, melyet csak 1889-ben követett a második, s ezután már mind rövidebb időközökben a többi, a császármetszés 32 éves fejlődésére tekinthetünk vissza. Ez idő alatt a császármetszések összes száma 196 volt. Hogy e sebészi beavatkozás fejlődése nálunk éppen az utolsó évtizedben mily rohamos volt, kitűnik az alábbi táblázatból, melyben a *Frigyési* által már közölt első 16 év császármetszés anyagát szembeállítjuk a második 16 év hasonló anyagával:

	A császármetszések összes száma	Az összes szüléshez viszonyított arány	Szűk medencze esetén végzetett	Ritkább indició alapján
1889–1904	31 (: 196) = 15·8%	0·24%	21 (: 31) = 67·8%	10 (: 31) = 32·2%
1905–1920	165 (: 196) = 84·2%	0·78%	124 (: 165) = 75·2%	41 (: 165) = 24·8%

Ez összeállításból azt látjuk, hogy a császármetszések abszolút száma erősen megnőtt, másrészt míg az első 16 évben 429 szülésre esett egy, addig a második 16 év 127 szülésére esik egy császármetszés. A szaporodás főleg a szűk medenczén végzett császármetszések arányszámában fejeződik ki, a mi könnyen érthető, mert a szüléssel kapcsolatban a szűk medencze fordul elő leggyakrabban azon szövödmények között, melyek sebészi beavatkozást igényelhetnek. A ritkább indiciók arányszáma nem fejezi ki híven a fejlődés képét. Ha ezeket az eseteket közelebbről tekintjük, azt látjuk, hogy míg az első 16 év ritkább indiciói mind, tehát 100%-ban, abszolút szülési akadályt alkotó szövödmények (carcinoma, atresia, tumorok stb.) miatt állítottak fel, addig a második 16 év anyagán az ilyen abszolút indiciók arányszáma csak 39%.

A ritkább indiciók, melyek alapján a császármetszést végeztük, a következők voltak:

	11 esetben
Méhrák	10
Eklampsia	8
Placenta praevia	5
Nephritis	4
Myoma	2
Stenosis, atresia	2
Lágyrészek rigiditása	1
Operált fistula utáni hegesedés	1
Méhrepedés utáni hegesedés	1
Lipoma a kismedenczében	1
Carcinoma recti	1
Csontsarkoma	1
Varicositas	1
Anaemia perniciosa	1
Ulcus ventriculi	1

Ez esetek közül egyesek már közöltettek klinikánkról, így *Frigyési* az előbb említett összeállításában már közölte 3 myoma miatt végzett császármetszésünket, s érdekes fel-
említeni, hogy a másik 16 év anyagában ezen szövödmény, mint abszolút szülési akadály csak egyszer fordul elő. Ugyancsak ő közölte abban a közleményében két inoperabilis carcinoma mellett végzett conservatív császármetszést, egy ízben atresia s egy ízben csontdaganat miatt császármetszéssel befejezett esetet. *Dirner* atresia egy esetét, *Tóth* tanár két szülés alkalmával carcinoma miatt végzett totalexstirpációt per vaginam, *Scipiades* 3 placenta praevia mellett végzett császármetszést közölt már.

Méhrák és szülés.

A méhrák a terhességgel, illetőleg szüléssel kapcsolatban szerencsére ritkán fordul elő. *Trotta* szerint előfordulása 0·95%—0·07%-ig terjed. *Sarwey* 84.148 szülésből 0·06%-nak találta az előfordulását. A mi anyagunkban (37.719 terhes és szülőnő) 14-szer találtunk rákot, ez csak 0·04%-nak felel meg. A ráknak terhességgel és szüléssel való ritka szövö-

dését főleg az a körülmény magyarázza, hogy a rák az idősebb kor megbetegedései közé tartozik, vagyis a mikor a conceptióképesség vagy teljesen megszűnt már, avagy csak ritkán fordul elő. 14 esetünk közül kor tekintetében 30—35 év között volt 5 eset, 35—40 közt 9 eset. Igen ritka az előfordulása primiparákon, az irodalomban csak kevés példát találunk erre; *Olshausen* közöl egy 36 éves I.-P.-t, *Döderlein* ugyancsak egy 36 éves I.-P.-t. Mi szintén csak egy esetben találtuk a rákos megbetegedést az első szülés kapcsolatában, ez esetünk 34 éves I.-P.-n fordult elő, kin a rákos burjánzás az egész méhszájat borította, de a parametriumokat még nem infiltrálta. Többi esetünk mind V—XIII.-P. nőkön fordult elő.

A mi a rák elhelyezkedésének kérdését illeti, elképzelhetetlen, hogy a méhtest rákja mellett terhesség jöjjön létre. Erre nem is találunk példát az irodalomban. *Sarwey* 160, az irodalomból összegyűjtött esetben 65% portio-, 32.6% méhnyak- és 2.4% portio- és méhnyak-rákot mutat ki. A mi anyagunkban, 14 eset közül 12-ben = 84% csak a portio, 1-ben = 7.7% csak a méhnyak, s végül 1-ben = 7.7% a portio és a méhnyak volt a rákos megbetegedés helye.

A ráknak a terhességre, illetőleg szülésre való hatása, továbbá ilyen esetekben a teendők tekintetében a közelmúltban még nem voltak egységesek a felfogások. *Pinard* és a francia iskola, a németek közül *Wertheim*, azt az álláspontot foglalta el, hogy a terhesség a rák terjedését nem befolyásolja. Minthogy pedig a rákos anyát úgyis elveszettnek kell tekintenünk, legalább a magzat élete mentendő meg, tehát minden körülmény között bevárando a terhesség vége. A német iskola zöme (*Zweifel*, *Franqué*, *Küstner* stb.) ezzel ellentétes felfogást képvisel. Szerintük megállapítható a rákos folyamatnak a terhesség alatt való gyorsabb terjedése, s éppen ezért a magzatra való tekintet nélkül a rák felismerése idején azonnal eltávolítandónak tartják a méhet. Az újabb tapasztalatok alapján nem férhet kétség ahhoz, hogy ez utóbbi felfogás a helyes. Való az, hogy míg a terhesség alatt észlelésünk alá került 3 esetben operabilisnak találtuk a rákot, s a méh kivétele könnyen sikerült, addig a szülés alatt észlelésünk alá került 11 eset közül 3-ban abszolút inoperabilis lévén az eset, conservativ császármetszéssel kellett megelégednünk a rák eltávolítása nélkül. E tapasztalásaink alapján *Küstner*-nek azt a megállapítását, mely szerint „nem képzelhető el, hogy rákos méh, mely még terhes állapotba tudott kerülni, ne volna abdominalis úton kiirtható”, elfogadhatjuk, de e tétel csak akkor áll meg, ha az eset idejekorán felismertetik, mert a terhesség továbbviselése a rák terjedésének kedvez, a mi abból is látható, hogy míg a terhesség alatt még minden esetünket operabilisnak találtuk, addig a szülés alatt észlelésünk alá került esetek 45%-ában a radicalis műtétet már nem végezhetjük. Meg kell itt jegeznünk azt, hogy az esetek inoperabilitásáról nem pusztán belső vizsgálattal, hanem minden esetben végeztetvén a császármetszés, laparotomia útján is meggyőződünk. Nagy súlyt kell tehát helyezni a rákos méh minél előbb való eltávolítására, mert egyrészt a rákos folyamat a terhesség folyamán inoperabilissá, s ezzel az anyára végzetessé válhat, másrészt mert idejekorán végzett alapos kiirtással s utána alkalmazott prophylaxisos radium-Röntgen-kezeléssel, ha nem is gyógyíthatjuk meg mindig véglegesen az anyát, mégis évekre meghosszabbíthatjuk az életét, s ezzel a magzat érdekében is cselekszünk, mert életének legválságosabb idejében, az első életévekben nem fosztjuk meg az anya pótolhatatlan gondozásától és ápolásától. A terhesség alatt diagnosztált rákesetekben tehát nem lehetünk tekintettel a magzatra, még az életképesség határán (30.—32. hét) észlelésünk alá kerülő esetekben sem tarthatjuk jogosultnak a várakozást a magzat érdekében az anya rovására. Meg kell vallanunk, hogy a méhrák a fajsziporítás folyamatának egyetlen szövődőmánya, melynél mai tudásunk alapján is, a magzat feláldozása ily értelemben az anya érdekében absolute jogosult.

Kilencz rákesetünk került megindult szüléssel észlelésünk alá. A műtéti beavatkozás módjával kiviselt terhesség esetén rendszerint a klasszikus császármetszést, s a mennyiben az

eset operabilis volt, utána a Wertheim-féle totalexstirpációt választottuk. Előnyt adtunk ez eljárásnak a vaginalis császármetszés + totalexstirpációval szemben, mert abdominalis úton a magzat életét biztosabban véltük megmenthetni, másrészt a méh kiirtása a has felől alaposabban végezhető. Valamennyi esetünkben feltűnő volt a könnyű praeparálási lehetőség a kismedencze fellazult szöveteiben. 9 esetünk közül 3 inoperabilis volt, ezekben meg kellett elégednünk a conservativ császármetszéssel, s miután meggyőződünk, hogy a parametriumok infiltrációja a medenczefalig ér, s nagy mirigymetastások vannak, a méhseb szabályszerű ellátása után zártuk a hasat. E 3 esetünk közül 1 már a gyermekágy 4. napján elhalt, ez esetben a bonczolat a Douglasba áttört eves, rákos tömeg okozta hashártyagyuladást állapított meg a halál okául. Másik 2 esetünk kitöltötte a gyermekágyat, s per primam gyógyult hasheggel távozott a klinikáról.

A többi 6 esetünk, klasszikus császármetszéssel távolítatván el a magzat, operabilisnek bizonyult. Typusos Wertheim-műtétet végeztünk, műtéti eljárásunk közben két ízben erős vérzés komplikálta a műtét menetét; a vérzés forrása a parametrium alapján megtalálható nem lévén, nyomó-törő behelyezésével csillapítottuk.

A gyermekágy lefolyása szempontjából: zavartalanul találtuk azt 5 esetben = 83.3%, egy esetben hasfali abscessus és per secundam gyógyult hasheg zavarta a lefolyást. E 6 operált szülőnők közül 3-at a műtét után prophylaxisos radium-Röntgen-besugárzásban részesítettünk. Egy daczára ennek 1/2 év múlva recidivált, s 3/4 év múlva meghalt. Második betegünk 2 évi kezelés alatt 5000 M. o. radiumot s négy Röntgen-besugárzást kapott, ezután, tehát a műtéttől számított 2 év múlva halt el, bonczolásakor áttételek voltak a húgyhólyagban és a bronchialis mirigyekben. Harmadik betegünk 1916-ban operáltatott, azóta 10.100 M. o.-t kapott, két éve nem részesül már kezelésben, s mai nap is panaszmentes. Ez az egy esetünk tehát az, melyet 5 év után is észlelésünk alatt tartván, gyógyultnak tekinthetünk; ez 9 esetünkre vonatkoztatva, 11.2%-nak felel meg.

A magzatok mind a kilencz esetünkben élve születtek és egészségesen távoztak.

A méhrák + szüléssel kapcsolatos anyai eredményeink tehát, mint az előbbiekben láthattuk, elszomorítóak, s még a radicalis műtét + prophylaxisos radium-Röntgen-kezeléssel is eddig csak kis százalékban sikerült megmenteni az anyát. Az eredmények javulását a közel jövőben a műtéttel kapcsolatban végzendő sugaras kezelés tökéletesedésétől várjuk.

Eklampsia és nephritis.

A terhességben és szülés elején jelentkezett eklampsia activ kezelésmódja vezette be a császármetszést e szövődőmény kapcsán a szülésetbe. Az eklampsia változatos kezelésmódjai közül az activ therapia, vagyis a terhesség, illetőleg szülés rögtön befejezése, hosszú ideig sok követőt talált. Alapja volt e kezelési eljárásnak az a gyakorlati tapasztalás, mely szerint a magzatnak és mellékreszeinek az anya szervezetéből való távozása az esetek túlnyomó részében a betegség oldódását jelenti. Az eredmények azonban csakhamar azt bizonyították, hogy e kezelésmód a hozzáfűzött reménysegeket nem váltja be. „Az eklampsia kezeléséről” írott dolgozatomban (Orvosi Hetilap, 1919) klinikánk tíz évi anyagát dolgoztam fel, s ott a különböző kezelésmódokkal, ezek között az activ terapiával is bővebben foglalkoztam.

Klinikánkon az activ kezelést abban az időben műveltük leginkább, midőn a terhesség s a szülés kezdeti stadiumában való befejezést még nem sebészi módszerekkel, hanem egyéb szülészeti eljárásokkal (ballon, Bossi, Braxton-Hicks stb.) eszközöltük. Az activ kezelésmód eredményei abban a korban, midőn a kiterjesztett sebészi aera kezdődött nálunk a szülésetben, már visszavezettek volt a conservativ kezelési módhoz. Vezérelvünk a Stroganoff-Zweifel-kezelés lett, s a sebészi eljárást csak azokra az esetekre korlátoztuk, melyekben ezen kezelésmód daczára rosszabbodást észleltünk,

vagy a hol vitalis indicatióból (retinitis haemorrhagica, oedema pulmonum stb.) kellett rögtön befejezni a szülést.

E szempontok figyelembevételével kell néznünk alábbi 10 esetünket, melyekben eklampsia miatt császármetszést végeztünk. E beavatkozást 5 esetben a terhesség VIII—IX. havában, 5 esetben éppen megindult szüléskor, egy újjnyi méhszáj mellett végeztük. A mi a műtét beavatkozás módját illeti: klasszikus császármetszést végeztünk 5 esetben, extra-peritonealisat 1 esetben, vaginalisat 4 esetben. Hogy az eljárásmodok közül a vaginalisat, dacára annak, hogy ez eljárást tartjuk legalkalmasabbnak legkisebb veszélye miatt eklampsia eseteiben, oly ritkán végezhetjük, ennek oka abban rejlik, hogy 10 esetünk közül 8-ban primiparával volt dolgunk, s ez esetek között is négyben a hüvely szűk és rigid volta nagy nehézséget okozott volna a műtét vaginalis kivitelek.

A mi a beavatkozásaink indicatióit illeti, 5 esetben sikertelen Stroganoff-Zweifel-kezelés után kényszerültünk a szülés gyors befejezésére, 3 esetben retinitis haemorrhagica, 2 esetben az anya szervezetének súlyos állapota (az egyikben 12 csaknem szünet nélkül egymásután következő roham, a másikban a vizeletlelet: 16‰ fehérje, alakelemek, vörösvérsejtek stb.) tette szükségessé az anyai szervezet gyors tehermentesítését. Látnivaló mindezekből, hogy eklampsias császármetszési anyagunk nem alkalmas más intézetek activ kezelésével elért eredményeivel való összehasonlításra, mert mi császármetszéseinket csak azokban az esetekben végeztük, hol vagy más kezelésmóddal már nem tudtunk eredményt elérni, vagy pedig a szülő nő kétségbeesett állapota mellett mintegy utolsó kísérletképp végeztük sebészi beavatkozásunkat. E principiumnak megfelelő az eredmények, a mennyiben három anya a műtét után 6—12 órával elhalt. A bonczolás mindhárom esetben eklampsia-halált állapított meg. A többi 7 esetünkben a gyermekágy 1—2. napján megindult diuresissel kapcsolatban oldódott a betegség; műtét szempontból valamennyi esetben per primam intentionem való gyógyulást tapasztalhattunk.

Eseteink súlyossága a magzati szempontokat háttérbe szorította. 3 esetben már elhalt magzat mellett végeztük a műtétet, többi 7 esetünkben élve született a magzat, ezek közül azonban 2 az első napon elhalt, úgy hogy csak 5 magzat hagyta el élve a klinikát.

Ha az eklampsia miatt végzett császármetszés-eseteinket azon szempontból nézzük, hogy valamennyit az anya igen súlyos állapotában, úgyszólván végszükség-indicatióból végeztük, az eredményt jónak kell mondanunk. Tíz desperatus esetből 70‰-ot a sebészi beavatkozással még megmentettünk, a 30‰ anyai veszteségünk egy esetben sem függ össze műtét eljárással, hanem minden esetben az eklampsiaival van összefüggésben. Bár a magzati szempontok e súlyos esetekben csak másodrangú szerepet játszanak, azok is jól voltak megvédhetők, a mennyiben az élő állapotban műtét alá került magzatok mind élve születtek.

Nephritis kapcsolatában vitalis indicatióból végeztük császármetszéseinket. 1 esetben az indicatiót uraemia, 4 esetben a retina súlyos betegsége: retinitis haemorrhagica adta. Valamennyi esetünk a terhesség alatt került műtétre, egy a VII., négy a VIII. hónapban. A műtét módja 4 esetben vaginalis császármetszés volt s csak 1 esetben végeztünk klasszikus császármetszést. Halállal végződött az uraemia mellett végzett műtétünk 6 órával a műtét kivitele után. A többi 4 esetben a szülés befejezése után rohamosan láttuk visszafejlődni a szemfenéki elváltozásokat, s a betegek elbocsátásakor (20—30. napon) 2 esetben a retinán észlelt kóros elváltozás tökéletesen, a másik 2 esetben pedig már csaknem teljesen (minden működési zavar megszüntével) visszafejlődött. A vaginalis császármetszés után a szülés befejezését 1 esetben, már elhalt lévén a magzat, perforációval, 3 további esetben Braxton-Hicks-fordítás + extractióval végeztük. Minden esetben koramagzattal lévén dolgunk, ez könnyen sikerült, a magzatok élve születtek, azonban még klinikai tartózkodásuk alatt elhaltak, felnevelhetők nem voltak. A műtét terrenum minden

esetünkben reactio nélkül gyógyult, s a műtéttel kapcsolatban gyermekágyi megbetegedést nem észleltünk.

Nephritis kapcsolatában az uraemia és retinitis haemorrhagica vitalis indicatio a terhesség megszüntetésére, illetőleg a szülés befejezésére. Az uraemia a megbetegedés azon stádiuma, midőn a terhesség megszüntetése által eszközölt tehermentesítése az anyai szervezetnek már nem bírja előnyösen befolyásolni a kórképet. Retinitis haemorrhagica esetén prompt hatását látjuk a terhesség megszüntetésének. A szemtünetek gyorsan, bizonyos idő alatt tökéletesen visszafejlődnek. A terhesség megszüntetésének módját legkiméletesebben s legrovidebben a vaginalis császármetszésben találjuk, mely műtét eljárásnak káros utókövetkezményét sohasem tapasztaltuk.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti egyetem bőr- és nemikórtani klinikájáról.
(Igazgató: Nékám Lajos dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Magyarországon előforduló pathogen gombák a bőrön és függelékein. — Egy új trichophyton-törzs.

Irta: **Neuber Ede dr.**, a fenti klinika volt I. tanársegéde, jelenleg a debreczeni bőr- és nemikórtani klinika ny. r. tanára.

(Folytatás és vége.)

Ha a kórokozó a haj- vagy szőrszálakra megy át, akkor a megbetegedett hajszálak igen gyorsan töredeznek, s igen hamar egy kisebb-nagyobb kopasz területnek adnak helyet, a melyen kisebb-nagyobb bőrléziókat figyelhetünk meg, a melyek szintén pörk- és vartömegekkel borítottak. A folyamat itt nem áll meg, hanem a crateriforme és cerebriforme fertőzésre egy absolute jellegzetes tünetcsoport következik, és pedig a megbetegedett hajszálak gyökereinek megfelelőleg a cutisban gombostűfejnyi—babnyi területen kemény infiltrátumokat tapinthatunk, a melyek később kicsiny tályoggá alakulnak át.

Más trichophyton-törzsen ezt a képet sehol sem találhatjuk.

Az utóbbi kórkép tehát nem igen téveszthető össze más trichophyton-törzs okozta jelenségekkel, inkább arra kell vigyázni, hogy a staphylo- és streptococcusos eredetű folliculitis suppurativáktól el tudjuk különíteni.

Ily kétes esetekben csupán a beteg hajszál mikroskopi vizsgálata hozza meg a döntést.

Más trichophyton-törzseken is keletkezhetnek follicularis és perifollicularis tályogok, ezek azonban igen hamar nagyobb neoplasmaszerű tömeggé folynak össze és létrehozzák a kerion Celsi kórképét. A crateriforme és a cerebriforme is képződik előbb-utóbb kerion, azonban ezekben a tumor körül mindenesetben elszórva találhatunk follicularis tályogokat.

Therapiás szempontból is jellegzetes erre a két típusra, hogy az általa okozott jelenségek a gyógykezeléssel szemben igen makacsul viselkednek, s hamar recidiválnak; az állati eredetű trichophyton-törzseken található kerionok és tályogok spontán is gyógyulhatnak, az előbbiekhöz képest kezelésre feltűnő jól reagálnak.

Az oltás tengerimalacra cerebriformenél az összes esetekben pozitív eredményt adott, a crateriformenél 5 eset közül háromban.

A trichophyton violaceum 13‰-ban fordult elő betegeinken, túlnyomórészt gyermekeken. Már békében is földrajzi fekvések szerint igen különböző kórképek okozója volt. *Sabouraud* szerint Párisban az endothrixek 15‰-át tette ki. Sokkal gyakoribb volt Olaszországban, Spanyolországban, Romániában. Így *Mibelli* Parmában a gombás megbetegedésekből jóformán csak violaceumot tudott kitenyészteni, és pedig a legkülönbözőbb korban, localisatióban s a legkülönbözőbb klinikai tünetekkel. *Nicoulau* Romániában 100‰-ban találta a trichophyton violaceumot.

Mi gyermekeken csak a hajas fejbőrön láttuk ezt a típust; néhány felnőttön is előfordult, azonban ezek nagyrészt a megbetegedett gyermekekhez tartoztak.

Violaceum-eseteink kivétel nélkül iskolás endemiákból származtak. Jellemzi a hajás fejbőrön a trichophyton violaceum által okozott plaqueokat, hogy rendszeren számos kis plaque vesz körül egy hatalmas nagyot.

Az utóbbi jóformán teljesen hajmentes, csak helyenkint látható a bőr niveaujának a magasságában törött hajszál, mely távolabbról tekintve comedóra emlékeztet. Minél távolabb fekszenek a kis plaqueok az anyaplaquetól, annál kisebbek, úgy hogy legfeljebb 4—5 beteg töredezett hajszál alkotja a legtávolabb fekvő plaqueokat.

Az általános részben már megemlítettem, hogy a trichophyton violaceum-endemiákban a későbbben megbetegedő esetekben a szövetreaction mindinkább kifejezett. Így láttam a hajás fejbőrön genyes folliculitist és kerion is. A trichophyton violaceumos hajszál görcső alatt tipusos endothrixnek bizonyult.

A violaceum culturája teljesen megfelel a Sabouraud-féle violaceum-typusnak. Néhány culturában azonban érdekes jelenséget figyelhetünk meg, a mely ezidáig ismeretlen volt. A kékes-ibolya cultura néha előttünk teljesen ismeretlen okokból fehér foltokat kap, sőt a culturában egészen fehér sectorok képződhetnek. Ez a színbeli eltérés már az első culturában is mutatkozhatik. Sokszor megtörtént, hogy fehér színű violaceum-culturából újabb oltást végezve, ismét ibolya színű culturát kaptunk. Néha ugyanazon csőben az egyik eredeti oltás (hajszál) fehér színű culturát, a másik oltás ibolya színűt eredményezett. Eseteinknek körülbelül 20%-ában fordult elő ez a tünet, melyet a violaceum-cultura mutatiójának lehetne nevezni.

Átoltás tengeri malacra egy esetben sem sikerült.

A hajás fejbőrön kezelés nélkül igen sokáig, évekig fennállhat, csak epilációval s erélyes kezeléssel gyógyítható.

Sabouraud endothrix-satellitái közül (trichophyton pilosum, glabrum, effractum, fumatum, umbilicatum) egyet sem találtunk.

A már ismert trichophyton endothrix-törzseken kívül találkoztam egy teljesen ismeretlen új typussal. Az utóbbiból csak 9 esetet tudtam kitenyészteni.

Valamennyi fiatal emberek szakállában találtam — kizárólag a fővárosban lakó egyéneknek —, a kiknek nem igen volt alkalmuk állatokkal érintkezésbe jutni. Valamennyi a trichophytia felületen alakját mutatta, noha 4 esetben a folyamat már több hónapig tartott.

A szakáll bőrén több, rendszeren 4—8 plaque mutatkozik, a hajszálak rendszerint hiányoznak, csak elvétve találunk ezeken a beteg területeken néhány teljesen egészséges, rendes hosszúságú hajszálát. Az eltört beteg hajszálak a folliculus orificiumában spirális módjára hajlottak, kunkorodottak, úgy hogy bizonyos távolságból comedóval lehet összetéveszteni. Ezeket a hajszálakat csak nagynehezen lehet pincettával kitépni, s ekkor görcső alatt igen nagy gombatömeget láthatunk, a mely jóformán láthatatlanná teszi a hajszál structuráját.

A fent említett hosszú hajszálak mellett pontos megfigyelés mellett található a bőr felülete felett 2—4 mm.-re letört hajszálak, a melyek a hosszabbaktól szín tekintetében is eltérnek, és pedig szürke vagy fehér elszíneződést mutatnak; ezek a hajszálak nem is teljesen egyenesek, hanem többé-kevésbé hajlottak s igen sokszor a hajszál distalis vége a bőr felületére visszahajlik.

A beteg területeken a bőr felülete ritkán síma, inkább hepe-hupás; ha nem is jár igen erős reakció tünetekkel a folyamat, azért exsudatiós jelenségeket többnyire találtunk, a melyek főleg az epidermist lazították meg, továbbá pórk- és pikkelyképződéshez vezettek. Az utóbbiak különböző összeállításuk lehetnek s rendszeren igen erősen tapadnak a hajás fejbőrhez; csipeszszel eltávolítva, találhatunk alattuk beteg hajszálakat, melyek rendszeren töredezték, zeg-zugos alakúak, szóval teljesen hasonlóak azokhoz, melyeket a trichophyton crateriformeben szoktunk találni. A trichophyton crateriformetől elkülöníthetők azáltal, hogy ebben a hajszálak sohasem törnek el a bőr felett, míg a mi typusunkban ez rendes jelenség, továbbá a crateriformeben sohasem találkozunk a

folliculusban spirálisan görbült hajszállal, a mely a bőrnek a specialis comedós jelleget adja.

Trichophyton-törzsemben a hajszálak igen könnyen elkülöníthetők a mikrosporonos hajszáltól. Az utóbbi bizonyos magasságban rendszeren 2—3 cm.-re törik el a bőr niveauja felett. Trichophyton-törzsemben a hajszál vagy közvetlenül a bőr niveauja felett, vagy jóval magasabban törik el. Mikrosporia eseteiben a plaqueban egészséges hajszál sohasem található.

Eseteinkben a hajszál színe is eltér a mikrosporiás hajszálétól; inkább szürke, mint fehér, a hajszál egész hosszában egyforma színű és átmérőjű, a hajszál úgyszólván saját maga szürkés-fehéres s nem úgy mint a mikrosporiasisnál, a hol a fehér színt tulajdonképpen a sporák által alkotott köpeny adja.

Igen természetes, hogy a trichophyton-törzsünk által okozott képek igen különbözők a betegség fennállásának kora szerint. Minél idősebb a folyamat, annál ritkábban látunk a plaqueokon egészséges és töredezett hajszálát, hanem rendszeren kopasz területet, a mely pórkóktól és pikkelyektől borított s csak itt-ott mutatkozik a folliculusokban egy-egy összekunkorodott hajszál. Nagyobb plaqueok hosszas fennállás után sem láthatók, a legtöbb esetben a szakáll bőrén 15—30 alig 4—5 mm. átmérőjű plaqueot találtunk, a melyek egyáltalában nem mutattak hajlamot az egybefolyásra.

A beteg plaqueok igen hosszú ideig, hónapokig változatlanul fennállhatnak. Sabouraud és Bodin a trichophyton crateriformenél és trichophyton cerebriformenél — a két párisi endothrix-törzsnél — sokszor látott spontán gyógyulást, főleg akkor, ha a beteg a gyermek-, illetőleg serdülőkorából kilépett.

A mi eseteinkben a beteg területek stationaerek maradtak, spontán gyógyulást nem láttunk, gyermekeken ezzel a typussal sohasem találkoztunk, mind a 9 eset felnőtt szakállából tenyésztett ki, tehát a folyamat kor-átlépéskor nem volt tanulmányozható.

A szokásos kezelés folytán az esetek túlnyomó része teljes restitúcióval gyógyult, egy kisebb részében helyenként a hajak atrophiasak maradtak s a folliculitis trichophyticának megfelelően kisebb-nagyobb hegeket láthatunk follicularis behúzódasok alakjában.

Ennek a gombafajnak hámlásokban és pikkelyekben található mikroskopi képe nem mutat semmiféle érdemlegebb eltérést egyéb trichophyton-törzsek mikroskopi leletétől.

A szőrszálak mikroskopi képe teljesen hasonlít Sabouraud trichophyton crateriformejéhez. Az egyes mycelium-segmentumok négyszögletűek és szalagszerű képletté sorakoznak. Egymással és a hajszál hossztenegelyével párhuzamosak. Ezt a typust Sabouraud mycelium resistentnak nevezte el, mert a mycelium-segmentumok egymáshoz meglehetősen jól tapadnak, mechanikai, chemiai ingerekre sokkal kevésbé reagálnak, mint az ovalis vagy kerek alakú mycelium-segmentumok, melyeket Sabouraud mycelium fragile névvel jelölt.

Törzsünkkel 8 tengerimalacot oltottunk be, mely közül kettőn tapadt meg a vírus. Feketeszőrű tengerimalacnak a hátát egy-két koronányi területen megborotváltuk, a gombás masszát smirglipapírosra kentük s azután elővigyázatosan a kopasz bőrbe dörzsöltük. A 8—10. napon erythema, esetleg vesicula, sőt exsudatiós folyamat is mutatkozik, majd helyenként a fekete hajszálak is világosabbak, szürkések vagy szürkés-fehérek lesznek. Az utóbbiak görcső alatt több mycelium-fonalat mutatnak teljesen hasonló elrendeződésben az emberi szőrszálon leírottakhoz. A folyamat a 15. nap körül a legkifejezettebb, majd a hyperaemiás és exsudatiós folyamatok csökkennek, végül a 4—5. héten a folyamat spontán meggyógyul.

Nem szándékozom e helyen biológiai kérdésekkel foglalkozni, csak ki szeretném említeni már itt azt az érdekes körülményt, hogy a törzsünkkel beoltott állatok trichophytiajuk lezajlása után trichophyton-törzsünkkel nem voltak már inficiálhatók.

Törzsünk culturája annyira jellemző és annyira eltér egyéb törzsek culturájától, hogy egyszeri látás után más tenyészetekkel nem téveszthető össze.

A többi endothrix-törzshöz (kivéve a violaceumot) hasonló gyorsasággal nő. Jellemző reá az őzbarnától a kávébarnáig menő színárnyalat. Ilyen színárnyalatot egyéb hyphomycetán nem találunk. Ez a barnás szín a 2—3. héten a legintenzívebb. Morphologiai tekintetben hasonlít az első két-három héten a crateriforméhoz. Barna kerek dombocskával kezdődik, a mely mindinkább nagyobbodik, rövid időn belül a szélek sánczalakúlag a niveau fölé emelkednek, míg a centrum mindinkább süllyed. Szóval, kapunk egy krátert, melynek fala meglehetősen meredek, széle igen éles s az egész képlet ebben a stadiumban mutatja a legintenzívebb barna színt. A kráter szerű alakulat a harmadik hét körül kezd laposodni, úgy hogy a 4. hét körül az egész cultura már egyáltalán nem emlékeztet kráterre. Ilyenkor a cultura centrumától a radiusok irányában barázdákat látunk haladni, melyek rendszeren a cultura széléig követhetők, ezekhez a radius irányában haladó barázdákhoz csatlakoznak még olyanok, melyek az utóbbiakkal derék- vagy ferdeszög alatt találkoznak, szóval az egész cultura barázdák útján apró kis szigetekre osztott, a melyek a legkülönbözőbb alakulatokat mutathatják.

A cultura korához képest ezek a barázdák mindinkább kifejezettek lesznek, úgy hogy az 5—6. hét körül már mélyebb árkokat találunk, ezek természetesen a közrefogott kiemelkedő szigetcskéik rovására képződnek, melyek ennél fogva mindinkább kisebbednek. A 6. hét után a cultura körül több mm.-nyi széles fehér homogen udvar képződik, a melybe a barázdák már nem hatolnak. Glykogenen hasonlóan nő. Burgonyán szintén kávésbarna felrakódásokat mutat.

A 6. hét után a cultura rendszeren pleomorph alakba megy át, ez a jelenség centralisan szokott kezdődni, néhány nap alatt az egész culturát ellepi, úgy hogy az egész cultura hófehér pihéktől borított, melyek a tipusos jeleget teljesen elhomályosítják.

A cultura keletkezésének első napjától kezdve teljesen síma, szálas alakot sohasem mutat, inkább azt a benyomást kelti, mintha igen finom porral volna behintve.

Törzsem fructificációs organumait vizsgálva, meggyőződhetünk arról, hogy valódi endothrixszal állunk szemben. Minden tekintetben azonos *Sabouraud* trichophyton acuminatum mycologiai képével.

Ha vajt tárgyúvegre kevés maltose-bouillont csepentünk s azt a cultura igen kis darabjával inficiáljuk, majd fedőlemezrel elzárjuk, 7—8 nap múlva a centralis részből igen vékony nyulánk ágakat látunk kinőni, melyek a radiusok irányában nőnek tovább.

Az utóbbi kis ágacskákon ülnek a sporák, és pedig vagy közvetlenül ezeken az ágakon, vagy pedig az utóbbiaktól derékszög alatt újabb kis ágacskák nőnek ki, a melyek ezeknek a sporáknak hordozóivá lesznek.

A sporák lehetnek az ágakhoz viszonyítva lateralis és terminalis fekvésűek. A sporák jóformán teljesen egyforma nagyságúak, a mely tulajdonság differenciálja a crateriformétől és violaceumtól. Chlamydosporákat csak igen ritkán láttam, ezeket is csak igen öreg culturákban, a hol különben is többféle forme de souffrance mutatkozott. Az utóbbi alakok között megemlíthetem még az ágacskáknak bunkószerű terminalis megvastagodását, továbbá az ágacskák protoplasmájának a felszívódását, a mely jelenség főleg a festett készítményeken mutatkozik szépen.

Törzstünk pleomorph alakja mycologiailag teljesen hasonlít a többi pleomorph alakhoz.

Törzsemet trichophyton fuscum sulcatumnak neveztem el, tekintettel barna színére és barázdálódott voltára.

A trichophyton ectothrix microid csoportból csak a trichophyton gypseum asteroidest tudtam 25 esetben kitenyésztetni.

Valamennyit háziállatokkal foglalkozó vidékieken találtam.

Sabouraud főleg a lovat teszi felelőssé; betegeim anamnesiséből azonban kitűnik, hogy a kutya is gyakran szenved trichophyton gypseumban.

Klinikai képére jellemző az igen gyors fejlődés hatalmas reactió és exsudatós tünetekkel. Két igen gyakori localisatiója

van: felnőtteken a kéz és a csukló, gyermekeken a hajas fejbőr (egy eset kivételével); koszorúalakban hatalmas vesiculák képződnek, a melyek a folyadék nyomásának csak igen rövid ideig tudnak ellenállni, hamar megrepednek, s az egész képlet azután crustákkal fedett. Az egész képlet körül a bőr igen erősen hyperaemiás, duzzadt, tapintásra fájdalmas. Ez igen jellegzetes tünet, egyéb törzsnél nem láttam.

A hajas fejbőrön a folyamat follicularis genyeddéssel kezdődik. A genyes folliculusok azonban a crateriformével és a cerebriformével ellentétben igen hamar a szomszéd folliculussal egyesülnek és daganatszerű képletet alkotnak, a mely legkisebb nyomásra a folliculus-maradványokból nagy fájdalom kíséretében genyet ürít. Ez a leggyorsabban növekvő kerion, s egyúttal a legnagyobb dimenziót érheti el. A beteg terület centralis részén hajszál egyáltalában nem található, az elgenyedt folliculusokból a hajspontok kiesik.

A folyamat therapiás eljárásokkal kitűnően befolyásolható, főleg vaccinatiós kezeléssel.

Noha a biológiai részzel egy külön fejezetben akarok foglalkozni, mégis meg akarom már itt említeni, hogy nyolcz trichophytoid közül a trichophyton gypseum hatot szolgáltatott. A culturalis és szövettani képe egyebekben teljesen megfelel *Sabouraud* leírásainak. Az állatoltás igen könnyen sikerül.

A nagy sporájú trichophyton ectothrix-typusok közül 12 esetben találkoztam a trichophyton rosaceummal.

10 esetben a meztelen bőrön, 2 esetben a szakállban találtam, a hol mind a kétszer kerion képzéséhez vezetett.

A klinikai képét az abszolút reactionmentesség, a szárazság jellemzi; a meztelen bőrön nagy köröket alkot, ezek alig emelkednek a bőr niveauja fölé; ritkán teljes a kör, rendszerint csak negyed- vagy félkör látható. (*Sabouraud* is figyelmeztetett már erre a jelenségre.)

A rosaceum a szakállban szintén igen tipusos képet ad. A folliculusok a megbetegedett plaqueokban tágultak, a folliculusokban mindkét esetben elszarusodott hámsapokat találtam, a melyek láthatólag a bőr niveauja fölé emelkedtek. A bőr felületén a hajszálak nagyrészt el voltak törve. Itt is az egész folyamatot az abszolút szárazság jellemezte; a bőr felületén pörk- vagy varképződést nem láttunk.

A rosaceum békében kizárólag nyugateurópai megbetegedés volt, Németországban is csak a háború második felében látták.

Állatoltás (tengerimalacz és egér) könnyen sikerült.

Egy következő nagy sporájú ectothrix a trichophyton equinum. *Matruchot* és *Dassonville* fedezte fel ezt a törzset 1898-ban; klinikailag és bacteriologiailag olyan tökéletesen írta le, hogy újabb vizsgálatok csak megerősíthették közlésüket. 12 esetben találtuk, valamennyiben gazdasági munkával foglalkozó felnőtt egyénen.

Klinikai képe igen jellegzetes. A beteg képlet centralis része vöröses elszíneződést mutat kifejezett hámlás kíséretében. Ezt néhány milliméternyi szélességű hyperaemiás udvar veszi körül, s ezt ugyancsak egy ugyanolyan széles fehér udvar. Az utóbbinak fehér vagy szürkés-fehér színét igen kifejezett lamellosus hámlás okozza. A fehér udvartól peripheriásan található a jól kifejezett vesicula-koszorú.

A 12 eset közül négyben kerionképződést is láttunk. Az utóbbi hasonlít a trichophyton gypseum asteroides leírathoz, azzal a különbséggel, hogy a fejlődés sokkal lassúbb és a reactió tünetek is kisebbek.

Ehhez a csoporthoz tartozik még a trichophyton faviforme. *Sabouraud* három alakját különbözteti meg: trichophyton ochraceum, album és discoides. Esetemben csak a két elsővel találkoztam. 18 felnőtt egyénen és 10 gyermeknél láttam ezt a típust; túlnyomó részben vidéki betegeken.

Sabouraud a szarvasmarha specifikus trichophytonjának tartja, betegeim kórelőzményében erre vonatkozólag biztos támpontot nem kaptam, klinikai képe teljesen elüt az előbbiektől.

Kerionképződést sohasem találtam, kizárólag a meztelen bőrön fordult elő.

A faviforme által okozott jelenségeket jellemzi, hogy kifejezett tendenciát mutatnak igen gyors terjedésre. Már az első plaque is néhány nap alatt több centimeter átmérőt ér el, szomszédságában rövidesen igen sok kis plaque keletkezik, a baj rohamosan terjed.

Mind a 28 esetben a törzs bőrén találtam jelenségeket. A plaqueok gyors terjedésüknek megfelelően hyperaemiások, a szélükön számos vesicula foglal helyet. 9 esetben ezek a plaqueok az egész törzs bőrét ellepték, az állatoltások nem sikerültek.

Vizsgálataimból kitűnik tehát, hogy bizonyos trichophyton-törzsek jellemző tünetcsoportot tudnak a betegen kiváltani. Ha nem is tudunk a klinikai képből minden esetben következtetni egy bizonyos trichophyton-törzsrre, de legalább meghatározhatjuk azt a csoportot, amelybe ez a törzs tartozik. Az általános részen mondottakból következik, hogy ez a tétel bizonyos korlátok közé van szorítva (földrajzi fekvés, pandémia, endémia stb.) A magam részéről azonban igen fontosnak tartom a therapia és a prognosis szempontjából, hogy a klinikai képből megfelelő trichophyton-törzsrre vagy legalább is annak csoportjára következtetni tudjunk.

Mindenesetre a priori energikusabb terapiát választok keriont okozó trichophyton-törzseknél, míg a jóindulatúaknál, például a trichophyton faviformenél ilyen erőes kezeléshez nem fordulok, mert úgyis tudom, hogy ez felületes trichophyton-typus, amely a legenyhébb bőr-desinficiensre pár nap alatt gyógyul.

Nem kevésbé fontos a betegre, ha már az első napon felvilágosítják betegségének súlyosságáról és ha megtudja, hogy kezelése körülbelül mennyi ideig tarthat.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1922 április 29.-én.)

Elnök: Huttyra Ferencz. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Simon Béla: Érdekes Röntgen-tévedés.

Fischer Ernő: A röntgenologusnak ismernie kell azon testrészek anatómiáját és pathológiáját, amelyekkel dolga van; e nélkül nemcsak jó diagnosist, de még csak jó leírást sem adhat. A bemutatott esetben a hozzászóló végezte az utolsó Röntgen-vizsgálatot, semmi kétség az iránt nem lehetett, hogy a kérdéses árnyék nem fog, hanem az os hyoideum odavetített árnyéka. Tévedéseket a Röntgen-anatomia hiányos ismerete adhat, akár fogorvos, akár röntgenologus végzi a vizsgálatot.

Holitsch Rezső: Többnyire nem elegendő, hogy a Röntgen-orvos a lemezen látható elváltozások leírására szorítkozik, és diagnosist nem mond. Ez sokszor azért nem célszerű, mert a szakorvos nem mindig eléggé járatos a Röntgen-képen látható elváltozások értelmezésében. Véleménye szerint helyesebb az az eljárás, hogy a Röntgen-orvos írja le a lemezen valóban látható rendellenességeket és ezen tárgyilagosan lelet után írja meg azt is, hogy milyen körjelzésekre lehet az említett elváltozásokból következtetni.

Encephalitisszerű járvány csecsemőosztályon.

Duzár József: Az Erzsébet-egyetem gyermekklinikájának egyik 17 ágyas (4 páros és 9 egyes boxszal felszerelt) csecsemőosztályára 2 $\frac{1}{2}$ hónapos csecsemőt vettek fel súlyos toxikus tünetekkel; az anamnesis szerint 3 nap előtt hirtelen lázas lett, azóta rohamosan romlik, hány, hasmenése van. Az öntudat nem tiszta, nagy nyugtalanság, hányás, több híg nyálkás-genyes szék, elhúzódó görcsök. Kétszer 24 órai sós thea-diaetára desintoxicatio nincs, halál a 8. napon. A felvételtől számított negyedik napon teljesen hasonló tünetek közt megbetegszik a szomszédos csecsemő, két nappal később egy második, rá egy napra egy harmadik, még pedig tőlük távolabb, a kórterem közepén. Most 3 napos szünet áll be, majd ennek leteltével, a legutolsó megbetegedéstől mint betegségforrástól kiindulva, ennek közvetlen környezetében megbetegszik 3 csecsemő, a következő napon megint egy, egy nappal később pedig újabb 3. A csecsemők (egy kivételével) mind 6 hónapon aluli fiatal csecsemők, sok közöttük az exsudatív diathesises. A meg nem támadottak idősebbek, illetőleg nem exsudatív, anyatejes csecsemők.

A megbetegedés 4—6 napi incubatio után a legtöbb esetben magas lázzal (39—41°) kezdődött. A lázzal együtt

görcs, hányás jelentkezett, valamint nagy nyugtalanság és izzadás. Mély öntudatzavar, nagy súlyosítás, beesett kutacska, merev, lefogyott, hypertoniás végtagok, fokozott reflexek, toxikus légzés, híg, genyes székek. Az excitatio tetőpontján nagy nyugtalanság, keserves sírás, elhúzódó görcsök. Igen rövid, tisztultabb apathiás intervallumok. Zavarok a szemidegek részéről, 2 esetben spasmosus féloldali paresis, 2 esetben clonus, 2 esetben katalepsia, 1 esetben tremor. A liquor csökkent nyomással ürül; mérsékelt pleocytosis. A vizeletben fehérje. 20—45.000 fehérvérsejt, 60% neutrophil. Bacteriologie: liquor-, vér-, agypép-oltások negatívak (házinyúlón).

A klinikán végig megfigyelt 10 eset közül meggyógyult 1 nyom nélkül, meghalt 9 (90%), a legtöbb esetben 6—8, egy esetben 15 napi vergődés után. A 8 esetben megejtett bonczolás makroszkoposan az agyburkok és az agyvelő maximális vérteltségét mutatta, diffus érköri vérvérzésekkel és venathrombusokkal. Az agy tűszúrásnyi-lencsényi vérzései főleg a centrum semiovaleban helyezkednek el. Mikroszkoposan az agy és agyburkok maximális vérteltsége látható, amely a capillarisokban stasishoz, a nagyobb erekben thrombusokhoz, perivascularis vérvérzésekhez vezetett a nélkül, hogy az erek endotheljén vagy falán bárhol laesio vagy gyuladós jelenségek volna kimutathatók. Az utolsó, 15 napig elhúzódott, ugyanilyen histologiai leletet adó esetben azonban (főleg a pons és nyúltagy szürke-állományában) perivascularis infiltrációk is voltak felismerhetők. Több esetben dűcssejt-degeneratio, neuronophagia, diffus gliaszaporulat. Egyéb szervekben nagyfokú vérteltség, kevés capillaris vérzés (bél, vese).

A csecsemőkori járványos agy megbetegedésekről szóló igen kis számú irodalmi adat mellett az osztályozás igen nehéz. Az első esetek után egy infectio-toxikus agy megbetegedés felvétele látszott plausibilisnek (influenza, sepsis). A hosszabban elhúzódott eset histológiája az egész járványnak a fiatal csecsemőkorban nagyon sajátosság alakban lezajlott járványos encephalitisként való felfogását engedi meg.

Rohrböck Ferencz: 3 esetet ismert a Stefánia-gyermekkorház anyagából. Az első 15 hónapos gyermekre vonatkozik, hol az előző által leírt tünetek mellett mind a 4 végtag és a hátizmok bénulása és vakság állott be. Rendszeres lumbalis punctiók után 8 hét múlva teljesen meggyógyult. A második esetben rendkívül számos eclampsias roham után az egyenes hátizmok bénulása állott be; ez az eset 4 héten belül gyógyult. A harmadik eset az ismertetett súlyos tünetek mellett 24 óra múlva halállal végződött. Mindhárom eset egyedül maradt, folytatása nem volt.

Bókay János: Az elkülönítő körjelzéskor a Heine-Medin-kór meningealis alakja is számba jön. A közlött kórtünetek és bonczletelek ezt a feltevést nem támogatják.

Heim Pál: A midőn az első eset osztályunkon mutatkozott, a legnagyobb zavarban voltunk a diagnosist illetőleg. A csecsemőkorban oly gyakori az eclampsia és az ezt követő toxikus állapot, hogy a szervi negatív lelet mellett, támaszkodva a genyes véres székre, leginkább dysenteriformis bélinfecióra és ebből fejlődött toxikus állapotra gondoltunk. A bonczolás megmutatta, hogy mivel állunk szemben: súlyos stasissal az agyban és gerincagyban és a hosszabb lefolyású esetekben encephalitissel. Heine-Medin-betegségre mi is gondoltunk, de 11 esetünk közül egyben sem, még a meggyógyult egy esetben sem mutatkozott semmiféle bénulás. Kérdés, hogy ez a sajátosság járvány a mi osztályunk specialitása-e, vagy pedig volt-e külön a városban több hasonló eset? En consiliumban még két esetet láttam, az egyik meghalt, a másik tökéletesen meggyógyult. Úgy látszik, hogy voltak esetek, de helyes diagnosis nélkül maradtak, mert a csecsemőkorban hasonló toxikus tünetek igen könnyen fejlődnek. Ha újra elér minket egy influenzás epidémia hulláma, meg vagyok győződve, hogy fogunk hasonló eseteket észlelni. Az influenza bacillusát nem tartom kórokozónak, de a kórokozó szálláscsinálójának.

Baló József: Az 1920. évi encephalitis-s a megelőző influenza-járvány alatt 30 ily esetről származó anyagot volt alkalma vizsgálni és szövettanilag feldolgozni. Az esetek egy részében vérbőség és vérzések voltak az agy állományában találhatók, lobos elváltozások hiányoztak; másik részük az agyban valódi gyuladós elváltozást mutatott. Magáéva tette *Economo* álláspontját, tudniillik, hogy a vérbőséggel és vérzésekkel járó agyváltozások az influenzához tartoznak, míg a valódi lobos elváltozások az epidémiás encephalitishoz találhatók meg.

Az említett 30 eset közt volt egy 15 hónapos csecsemő s ezenkívül egy 9 éves lány. A 9 éves lány Hainiss osztályáról került bonczolásra. Az epidémiás encephalitis tüneteit mutató gyermeknek carotis internájába sub finem vitae ezüstsalvarsant adtak. Röviddel az injectio után beállott a halál s a bonczoláskor a hozzászóló az agyban lobos elváltozások mellett kiterjedt vérzéseket talált. Akkor az agybeli vérzéseket az ezüstsalvarsan hatásának tulajdonította. A pozsonyi egyetem

gyermekklinikáján észlelt encephalitis-esetekből, melyeket a hozzászólónak alkalma volt szövettanilag feldolgozni, az látszik, hogy az epidémiás encephalitis és az influenzás agyvelváltozások nem különíthetők el oly élesen, mint azt eleinte *Economo* tette. Azt is mutatják az utóbbi esetek, hogy a csecsemőkori epidémiás encephalitis-esetek a felnőtt korban előforduló esetektől némileg különböznek. Ez a különbség, a vérezésekre való hajlamosság, talán még a fiatal gyermekkorban is megvan.

Hypertoniás oldatok intravenás infúziójának osmosis hatásai.

Keller Kálmán: Az előadó rámutat arra a mozgalmas therapiai tevékenységre, a mely jelenleg világszerte a hypertoniás oldatok, de különösen a szőlőcukoroldatok intravenás infúziója révén folyamatban van. Az utóbbi években a szőlőcukortherapia több irányú haladást tett. Ez előadásban csak a hypertoniás oldatnak osmosis hatásai részesülnek abban a kritikai méltatásban, melynek alapja a II. belklinikán egy éven át végzett kísérleti munkálkodás. Minden hypertoniás oldatnak physikai-chemiai hatása vagy osmosis vízszívásban, vagy a szövetek duzzadási állapotának megváltozásában nyilvánul meg. Véletlenül a szőlőcukornál e két hatás egyirányú: a concentrált szőlőcukor a vérpályába kerülve, vizet szív osmosis útján és a szöveteket víztelenít az úgynevezett „Entquellung” értelmében, a minek az eredménye a vérnek felhígulása, hydraemiája. E hydraemia révén esetleg kórosan fokozott víztartalmú szöveteket tehermentesíthetünk.

Az előadó vizsgálatai abból a feltevésből indultak ki, hogy hypertoniás szőlőcukoroldatnak a vérbe fecskendésével sikerül a liquor cerebrospinalis víztartalmának egy részét a vérpályába átszívni és ily módon az agynyomást csökkenteni. A kísérletek megkezdése után azonban tanácsosabbnak látszott egyelőre a vérnek elváltozásait megvizsgálni. E vizsgálatok egészen váratlan és különös eredményre vezettek. Kiderült ugyanis, hogy még a legmagasabb concentrációjú szőlőcukoroldatok abszolút nagy szőlőcukortartalommal sem okoztak lényegesebb hydraemiát, a vérnek vízgyarapodása legfeljebb 0.5–1.5%-ot tett ki, sőt nem egyszer hydraemia helyett vérsűrűsödés volt észlelhető.

E sajátos jelenség magyarázatában több, itt nem tárgyalható más momentum mellett fontosnak tartja azt, hogy az eddig külföldön végzett emberkísérletek voltaképpen olyan állatkísérletek megismétlései voltak, a melyekben az állatok testébe juttatott szőlőcukornak abszolút mennyisége az állat súlyához viszonyítva hasonlíthatatlanul nagyobb volt, mint az emberen eddig alkalmazott dosisoknak viszonya az emberi középtestsúlyhoz. Úgy látszik tehát, hogy a jövőben a kutatásnak egyik feladata lesz az emberi szervezetre nézve osmotikusan hatásos concentrációt megkeresni, mert ez eddig nem sikerült. Ily módon talán majd valódi hydraemiát is fogunk észlelhetni és ezt therapiásan értékesíteni. Addig azonban az észlelt hatásokat más körülményekre (protoplasma-aktiválás?) kell visszavezetnünk.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

L. Grote: Grundlagen ärztlicher Betrachtung. Berlin, Springer, 1921, 81 lap. Ára 25.20 márka.

A század elejének orvosi kutatását, az adatfelhalmozás, az anyaggyűjtés korszakát újabban kezdi csak kiegészíteni a rendszeresítő és átgondoló elmélet. Ez a könyv a legújabb közöttük, talán nem a leghatalmasabb, de a leghiggadtabb. Öt fejezetben foglalja össze a causalitas, a constitutio és az örökléstan orvosi vonatkozásaival, aztán főként a betegség-fogalommal és a therapia theoriájával. Milyen különbség van például az utóbbinak exact, logikus és heuristikus értékű tárgyalása és *Bleuler*-nek terméketlen cynismusa között. Ez a *Grote* könyvének igen értékes fejezete, melyben minden orvos örömeit lelheti. Minden therapiás lépésünk előtt az egész embert kell ismernünk, de behatóan, összes constitutiós és conditiós sajátágaival. És ez az, a mit sem a patikus, sem a droguista el nem leshet majd az orvostól: a therapia individualizálását. Igen értékes még a betegségfogalomról

írott fejezet is, a mely a psychiatria követelményeivel is eléggé összeegyeztethető, míg egyéb fejezetein, sajnos, túlságosan a belorvosi szempontok dominálnak. *Kluge dr.*

Új könyvek:

A. Cornelius: Peripherie und Centrum. Zyklus in sich abgeschlossener Vorträge über die sogenannten nervösen Leiden. Leipzig, G. Thieme. 36 m. — **M. Borst:** Pathologische Histologie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 250 m. — **A. Kronfeld:** Über psychosexuellen Infantismus, eine Konstitutionsanomalie. Leipzig, E. Birscher. 22 m. — **H. Schmidt:** Antimon in der neueren Medizin. Leipzig, J. A. Barth. 30 m. — **F. Kiss:** Topographisch-anatomische Secierübungen. München, J. F. Lehmann. 60 m. — **J. Tandler** und **O. Zuckerkanal:** Studien zur Anatomie und Klinik der Prostatahypertrophie. Berlin, J. Springer. 148 m. — **E. Wachtel:** Sonderfälle der Fruchtabtreibung. Leipzig, C. Kabitzsch. 30 m. — **R. Kraus** und **P. Uhlenhuth:** Handbuch der mikrobiologischen Technik. Band I, Erste Hälfte. Wien, Urban und Schwarzenberg. 240 m. — **R. Panse:** Der praktische Hals-, Nasen- und Ohrenarzt. Leipzig, C. Kabitzsch. 63 m. — **H. Schmidt:** Zur Biologie der Lipoide. Mit besonderer Berücksichtigung ihrer Antigenwirkung. Leipzig, C. Kabitzsch. 27 m. — **W. Köller:** Die wichtigsten parasitischen Protozoen des Menschen und der Tiere. I. Teil. Berlin, R. Schoetz. 150 m. — **A. Pick:** Die neurologische Forschung in der Psychopathologie und andere Aufsätze. Berlin, S. Karger. 48 m. — **W. Spielmeier:** Histopathologie des Nervensystems. Band I. Allgemeiner Teil. Berlin, J. Springer. 648 m. — **B. Goldberg:** Kleine Urologie. Leipzig, C. Kabitzsch. 70 m.

Lapszemle.

Sebészet.

A nagyfokú rachitises elgörbülések operatív kezelését ismerteti *Löffler* docens. A deformált csont meglágyítása után végzett manualis redressálás volna az az ideális eljárás, melyet a nagyfokú rachitises csontelsatnyulás kezelésében követnünk kellene; mivel azonban az *Anzoletti* és *Röpke* ajánlotta ez a therapia csak az angolkór kezdeti szakában végezhető sikerrel, a nagyfokú rachitises deformitások kezelésében az osteotomiára vagyunk utalva, melynek segítségével a deformitás azonban csak akkor tűntethető el, ha az elgörbülés egy, legfeljebb két irányú.

A therapia szempontjából súlyosabb a helyzet akkor, ha a rachitises csontelváltozás különösen magas fokot ér el, mely nagyfokú deformitas különösen a lábszár alsó harmadában gyakori, mikor is a lábszárcsontoknak kifelé rövid ívben való dombordad elhajlása mellett egy előre, s egyúttal befelé tekintő elferdülésével is találkozunk a lábszárnak. Ha pedig ezt a háromirányú elhajlást korrigálni óhajtjuk, a tenotomián kívül két helyen is volnánk kénytelenek osteotomizálni, a minek eredményeképpen az ívszerűen elhajlott csont zegzúgos alakot venne fel, s a végtag functióképessége, valamint rendes formája és alakja is csak hosszú idő elmultával következne be.

Scheppelmann-nak sikerült egy nagyfokú angolkóros csontelferdülést meggyógyítania azzal, hogy a deformált tibiának subperiostalis resectiója után Achillo-tenotomiát végzett, majd a fibulát megtörve, a periostealis tömlőt módosított Mosetig-plombbal töltötte ki, s utána varratot alkalmazott. *Scheppelmann* kíváncsi volt arra, hogy csekély aseptikus genyedés álljon be, mely a periosteumot csontregenerációra serkenti. Maga a plomb is, mely bizonyos idő után spontan távozik, idegen testként hatva a periosteumra, a callusképződést elősegíti.

A szerző ezután áttér saját eljárásának ismertetésére, melynek segítségével a legsúlyosabb rachitises csontelváltozásoknál is teljes restitutio ad integrum következhetik be. A műtét menete a következő: Csontig terjedő hosszmeztés a tibia medialis felszínén a deformált részlet felett úgy centralis, mint distalis irányban. A periostealis tömlőnek elevatoriummal való leválasztása után a szerző reszekálja az elsatnyult csontrészt, majd a fibula infractiója után kiegyenesíti a végtagot. Ezután az eltávolított csontdarabot Luerrel, vagy Liston-féle csontollóval felaprózza, s az egyes csontrészeket a periostealis tömlőbe helyezi vissza, melyet a behelyezés megkönnyítése céljából fonalak segítségével tart szét; azzal, hogy a csontrészekkel megtöltött periostealis tömlő közben vérrel telődik meg, megszereztük mindazon factorokat, melyek a csontújképződésben szereppel bírnak (periosteum, a csont

corticalis, endostealis része, velőállomány, vér). A szerző a periostealis tömlőnek teljes kitöltése után csontthártyavarratot alkalmaz, majd a bőr sebének egyesítése után a végtagot gipszkötésbe helyezi. Minden esete primára gyógyult, sipolyképződés, vagy a csontrészeknek kilökődése egyetlen egy esetben sem következett be; a gipszkötésnek négy hét után történt levétele után a csont kifogástalan erősségűnek bizonyult, az elferdülés eltűnt, s a Röntgen oly egyöntetű csontképet mutatott, melyen az egykori csontrészek már nem voltak felismerhetők.

Hasonló eljárást ajánlott Völcker 1917-ben a pseudarthrosisok kezelésében. Azon ismert tapasztalatból indult ki, hogy fracturával szövődött egyes czomblövéseknél a czombcsont gyakran igen nagy kiterjedésben apró szilánkokra esik szét, olyannyira, hogy a Röntgen-kép alapján sikeres gyógyulást alig várhatnánk, s alig pár hét múlva azt látjuk, hogy ezen szinte szétforgácsolt csont ismét egyetlen masszát alkot s bizonyos idő elteltével, kisebb csontmegvastagodást nem tekintve, a csontot ismét teljesen gyógyultnak mondhatjuk.

Völcker ezt a folyamatot a pseudarthrosisok gyógyításában következőképpen használja fel: az álizület felett ejtett metszéssel oly mértékben teszi szabaddá a végeket, hogy vésővel mindkétcsontvéghez hozzáférhessen, ezután mindkétcsontvégből egy-egy, körülbelül 1 cm. vastag korongot vés le, melyeket eltávolítva, Liston-ollóval apró részecskékre szed széjjel, s az egyes kis csontrészeket a már vérral kitöltött két csontvég közt levő üregbe helyezi vissza, mely felett az izomzatot varrja, majd a bőr egyesítése után fixáló kötést alkalmaz. A szerző ezt a műtétet 8 esetben kitűnő eredménnyel végezte.

Összefoglalásképpen: nagyfokú rachitises csontelferdülés mindamaz eseteiben, melyek egyetlen osteotomiával meg nem gyógyíthatók, a szerző ajánlja a deformált csontrészek subperiostealis resectiója utáni felaprózását és a kis csontrészeknek az eközben vérral kitöltött periostealis tömlőbe való visszahelyezését, mely után a csontthártyát egyesíti, felette a lágyrészeket varrja s a végtagot gipszkötéssel látja el. Az eljárás technice rendkívül egyszerű, a legsúlyosabb deformitás is egyetlen beavatkozással megszüntethető s úgy functionalis, mint kozmetikai szempontból aránylag rövid idő alatt a leg szebb eredményt adja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1921, 46. szám.) Erdély Gyula dr.

Ideg- és elmekórtan.

Az Adams-Stokes tünetcsoport és a szívblook viszonyát az idegrendszerhez tárgyalta Eisler a berlini „Verein für innere Medizin“ egyik utóbbi ülésén egy eset kapcsán, a melyben apoplectiformis bulbaerparalysis állott be Adams-Stokes-tünetcomplexummal. A bulbaris symptomák eltűntével azonban az Adams-Stokes-tünetcsoport megmaradt: ez a neurogen eredetet nem magyarázza meg. His megállapítja, hogy az Adams-Stokes-tünetcsoportot tisztán neurogen alapon eddig senki sem tudta megmagyarázni. A rohamokat az atrioventricularis kötegek anatómiai megszakadása egyedül szintén nem magyarázza meg. Az inger, mely a kamarát megállítja, ma még ismeretlen. A roham szoros összefüggésben van a beteg általános közérzetével. Már egy dúsabb étkezés is a rohamok egész sorozatát válthatja ki. Az említett esetben felvehető, hogy a dissociatio már az apoplectiformis roham előtt fennállott. (Med. Klinik, 1922, 26. sz.) Follmann dr.

Gyermekeorvostan.

Súlyosabb lefolyású ascariasis három esetét közli R. Müssig. A háború óta nemcsak gyermekekben, hanem felnőttekben is igen gyakori az ascariasis, a mely a legkülönbözőbb alakban jelentkezik. 49 éves nőt cholelithiasis-diagnosissal vettek fel a kórházba; műtétet közben a máj alsó felszínén talált igen kitágult epejáratból egy nagy ascarist távolítottak el. Az illető gyógyultán távozott. Egy másik esetben 19 éves fiatal nő került a kórházba súlyos collapsusban; a menstruációra vonatkozó bizonytalan anamnesis, a súlyos anaemia, a hirtelen, láztalan kezdet, a nagyfokú alhasi érzékenység miatt tubaris terhességre, illetőleg tubarupturára gon-

doltak. A műtét alkalmával ileust állapítottak meg, mely 28 ascaris conglomeratuma által jött létre az ileum alsó szakaszában. A betegség halállal végződött. A harmadik esetben 19 éves cselédleánynál az influenza gastrointestinalis alakjára gyanakodtak s a kezelés is ily irányban kezdődött meg, midőn a székvizsgálat a székben ascaris-petéket mutatván ki, a bevezetett féregűző kúrára 21 ascaris távozott el. A beteg utána két napra teljesen meggyógyult. Az emberi szervezetben ascarisok által okozott elváltozásokat a legkülönbözőbb módokon magyarázzák. A mechanikai inger mellett határozottan szerepe van a táplálék- és vérelvonásnak is, de a mellett, mint többféle vizsgálat kimutatta, az ascarisok által termelt mérgeanyagok is a legkülönbözőbb tüneteket válthatják ki. (Münchener med. Wochenschrift, 1921, 43. sz.) Farnos Ilona dr.

A lues congenita ismeretéhez járul egy-két adattal E. Stransky és E. Schiller. A csecsemőkori lues is megtámadja a központi idegrendszert, csak a tünetek maradnak latensek. A lues leggyakrabban hydrocephalust okoz; okozhat meningitist is, ez azonban ritka. Esetet közöl, a mely két szempontból rendkívül érdekes. Négyhetes csecsemő erős lueses tünetekkel a köztakarón kétségtelen klinikai tüneteit mutatja a meningitisnek. Később agyvérzés tünetei jelentkeznek féloldali bénulással. A tünetek gyorsan javulnak. A Wassermann-reactio a vérről és liquorral +++ positiv. Erélyes antilueses kúrára rövid időn belül a liquor-reactio negatív lesz, úgyszintén a lueses jelek is eltűnnek. Kilencz hetes korában a gyermek meghal. Bonczoláskor az agyban nagy cysta; meningitisre utaló elváltozások már nem találhatók. Ez az eset azért is figyelmet érdemel, mert az apa a gyermek születése előtt 14 évvel szerzett luest, baját alaposan kezeltette, Wassermann-reactiója állandóan negatív volt, úgyszintén az anyáé is. Egy másik esetben szintén negatív a szülők Wassermann-reactiója s a gyermek mégis igen súlyos lues-szel születik és meghal. Ez a két eset is legyen intő példa arra, hogy hasonló esetekben a lueses szülőknek sohase tegyünk biztos ígéretet születendő gyermekük egészségi állapotára vonatkozólag. (Med. Klinik, 1922, 1. szám.)

Ágoston László dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A purinszármazékok görcsoldó hatásáról ír Hirsch. Vizsgálatai alapján megállapítottak tekinti, hogy a spasmopurin néven forgalomba hozott szer, a mely dimethylxanthint és theobrominum natriosalicylicumot tartalmaz, a bronchialis izomzat tonusára nagyon erős hatást fejt ki, annak görcsét megszünteti. Ez okból nagyon jó hatásúnak bizonyult nehézlégzés mindamaz eseteiben, a melyek a bronchialis izmok görcsére voltak visszavezethetők (asthma, pangásos hurut, emphysema az öregkorban). A szer ártalmatlansága hosszabb időn át használatát is lehetővé teszi. Naponként 1—2 spasmopurin-suppositorium használandó. (Klinische Wochenschrift, 1922, 13. szám.)

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A kormányzó Czyzewszky Gyula dr.-nak, a Szent Margitszigeti gyógyfürdő főorvosának az egészségügyi főtanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. Erdélyi János dr.-t a József Ferencz főherczeg tüdőbeteg gondozó intézet csecsemő- és gyermekrendelőjének főorvosává nevezték ki.

Személyi hírek külföldről. J. Pál (belorvostan), E. Redlich (neuropathologia) és K. Sternberg (körboncztan) bécsi egyetemi rendkívüli tanárnak a rendes tanári címet adományozták. — Kölliker (orthopaed sebészet) és Kockel (törvényszéki orvostan) lipcei egyetemi rendkívüli tanárt rendes tanárrá léptették elő.

A magyar elmeorvosok VII. értekezletének szervező-bizottsága a napokban küldötte szét a meghívót f. é. október 1.-étől 3.-áig tartandó összejövetelére. Egyelőre a következő kérdések tárgyalása van kitűzve: Szladits Károly egyet. tanár „A korlátolt beszámíthatóságnak fogalmát a magánjog szempontjából” fogja egy referatumban kifejteni. Angyal Pál egyet. tanár, valamint orvosi oldalról Focher László és Fischer Ignác ideg orvosok „A kiskorú, gyengeelméjű büntettesek javító nevelésének kérdéséről” fog referálni. „Az ápolószemélyzet szervezeti és kiképzési kérdéséről” Epstein László egyetemi m.-tanár, igazgató és Fabinyi Rudolf főorvos referál. Oláh Gusztáv a „Politikai psychopathák”-at fogja elmeorvosi nézőpontból megvilágítani vagy egy külön előadásban, vagy egy, a congressus keretében rendezendő tudományos

estélyen. Ugyanezt a kérdést egyidejűleg *Ruber József* egyet. m.-tanár, törvényszéki bíró fogja büntetőjogi szempontból tárgyalni. A részvételnek és az előadásoknak bejelentése a bizottság titkárához (*Fabinyi Rudolf*, I. Lipómezei m. kir. áll. elmegyógyintézet) intézendő, az utóbbiak legkésőbb július hó végéig, hogy a végleges program idejekorán összeállítható legyen. A tagsági díj: 100 korona, a mely ugyancsak a fenti címre küldendő be előzetesen.

Meghalt. *H. Albrecht*, a kórbonczolástan tanára Bécsben, 56 éves korában június 28.-án.

Lapunk mai számához „Szakvélemény az igmándi keserűvízről” című prospektus van mellékelve.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Újtátrafüreden

levél-tígyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Telefon: József 4-12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Metha
Armand, Dr. M.-né Hilf
Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER-
ELEKTRO-HYDROTHERAPIA

a Dr. Reich-féle
ZANDER-gyógyin-
tézetben, IV., Sem-
melweis-u. 2. I. e.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA
VII., Városligeti fasor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásai.

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest
V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73.

Dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körut 22.
Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

PÁLYÁZATOK.

A békéscsabai városi közkórháznál lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás évi 2400 korona törzsfizetés, a rendes állami, városi háborús és drágasági segélyekkel; I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés és világítás.

Pályázhatnak diplomás orvosok és gyakorló-évesek is. A 20 kor. bélyeggel szabályszerűen felszerelt pályázatok méltóságos dr. Daimel Sándor Békés vármegyei alispán úrhoz címezve hozzám nyújtandók be. Határidő: 1922 július 20.

A kinevezendő segédorvos magánygyakorlatot nem folytathat. Állását a kinevezés után azonnal köteles elfoglalni.

Békéscsaba, 1922 július 1.-én.

Dr. Remenár Elek s. k., közkórh. igazgató-főorvos.

3563/1922. szám.

Zemplén vármegye szerencsi járásába bekebelezett, lemondás folytán megüresedett mádi körorvosi állásra, melyhez Mád és Mezőzombor nagyközségek tartoznak, Mád székhelyvel, pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalma az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében évi 1600 korona kezdőfizetés, 800 koronáig emelkedhető évi 200 korona ötdéves korpótlék, törvényszerű lakbér, háborús segély, drágasági segély, esetleg családi pótlék, továbbá a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képességeiket s eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám 1922. évi július hó 30.-ának délelőtt 11 órájáig adják be; a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást július hó 31.-én délelőtt 10 órakor tartom meg Mád községében.

Szerencs, 1922. évi július hó 7.-én.

Gosztonyi, főszolgabíró.

2110/1922. szám.

A győrszemerei körben a körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A kör 9 községből áll. Vasúti állomás helyben.

Törzsfizetés 1600 korona. Rendelési és kiszállási díjak, lakbér szabályrendeletileg megállapítva.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és a kommun alatti magatartásukat igazoló irataikat folyó évi augusztus hó 15.-éig hozzám juttassák.

Tét, 1922 július hó 7.-én.

Pirsch Ernő, főszolgabíró.

Jó gyakorlattal bíró **FOGORVOS** betegség miatt helyettest keres 70.000 lakosú vidéki városban. Ajánlatok folyó évi augusztus hó 10.-éig „Kurgast Advokat Dr. Forgács” címre Bad-Kissingen (Bayern).

SZOBA ellátással felnőtteknek, gyermekeknek. Üdülőben Svábhegy, Költő-utca 1. Telefon 147-88.

Kitűnő hatású nyári hasmenéseknél és különböző bélbajoknál a valódi **Cornides-féle Áfonya-Gyógybor.**

Kapható:

Gyógyszertárakban, drogériákban és jobb csemegekereskedésekben.

Főraktár: Szent Terézia gyógyszertár Budapest, VII., Király-utca 49.

Telefon: József 106-64.

Telefon: József 106-64.

IRODALMAT
KÉSZSÉGGEL KÜLD
A FŐRAKTÁR



Caphocal

Calciumphosphatos tápszer
ismét mindenütt kapható.

SANGUIFERIN
Dr. PALLAY.

Tonicum. Haemodynamicum. Neuroticum.
Stomachicum. Roborans.
Anaemia, neurasthenia, táplálkozási zavarok, ideges kimerültség, chlorosis, fejlődési visszamaradottság, gyermekágyas nők, szoptatók vérszegénysége.



SANGUIFERIN
Dr. PALLAY.

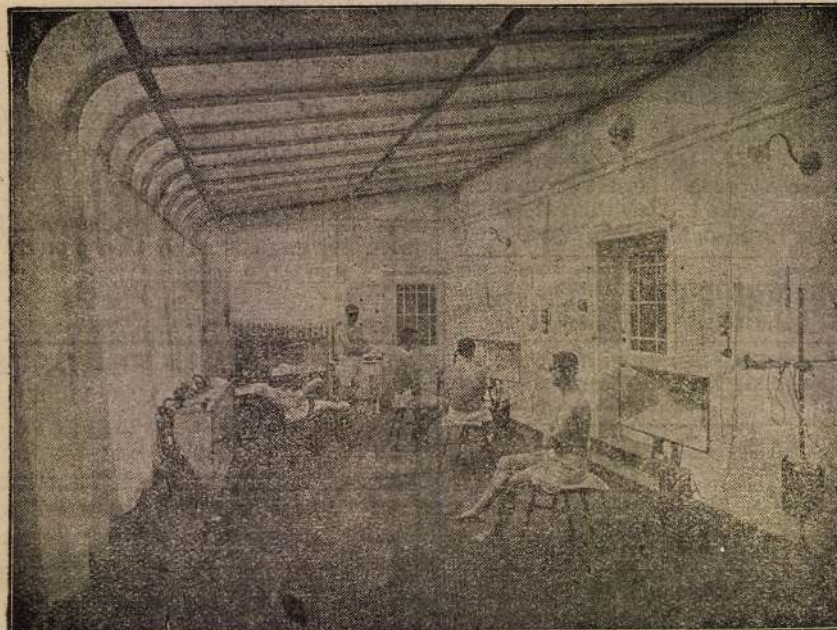
(Elixirum ferri albuminati Pollatsek)
et combinationes:

c. arseno mife, c. arseno forte, c. phosphoro,
c. bromo, c. jodo.

MARADANDÓ SIKER

kiséri diadalmas útján a Professor Jesionek (egyetemi bőrklinika, Giessen) szerinti mesterséges magaslapi napfényt (Künstliche Höhensonne). Az Ultraviolett-therapia (mesterséges helio-therapia) Prof. Jesionek elvei szerint a világháború alatt az

Künstliche Höhensonne — Original Hanau —



Az Isar balparti müncheni kórház besugárzó-terme.

utolsó évszázad legnagyobb orvosi sikere lett és ma nélkülözhetetlennek tartják orvos, kórház vagy sanatorium számára, valamint a rachitis, görvélykór és tuberculosis leküzdésére. 750 orvosi közlemény. Számos ezer besugárzó készülék használatban.

Eredeti gyárosok: Quarzlampengesellschaft m. b. H., Hanau a. M. Postfachnummer 395.

Heyden

Salit

Tartalmaz 50% Salicylsavbornylestert

Gyors fájdalomcsillapító szer

rheumás és neuralgiás megbetegedések
külső kezelésére.

A bőr a Salitot hígítás nélkül is tűri. A Salitból 2—3-szor naponta, különösen este, $\frac{1}{2}$ —1 kávéskanál a jól tisztított és leszárított fájdalmas helyre bedörzsölendő.

Salitum purum 25, 50 és 100 gr.-os üvegekben.

Salit olajjal 35 és 70 gr.-os üvegekben.

Xeroform

Tribromphenolwismut.

Kb. 50% Wismutoxyd-tartalommal.

Száraz sebkezelés számára.

Ingermentes, sterilizálható, erős desodorans, gyorsan ható hámosító erővel és jelentékeny secretiogátló hatással. Megszünteti a fájdalmat és a viszketésséget. Különösen hatásos nedvező ekzémák, ulcus cruris és égés-sebek ellen.

Hintődobozok és hintőüvegek 5—5 gr.-mal.

Bádogdobozok 25, 50, 100 gr.-mal.

Tannismut

Bismutum bitannicum.

Erélyesen ható béladstringens.

Egyesíti magában a wismut és tannin hatását.

Kb. 22% wismutoxyd-tartalommal.

Alkalmazási tere: Acut, subacut és idősült bélhurutok, még tuberculotikusok diarrhoeái is.

Adagolás: 3—5-ször naponta 0.5—1 g.

Üvegcsövecskék 20 tablettával à 0.5 gr.

10, 25, 50, 100 gr.-os dobozokban.

Solveol

Neutralis vizes kresololdat.

Vízzel azonnal keverhető antisepticum.

Állandóan egyforma összetétel. Lényeges fertőtlenítő erő aránylag csekély toxicitás mellett. Helyi izgató hatás kizárva. Fémeket (műszereket), bőrátút stb. nem mar. A kezek nem válnak sikkamlóssá. 1—3%-os vizes oldatban a kezek, a műszerek, a műtét terület, a sebek fertőtlenítésére és a hüvely, anyaméh és hólyag öblítésére; mint 3—5%-os kenőcs bőrbajok (ekzémák) és parasitaer megbetegedések (pondróbetegek) leküzdésére.

Ecsételések sykosis és a bőr más gyulladásos genyes megbetegedései esetén.

100, 250, 500, 1000 gr.-os üvegekben.

Próbák és irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden.

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Babarczy Mária: Közlemény a budapesti kir. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi tanár.) A vér cholesterol-tartalmának változása cholelithiasisos betegekben. 297. oldal.

Wollner Antal: Közlemény a magy. kir. Pázmány Péter tudományegyetem 2. sz. női klinikájáról. (Igazgató előbb: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, 1917 óta: Tóth István dr., egyet. ny. r. tanár.) Császármetszések különleges indikációi alapján. 299. oldal.

Budapesti Kir. Orvosegyesület. (XIV. rendes tudományos ülés 1922 május 6.-án. 301. oldal.)

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Sebészet. Dopisch:* A Meckel-diverticulum invaginációjáról rákövetkező vékonybél-invaginációval. — *Ideg- és elmekórban. Negro:* Az encephalitis utáni parkinsonismusnak új tünetéről. — *Venerés betegségek.* A német syphilidológusok nyilatkozata a salvarsanról. — *Gyermekorvostan. Bossert:* A Röntgenkép jelentőségéről a gümőkór diagnosztikájában. — *R. Müller és H. Plauner:* A kombinált neosalvarsan- és organuetin-gyógykezelésről. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 302–304. oldal.

Vegyes hírek. 304. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Bálint Rezső dr., egyetemi tanár.)

A vér cholesterol-tartalmának változása cholelithiasisos betegekben.

Írta: Babarczy Mária dr.

A cholesterolnek a különböző szervekben és szövetekben lévő mennyiségére vonatkozólag Hess Taysen végzett tűztes összehasonlító vizsgálatokat és azt találta, hogy a cholesterol csak a vérben van állandónak mondható mennyiségben. A vér cholesterol-tartalma emberben: Autenrieth és Funk szerint 0.14–0.16%; Backmeister és Henes szerint 0.11–0.18%; Chauffard szerint 0.14–0.16%; W. Stepp szerint 0.13–0.17%.

A vér cholesterol-tartalma megváltozik már physiologiás viszonyok közt is táplálkozáskor, cholesterol-tartalmú tápanyagok élvezetekor, a mint azt a francia iskola Chauffard és Grigaut-val az élén állította s a mint Pribram, Fraser, Gardner, Morgenroth, Backmeister és mások vizsgálatai is bizonyították. A táplálék okozta cholesterol-növekedés azonban csak ideiglenes s a táplálék felvétele után 12–15 órával már ismét normalis a vér cholesterol tartalma (Chauffard).

A vér cholesterol-tartalma azonban megváltozik a táplálkozástól függetlenül és állandó jellegűen a szervezet physiologiás és pathologiás elváltozásai esetén, például a terhességben, betegségekben. E megváltozás mindkét irányban lehetséges: megkevesbedhetik a vér cholesterol-tartalma, hypocholesterinaemia állhat elő, és megszaporodhatik, hypercholesterinaemia keletkezhetik.

A vér cholesterol-tartalmának bizonyos irányú megváltozása a betegségek egy részében tisztázódott, mivel az ezekre vonatkozó vizsgálati eredmények megegyeztek. Így például egyértelműen hypercholesterinaemiát találtak xanthoma eseteiben (Schmidt, Autenrieth és Funk, Weil, Arning és Lippmann); fertőző betegségek reconvalescentiájában (Chauffard, Guy-Laroche, Grigaut, Havers); a terhesség második felében (Mimie, Hoffmann, Chauffard, Grigaut, Klinkert, Autenrieth és Funk); a climacteriumban (Chauffard, Grigaut).

Ugyancsak egyértelműleg hypocholesterinaemiát találtak súlyos anaemia, cachexia eseteiben (Backmeister és Henes, Klinkert); az öregkorban (Backmeister, Henes); fertőző betegségek elején (Backmeister és Henes, Chauffard, Guy-Laroche, Grigaut, Majolo, Bonaventura); tabes eseteiben (Pribram, Weltmann).

Az esetek egy más részében az eleinte ellentmondónak látszó adatok később tisztázódtak. Ilyenek a vesebajok, melyekre vonatkozólag a régebbi szerzők vizsgálati adatai ellentmondónak látszóttak, utóbb azonban kiderült, hogy ott, ahol nephrosis vagy lényeges nephrosisos componens szerepel,

hypercholesterinaemia van (Stepp), míg nephritis eseteiben normalis a vér cholesterol-tartalma (Pribram).

Az esetek harmadik részében a vér cholesterol-tartalmának viselkedése ma sincs tisztázva. Ide tartozik a diabetes mellitus, melyben Chauffard, Grigaut, Backmeister és Henes, Fischer és Klinkert hypercholesterinaemiát talált, míg Klemperer és Umber változó értékeket talált és Apert, Pechery és Boullard-dal együtt kiemelik, hogy csak a súlyos, acidosisal járó esetben van hypercholesterinaemia.

Ide tartozik a cholelithiasis is, melyben, hogy csak néhányat említek, Weil és Defoye hypercholesterinaemiát, Stepp és Majolo, Bonaventura változó vércholesterin-mennyiséget talált és Rosenthal-Holzer csak az icterussal járó epeút-elzáródásokat téven vizsgálat tárgyává, azokban talált hypercholesterinaemiát. Általában, ha a cholesterol-irodalmat áttekintjük, azt az impressiót nyerjük, hogy szemben más betegségekkel, a cholelithiasisban szereplő cholesterol értékeiről kevesebb szó esik. Pedig az a körülmény, hogy a cholesterol fő kiválasztási helye a máj, fő kiválasztási útja az epe, valószínűvé teszi, hogy az epeutak ilyen jelentékeny megbetegedése, mint a cholelithiasis, a vér cholesterol-értékében bizonyos szabályszerűen jelentkező elváltozást hoz létre. E megfontolás alapján vizsgáltam cholelithiasisos betegek véréit.

Vizsgálataim végzésére több módszer állott rendelkezésemre. Ezek közül kétségtelenül a legpontosabb Windaus módszere, különösen Thaysen módosításában. Ez a digitoninos módszer azonban klinikai vizsgálatokra hosszadalmas. Ezért inkább colorimetriás módszert választottam. Colorimetria céljaira egyrészt a Salkowski-, másrészt a Liebermann-Burhard-próbák többszörösen ki vannak dolgozva. A Liebermann-Burhard-reakción alapuló colorimetriás eljárások közül különösen kétfő van elterjedve, az Autenrieth-Funk- és legutóbb a Bloor-féle. Az utóbbival dolgoztam, pontosan Bloor-nak előírása szerint (J. of Biol. Chem. 1916, 228), csak annyiban térve el attól, hogy a Hellige-féle colorimetert használtam.

Parallel értékeim egymás közt s az egyes vérre vonatkozó ismételt vizsgálatok jól egyeztek s a normal egyénben talált vércholesterin-értékeim megfelelnek más szerzőknek más methodusokkal nyert középcholesterin-értékeinek.

I.	0.18%	IV.	0.15%	VII.	0.15%
II.	0.15%	V.	0.13%	VIII.	0.13%
III.	0.15%	VI.	0.18%	IX.	0.14%

Hogy a táplálék okozta cholesterolváltozást kikerüljem, vizsgálataimhoz mindig reggel, üres gyomorra vettem a vért.

Cholelithiasisos betegek véréit vizsgálva, az első vizsgálatok nagyon különböző értékeket adtak, így például az első öt esetben a következő értékeket kaptam:

1. Sz.-né	0.13%	4. 14. sz.	0.10%
2. 39. sz.	0.11%	5. 40. sz.	0.12%
3. 45. sz.	0.22%		

Tehát találtam normalis, csökkent és emelkedett cholesterolin-értékeket.

A cholesterolin-tartalom ezen eltérő viselkedésének okát keresve, arra gondoltam, hogy talán a cholelithiasisnak valamelyik fontos tényezője eseteimben különbözőképpen szerepelt. Egy ilyen fontos tényezője a cholelithiasisnak maga a cholelithiasis roham. Úgy állítottam be tehát vizsgálataimat, hogy azoknak a cholelithiasis rohamhoz való egyik relatiója, az időbeli relatio lehetőleg egyenlő legyen. S hogy a mellett az alimentaris factort kizárjam, a betegek vérében a cholesterolint a cholelithiasis roham után másnap reggel üres gyomorra határoztam meg. A talált cholesterolin-értékek a következők:

36. sz. G.	0.25%	45. sz. C.	0.22%
39. sz. H.	0.27%	46. sz. F.	0.26%
38. sz. G.	0.24%	49. sz. D.	0.17%
84. sz. St.	0.31%	38. sz. Sz.	0.20%
45. sz. N.	0.22%	79. sz. L.	0.23%
59. sz. Sch.	0.19%	50. sz. F.	0.24%
38. sz. Hg.	0.20%		

Roham után másnap reggel tehát valamennyi vizsgált cholelithiasis-esetemben hypercholesterinaemiát találtam. Kiemelem, hogy eseteim közt az icterusos és icterus nélküli esetek vegyesen fordulnak elő és egyenlően mutatják a hypercholesterinaemiát.

Gondoltam arra, hogy nem valami olyan tényező okozza-e a cholesterolin-emelkedést, a mely nemcsak a cholelithiasis rohamnak, hanem más görcsös, rohamzerű megbetegedésnek is a közös tulajdonsága. Ezért vizsgálatokat végeztem appendicitis, crises gastriques, nephrolithiasis és görcsös fájdalommal járó ulcus ventriculi eseteiben is. Meghatározásaim eredménye a következő:

Nephrolithiasis beteg vérének cholesterolin-tartalma:
0.12%

Crises gastrique-es betegek vérének cholesterolin-tartalma:
1. 0.11%
2. 0.14%
3. 0.18%
4. 0.11%

Appendicitis betegek vérének cholesterolin-tartalma:
1. 0.16%
2. 0.12%
3. 0.15%

Ulcus ventriculi-ban szenvedők vérének cholesterolin-tartalma:

1. 35. sz. L.	0.10%	12. 31. sz.	0.11%
2. 42. sz. L.	0.03%	13. 87. sz.	0.13%
3. 34. sz. N.	0.085%	14. 12. sz. G.	0.12%
4. 7. sz. K.	0.15%	15. 24. sz. B.	0.08%
5. 18. sz. H.	0.10%	16. 35. sz. B.	0.10%
6. 70. sz.	0.14%	17. 1. sz. K.	0.12%
7. 7. sz. S.	0.15%	18. 15. sz. H.	0.12%
8. 21. sz. F.	0.09%	19. 10. sz. L.	0.10%
9. 39. sz. L.	0.14%	20. 26. sz. B.	0.08%
10. 13. sz. G.	0.14%	21. 27. sz. W.	0.06%
11. 1. sz. A.	0.10%		

Vizsgálataimmal tehát crises gastriques, appendicitis, nephrolithiasis és görcsös fájásokkal járó ulcus ventriculi eseteiben nem találtam hypercholesterinaemiát.

Adataimból tehát úgy látszik, hogy a hypercholesterinaemia nem általában a görcsös rohamoknak, hanem specialisan a cholelithiasis rohamnak a következménye.

Az ulcus ventriculi-esetekben feltűnő, hogy a vér cholesterolin-tartalma vagy a normalis alsó határán van, vagy kifejezetten hypocholesterinaemiás. Az ulcus ventriculi-esetek közt vannak kisgörbületi, pylorus- és duodenalis ulcusok. Ez az ulcus eseteiben mutatkozó hypocholesterinaemia olyan állandónak látszik, hogy főleg görcsös duodenalis ulcusban, szemben az epeköves rohamok hypercholesterinaemiájával, kétes esetekben mint diagnostikai jel is szóba jöhet.

Ha a cholelithiasisban észlelt hypercholesterinaemia a cholelithiasis rohammal szoros összefüggésben van, akkor feltehető, hogy a roham lezajlása után a vér cholesterolin-

értékében is bizonyos változás áll be. Erre vonatkozólag végzett vizsgálataim a következőket mutatták:

		A vér cholesterin- tartalma
42. sz. K. roham utáni reggel	december 3.-án	0.28%
	december 10.-én	0.18%
13. sz. K. roham utáni reggel	október 14.-én	0.21%
	október 20.-án	0.17%
	október 26.-án	0.15%
7. sz. W. roham utáni reggel	december 2.-án	0.27%
	december 9.-én	0.15%
	december 15.-én	0.10%
36. sz. G. roham utáni reggel	február 14.-én	0.25%
	február 20.-án	0.24%
	március 1.-én	0.17%
75. sz. N. roham utáni reggel	november 25.-én	0.21%
	december 2.-án	0.14%

Vizsgált eseteimben a cholelithiasis roham lezajlása után 1—2 héttel a vér cholesterolin-tartalma ismét a normalisra szállt le, a 7. sz. betegben pedig a normalis alá. A 42. számú betegben az észlelés közben egy újabb roham beállta után újra jelentkezett a hypercholesterinaemia (december 17.-én 0.24% a vér cholesterolin-tartalma).

A cholelithiasis roham után jelentkező hypercholesterinaemiának az oka lehetne vagy cholesterolin-mobilisatio a szervezet cholesterolin-raktáraiból, vagy cholesterolin-retentio a máj cholesterolin-kiválasztóképességének csökkenése folytán.

Az utóbbi mellett szólnak Medák és Pribram vizsgálatai, a kik az Einhorn-féle duodenalis szondával vizsgálták különböző betegek duodenum-tartalmát és azt találták, hogy míg rohammentes cholelithiasis betegekben a duodenum cholesterolin-tartalma magas volt (0.403—0.557 gr.), addig cholelithiasis roham után közvetlenül sokkal alacsonyabb (0.182 gr. napi mennyiség). Ugyancsak az utóbbi mellett bizonyítanak Hermann Beth vizsgálatai, a ki rohammentes cholelithiasisban a duodenum cholesterolin-tartalmát húszszor nagyobbra találta, mint közvetlenül a roham után (0.08% gr. a rohammentes és 0.004% gr. a közvetlenül a roham után vizsgált cholelithiasis beteg duodenum cholesterolin-tartalma).

Hasonló vizsgálatokat az Einhorn-féle duodenalis szondával magam is végeztem. Az üres gyomorra levezetett duodenalis szondával 1 órán át gyűjtöttem a duodenum-tartalmat s cholesterolin-mennyiségét Autenrieth és Funk szerint meghatározva, átszámítottam a 24 órai mennyiségre Pribram és Medák szerint. Eredményeim a fent említett szerzők vizsgálataival egyértelműen a mellett szólnak, hogy a cholelithiasis roham utáni hypercholesterinaemiát cholesterolinretentio okozza a máj csökkent cholesterolin-kiválasztó működése folytán. Például a 42. számú betegben azt találtam, hogy a mikor a vér cholesterolin-tartalma 0.15% volt, ugyanakkor a duodenum cholesterolin-tartalma napi 0.67 gr.-ot tett ki. S mikor az észlelés közben beállt egy roham után a vér cholesterolin-tartalma felemelkedett 0.24%-ra, ugyanakkor a duodenum cholesterolin-tartalma leszállt nyomokra.

Hogy a máj cholesterolin-kiválasztó képessége gyors változásokat mutathat, azt igazolják Backmeister és Henes epe-sipolyos, terhes kutyákon végzett kísérletei, a melyekben a szülés után pár óra alatt a vér cholesterolin-tartalmának le-szállását és ezzel parallel az epe cholesterolinjének felemelkedését észlelték.

Összefoglalás.

1. Complicatio nélküli cholelithiasisban szenvedő beteg vérének cholesterolin-tartalma a rohammentes időben normalis.

2. E cholesterolin-tartalom a roham után közvetlenül fel-emelkedik, úgy hogy hypercholesterinaemia keletkezik, mely körülbelül 1 hétig tart.

3. A vér cholesterolin-tartalmának e növekedése annyira állandó, hogy más hasonló fájdalommal járó betegséggel szemben (például ulcus) differentialis diagnostikai momentum gyanánt szerepelhet.

Közlemény a magy. kir. Pázmány Péter tudományegyetem 2. sz. női klinikájáról. (Igazgató előbb: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, 1917 óta: Tóth István dr., egyet. ny. r. tanár.)

Császármetszések különleges indikációk alapján.

Irta: Wollner Antal dr.

(Folytatás.)

Placenta praevia.

A placenta praevia a szülő nő legsúlyosabb veszélye mellett a szülésnek legtöbb magzatélelmet követelő szövődménye. A szülő nő legközvetlenebb veszélye a vérzés. A placenta praevia súlyosabb alakjaiban már a terhesség vége felé jelentkezik a vérzés, mely hosszabb-rövidebb időközökben ismétlődik, centralis placenta praevia esetén igen tetemes lehet s midőn már megindult a szülés, mind nagyobb területen válván le a lepény és nyilván meg ezáltal az uteroplacentalis sinusok, állandóan fennáll. Azokban az esetekben, melyekben a vérzés már a terhesség alatt több ízben véromlás alakjában áll be, rendszerint a lepénynek nagy terjedelemben való tapadását az alsó szakaszon tételezhetjük fel; e korai heves vérzések leggyakrabban centralis placenta praeviára engednek következtetni. Tapasztalati tény, hogy az ilyen terhességi vérzések esetén nem lehet az eset súlyosságának mértéke az a veszített vérmennyiség, melyet az egyszeri vérzés kapcsán észlelünk. Tudnunk kell azt, hogy az ilyen megismétlődő vérzések után, ha minden esetben könnyen sikerül is csillapítanunk azt, a szülés idejéig a terhes nőnek olyan, a chronikus anaemiához hasonló állapota fejlődik ki, mely az anyai szervezet csökkent ellenállóképessége folytán a szülés normalis vérvesztését (körülbelül 400—500 gr.) is már végzetessé teheti az anyára nézve. A terhesség végén jelentkező vérzés felett, szűnjék meg az akár spontán, akár beavatkozásunk (tamponade) révén, egy esetben sem térhetünk napirendre a nélkül, hogy a szülés esélyeit az előbbiek értelmében ne mérlegelnők. A placenta praevia-tanulmányok kivétel nélkül sorolnak fel eseteket, melyekben a szülés alatti vérvesztés minimális volta mellett is elvérzéses halál következett be. Ez elvérzések a terhesség alatt már fennállott vérvesztések cumulatív hatásával magyarázhatók. Másik főveszélye az anyai szervezetnek, mely bár nem oly közvetlenül érezteti hatását, mint a vérzés, de ennél még veszedelemesebb: a fertőzés. Leggyakoribb oka ennek a vérzés legelterjedtebb kezelésmódja: a tamponálás. A terhesség vagy a szülés alatt beálló vérzés esetén a baba, illetőleg orvos gyorsan igyekszik elkészülni a félelmetes szövődménnyel, s sokszor a félelem, a bizonytalan tudás hatása alatt, gondolkodás nélkül, kevés súlyt helyezve a sterilításra, történik a tamponálás, hogy a vérzés addig is, míg a beteg beszállítása valamely intézetbe sikerül, csillapíttassék. E körülmény mellett a fertőzésnek igen kedvez az anyai szervezetnek az előző vérzések miatt gyengült ellenállóképessége, s az, hogy a lepény tapadási helye igen közel van a mikroorganizmusokkal mindig ellepett hüvelyhez és nyakcsatornához, nem úgy mint a lepény rendes tapadásánál, hol a peteür hatásos védgátja a csírák behatolásának. Placenta praevia esetén Bar szerint 6.5%-ban fertőzés, 2.6%-ban elvérzés volt a halál oka. Couvelaire szerint placenta praevia eseteiben a halál az esetek $\frac{2}{3}$ -ában fertőzés következtében áll be. Kehrer 115 tamponált eset közül 4.3%-o anyai mortalitást sepsissel talált. Strassmann szerint a tamponáltak 34.9%-a lett lázas a gyermekágyban s 7.9%-a sepsisben halt meg. Reinhardt a placenta praevia 58.2%-át, Arnold 45%-át, Hiess középértékben 60%-át találta lázasnak a gyermekágyban. Mindez adatokból látnivaló, hogy éa lepénynek az alsó szakaszon való tapadása, az előző vérzések s ezek kezelésmódjai a fertőzés szempontjából még az elvérzés veszélyénél is nagyobb veszélyt jelentenek az anyára nézve.

A szülő nő harmadik, de az előzőknél lényegesen kisebb veszélye placenta praevia kapcsán a légembolia. A tátongó, nyitott sinusok a méhüri manipulációk közben kapui lehetnek levegőrézecskek behatolásának. E halál-ok azonban bebizonyíthatólag csak igen ritkán szerepel a placenta praevia esetekben.

A mi a magzati szempontokat illeti, placenta praevia kapcsán átlagban 55—65% magzat pusztul el. Az esetek jelentős számában azonban a magzat érdeke elhanyagolható; ide tartoznak azok az esetek, midőn a szülés megindultával, illetőleg az esetnek észlelésünk alá kerültével a magzat életviszonyai már olyanok, hogy ez érdekek az anyáéval szemben elhanyagolhatók. Nürnberg nagy anyagon dolgozott placenta praevia-tanulmányában kimutatja, hogy az esetek 43.2%-ában a kezelés tekintetében a magzatra nem kellett már tekintettel lenni. A többi statisztika is ezt megközelítő százalékban találja e körülményt. Klinikánk tíz évi anyagát dolgozván fel „A II. sz. női klinikán lefolyt szülések magzatalálózásának körülményei stb.” című dolgozatomban (Orvosi Hetilap, 1918, 51., 52. sz.), placenta praevia kapcsán az élő, kiviselt magzatok arányszámát csak 26.6%-nak találtam. A placenta praevia-esetek kisebbik felében találkozunk tehát élő, érett magzattal, ezek az esetek maradnak azok, melyekben a magzat megmentése érdekében kell kezelésünk tökéletesítését keresnünk. A magzat életveszélyét a hiányos fejlettséggel való születés mellett az elvérzés lehetősége alkotja.

Az előbbiekben vázoltuk a placenta praeviának úgy anyai, mint magzati szempontból való veszélyeit, s láthatjuk ebből, hogy e szövődmény a legváltozatosabb alakban való jelentkezése mellett az anyai és magzati veszélyek és érdekek oly szövevénye, mely körülmény érthetővé teszi azt, hogy minden szempontból kielégítő kezelésmódot találni igen nehéz s mindeztideig nem is sikerült.

A kezelés vitás kérdése a szövődmény azon alakjaiban áll fenn, melyekben az egyszerű, úgy az anyára, mint a magzatra nézve legveszélytelenebb eljárással: a burokrepesztéssel célt nem értünk. Ezekhez az esetekhez tartoznak a laterális placenta praevia nagy része és a centralis placenta praevia-alakok. Ez esetek legrégibb klasszikus kezelésmódja, a Braxton-Hicks-fordítás révén lehozott láb és a farral való tamponálás, a mint a nagyszámú tapasztalatok egybehangzóan megállapították, az anya szempontjából úgy a vérzéscsillapítás, mint a fertőzés tekintetében a legjobb eredményeket szolgáltatva. Az egyetlen körülmény, mely e kezelésmód használatosságának jóvá nem tehető hibája, az, hogy az esetek túlnyomó számában (70—80%) elvesztjük a magzatot. A Braxton-Hicks-fordítás után a magzat testével való tamponálás mai napig is a legjobb eredményeket adja azokban a nem ritka esetekben, midőn a magzat életkörülményei már nem befolyásolják beavatkozásunk módját, mert a magzat elhalt, avagy a fejlődés oly alacsony fokán van (VIII. hónapnál fiatalabb), hogy élve születése esetén is problematikus kilátást nyújt extrauterin továbbfejlődésére vonatkozólag. Élő és kiviselt, vagy közel érett magzatnak azonban még placenta praevia esetén is felelődjése az anya érdekéért, nehezen egyeztethető össze a mai modern szülészeti törekvéseivel. A magzatmentő kezelésmód keresése vezetett el a hysteuryssis-hez, mely kezelésmódnak az irodalomban sok eset kapcsán ismertük meg eredményeit; klinikánkról előbb említett közleményemben 15 eset kapcsán számoltam be tapasztalatainkról. Általában a hysteuryssissel kapcsolatban az a vélemény alakult ki, hogy bár a magzatalálózást nagy mértékben sikerül vele lenyomni (20—30%), az anya szempontjából sem a vérzés, sem különösen a fertőzés veszélye tekintetében biztonságosnak nem tarthatjuk.

Érthető ilyen körülmények között, hogy tovább folyt a kutatás a modern szülészetben oly eljárás után, mely az anya legkisebb veszélyeztetése inellett a magzat életét legjobban biztosítja s e törekvés vezetett a placenta praevia sebészeti kezelésének kifejlesztéséhez.

A placenta praevia sebészeti kezelése a múlt század 90-es éveit kezdettől amerikai szülészektől indult ki. Európában sokáig nem bírt népszerűsége jutni, míg 1908-ban Krönig és Sellheim ajánlatára került a császármetszés a placenta praevia kezelésmódjai közé. Bumm és Döderlein a császármetszés vaginalis módját ajánlotta placenta praevia eseteiben, e műtési mód azonban úgy a vérzés, mint a fertőzés veszélyének szempontjából rossz eredményeket hozott. Nürnberg a

Döderlein-klinikáról, abból az intézetből, melyben a leggyakrabban végezték placenta praevia kapcsán a vaginalis császármetszést, 125 ilyen műtétéről számol be. Ez esetekben az összes anyai mortalitás 9.6%-o volt, ebből elvérzésre 4.8%-o esett. A magzati halálozás 15.2%-o-ra rúgott. Más intézetek még ennél is rosszabb eredményekről számolnak be, úgy hogy látnivaló, hogy a vaginalis császármetszés placenta praevia esetén nem sikeres eljárás s ennek megfelelően a szerzők legnagyobb része (*Bumm, Stoeckel, Bar, Zweifel* stb.) el is fordult e műtét módjól.

Az abdominalis úton végzett klasszikus császármetszéssel legbiztosabban lehetünk urai a vérzésnek. Meg tudjuk előzni a méh alsó szakaszának tágulását, ezzel elejét tudjuk venni az életveszélyes vérzéseknek, másrészt csaknem teljes biztossággal élve tudjuk világra hozni a magzatot. A császármetszésnél azonban oly körülményeket is tekintetbe kell vennünk, melyek ezeket a tagadhatatlanul nagy előnyöket többé-kevésbé lerontják. A placenta praevia közme tudva-levőleg nem kerül tiszta, steril állapotban észlelésünk alá. A tamponált, odakünn bába vagy orvos által vizsgált szülőnő, a mint az előbbiekből láthattuk, nagy százalékban (körülbelül 50–60%-ban) lázas gyermekágyának néz elébe s ennek tudatában kockázatos a szülőnőt császármetszésnek kitenni. Ezért az amerikai szerzők közül *Cragin* elveti a császármetszést placenta praevia eseteiben, *Davis, Frey* csak bizonyos esetekben tartja megengedhetőnek, és pedig centralis placenta praevia, rigid cervix, élő és életképes magzat esetén, fertőzöttségre nem gyanus esetekben. Ha azonban e szigorú feltételeket betartjuk, a császármetszés indikációja igen szűk körre szorul. Így legutóbb *Hieiss* a körülmények ily szigorú mérlegelése mellett 724 placenta praevia-eset közül csak egyet talált császármetszésre alkalmasnak. Mi szintén csak egy esetet végeztünk, s ez a következő volt:

1859/1656. 1910. 35 éves I.-P. Nagy vérzés miatt híviák ki a poliklinikumot. Lelet: Normalis medenczeméret, betöltött 9 hónapos terhesség, élő magzat. Belső vizsgálat: Zárt méhszáj, megtartott portio, a hüvelyboltozatot át szivacsos tapintat. Beszállítják a klinikára. Négy napi megfigyelés alatt kevés vérérvárgást észlelünk. Temperatura: 37.0. Pulsus: 86. Az ötödik napon megindul a szülőtevékenység és ezzel kapcsolatban nagy vérzés áll be. Az újjnyi méhszájon keresztül most már körkörös lepenyszövet tapintható. Kolpeuryntert helyezünk be. Az eset mérlegelésekor tekintetbe kell vennünk, hogy idős primiparáról van szó, a ki 17 évi házasság után először terhes, s ki tudja lesz-e újra conceptioja. Élő magzatot kíván. A férj annál is inkább beleegyezik a laparotómiába, mert első felesége placenta praeviaiban elvérzett. Typusos klasszikus császármetszést végzünk. Élő érett fiúgyermek születik (52, 2500, 34 $\frac{1}{2}$). A gyermekágyi lefolyás: a hasseb per primam gyógyult, a 11. napon láz jelentkezik, ennek oka: mastitis. A gennygőz megnyitása után láztalan lefolyás, a 30. napon rendes genitális lelettel bocsátjuk el. A magzat egészségesen, 500 gr.-ot gyarapodva hagyja el a klinikát.

Fertőzöttségre gyanus esetekben a császármetszés nagyobb biztonságát van hivatva meghozni a méhmetzésnek a méhnyakra való helyezése. *Zweifel* tapasztalatai szerint a cervicalis metszéssel sikerül a méhnyakat a lepeny tapadási helye alatt megnyitni, s így elkerülhetjük a nagyobb vérzést. Mások, így például *Stoeckel* a cervicalis metszést azért ajánlja, mert a metszés közel fut a lepeny tapadási helyéhez, s így könnyebbé válik a vérzés közvetlen csillapítására. Ehhez az állásponthoz újabban mind többen csatlakoznak (*Deglise, Lönne* stb.), kik szerint a cervicalis császármetszés van hivatva meghozni azt a biztonságot, mely eddig a fertőzés következményeitől való félelem által megszorított indikációját a császármetszésnek a placenta praevia kezelésében is kiterjeszthetővé teszi.

A placenta praevia-esetekben végzett sebész beavatkozások másik főcsoportja azokból az esetekből áll, a melyekben szükségessé válik a méh eltávolítása akár en bloc a benne levő magzattal, akár előzetesen végzett császármetszés után.

Ide tartoznak következő eseteink:

1. 806/706. 1910. 40 éves VIII.-P. Előző szülései rendesek, három élő gyermeke van. Bejövetele előtt négy nappal kezdett vérezni, azóta minden nap igen erősen vérzik, vidékről tamponálva szállítják be. Felvételt: súlyos anaemia, az érőkés üres, 130–140 között, betöltött 9 hónapos terhesség. A magzatnak életjelenségei nincsenek. Belső vizsgálat: Két újjnyi méhszáj, részben kifejtett portio, centralis placenta praevia. Mérlegelve azt, hogy a szülőnő jelen kivérzett állapotában a

legkisebb további vérvesztésbe is belepusztulna, csak oly eljárás lehet helyén, mely vértelenül tudja a szülést befejezni. Ilyen eljárás az előzetes lekötések mellett végzett amputatioja a méhnek. A méhet in toto vesszük ki a cardinalis szalagok és uterinák lekötése után. Hogy a méh tartalmából semmi se juthasson a hasürbe, a levágási vonal felett két nagy klammerrel fogjuk le a méhet. A gyermekágyi lefolyást illetőleg: a 2. napon megszűnnek az anaemia tünetei. A hasseb per primam gyógyult, a 7. napon kisebb hőemelkedés, melynek oka múltó bronchitis. A 17. napon rendes genitális lelettel elbocsátjuk az anyát.

2. 1685/1494. 1910. 38 éves II.-P. Első szülése abortus. Bejövetele előtt hat héttel kapott első ízben heves vérzést. Azóta három ízben vérzett újból. Felvételt: Igen sápadt nő, érőkése 96, elég telt. Élő, kiviselt magzat. Rendes medenczeméret. Belső vizsgálat: Zárt méhszáj, portio megtartott, hüvelyben véres-törmelékes váladék, az elülső hüvelyboltozat pastosus tapintatú, a méh alsó szakaszán erős placentalis zöreje. A hüvely felső harmadában infantilis gyűrűszerű szűkület. Diagnosis: Placenta praevia centralis. Az intelligens egyén 14 évi házasság után most jutott először abba a helyzetbe, hogy terhet kiviselje, magzatának élve való világhozatalát mindenáron követeli, mégis a maga életének lehető legkisebb veszélyeztetése útján. Placenta praevia-ról lévén szó, a magzat szempontjából a hüvelyi úton való szülés-befejezés rossz kilátásaival szemben az abdominalis út az ajánlatosabb, mert az anya kívánságát számba véve, ez úton tudjuk csak a magzatot emberi számításra biztosan élve a világra hozni. Az anya szempontjából a kilátások úgy állanak, hogy a 38 éves, a szülés szempontjából primigravidának tekintendő s máris eléggé kivérzett egyénre a lágy szüloutak jelzett minősége és rendellenessége mellett, nagy fejlettségű magzatnál, a szülésnek hüvelyi úton való befejezése kiszámíthatatlan nagy, s mindenesetre nagyobb veszélyt jelent, mint ha a méhet abdominalis úton ürítjük ki. A méh kigördítésével végezzük a klasszikus császármetszést, az erősen fejlett leánygyermek (57, 4000, 37) apnoében születik, pár perc múlva hangosan sír. A lepeny teljesen fedi a belső méhszájat, leválasztjuk, eltávolítjuk. Ezután a méh igen atoniás, a lepeny tapadása helyéről igen jelentős a vérzés, a beteg az acut anaemia tüneteit mutatja, ezért hysterotómiára határozzuk magunkat. Typusos lefolyás. A gyermekágyban az anya láztalan, a hasseb per primam gyógyult. A 20. napon rendes lelettel távozik. A magzat egészséges, 300 gr.-ot gyarapodott.

3. 654/574. 1912. 40 éves XI.-P. Előző szülései rendesek, nyolcz gyermeke él. Terhességének V. hónapjában vérzett első ízben, mely vérzés ágynyugalomra két nap alatt szűnt. Bejövetele előtt két nappal erősen vérzett, orvosa vidékről, tamponade-dal küldi be. Felvételt: igen nagyfokú anaemia, érőkés 140, könnyen elnyomható. Haemoglobin 30%. Temperatura: 36.5°. VIII. hónapos terhesség, a magzatnak életjelenségei vannak. Belső vizsgálat: Ujjkúpnyi méhszáj, a hüvelyboltozatot át mindenütt szivacsos tapintatú tömeg érezhető. Állandó vérszivárgás. A szülőnő anaemiája oly fenyegető, hogy a szülést rövidesen, lehetőleg vértelenül kell befejeznünk. A szülés jelen stadiumában nem képzelhető ez el másképp, mint abdominalis úton. Klasszikus sebzéssel hozzuk világra az érett kora leánymagzatot (42, 1800, 30). Utána amputáljuk a méhet, tekintetbe véve, hogy 40 éves, nyolcz gyermekes anyáról van szó. A gyermekágyi lefolyás zavartalan, a hasseb per primam gyógyult, a 18. napon rendes genitális lelettel bocsátjuk el. A magzat felnevelhető nem volt, klinikai tartózkodása alatt halt el (debilitas congenita).

4. 1312/1207. 1913. 36 éves V.-P. Előző szülései rendesek, négy gyermeke él. Erős vérzéssel keresi fel a klinikát a terhesség végén. Belső vizsgálat: Két újjnyi méhszáj, kifejtett portio, a méhszáj fölött mindenütt lepenyszövet tapintható. A magzat már elhalt. Temperatura: 36.8. Pulsus: 96. Tamponade-dal 2 $\frac{1}{2}$ napig tartjuk észlelésünk alatt, ezután tekintettel az állandó vérzésre, s arra, hogy újabb vérvesztés a szív viselkedése miatt kiszámíthatatlan hatású lehet, okvetlen szükséges a szülés gyors befejezése. A szülés jelenlegi stadiumában leggyorsabban és legvértelenebbül a méh amputációjával érjük el azt. A méhet in toto a cardinalis szalagok és uterinák előzetes lekötése után távolítjuk el. Hemisectio portionis sec. Tóth. Drainezés a hüvelyen át. A gyermekágy lefolyása láztalan, a hasseb per primam gyógyult. A 25. napon rendes lelettel bocsátjuk el.

5. 719/647. 1914. 28 éves I.-P. Terhességének VIII. hónapjában vidékről szállítják be erős vérzés miatt, orvosa ott vizsgálta és tamponálta. Első vérzése terhességének már VI. hónapjában jelentkezett, ez a vérzés két nap múlva szűnt, egy hó múlva újra vérzett, majd bejövetele előtt egy héttel újból erős vérömlése volt. Felvételt: nagyfokú anaemia. Temperatura: 37.9. Pulsus: 100. A magzat elhalt. Belső vizsgálat: Ujjkúpnyi méhszáj, a hüvelyboltozatot át lepenyszövet tapintható körkörös. A cervix hátulsó falából csecsemőfejnyi subserosus myomagóc indul ki, mely szülési akadály. Az eset tehát főleg e szempontból műtét kezelést igényel. A laparotomia alkalmával látjuk, hogy a cervicalis gőcz kezdett spontán enukleálódni. Előzetes lefogásokkal en bloc távolítjuk el a méhet. Hemisectio portionis sec. Tóth. Drainezés a hüvelyen át. A gyermekágyi lefolyásban állandóan magas láz. A hasseb per primam gyógyult, a genitális vizsgálatkor a kis medenczét teljesen szabadnak találjuk. A láz oka: kétoldali pneumonia. A 10. napon meghal. Sectio: Pneumonia I. u. Degeneratio cordis. A műtét terrenuma per primam gyógyult.

6. 1079/1046. 1919. 31 éves X.-P. Előző szülései rendesek, öt gyermeke él. Vidékről szállítják be tamponálva. Két heti észlelésünk alatt újabb vérzés nincs. Terhesség végén levő nő, fájásai nincsenek. A fájások megindulával egyidejűleg igen erős vérzés indul meg. Belső vizsgálat: Két újjnyi méhszáj, mindenütt lepenyszövet tapintható. Ér-

lökés: 120, kis hullámú. Kolpeuryis. Tékintettel a nagyfokú anaemiára, minden újabb beálló vérzés végzetes lehet, centralis placenta praeviával lévén dolgunk, a fájások beálltával kiszámíthatatlan vérzésekre lehetünk elkészülve. A további vérvesztést csak úgy kerülhetjük el, ha laparotomia útján, a vérforrások előzetes lefogásával eltávolítjuk a méhet. A műtét lefolyása: En bloc távolítjuk el a méhet, s csak ezután vágjuk fel és távolítjuk el a kissé apnoës élő érett fiúmagzatot (50, 3500, 37). A világra hozott magzat csakhamar hangosan sír. Az eltávolított méhen a belső méhszáj felett körkörös lepény tapad. A gyermekágy lefolyás láztalan. A hasseb per primam gyógyult. A 14. napon rendes genitális lelettel hazabocsátjuk. A magzat egészségesen és gyorsan távozik.

7. 1263/1195. 1919. 45 éves IV.-P. Előző szülései közül egy abortus, egy gyermeke van életben. Bejövetele előtt két nappal kezdett vérezni, azóta állandóan vérzik. Felvételt: kifejezett acut anaemia, kiviselt terhesség, élő magzat. Belső vizsgálat: újjnyi méhszáj, a méhszáj felett lepényszövet tapintható. Minthogy a vérzés szűnőben van, observáljuk a beteget. Temperatura: 37.7. Pulsus: 76. Két heti észlelésünk alatt időnként erősen vérzik, ezért kolpeuryntert helyezünk be. Két hét után azonban tekintettel az állandóan megismétlődő vérzésekre és a centralis placenta praeviára s tekintetbe véve, hogy a szülő nő állapota annyira leromlott, hogy újabb vérzés katasztrofális volna, nem tehetjük ki vajudásnak az anyát, mert a szülés közben, a lepényi időszakban és az utána természetesen beálló vérzéseket a leromlott szervezet már nem bírni ki. A műtét lefolyása a következő: a cardinalis szalagok és uterinák előzetes lefogása után nyitjuk meg a méhet klasszikus metszéssel s hozzuk világra az élő érett fiúmagzatot (50, 2800, 35). A placenta teljesen fedi a belső méhszaját. A méh amputációja csaknem teljesen vértelenül sikerül. Rövid időtartamú műtét. A hasfal zárása közben a pulstust tartó orvos jelenti, hogy nem tapintható az érleőkés s csakhamar kimarad a légzés is. Mesterséges légzést végzünk 2 1/4 órán keresztül. Kámför, coffein, digalen hatástalan. Exitus. Sectio: Súlyos parenchymás degeneratio a szívben. Szívbenulás. Kisfokú aorta-hypoplasia. Pleuritis adhaesiva bilateralis. A halált a szívizomzat súlyos degenerációja okozta. A magzat élete 2. napján exhalt. Sectio: Atelektasia pulm. Thymus-hyperplasia.

(Folytatása következik.)

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XIV. rendes tudományos ülés 1922 május 6.-án.)

Elnök: Wenhardt János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Acut neuritisés vakság gyógyulása a rostalabyrinthus megnyitása után.

Pákozdy Károly: 21 éves leányt mutat be, a ki homlok-táji fájdalom és a bulbus fájdalommal kíséretében minden előzetes megbetegedés és látás nélkül előbb a bal, majd három hét múlva a jobb szemére 10—14 nap leforgása alatt megvakult. A szemfenéki vizsgálat neuritisből eredő atrophia képét mutatta; a látásromlás ideje alatt a látótér concentrikus szűkülése volt kimutatható. Minthogy lueses eredet kizárható volt és sclerosis polyinsularis tüneteit a betegen találni nem lehetett, a külsőleg negativ rhinológiai lelet és a normalis Röntgen-felvétel daczára megnyitatta mindkét oldalt a rostalabyrinthust. A műtétet a látás gyors javulása követte, a látótér a továbbra is kimutatható szemfenéki elváltozás daczára csakhamar teljessé vált és a beteg néhány hét alatt visszanyerte a munkaképességét. Az anatómiai viszonyok magyarázzák, hogy az orr melléküregeinek, de különösen a hátsó rostasejteknek és a sinus sphenoidalisnak megbetegedéséhez gyakran társul a látóideg megbetegedése. A canalis opticusban levő látóideget csak vékony csontos fal választja el az említett melléküregektől, a melyek egyaránt résztvehetnek a csatorna falának alkotásában. Különösen vékony ez a fal, ha a hátsó rostasejt alkotja. Az egyik oldali rostasejt vagy sphenoidális öböl néha mindkét canalis opticus falának az alkotásában résztvesz; ez teszi érthetővé, hogy féloldali kóros folyamatokhoz is társulhat mindkét látóideg megbetegedése. Acut neuritis hasonló eseteiben megkísérlendőnek tartja, külsőleg látható rhinológiai elváltozás nélkül is, a rostalabyrinthus feltárását, ha lues vagy sclerosis polyinsularis biztosan vagy nagy valószínűséggel kizárható. Nehézséget különösen az utóbbi okoz, melynek éppen legelső tünetei gyakran a szem részéről és néha hasonló gyorsan progrediáló neuritisés látászavar alakjában jelentkeznek; nagyon fontos az idegrendszer pontos vizsgálata, a mely figyelmeztethet a bántalom esetleges sclerosis eredetére.

Liebermann Tódor: Az összefüggés gyakori és fontos. Számos esete közül egy hasonló kétoldalt említ. Az egyik szem hiányos

fényérzéssel, a másikon 4 m.-ről ujjolvasással került műtetre s a negativ műtéti lelet daczára csakhamar teljes gyógyulás következett be. Egyébként az ilyen műtétkor néha csak a derivans, decompressiv hatás szerepel s ilyenkor a látóidegguladás rhinogen eredete az eredményes műtét daczára is kétes marad. Az orrműtét (rostacsontkításként) javallatát mindenesetre sürgősen fel kell állítani, ha más ok legalább valószínűséggel kizárható.

Némai József: Hogy mily közeli érintkezésbe jöhet a látóideg az orr pneumatikus melléküregeivel, az újabb idők kutatásai bizonyítják. Classicus esetet ismertet ennek bizonyosságául, a melyben a látóideg egyenesen keresztül megy a rostasejt-labyrinthuson. Nem a látóideg lefutása a rendellenes, hanem a csontüregek annyira oldalt kalandoztak, hogy körül fogják a látóideget, mely azonban vékony csontthüvelyben fut az ethmoidalis üregben. Az eset nem egyedülálló, mert 1—2 közlés történt már az irodalomban, de mindenesetre nagyon ritka. E ritkaság csak relativ, mert meg kell gondolnunk, mily kevésszer vizsgálatnak meg a fej légztartalmú üregei a boncolások alkalmával. Csak egy napon is sok ezerre tehető a tetemek száma, melyeket Európában felboncolnak, de a boncolások sémájába e melléküregek nem tartoznak és így a számos abnormitas nem fedezhető fel, hanem csak specialis anatómiai munkálatok alkalmával bukkanunk a meglepő variációkra. Ezt az esetet is Kiss Ferencz anatómiai adjunctus véletlenül fedezte fel, a mikor a szemizmok lefutását tanulmányozta. Az anatómiai intézetben ily vizsgálatok jelenleg folyamatban vannak és máris találtatott egy újabb hasonló eset, hol a látóideg szintén egy rostairegen megy át. Az abnormitasok ismerete rendkívül fontos, mert óvatosságra int a műtétek végzésekor. A hol a rostairegek nagyon oldalt terjednek, aligha szabad éles kanállal vagy metsző műszerrel bátran dolgozni, különösen mert a szemmel való ellenőrzés is annál nehezebb, minél jobban oldalt vezetnek a csontsejtek. Ott látatlanban operálni nem tanácsos.

Új belégző-készülék.

Tónölgyi Elemér: A jelenlegi házi használatra szolgáló belégző-készülékek, a melyek közül a Siegle-féle a legelterjedtebb, nem működnek jól. Ha az orvosság csak kissé sűrűbb, vagy nem tudják felszívni, vagy a finom kivezető nyílás azonnal eldugul. A bemutatott új készüléken e lényeges hibák azáltal, hogy az orvosságos edény magasabban fekszik, mint a kazán gőzének kivezető nyílása és így az orvosságos folyadék saját súlyánál fogva és nem a gőz szívása folytán kerül porlasztásra, teljesen ki vannak küszöbölve. Az orvosságot tartalmazó edény egy függőleges rúdon különböző magasságra állítható, a szerint, a mint rövidebb idő alatt nagyobb mennyiségű orvosságot akarunk elporlasztani vagy fordítva. Ugyanezt a célt szolgálja egy, az orvosságos edény elzárt tetején levő légcsavar. Minél több levegőt engedünk az edénybe, annál gyorsabban keveredik az orvosság a kiáramló gőzzel. A belégzésre szolgáló folyadékok előzetes emulgeálása nem szükséges, minthogy a készülék a belégzésre szolgáló leg-sűrűbb tisztá olajat is tökéletesen porlasztja. Hogy két különböző, egymással csak nehezen vagy egyáltalán nem keveredő olajat vagy emulsiós orvosságot egyszerre is alkalmazhassunk, erre a célra két orvosságos edénnyel bíró belégző-készüléket konstruáltunk. Minthogy ez az újítás bármely eddig használatban levő Siegle-typusú gépre felszerelhető, ez jelentékeny költségmegtakarítást jelent. A készülék, tekintve, hogy a legnagyobb tökéletességgel működik, a házi használatra szolgáló eddigi gépeket remélhetőleg rövidesen ki fogja szorítani a használatból. Az új készülék Mihajlovics Miklós főmérnök és a bemutató együttes találmánya. Készítője a „Mone” műszerüzem-vállalat.

Kísérleti és klinikai adatok a vérsejtek gyorsuló sülyedéséhez citratplasmában.

Gérlőczy Géza: A vérsejtek sülyedési gyorsulása arányos nemcsak ama plasmareactiókkal, melyek alkalmasan érzékelik a plasmatehérség arányának a labilisabb fractiók felé való eltolódását, hanem a serum colloid-labilitási reactióval is (Darányi-reactio). A fibrinogen-felszaporodás tehát csak a plasma dispersitásának a durvább elosztású részecské felé való elmozdulását fejezi ki s nem a hyperinosis szó szerinti értelmezéseként vesz részt a jelenségben. Ha a különböző sülyedési vérsejtszlopokról lepipettált plasmák 0.3 cm³-ét aa mennyiségű physiologiai konyhasó-oldattal isotonias töménységű K-sók hatásának tesszük ki, melyek a Hofmeister-sor változó anionjai szerint választottak, akkor 30°-tól lassan emelkedő vízfürdő-hőmérsékleten e só-sensibilizált plasmák csapadékot adnak a Hofmeister-sor valamennyi tagjával, avagy csökevényes sorral (például csak a NO₃-ig, vagy Cl-ig, Br-ig).

mindenkor a szerint, hogy e csekély behatásokkal szemben mennyire tudják a plasma hidratizált fehérjei a stabilitásukat megtartani. Normalis fehérje-arány mellett a sor még leg-erősebb kizozó-képességű tagjaival sem nyerhető csapadék. Klinikai tapasztalatok szerint e labilitási reakciókkal párhuzamos lefolyású vérsütyüledés oly eseteket illusztrál, melyek mélyre-hatóbb szövetszűteséssel, nagykiterjedésű fehérjedűs izzad-mánnyal járnak. Általában mondható, hogy a vérféherje-labilitás, illetőleg a vérsütyüledés e folyamatok méreteinek felbecsűlésére nyújt lehetőséget. Ha a vérsütyüledés térfogatnövekedésével fokozódik a viscositás, a sedimentatio lényegesen lassúbb (CO_2 -átáramoltatás). A vérsütyütagglutinatio magában véve nem vezet gyorsult sütyüledéshez, mert például isotoniás glucoseban maximalisan agglutinált vörösvérsütyütek alig sütyülednek; a sütyüledés arányosan gyorsul, ha a glucosehoz viscosus colloidot, például gelatinát emelkedő töménységben adunk. A jelenségek bírálátát megkísérlete oly értelemben, hogy kóros viszonyok között a plasmaféherjék és az erythrocyta-felületeken adsorbeált féherjemolekulák — nyilván a számukra adott esetben optimalis (H) folytán — oly mérvű dispersitás-el-tölődést szenvednek, a melyek ha makroszkoposan még nem is észlelhetők (illetőleg a plasmában csak a hő támogató hatásával válnak érzékelhetővé), azonban az erythrocyták mikroszkopos dimensiói folytán a következményes összetapadás alakjában felismerhetővé válnak. Kataphoresis-kísérleteiben a natrium citratum emelkedő mennyiségével az erythrocyták anod vándorlasi sebességének jelentős csökkenése volt ész-lelhető, azonban ép és kóros vérsütyütek között csak relative arányosan. Ez egyrészt a citratizálásnak a vérsütyü felületére való befolyását, másrészt az ép és kóros sütyüledésű vérsütyütek differens resistentiáját bizonyítja. Ez utóbbi hypotoniás olda-tokkal szemben is kimutatható.

Bud György: A vörösvérsütyütek sütyüledésgyorsaságának fontos-ságát gyakorlati szempontból kívánja tárgyalni. Különböző, a szerve-zetben lefolyó gyuladós folyamatok a vérsütyü sütyüledését feltűnően gyorsítják, a mint ezt az eddigi kísérletek igazolják látszanak. Kísér-leteiket a Lindenmayer-csövekkel végezték s mindazon esetekben, a melyekben más klinikai tünetek (láz, pulsus stb.) gyuladós folyamatra nem utaltak, a vérsütyü sütyüledése a normalis 260–300-ról 30–20–15-re esett; az ezután megtörtént operatio a gyuladós folyamatot felfedte. Érdekes, hogy a narcosis szintén gyorsítja a sütyüledést. Sebész, illetőleg sebésznyógyászati szempontból kísérleteiket tovább folytatják.

Torday Árpád: A vérsütyü sütyüledés meghatározását heveny fer-tőző betegségekben megkísérlete, azonban, miként az előadó is han-goztatta, a módszert diagnostikai célokra felhasználni ő sem tudta. A chronikus bántalmakban is így állunk vele. Az influenzának gümö-kórral való complicatiójánál differential-diagnostikai célból nem hasz-nálható, mert úgy a lázas influenzában, különösen ha tüdőgyuladással vagy pleuritissel jár, mint a gümökórrban egyaránt gyors a pirosvérsütyü sütyüledési képessége. Szintúgy nagy értéket kapott egy cachexiás egyénen, a kin tüdőgangraena volt a halál oka. Ezek után főleg tüdő-gümökórrban alkalmazta az eljárást annak megállapítására, lehet-e prognostikai célra felhasználni. Súlyos esetekben (pneumonia caseosa, peribronchitis caseosa, influenza folytán heveny nyé vált gümökóros folyamat, tuberculosis miliaris), majdnem mindig gyors volt az ülepedés, 40-en felüli egy óra alatt. Mindazáltal voltak kivételek is, nevezetesen 60 esete közül 5-ben a sütyüledés nem volt olyan gyors, mint a hogy azt klinice várni lehetett volna. Viszont kezdődő és jóindulatú gümökóros folyamatokban az eredmények a klinikai képpel megegyezők voltak. Eseteinek száma azonban még nem elegendő ahhoz, hogy végleges ítéletet mondhasson arról, mennyiben lehet az eljárást a gümökórr activ folyamatainak kimutatására és prognostikai célból felhasználni. A sütyüledési eljárás mellett a vérsavó fibrinogen-tartalmát is meghatá-rozta. *Frisch* és *Starling* tudvalevőleg a plasma eme részének tulajdo-nította a vérsütyü sütyüledését. *Fahreus*, *Sachs* és *Oettinger* is foglal-koztak a fibrinogen kérdésével. Utóbbi nem a fibrinogen mennyiségére, hanem annak különböző labilitására helyezte a súlyt. A fibrinogent tömény konyhasóoldattal csapta ki. Megpróbált a reactio pontosabb leolvasása céljából higabb, 20%-os konyhasóoldatot is használni a tömény mellett, azonban az eredmények nem kielégítőek. A tömény oldatoknak a citratplasmához való hozzáöntése után vagy zavarodás, vagy csapadék keletkezik, a mely az esetek súlyossága szerint kisebb- vagy nagyobbfokú. Ilyen módon a fibrinogennek 0.2–0.4%, közötti mennyi-ségét becsülésként meg lehet állapítani. A leolvasás azonban koránt-sem oly pontos, mint az üleptési eljárás, bár a gyakorlatban könnyeb-ben keresztülvihető. A leolvasás eredménye ugyanis sokszor a sub-jectivitásnak van alávetve. Az eredmények nagyjában egyeztek az üle-pítéssel kapott eredményekkel, mindazáltal voltak eltérések is. Neveze-tesen egy tonsillitis utáni esetben a láztalanság dacára a fibrinogen-reactio ++-es eredményt adott. Valószínűnek látszik, hogy ezen esetben a ++-es a fertőzés következtében a szervezetben folyó fokozott féherjeszűtesés miatt volt a vérben a fibrinogen megszorodva, akkor,

a mikor a beteg klinikailag már egészséges volt. A fibrinogen meg-határozásával anaemiás esetekben döntünk el, vajjon a gyors sütyüledés az anaemia, vagy a fibrinogen-szorodás miatt állott-e elő.

Darányi Gyula: A vérsütyü sütyüledés és a plasmareactiókkal szemben savóval végzett reactio alapján állapítja meg a kolloid labilitást, a miről az Orvosegyesületnek 1921 novemberében referált. A plasma-reactiót ugyanis a citrat-tartalom, továbbá mint corpuscularis alakelemek a vérelemek befolyásolják, melyek a centrifugálásor nem ülepednek le. Ezek lehetnek az okok, a melyek miatt a plasmareactiók túlérté-kenyek és kóros féherje-szűtesésen kívül más esetekben is pozitívek. A különbség a féherje tekintetében csak a fibrinogen, mely az oldott féherjéknek $\frac{1}{100}$, a globulinoknak $\frac{1}{10}$ része. Nem is a fibrinogen-tartalom, hanem az egész féherje dispersitása, a féherjequotiens fontos a kolloid-labilitásnál. A plasmával való dolgozás nehézkes a citra-mal való keverés és a centrifugálás miatt. A kolloid labilitási reactio jól használható immunitási reactiók mellett mint quantitativ reactio, például a qualitativ lues-reactiók és a tuberculosis-reactiók mellett. Gyakorlatilag csak az ő reactiója használható, melyhez 0.2 cm³ savó elég, e reactio végtelenül egyszerű s a kolloid labilitást mutatja minden zavaró körülménytől mentesen. Nagy klinikai felszerelés mellett, a hol a vett vér mennyisége, a reactio komplikált volta nem számít, kiegészítésül és összehasonlí-tásul haszonnal végezhető a plasmareactio is *Gerlőczy* szerint.

Holló Gyula: *Höber* iskolája több szabatos kísérletet végzett annak bizonyítására, hogy a vörösvérsütyü sütyüledési sebességét a po-sitiv töltésű kolloidok, elsősorban a fibrinogen okozzák. A serum-labilitás nem szabatos fogalom, a Hofmeister-sorok iránti érzékenység nem lehet mértéke a serumféherjék dispersitásfokának.

Duzár József: Ama reactiók között, a melyek bizonyos patho-logiás viszonyok, nevezetesen gümökórr jelenlétében a vérsavó meg-változásának kimutatását célozzák, jól használhatónak bizonyult cse-csemők vérsavójának vizsgálatokor a Darányi-reactio. A csecsemőkórrban sokkal nagyobb alkoholtartalom volt szükséges, még pedig annál nagyobbra, minél fiatalabb a csecsemő. Ez a reactio, valamint a sütyüledési gyors-ság között szoros párvonalasság látszik fennforogni, a kettő valószínűleg egy és ugyanazon okra vezethető vissza. Ez oknak nyomában vannak; kísérleteikről később számolnak be. Nem tartja valószínűnek, hogy e primaer ok a fibrinogen.

Gerlőczy Géza: *Holló* felszólalásában *Linzenmeier* régebbi kísérleteit idézi, s minthogy ezekben jóformán kizárólag elektromos szempontok dominálnak, érthető, hogy ő is teljesen egyoldalú kritikát gyakorol. Korántsem jelentheti a töltés fontosságának lebecsűlését az, ha egy kolloidalis oldatot a dispers rendszer mikroheterogen structurája alapján bírálunk; a hidratációs fok jelentősége el nem vitatható. A Hofmeister-sorral beállított reactio a dispersitás problémája, ha a plasmaféherjékét számos egyéb tulajdonságuk helyett a molekula-nagyság szerint csoportosítjuk, s a töltés kérdése, ha energetikai szempontból történik a megítélésük. Ha *Linzenmeier* adsorbensekkel kirázta a positiv töltésű részeket, ebből nem következik, hogy csak éppen a fibrinogent távolította el, hiszen tudvalevőleg a globulinok is savi jellegűek. A fibrinogen-kérdést eldönti, hogy a savó-labilitási reactio a vérsütyü-sütyüledéssel párhuzamos eredményt ad. Plasmalabilitási reactioja nem marad a *Darányi* reactioja mögött, mert: 1. könnyen és gyorsabban keresztülvihető, 2. alig kell hozzá több vér (1.8 cm³ plasma), 3. mert a vérféherjékét természetes arányukban s nem a leglabilisabb quota, a fibrinogen híján érzékeli.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A Meckel-diverticulum invaginációjáról rákövetkező vékonybél-invaginációval ír *Dopisch* egy eset kapcsán. Nagy fontosságot tulajdonít a Meckel-diverticulumok pontosabb megfigyelésének, mert újabb statisztikai adatok szerint a fel-boncolt hullák körülbelül 2%-ában található és nem egyszer az oka súlyos, életveszélyes megbetegedéseknek. A legsúlyosabb bántalmak egyike a Meckel-diverticulum invaginációja követ-kezményes vékonybél-invaginációval. Eddig 40 ilyen esetet közöltek az irodalomban, úgy hogy a szerző esetének köz-lését jogosultnak tartja.

Esete a következő: 25 éves, gyengén fejlett nőbeteg. Két év óta vannak gyomortáji fájdalmai, különösen nehezebb ételek elfogyasztása után egy nappal. 1920 szeptemberben ismét jelentkeztek a szokott fájdalmak. A fájdalmak állandóan foko-zódtak, hányt, úgy hogy másnap délután kórházba szállították. Status praesens: Facies hippocratica. Száraz nyelv. Rythmusos pulsus: 72. Hő: 37.6°. A has nem puffadt, nem feszes. Nyo-mási érzékenység a proc. xiphoideus és a köldök közt. Szék-ürülés nincs. Szél nem távozott. Per rectum vizsgálva, az ampulla üres. Klinikai diagnosis: ileus.

Műtét narcosisban (*Albrecht*), a betegség kezdete után 30 órával. A hasban serosus-haemorrhagiás exsudatum. A gyomor, epehólyag és appendix normalis. A látható vékonybélkacsok puffadtak, vörhenyesek, helyenként rostonyás-geyes felrakódással. Az ileocoecalis szájadék felett 30 cm.-rel az ileum körülbelül 10 cm.-es invaginációja. A desinvaginatio végrehajtása után kiderül, hogy az invaginatum csúcsát egy körülbelül 5 cm. hosszú kifordított Meckel-diverticulum alkotja. A diverticulum eltávolítása után a nyílást ferdén bevarrják, s mint-hogy stenosis jött létre, enteroanastomosist végeznek. A varrat nem tart, ezért szükségessé vált egy körülbelül 60 cm.-es ileum-darab resectiója és a bél side to side-egyesítése. A beteg két hét múlva gyógyultan távozott.

A praeparatumon a bélnek 4 cm. hosszú kiöblösödése volt látható, mely a bélfal összes rétegeit tartalmazta. A diverticulum csúcsán köldökszerű behúződás volt, melynek megfelelőleg belül kis nyálkahártya-polypus észlelhető.

A Meckel-diverticulum invaginációja következményes invaginatio ileocoecalissal vagy ileocolicával különösen a gyermekkorban fordul elő, gyakrabban fiúkban; maga a diverticulum is körülbelül kétszer olyan gyakori férfiakban, mint nőkben. Az invaginációt többnyire fájdalmak előzik meg, különösen a köldöktájon. *Strauch* ezeket az előzetes fájdalmakat a diverticulum időnkénti, nem teljes invaginációjával értelmezi. A tulajdonképpeni invaginatio létrejöttékor az invaginatio ismert symptomái jelentkeznek. Az előbb említett esetben tumor nem volt tapintható és véres szék nem ürült. Az invaginációs tumor, ha ileum invaginálódott, a kis medenczébe sülyed le és nem palpálható. *Gray* szerint a diagnostikai szempontból oly fontos véres szék éppen Meckel-diverticulumoknál ritka. Többet említik a belek erősebb puffadásának és a has feszességének a hiányát. A diverticuluminvaginatio klinikai körképe legtöbbször egyezik a vékonybélinvaginatio körképével, sőt legtöbb esetben csak az ileus diagnosztálható. Az invaginatio létrejöttére vonatkozóan többféle magyarázat létezik, de mind megegyezik abban, hogy az invaginatio oka magában a diverticulumban van. A legérthetőbbek azok az esetek, a hol a diverticulum csúcsában nyálkahártya-polypus van, a mely mint idegentest a peristaltika által továbbszállítva a diverticulumot invaginálja. *De Quervain* szerint a béltartalom gyors haladása folytán a diverticulumban negatív nyomás létesül, majd megduzzad és ez az invaginatio oka. *Drummond* szerint gyulladásos folyamatok a diverticulum-nyálkahártyán okozzák a polypus-szerű elődesést és az ezt követő invaginációt. Mások a székeléskor beálló contractióját a diverticulumnak okolják. Azelőtt elegendőnek tartották az egyszerű desinvaginációt. Ez azonban nem elégséges, mert a meddig a diverticulum, az invaginatio oka fennáll, bármikor létrejöhet újabb invaginatio. Ennek az igazolására közli a szerző *Bidwell* esetét, a ki az első műtétkor csak egyszerű desinvaginációt végzett és 8 nap múlva újabb invaginatio miatt kénytelen volt a relaparatómiát végrehajtani és a diverticulumot reszekálni.

Röviden a következőkben foglalhatjuk össze a diverticuluminvaginatio eseteiben szükséges műtéti eljárásokat:

1. Friss esetekben megkísérélhető a diverticulum egyszerű eltávolítása; ha stenosis jönne létre, enteroanastomosist végezendő.
2. Ha a bél gangraena, vagy peritonitis jeleit mutatja, feltétlenül reszekálni kell, utána a bél side to side egyesítendő. (*Gray* az irodalomban közölt 40 eset kapcsán állítja, hogy az esetek leg többségében szükséges a bélresectio. Ugyanezen a nézeten van *Kothe*, *Brunner*, *Bidwell* és *Dobson*.)
3. Kétségbeesett esetekben, a melyekben a beteg állapota nagyon leromlott, enterostomiát, vagy enteroanastomosist az invaginációs tumor kihelyezésével kell végeznünk. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1921, 20. szám.) *Farkas Mária* dr.

Ideg- és elmebetegségek.

Az encephalitis utáni parkinsonismusnak új tünetét írja le *Negro*, a melyet már 20 évvel ezelőtt paralysis agitansra is jellemzőnek írt le. A tünet abban áll, hogy az alkar behajlításakor a m. bicepsben hullámlás áll be, és pedig úgy activ, mint passiv mozgásra. Fogaskeréktünetnek is

nevezi a szerző, mert azt a benyomást nyerjük, mintha a trochlea ízületi felszíne nem sima, hanem rovátkos lenne és ez okozná a mozgás szakkadált voltát. Minden harántcsikolt izomzaton mutatkozhatik és a szemizmokon nystagmussal téveszthető össze. (*Med. Klin.*, 1922, június 22.) *Kluge* dr.

Venereás betegségek.

A német syphilidologusok nyilatkozata a salvarsanról. Ismeretes, hogy az utóbbi időben több oldalról támadást intéztek a salvarsan-készítmények ellen s hogy e támadások elég avatatlan módon főként a napilapokban jelentek meg. De orvosi szaklapokban is olvashattunk arról, hogy időnkint gyakrabban észlelhetők bizonyos salvarsan-károsodások. A kérdés arra vezette a Deutsche Dermatologische Gesellschaft választmányát, hogy tagjai elbírálására egy a salvarsanra vonatkozó általános jellegű nyilatkozatot bocsátott közre. A nyilatkozat elfogadása ellen, a mi jóformán „szavazás”-nak látszik, 43 tagnak elvi aggálya volt. A nyilatkozat ellenében tárgyi aggályt 15 tag nyilvánított. A tagok legnagyobb részének — 487 tagnak — (97%) a nyilatkozat ellen nem volt kifogása s azt magáévá tette. A Deutsche Dermatologische Gesellschaft ez a nyilatkozata így hangzik:

Meggyőződésünk, hogy a salvarsankészítmények a syphilis elleni küzdelemnek legértékesebb gyógyszerei, akár egyéni, akár népbetegségnek tekintjük a lüest. A salvarsan tudásunk mai állása szerint kevés kivétellel a syphilisnek valamennyi befolyásolható alakjában és szakában hatásosnak bizonyul. A régebbi antilueses szerek a salvarsan-készítményeket kiegészítik ugyan, de legtöbbször nem pótolhatják. A mennyiben a salvarsan-készítmények gyártása, ellenőrzése s alkalmazása a kellő elengedhetlen gondossággal megy végbe, a salvarsan-kezelés veszedelemmei nem nagyobbak, mint bármely más erélyesen ható kezelési eljáráséi. Minthogy az utóbbi időben ezeket a veszedelemeket véleményünk szerint túlzottan tárgyalták, kötelességünknek tartjuk annak kijelentését, hogy a vigyázattal és szakértelemmel alkalmazott salvarsan-kezelés csakis a népegészség rovására és kárára volna korlátozható. (*Dermatologische Zeitschrift*, 1922, 4. f.) *Guszman*.

Gyermekeorvostan.

A Röntgen-kép jelentőségéről a gümőkór diagnostikájában tartott előadást *Bossert* a Gesellschaft für Kinderheilkunde 1921. évi jeni gyűlésén. A diagnosis felállításában a röntgenologia csak mint segédeszköz szerepelhet; ha egyedül vesszük figyelembe, tévedésekre adhat alkalmat. Nem specifikus tüdőbeli folyamatok — melyek a gyermekkorban elég nagy számmal fordulnak elő — szintén okoznak velős duzzadást a hilus- és bronchialis mirigyekben, de ez a duzzadás visszafejlődhetik, nem úgy mint a specifikus elváltozás által előidézték, a mint azt *Zander* és *Becker* állítja. A nagyobb időközökben megismételt Röntgen-felvétel adhat ez irányban felvilágosítást. Nyílt gümőkórban is a Röntgen-kép csak igen kisfokú elváltozást mutathat, s ezért a Röntgen-lelet csak a más úton nyert lelettel együtt értékelhető. (*Monatsschrift für Kinderheilkunde*, XXII. kötet, 2. füzet.) *Tüdös* dr.

A kombinált neosalvarsan- és organluetin-gyógykezelésről ír *R. Müller* és *H. Plauner*. Organluetin-ojtással nemcsak a Wassermann-reactiót lehet erősíteni, hanem különösen nagyobb adagokkal, egyes lueses szervek symptomás, esetleg teljes gyógyulását is. Ez a hatása az organluetinnak nem éri ugyan el a salvarsané, de mivel egészen más oldalról támadja meg a spirochaetákat, nagy figyelmet érdemel. A szerző közöl egy esetet, a melyben a kéneső- és salvarsan-gyógykezelés, jöllehet a salvarsan összmenyisége $\frac{1}{2}$ év alatt 5.1 gr.-ot tett ki, teljesen hatástalan maradt. Egy hét alatt kapott a beteg 3 organluetin-injectiót és egy neosalvarsant, mire az összes lues-tünetek gyorsan visszafejlődtek. A Wassermann-reactio positiv maradt. Hogy miben támogatja az organluetin a salvarsant, csak teoriával magyarázhatjuk. A salvarsan csak úgy tudja elpusztítani a spirochaetákat, ha ebben a szervezet támogatja. Az organluetin a szervezet bio-

logiai egyensúlyában okoz elváltozást, mint a hogyan ezt látjuk abban az esetben, a mikor éveken keresztül negatív Wassermann-reactiót organluetin-injectióval pozitívra teszünk. A lues vaccinás gyógykezelése igazán a gyermekkorát éri, de annyira fontos kérdés ez, hogy megérdemli mindnyájunk fokozott figyelmét. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1921, 43. szám.)
Agoston László dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

„Angiolympe“ néven egy gümőkórellenes szert hoztak forgalomba, a melyet egy Rous nevű francia orvos állít elő az Ixia rosea, Morea sinensis és Orchis maculata nevű növényekből. 2 cm³-es ampullákban árulják; egy-egy ampullányi 1—2 naponként fecskendezendő be intravenásan 1—2 héten át, míg ugyanilyen hosszú szünet után újabb sorozat adandó. Mindenesetre nagy skepsissel kell fogadnunk az ilyen szert és nem is hoznánk szóba, ha nem számolna be a vele elért feltűnő jó eredményekről olyan klinika (az Ortner tanár igazgatósága alatt álló bécsi egyetemi II. sz. belklinika), a melynek megbízhatóságában nincs okunk kételkedni. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 24. szám.)

A chinin intramuscularis befecskendezése Friedberg szerint (freiburgi egyetem gyermek-klinikája) teljesen veszélytelen, ha ügyelünk arra, hogy 10%-osnál nagyobb koncentrációban ne adjuk, az oldódást urethan hozzáadásával javítsuk és az oldatot a befecskendezés előtt kissé megmelegítsük. Ezeknek szemmel tartása mellett 712 befecskendezés után egyetlen egy chinin-necrosist sem látott. Az oldat összetétele a következő: Rp. Chinini muriatici 1:0; Urethani 0:5; Aquae destillatae 10:0. Ebből az oldatból 1 éves korig 1—1.5 cm³, 2—5 éves korig 1.5—2.5 cm³, 6—13 éves korig 2.5—4.0 cm³ fecskendezendő be a glutaeusokba naponként egyszer. (Klin. Wochenschrift, 1922, 14. szám.)

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A kormányzó Kramberger József dr. és Virágh Gyula dr. járásvorosnak a magyar királyi egészségügyi tanácsosi címet adományozta.

Az amerikai Vöröskereszt által hazánkban megindított „Anyas és csecsemővédő actio“ végrehajtó bizottságának elnökéhez, Bókay János dr. egyetemi tanárhoz Párisból június 16.-i kelettel a következő levél érkezett: „Nagy örömmre szolgál, hogy mellékelten küldhetek egy 10.000 dollárról szóló Amerikai Vöröskereszt-csekket, a mely a Magyar Bizottság jövő munkájához való támogatásunk. Ezt az adományt az Önök bizottsága és az Amerikai Vöröskereszt magyarországi képviselői közt létrejött szerződés alapján küldjük. E szerződés egy példányát mellékelem, a másik példányát az Amerikai Vöröskereszt visszatartotta. A midőn örömmre szolgál, hogy ezen végső adományt küldhetjük a magyarországi gyermekegészségügyi munkához, a melyet az Önök bizottsága vesz át, igen nagy sajnálattal állapítjuk meg, hogy eljött az ideje annak, hogy az Amerikai Vöröskereszt visszavonuljon a munkában való actív részvételről. Mi igen nagyra értékeltük, hogy alkalmunk volt Önnel és segítő társaival együtt dolgozni ezen gyermekegészségügyi munka felépítésében és érzéseinket enyhíti az az elégtétel, hogy tudjuk, hogy a munkát az Önök bizottságának kiváló vezetése mellett fogják folytatni. Kérem, hogy fogadják azt a 10.000 dollárt, mint a mi megszálatlan érdeklődésünk jelét abban a munkában, a melyet az Amerikai Vöröskereszt és az Önök bizottsága közösen végeztek. Mi nagyon bízunk benne, hogy a jövőben hallani fogunk a gyermekegészségügyi programmal állandó fejlődéséről és növekvő értékéről az Ön és kollegái erős és stimuláló vezetése mellett. Hálánk kifejezése mellett az Önök fényes együttműködéséért és a mi megingathatatlan bizalmunk kifejezése mellett maradok őszinte híve E. P. Bicknell, az Amerikai Vöröskereszt megbízottja Európában.“

Személyi hírek külföldről. R. Schroeder rostocki rendkívüli tanárt meghívták a kielii egyetem nőgyógyászati tanszékére, Stöckel utódjává.

„Röntgenologia“ címmel új tudományos folyóirat indult meg Nagy Andor dr. szerkesztésében és kiadásában (Budapest, V., Báthory-utca 19). A folyóirat havonként jelenik meg, előfizetési ára egy évre 400 korona.

Gyermekekori öngyilkosság. Badenben 1904-től 1920-ig összesen 43 tizenéves éven aluli gyermek lett öngyilkossá; fiú volt 38, leány 5; törvénytelen 6. Akasztás 22 esetben, vízbeélés 10 esetben, vasúttal elgázoltatás 5 esetben, lövés 4 esetben és magasról leugrás 1 esetben szerepelt. Az indító okot csak 32 esetben sikerült biztosan megállapítani; többnyire büntetéstől való félelem szerepelt, 5 esetben elme-zavar volt kimutatható; egy gyermek azért lett öngyilkos, mert szülei megtiltották neki a festést; egy leányka az erkölcstelensége miatt megindított eljárás miatt vette az életét; rossz iskolai bizonyítvány csak egy esetben szerepelt ok gyanánt.



Dr. SCHMIDT L. és
Dr. WEISZ EDE
gyógyintézete,
súlyos betegek részére is.

Pöstyén

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Újtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektus és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Telefon: József 4—12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Melha
Armand, Dr. M.-né Hilf
Paula, Dr. Mandler Ottó.

Gyermektorna

a Dr. Reich-féle
ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete
IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 86-76.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

ISTVÁNUTI SANATORIUM és VIZGYÓGYINTÉZET Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sark.

A Városliget legszebb részében.
Klinikailag vezetett idegosztály. Vezetője: Schuster Gyula dr., igazgató-főorvos, a budapesti kir. magy. tudományegyetem elme- és idegkórtani klinika v. I. tanár-segédje. — Belgyógyászat. — Sebészet — Nőgyógyászat.

PÁLYAZATOK.

13.137/1922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a következő megüresedett állásokra, még pedig

egy rendelőintézeti gyermekgyógyászati főorvosi állásra, két (2) rendelőintézeti fogászati segédorvosi állásra és egy kórházi sebészeti segédorvosi állásra nyilvános pályázatot hirdet.

Az ezen állásokkal járó illetmények a következők:

a rendelőintézeti főorvosnak évi 4800 korona törzsfizetés, 22.500 korona drágasági pótlék és 30.000 korona rendkívüli pótlék, a rendelőintézeti segédorvosnak és a kórházi segédorvosnak is évi 2400 korona törzsfizetés, 13.750 korona drágasági pótlék és 24.000 korona rendkívüli pótlék jár.

Ezenfelül a kórházi segédorvos tízórai és ügyeleti szolgálat esetén teljes élelmezésben részesül.

A rendelőintézeti segédorvosi állásokkal járó szolgálat kiterjed hétköznaponként délelőtt az egy órai időtartamban meghatározott rendelési óra alatt jelentkező pénztári betegek szakorvosi ellátására; a kórházi sebészeti segédorvos szolgálatának mérve pedig a Pénztár kórházának sebészeti osztályán ellátandó járó és fekvő betegek számához képest van megállapítva.

Csak szakmabelileg képzett és gyakorlattal bíró orvosok pályázatai vétetnek figyelembe.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű.

A pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap.

A pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez címezve nyújthatók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója bármely hétköznap délelőtt 11—1 óra között a szóbanlevő állásokra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1922 június hó 27.-én.

Barcza Arthur s. k.,
igazgató.

Kerekes Pál dr. s. k.,
h. államtitkár.

632/1922. ikt. szám.

Békésvármegye közkórházának belgyógyászati, sebészeti és elmeorvosi osztályán egy-egy segédorvosi állás üresedvén meg, ezen állások betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Felkérem a pályázni kívánó orvos urakat, szíveskedjenek kellően felszerelt kérvényeiket (oklevél, születési bizonyítvány, eddigi netaláni alkalmaztatásukra vonatkozó bizonyítvány stb.) méltóságos Brandt Vilmos úr Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi augusztus 6. napjáig beküldeni, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogjuk.

Javadalmazás: első osztályú természetbeni ellátás, a XI. 3. fizetési osztály szerinti fizetés s az ennek megfelelő állami kiegészítés, az elmeorvosi osztályon ezen kívül még külön 400 korona évi osztálypótlék.

Előnyben részesülnek azon orvostudor urak, a kik a kötelező kórházi gyakorlati évet már eltöltötték.

Gyula, 1922 július hó 18.-án.

Békésvármegye közkórházának igazgatója.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Guszman József: A syphilises egyének házassági engedélyének kérdése. 305. oldal.

Wollner Antal: Közlemény a magy. kir. Pázmány Péter tudományegyetem 2. sz. női klinikájáról. (Igazgató előbb: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, 1917 óta: Tóth István dr., egyet. ny. r. tanár.) Császármetszések különleges indikációk alapján. 307. oldal.

Budapesti Kir. Orvosegyesület. (XV. rendes tudományos ülés 1922 május 13.-án.) 310. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ernst Kretschmer: Medizinische Psychologie. — Lapszemle. Belorvosok. Rowe: Mesterséges pneumothorax és vesebaj. — F. Mendel: A Basedow-kór gyógyításáról. — Sebész. Finsterer: A súlyos cardiostenosis műtéti kezeléséről. — Schoen: Csú-lás prostatatültetés miatt fennálló vizeletretentio mellett — Kisebb közlések az orvgyakorlatra 311—312. oldal.

Vegyes hírek. 312. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A syphilises egyének házassági engedélyének kérdése.

Irta: Guszman József dr., egyetemi magántanár, közkórházi főorvos.

A házasság végső célját és feladatát a férfi és a nő közös boldogulásában s a családalapítás örömeiben találjuk. Nyilvánvaló, hogy minél nagyobb a házások boldogulása s minél egészségesebbek a családalapítás föltételei, annál több haszon háramlik abból társadalomra, államra egyaránt. A házasságnak igen sok föltétele van, hogy valódi boldogság fakadjon belőle, bizonyos azonban, hogy a legfőbb feltétel az, hogy a házastársak egészsége megfelelő legyen. Sajnos, hogy a legtöbb betegséget, mely a házasság folyamán a családban bekövetkezik, nem igen lehet elhárítani. Vannak azonban olyan betegségek s kóros állapotok, melyeknek fontossága abban rejlik, hogy egyik házastársról a másikra átmennek s azonfelül az utódokat, a születendő gyermekeket is megbetegítik. Közismerten itt elsősorban a nemibetegségek, a gümőkór s az elmebajok. illetőleg súlyos terheltségi állapotok jönnek tekintetbe. Ha ezt tudjuk, nyilvánvaló, hogy az orvos kötelessége, a társadalomnak legfőbb érdeke, az államnak pedig komoly föladata minden rendelkezésre álló észszerű módon odahatni, hogy e betegségek és terheltségek a házasság életbe s így a családba be ne hurczoltassanak.

Ily módon a házasság institúciója nemcsak morális, vallási, társadalmi s állami szempontból fontos, hanem orvosi tekintetben is. De a házasságnak legszorosabb orvosi vonatkozásai is rendkívül nagy méretűek. E helyütt tehát csak egy oly fontos kérdést óhajtok némileg részletesebben megvilágítani, mely véleményem szerint mostanában újra általánosabb érdeklődésre tarthat igényt. A kérdés a syphilises egyén házassági consensusára vonatkozik. Újra azért, mert a syphilises egyén házassági engedélyének kérdése ugyan már régebben számos szerző részéről nyert részletes elbírálást, azóta azonban a syphilidologia terén annyi új tapasztalást s kétségtelenül nagy haladást tettünk, hogy önkéntelenül fölmerül a kérdés: mennyire változott az újabb fölfedezések és vizsgálati módszerek alapján a házassági consensus problémája? A kérdés egyébként nemcsak nagyjelentőségű a közvetlenül érdekeltkre nézve, hanem fontosságát az is növeli, hogy az orvosi gyakorlatban szükségképpen nap-nap után fölmerül s válaszra vár. Lássuk tehát, mint áll jelenleg a kérdés.

A syphilises egyének házassági consensusának problémájában a tanácsadó orvosnak a következő eshetőségeket kell mérlegelnie: 1. Fertőzőképes-e még a syphilises egyén s így átragadhat-e betegsége házastársára? 2. Fertőzőképességű-e még a syphilises egyén születendő gyermekeire nézve? 3. A syphilises egyénnek milyenek a kilátásai házassága folyamán a betegsége szempontjából? Itt ritkábban jönnek szóba az

esetlegesen később jelentkező torzító, undort keltő tertiaer folyamatok (orrpusztulás, szájpadi defectusok stb.), mint inkább a luesnek késői belső szövődményei, a minők az idegrendszer súlyos degeneratív jellegű bántalmi, az érrendszer és a zsigerek komoly betegségei. Szóba kerül tehát az esetleges korai rokkantság, időelőtti halál, szóval csapások, melyek a családi boldogulást megakasztják, sőt tönkreteszik.

A gyakorlatban a föltett kérdések leginkább a két első pontra vonatkoznak. Elsősorban a syphilises egyén maga, de részben a házasulandó másik fél is és annak hozzátartozói főképpen csak ezekre a kérdésekre kívánnak megnyugtató választ. És ez természetes is, mert az első két pont alá tartozó lehetőségek a közvetlenebb és közelebb fekvő veszedelemre vonatkoznak, de meg általánosabban is ismertek. Miveltebb férfibeteg azonban — főként újabban — a harmadik pont alá tartozó kérdésekre is ki szokott terjeszkedni. Kétségtelen azonban, hogy az orvosnak, midőn házassági engedély megadására készül, valamenyi itt fölemlített kérdésre kell kiterjeszkednie s azokat lelkiismeretesen külön-külön mérlegelnie.

Mikor engedheti meg az orvos, hogy a syphilises beteget megházasodjék? Az egyszerű válasz erre nemde az lesz, hogy akkor, a mikor bajából kigyógyult. A következő természetes kérdés erre az, hogy már most mikor tekinthető gyógyultnak a syphilises infectióba esett egyén? S itt meg kell állnunk, mert határozott választ adnunk nem könnyű, sőt legtöbbször lehetetlen s bizonyos concessiókra szorulunk. Becsültesen ki kell jelentenünk, hogy jelenleg nem vagyunk még oly vizsgálati eljárás birtokában, melynek segítségével a beállott tökéletes gyógyulást (a mi az utolsó spirochaeta pusztulásával volna csak azonos) abszolút bizonyossággal kimondhatjuk. Orvosi működésünkben azonban csak ritkán dolgozunk abszolút fogalmakkal s az egészségi állapotokat is csak relativ mértékkel mérlegeljük. Itt sem kell kétségbe esnünk, mert klinikai s laboratoriumi módszereinkkel felszerelve s kiforrott tapasztalásra helyezkedve, megközelíthetjük a biztos ítélkezést embertársaink testi javára és erkölcsi boldogulására.

A házasság kérdésében az első fontos régi és gyakorlati tapasztalásunk, hogy a syphilis fertőzőképessége rendszerint jóval előbb szűnik meg, mint a betegben maga a syphilises folyamat. Ez évtizedes és óriási adatokra támaszkodó általános megfigyelés. Általában azt kell mondanunk, hogy minél erősebben és hosszasan kezeltük a beteget, annál rövidebb idő alatt vesztí el fertőzőképességét. S ha ez a kezelés több éven át húzódott s 2—3 évig a beteg tünetmentes maradt, a valószínűség máris igen nagy, hogy a 4.—5. évtől kezdve a fertőzés veszedelme nem forog többé fenn. Ez a most említett tapasztalás még abban az időben alakult ki, a mikor a syphilises egyének kezelése csakis kénessóval, esetleg joddal is ment végbe. Azóta a kezelés a salvarsannal új epochába jutott, a vizsgálati módszerek pedig,

melyek segítségével a fertőzőképesség elmúlásának fölvétele fokozottabb mértékben válik valószínűvé, a Wassermann-reactióval s az úgynevezett provocatióval gyarapodtak.

Ezelőtt 12 esztendővel az „Annales de dermatologie et syphil.” című folyóirat fölhívást intézett a világ syphilidológusaihoz, hogy fejték ki nézetüket a házassági consensusra vonatkozóan.¹ A választ adó syphilidológusok természetesen valamennyien bizonyos föltételekhez fűzték a házassági engedély megadását s azokat főként a syphilises fertőzés idejének, az előző kezelés minemiségének s az utolsó tünet jelentkezésének mérlegeléséhez fűzték. A kikötött föltételek betartása után a házasságot egyikük sem tiltja.

Az infectio óta eltelt idő meghatározása természetesen mindenkor a minimalis követelést, tehát az alsó határt jelöli meg. E tekintetben *J. Hutchinson* (London) a legenyhébb, a ki már 2 évi csaknem állandó kéneső-kúra után engedélyezi a házasságot, azonban csak férfiaknak, nőknek nem, mert azok fertőzőképessége (gyermekre) tovább tart. *Zeissler* (Chicago), *Neisser* (Breslau) és *Ehlers* (Kopenhága) legalább 2 évi kezelés s a lueses fertőzés óta legalább 3 befejezett év után engedi meg a házasságot. 2—3 évi tünetmentesség, több évi kezelés s befejezett 4 esztendő után nem tiltja többé a házasságot *Joseph* (Berlin), *Unna* (Hamburg), *Mendes da Costa* (Amsterdam), *Brocq* (Paris), *Welander* (Stockholm). A válaszoló szakorvosok egy jó része az elegendő kezelési és tünetmentességi idő kikötésén kívül csak az 5. esztendő után engedi meg a házasságot. Ezek között található *E. Lesser* (Berlin), *Blaschko* (Berlin), *Finger* (Wien), *Ehrmann* (Wien), *Jadassohn* (akkor még Bernben), *De Amicis* (Napoli), *Balzer* (Paris), *De Beurmann* (Paris), *Darier* (Paris), *Gaucher* (Paris). *Thibierge* (Paris) *Hutchinson*-hoz hasonlóan kettéválasztja a kérdést s míg férfiaknak 2 évi tünetmentesség alapján már 4 év után adja meg a házassági consensust, addig nőknek csak 4 évi latens szak alapján 6 év leteltével adja meg azt. *John Fordyce* (New-York) csak 4—5 éven át tartó kezelés után nem tiltja többé a házasságot. *De Amicis* követeli, hogy a tünetmentes idő legalább 4 éves legyen, a mivel szemben a legtöbb syphilidológus 2—3 évi tünetmentességgel beéri.

Ha e válaszokat áttekintjük, azt találjuk, hogy azok a lényegben alig térnek el egymástól s ez érthető is, hiszen bárhol, a hol syphilidológiával foglalkoztak, az évtizedes orvosi tapasztalás s a tudományos adatgyűjtés szükségszerűen nagyjában azonos nézet követésére tanította az orvosokat. S mind e tapasztalás az újabb fölfedezések előtti időből való s nagyrészt tisztán klinikai megfigyelésre támaszkodik.

Lássuk most, változott-e a helyzet és fölfogás a házassági consensus kérdésében. Itt a syphilidológiának különösen két fontos haladása jön tekintetbe: a Wassermann-reactio és a salvarsan-therapia. Másodsorban azonban még a többi újabb vívmány is szóba jöhet. Ide tartozik a liquor-vizsgálat, a provocatió eljárás, a syphilis-pathológiának bizonyos újabb, részben experimentalis kísérletekre támaszkodó adata.

A Wassermann-reactiót illetően csak a következőket emelem ki. A míg a syphilis serologiai vizsgálata ismeretlen volt, addig a klinikailag teljesen tünetmentes syphilises egyének között különbség alig volt tehető. 2—3—4 évi kénesős kezelés után az orvos inkább érzés szerint, mint meggyőződésből befejezte a kezelést s még inkább érzés szerint, mint meggyőződésből esetleg gyógyultnak is nyilvánította a beteget. A Wassermann-reactio ismerete óta a lueses egyéneknek legalább is két nagyobb kategóriáját lehet megkülönböztetni: az állandóan negatív, és a nehezen vagy egyáltalában nem befolyásolható pozitív Wassermann-reactiót adók csoportját (a seroreactiót időnkint változóan adó esetek csoportját az egyszerűség kedvéért nem említem, annál kevésbé, mert lényegileg a 2. csoporthoz tartozik). A gyakorlat szempontjából elég a házassági consensus kérdésében e két kategóriát szemügyre venni.

Bizonyos, hogy az olyan syphilises egyénben, a kinek savója kifejezetten pozitív irányban reagál — legyen az akár a

korai (4 éven aluli), akár a késői (4 éven túli) latens szakban — a syphilist még fönnállónak kell tartanunk. A míg tehát pozitív reactiót ad a syphilises egyén vére, addig annak gyógyulásáról nem beszélhetünk. Másként állunk a negatív reactióval szemben. Sajnos, ez nem nyilatkozik oly határozottan, mint a pozitív reactio, sőt egymagában voltaképpen semmit sem jelent. Ha azonban több éves klinikai tünetmentességen kívül több éven át mindenkor (3—6 hónapi időközökben) negatív a reactio s a provocativ eljárásokra sem lesz pozitív, akkor a negativumok egész sora mégis csak jelent valamit, jelenti azt, hogy bizonyos valószínűséggel esetleges gyógyulásról szólhatunk. Különösen áll ez akkor, ha az általános erőbeli állapot s a közérzet állandóan jó. A szerzők közül főként *Neisser*, *Jessner* áll e nézet mellett. Határozott kijelentést a teljes gyógyulásra nézve azonban egyikünk sem tehet, nemcsak azért, mert olykor súlyos késői syphilises természetű belső betegségeket láttunk állandó (egyik esetemben 10 évnél tovább tartó) seronegativitás mellett kifejlődni, igen kivételesen tertiar termézetű folyamatokat keletkezni, hanem azért is, mert általában kevés az az időszínt elhúzódo betegség, mely teljes határozottsággal enged meg a prognosira vonatkozó kijelentéseket.

A Wassermann-reactio két nagy kategóriát állít föl s így a házasságra készülő syphilises egyének közül is meg kell különböztetnünk 1. olyanokat, a kiket bizonyos valószínűséggel gyógyultnak tekinthetünk s 2. olyanokat, a kiket még biztosan betegnek kell minősítenünk.

Ezek után fölmerülhet a kérdés, hogy a mikor a seroreactio birtokában a lueses egyéneknek két nagy csoportját tudjuk megkülönböztetni, mennyiben változik meg ezáltal esetleg a régi klinikai tapasztalásból leszfűrdött vélemény a házassági consensusra vonatkozóan? Szigorúbban, avagy enyhébben kezelhető-e ezentúl a consensus kérdése? Válaszom e kérdésre az, s e tekintetben a legújabban megnyilatkozott szerzők (pl. *Hesse*²) véleményére is támaszkodom, hogy a Wassermann-reactio ismeretének birtokában sem igen változtak az engedély föltételei. Hiszen a fertőzőképesség kérdését a Wassermann-reactio egymagában sohasem döntheti el. Az állandóan — esetleg évekre terjedően — negatív Wassermann-reactio, mely a szokásos provocatióra is az marad, karöltve a 2—3 éves tünetmentességgel s az előző többszörös kúrázással, mindenesetre fokozni fogja az orvos biztonsági érzését, a mikor a házassági consensust megadja. De azért általában a 4, esetleg 5 évi minimalis várakozási időt lehetőleg be kell hogy tartsa az orvos. Hogy mikor lehet rövid időről szó, arra mint specialis esetre később kívánok reáterni.

Szigorúbb szempontból kell elbirálnunk a házassági engedélyért jelentkező azon egyének ügyét, a kikről bizonyosan tudjuk, mert pozitív seroreactiót adnak, hogy még betegek. A minimalis 4—5 évi várakozási időt ezekben az esetekben okvetlenül be kell tartanunk s természetesen az egyéb, már említett cautelákat is. Az 1. és 2. kérdésre vonatkozóan azonban ezek a biztosan syphilises esetek sem változtatnak sokat a régen szerzett tapasztaláson. Mindennapos tapasztalás ugyanis, hogy latensen még syphilises egyének a megfelelő s főntebb említett föltételek mellett megházasodva, teljesen egészséges gyermekeknek szüleit szöktak válni, jóllehet akadnak közöttük olyanok, a kikben a baj később valamilyen alakban újra föltűti a fejét. A syphilises egyén tehát voltaképpen betegnek is egészséges gyermeket nemzhet, illetőleg hozhat a világra s a házastársát sem fertőzi. Ez egészen bizonyos és sok ezerszer beigazolt tapasztalás.³ A késői pozitív Wassermann-reactio ugyanis legtöbbször oly spirochaeta-fészkekből ered (*Neisser*), melyek mélyen valamely belső szervben (máj, aorta, idegrendszer stb.) vannak úgy-szólván eltololva, ott később lassankint roncsolást is okozhatnak, de fertőzésre rendszerint már csak anatómiai fekvésükkel fogva sem vezetnek. Bizonyos súlyos késői esélyek bizonyára fönnállhatnak ily esetekben, de azok, kivételeket nem

¹ Zeitschrift f. Bekämpfung. 1910, X. köt., 8.—9. füz.

² M. Hesse: Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 39. sz.

³ V. ö. Guszman: Orvosi Hetilap, 1920, 10. sz.

tekintve, nem vonatkoznak a házastársra s az utódokra való fertőzési veszedelem kérdésére. Az esélyek a gyakorlatban rendszerint csak magára a syphilitis egyénre, annak saját személyére vonatkoznak (3. kérdés) s csak közvetve a családjára (rokkantság, korábbi halál stb.).

Nem szenved kétséget, hogy a syphilitis egyén, bármily tünetmentes s bármily állandóan negatív is a vérsavója, bizonyos esélyeknek van kitéve saját személyére nézve, esetleg még évtizedek után is. Bizonyos azonban, hogy ezek az esélyek, melyek a késői belső bántalmakra vonatkoznak, jóval gyakoribbak s fenyegetőbbek azokban az esetekben, a melyekben a Wassermann-reactio tartósan pozitív. Ez természetesen is, hiszen ilyenkor biztosan tudjuk, hogy a syphilitis egyén nem gyógyult meg. Tekintve azt, hogy a családfőnek syphilitis később egyik-másik esetben időelőtti megrokkantást vagy korai halált okoz, mely körülmény azután házastársát s a gyermekeket egyaránt a legsúlyosabban éri, nyilvánvaló annak a szükségessége, hogy egyrészt a házasságra készülő ily egyént a kellő formában, minél tapintatosabban világosítsunk föl az esélyek dolgában, másrészt a syphilitis egyén ne csak a házasságkötés előtt, de még utána is időnkint megfelelő gyógyításnak vesse alá magát. Igen fontos körülménynek tartjuk ily esetben azt is, hogy az illető időnkint vizsgálta magát az esetlegesen kifejlődő belső bántalom szempontjából, hogy annak emberileg lehetséges módon elejét vehessük. Kíváncsún tartom, hogy a syphilitis házastárs figyeltesse meg orvosilag házastársát s gyermekeit s lehetőleg közölje betegségét házastársával. Kíváncsún tartom továbbá Neisser-nek azon követelményét is, hogy tudjon a syphilitis egyén bajáról annak egyik őszinte hozzátartozója vagy barátja, főként, ha házastársa nem tud róla.

E helyütt megemlítem, hogy Neisser⁴ a házassági consensus kérdésében bizonyos fokig a lueses egyén vagyoni viszonyaira is tekintettel van, a mennyiben oly esetekben, a melyekben a jövőbe család jövője anyagi szempontból biztosítottnak látszik, némileg enyhébben gondolja a kérdést mérlegelhetni. Ő tehát bizonyos gazdasági szempontokat is kever e szigorúan orvosi kérdésbe.

Láttuk, hogy a Wassermann-reactio viselkedésének értékelése a házassági consensus kérdésében nem sokat változtatott a régebben fölállított föltételeken. Kérdés már most, hogy a therapiás nagy fölfedezés, a salvarsan, mennyi változást idézett elő a házassági engedély problémájában. A kérdés elsősorban az lesz, hogy megrövidült-e a salvarsan-kúra által a várakozási idő. Erre általánosságban nem szabad, de nem is lehet felelni. Itt lehetőleg minden esetet külön-külön kell vizsgálnunk, mérlegelnünk s csak akkor mondhatunk némileg határozott véleményt.

A legnagyobb concessióról kétségtelenül azokban az erélyesen kezelt legkorábbi esetekben lehet szó, a melyek már az első 3–4–5 hétben kerültek gyógyítás alá s még a seronegativ stadiumban (lues I. seronegativa) voltak. Itt volna az a terület, a hol a kivárandó idő kérdésében engedményről szó lehet. Tudjuk, hogy az ily eseteket, ha azok a kúra alatt és utána is állandóan seronegativok s tökéletesen tünetmentesen maradnak, sokan teljesen gyógyultnak tekintették. A kik ez állásponton voltak, egyetlen ily abortív kúrával megelégedtek (E. Hoffmann, Scholtz, Fr. Lesser s mások). E fölvételnek logikus következése természetesen az volna, hogy az abortív gyógyított lueses egyén már most akár nyomban házasságra léphet. Szerencsére ma már csak némileg is óvatos orvos részéről ily kisiklásokat nem látunk előfordulni. Sajnos azonban, a salvarsan-aera első idejében, a mikor a salvarsan-mámor a legnagyobbfokú volt az orvosok között, ezt a súlyos tévedést nem egyszer észleltük, s még sajnosabb, hogy a syphilitis mintegy orvosi fölhatalmazással czipelték a házasságot.

De kerülni óhajtom, hogy félreértsenek. Az egyetlen kúrával történő végleges gyógyítás (valódi abortio) lehetőségét keresnünk kell, mert ez a végcél. Annak végleges meg-

állapítása csakis a klinikusok rendszeres kísérleteivel és észleléseivel lesz elérhető. Ily gyógyító kísérletekre, melyek a hosszas intermittáló kezelés lassú kiküszöbölésére irányulnak, okvetlenül szükség van. Csak helyeselhető tehát E. Hoffmann nézete, a mikor azt írja: „Wir müssen den Mut haben, nach einem bestimmten, sorgsamer Erfahrung angepassten, Behandlungsmass auszusetzen; nur so ist die Auffindung eines ausreichenden Behandlungsmasses erreichbar, während das Festhalten an der schematischen chronisch intermittierenden Behandlung die Lösung dieser wichtigen Frage der Syphilis-therapie unmöglich macht.“ Bizonyos, hogy a milyen helyes ez az álláspont a további kutatásra nézve, éppen oly helytelen volna azt megfelelő hosszú tapasztalás híján, idő előtt a házassági consensus kérdésében mint radicalis eredményt érvényesíteni.

A legtöbb gondosan észlelő orvos, még ha teljes bízalommal volt is az abortív kezelés tökéletesen gyógyító sikere iránt, mégis szükségesnek tartotta a gyakori klinikai és serológiai ellenőrző vizsgálatokat s csak utólag, azoknak hosszas negatív eredménye esetén, mintegy retrospective tekintettel gyógyultnak a beteget. Sajnos, a ki a lues klinikájával behatóan foglalkozik és sok tapasztalást gyűjt, csakhamar reájön, hogy e betegségben a néhány évi retrospectiv mérlegelés sem mindig elegendő. Egy későbbi, bármikor jelentkező recidiva halomra döntheti a túlkorán megállapított „gyógyult”. A salvarsan-aerában a szerzők egy része az abortív gyógyulás sikerét elsősorban a mostanában nem ritkán észlelhető reinfectiókkal kívánja bizonyítani látni. Szerintük az első infectio gyógyulását az új primaer affectio kétségtelenül bizonyítja. De változnak a tapasztalások nyomán a nézetek. Ma már nem egy úgynevezett „reinfectio“-t monorecidivának, „solitaer secundaer affectio“-nak (Thalman), avagy A. Fournier régebbi nomenclaturájával „chancre redux“-nak, vagy „pseudochancre induré“-nek kell tartanunk s Finger⁵ legújabb közlése a reinfectio syphilitica kérdéséről még kétségesebb teszi a látszólag teljesen bebizonyított reinfectiók egy részét. Poór F.⁶ esete is azt látszik bizonyítani, hogy a reinfectio minden jellegét magán hordó fertőzés voltaképpen superinfectionnak bizonyulhat.

(Folytatása következik.)

Közlemény a magy. kir. Pázmány Péter tudományegyetem 2. sz. női klinikájáról. (Igazgató előbb: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, 1917 óta: Tóth István dr., egyet. ny. r. tanár.)

Császármetszések különleges indiciók alapján.

Irta: Wollner Antal dr.

(Folytatás és vége.)

Ez esetekben, a mint látjuk, a szülők a terhesség végén, illetőleg a szülés elején a szervezet oly mérvű kiverettségével és leromlottságával kerültek észlelésünk alá, hogy a szülés gyors és vértelen befejezését tették vitalis indicióvá. Kellően elő nem készült lágy szülőutak mellett a méhszáj erőszakos tágítása, hysteuryis utáni fordítás, avagy Braxton-Hicks szerinti extractio a vérzés-alkalmaknak egész sorozatát szolgáltatja. Mindezekhez járul a lepény rendellenes tapadásával kapcsolatban gyakran jelentkező rendellenessége a lepényi időszak lefolyásának, mely újabb kiszámíthatlan vérzések okozója lehet. A szülés után az alsó szakasz izomzatának retractiója nem mindig zárja el oly hatásosan az itt tátongó vérereket, mint a hogy azt az activ szakaszon elvárhatjuk. Ezért placenta praevia kapcsolatában az utóvérzések nem tartoznak a ritkaságok közé. Mindezen körülmények figyelembevételével megállapíthatjuk, hogy placenta praevia centralis azon eseteiben, melyekben az anya már a terhesség végén vagy a szülés elején oly állapotban kerül észlelésünk alá, mely a szülés gyors befejezését minden további legkisebb vérvesztés nélkül teszi szükségessé, csak az abdominalis úton végzett sebészi beavatkozással menthetjük

⁵ E. Finger: Wiener med. Wochenschrift, 1922, 1. sz.

⁶ Poór F.: Tabes és korai syphilis. Orvosi Hetilap, 1922, 2. sz.

⁴ Neisser: Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung, 1916.

meg az anyát. A mint előbb felsorolt eseteinkben láthattuk, annál is könnyebben határozhattuk magunkat a méh eltávolítására, mert túlnyomó részben idős, a concepcióképesség határához közel levő, sokgyermekes anyáról volt szó, kik fajszaporítási hivatásukat már betöltötték.

A műtét technikájára vonatkozólag megjegyzésre méltó körülmény, hogy a ligamentumok és erek előzetes lekötésével végezvén a műtétet, a szülő nő alig evőkanálnyi vérvesztésével sikerül befejeznünk azt. A verőerek előzetes lefogása a magzatok életviszonyai szempontjából tapasztalásaink szerint semmi káros hatással nem járt, az uterának lekötésétől számított egy-két perc alatt sikerül világra hozni a magzatot, e rövid szünet a magzat élenyivel való ellátásában marandó következményekkel nem jár. Minden esetben, melyben a magzat élő állapotban került műtét alá, élve sikerült világra hozni, úgy hogy az erek előzetes lekötésében igen üdvös műteti fogást ismertünk meg.

A 7 műteti esetünk kapcsán bekövetkezett két anyai halálozást a műteti eljárásunktól független, szerencsétlen mellékkörülmények okozták. Az egyik esetben a gyermekágyban beállott pneumonia, a másikban narcosis halál a szívizomzat súlyos degenerációja mellett vetett véget a szülő nő életének. Ez utóbbi esetünkben, ha tekintetbe vesszük, hogy a szülésnek más úton való befejezése is aligha lett volna narcosis nélkül keresztülvihető, műteti eljárásunkat még e veszéllyel sem okolhatjuk. Minden műteti esetünk után zavartalan gyermekágyat és per primam való sebgyógyulást tapasztaltunk.

Végeredményben a placenta praeviák sebészi kezelésének módjait két csoportba oszthatjuk. Az egyik csoportba tartoznak a *conservatív császármetszések*. E kezelésmóddal legbiztosabban vagyunk urai az anya vérzésének, a magzatot csaknem teljes biztonsággal megnyerhetjük az életnek, egyetlen veszélye még ma is a fertőzésben van. Ezért, hogy kiterjedtebb jogot nyerhessen a kezelésben, bizonyos előfeltételek kívánatosak. Az orvosok és bábák köztudatába kell átmennie a terhesség végén beálló vérzések jelentőségének és helyes kezelésének. A vérző terhes nő helye intézetben van s oda az első vérzés-roham után már beszállítandó. Az odakünn végzett kétes tisztaságú belső vizsgálatok s egyéb manipulációk (tamponade stb.) a sebészi eljárás kilátásait rontják s nem egyszer kockázatosak teszik. Megállapítható, hogy a placenta praeviás szülő nő ritka esetben kerülnek oly állapotban intézeti kezelés alá, melyben a klasszikus császármetszés előfeltételei adva vannak. A császármetszések módjai közül a cervicalis transperitonealis eljárás ígér még fertőzésre gyanus esetekben is jó eredményt, lévén a műteti teret mindig ép peritoneummal tökéletesen fedhető s a hasür többi részétől teljesen elválasztható. E műteti eljárás használhatóságát csak az a körülmény korlátozza, hogy a cervicalis császármetszés a szülés előhaladottabb stadiumában végezhető, vagyis akkor, a mikor már az alsó szakasz többé-kevésbé felszedődött. Az ezen időpontig való várakozás a vérzés veszélye szempontjából placenta praeviánál nem ajánlatos. Külföldi tapasztalatok szerint e műteti mód kapcsolatában a vérzés veszélyével mindig könnyen sikerül elkészülni. Klinikáinknak ezideig ez irányú közvetlen tapasztalatai nincsenek, egy esetben végeztetvén placenta praevia kapcsán a klasszikus császármetszést; a közel jövő van hivatva a cervicalis transperitonealis műteti mód használhatóságának bizonyosságát szolgáltatni.

Másik csoportja a sebészi beavatkozásnak, a mikor a *méh amputációját* vagyunk kénytelenek végezni. Ha az anya a terhesség végén vagy a szülés kezdeti szakában előhaladott acut anaemia tüneteivel kerül már észlelésünk alá, a mikor vitalis érdeke a szülő nőnek minden további vérvesztés elkerülése, nem rendelkezünk oly conservatív szülési beavatkozással, mely a szülés befejezését számbavehető vérvesztés nélkül tenné lehetővé. Az ilyen esetekben abszolút indicatióból, a magzatra való tekintet nélkül, tehát elhalt magzat esetén is, végezzük a méh amputációját az erek előzetes lefogásával, illetőleg lekötésével, mert csak így tudjuk adott esetben vértelenül befejezni a szülést s megmenteni az anyát az utó-

vérzések végzetes következményeitől. Legtöbb esetben a méh amputációjának elhatározását megkönnyíti az a körülmény, hogy idős, sokgyermekes anyát kell ezen az áron megmentenünk családjának.

A lágy szülőutak rendellenességei.

Ide tartozik 4 hegesedés, 2 rigiditas és 1 varicositas miatt végzett császármetszés. A hegesedések közül egy esetben a külső méhszáj atresiája, másik esetben előző műtetes szülés után a hüvelyben visszamaradt heg abszolút szülési akadály volt; úgy ilyen, mint méhruptura utáni hegesedés miatt végzett császármetszések már közöltettek klinikánkról. Negyedik esetünk hólyaghüvely-sipoly spontán záródása után fennállott hegesedés miatt végeztetett.

A szülő nő (293/434. 1913. fejl.-sz.) 24 éves II.-P. volt, első szülése öt napi vajadás után fogó-kísérlet után perforációval fejeztetett be odakünn. Utána lázas gyermekágy kapcsolatában vizeletcsurgás állott be, mely azonban a gyermekágy későbbi folyamán spontán záródott. Jelen szülése alatt belső vizsgálattal a behegedt fistulanyílás mellett kiterjedt hegesedés tapintható a hüvelyben. A szülés további észlelése, ha az spontán folya is le, a heg felszakadásával, a gyógyult fistula kiújulásával s kiszámíthatatlan nagyságú és következményű lágyrész-sérüléssel járna. Ezért császármetszésre határozzuk magunkat, vele kapcsolatban tubasterilizálásra. A műtét lefolyása tipusos, a gyermekágyat muló bronchitisen kívül mi sem zavarta. A hasseb per primam gyógyult, élő, érett leánygyermek született, ki anyjával élve és egészségesen hagyta el a klinikát.

A lágy szülőutak rigiditása miatt két ízben végeztük a császármetszést.

Az elsőben (1328. 1918. fejl.-sz.) 40 éves primiparáról van szó, kin fájások bekövetkezte előtt folyt el a magzatvíz. A medenczéméret az 1^o alsó határán levő szűkületet mutatnak. Ez esetünkben már a szülés megindulta előtt a prognosira kedvezőtlen körülmények egész sorozatát találjuk: szűkebb medence, mely azonban a spontán szülés lehetőségén belül van; a szülő nő magas kora, a lágy szülőutak nagyfokú rigiditása, a korai burokrepedés. Elsősorban a fájások erősítésére törekszünk s kolpeurynter behelyezésével igyekszünk a magzatvíz teljes elfolyását megakadályozni. A szülés 36 órai klinikai észlelés alatt alig halad. A méhszáj egy ujjnyira tágult, a koponya a bemenetre illeszkedve, onnan kimozdítható. Miután 82 órája elfolyt magzatvíz mellett sehogyan sem sikerül a szülőtevékenységet oly mértékben felkelteni, mely szükséges volna ahhoz, hogy a csontos medence szűkülete és a lágyrészek nagyfokú rigiditása által előidézett nehézségeket a magzat élve leküzdhesse, tipusos klasszikus császármetszést végzünk. Élő, érett fiúmagzatot hozunk világra, méretei: 49 cm. hossz, 3200 gr. súly, 38½ cm. fejkerület. A lochia zavartalan lefolyásának biztosítására üvegdraint helyezünk a méhnyakba. A gyermekágy zavartalan lefolyású, a hasseb per primam gyógyult. Rendes genitális lelettel és egészséges magzattal hagyja el az anya az intézetet.

Másik esetünkben 42 éves primiparáról van szó (2106/1918-1919. fejlapszám), kin ugyancsak a szülés megindulta előtt zárt méhszáj mellett folyt el a magzatvíz. A szülés igen vontatott, 48 órai észlelésünk után, melyből 24 óra zárt méhszáj mellett folyt le, 4 ujjnyira tágul a méhszáj, feltűnően tapintható a lágyrészek rigiditása, nagy csontos koponya van a bemenet felett. A medenczéméretnek rendesek. A szülés észlelése folyamán a magzati asphyxia jele: meconiumos magzatvíz jelentkezik. A szülő nő mindenáron élő gyermeket akar. Per vias naturales csak magasfogóval volna a szülés befejezése megkísérélhető, ez az eljárási mód azonban nem szolgálna előnyösen a magzat érdekét s e mellett az anyát is nagy lágyrész-sérülés veszélyének tenné ki. Ezért császármetszésre határozzuk magunkat, és pedig annak transperitonealis méhnyaki módját választjuk. A műtét tipusosan megy, a koponya kifejtésekor azonban a metszés a méhtestre tovább szakad. Élő, érett leánygyermek születik. A gyermekágyban az anya láztalan, feltűnő azonban az érlökés szapora, rossz volta. Széke hashajtásra van, szelek is mennek. A beteg erős dyspnoé kinozza s a gyermekágy harmadik napján bekövetkezik az anya halála. Sectio: Uterus puerp. Peritonitis purul. fibr. Parenchymás degeneratio a szívizomban. A műteti teret reactionélküli. A bonczolási jegyzőkönyv diagnózisának e szószerinti közlése után kifejezést kell adnunk ama meggyőződésnek, mely a jelenlevőkben a bonczolástani képből fakadt, hogy a valósággal csak kezdődő és alig kifejezett peritonealis elváltozás nem bírta volna a halált előidézni, ha az anyai szervezet nincs megterhelve az alig munkaképes, rossz szívvel s a hosszú szülőmunka okozta teljes kimerültséggel.

A lágy szülőutak rigiditása, mely főleg idős primiparák szülésének komoly szövődménye, eddigelé még csak ritkán szerepel mint indicatiója a császármetszésnek. E szövődménynek hatása a szülés menetére s a magzat életviszonyaira csak az utolsó időben kezd méltóan értékelteni. Előbb már említett közleményemben, melyben a klinika 10 évi anyagán dolgoztam fel a magzathalálozás körülményeit s azokból igyekeztem levonni a tanulságokat, 7 idős primipara szülésével

foglalkoztam bővebben, mely esetekben korai burokrepedés, secundaer fájásgyengeség mellett elhúzódó szüléssel élő magzat született spontán, mindannyi fel nem éleszthető algid asphyxiában. A magzati boncsolások teljesen azonos koponyaűri elváltozásokat mutattak, mint a szűkmedenczés elhúzódó szülések alkalmával halva született magzatokon. A halál-okot a koponyaűrbe történt kiterjedt vérzések szolgáltatták. Idős primiparákon tehát elhúzódó szülés esetén a rigid lágy szülőutak hasonló hatást fejthetnek ki a magzati koponyára, mint a hogy azt a csontos medence szűkülete eseteiben látjuk; vagyis a rigiditást bizonyos esetekben e szempontból egyforma jelentőségűnek kell tartanunk a szűk medenczével. Mindezek felül a magzat életét a rigiditáshoz társulni szokott egyéb rendellenességek is veszélyeztetik, mint a korai burokrepedés, a méhnek a magzat testére való húzódása, a primaer és secundaer fájásgyengeség stb. hosszantartó káros hatása. Ez esetekben per vias naturales való befejezése a szülésnek, hacsak nincs már a magzat életveszélye idején a koponya mélyen az üregben, igen nehezen sikerül s egyrészt növeli a magzat életveszélyét, másrészt a szülőnőnek nagy lágyrész-sérülések révén nyújt rossz prognoszt. Mint döntő tényező ez esetekben a követendő eljárást illetően a szülőnő magas kora szerepel. A későn, a conceptioképesség határához közel teherbe jutott asszonyok rendszerint igen nagy súlyt helyeznek arra, hogy élő gyermekük szülessék, éppen mert tudatában vannak annak, hogy korukra való tekintettel kétséges az újabb teherbe jutásuk s ezért élő gyermek végett bármily beavatkozásnak szívesen vetik alá magukat. Mi pedig, tudva az előzőekben vázolt kilátásait és veszélyeit a rigid szülőutakkal bíró idős primiparák szülésének, sok esetben jó lelkiismerettel csak sebészi beavatkozás révén ígérhetünk élő magzatot. Az előbb említett méltánylandó körülmények tekintetbevételével tehát idős, rigid szülőutakkal bíró először szülő nőkön jogosultnak tartjuk a császármetszést, ennek kivételére azonban a szülés azon stadiumában kell már elhatároznunk magunkat, a mikor a műtét fertőzéses veszély szempontjából előreláthatólag még nem kockáztatja az anya épségét.

Varicositas miatt következő esetünkben végeztük a császármetszést:

27 éves III.-P. (470/504. 1911. fejlapszám) terhességének VII. hónapjában vették fel klinikánkra. A külső nemi részek és a hüvely gyűjtőüreinek igen erős mértékben való tágulata miatt ágynyugalomban tartjuk, erre azonban a körkép nem fejlődik vissza. Mérlegelés tárgya volt a művi koraszülés, ez azonban, minthogy nem jelentette volna az anya kisebb veszélyeztetését, a magzatra nézve pedig határozottan nagy hátránnyal járt volna, nem került kivételre. A terhes nő IX. hónapjának végéig ágynyugalomban maradt, a gyűjtőüregtárgulat változatlanul fennmaradt s minthogy csaknem bizonyosra volt vehető, hogy a magzatnak a hüvelyen keresztül való haladása közben varixrepedés és ennek következtében kiszámíthatatlan jelentőségű vérzés áll be, a császármetszésnek legjobb előfeltételei lévén adva (két havi intézeti tartózkodás), a rendes szülőutak elkerülésével klasszikus császármetszéssel hoztuk világra a magzatot (élő érett fiamagzat 55, 3400, 36). A műtét alatt feltűnő volt a baloldali ligamentum latum ereinek erős varicositása, úgy hogy ezek lekötése vált szükségessé. Egyébként a műtét típusos lefolyású volt, láztalan gyermekágy után rendes lelettel és egészséges magzattal távozott az anya a klinikáról.

Hasonló indicióból végzett császármetszést közöl *Hündgen*, ki varixrepedés kapcsán beállott súlyos vérzés miatt, *Brunet*, ki hasonló indicióból, és *Meyer*, ki a ligamentum latumban repedt varix miatt volt kénytelen császármetszést végezni.

A szülés alatti varixrepedés nem egyszer, különösen ha befelé, occulte történik a vérzés, végzetes lehet a szülőnőre. Klinikánkról „Az eklampsia kezeléséről” írott dolgozatomban (Orvosi Hetilap, 1920, 10., 11. szám) közöltem egy esetet, melyben eklampsia kapcsán a ligamentum latum lemezei között megrepedt varix elvérzéshez vezetett. Bizonyos fokon túl tehát nagy jelentőségű lehet a varicositas a szüléssel kapcsolatban, különösen akkor, ha a belső nemi részekre terjed ki. Kedvező előfeltételek mellett, mint a milyen részletezett esetünkben volt, a császármetszés az anya életmentő műtete lehet.

Extragenitalis megbetegedések.

Az extragenitalis szervek megbetegedéseinek a szülésre gyakorolt oly természetű hatása, mely sebészi beavatkozást

követelne, a legritkábban előforduló indicatio. Két ilyen esetünk fordult elő a klinikán, melyek mindegyike egyedülálló lévén indiciójánál fogva, részletes ismertetésre érdemes.

Egyik esetünk indicióját *anaemia perniciosa* adta.

195/177. 1913. fejl.-sz. 21 éves először szülő nő tételtett át klinikánkra a belgyógyászati klinikáról terhessége végén megindult szüléssel. A belgyógyászati lelet a következő volt: Tüdőcsúcsok felett kissé rövidült kopogtatási hang, szívtempulát jobbra kissé megnagyobbodva, csúcs felett systolés zöreje. Vérték: 20%, haemoglobin, 17.000 fehér-, 995.000 vörösvérsejt. A vörösvérsejtek anaemia perniciosának megfelelőek. A belklinikán thoriummal kezelték, erre a vérték: 30% haemoglobin és 2,250.000 vörösvérsejt lett. *Korányi* tanárral tartott consilium eredménye: a legkisebb vérvesztés is elkerülendő. A szülés befejezése ilyen követelmények mellett legvértelenebbül, az erek előzetes lefogása után végzett császármetszés + méhamputációval történhetik, ezzel egyszerűsödött a szülés utáni vérzés veszélyének. A műtétet lumbalanaesthesia végeztük. A ligamentumok előzetes lefogása után a méh eltávolítása en bloc nem sikerült a méhnyak kifejtettségé miatt. Ezért a méhnyakon harántul futó metszést ejtünk a koponya felett, az átmetszett részt Lumitzrel befogjuk, úgy hogy vérzés egyáltalán nincs. Elő, érett fiamagzatot hozunk világra. Ezután a harántmetszést hátrafelé is folytatva, köröskörül levágjuk a méhet, a csontot mindig Muzeux-vel fogva. Ezután folytatjuk a műtétet, mint a supravaginalis amputációt, típusosan, a szülőnő alig vesztett vért. Az ideális anaesthesia 3 cm³ novocain-adrenalin-oldattal történt. Műtét végén érlökés: 80. A gyermekágy láztalan lefolyású, a hasseb per primam gyógyult. A 14. napon végzett vérvizsgálat 3 millió vörösvérsejtet mutat. A 17. napon rendes lelettel újra áttesszük a belklinikára.

Ez esetben hasonló indicatio bírt a sebészi műtétre, mint a placenta praevia ama eseteiben, a mikor a nagyfokú acut anaemia miatt kell a szülőnőt a legkisebb vérvesztéstől óvnunk. Nem képzelhető el a rendes, spontán szülésnek az a lefolyása, mely előbb leírt eljárásunknál, vérvesztés szempontjából, az anyára kedvezőbben folynának le. A mint placenta praevia eseteiben az acut anaemia, úgy ez esetben a chronikus anaemia vitalis indicatio volt a sebészi eljárásra.

Másik esetünkben *ulcus ventriculi* komplikálta a szülést.

1109/1012. 1919. fejl.-sz. 32 éves primipara, terhességének VIII. hónapjában keresi fel klinikánkat. Anamnesisében előadja, hogy 1906–1916 között gyomorfekélye miatt hat ízben műtétet állott ki. Baja 1906-ban kezdődött hányással, ekkor kórházba vétette fel magát, itt kilencz hónapig feküdt, mely idő alatt négy ízben végeztek rajta hasműtétet, daczára ennek állapota nem javult, hányásai nem szűntek, s ezért egy más kórházba vétette fel magát, hol újabb 15 hónapig állott kezelés alatt. Jobban érezte magát 1915-ig. Ekkor rosszabbodván állapota, újra kórházba került, itt újra megoperálták, majd erre állapota csak nem javulván, 1916-ban újabb műtétnek vetette alá magát, mikor is gastro-enteroanastomosist végeztek rajta. E műtét óta hol javult, hol pedig rosszabbodott az állapota teherbe jutásáig. Terhességének kezdete óta állandóan hány. Az V. hónap óta fulladásai vannak, s bejövetele előtt három nappal erős gyomorfájdalmakat érzett, s azóta mindent kihány.

Észlelésünk első napján oly erős fájdalmakat tapasztalunk, hogy csak 2 cgr. morphin bírja azokat csillapítani, ezután 10 órával ismét oly intensívek a fájdalmak, hogy újabb morphin-injectióra kényszerülünk. A beteg állandóan hány. A megéjtett belgyógyászati vizsgálat eredménye: a szív balfelé kissé megnagyobbodott, a csúcs felett systolés zöreje, nagyfokú anasarca. Gyógyulatlan gyomorfekély állapítható meg. Fekély-diétát kezdünk, melyet az első három napon Karel-kúrával kombinálunk, ezenkívül gyógyszerül alkáliákat s 1 mgr.-os eumydrinporokat adunk. A beteg állapota nem javul, a fájdalmakat állandóan csak nagy morphin-adagokkal tudjuk csillapítani, a hányás nem szűn. A beteget, a koraszülés esetleges megindításának kérdése szempontjából, észlelésre a belklinikára helyeztük át. Három napig áll belgyógyászati észlelés alatt, honnan a következő lelettel tér vissza: „Klinikailag a postoperatív ulcus kétségtelen jelei állapíthatók meg. Az ulcus localisatiójára nézve válasz nem adható, mert a terhes méh a gyomor Röntgen-vizsgálatát gátolja. Tekintettel az ismételt vérhányásokra és a beteg nagyfokú legyengültségére, s arra, hogy a beteg csak rectalis úton táplálható, indikált a terhesség megszakítása annál is inkább, mert a terhes méh a has-szervek compressiója révén kedvezőtlen viszonyokat teremt a fekély szempontjából.”

A műtét lefolyása a következő volt. A hasmetszést az előző sokszoros laparotomia hegei komplikálják. A peritoneum megnyitása szerencsés helyen történt, a mennyiben a megnyitás helye felett közvetlenül a jejunum egy kacsá körülbelül 15 cm. hosszúságban a fali peritoneumhoz nőtt, úgyisintén idenőve találjuk a csepleszt és a gyomrot is. E képleteket lepraeparáljuk. A méh előbuktatása az összenövés miatt nehezített, s miután ezt erőszakolni nem akarjuk, in situ nyitjuk meg a méh elülső falát sagittalisán. A császármetszés elvégezte után revideáljuk a hasfalhoz nőtt gyomor- és bélkacs területét, e felszabadított részeket peritonizáljuk saját peritoneumukkal. A hasfal szabályos zárása után, feltérás mellett üvegdraint vezetünk a méh nyakcsatornája, a lochia zavartalan lefolyását biztosítandó. A gyermekágyban a beteg az 1–10. napig lázaskodik, a láz okát intrauterin bomlásban látjuk, s ezért méhüri mosásokat végzünk. Belső vizsgálatkor a méhet erősen eleválva, s széles infiltrattal a hasfalhoz rögzítve találjuk. A 18. nap-

tól teljesen láztalan, folyékony táplálékot vesz magához, nem hány. A 39. napon kimegy, elbocsátási lelete: per primam gyógyult hasheg, ökölnyi méh magasra felhúzva a köldök és symphysis közti középig, ide rögzítve van. Környezete szabad. A magzat egészséges.

Látjuk tehát, hogy a gyomorfekély kapcsolatában sürgős beavatkozásra kényszerített az asszony nyomoruságos helyzete, az állandó, tűrhetetlen fájdalom, továbbá az a körülmény, hogy a beteg mindent kihányt s csak a végbélén át volt táplálható. Mindezen tünetek az előrehaladott terhesség mellett nagyrészen a hasfalhoz nőtt bélkacsnak és cseplesznek vonaglásával is magyarázhatók. A méh kiürítése s a lenövések felszabadítása meg is szüntette észlelésünk alatt a gyomortüneteket, s a beteg állapota, mely már tűrhetetlen volt, s az életét is veszélyeztette, már klinikai tartózkodása alatt is észrevehetőleg javult.

Ez esetünk: gyomorfekély mint indicatiója a császármetszésnek, eddigelé egyedül áll az irodalomban.

* * *

Az ismertetett anyagból látnivaló, hogy a császármetszésnek az anyára nézve biztonságosabbá való tétele a sebészi indiciót a szülést mely változatos és nagy területre terjesztette ki. Míg egyrészt a megvalósulás stadiumába kezd jutni az a régi törekvés, mely a szülés lelki erejét legjobban próbára tevő, kegyetlen műtétet: az élő magzat perforációját kiküszöbölő a szülészeti műtétek közül, másrészt oly esetek is lehetnek a sebészi indicatio felállításának tárgyai, melyekben a magzatra való tekintet nélkül (tehát kora vagy elhalt magzat esetén is) jobb eredményt remélhetünk a császármetszéstől, mint az adott esetben rendelkezésünkre álló más szülészeti beavatkozástól. Mint ilyen kérdése az indiciónak főleg a placenta praevia és az eklampsia szerepel.

A szülészeti műtét után új, sebészi irányváltozását azonban, mint a hogy az minden fellendülés kapcsolatában tapasztalható, ártalmas kilengések is követik. Ilyennek kell tekintenünk például William ajánlatát, ki medencevégű fekvés esetén a szülésnek császármetszéssel való befejezését tartja helyesnek.

Jelen dolgozat a szülészeti sebészet három évtizedes fejlődését mutatja klinikánkon, s az esetek kapcsán igyekeztünk megvilágítani azokat a határokat, melyeken belül mai tudásunk és technikánk készségünk mellett a sebészi beavatkozást jogosultnak tarthatjuk.

Irodalom. Bar: Gyn. Rundschau, 1912. — Beckmann: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., 1910, 67. köt. — Arnold: Beiträge z. Geb. u. Gyn., XIX. köt. — Couvelaire: Berlini congressus, 1912. — Döderlein: Handbuch der Geburtshilfe, 1917. — Finkner: Zentralbl. f. Gyn., 1917, 6. sz. — Frigyes: Gynaecologia, 1905. — Hies: Monatschrift f. Geb. u. Gyn., 54. köt. — Jaschke: Zentralbl. f. Gyn., 1918, 10. sz. — Küstner: Der abdominelle Kaiserschnitt, 1915. — Lönne: Monatschrift für Geb. u. Gyn., 51. köt. — Lindemann: Prakt. Ergebnisse, VI. évf. — Nürnberg: Archiv, 109. köt. — Sarwey: Veit's Handbuch, III. köt. — Scipiadis: Zentralbl. f. Gyn., 1911, 41. sz. — Stoeckel: Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. — Tóth: Gynaecologia, 1908. — William: Zentralbl., 1915, 45. sz. — Wollner: A magzathalálozások körülményei stb. Orvosi Hetilap, 1918, 51. sz. — Wollner: Az eklampsia kezeléséről. Orvosi Hetilap, 1920, 11., 12. sz.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(XV. rendes tudományos ülés 1922 május 13.-án)

Elnök: Flesch Nándor. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Medencebeli aneurysma esete.

Neuber Ernő: 30 éves férfit mutat be, a ki 1914-ben medenczelövést kapott. A hatalmasan tágult bőrvénák, a 10 cm.-rel megvastagodott bal czomb, a lüktető térfogatnagybodás a bal lágyékszalag felett, a szív működéssel egyidejű surranó és doromboló zöreje, a gyengült érlelés a lábfejen medence-aneurysma mellett szóltak. A műtétkor (1922 márczius) a hasüreget is megnyitotta és ekkor kiderült, hogy a medenczét kitöltő térfogatnagybodás gyermekfejnyi. Az art. és vena iliaca externa, valamint az art. iliaca interna a zsák-
kal szorosan összefüggött, le nem választható. Az art. iliaca externát s az art. iliaca internát külön-külön lefogva, nem szűnt meg az aneurysmazsák lüktetése, az art. iliaca communis

lefogásakor a lüktetés megszűnt. Az aneurysma-műtétek közül az érlelést alkalmazta; az art. iliaca communis közvetlenül az aorta alatt, a vena femoralist a trig. Scarpaeben kötötte le. A beteg a műtét óta jól van, lábán a gyűjtőeres tárgulat teljesen visszafejlődött, 3 hét múlva felkelt, az 5. héten elhagyta a klinikát. Egyes szerzők az érsérülésnek e fajtáját aneurysma arteriovenosumnak nevezték; helyette az aneurysma szóval járó sok zavar elkerülése végett az I. sz. sebészeti klinikán használatos saccus sanguineus arterio-venosus megjelölést ajánlja. Az iliaca communis lekötésének eredményét tárgyaló összefoglaló munka 1884 óta (Kümmell) nem jelent meg, casuistikai közlemények is csak gyéren vannak. Olyan közölt esetről, a melyben az art. és vena iliaca externa, valamint az art. iliaca interna közös sérüléséről volna szó, a bemutatónak nincs tudomása.

Csontátültetésre gyógyult lábsarkoma.

Neuber Ernő: 16 éves leánybetegnek jobb belbokája hónapok óta duzzadt és fájdalmas volt, lábára állni alig tudott. Kezelőorvosa eddig quarzfényvel és injectiókkal kezelte, a melyek eredménytelenek maradtak. A Röntgen a sípcsont alsó harmadában a csontállomány felpuffadását mutatta, a mely apróbb-nagyobb rekeszekből állott, a folyamat a csontosodási vonalig terjedt. A Röntgen-kép, a görcsövi lelet centralis nagy gömbsejtes sarkoma mellett szólt. A műtét (1921 márczius) egy 12 cm. hosszú beteg csontrészt eltávolításából állott a csontosodási vonal megkimélésével. Helyébe a másik sípcsontból kivésott 2 cm. széles csontlécz került, a mely a környezetébe szépen beleilleszkedett. A seb primára gyógyult. 5 havi fekvés után első járáskísérlet géppel, újabb 3 hó múlva anélkül. Jelenleg a beteg fűzős cipőben lúdtalpbetéttel biczegés nélkül kitűnően jár. Az eset szép példa arra, hogy a relative jóindulatú centralis csontsarkomák csontkító műtét nélkül is gyógyíthatók és a csontátültetés nagy csonthiányoknál is eredményesen alkalmazható.

A cocain hatása a schizophreniások vegetatív idegrendszerére.

Bakody Aurél: 13 kontrollgyógyt és 50 schizophreniás elmebetegét vizsgált cocain-injectiókkal kapcsolatban. Ezen vizsgálatok kapcsán megállapította, hogy 1. a katatoniasok, főleg a chronikus stuporos katatoniasok vérnyomása a normalisnál kisebb; 2. a cocain-injectióknak normalis egyéneknek észlelhető vérnyomás-fokozó hatása a schizophren betegeknek gyakran elmarad; chronikus stuporos katatoniasokon túlnyomólag kifejezett vérnyomáscsökkenés áll elő; vérnyomás-emelkedés ez utóbbi csoportban csak a stupor oldódása esetén észlelhető; 3. a cocain a pulsus frequentiaját a betegeknek, különösen a chronikus stuporos katatoniasokon gyakrabban csökkenti; 4. az Aschner-tünet cocain-injectióra történő változás esetén a katatoniasban jelentékenyebben megerősödik, mellékünetei pedig gyakoriak a betegeknek, főleg a chronikus stuporos katatoniasokon; 5. a cocain a katatoniasokon a légzés-számra csökkentőleg hathat; 6. a normával szemben a beteganyagon általában a kizárólagos sympathicus-izgalom háttérbe szorulásával a kevert izgalmi typus dominánssá válását s e mellett a vagotonias izgalmaik erősebb érvényre jutását lehet megállapítani, utóbbit főleg a chronikus stuporos katatoniasokon, a nélkül azonban, hogy a vagotonia akár e csoportban is domináns jelleget öltene.

Kluge Andre: Az Aschner-tünetre legújabbán prioritási igényt jelentettek be Dagnini nevű olasz részéről. Örömmel üdvözlő a vizsgálatokat, mert azt bizonyítják, hogy a schizophrenia körképén belül erős gerendázat, törvényszerűség tartja össze a köregegyes épületét és így ellenpróbáját alkotják a klinikai szemléletnek. Másfelől ha az előadó csoportosítását a normától az I. számú paranoid-hebephren, a II. számú katatonias és a III. számú stuporos csoportokhoz figyeljük s azt keressük, hogy a vegetatív idegrendszer viselkedésének szabályszerűségével párhuzamos viselkedést mutat-e a psychés tünetek valamelyike, figyelmünk az affectivitásra irányul, a mely szintén az I.-től a III. csoport felé csökkenő irányt mutat. Arra utal ez, hogy a schizophrenia egyfelől a vegetatív idegrendszer, másfelől az affectivitás betegsége. Fölhívja ennek kapcsán a figyelmet az affectusaugmentatio, az akaratlagos affectus-növelés tüneteire, melylyel legutóbb hosszabban foglalkozott s a mely fontos tünete egyes schizophreniáknak.

Büchler Pál: Vizsgálatai megegyeznek Bakody eredményeivel és azokban megerősítést nyernek. Kluge-nak azt a felfogását, hogy a belső secretiós typusoknak jogosultsága nincsen, nem osztja, mert schizo-

phreniában nemcsak különböző vegetatív reakciója, hanem különböző bontási típusok is mutathatók ki. A hozzászóló állításának igazolására néhány klinikai és bonczolás- esetet hoz fel.

Adatok a daganatok sokszorosságának kérdéséhez.

Puhr Lajos: A multiplicitas pontos meghatározása nehéz. A különböző szerzők által felállított követelmények részint tévedéseket engednek meg, részint túlzottak, mivel hiányuk a sokszorosság fenforgását nem zárja ki. Célyszerűbb a kérdést kizárás útján megoldani. Nem sorolhatók ide a nyilvánvaló áttételek; az implantatiók; a megváltozott közös talajon (senilis seborrhoea, xeroderma pigm., psoriasis linguae), továbbá azonos vegyi ingerek hatására fejlődő daganatok, mivel ezeket a mikroszkopos multiplex kiindulás megnagyított képeinek tartja; a symmetriás szervek daganatai, a melyek tapasztalás szerint gyakran áttételesek; végül a systemás daganatos megbetegedések (lymphoma malignum, leukaemiás lymphomák stb.). A sokszoros daganatok különböző rendszerek szerint csoportosíthatók. Ezekből, valamint a statisztikai kimutatásokból kitűnik, hogy a multiplicitas gyakoribb, mintsem az a köztudatban él. Megerősítik ezt a saját vizsgálatai is, melyek a II. számú kórboncztani intézetnek közel 20 éves bonczolási anyagát ölelik fel s a melyekből kitűnik, hogy az 5646 bonczolt eset közül 1308-ban, tehát 23 16%-ban voltak daganatok képviselve, és pedig 160 esetben, tehát 2 830%-ban többes számmal. A daganatoknak tehát 12 230%-a multiplex volt. Beszámol a különböző kombinációkról, a melyekben legtöbbször carcinomák, strumák, uterus-miómák, polypusok, prostata-adenomák és májcavernomák szerepelnek, tehát azok a daganatok, a melyeket újabban mindinkább bizonyos fejlődési zavarokkal hoznak kapcsolatba. Míg némelyek a daganatok sokszorosságát a véletlennek tulajdonítják, mások a tájék vagy szervrendszer sajátjaiban vagy azonos ingerben keresik az okot. Szerepe van a dispositionnak is (egyéni, szervi, időbeli), a mi nem egyéb, mint csökkent ellenállás. Közelebb visznek a célhoz a különböző embryonalis theoriák. Ezeket támogatják azok az esetek is, a mikor a daganatok fejlődési rendellenességekkel kombinálódtak. Legkielégítőbb *Albrecht* felfogása, a mely a daganatokban hibás helyen (choristoma) vagy hibás módon (hamadtoma) történt szervképződést lát. Ezen az alapon a daganatok multiplex megjelenésében szerveknek, szervrendszereknek, sőt az egész szervezetnek mélyreható kiterjedt organogenesises zavarát látja.

Pándy Kálmán: Figyelmezteti az előadót a sclerosis tuberosára, arra az agyvelőbetegségre, a melyet *Bourneville* 1881-ben írt le először s melynek egy esetéből a készítményeket 12 év előtt a felszólaló az Orvosegyletben bemutatta. Ez prototypusa a multiplex, illetve multilocularis histiodysgenesisnek. Ebben a betegségben abnormis sejtszaporodást nemcsak az agyvelőben találunk, hanem a szívben (rhabdomyoma), a bőrön (adenoma sebaceum, naevusok), a peripheriás idegeken (neurofibroma multiplex, Recklinghausen-betegség), a vesékben vagy a mellékvesékben (hypernephromák stb.). Felszólaló esetében borsszemnyi tumor volt a pankreasban. Jellemző erre a betegségre, hogy nemcsak persistáló embryonalis sejteket, hanem kétségtelenül embryonalis eltorzult sejteket találunk. Ez tehát egy cellularis teratológiás dysgenesis, a mely insularisan s ép sejtek között elszórva diffuse csaknem valamennyi szervre kiterjedhet, éveken át lappanghat s ismeretlen okból localis túltengések kíséretében halálra is vezethet. Az egész betegség a conceptionál kezdődő defectusra, illetőleg abnormitásra utal.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ernst Kretschmer: Medizinische Psychologie. Leipzig, 1921, Georg Thieme, 305 lap.

Mi, lelkes bámulói az első perctől fogva, bizonyos elfogódottsággal vettük kezünkbe a könyvét: íme a könyv, melyet vártunk, a mely mindent hoz és semmit el nem hagy. Vajjon így van-e?

Három tulajdonsága volt *Kretschmer*-nek, a mely páratlanná tette a mai psychológiában. Először előadásának megvesztegető elevensége és hódító plasticitása, a mely már hysteria-cikkeiben, azután a „Sensitiver Beziehungswahn“, de leginkább a „Körperbau und Charakter“ című könyvében

utolérhetetlenül csillogott. Ma stylusa fáradtabb, szenvtelenebb, nem csupán objektivebb, hiszen az volt szabatosága és plasticitása ellenére is mindig. Másik kiválósága volt psychologiai szemléletének az a tág perspektívája, mely nem állott meg a magát egyedül üdvöztőnek, egyedül természettudományosnak nevező experimentalis és descriptiv psychológiának az észlelési technika által vont szűk határánál, hanem a szellemi élet egészét, egész physiologiás vagy pathologiás területét kutatta, közelebb jutván így a mindennapi élethez. Használhatóvá, orvosibbá tette a psychológiát, mikor a részletmunkába előtt psychophysika helyére, melyről csak legutóbb írja igen szelíden *Kretschmer* nagy ellenfele, *Bumke*, hogy „hat die Grenzen ihrer klinischen Brauchbarkeit erreicht“, az emberi, az orvosi, a klinikai szemléletet, megfigyelést, a nagy jellemző vonások introspectiv meglátását tette. *Kretschmer*-nek ez a tulajdonsága teszi értékessé ezt a könyvét is. Nem csupán eddigi munkáinak eredményét dolgozza fel eme szempontok szerint, de ezek a szempontok irányadók, mikor a psychologiai fejlődéstannak és a tömegpsychológiának főbb eredményeit is szerves egységbe hozza könyve egyéb részeivel. Olyan dolgokról olvashatunk itt, pláne illusziókról kísérletében, melyek sehol sem hozzáférhetők. A hyponoiás mechanizmusok (az álom, a sphaerikus tudat — hosszú irodalmi vita eredményeként *Schilder* nyomán ezt fogadja el annak megnevezésére, amit idáig félremagyarázott módon tudatalattinak nevezünk —, a hypnosis és a hysteriás ködös állapotok, egyes schizopreniás állapotok és a szabad asszociálás), másfelől a hypobuliás mechanizmusok (rythmosus mozgások, viharos mozgások, pánik, hysteriás roham, negativismus és suggestio, a *Bleuler* által is leírt „Schaltung“) összefoglalása olyan eredményes tudományos és didaktikai, sőt még therapiás szempontból is, hogy méltán kelti fel figyelmünket. Éppígy új és figyelmet keltő a személyiség-típusok és a reakciós típusok tárgyalása, melyek között aktualitásánál fogva nagyon érdekes a ressentiment tárgyalása. Az inség és az irigykedés complexuma ez, mely a magukat gyöngébbnek, elnyomottnak érzőket mozgatja s a mely sok olyan tömegpsychologiai tapasztalatra nyújt magyarázatot, a mely előtt ma gondolkodva állanak meg a nyitott szemmel járók. *Kretschmer*-nek ez a perspektívája teszi lehetővé, hogy előtte a psychotherapia s a szakértő tevékenység nem jelent mást, mint — miként ő nevezi — a praktikus orvosi psychologia gyakorlását. És itt válik nyilvánvalóvá *Kretschmer* harmadik olyan tulajdonsága, a mely neki kiváltságos helyet biztosít a mai bő irodalom szürke hullámai fölött. Ez az ő módszere. Megmutatja, hogy intuitiv psychológiát is lehet művelni, a nélkül, hogy valaki elveszítené az objectivitását. *Kretschmer* munkássága élénk bizonyítéka, hogy igenis az introspectio is természettudományos módszer, hogy az ön-experimentum épp olyan biológiai factum, mint egy serológiai reactio. Az egyik közvetlen, a másik pedig közvetett észlelés tárgya és a közvetlen észlelést éppígy ellenőrizhetővé, objectívá lehet tenni, mint a szem, fül, orr által közvetítettet, ha ott öröklik mellette az összehasonlító, szorgalmas és lelkiismeretes kritika. Ez a kritika teszi lehetővé, hogy nyugodt eklekticismussal vehesse át orvosi tudásunk biztos kincsei közé a psychoanalysisnek is azokat az eredményeit, a melyek a psychologia dinamikai felfogása szempontjából olyan fontosak, s a melyeket egyrészt a psychoanalysis művelőit uraló kritikátlan túlzás és tendenciositas, másrészt az általuk felkeltett védekező beállítási hyperorthodoxia miatt idáig nélkülöznünk kellett. A psychologia dinamikai iránya, a mely *Bleuler*-nél kezdődött, s a melyet e sorok szerény írója is igyekezett kifejleszteni, hatalmas lépéssel halad *Kretschmer* könyvével. Plasticitásával itt is kiemelkedik az a törvény, a melyet a psychés causalitásról állapít meg.

A könyvet tanulók és a praxis számára írta a szerzője. A praxis számára igen értékes, bár azt mondhatjuk, nem ment fel attól, hogy *Kretschmer* előző munkáit is elolvassuk. A tanuló igen sokat tanulhat belőle, de egyrészt feltételezi már a könyv az előismereteket például a psychotherapiás részben, másrészt a tanulónak — még más is kell. Nem hihetjük, hogy mindazt, a mi kimaradt *Kretschmer* könyvéből, szükség-

tellenek tartaná, s mire e kis könyv újabb kiadások kereszt-vizében megfürdik, bizonyosan sok mindent magába olvaszt még a szerző szemléletének és tárgyalási menetének lávája. Így sok van benne, de még a sok sem minden, mondja Faust famulusa.

Kluge dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Mesterséges pneumothorax és vesebaj. Rowe esetet közöl, a melyben a tüdőgümőkór miatt létesített pneumothorax a szunnyadó glomerulonephritist hirtelen fellobbantotta. Úgy képzei a dolgot, hogy a beteg tüdő komprimálása folytán hirtelen sok toxin jut a vérkeringésbe és ez a toxin hat károsan a vesére; ismeretes, hogy glomerulonephritisben szenvedők, ha nincs is gümőkórjuk, nagyon érzékenyek a tuberculinnal (tuberculosis-toxin) szemben. Idősült glomerulonephritisben szenvedő tüdőgümőkórosokon tehát csak akkor létesítsünk pneumothoraxot, a mikor előző nagyon óvatos tuberculin-kúrával már megszüntettük a túlérzékenységet. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 27. szám.)

A Basedow-kór gyógyításáról ír F. Mendel. Csak olyan therapiától várható szerinte eredmény, a mely egyformán tekintetbe veszi a baj thyreogen és neurogen componensét. Ilyennek tartja a jód és az arsen együttes használatát, még pedig intravenásan. E célra tapasztalatai szerint legjobb a jodarsyl, a mely 2 cm³-es ampullákban kerül forgalomba. Eleinte kétnaponként fecskendezendő be 2 cm³, később ritkábban (hetenként kétszer). (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 27. szám.)

Sebészet.

A súlyos cardiastenosis műtéti kezeléséről ír Finsterer tanár. E kérdésben mindezekig szerteágazók a nézetek, általában azonban mégis elvetik a leggyökeresebb módszert, a Heyrowsky ajánlotta széles anastomosist a tágtult bázisig és a gyomor fundusa között. Finsterer eredményesen operált két esetének ismertetése kapcsán megczáfolni igyekszik azt a nézetet, hogy a Heyrowsky módszere nagyon veszélyes főleg az oesophagusvarrat bizonytalansága és az asepsis nehezebben keresztülvihetősége miatt, és annak a véleményének is kifejezést ad, hogy az eredmény tartóssága tekintetében a Heyrowsky módszere a legjobb. (Wiener klin. Wochenschrift, 1922, 21. szám.)

Csuklás prostatatúltengés miatt fennálló vizeletretentio mellett. Prostatatúltengés miatt végzett műtéti beavatkozás kapcsán beállott erős csuklásról már említést tett Marion és Küttner. Újabban Schoen egy prostatatúltengésben szenvedő 80 éves betegről számol be, a ki műtéti beavatkozás nélkül is heves csuklást kapott. Ez a csuklás az erősen telt húgyhólyagnak katheterrel kiürítése után megszűnt, de újból jelentkezett, a mikor a megkésített katheterezés folytán újból maximalisan megteleődött a hólyag. (Zentralblatt für Chirurgie, 1922, 22. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Secoin néven egy új secale-készítmény jött forgalomba, a mely olcsóbb, mint a többi, és a mellett éppen oly hatásos. Folyékony állapotban (secoinum fluidum) és tabletták alakjában kapható. Az előbbiből 10–20 csepp adandó naponként háromszor, a tablettákból pedig 1–3 naponként. (Therapie der Gegenwart, 1922, 4. füzet.)

Mindkét emlő gyuladásának egy súlyos esetében Kritzler körülfecskendezte a bimbóudvart 1/2%-os chininoldattal (chininum dihydrochloricum carbamidatum Merck); összesen 20 cm³-t használt el. Az eredmény az volt, hogy nem csupán anaesthesia állott be, hanem az erős duzzadás is másnapra már visszafejlődött. (Zentralblatt für Gynaekologie, 1922, 20. szám.)

Endocarditis maligna lenta egy esetében Taillens gyógyulást látott lantol (colloidalis rhodium) befecskendezése után. (Revue suisse de médecine, 1921, 40. szám.)

Vegyes hírek.

A szemészeti továbbképző tanfolyam szeptember hó 5.-én (nem 3.-án) kezdődik, mivel szeptember hó elején a magyar orvosok és természetvizsgálók Keszthelyen ülést tartanak. A tanfolyamon külföldi szemorvosok is részt vesznek. Az előadók között a budapesti és a menekült egyetem tanárain kívül egy német és egy schweizi is van. A tanfolyamról felvilágosítást nyújt az orvosi továbbképzés központi bizottságának irodája (Budapest, VIII., Mária-utca 39, I. számú egyetemi szemklinika).

Meghalt. Káli Hegedűs Pál dr., hajdúmegyei nyugalmazott járásorvos, 95 éves korában július 21.-én Budapesten.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézet
IV., Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

Mint értesülünk, prof. H. Wintz, az erlangeni női klinika igazgatója és a mélytherapia általánosan ismert tudósa, legközelebbi mélytherapiás Röntgen-kurzusát folyó évi augusztus 18.-ától szeptember 22.-éig, gyakorló orvosok részére pedig a mélytherapia alapelemeiről bevezető kurzusát folyó évi augusztus 22.-étől 24.-éig tartja. A beutazási engedélyt megszerzi és általában bővebb felvilágosítással szívesen szolgál: Odelga Magyar Gyógytechnikai Ipar r.-t., Budapest VI., Andrassy-út 28.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városliget fasor 13–15. Telefon: József 52–29. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagy hírű Sárospárd 47° C forrása.

Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vízgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87–73.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Újtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129–27. Bacteriologia, serologia.

Telefon: József 4–12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER-ELEKTRO-HYDROTHERAPIA

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2, I. e.

PÁLYÁZATOK.

632/1922. ikt. szám.

Békésvármegye közpórházának belgyógyászati, sebészeti és elmeorvóosztályán egy-egy segédorvosi állás üresedvén meg, ezen állások betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Felkérem a pályázni kívánó orvos urakat, szíveskedjenek kellően felszerelt kérvényeiket (oklevél, születési bizonyítvány, eddigi netalán alkalmaztatásukra vonatkozó bizonyítvány stb.) méltóságos **Brandt Vilmos** úr Békésvármegye főispánjához intézve, **hozzám** folyó évi **augusztus 6. napjáig** beküldeni, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogjuk.

Javadalmazás: első osztályú természetbeni ellátás, a XI. 3. fizetési osztály szerinti fizetés s az ennek megfelelő állami kiegészítés, az elmeorvóosztályon ezen kívül még külön 400 korona évi osztálypótlék.

Előnyben részesülnek azon orvostudor urak, a kik a kötelező kórházi gyakorlati évet már eltöltötték.

Gyula, 1922 július hó 18.-án.

Békésvármegye közpórházának igazgatója.

2636/1922. sz.

Szatmárvármegye csengeri járásához tartozó Nagygéc és Csengersima községben betegség folytán megüresedett **községi szülésznői állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy pályázati kérvényeiket, eddigi működésüket igazoló bizonyítvánnyal, erkölcsi és politikai megbízhatóságukat igazoló bizonyítvánnyal, valamint oklevéllel felszerelve hivatalomhoz **folyó évi augusztus 19.-éig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezőket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalmazása Nagygécnél a községtől évi 500 korona fizetés és 20 korona látogatási díj, Csengersimánál 250 korona fizetés és 25 korona látogatási díj.

A választás hatánapját később fogom kitűzni.

Csenger, 1922 július 19. Szuhányi László, főszolgabíró.