

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.

Vágó Árpád: Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Vezető-főorvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.) Vérátömlesztések a szülészeti és nőgyógyászatban: 465. lap.

Fischer Ernő: Az alsó végtag statikai megbetegedései. 467. lap.

Liebermann Tódor: Az adenotomiáról. (Mégjegyzések Wein Z. dr. cikkéhez.) 468. lap.

Magyary-Kossa Gyula: Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon. 469. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület. (1920 október hó 30-án tartott II. rendes ülés.) 472. lap

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvosán. Heinz: Oleum menthae piperitae mint cholagogum.* — *Sebészet. Bockenheimer: Kőrültrt genyedő folyamatok.* — *H. Neuberger: Murphy-gomb okozta intermittáló lues 13¹/₂ évvel a műtét után.* — *Szemészet. Igersheimer: Lues és glaukoma.* — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra: 473-474. lap.*

Vegyes hírek. 474. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Vezető-főorvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.)

Vérátömlesztések a szülészeti és nőgyógyászatban.*

Irta: Vágó Árpád dr., közkórházi segédocorvos.

A vérátömlesztés ötlete nem új eredetű. Már Hieronymus Cardanus ajánlja 1556-ban megjelent könyvében, bár csupán speculativ alapon, „jellemjavító” célzattal. Azóta is sokszor végeztek vértransfúziókat, főleg nagy vérveszteségek után az elvesztett vér pótlására.

A vérátömlesztés technikai kivitelében két módszer kifejlesztésére vezetett. A közvetlen vagy sebészi módszer a vért adó és vért kapó egyén érrendszerét egymással közvetlen összeköttetésbe hozza arteriovenoso, venovenoso anastomosisok, gummicsöves készülékek stb. útján. Ezt a módszert amerikai sebészek (Carrel-Stich, Lewisohn) fejlesztették ki, a németek közül legelőbb Hotz és Flörcken, Sauerbruch és mások gyakorolták. Ez eljárás megfelelő sebészi készséget (érvarrat) igényel; hátránya az, hogy az átömlött vér mennyisége pontosan nem ellenőrizhető, valamint, hogy a vér alvadását sem tudjuk biztosan megakadályozni.

A másik módszer a közvetett vérátömlesztés, a mikor előképzett (defibrinált és felmelegített) vért fecskendezünk a beteg gyűjtőrendszerébe; előnye egyszerűbb volta mellett a vér alvadásának elkerülhetősége és a pontos adagolás.

Az átömlesztéshez használt vér a legelső transfúzióknál állatoktól (galamb, birka, nyúl) származott, ezt azonban hamarosan elhagyták veszélyei miatt, a melyek részben a fajidegen fehérje anaphylaxiás hatásától, részben pedig az állatvér és embervér között létrejött haemolysis és haemagglutináló anyagoktól származtak és több halálesetet okoztak.

Physiologusok (Landois, Worm-Müller, Panum) idevonatkozó vizsgálatai óta a szerzők csupán embervért, többnyire rokonok, testvérek véréit használták átömlesztésre, legújabb időkben pedig a beteg elvesztett és előképzett saját véréit is visszaömlésztik (reinfusio).

Újabb észleletek (Grawitz, Litten, Nägele, Seidenstricker) azonban kimutatták, hogy emberen embervér átömlesztése után is észlelhetők káros kísérő tünetek, így hidegrázás, láz, haematuria, haemoglobinuria, kiterjedt thrombosisok, dyspnoe, stb., sőt némelyek embervérátömlesztés kapcsán beállott halálesetéről is beszámolnak. Így Kuczynszki, Rogge közölt egy-egy halálesetet, melyekben a tüdők hajszálereinek spodogen thrombosisa állapított meg. Mc Clurie is látott egy halá-

* Előadatott a Közkórházi Orvostársulat 1920 február 29.-én tartott ülésén.

esetet, melyet haemolysisre vezet vissza. Idevonatkozik E. Opitz legújabb megjelent közleménye is, melyben vérátömlesztés utáni egy haláleset, további 2 esetben pedig icterus, haemoglobinuria és collapsus kapcsán óva int a transfúziók alkalmazásától. P. Esch két esetben intravenosus vérátömlesztés után súlyos transfúziós jelenségeket észlelt (hidegrázás, magas láz), miért csak a legsürgősebb szükség esetén ajánlja a vérátömlesztést.

Serologiai vizsgálatok kimutatták, hogy az emberi vérsavó is tartalmazhat emberi vörösvérsejtek ellen irányuló immunanyagokat: isohaemolysineket és isohaemagglutinineket, a melyek még vérrokonok vérében is előfordulhatnak, sőt Hotz egy esetben még testvérről testvérré történt vérátömlesztés után is észlelt isohaemolysineket okozta vérvizelést. Éppen ezért a legtöbb szerző (Schloffer, Schultz, Ottenberg, Kuczynszki, Esch és mások) szükségesnek tartják minden vérátömlesztés előtt a Wassermann-reakción kívül a haemolysinekre és haemagglutininekre irányuló vizsgálatot is. Ezen vizsgálatok előzetes elvégzésével a leírt káros mellékhatások nagyrésze elkerülhetőnek látszik.

A világháború sebészi tapasztalatai (Fieber, Ranft, Kräuter, Elmendorff stb.) a vértransfúzióknak újabb érdeket kölcsönöztek, különösen azon megfigyelések után, melyek az igen nagy vérveszteségek esetén általánosan alkalmazott physiologias konyhasó-infúziók elégtelen hatására vonatkoztak (Nürnberg, Rössle). Ez esetekben a légcserre lebonyolítására minimalisan szükséges vörösvérsejtmennyiség a sóoldattól még jobban felhigul, miáltal a vérnek az oxygenátvitelre alkalmas légzőfelülete még inkább megkisebbedik. Ezenfelül a sóinfúzió hatása sem tartós, mert a sóoldat a vérsavó fontos fehérje-anyagait sem tartalmazza.

Nagy jelentőségű az elvesztett vérnek vérátömlesztés útján való pótlása a szülészeti és nőgyógyászatban, a hol a nagy vérveszteségek oly gyakoriak. A hadisebészeknél átvett eljárást a gynaekologusok Lichtenstein nyomán többször alkalmazták, főleg tubarepedésből származó acut anaemia eseteiben, igen jó eredménnyel.

A Frigyesi magántanár vezetése alatt álló Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztály anyagán 38 esetben próbáltuk ki a vérátömlesztésnek alkalmazási lehetőségeit különböző javulatokból és különböző adagolásban.

Kísérleteinkben a vérátömlesztés közvetett módját alkalmaztuk. Az átömlesztéshez szükséges vért legtöbbször terhes nőktől vettük érmetszés útján, máskor pedig a műtétek vagy szülések alkalmával gyűjtött vért használtuk fel.

A vér defibrinálása általában steril üveggyöngyökkel való rázás útján történt; egyes esetekben a Lewisohn és Wederhake ajánlotta 0.2%-os natriumcitratoldatot is használtuk a vér alvadásának megakadályozására.

Idegen vér átömlesztésekor a vért adó egyén véréit minden esetben megvizsgáltuk a Wassermann-reactio szempont-

jából, a melyet az osztályunkon levő terhes nőknél rendszeresen végezve, szükség esetén több alkalmas vért adó egyén állott rendelkezésünkre. Alkalmas esetekben — ha az eset súlyossága a serologiai vizsgálat elvégzéséhez szükséges (5—6 órai) időhaladékot megengedte — mindig megvizsgáltuk a vért a haemolysis és haemagglutinatio szempontjából is. Positív haemolysis vagy haemagglutinatio esetén — a mi számos vérpróba vizsgálása dacára csak igen ritkán fordult elő — a vért nem használtuk fel.

Az idegen vér átömlesztésekor várható anaphylaxia elkerülésére — ha időnk engedte — a vér folyadékot legalább egy órán át thermostatban 39° C-on tartottuk. Sajátvér reinfuziójok a vért defibrinálás és kellő szűrés után felmelegítve, rögtön visszaömlasztettük.

Transfundáló eszközül eleinte steril irrigatort használtunk, később a salvasan-infúzióhoz használatos mércézett üveg-hengereket alkalmaztuk, melyek egyikében a 37°-ra felmelegített vér folyadék, másikában a testhőmérsékletű physiologiás (Locke-)oldat foglaltatott. A T alakú csővel összekötött két henger tartalmát az összekötő gummicsővekre alkalmazott szorítócsapok segítségével váltakozva bocsátottuk a közös kifolyóvezeték végére illesztett üvegkanülön át a beteg gyűjtőerébe.

A vérátömlesztés végzésekor a készülék üvegkanüljét a beteg könyökvenájába kötöttük be, miközben légembolia elkerülése végett az egész vezetékben meleg Locke-oldatot áramoltattunk át. Ezután indítottuk meg a vér folyadék áramlását — melyet többször hígítottunk a sóoldattal —, majd végül az egész vezetékét sóoldattal átöblítve, a vér utolsó részleteit is a beteg érrendszerébe vittük. E készülékkel 1/2—1 1/2 liternyi folyadék egyenletesen ömlaszthető át.

Kisebbségek (50—200 cm³) átömlesztésére 20 cm³-es, kettős furatú csappal ellátott record-fecskendőt használtunk, melyen a csap forgatásával fecskendőnk majd a beteg vénája, majd a vértartó edény felé közlekedett.

Az átömlesztendő vér alkalmazása súlyos acut anaemia esetén intravenásan, kevésbé súlyos esetben proctoklysmák alakjában, az intravenás alkalmazás valamelyes ellenjavallata esetén pedig intramuscularisan történt.

A transfúziók alkalmazásának főszabálya a szigorú asepsisen kívül a thrombusok és légemboliák elkerülése. Az előbbieket könnyen keletkezhetnek a vérnek hiányos defibrinálása, vagy utóalvadások miatt, a mikor — főleg üveg-pálczikával való veregetés esetén — a fibrin egy része a vérben marad, vagy a nem kellőképpen defibrinált vérben gyors kezelés, tökéletlen átszűrés utáni álláskor újabb alvadékok képződnek. Ennek elkerülésére mi a vért steril üveggyöngyökkel 10 percig rázva defibrináltuk, utána nyolczszoros mullrétegen át szűrtük, majd állás után és közvetlenül a transfúzió előtt is még egyszer megszürtük. Légemboliák az intravenás alkalmazás szabályainak pontos betartásával kerülhetők el. A légbuborékok teljes kiküszöbölése érdekében ügyelnünk kell arra, hogy a kanülnek a gyűjtőerébe való beillesztése előtt a sóoldattal gondosan átöblített készülékből a folyadék állandó áramlásban legyen.

Thrombosisra, emboliára utaló tünetek (dyspnoë, heves mellkasi fájdalom, izgatott köhögés, haemoptoë, nyugtalanság) jelentkezésekor a vérátömlesztést rögtön szakítsuk meg. Oly betegségek, melyek emboliára és thrombosisra hajlamosítanak (arteriosclerosis, thrombophlebitis, vitium cordis stb.) ellenjavallják az intravenás alkalmazást, hasonlóképpen oly betegségek is, melyekben a vérnyomás hirtelen emelkedése káros hatású lehet (csillapítatlan vérzés stb.).

A vérátömlesztés javallata alapján eseteinket a következő csoportokba osztottuk:

A) Heveny anaemiák:

- I. Méhenküüli terhesség.
- II. Szülés alatt előforduló vérzések.

B) Idősült anaemiák.

Hosszabb idő óta fennálló metro-, menorrhagiák (ovarialis, myomás, carcinomás, haemophilias vérzések stb.)

C) Sepsisek.

A) I. Méhenküüli terhességből eredő heveny anaemia eseteiben a vérátömlesztés több szerzőt (Thies, Schäfer, Lichtenstein, Lindemann, Arnim) foglalkoztatott, kik mindnyájan a legjobb eredményekről számolnak be.

Schäfer 3, Lindemann 1 esetben alkalmazta igen jó eredménnyel. Lichtenstein 18 tubausura esetében alkalmazta a reinfuziót. Eredményei alapján az a conclusiója, hogy „saját vérenek visszaömlasztése nélkül egyetlen egy tuba-usura miatt operált asszonynak sem szabad elvérzésben meghalnia“. Összeállításában a méhenküüli terhesség halálozási számát 12%-ra teszi, a reinfuziók alkalmazása mellett egy halálesetet sem látott. Arnim a Stoeckel-klinikáról közölt 12 eset kapcsán ajánlja a reinfuziót kellően megválogatott esetben. Bumm 13 esetben végezte a vér visszaömlasztást, eredményei igen jók.

Osztályunkon e dolgozat elkészítése közben 30 méhenküüli terhesség fordult elő 0% halálozással (16 hónap alatt). Intravenás transfúzióra a beteg állapotának súlyossága miatt azonban csak 3 esetben volt szükség. E 3 eset kivonatos körtörténete a következő:

1. T. B. (Fejl. sz. 3113/1919.) 24 éves, 0-P. 6 hetes méhenküüli terhesség, tubarepedés, súlyos acut anaemia. Érverés percenként 150, könnyen elnyomható, üres. Műtét helyi érzéstelenítésben: salpingo-oophorektomia l. dextri. A hasürben levő nagyrészt folyékony vért törlekkel gyűjtve mullgazeszűrőn átszűrjük, mennyisége 600 cm³, melyet 300 cm³ steril Locke-oldattal keverve (900 cm³ összmenyiségben) a hasfal zárása közben a beteg könyökgyűjtőerébe ömlasztunk át. A transfúzió tartama 70 perc. Az érverés az átömlesztés megkezdése után 10 perczzel 146, teltebb, rhythmusos. Az előbb teljesen kivérzett, sápadt nőbeteg ajka megszinesedik, szédülése szűnik, közérzete jó.

Reactionentes lefolyás. Az átömlesztés után 20 órával vérképe: Haemoglobinin: 50%, vörösvérsejtszám: 2,200,000, fehérvérsejtszám: 8800. 3 hét múlva gyógyultan távozik; vérképe: haemoglobinin: 70%, vörösvérsejtszám: 4,000,000, fehérvérsejtszám: 8000. (Neutro- és eosinophilia.)

2. W. K.-né (fejl.-szám 1698/1919) 29 éves, IV-P. Baloldali tuba-terhesség, tubarepedés, acut anaemia. Hőmérséklet 36.2° C, érverés 160, alig tapintható. Műtét helyi érzéstelenítésben, salpingo-oophorekt. l. sin. A hasürből gyűjtött vér intravenás reinfuziója 500 cm³ mennyiségben, 350 cm³ Locke-oldattal felhígítva.

A beteg állapotának javuása szembetűnő. Az alig tapintható, filiformis érverés az átömlesztés befejeztével percenként 120, középtelt, rhythmusos, a beteg ajkai, fülei megszinesednek. Utána reactio nincs.

A további lefolyásban a beteg közérzete igen jó, arczzsine tude, piros, jól táplálkozik. Vérképe és vérnyomása rohamosan megjavul. 14 órával a transfúzió után haemoglobinja 45%, vörösvérsejtjeinek száma 2,000,000, vérnyomása 66—96 mm. között.

Egy héttel az átömlesztés után: haemoglobinin 56%, vörösvérsejtszám 2,700,000, vérnyomás 90—110 mm.

Két hónap múlva vérképe: haemoglobinin 80%, vörösvérsejtszám 4,000,000, vérnyomás 90—116 mm.

3. L. K.-né (fejl.-szám 3958/1919) 36 éves, III-P. Jobboldali tuba-terhesség, tubarepedés, acut anaemia. Hőmérséklet 36.5° C, érverés 130, kicsiny, filiformis. Műtét localanaesthesiában: salpingo-oophorekt. l. d.

Intravenás vér visszaömlasztás 200 cm³ hasürbe ömlött vérral 200 cm³ Locke-oldattal felhígítva. A vérátömlesztés után az érverés percenként 90.

Lázatlan lefolyás után a 16. napon gyógyultan távozik. Vérképe a reconvalescentia alatt jelentékenyen megjavult.

Többi méhenküüli terhesség-esetünkben a beteg állapota nem volt oly súlyos, hogy az intravenás vérátömlesztés javallata fennállott volna, miért is a hasürben meggyülemlett vért nem használtuk fel transfúzióra.

A klinikai kép súlyossága nem mindig fedi a vérvizsgálat eredményét. Súlyos acut anaemiás állapot aránylag jó vérelet mellett gyakran előfordul, a mikor is a shockhatáson alapuló col-lapsus az acut anaemia képétől vérvizsgálat nélkül nehezen különböztethető el, a mi az alkalmazott kezelés hatásának megítélése szempontjából nagyon fontos, mert ilyen esetek cardiacumok, excitansok stb. alkalmazására transfúziók nélkül is gyakran megjavulnak. Éppen ezért, ha az érverés és vérnyomás minősége, valamint a beteg általános állapota megnyugtató vagy a klinikai képből eredő komoly prognózis a vérző erek lefogása után megjavul, az intravenás transfúzió alkalmazásától elállunk, mert az intravenás alkalmazás mégsem tekinthető teljesen közömbös eljárásnak. Könnyebb esetekben a reconvalescentia támogatására egyéb eljárások mellett a haemotherapia veszélytelenebb módjai: a haemoklysmák és intramuscularis vérbefecskendezések jöhetnek szóba.

(Folytatása következik.)

Az alsó végtag statikai megbetegedései.

Irta: Fischer Ernő dr.

(Folytatás.)

V.

A láb architektúrájának, a fellépés mechanikájának káros megváltozása leghamarabb az érzékeny, lapos ízfelszínekkel bíró térdizületre hat ki. Igen gyakori az olyan eset, hogy a már megváltozott statika a láb részéről még nem okoz panaszokat, míg a térdben már súlyos és nagy fájdalmakkal járó elváltozások következtek be. Nagyon fontos szem előtt tartani, hogy a térdizületben lévő súlyos megbetegedést a láb csekély elváltozása is okozhatja, ezért a térdizület megbetegedése esetén ne csak a panaszolt izületet vizsgáljuk meg, hanem az egész végtagot, a lábat is!

A lúdtalp a láb ízületeinek sokszoros incongruentiájával jár és ezért a térdizületre való deformáló hatása is sokszoros. Mégis a leggyakoribb és a legnagyobb a térdizületre való kihatása a lúdtalp két componensének: a térdizület valgításának és a láb kifelé rotációjának.

A valgitas elsősorban is a térdizület szalagaira van káros hatással: a valgitas következtében a térdizület súlyvonalára oly értelemben törejtik meg, hogy a tokszalag a medialis oldalon minden lépésnél túlnyújtatik; ez annál könnyebben következik be, minthogy a tokszalag a medialis oldalon amúgy is gyenge és a tokszalagnak a lig. patellae proprium és a lig. laterale internum közti részlete erősebb kötegek nélküli (míg a tokszalag külső oldala a lig. popliteum, a lig. laterale ext. longum et breve által erősítették.) A minden lépésnél nagy erővel bekövetkező túlnyújtás befelé, azaz az izületből kifelé vonja a meniscus medialis. Ez által és a súlyvonal megtörése által a medialis csomb- és tibia condylusok közti rés tágul, viszont a testsúly viselése majdnem egészben a külső condylusokra hárul. A statikailag káros hatású másik componens: a lábak habitus kifelé rotációja, magával hozza a lábszáraknak a csombhoz képest való kifelé rotációját, ezenkívül a lábszár, a súlyvonalnak eltolódása folytán, in toto is kifelé tolatik el. Mindez a térdizület incongruentiáját hozza létre.

Az ízületi incongruentia a synovialisnak súlyos izgalmaival jár és ez csakhamar ízületi izzadmányt produkál, a mely erős feszülésével az egész tokszalag kitágulását vonja maga után, ez pedig viszont azt okozza, hogy a lábszár a lig. cruciata közül kifelé rotációt szenved el; ezzel az eredetileg káros helyzet még automaticus is rosszabbodik.

A betegség lassan, szinte észrevétlenül kezdődik és meglehetősen nagy fokot érhet el, amíg az egyénnek nagyobb kellemetlenséget okoz. Gyakori, hogy a betegség kisebb trauma után jelentkezik, a mi érthető is, mert a megváltozott statikájú incongruens izület igen érzékeny a kis traumákkal szemben. A medialis túlnyújtott tokszalagrészlet is igen érzékeny és már kis trauma is erősen fokozhatja a minden lépésnél csak növekvő valgítást és ízületi deformációt. Ez főleg munkásokon gyakori, akik így súlyos megbetegedéseket csekély traumára vezetnek vissza; a Röntgen-kép azonban a friss trauma mellett (amelynek esetleg nincs is röntgenológiai jele) régi incongruentias elváltozásokat mutat.

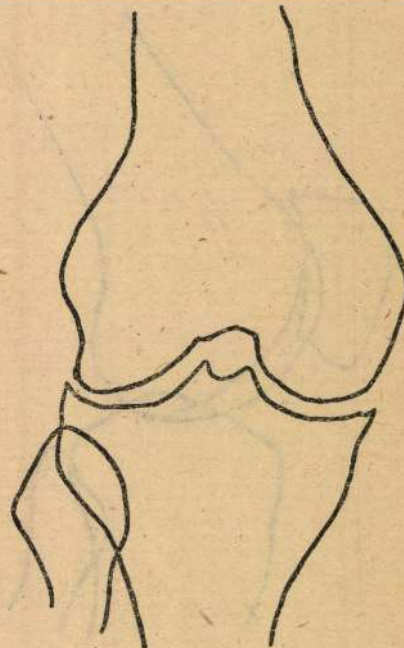
A beteg rendszerint fájdalmak miatt és duzzadt térdrel, azaz ízületi savós izzadmánnyal jelentkezik; a duzzanat rendszerint kétoldalt a patella mellett a legerősebb, ritkábban a térdhajlatban. Az izzadmány és a spontán fájdalomosság változó nagyságú lehet; menstruatio, időváltozás, a végtag erősebb igénybevétele, feltűnő ingadozások okai lehetnek. A diagnózis könnyű, ha az orvos gondol a térdizület ezen leggyakoribb megbetegedésére; már a végtag megtekintése is mutatja a fennálló valgítást. De vannak kétségtelen diagnosztikai jelek is: ilyen a térdizület nyomásra való érzékenysége. Érzékeny az izület mindenütt, főleg a patella körül; de valószínűségi diagnosztikai jele a megbetegedésnek az, hogyha a meniscus medialis legbelső részének megfelelőleg az izületre ujjunk hegyével nyomást gyakorolunk, akkor igen heves fájdalom jelezteket; még feltűnőbb e hely fájdalomossága —

melyről a beteg rendszerint nem bír tudomással —, ha a jelzett helyet hirtelen, előzetes figyelmeztetés nélkül nyomjuk meg.

Előrehaladottabb esetekben jellegzetes az a panasz, hogy a fájdalmak a járás megkezdésekor a legnagyobbak, járás közben javul az állapot, de hosszabb járásnál a fájdalmak ismét fokozódnak. Ezen tünetek rendszeren egybeesnek az osteophyták képződésének idejével.

A térdizület mozgékonyasága eleinte egészen jó, később a deformatio előrehaladtával korlátolt nyújtást és hajlítást észlelhetünk. A mozgási korlátoltságának diagnosztikai értékű tünete a következő: a beteget fekvő vizsgáljuk és térdét active behajlítatjuk, kinyújtatjuk; ha most eközben tenyerünket a térd külső oldalára fektetjük (azaz a valgítást növeljük), akkor a térd hajlítása nehezebben megy, fájdalmas, sőt előrehaladott esetekben nem is sikerül; ha a térd belső oldalára fektetjük fel tenyerünket, akkor a térd hajlítása könnyebben megy.

A synovialis állandó statikai izgalma nem ritkán túlbujánzást teremt, a melyre főleg a nőknek zsírszövetrel bővebb-



2. ábra.

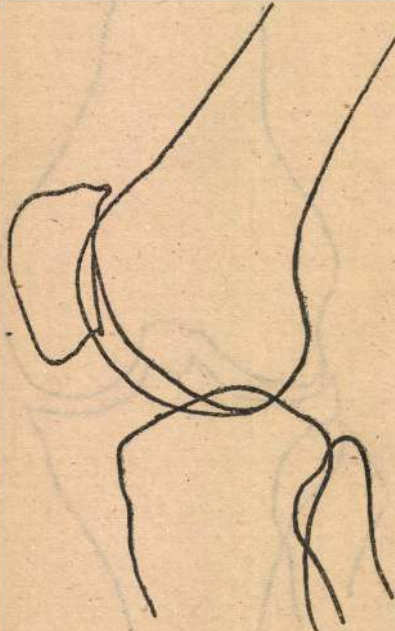
ben alapárnázott izülete hajlamos. A synovialis túlbujánzása az ízületi felszíneken fibrinlerakódásokat, az izületbe belőgő czafatokat produkálhat, a mi valószínűségi „lipoma arborescens” kórformát érhet el és corpora libera képződhetnek. Ezen burjánzásoknak és az izegereknek beékelődése nem ritka jelenség és mindig figyelmeztessen arra, hogy a therapiában elsősorban eredetükre: az ízfelszínincongruentiára és az azt létrehozó statikai hibára gondoljunk.

A statice megbetegedett térdizület Röntgen-képén (2. és 3. ábra) már a megbetegedés elég korai szakában megtalálhatjuk az ízfelszínincongruentia tipusos jeleit. Legfontosabb ilyen röntgenológiai diagnosztikai jel a következő: míg a normalis térd dorsovolaris irányú felvételén a tibiacondylusok Röntgen-árnyéka egyenes meghosszabbításában fekszik a femurcondylusok Röntgen-árnyékának: addig incongruens izület Röntgen-képén a lateralis tibiacondylus kijebb áll, mint a lateralis femurcondylus (Preiser). Ennek oka elsősorban nem a lábszár eltolódása, hanem annak kifelé rotációja a femurhoz képest. Egy másik röntgenológiai jele az incongruentiának az is, hogy — egyenesen előre néző patella mellett is — a fibulafejecs Röntgen-árnyéka beleesik a tibia árnyékába: ez is a pathológiás kifelé rotatio következménye. Nem állandó jele az incongruentiának az izületi résnek a medialis oldalon való tágulása, a lateralis oldalon való keskenysége. Észlelhető ezenkívül a condylus szögletek kicsúcsosodása, osteophyta-felrakódás és szögletek körül, az eminentia intercondyloidea deformációja, a patella alsó vagy felső végének kihegyezettsége (3. ábra), a fossa poplitea femoris körvonalainak szabálytalan volta, néha exostosisok a medialis oldalszalag tapadása helyén stb. Súlyos esetekben az arthritis deformans genus Röntgen-képét látjuk.

Érdekes az a megfigyelésem, hogy a térdizület statikai incongruentiája nem a fixált stadiumban lévő, súlyos csont-

elváltozásokkal járó lúdtalpknál szokott bekövetkezni, nem is a fiatal korban jelentkező és gyorsan a fixatiós stadiumba jutott lúdtalpknál, hanem a 30. éven túl jelentkező, még mobilis lúdtalpknál. Sokszor a lúdtalp igen kevésbé kifejezett, csak valgus van jelen és ez sem valami nagy; néha csak a láb harántboltozata van lesüllyedve. Gyakran aránytalanul kicsiny a lábon található elváltozás az általa létrehozott távolhatáshoz viszonyítva. Ezért igen gyakoriak a diagnosztikai tévedések. A hibás diagnosis rendszerint: rheumatismus, köszvény, gonorrhoea, tuberculosis, polyarthritus, lues, athro-pathia tabetica stb. Az ilyen betegek aztán éveken át fürdő-kúrákon, iszap-, fango-, hőlégkezelésen, diathermián, villamos kezelésen, jód- és salicyl-kúrákon, izületi punctión és öblítésen mentek át, némelyek lueskúrákat végeztek, mások hónapokig tartó ágybanfekvésre vagy gipszkötésre, rögzítő készülék viselésére voltak ítélve.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy mily gyakoriak ezek a megbetegedések; az alsó végtag izületi megbetegedéseinek legnagyobb része statikai alapon fejlődik és csak így gyógyítható.



3. ábra.

Aránylag ritka a térdizületnek az a statikai megbetegedése, a melyet a varus értelmében való deformatio okoz; előfordulhat ez mint statikai következmény, pes equinovarus, crus varum, coxa vara befolyása alatt. Előfordulhat az az eset is, hogy crus varum mellett compensatiós pes valgus áll fenn és ez utóbbi a valgus értelmében befolyásolja a térdizületet, a crus varum daczára.

A térdizület statikai megbetegedését nemcsak a láb statikájának megváltozása válthatja ki, hanem a medencének és a csípőizületnek minden olyan megváltozása is, a mely a térdizület normalis súlyvonalát eltolja (az izületet disequilibrirozza). Így például a térd ugyanazon a módon változik el, ha akár a láb felől, akár a medence részéről szenved el a súlyvonalnak a valgus felé való eltolását, illetve megtörését; az esetek túlnyomó részében természetesen a leggyakoribb megbetegedés: a lúdtalp az alapja a megváltozott végtagstatikának.

A statikai térdizületi megbetegedések prognosisa általában véve jó. A helyes diagnosis máris megadja a helyes kezelés módját és ennek eredményei még előrehaladott esetekben is igen jók, néha szinte csodálatosak.

Kezelés: a normalis statika helyreállítása. Pontosan ki kell kutatni a statikai hibát és ezt statikai eszközökkel korrigálni kell. Ezért a kezelés nagyon individualis. A valgus értelmében történt deformációknál és izfelszínincongruentiáknál nagyszerű és gyors eredményt lehet elérni helyes lábtar-

tással, jó cipővel, jó betétekkel. A correctióval megváltoztatott statika eleinte okozhatja ugyan a fájdalmak múló meg-növekedését, mert a már többé-kevésbé deformált izületek nehezen tűrik a helyes statikát; de néhány nap elteltével ezek a fájdalmak csökkennek, a lobos tünetek elmúlnak, a savós izületi izzadmány kisebbedik, majd eltűnik, a térdizület visszakapja normalis configurációját, elmúlik az izületnek nyomásra való érzékenysége, a fennálló contractura, javul a vérkeringés és csökken a varicositas is. Elmarad az azelőtt gyakori beékelődés; legkésőbb múlik el az izület ropogása.

Kezdő esetekben a statikai kezelés mellett teljesen felesleges a fürdők, hő, massage alkalmazása; előrehaladottabb, kifejezett csontelváltozással járó esetekben a hőhatások hatásosan előmozdíthatják a helyes statika helyreállítására irányuló eszközök hatását, de a massage ezen esetekben is felesleges, sőt a közvetlen és az izületre alkalmazott massage a periosteum izgatása által káros hatású is lehet. Igen jó hatást fejt ki a Δ átmetszetű faéken való járás és minden oly tornagyakorlat, a mely a normalis statika helyreállítását elősegíti.

(Folytatása következik.)

Az adenotomiáról.

Megjegyzések Wein Z. dr. cikkéhez.

Írta: Liebermann Tódor dr., műtőorvos.

Wein dr. cikke tudományos szempontból feltétlenül igen fontos megállapításokat közöl, a mennyiben az orrgaratüreg anatómiáját kiépíti és annak eddig tudatosan kellő figyelemben még nem részesített configurációjára hívja fel a figyelmet. Ezzel a lépéssel nagyot haladtunk megismerésünkben, mert most már értjük, hogy ellentétben a szakemberek nagy többségével, miért akadtak olyanok (például Denker), a kik az adenoidoknak curette-tel való műtévével egyáltalán nem voltak megelégedve, azt elvetik és helyette más eljárásokat dolgoztak ki. Világos, hogy a műtét „megbízhatatlanságát“ a Wein-féle crista pharyngis individualisan különböző fejlettsége okozza. A mi azonban a Wein által módosított technikát illeti, legyen szabad néhány körülményre rámutatni, mely miatt követését teljesen ebben a formában célszerűtlennek találom, habár a cél, a mely felé haladnunk kell, feltétlenül az, melyre Wein rámutatott.

A Wein-féle „endoskopia“, helyesebben rhinoskopia anterior, melyet az adenotomia ellenőrzésére kíván felhasználni, köztudomásúan az orrgaratüregnek csak igen kis részét tudja megmutatni, még akkor is, ha mind a két orrfél átjárható. Hát még ha nem az! De még normalis viszonyok között is: nem láthatjuk elülről az orrgaratüreg tetejét (hiszen mindig kénytelenek vagyunk a rhinoskopia posteriort segítségül hívni annak inspectiója kedvéért, és kivihetlensége esetén a palpatiót), nem, vagy alig, a tubaszájadzást, egyáltalán az üreg lateralis és felső részeit, melyeknek szemmeltartása pedig éppen adenoid vegetatiók esetén felnötteken a legfontosabb volna, a mennyiben a műtét módosítását elfogadjánk. Minden mást mellőzve, kérdésesnek látszik, helyes-e hozzászokni oly technikához, mely már eleve is csak az esetek kis részében lehet jobb, mint az eddigi? De ha tovább megyünk, akkor meg kell gondolnunk, hogy a rhinoskopozás kizárja azt, hogy műtét közben a segéd a beteg fejét előrebuktassa, a mely mozdulat, ha nem is mindig, de többnyire igen fontos tényezője az adenotomia jó sikerének, a melyről lemondanunk aligha lesz érdemes. Meggondolandó továbbá, hogy az adenotomnak nyelvlapoc nélkül való bevezetése, ha kétségtelenül lehetséges is, de mindenesetre sokkal nehezebb, különösen rosszul tartó, görcsösen szorító egyénen, másrészt pedig kosaras adenotomnál már csak azért sem üdvös, mert a kosár fogai könnyen beleakadnak az uvulába. Fogatlan adenotomot használni pedig a műtét módosítás kedvéért az aspiratio veszélye miatt nem igen lesz tanácsos. Ha még hozzávesszük ehhez, hogy novocainozás esetén is marad annyi vérszivárgás a sebfeleületről, hogy legfeljebb közvetlenül a műtétet követő pillanatokban ellenőrizhetjük a garatnak az

orron át látható részeit, azt hiszem nem lehet kétséges, hogy a Wein által kitűzött célt, tudniillik a crista pharyngis kikerülését, más úton kell törekednünk elérni.

Magam már évek óta, tekintettel arra, hogy minden adenotomia végzésekor szem előtt tartottam az esetleg az ostium táján lévő adenoid részek gyökeres eltávolítását, úgy fejezem be az adenotomiát, hogy abban az esetben, ha az első szakban magas számú adenotomot használtam, egy külön készen tartott kisebb számúval erősen lateralisán végigtapintom, illetve simogatom az orrgaratüreget, és pedig úgy, hogy külön végezve azt kétoldalt, az adenotom szára egészen a szájszögletbe kerüljön, illetve azt félre is nyomja. Ezen a módon elérhető az, hogy az adenotom egyik sarka éppen a Wein-féle fossa paramedianába kerül, míg a másik a tuba tájkát éri el. Némi gyakorlattal és figyelemmel ez a módszer teljesen pótolja a garatnak műtét utáni, ujjal való kitapogtatását, a mint ezt az is bizonyítani látszik, hogy nagyszámú adenotomia után utóvérzésem még nem volt. Hiszen tudjuk, hogy az adenotomias utóvérzés terapiája rendszerint a re-adenotomia, mert a maradékok szoktak vérezni.

A Wein-féle érzéstelenítést jónak és hasznosnak tartom, a mennyiben két körülményt szem előtt tartunk annak gyakorlásakor. Ha tompa kanüllel végezzük befecskendést, a novocain legnagyobb része visszafolyik az adenoid szövet lacunái között. Ha pedig hegyeset használunk, és ennek elkerülése végett azt mélyen beszúrjuk, megeshetik, hogy a novocain a garatfalat meredek colliculus alakjában leemelje a csonttól, mert a kanül a submucosus ürbe jutott és a novocain nem oszlott el. Egy ilyen colliculus azután beleakadhat az adonotomba, és akkor még csak decapitalódnia sem fog, a mi kisebb baj volna, hanem le fogja hántani a garatfalat. Ezért egyrészt ne erőltessük a novocainozást, másrészt használjunk tompa kanült, harmadszor pedig várjunk az érzéstelenítés után vagy 15—20 percet, a míg a novocain egyenletesen eloszlott, illetve beivódott.

Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon.¹

Írta: Magyary-Kossa Gyula dr.

(Folytatás.)

Az eddig elmondottakkal még mindig nincs kimerítve az empirikus gyógyítók és kuruzslók hosszú sora, kik az orvosok csekély száma miatt az orvosi gyakorlat jórészt a maguk számára foglalták le. Még csak most következnek a papok és a nők, kiknek mondhatni domináló szerepük volt ezen a téren. Ennek a szerepnek a magyarázata szintén az ősi korba vezethető vissza, mert majdnem minden nép mythológiájában megtaláljuk annak a népies felfogásnak a nyomát, hogy a papok, a sámánok és a nők isteni forrásból nyerték gyógyító tudományukat. Messzire vezetne, ha arról szólnék most, hogy az orvosi gyakorlat terén mily hatalmas szerepük volt nálunk a papságnak; itt csupán a női empirikusokról szeretnék röviden megemlékezni.

Ez a kifejezés: „tudós asszony” vagy „tudományos asszony” a magyar népnyelvben és mythológiában annyit jelentett, hogy kuruzsló, javasasszony, boszorkány és szó szerint megfelel a németek mythológiájában előforduló „weise Weiber”-nek és „kluge Frau”-nak. A magyar „tudomány” szó tehát eredetileg nem „scientia”-t, hanem „ars magica”-t, a felsőbb halalmaktól szerzett gyógyítóképesseget és bűbajosságot jelent.³⁷ A rómaiak *saga mulier*-je (bűbájosa) is, azt hiszem, egyazon forrásból ered a *sagax*-szal és a *sagacitas* szal. A klasszikusokból tudjuk, hogy ezeknek a *saga*-knak, a *medicák* mellett, milyen jelentős szerepük volt a római kuruzslók világában, különösen pedig az *aquae amatrices* készítésében és árusításában. A magyar tudós asszony egyik fajtája volt a *néző asszony*, vagy röviden *néző*,

¹ Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1920 október hó 30.-án tartott ülésén.

³⁷ A Kolozsvárt 1565-ben elégetett Boczi Klára nevű bába is, saját vallomása szerint, egy váradai tudományos ember-től tanulta el a boszorkánymesterséget. (Erdélyi Múzeum, 1901. évf., 190. oldal.)

nézős, nézőke. Azért nevezték (és nevezik) így, mert nemcsak gyógyító ereje volt, hanem ha akarta, meg is verte szemmel azt, akire ránézett, tehát a *rontás* is hatalmában állott. A *néző* asszonyt jóformán az egész földkerekség minden népe ismeri. A régi görögöknél az *ophthalmos ponéros*, a németeknél a *böser Blick* vagy *schlimmes Auge*, az angoloknál az *evil eye*, az olaszoknál az *occhio cattivo* mind idevág, és a mint manapság a magyar asszonyok, mikor a kis gyermekek szépségét, egészségét, szemrevalóságát dicsőrik, hozzáteszik sietve, „hogy meg ne szóljam” vagy hogy „jó órában legyen mondva”, „igézet ne fogja” stb., és a hogy a németek használják azt a pesti dialektusban is meggyökerezett és valószínűleg örökéletű „unberufen”-t vagy „unbeschrien”-t: épp úgy mondták már a görög asszonyok is a csecsemő nézésekor azt, hogy *προσκυνέω την νεμεσιον* és a rómaiak azt, hogy *absit invidia verbo!*

A kenőasszonyok vagy *kentefitőlők* (masszálók), a *hagymázmérők*,³⁸ a *kötők*³⁹ és a *kantairesek*⁴⁰ mellett különösen a *bábáknak* volt évszázadok hosszú során keresztül vezérszerepük a mi női kuruzslóink között. Ez érthető is, mert végig az egész középkoron az orvosi gyakorlatnak igen jelentékeny terrénumát, nevezetesen a szülészetet, a nőgyógyászatot és a gyermekbetegségek gyógyítását egészen a maguk számára foglalták le. Annál könnyebben teheték ezt, mert az orvosok jórésze még a 16. században is méltósága és tekintélye sérelmének vélte a szülészettel való foglalkozást és még arra sem vállalkozott, hogy a holt magzatot extrahálja. 1522-ben egy hamburgi (*Veit* nevű) orvost megégetésre ítélték, mert arra vetemedett, hogy bábaruhát vett magára és így próbált segíteni a szülő nőkn.⁴¹ Mikor *Nádasdy Tamás* felesége (1554-ben) megbetegszik és arról is kell döntenie, hogy nincs-e teherben, a nádor házi orvosa csak két előkelő udvarhölgy jelenlétében meri megejteni az egyszerű külső vizsgálatot s a legszükségesebb adatokra nézve sem mer kérdést intézni *Nádasdyné*hez.⁴² Nálunk még a múlt század elején sem szívesen fogadták a szülőnők az orvost és egy akkori orvosi írónk arra a kérdésre, hogy „miért bábáskodnak a mi országunkban leginkább az asszonyemberek?” azzal felel, hogy egyrészt a magyar asz-

³⁸ V. ö. Nyelvtörténeti Szótár I. 1247. („Nem az istenhez folyamodnak, hanem a varáslóhoz, rostahányóhoz, *hagymázmérők*-höz”). Egy 1693.-i debreczeni boszorkánypörben kétszer is említik, hogy az egyik vádlott *hagymázt mért* egy csömört kent (*Komáromy Andor*: Magyarországi boszorkánypörök levéltára, 151). Hogy miben állott ez a hagymázmérés, azt nem tudom biztosan megmondani, de sejtethető abból, hogy Nyitra megye nemely vidékén a magyarok még ma is méri a beteget, vagyis madzagot vesznek s azt a beteg fejétől a lábáig s az egyik középső ujjától a másikig kifeszítik, miközben a beteg kiterjeszti a karjait s ekkor következik a ráolvasás (*Ethnographia*, 1909. 315.). Ha a két hosszúság egyforma vagy csak kissé tér el egymástól, akkor a beteg *helyes méretű*, vagyis még lehet rajta segíteni; ha ellenben nagy a különbség, akkor nincs többé remény. A betegségeknek ilyen módon való *mérése* rendkívül elterjedt és őseredetű babona, mely a svédekéknél éppúgy megtalálható, mint a délszlávoknál, s a legkülönfélébb betegségek alkalmával használatos (phthisis, fejfájás stb.). Megjegyzem, hogy a *hagymáz* szót nem kell szükségképp a typhusra vonatkoztatni, mert a régi magyarok nyelvében mindentéle erős fejfájással, lázzal, deliriumokkal kapcsolatos betegséget jelentett az.

³⁹ A bűbájások egyik fajtája, kik csomókra kötött madzagokkal *megkötik* vagyis megbűvölik az embert (v. ö. latin *fascino*). Tarcal város törvénykönyve (1606-ból) kimondja, hogy „valaki bibájásokkal, *kötőkkel*, varázslókkal orvosoltatja magát, mint ördögnek tagját kiátkozzák és ha holtok történik is, nekik sem nem haragognak, sem az deákok utánna nem mennek, sem pengic az temetőkertben temetni nem hagyják, hanem az akasztófa alá lófarkon vontatják ki az testét”. (Adalékok Zemplénnémetörténetéhez, IX. 146.)

⁴⁰ *Kanta* elavult szó, mely a székelyek nyelvjárásában kuruzslót jelent s *Hunfalvy* szerint a finn *kant* (igézni) és a vogul *kánt* szóval függ össze.

⁴¹ *Baas*: Grundr. d. Gesch. d. Medizin, 371.

⁴² „Ipse fideliter, diligenter et studiose rem Magnificae Dominae coram Magna Dna Anna et Dna Ursula *Sennej* ita tractavi, ut nihil est relictum quod ad explorationem conceptionis attinet, praeter ea, quae nullo modo fieri possunt Vobis absentibus”. Másnap ugyanezek jelenlétében ismét megvizsgálja a nádor feleségét, és úgy találja, hogy „satis ad propositum omnes meae explorationes uno consensu responderunt, de caeteris signis nolui absentie Mag. V(estra) interrogare”. (*Körösi Gáspár* dr. levele *Nádasdy Tamás*-hoz, Sárvár, 1554. márczius 6. Orsz. Levéltár.)

szonyok szemérme nem engedi, hogy a férfiak bábáskodjanak, másrészt pedig az együgyű köznép a bábákat, kivált pedig a nem hivatalos, vagyis az ú. n. *lógós bábákat tudákosoknak* tartja, „mintha az Ur Isten nékiek valami különös tudományt adott volna a természet rendin kívül“. A bábák pedig nemcsak éltek, hanem vissza is éltek az ő kivételes helyzetükkel és a szülő asszonyokat, még ha orvoshoz akartak is fordulni, mindenképpen lebeszélték erről, s a doktort a háta mögött ócsárolták, leszólták, megrágalmazták,⁴³ csakúgy, mint nem nagy magasságban felettük álló elvtársaik, a chirurgusok.

Mindezen alsórendű kuruzslókkal azonban még nincsen kimerítve a női empirikusok népes világa. Abban a korban, melyről szó van, minden úri háztartásnak megvolt a maga orvosa a háziasszony személyében. A diplomás orvosok hiánya, a városok fejletlensége, a közlekedés hiányossága és az izolált élet szinte kikényszerítette, hogy az, a ki a család belső életét vezeti, hirtelen szükség esetén segíteni tudjon az urán, a gyermekein. és a cselédjein. Ez a kényszer vitte rá a vagyonosabb családok nőtagjait, hogy néha valóságos kuruzsokat vettek a szomszédságukban élő hírnevesebb orvosoktól. *Bethlen Katát* három orvos, köztük a nagyhírű *Köleséri*, vezette be a doktori tudományba s mint szemésznek megszűre terjedő híre volt, úgy hogy kastélyának az udvara mindig telve volt betegekkel. *Lordótfy Zsuzsanna* is nagyban foglalatostkodott a szembajok és a csonttörések kezelésével. *Zrinyi Ilona (Tököliné)*, *Vay Ádámné*, *Vér Judit*, *Derssfy Potencia*, *Wesselényi Anna (Csáky Istvánné)*, *Thurzó Judit*, *Petrőczy Anna*, *Széchy Mária*, *Révay Kata Szidónia*, *Csóron Ilona*, *Czobor Erzsébet*, *Máriássy Kata*, *Poppel Éva (Zrinyi Miklós, a költő, nevelőanyja)*, *Batthiányi Ferenczné*, *Pálffy Istvánné*, *Károlyi Sándorné* stb. mind messzeföldön híres medikák voltak. Egyiknek-másiknak az udvarában külön *patikaház* is volt, ahol ők maguk és fizetett gyógyszerészeik készítették a szegények vagy ismerősök számára való orvosságokat. Azonkívül minden valamirevaló úri háznál a *patikaláda* is ott volt, megrakva a legszükségesebb gyógyszerekkel; ezt hosszabb utakra mindig magukkal vitték. A gazdag családok patikaládái rendszerint igen becsesek, arannyal-ezüsttel bevontak voltak⁴⁴ és hosszú sorát tartalmazták a legjártosabb gyógyszereknek s a ma már teljesen obszolent csodaszereknek, hogy csak a *Bornemissza Anna* fejedelelemasszony patikaládájában található klárisport, emberkoponyát, szarvas szívének a csontját, sárkányport, márcziusi nyúl szemet, kígyószarvat és az Ábel vérét (sanguis draconis t) említsem.⁴⁵ Minden gondos, jóra való háziasszonynak megvolt a maga kezével írott vagy elődjétől öröklött orvosságos könyve, valóságos családi kincs, melyben a mindenféle betegségek elleni „kipróbált recepták“ voltak följegyezve. Az ilyen orvosságos könyveket még a legközelebbi rokonoknak sem szívesen adták oda lemásolás végett,⁴⁶ egyrészt mert féltették őket, másrészt mert minden családnak megvoltak a saját „secretum“-jai és „arcanum“-jai, melyek mint familiáris nagy titkok nemzedékről-nemzedékre szállottak. Régi kéziratokban nem egyszer olvassuk, hogy például az *Illésházy-családnak* secretuma volt a lithiasis ellen, a

⁴³ Nicht genug ist es, dass Apotheker und Chirurgi, auch sogar Hebammen denen Herrn Medicis, auch Physicis Ordinariis den gebührenden Respect entziehen, sondern wol auch bald von diesen, bald von jenen, wie es ihnen beliebig, übel sprechen, sie suchen verhasst zu machen, und auf solche Art bey denen Leuten in eine unwiderrufliche Blame zu bringen stb. (*Degenhardt* és *Stockinger* orvosok panaszos beadványa Sopron város tanácsához, a 18. század első feléből, Sopron város levéltárában).

⁴⁴ *Pálffy Istvánné* úti patikaládáját 1200 forintra becsülték, a mi akkor (1621) igen nagy összeg volt. Szintúgy fennmaradt a híre *Thurzó Borbála* nagyértékű patikaládájának.

⁴⁵ *Radvánszky*: Magyar családélet és háztartás, I. 24. 265.

⁴⁶ „Az minémő könyvet te Ngod én tölem kéretett, im te Ngodnak megkildettem. Könyörgök te Kegyelmednek, hogy te Kgyd iratná igen hamar le, mert tudja te Ngod, hogy az Kgyd szolgáljának *Derssfy István*-nak két kecsin fia vagyon; ha valamelliknek mi nyavalája történik, avagy házam népének is, tudja te Ngod, hogy egyéb doktort nem keresek, hanem csak ez könyvet veszem elő és minden doktorságot csak ebből késértek. Bizony sok orvosságot belőle megpróbáltam, hogy Isten után mind nagyinak s mind kecsinnek használtam vele“. (*Aytzingerné Derssfy Potencia* levele *Nádasdy Tamás*-hoz, 1555. Orsz. Levéltár.)

Pálffy-családnak pestis ellen, a *Latinovits-oknak* anthrax ellen stb.

Kissé talán kelletténél is hosszasan tárgyaltam a régi magyar világban szerte felburjánzó és virágzó kuruzslást, de szükséges volt ez annak az orvosi gyakorlatra káros circulus vitiosusnak a magyarázatához, hogy az orvosok csekély száma a kuruzsló empirikusok elszaporodásához, s viszont a kuruzslók számának növekedése a meglevő kevés orvos gyakorlatának anyagi és morális megromlásához vezetett, ha nem is mindenütt, de mindenesetre sok helyütt. A kuruzslókkal való konkurrenzia, mint minden más verseny, a mely méltatlan, mindenkor nehéz feladat volt az önértetes orvosnak. A beteg ember psychéjére rendszerint nagy hatással van a reménykeltés és a misztikus jellegű kezelés, s a beteg ember lelkéből vett örök igazság az, a mit *Goethe* mond, hogy „Laesst sich die Krankheit nicht kurieren, Muss man sie eben mit Hoffnung schmieren. Die Kranken sind wie Schwamm und Zunder; Ein neuer Arzt tut immer Wunder“. Ezekkel a fegyverekkel mindig bőven éltek az elmúlt idők medicasterjei, de egyéb, és sokkal hatalmasabb fegyvereknek sem voltak híjján. A nagy urak protekcióját értem itten. Erre vonatkozólag most csak egy példát akarok említeni. Van a mi orvosi irodalmunkban egy nyelvészeti szempontból igen érdekes munka, melynek czíme: „Házi orvos szótárcsoka“, melyet szerzője, nedeliczi *Váli Mihály*, 1759-ben írt. Ez a *Váli Mihály* teljesen tudatlan ember és hirhedt kuruzsló volt a maga idejében, ki, úgy látszik, a felvidéki olejkárokkal végigjárta egész Kelet Európát és Ázsia egy részét s útjából visszatérve azt kezdte hirdetni, hogy az epilepsiát tudja gyógyítani. E miatt az exorcista papok nagyon megharagudtak rá, mert az epilepsia az ő ressortjukba tartozott. Már-már a milánói inquisitio törvényesség elé került, mert azzal vádolták, hogy az ördöggel cimborál, de a *Szapáry*, *Károlyi* és *Erdődy* grófok megmentették, sőt az utóbbi udvari orvosává tette, később pedig az ő révén Zala vármegye fizikusává lett! Munkájáról csak később derült ki, hogy az nem más, mint *Meliusz* Herbáriumának szó szerinti másolata.⁴⁷ *Erdődy György*, az országbíró és aranygyapjas vitéz, annyira meg volt győződve *Váli Mihály* kivételes orvosi tudományáról, hogy még a királynak is beajánlotta, mert mint egyik levelében említi,⁴⁸ *Váli* uram egyik sikeres kúrájával az egész bécsi medica fakultáson „szégyent tett“.⁴⁹

A felsorolt laikus kuruzslókon kívül még a hazánkban megforduló *katonatorvosok*, illetőleg sebészek concurrentiája is sok helyütt rontott a magyar orvosdoctorok gyakorlatán, legalább is oly városokban, hol nem volt nekik megtiltva a polgári betegek gyógyítása.⁵⁰ Érthető tehát, hogy orvosaink némely vidéken sanyarú viszonyok közt voltak s hogy vagyoni helyzetükön javítsanak, sokszor kénytelenek voltak mindenféle, az orvosi gyakorlattal alig összeegyeztethető mellékfoglalkozást is vállalni. Különösen protestáns orvosainkról igen gyakran olvassuk, hogy egyszersmind papok, tanárok, városbírák és gyógyszerészek voltak. *Bereczk György* erdélyi orvos írja bánatos hangon az ő naplójában, hogy „ezen esztendőben (1712), aprószentek napján, választattam Kolozsvár városának királybírájává; ugyanezen nap ispotálymesternek is tétettem. Immár káptalan, doctor, királybíró, ispotálymester, eklézsia kurátora lévén, semmi jövedelem nincs. *Tituli sine vitulis!*“⁵¹ A híres tudós *Monavius*, ki a hazai botanika és archaeologia terén is nagy érdemeket szerzett s később greifswaldi egyetemi tanár lett, körmöczbányai orvos korában az ottani iskola rectorátát is elvállalta, csak azt kötötte ki, hogy a kántori teendők alól mentsék fel és a temetésekre ne kelljen eljárnia.⁵²

⁴⁷ V. ö. *Weszprémy*: Succincta stb. I. 109. és IV. 283.

⁴⁸ Tud. akadémia levéltára (Orvos tud. Ivrét, 6).

⁴⁹ *Váli Mihály* később (1769) hg. *Esterházy Miklós* udvari orvosa volt, s a herceget párisi útjára is elkísérte. (Akad. levéltára, u. o.)

⁵⁰ Budán 1691-ben megtiltják a katonai sebészeknek az orvosi gyakorlatot, szintúgy a polgárookra is ráparancsolnak, hogy ne merjenek ezektől gyógyszereket elfogadni. (Lásd Magyar Gazdaságtört. Szemle, 1900. évf., 374.)

⁵¹ Történelmi emlékek, II. (Pest, 1860), 115. old.

⁵² *Ernyey J.*: Gyógyászat, 1905. évf.

Ezek a szegényebb orvosok voltak azok, kik „pour corriger la fortune“ mindenféle *secretumokat* kezdtek gyártani és betegeknek jőpénzért a nyakába varrni. A pénzszerzésnek ez a nem legszebb formája azonban csakhamar általánossá lett az orvosok közt s a 17. és 18. században már majdnem minden híres collegánknak megvolt a maga jól fizető titkos gyógyszerere. Ilyen volt *Rayger Vilmos*-nak, a híres pozsonyi orvosnak, tojáshejből, rákszemből és csigák héjából készített *secretuma*, a *Pulvis contra arenam et calculum renum*, melynek készítési módját az ő halála után még több mint száz évig titokban tartotta a *Rayger*-család s mely még a 18. század végén is kedvelt gyógyszerere volt a német és olasz udvarnak; ilyen volt a *morbus Hungaricus* ellen használt s állítólag *Spindler Pál*, szintén pozsonyi orvostól származó messze földön ismert *Pulvis pannonicus ruber*, egy igazán fejedelmi orvosság, melynek alkotórészei közt corall, igazgyöngy, smaragd, rubin és safir is akad; *Fischer Dániel*, késmárki orvos, valóságos elárasztotta a felvidéket az ő *secretumaival* (*Pulvis bezoardicus Kesmarkiensis*, *Essentia Carpathica*, *Elixir antivenerum* stb.); *Cseh-Csuzy János*-nak három titkos szere is volt a köszvényes bajok ellen, és mikor I. József király himlőbe esik (1711), *Stockhammer dr.* a maga készítette *secretummal* akarja gyógyítani.⁵³ III. Ferdinándnak azon rendelete, hogy az orvosok titkos gyógyszereket készíthetnek és betegeknek adhatnak ugyan, de azokkal kereskedniök tilos, nem sokat változtatott ezeken a visszaéléseken. A gazdagodás vágya, a *sacra auri fames*, egyike azoknak az örökletes emberi szenvedélyeknek, melyeket egyszerű hatósági rendeletekkel nem sikerül számbavehetőleg korlátozni és a régi magyar orvosokról is gyakran olvassuk, hogy nem mindig elégedtek meg a vagyonosodásnak biztos, de lassú menetével, hanem, ha módjukban állt, a titkos gyógyszereken kívül a financialis törtetésnek egyéb útjait is próbára tették, hogy gyorsabb tempóban gazdagodjanak. Az egyik⁵⁴ papirgyárat alapít és ércbányákat nyit s ezen a révén rendkívüli vagyont hagy utódaira, a másik⁵⁵ vagyonának jórészt arra költi, hogy az *isatis tinctoriából* (festő csüllengből) indigót állít elő, a harmadik⁵⁶ szódagyártáshoz fog s erre a palicsi tó vizét használja fel, a negyedik⁵⁷ a szőnyi ikerpárt, ezt a híres pygopagust, olcsó pénzen megveszi a szülőktől, bejárja velük egész Európát, meggazdagszik, s mikor már megelégette az impresario tisztét, itthon tisztességes áron eladja őket az esztergomi érseknek, ki nemes bőkezűséggel gondoskodik a szegény ikrek további sorsáról. Végül nagyon sokszor olvassuk azt is, hogy orvosaink pénzt adnak ki jó kamatra.

Itt kell megemlékeznem a *reklámorvosok* genusáról is. Mert ne gondoljuk, hogy abban a régi, kezdetleges világban hiányzott a reklám iránti érzék. Nagyon jól tudták ők, hogy a nyomtatott betűvel való hírverés milyen nagy hatással van még azokra is, kik azt hiszik, hogy immunisak vele szemben. Ismerve a papirosnak és a nyomdának akkori drágaságát, szinte csodálkozunk kell azon, hogy nálunk már 1545-ben megjelenik a reklámorvos első képviselője egy kassai orvos (*Stein Kristóf*) személyében, ki jóformán minden földi baj ellen melegen ajánlja az ő *juniperus-olaját*, a második pedig

⁵³ *Mádai Sámuel* (1709—1780) titkos szereinek szintén fenmaradt a híre. De már a II. Ulászló udvarában élt *Manardus*-nak is megvolt a maga *secretuma lues* ellen (a *Decoction ebeni indicis*), melylyel többek közt a krakói püspököt is, kit az orvosok majdnem elpusztítottak az erélyes higanykúráikkal, sikeresen gyógyította (*Weszprémy*, i. m.). Szintúgy a Nadasdy Tamás többször említett kedvenc orvosának, *Gáspár* doctornak, is volt titkos szere a pestis ellen, mert Draskovich György püspök egyik levelében (Prága, 1554 augusztus 24) azt írja a nádornak, hogy ebben a városban oly borzalmasan pusztít a pestis, hogy azalatt, míg ő kocsiján a szállására ment, három pestisben elhalt ember hulláját vitték el mellette s nagyon kéri *Gáspár dr.-t*, hogy abból az ő fűvéből, mely oly hatásos a pestis ellen (*de illa sua herba, quae pesti inimica est*), küldjön neki egy keveset. (Orsz. Levéltár.)

⁵⁴ *Spilnberger* (l. *Weszprémy* i. m. I., 170, 172).

⁵⁵ *Pfeiffer Mihály* késmárki orvos (l. *Genersich*: *Merkwürdigkeiten der kön. Freyst. Kesmark*, II., 53).

⁵⁶ *Liebetraut Gottfried* (l. *Linzbauer*: *Codex sanit.-medic. Hung.* III [1] 437).

⁵⁷ *Cseh-Csuzy János*. (Erről bővebben l. a Budapesti Orvosi Újság 1918. évf. 3. számában közzétett értekezésemet.)

egy sebész (*Hoffmann Illés*) az 1600-as évek elejéről,⁵⁸ mint-hogy akkor még a mai értelemben vett újságok nem voltak, rendesen reklámczédelüket használták erre a célra, melyekre nagyobb nyomaték kedvéért a kétféjű sast is rányomták, míg végre ezt (1787-ben) a helytartótanács meg nem tiltotta, mert az már mégsem járta, hogy a fogfájás, tyúkszem, egerek és poloskák ellen való arkánumokat is a császári sással hitelesítsenek.⁵⁹ A magyarországi reklámorvosok vezéralakja különben *Buckisch Károly József* pozsonyi orvos, ki sympathikus, metallotherapiás és magnetikus kúráival előkelő gyakorlatra tett szert a felföldi mágnások körében, de mint nagyhangú és tudományos mázzal bevont röpirataiban panasolja, a többi orvosok mindenütt üldözőbe vették, Pozsonyban se sokáig volt maradása, átment Ausztriába, innen Csehországba, majd Lotharingiába, Elzászba, Franciaországba, mindenütt verve a dobot az *ars sympathetica*, a *spiritus magnetica* és a saját tarsolya érdekében. Reklámirataiban hangsúlyozza, hogy a betegnek nem szükséges hozzá fáradnia, elég, ha a vizeletét küldi hozzá, ő abból sok mindent kiderít, többek közt azt is, hogy a teherben lévő asszonynak fia lesz-e vagy leánya és az se nagy baj, ha az utóbbi eshetőség fenyeget, mert ő az *ars sympathetica* segítségével a leánynak induló foetusból is fiút csinál, *in majorem Dei gloriam*.⁶⁰

Régi orvosi rendünknek ilyen méliatlan képviselőivel azonban csak igen kivételesen találkozunk. A mindennapi practikusnak nem volt szüksége az efféle eszközökre, mert a gyakorlat, általában véve, a legtöbb helyen jól jövedelmező és nyereséges volt. Az *orvosi honorarium* elég tekintélyes volt arra, hogy régi collegáink társadalmi állásuknak megfelelően élhessenek, a mi pedig az előkelő körök orvosait illeti, azt hiszem, hogy ezek sehol máshol nem találkoztak oly bőséges anyagi elismeréssel, mint nálunk. Már a középkorban egész sorát ismerjük azoknak az orvosoknak, kiknek királyaink dominiumokat, falvakat, szőlőket stb. adományoztak.⁶¹ Az újkor elején, a mohácsi csatával, persze ennek is tökéletesen vége szakad, mert a Habsburgok udvarában 400 éven át híre sem volt a magyar orvosnak; de Erdélyben, a nemzeti fejedelmek körében élő orvosnak továbbra is része volt a fényes dotatiókban. Így azt olvassuk, hogy Báthori István három jelentékeny kolozs megyei birtokot (Tiburcz, Kajántó és Bogártelek) adományoz házi orvosának *Blandrata*-nak, Bocskay István egy hegyaljai szőlőt *Macsy András*-nak, az ő archiater-jének⁶² és így tovább. Régebbi királyaink, kivált pedig az Anjou-házból származottak, gyakran adományoztak udvari orvosainak kanonoki és püspöki javadalmakat és magas egyházi állásokat, akkor ugyanis a papi rendhez nem tartozó laikusok is (kivételesen) teljes egyházi jurisdictionalis hatalmat és dotatiót élvezhettek, mindaddig, míg a constanzi zsinat (1418) ki nem mondta, hogy kanonokság csak olyan

⁵⁸ L. Magyar Könyvszemle, 1878. évf., 293. old.

⁵⁹ *Linzbauer* i. m. III (1), 332.

⁶⁰ Mondanom sem kell, hogy az egykorú orvosok is jól látták *Buckisch* szélhámosságait. A nürnbergi orvosi újság (*Commercium litterarium*, 1744. évf., 1. és 2. sz.), mely hosszan tárgyalja *Buckisch* munkáit, a nagyhangú szövegek végére gúnyosan hozzátézi: *Hem quantus Apollo! (aut si mavis, Thraso)*. Itt *Buckisch*-nak egy olyan munkája is említve van, melyet *Szinnyei* nem ismer és a melynek barbár latinságát a német orvosi hetilap erősen megrójjá. Kétségtelennek vélem, hogy *Buckisch* nem volt magyar, hanem német vagy osztrák ember, ki csak üzleti érdekek révén vetődött Pozsonyba. Ezt a várost, merész föllentése szerint, éppúgy megmentette az 1739-i pestis veszedelmétől, mint 27 évvel azelőtt Franciaország.

⁶¹ IV. László király 1274-ben udvari orvosának, *Gellért*-nek (*Gerardus*) adományozza a zágrábi várhoz tartozó Tornava földet és Karalicha falut (*Wenzel*: *Árpádkori új okmánytár*, XII., 113); *János* orvos V. Istvántól kap birtokot; *Bertold*, Robert Károly házi sebésze szőlőt kap a királytól (*Wertner*: *Századok*, 1893, 605); *Demény László* több faluval ajándékozta meg Zsigmond király, mert „circa curam nostri corporis in arte sua physica studuit et adhuc anhelat intrepide complacere (*Weszprémy*, III, 67); stb.

⁶² *Weszprémy*, i. m. I., 21 és IV, 372. Rákóczy György és Zsigmond 1612-ben egy zemplénmegyei telket ajándékoz *Marcy András* kassai orvosnak, ki néhány éven át híven és hasznosan szolgálta „sok rendbéli nehéz betegségiben“ Rákóczy Lajost (Tört. Tár, 1893, 580). Hasonlóképpen II. Apafi fejedelem *Husztai István*-nak, ki nejét kigyógyította, adományoz egy mármaroszigeti telket. Bethlen Gábor 100 aranyat és egy nagy ezüstkelyhet hagyományoz *Czeglédi János*nak stb.

orvosoknak adományozható, kik tanulmányaik elvégzése után még bizonyos ideig theológiát is hallgattak. A 16. (és még inkább a 17.) századbeli orvosi honorariumok megítélésakor figyelembe kell vennünk, hogy ez volt az az időszak, mikor nálunk éppúgy mint Europa más országaiban a natural gazdálkodásról a pénzgazdálkodásra tértek át s ezzel velejárta a váltópénz hiánya. A készpénzjövdelem nem állott arányban azokkal a kiadásokkal, melyeket készpénzben kellett fizetni. Leggazdagabb mágnásaink is kénytelenek voltak arany- és ezüsttárgyaikat Bécsbe vinni s az ottani gazdag tőzséreknél zálogba tenni. Az adósságok törlesztése is csak a legtrikább esetben történt készpénzzel, hanem kiváltképpen borral, búzával s más nyerstermékekkel avagy ingatlanokkal. Főurainkat az óriási földbirtok sem menté meg az eladósodástól, mely némelyiknél, mint gróf Wesselényi Ferenc nádornál, kinek pedig három milliónyi ingatlana volt (a mi legalább is hatvan millió koronának felel meg, a békebeli koronát értve), egészen a tönkretűlésig fokozódott.⁶³ A készpénz hiánya s a fekvő birtoknak a folytonos politikai zavarok következtében való csekély jövedelmezősége magyarázza meg, hogy még leggazdagabb mágnásaink (például Révay Ferenc nádori helytartó) gyermekei is külföldi iskoláztatásuk („bujdosásuk”) idején folytonosan kínos anyagi zavarokkal küzdenek, rongyos ruhákban járnak és egyetemi társaik szánakozását vonják magukra.⁶⁴ Ez teszi érthetővé, hogy abban a korban orvosainkat is lehetőleg nem pénzzel, hanem naturaliákkal (borral, gabonával, sörrel, sóval, posztóval) fizették, a gazdagok természetesen ezenkívül pénzzel, arany- és ezüstművekkel (ékszerekkel, kelyhekkel stb.) is. Ha azt olvassuk, hogy nálunk a mohácsi vész idején egy vidéki város physicusának évi fizetése 150 forint, évi lakáspénze pedig 10 forint volt: ezen nem szabad megütköznünk, mert akkoriban egy száz dénáros forintért 130—150 font húst lehetett kapni.⁶⁵ A 16. század közepétől kezdve az orvosi honorariumra nézve II. Ferdinándnak 1552-ben kibocsátott rendőri szabályzata (*Ordo politiae*) volt irányadó, melynek értelmében jobbmódú betegek egy látogatásért 20 krajczárt, kevésbbé tehetősek 10 krajczárt voltak kötelesek fizetni az orvosnak. Hogyha a környékre hívták, akkor a fuvaron és ellátáson kívül mértföldenként 20 krajczár járt neki s ha egész napra ment, ezért egy (60 krajczáros) rénes forintot kapott. Ha tehát az orvos naponta tíz látogatást tett s minden látogatást 15 krajczárral számítunk, akkor (*Demkó* megállapítása szerint) egy év alatt körülbelül 547 forintot szerezhetett, vagyis körülbelül 11.000 (békebeli) koronát. Ehhez hozzászámítva a külön díjazásokat (pestis alkalmával stb.), a gazdagok honorariumjait és a várostól esetleg húzott rendes évi fizetést és a mindenféle naturaliákat, azt mondhatjuk, hogy 16. és 17. századbeli orvosaink minden tekintetben jól el voltak látva földi javakkal.⁶⁶

Folytatása következik.

⁶³ V. ö. Acsádi: Magyarország Budavár visszafoglalása korában, 143—144. old.

⁶⁴ Frankl: Révai Ferenc fiainak hazai és külföldi iskoláztatása, 33. old.

⁶⁵ Ezen adatok *Joh. Maria Italus* (1525—1526) és *Pauschner Mátyás* nagyszombati orvosokra vonatkoznak. (Lásd *Herbert* értekezését az *Arch. d. Vereins f. Siebenbürger Landeskunde*, N. F. XX, 5.)

⁶⁶ Néhány más példa: *András* nagyszombati orvos évi fizetése 1503-ban 20 forint, 1506-ban 75 forint; Ulászló idejében *Julius* udvari orvosnak egy ízben 300 forintot, máskor egy vég posztót utalnak ki; *Laurentius* löcsei doctornak 1535-ben évi 12 forint járt a várostól, a szegény barátoktól pedig évi 10 forint; *Körösi Gáspár* dr. 1556-ban Erdődy Péter és Adám deák gyógyításáért két hordó bort kap; *Nadasdy Tamás* feleségétől pedig (1557) egy aranyos kelyhet, melynek értéke legalább kilencz forint azért, hogy kocsin kis fiának megtekintésére indul; *Dénes* gyulai borbély (1561) a foglyok gyógyításáért két köből búzát kap; *Sámboki János* értesíti a nagyszombati tanácsot, hogy szerez nekik orvost, ha a város és a káptalan évi 100—100 forint fizetést biztosít neki (1581); *Báthori Zsigmond* erdélyi fejedelem udvari orvosának, *Squarcialupusnak*, évi fizetése eleinte 400 forint, később 500 forint. Mindezen összegek mai értéke könnyen kiszámítható, ha Acsádi számítását vesszük alapul, mely szerint egy magyar forint 1522—30 közt 30 koronának, 1530—46 közt 24, 1546—1600 közt 20 koronának felel meg (mindig a háború előtti koronát értve). V. ö. *Harkó Gyula*: A pénz története Magyarországon (1912), 59.—60. old. — A 17. és 18. századbeli honorariumok részletesebb tárgyalásáról ez alkalommal le kell mondanom.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(1920 október hó 30.-án tartott II. rendes ülés.)

Elnök: Hutya Ferenc. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Tóth István: Placenta praeviás szülések.

Három placenta praevia-praeeparatumot mutat be. Az első esetben 1917 december 7.-én d. e. 7 órakor beszállítják a klinikára H. E. 30 éves, négyszer szült asszonyt, terhessége végén, teljesen pulsus nélkül, kivérezve. Vizsgálatra készülés közben az asszony meghalt. A történetekről annyit tud, hogy egy hét óta kis fokban vérzik, fájásai éjfél tájban kezdődtek, nagy vérzéssel. Éjjel két órakor vizsgálta a baba, a ki kétujnyi méhszájat és fölötte előlfekvő lepényt tapintott. Majd orvos vizsgálta, ki az előlfekvő lepény diagnózisát helyben hagyva, ergotint rendelt. A bonczolás a halál okául elvértést állapított meg. A bemutatott készítményen jól látszik, hogy a harántfekvésben levő magzatlepény teljesen fedte a méh száját s a bőven kétujnyira tágult méhszáj fölött látható a lepény levált része, a minek következtében az asszony elvérzett.

A második esetben 1919 július 12.-én a népbiztosság rendeletére Pomáz községbe száll ki a szülészeti poliklinikum, a hol K. J.-né, 31 éves, tízszer terhes nőt mérsékelt vérzés közt találják. A vérzés oka előlfekvő lepény. Tamponálás után a klinikára szállítják. A vérzés megszűnik s észlelés alatt tartják. Július 31.-én erős vérzése támad s jelentékeny anaemia fejlődik ki, a pulsus 120 körül, könnyen elnyomható, a beteg hányásingerről és szédülésről panaszkodik. Méhösszehúzódás nincs, a méhszáj ujjnyi, fölötte tenyérnyi területen levált lepény tapintható. Magzati szívhangok nem hallhatók, de előbb az anya magzatmozgást érzett. Mindkét élet megmentése céljából műtétet végeznek. Hasmetszés s a méh előbuktatása után a ligamentumokat s az összes vérforrásokat két sor érszorító közé fogva átmetszi s a méhet amputálja. A terhes méhet felmetszve, a jól fejlett apnoës fiúmagzat megszületik. Az asszony vérvesztése minimális. A gyógyulás simán folyt le.

A harmadik esetben A. A.-né 45 éves, háromszor szült asszony 1919 július 13.-án jelentkezik a klinikán, közel terhessége végén, erős vérzéssel, elmondva, hogy már három napja vérzik. A kiviselt magzat ferde fekvésben, szívhangjai jók, fájás nincs. A méhszáj ujjnyi, megtartott nyakcsatorna, a belső méhszáj felett lepényszövet tapintható. Ágynyugalom mellett a vérzés szűnik. Két heti észlelés alatt háromszor jelentkezik erősebb vérzés, a mit colpeurynterrel sikerült megszüntetni. Majd ismét erős vérzés jelentkezik, mérsékelt méhtevékenység kíséretében. Az asszony szédülésről, hányásingerről panaszkodik, halvány, hideg verejték üt ki rajta. Pulsus 168. Tekintettel arra, hogy jelentékeny anaemia fejlődött ki s placenta praevia centralissal állunk szemben, ez esetben is hasmetszés útján a méh amputációjával oldja meg a placenta praeviás szülést. A műtét jóformán vértelenül folyik le, közben hypodermoklyssissal emelve a vérnyomást, a mikor úgy a pulsus, mint a légzés kimarad, daczára annak, hogy az aether-narcosis már előbb abba lett hagyva. Mesterséges légzés, szívizgatók ellenére a szív működés megszűnik. Az 50 cm. hosszú 2800 gr. súlyú magzat apnoëban születik, bőringerekre csakhamar magához tér s hangosan sír, az éj folyamán légzése felületessé válik, mustárfürdők daczára 26 óra múlva meghal. A bonczolás az anya halálának okául a szívizomzatnak nagyfokú parenchymás degenerációját mutatja ki, kisfokú aorta-hypoplasiával. A magzat bonczolásakor mindkét tüdő alsó lebenyének atelectasiája, subpleuralis vérzések, feltűnően nagy thymus találtattak. Ez esetben nyílt kérdés, hogy korábban végzett műtéttel nem lehetett volna-e úgy az anyát, mint a magzatot megmenteni.

Tóth István: Májrepedés.

S. Gy.-né 29 éves asszonyon 7 hónapos secundaer abdominalis terhessége miatt 1919 augusztus 29.-én a bemutatott hasmetszést végezték. A hasürben mérsékelt mennyiségű folyékony vér. A jobb oldalon a belek közt elhelyezkedő petezsák sértetlen. A petezsákot a belektől leválasztani nem

lehet; a petezsák megnyitása után kiveszi a 7 hónapos élő leánymagzatot, leválasztja a tuba ampullaris részében s részben az ovariumon tapadó lepényt s úgy a méh felé, mint az arteria spermatica felé elzárja a lepény tapadása helyéhez vezető vérzés-forrásokat. Közben észreveszi, hogy a lejtős síkon fekvő beteg jobb hypochondriuma alól vérzés tör elő, a beteg pulsusa gyengül, szaporodik s már 140. A vérzés okát kutatva megállapítja, hogy a máj jobb lebenyének külső szélén két egymással közel párhuzamos sagittalis vonalban megrepedt. A repedés helyét körülölni a májszövet szakadékonysága miatt nem lehet. A vérzés csillapítását tamponálással végzi. A műtétet gyorsan befejezve, a tamponádot eltávolítva a máj alól, zárja a hasat s most kívülről tölti ki a jobb hypochondriumot, az egész bordaív alját s az egész hasra szoros nyomókötlést alkalmaz. Napokig igen súlyos állapotban fekszik a beteg, nehézlégzésről és fájdalomokról panaszkodva; többször hányt. Állandó proctoklysis. 48 óra múlva meglazítva a kötést, megállapítja, hogy a máj alatt és a lumbalis tájon tompulatot adó jelentékeny resistencia van, a mely elég gyorsan szívódik fel. Hetedik napon a beteget kirázza a hideg, hőmérséke 39.8°C , utána is még két napig lázas. A 13. napon az alsó végtagon thrombosis fejlődik, a mely azonban elég gyorsan enged. A beteg a 30. napon felkel s a 37. napon gyógyultan távozik.

A májrepedés okául a bemutató előadja, hogy a betegnek az altatószobából a műtőasztalra való szállítását szokás szerint három orvos végezte, miközben a középen álló orvos oly módon tartotta a beteget, hogy jobb keze a derék alatt, bal keze a térdhajlatban volt s két keze között csúszott lefelé a medence. Figyelmeztetve őt ezen szabálytalan tartásra, az minden erejét összeszedve, felemelte a beteg medenczéjét annyira, hogy a has homorulata nemcsak kiegyenesedett, hanem kidomborodott. Ez a hirtelen nyomásváltozás okozta a májrepedést, a mit elősegített az, hogy a jelentékeny nagy petezsák magasra emelte a beleket s növelte a hasúri nyomást. A petezsák semminemű összeköttetésben nem volt a májjal, közöttük belek voltak, tehát annak megbontása nem okozta a májsérülést, de nem okozta a fokozott lejtősik sem, hisz már a hasúr megnyitása alkalmával találtak kevés szabad vért a hasüregekben.

Tóth István: Colporrhaphia mediana méhelösesés miatt.

A bemutató a colporrhaphia mediana műtétét öt esetben végezve, annak eredményével meg van elégedve. A műtét lényege, hogy az elülső és hátulsó hüvelyfal középső részén a hüvelyboltozattól másfél centiméternyire kezdve, a szeméremnyílásig folytatva 1—1 két ujj széles szalag alakjában lefejtjük a hüvelyfalat s a két felületet belülről indulva s kifelé folytatva elsúlyasztott s a két oldalon megmaradt keskeny hüvelycső felé csomózott varratokkal egyesítjük. Az így 10—11 cm. hosszúságban s $2-2\frac{1}{2}$ centiméter szélességben összegyógyult heg a hüvely közepén egészen biztosan megakadályozza a méh előesését, a méh secretióját azonban nem tartja vissza, a mennyiben a kétoldalt megmaradt kisujjnyi hüvelycsövön át ennek szabad útja van. Az operált öt eset közül hármát több mint egy év múlva recidiva nélkül látott; egy, a 65 éves V. L., a kit bemutat, azt panasolja, hogy gyakrabban kell vizelnie, a mit véleménye szerint a húgycső vongálása okoz.

Kopits Jenő: Heine-Medin-kór következtében kézenjáró.

A bemutató 11 éves fiúgyermeket demonstrál, kinek mindkét alsó végtagja béna. Az esetnek az ad érdekességet, hogy a gyermek felső végtagjait használja járásra, a mi által mozgásában, illetve helyzetváltoztatásában rendkívül önállóságra tett szert. A gyermek két éves korában állotta ki a Heine-Medin-kórt, utána mindkét alsó végtagja béna maradt, némi mozgás csak a mindkétoldali széles czombpólyafeszítő izmokban, valamint a bal lábszár közös ujjfeszítő izmában maradt; nagyrészt bénák a has izmai is, csak az egyenes hasizmokban láthatók beidegzés nyomai. A gerinc scoliosos és erősen lordosos, ezenkívül mindkét csípőizület zsugorodásban van, a mit a megrövidült pólyafeszítő

izom tart fenn, ezen kívül a gyermeknek a testén egyéb deformitása nincsen. Járás-typusa a következő: felálláskor megfogja mindkét lábát, úgy hogy hüvelykujjai a talpra kerülnek a láb boltozata alá, többi ujjával a láb külső szélét tartja, lábait talpra helyezi, ugyanekkor erector trunci-ja beidegzésével medenczéjét magasra emeli, egyúttal nyakát annyira hátraszegi, hogy arcza előre tekint. Ilyen helyzetben a gyermek járáskor lábait kezeivel váltogatva előre emeli s így egész biztosan jár nemcsak a sík talajon, hanem lépcsőn is teljesen egyedül. Miután a gyermek lábszárait csak passiv alátámasztásra használja, úgy is tud kitartóan járni, ha csupán csak kezeire támaszkodik, midőn medenczéjét még magasabbra emelve, alsó végtagjai petyhüdtlen csüngnek alá. Ha a gyermek magasabb ülésről indul járásra, akkor először, mint az őz, kezeire ugrik a talajra, majd törzsét maga után emeli, lábait megragadja s a leírt módon kezdi meg a járást. Érdekes, hogy bár a gyermek magától találta ki ezt a járásmódot, az mégsem magában álló, mert hasonló kiterjedésű benulásnál ugyanilyen járásmódot írt le *Heine*, *Höftmann* és *Joachimsthal* is. Tanulságos az organismusnak a functióhoz alkalmazkodó képességére a felső végtagok, a váll izomzatának nagyon erős kifejlődése, valamint a mellkas fejlett volta, mely erősen feltűnik a test alsó részének nagyfokú sorvadása mellett. A bemutató reméli, hogy a gyermeket egyenes állásban járóképessé fogja tenni a csípőizületek redresszálása után, melyet a megrövidült czombpólyafeszítőizom átvágásának kell megelőznie, fűzővel egybekötött támasztókészülékek segítségével.

Bókay János: A bemutatás kapcsán felhívja kartársai figyelmét a Heine-Medin-betegség járványaira. Az 1911. évi magyarországi járvány tudvalevőleg néhány évvel a svéd és norvég, valamint az Egyesült Államok járványai után kezdődött. Azóta hazánkban csak elszórtan láttuk a kórt a jelen év tavaszáig, midőn a betegség sűrűbb jelentkezése mindinkább feltűnővé vált. Az egyetemi gyermekklinika bejáró beteganyagában a jelen évben eddig 59 oly Heine-Medin-esetet láttunk, hol az acut időszaka a betegségnek a jelen évre esett, ami az előző évekhez képest feltűnő szám és a járvány fejlődésére utaló körülmény.

Magyary-Kossa Gyula: Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon. Egész terjedelmében hozzuk lapunk más helyén.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Oleum menthae piperitae mint cholagogum. *Heinz* tanár, az erlangeni egyetem gyógyszer-tani intézetének igazgatója, az aetheres olajokra vonatkozólag végzett rendszeres vizsgálódásai alkalmával arra az érdekes és gyakorlatilag fontos eredményre jutott, hogy némely aetheres olaj feltűnően fokozza az epeképződést; legerősebb hatásúnak az oleum menthae piperitae bizonyult. A további kísérletek azt is kimutatták, hogy az oleum menthae piperitae hatására nagyobb mennyiségben termelődő epe az epekővekre puhító hatást fejt ki, úgy hogy azok könnyebben szétfőredezhetnek és könnyebben kimosathatnak a choledochuson át a duodenumba. A szer következőképpen rendelhető: Rp. Ol. menth. pip. 0.5. Sacchari lactis 10.0. Fiant lege artis trochisci No. 40. D. S. Naponként 3-szor 2—4 darab veendő be. Olcsóbbak, tartósabbak és kellemesebben bevehetőek azonban az I. Deiglmayr kémiai gyára (München) által készített *cholaktol*-tabletták, a melyek egyenként 0.25 gramm súlyúak, 0.0125 gramm oleum menthae pip.-t tartalmaznak és cukorral bevontak voltak miatt nagyon könnyen nyelhetők le. Epekőroham idején körülbelül 12 tablettát veendő be (3-szor naponként 4 darab), a rohamok közti időben pedig néhány hetes időszakban naponként 6 darab. A dolgozathoz csatolt megjegyzéseiben *Noorden* tanár azt mondja, hogy epekőbetegség ellen ő is használja a *cholaktol*-tablettákat; eddig ugyan még kevés esete van csak, úgy hogy végleges ítéletet még nem mondhat; azt azonban állíthatja, hogy eddigi eredményeivel nagyon meg van elégedve. (Therap. Halbmonatshefte, 1920, 13. füz.)

Sebészet.

Körülírt genyedő folyamatok kezelésére Bockenheimer a fagyasztást ajánlja. Aethylchlorid-sprayt használ, a melyet olyaténképpen módosított, hogy fújtató segítségével még levegőt is juttat a sprayhez, a minek következtében a megfagyás gyorsabban és 50% aethylchlorid megtakarításával következik be. Addig engedi behatni a sprayt a kóros területre, a míg fehérré és pergamentszerűvé lesz. A fagyasztott területre azután egyszerű kenőcsös kötést tesz. Mennél előrehaladottabb a folyamat, annál hosszabb ideig tartson a porlasztás. A kedvező hatás úgyszólván rögtön beáll a fertőzés tovahaladásának megszűnése folytán; a betegek már röviddel utána jobban érzik magukat, a láz és a rázóhideg megszűnik, a lobos oedema visszafejlődik és a beszűrődés csakhamar tályoggá alakul. A fertőzött szövetrészt lelködése hamarabb következik be, mint más eljárások (pangásos kezelés, szívóharang, bemetszés) használata után, még pedig hideg tályog alakjában. Ezért a legtöbb esetben nincs is szükség bemetszésre, mert ismételt fagyasztás után fistula képződik, a melyen át a hígan folyó geny kiürül. A fagyasztás a tályog képződése után is még naponként folytatható, mert gyorsítja a gyógyulást. Eljárásának előnyeit a szerző a következőkben foglalja össze: az eljárás nagyon egyszerű, kevés időt igényel, narcosis és segédlet nélkül végezhető; kezdődő folyamatokat rögtön megszüntet, előhaladottabbakat pedig megállásra bír és a gyors gyógyulás útjára terel; csak alig látható, sima heget hagy hátra, mert a nagyobb bemetszések mellőzhetők. (Deutsche mediz. Wochenschr., 1920, 42. sz.)

Murphy-gomb okozta intermittáló ileus 13 $\frac{1}{2}$ évvel a műtét után címmel közöl esetet az Eiselsberg-klinikáról *H. Neuberger*. A betegen 1906 augusztus havában vastagbél-daganat miatt resectiót végeztek és a reszekált bélrészeket Murphy-gommbal egyesítették. A műtét után gyorsan rendbejött, jól érezte magát, rendszeren végezte a munkáját. 1919 augusztus havában kezdődtek újból a panaszok: körülbelül 8 napos időközökben általános rosszulléttől kísért fájdalmak jelentkeztek a hasában; ezek a fájdalmak kisugároztak a hátba és a lélekzést is akadályozták; a has az ilyen rohamok alkalmával, a melyek néha 3 napig is eltartottak, puffadt, szék és szelek nem távoznak. Klysmákra és hashajtókra javul az állapot, de néhány nap múlva újabb roham következik. Mint-hogy az utóbbi időben a rohamok szaporodnak és már bőfűgés és hányásinger társul hozzájuk: kéri a klinika tanácsát. Minthogy az anamnesis és a klinikai lelet szerint, a melyet a Röntgen-vizsgálat is megerősített, kétségtelen volt, hogy az el nem távozott Murphy-gomb okozza a zavarokat, laparotomiát végeztek, a mikor is a nagyon hosszú és mozgékony colon transversum egy diverticulumszerű kítüremkedésében, közel a flexura lienalishoz, megtalálták a gombot, a mely teljesen kitöltötte a diverticulumot és egyúttal a bél lumenébe is beemelkedett, teljesen sima volt, alig változott meg, a lumene is átjárható volt. A 13 $\frac{1}{2}$ évvel előbb végzett bél-anastomosisnak nyoma sem volt látható. Az illető 11 nap múlva kifogástalan állapotban hagyta el a klinikát. (Wiener klin. Wochenschr., 1920, 45. sz.)

Szemészet.

Lues és glaukoma. „A lues és a szem” című munkájában *Igersheimer* kijelenti, hogy a glaukoma syphiliticum már sok év óta járatos fogalom, eddigelé azonban nem tudott magának helyet biztosítani a pathologiában. *Hirschberg* az orvoslás szempontjából kívánatosnak tartja annak a kérdésnek a szellőztetését, hogy hasonló esetekben az önálló glaukoma mellett kimutatható luesnek orvoslása állandó haszonnal jár-e a betegre nézve, vagy sem. Hat esetének kórtörténetét ismerteti. Ezekben az esetekben, melyekben lues kétségtelenül kimutatható volt, a helyi orvosláson, nevezetesen a pilocarpin- és eserin-becsepegtetések, iridectomián és sclerotomián kívül antilueses orvoslást alkalmazott, hol kénesős bedörzsölések, hol belsőleg adott nagy jodkáliadagok alakjában. Következtetések levonását az esetek ilyen

csekély száma mellett nem találja helyénvalónak. De éppen a lues és a glaukoma együttes előfordulásának ilyen ritka voltát a glaukomások nagy száma mellett feltűnőnek tartja. Az orvos természetszerűen tartózkodik attól, hogy glaukoma minden egyes esetében ebben az irányban kutasson, a családi, illetőleg házi orvos pedig, a ki felvilágosítást adhatna, mind ritkább lesz. Figyelemreméltó a 6 beteg életkora, kik közül kettő 42, egy 46, a többi 23, 33 és 35 éves volt; ez az életkor tehát alacsonyabb, mint a glaukomás betegek többségében. A kénesős bedörzsölések látszólag kedvező befolyását csupán három könnyű esetben tapasztalta. A helyi orvoslás (pilocarpin- és eserin-becsepegtetés, műtét: iridectomia, sclerotomia) volt mindig a fődolog. Ezek ellenére is okadatoltnak látja azonban, hogy a glaukomának olyan esetekben, a melyekben lues kétségtelenül kimutatható, az alapbántalmat is orvosoljuk. A kedvező kimenete talán gyakoribb lesz. (Zentralblatt für praktische Augenheilkunde, 1919, július—augusztusi füzet.) *H. K.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Lágyrész-fistulák *Payr* szerint gyorsan gyógyíthatók jodaether (20 csepp jodtinctura 5 cm³ aetherre) befecskendezésével. (Zentralblatt für Chirurgie, 1920, 14. szám.)

Cystitis eseteiben *Pleschner* szerint nagyon jó használatot tesz a *kollol*, a mely nem más, mint 5%-os collargol emulziója azonos mennyiségű sterilizett oleum olivariummal. Közvetlenül a használatára előtt készítenődő el erős rázással az fecskendezendő 10 cm³-es adagban az üres húgyhólyagba, eleinte kétnaponként. Vizeletretentio esetén nem használendő. (Gesellschaft der Aerzte in Wien 1920 október 29.-én tartott ülése.)

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. *H. Pfeiffer* innsbrucki tanárt a gráci egyetemen az általános kórtan rendes tanárává nevezték ki. — *F. Knoop* rendkívüli tanárt Freiburgban kinevezték a physiologiai chemia rendes tanárává. — *A. Ruete* docens Marburgban a bőrkórtan rendkívüli tanára lett.

Meghalt. *Katona József*, székesfővárosi kerületi tisztiorvos 54 éves korában november 27.-én. Nagyon buzgó és lelkiismeretes öre volt a főváros közegészségügyének, hűséges és melegsívű segítő embertársai baján. Az egészségügyi ismeretek népszerűsítése terén irodalmilag is szép sikerrel működött s mint az Orvosi Kör országos segélyegyletének hosszú éveken át buzgó pénztárnokát az egész országban ismerték. Áldás emlékének! — *H. Ribbert*, kiváló pathologus, a bonni egyetem kórboncolástani intézetének igazgatója, 65 éves korában. — *W. Schütz*, a berlini állatorvosi főiskola kórboncolástani intézetének igazgatója, Koch Róbertnek hosszú időn át munkatársa, 82 éves korában. — *G. Bunge*, a physiologiai chemia tanára a baseli egyetemen, 77 éves korában.

A Chinoin Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára rt. közgyűlése elhatározta, hogy alaptőkéjét 5 millióról 10 millióra emeli fel. Minden két régi részvény alapján egy új részvény vehető át az Angol-Magyar Bank főpénztáránál november 26.-áig, darabonként 600 koronáért. A fennmaradó részvények egy külföldi konzorcium részére rezerváltak, mely a társaságnál érdekeltséget fog vállalni.

Megjelent

a 4 füzetből álló ingyenes

Orvosi Zsebnaptár

25. jubiléris évfolyama.

Igen czélszerű, bevált, zsebalakú Orvosi Naptár. Negyedévenként kicserélhető és lerakható. Az egyik oldala az ambulancia, a másik a napi vizitek adatai számára. Az Orvosi Évkönyv és Czimtar előfizetői 80 korona beküldése ellenében díjmentesen kapják a Naptárt!

„Petőfi” Irodalmi Vállalat
Budapest, VII., Kertész-u. 16.

Furunculosis ellen autovaccina készítése.
Dr. Szilas diagnostikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22.
 Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással szolgál útlevel-ügyben:

Ingtalanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

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

Orthopaedia,

gyermektorna, medico-mechanikai (Zander) termék, vizgyógyintézet a **Dr. PAJOR-Sanatoriumban** Budapest, VIII., Vas-utca 17. sz.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84.

Sebészeti, nőgyógyászati, urológiai gyógyintézet. Külön szülészeti osztály. Röntgen laboratorium (bejáró betegek részére is.) Radium kezelés.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 101-02.

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

Dr. Kende Zsigmond orvosi laboratoriuma Budapest, V., Szent István-tér 15. (Basilika mellett) Telefon: 139-54.

ISTVÁN-ÚTI COTTAGE-SANATORIUM BUDAPEST, HUNGÁRIA KÖRÚT 9. (István-út végén.)

Sebészet, szülészeti és nőgyógyászati, ideg- és belgyógyászati. Orthopaediai és physikalís gyógyászati osztály. Vizgyógyintézet. Röntgen-laboratorium. Hízó- és soványító kúrák. Telefon: József 95-08 és József 42-13.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physikalís és diéta-gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145-90

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet

sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Mindennemű physikalís gyógyító eljárás a néhai **Dr. Reich Miklós-féle Zander-gyógyintézetben.**

Gyermektorna, Testgyejesítés, Soványítás.

Igazgató-tulajdonosok: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hilt Paula, Dr. Mandler Ottó. IV., Semmelweis-u. 2. Telefon: József 4-12. Két lift

PÁLYÁZATOK.

1071/1920. ikt. sz.

Békésvármegye közpórházának sebészeti és elmegyógyászati osztályán, áthelyezés esetén esetleg belosztályán, 1-1 segédorvosi állás betöltésére pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánó orvos urak szíveskedjenek kérvényüket méltóságos dr. Egan Imre, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi december hó 22.-éig beküldeni.

Javadalmazás a segédorvosi állásra évi 1400 korona és megfelelő háborús és drágasági segély, I. oszt. ellátás szesz ital nélkül. Az elmeosztályon évi 400 korona osztálypótlék.

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

Gyula, 1920 november 30.

Békésvármegye közpórházának igazgatója.

24791/1920-1. szám.

A magyar királyi államvasutak budapest-balparti üzletvezetősége az elhalálozás folytán megüresedett alberti-irsaí pályáorvosi állás betöltésére ezennel pályázatot hirdet.

A pályázni szándékozók 5 koronás okmánybéllyel ellátott kérvényüket a fentjelzett hivatalhoz címezve, az orvosi oklevél hiteles másolatával, születési bizonyítvánnyal és eddigi működésüket igazoló bizonyítvánnyal, illetve ezek hiteles másolatával felszerelve, legkésőbb folyó évi december hó 15.-éig küldjék be (Budapest-balparti üzletvezetőség I. általános osztálya, Budapest, VI., Teréz-körút 62. sz. címezve). A kitézött határidőn túl beérkező kérvények nem vehetők figyelembe.

A pályáorvos teendője a bezárólag Pilis és Alberti-Irsa között lévő 215. sz. órházról bezárólag az Alberti-Irsa és Czegléd-Percezel között fekvő 220. sz. órházig terjedő 7.765 km. vonalszakaszon lakó külön és vállalati betegsegélyző pénztári tagok egészségügyi ellátása, a melyért jelenleg 1750 korona tiszteletdíj, drágasági pótlék gyanánt pedig ennek 125%-a járul. A tiszteletdíj azonban a most folyamatban levő tagszámlálás eredményéhez mérten lesz véglegesen megállapítva.

Budapest, 1920. évi december hó 27.-én.

Az üzletvezetőség.

A világhírtó battagliai

F A N G O-iszapborogatások

Házi kezelésben (vidéken is)

Rheuma, köszvény, ischias, izom- és izületi elváltozások esetében. Ermelléki-u. 9. Telefon 20-07.

Vándor Dezső dr., e. kórh. főorvos.

Orvos urak figyelmébe!

Koch-Alt-Tuberculin

steril injectiók. Feltétlenül megbízható, pontos és tiszta praeparatum ismét korlátlan mennyiségben kapható. Hat sorozat készül; mindegyik áll 10 drb. 1 cm³-es ampullából. Részletes leirással szives megkeresésre készséggel szolgálunk.

Használati utasítás minden dobozban mellékelve.

Dr. JÁRMAY GYULA utóda **BONTHA JENŐ** gyógyszerháza

Budapest, IV., Papnövelde-utca 2/a.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézet

a magyar állami serumtermelő intézet szétváló osztálya.

Himlőnyirok

Serumok

Budapest, IV., Eskü-út 6. Klotild-palota.

Ezelőtt II., ker. Marat-körút 45.

Új telefonszám 58-97.

ODELGA Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.

Budapest, VI., Andrassy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

Eredeti gyári áron azonnali szállít orvosi műszereket, orvosi vasbutókat, műtő és sterilizáló berendezéseket, betegápolási cikkeket, kötszereket stb. — Sürgőnycim: Medodolga Budapest.

Injectiones Cri

Az injectiók thérápia céljait szolgáló használatra kész steril oldatok.

Speciallaboratorium ERL

RÓZSAVÖLGYI IMRE BUDAPEST, VI., ARÉNA-UT 124.

FISCHER PÉTER és TÁRSA R.-T.

BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Fiókküzetek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámház-körút 8.
Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben,
betegápolási cikkekben. Művétaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19-24.

Tabl. Ferri protoxal. sine et c. ars. Deér

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógy-
szertárban kapható. A készítő

„Jó Pásztor“ gyógyszertár, Budapest, IX. Ráday-u. 18
Megrendelésre szállít orvosi kémszereket és bakteriológiai festéköldatokat.

Fogorvosi és Orvosi Műszergyár r.-t.

Budapest, VI., Szondy-u. 77. Telefonhívószám: 157-54.

Gyárt és raktáron tart: Koronapréseket, vulkanizáló kazánokat,
csiszológépeket, öntőpréseket, furógépeket, előmelegítő-kályhá-
kat, küvetta-préseket stb. — Javítások és nikkelezések gyorsan,
jutnyosan és szakszerűen készíttetnek

Nervoplast - Örkeny

(Elixir. vanadil comp.)

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

Javalva: Neurasthenia, hystéria, epilepsia, traumás neurosis és
egyéb ideges megbetegedések ellen, így a nőgyógyá-
szatban ideges dysmenorrhoea, a klimakteriumban
előforduló ideges zavarok, az urologiában sexualis
neurasthenia, enuresis nocturna stb. kezelésére.

Adagolási módja felnőtteknek: naponta 3 evőkanállal.
gyermekeknek: naponta 3 kávéskanállal.

Ferglobin-Örkeny

(Tabl. ferr. glycerophosph. c. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve 0.03 gr. fémvasnak meg-
felelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

Olcsó medicatio! Obstipatiót nem okoz!**Ferglobin-Örkeny.**

cum arseno

Tablettánként 1/2 milligramm acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, sorvasztó
betegségekben szenvedőknek és lábadozóknak.

Készíti: **Örkeny Hugó**, „Nagy Kristóf“ gyógyszertára és
gyógyvegyészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-uteza 1.

Pártoljuk a hadiözvegyet!

Telefon: József 39-29.



Alapított 1846.

LIBÁL és TÁRSA

Iátszerész és műszerész

Budapest, VIII., József-körút 7. szám.

Reiniger, Gebbert & Schall · Erlangen**Veifa-Werke · Frankfurt a/M.****Polyphos · München**

testvérházaink

Röntgen- és villamos-gyógyászati készülékeit, minden
gyártmányú röntgensövet, röntgenlemezt stb.
eredeti gyári áron azonnal szállít:

Telefon: **ODELGA** Telefon:**68-16**

Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrássy-út 28.

37-04Sürgőnyezim: **Medodelga** Budapest.**WESZELY ISTVÁN és TÁRSA UTÓDA NAGY KÁROLY FRIGYES**

BUDAPEST, IV., KIGYÓ-TÉR 1.

Orvosi műszer, kötszer és művétaggyár. Betegápolási cikkek, haskötők,
sérvkötők, kórházi vasbutorok stb. raktára.

Domopon.

Tisztított, vízben tökéletesen oldódó, bőr alá fec-
kenedezhető opium-készítmény. Tartalmazza az izo-
lált összalkaloidákat.

50% morphin.

Por, tabl. (à 0.01 g), solut. (2%), inject. (1 cm³ = 0.02 g).**Novatropin.**

(Homatropin methylnitrat.)

Hatása az atropinéval azonos, de mérgező hatása
ötvenszerte kisebb.

Por, tabl. (à 0.0025 g), solut. (0.2%), inject. (1 cm³ = 0.0025 g).**Isopirin.**

Vegytiszta acidum acetylo-salicylicum. Teljesen iz-
telen és szagtalan.

A gyomrot nem bántja, hatása gyors és biztos.

0.5 grammos tabletták.

„CHINOIN“

gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára r.-t.

(Dr. Kereszty és Dr. Wolf)

UJPEST.**WIEN I.,**

Ebendorferstrasse 4.

Sürgőnyezim: „Chinoin“

A KOCH & STERZEL-féle

Lilienfeld- és Röntgen-

készülékek magyarországi egyedárúsítója

Ericsson magy. villamossági r.-t.

ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.
Röntgen-ösvek és lemezek állandóan raktáron.

D. PÁPAY

Himlőnyirok

Polyvalens
dysenteria (vérhas) elleni vérsavó

Orvosi diagnosztikai laboratorium

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.

Róth Miklós: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyet. III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. egyet. tanár.) Tetania gravidarumnak epitheltest implantációjára gyógyult esete. 475. lap.

Vágó Árpád: Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Vezető-főorvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.) Vérátömlesztések a szülészetben és nőgyógyászatban. 475. lap.

Fischer Ernő: Az alsó végtag statikai megbetegedései. 477. lap.

Magyar-Kossa Gyula: Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon. 478. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület. (III. rendes tudományos ülés 1920 november hó 6.-án.) 479. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle, Sebészet, H. Oehnell:* Emésztés-zavarok gastroenterostomia után. — *Teubern:* A pneumoperitonealis Röntgen-vizsgálat ambulans alkalmazásáról. — *Gyermekorvosok.* *Degkwitz:* Kanyaróban reconvalescens-savóval végzett kísérletekről. — *Venerás betegségek.* *W. Weigelt:* A salvarsan adagolásáról. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 480—481. lap.

Vegyes hírek. 482. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor, ny. r. egyet. tanár.)
Tetania gravidarumnak epitheltest implantációjára gyógyult esete.

Irta: **Róth Miklós** dr., tanársegéd.

Tetania gravidarumnak gyógyítása epitheltest-implantációval nincsen említve az irodalomban. Postoperatív tetániának számos esetében történt ez irányban kísérlet (*Eiselsberg, Böse, Lorenz, Danielsen, Krabbel, Nicolaysen*) általában kielégítő eredménnyel.

1919 április 8.-án egy 32 éves nőbeteg került a III. sz. belklinikára észlelése alá. Előzőleg négy normalis terhessége volt. Jelenleg a VI. hónap elején gravid. Terhessége első heteiben kezdődtek panaszai. Először jobb kezében fájdalmak jelentkeztek, majd keze görcsösen ököbe szorult. Ez az állapot ismételtén 1—2 napig tartott, később azonban a görcsök nemcsak a kézre, de az egész jobb felső végtag izomzatára is kiterjedtek, majd 2—3-naponként megismétlődve, mindkét alsó és felső végtagon, sőt az arc izomzatában is mutatkoztak. A görcsök időtartama mindinkább hosszabbá vált, a görcsök erős fájdalmakat okoztak. Felvétele előtt 2 $\frac{1}{2}$ napon át tartott egy ilyen görcsös állapot.

A beteg szervei, leszámítva a graviditást, nem mutattak eltérést. A jobb kéz özfejszerű, állandó contracturában van. A Trousseau-, Chvostek-, Erb- és Hoffmann-tünetek pozitívak. Az inreflexek fokozottak. A vérvizsgálat nem mutat eltérést a rendestől. A szénhydrattolerantia normalis.

Pár óras klinikai tartózkodás után észleltük az első típusos tetaniás rohamot. Ez a m. orbicularis oculiban fibrillaris rángásokkal kezdődött, majd az arc egyéb izmaira terjedve át, kifejezett trismust okozott. Az arc után a jobb, később a bal felső végtag tonusos görcse fejlődött ki s reáterjedve az összes harántcsikolt izomzatra, opisthotonusra s a lábakon pes equinovarus-tartásra vezetett. Az izomzat a roham alatt kökemény, fájdalmas. A beteg cyanosisos, pulsus 130.

$\frac{1}{2}$ —1 óras időtartammal 4 napon keresztül 6 ilyen rohamot észleltünk. Calcium intravenás adására (optocalcil Marberger) a roham gyorsan szűnt, de később ismét bekövetkezett. Minthogy narcoticumot nem igen akartunk a graviditasra való tekintettel adni, a graviditas megszakításának mérlegelése előtt szóba került az epithel-testek implantációjának megkísérlése.

Márczius 17.-én *Verebély* tanár volt szíves ezt a műtétet elvégezni. Egy ugyanakkor végzett strumektomiánál exstirpált epithel-testet localis anaesthesiában a jobb rectus hüvelyébe implantált.

Az implantatio utáni 3 nap rohammentes. A következő

12 napon három, az előzőknél jelentékenyen rövidebb tartamú roham. Azután rohammentes a graviditas végéig. Normalis szülés és gyermekágy, gyermekét maga táplálja.

Kétségtelen, hogy tetania gravidarum sok esetben teljesen beválik az intravenás calcium-therapia. De ha ez nem vezet sikerre, érdemes az implantatio megkísérlése, mielőtt a terhesség megszakítását ajánlanánk.

Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Vezető-főorvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.)

Vérátömlesztések a szülészetben és nőgyógyászatban.*

Irta: **Vágó Árpád** dr., közkórházi segédorvos.

(Folytatás.)

A) II. A szülés kapcsán előforduló vérzések — gyakorlati szempontból legfontosabb okai az acut anaemiának — több szerzőt foglalkoztattak a vértherapia szempontjából.

Morawitz atonia uteri egy esetében 150 cm³ defibrinált vért adott intravenásan; tapasztalatai szerint a hatás optimuma 3—4 nap múlva áll be. *Lindemann* placenta praevia egy esetében 200 cm³ vért fecskendezett be a kivérzett szülőnyő gyűjtőerébe igen jó eredménnyel; cotyledovisszamaradás egy esetében 100 cm³ vér intramuscularis és atonia uteri egy esetében 50 cm³ defibrinált vér intravenás befecskendezésétől látott igen jó hatást. *Zweifel* placenta praevia esetében 200—250 cm³ vért fecskendezett be. *Schäfer* méhrepedés után fejlődött acut anaemia egy esetében klyasma alakjában adta vissza az elvesztett vért. *Bumm* 6 súlyos atoniás vérzés esetében végezte a vérátömlesztést, véleménye szerint kellő vérzescsillapítás esetén a vértransfusio még ott is segíthet, hol a konyhasóinfusio már felmondta a szolgálatot.

Mi hasonló eredetű acut anaemiák 24 esetében alkalmaztuk a vérátömlesztést, és pedig cotyledovisszamaradás 9, placentaretentio 2, atonia uteri 11 és korai lepényleválás 2 esetében, mindebből azonban csak 3 esetben volt a vérvesztés oly nagyfokú, hogy életmentő célzattal intravenás transfusiót kellett alkalmaznunk.

I. S. J.-né (fejl.-szám 4066/1919) 22 éves, I-P., vidékről szállítják be osztályunkra szülése után 9 órával lepényretentio miatt. Orvosa és bábája többszörös sikertelen lepényleválasztási kísérletei közben atoniás uterusból sok vért vesztett, úgy hogy felvételekor súlyos acut anaemia képét mutatja. Hőmérséklete 36.5° C, érverése igen szapora, alig számolható, kishullámú. Rendkívül kiyérzett, igen sápadt nőbeteg, látható nyálkahártyái igen halaványak; szédül, nyugtalan, dyspnoés.

Tekintettel az anaemia súlyos voltára, a lepény művi leválasztása közben intravenás vérátömlesztésre készülünk. Egy előre kijelölt terhes nőtől (Wassermann-reactio negativ) venaesectio útján novocain-érzéstelenítéssel 450 cm³ vért veszünk, ezt steril üveggolyókkal defibrináljuk, nyolczszoros mullrétegen át kétszer szűrjük és testhőmérsékletre me-

* Előadatott a Közkórházi Orvostársulat 1920 február 29.-én tartott ülésén.

giltjük fel. Közvetlenül a műtét befejezése után a beteg jobb könyökgyűjtőrébe kötjük a transfúziós készülék üvegkanulját és a 450 cm³ defibrinált vért 450 cm³ physiologiás sóoldattal hígítva beömlesztjük. Az átömlésztés simán megy, a beteg jól tűri, érverése feltűnően javul, teltebbé és ritkábbá válik, arcza színesedik, nagyfokú nyugtalansága és hánykolódása megszűnik, hozzáintézett kérdésekre értelmesen felel. A transfúzió befejeztével érverése percenként 120, telt, rhythmusos, az uterus jól contrahálódik, nem vérzik.

További lefolyásban a két heti észlelési idő alatt állandóan láz-talan, a 8. napon felkel, nem szédül, a 14. napon gyógyultan hazamegy. Vérképének javulása az észlelési idő alatt szembetűnő: két órával a vérátömlésztés után haemoglobin 63%, vörösvérsejtszám 3,200.000. Egy hét múlva haemoglobin 80%, vörösvérsejtszám 3,800.000. Két hét múlva haemoglobin 85%, vörösvérsejtszám 4,000.000.

2. P. N.-né (fejl.-szám 3460/1919) 36 éves, V-P. Köldökzsinór-előesés. Koponyafekvés, spontán szülés, maczerált fiúgyermek. Lepény 1/2 óra múlva expressióra távozik, burkaival együtt, épnek látszik. Utána 4 1/2 óra múlva egy nagy tenyérnyi újabb lepénydarab távozik (placenta succenturiata). Közben a beteg annyi vért veszített, hogy acut anaemiája súlyos tünetekben nyilvánul: nagyfokú sápadtság, dyspnoe, hányás, szédülés. Érverése filiformis, nem számolható. Az alkalmazott cardiacumok: digalen, kámfor, coffein, valamint 1 liternyi hypodermoklysis hatástalanok, az acut anaemia nem szűnik. Haemoglobinja 30%, vörösvérsejtszám 1,200.000.

A súlyos állapot leküzdésére sűrűsítően vérátömlésztést végzünk 300 cm³ defibrinált terhes vérral 100 cm³ Locke-oldattal hígítva.

A vérinjektio hatása ieltűnő. A beteg érverése már az első 100 cm³ vér befecskendezése után észrevehetően teltebb, számolhatóvá lesz, száma percenként 120. Szédülése megszűnt, ajka színesedik. Érverése száma az injectio befejeztével 120, telt, rhythmusos. Utána hidegrázás, hőmérsék 39.5° C.

Vérképe 20 órával az átömlésztés után: haemoglobin 40%, vörösvérsejtszám 1,900.000, fehérvérsejtszám 9000.

A további lefolyásban többszörös hidegrázástól kísért sepsises állapot fejlődik ki, mely 17 nap múlva exitusra vezet. Bonczolásba a be eg családja nem egyezett bele, klinikai diagnosisunk: endometritis septica.

3. Sch. G.-né (fejl.-szám 993/1920) 34 éves, II-P. Farfekvés, élő, érett leánygyermek, placentaretentio, vérzés, leválasztás kézzel. Acut anaemia: sápadtság, szédülés, hányásinger. Hőmérséklete 36.2° C, érverése 130, üres, kishullámú.

A műtét tartama alatt vérátömlésztéshez készülődünk, a műtét végével beömlésztésre kész 500 cm³ terhes vér, melyet 200 cm³ physiologiás sóoldattal hígítva, testmelegen a beteg könyökvenájába ömlesztünk át. Az átömlésztés 30 percig tart, utána az érverés 90, telt, rhythmusos, a beteg nem szédül, arcza színes, ajkai pirosak, közérzete jó. Transfúzió után egy órával hidegrázás, hőmérsék 39.5° C.

Lázatlan lefolyás után a beteg a 9. napon gyógyultan távozik. A gyermekágyban vérképének javulása szembetűnő.

Míg a vérátömlésztés előtt (acut anaemia) vérképe: haemoglobin 32%, vörösvérsejtszám 1,500.000, utána 8 órával haemoglobin 45%, vörösvérsejtszám 2,200.000, végül 8 nap múlva: haemoglobin 51%, vörösvérsejtszám 2,410.000.

Az e csoportba tartozó további 21 esetben az anaemia nem volt oly súlyos, hogy idegen vér intravenás átömlésztésére lett volna szükség. Ezen esetekben a betegnek a szülés-kor veszített és megfelelően gyűjtött saját vére szinte kinálkodik a visszaadásra. E nagyrészt alvadt, részben pedig folyékony vér sterilen nem fogható fel, miért is csupán végbél útján való alkalmazásra használható.

Szülészobánkban a szülésekkel a köldökzsinórból, placéntából kinyomkodott, a méhből elfolyt vérnek gyűjtése rendszeresen történik. Az edényekben (sublimattól, bélsártól mentesen) felfogott, nagyrészt alvadt vér folyékony részleteit átszűrve, az alvadékokat physiologiás sóoldattal szétmorzsoljuk, hogy így a fibrincoagulumba bezárt vörös vérszövetek és savó lehető nagy részét visszanyerjük. Az így nyert folyadékot vászonkendőn átszűrve, 30 csepp opiumtinctura hozzáadása után testmelegen Katzenstein-készülékkel a beteg végbelébe adjuk. (A szülőnök végbelére rendszeren már előzetesen ki van ürítve, ellenkező esetben előbb beöntést alkalmazunk.)

Eseteinkben átlag 1—1 1/2 liter tett ki az így előkészített vérklysmá mennyisége, mely a végbélbe 3—4 óra alatt folyt át cseppenként és onnan kellő obstipálás mellett — kb. 1 literig — nyomtalanul felszívódott, a mit a haemoklysmák alkalmazása utáni első székletét vizsgálata bizonyított, mely szerint ez vérfestéket a szokásos klinikai vegyi vizsgálatokkal kimutathatóan nem tartalmazott.

Az ilyen vérklysmá hatása nagy mértékben roboráló. Mint-hogy vegyi összetétele (vérsavó „fajazonos“ fehérjetartalma, hormonjai, sok haemoglobin), valamint felszívódó képessége (isotoniás oldat) a lehető legmegfelelőbb, a legideálisabb

táplálóklysmának felel meg és igen jó felszívódási viszonyai következtében teljesen kihasználódik.

A gyermekágy e vérklysmák alkalmazása után a rendes gyermekágyhoz hasonló, a mit idevonatkozó vérképvizsgálataink is bizonyítanak, melyek szerint nagy vérvesztéssel járó szülés után vérklysmá alkalmazása mellett a gyermekágyi vérpótlás jellege mindenben hasonló a rendes szülés utáni gyermekágyasok vérpótlásához, bár a haemoglobin-százalék és vörösvérsejtszám abszolút értéke alacsonyabb lehet, míg a nagyobb vérzéssel járó szülés utáni gyermekágyi vérpótlása vértherapia nélkül igen lassan emelkedő és elnyújtott típusú.

B) Ama jó eredmények alapján, melyeket a vérátömlésztésektől az acut anaemiák kezelésében láttunk, a *chronikus anaemiák* kezelését is kiegészítettük a transfúzióval.

Az irodalom idevonatkozó szórványos adatai szerint kis vérmennyiségek többszöri adagolása a vérképző szerveket fokozott munkára serkenti (*Wederhake, Huber, Voit* és mások). *Schrumpf* 2 cm³-en kezdve egy hónapon át többszörösen megismételve 10 cm³-ig emelkedőleg adagol defibrinált vért igen jó eredménnyel. *Moss* az intravenás vérbefecskendezésektől *chronikus anaemiákban* szintén jó hatást észlelt, *Weber* és *Tièche* pedig 10 cm³ defibrinált vért subcutan befecskendezését ajánlja.

Saját kísérleteinkben a vérátömlésztéseket *chronikus anaemiában* többféle célzattal alkalmaztuk:

1. Az anaemia ellen *vérpótló* és *vérkészítő* célzattal egyszeri nagy adag vagy többször megismételt kis véradagok intravenás és intramuscularis befecskendezésével.

2. Olyan esetekben, hol a nagy fokban kivérzett betegen a súlyos anaemia a szükséges műtéti kezelést contraindikálta, *műtetre való roboráló előkészítés* céljából nagy vérmennyiségek intravenás vagy rectalis alkalmazásával.

Eseteink e csoportja a legkülönbözőbb eredetű *chronikus anaemiákat* foglalja magában: myomás és carcinomás metrorrhagiák, az adnexumok lobos elváltozásaiával összefüggő és minden anatomiai ok nélkül fennálló (ovarialis) méhvérezések, haemophiliából eredő anaemiák eseteiben alkalmaztuk a vér-therapiát.

Idevonatkozó eseteink a következők:

1. *M. J.-né* (fejl.-sz. 1033/1919), 37 éves IV.-P. Háromhétenként ismétlődő 7—8 napig tartó bő hávivérések után 3/4 év óta rendetlenül vérzik. *Diagnosis*: Retroflexio fixata uteri, tumor adnex. lat. dextri.

Repdikvül kivérzett, sápadt nőbeteg, felülleskor elszédül, füle zúg, feje fáj. Érverése könnyen elnyomható, 38.4° C hőmérséklet mellett percenként 110. *Vérképe*: Haemoglobin 30%, vörösvérsejtszám 1,600.000, fehérvérsejtszám 3300. (Nagyfokú anisocytosis, sok felfúvódott, hólyagos makrocyttával, kistökű polychromatophilia. Leukopenia.)

Tekintettel a súlyos anaemiára, mely az esetleges műtéti kezelés kilátásait nagy mértékben rontaná, vérátömlésztést végzünk: előzetes serologiai vizsgálat után 600 cm³ terhesvért ömlesztünk át intravenásan 300 cm³ physiologiás oldattal felhígítva. Utána hidegrázás áll be, másnap is 39.4° C-ig menő hőmérsékletemelkedéssel. A további lefolyásban lázatlan, előbb még keveset, majd egyáltalán nem szédül, arczsine pirosodik, vérzése megszűnik és a hat heti észlelési idő alatt többé nem is jelentkeznek.

A vérkép és véryomás változását a hat heti észlelési idő alatt a következő táblázat szemlélteti:

	Haemoglobin- %	Vörösvérsejtszám	Fehérvérsejtszám	Vérnyomás mm.-ben
Transfúzió előtt	30	1,600.000	3300	58—90
utána 1 nappal	46	2,300.000	8000	60—110
" 4 "	50	2,540.000	7700	60—110
" 10 "	58	2,900.000	8000	60—115
" 20 "	64	3,200.000	7000	65—120
" 30 "	70	3,600.000	6500	70—120
" 42 "	80	4,200.000	6000	70—120

Osztályunkról való távozása után 1 1/2 hónapig nem jelentkezett vérzése, a vérátömlésztés utáni első tisztulása 3 hónap múlva jött meg, csupán 4 napig tartó, majdnem egészben csak véres-vizes folyás alakjában, az erre következő második rá 5 hétre 6 napig tartó rendes típusú tisztulás alakjában. Azóta is jól érzi magát, panaszmentes, a mi-ben természetesen nagy szerepe lehet annak is, hogy gyuladósos természetű megbetegedése a hosszú kórházi kezelés alatt lényegesen javult.

2. *L. H.-né* (fejl.-sz. 4633/1918), 41 éves O-P. 2 év óta erős méhvérezések egy a köldök fölé érő corpusmyoma miatt. Utóbbi időben igen

gyenge, kimerült, ágyban fekvő, nem táplálkozik. Hőmérséklete 36,4° C, érverése 100, könnyen elnyomható. *Vérképe*: Haemoglobin 25%, vörösvérsejtszám 1,250.000, fehérvérsejtszám 10.000. (Kisfokú leukocytosis, neutrophilia, néhány izgalmi alak.)

Minthogy a javult műtéti kezelés-kilátásai az adott vérelet (25% haemoglobin) mellett nem jők, roborálás céljából intravenás vértömlesztést alkalmazunk: előzetes serologiai vizsgálattal (Wassermann-reactio, haemolysis és haemagglutinatio) alkalmasnak talált terhes nőtől vért veszünk, átömlesztési azonban technikai akadály miatt (a transfusiós vezeték steril gazdarábkával eldugaszolódik) csupán 150 cm³ defibrinált vért sikerül 50 cm³ Locke-oldattal hígítva. Az átömlesztés után semmi reactio sincs, a további lefolyás is láztalan, az érverés 80–90 között változik, a beteg közérzete javul, jól táplálkozik. Egy heti észlelés után azonban a műtétbe nem egyezik, kimegy. Elbocsátási *vérkép*: Haemoglobin 35%, vörösvérsejtszám 1,600.000, fehérvérsejtszám 10.000.

Utána 10 hetes Röntgen-kezelésre állapota megjavult, azóta nem vérzik.

3. B. J.-né (fejl.-sz. 3192/1919), 34 éves IV-P. Félév óta ismétlődő rendetlen vérzések, chronikus anaemia. Nőgyógyászati lelete: Tumor adnex. lat. utriusque. Igen kivérzett, sápadt nőbeteg, *vérképe*: Haemoglobin 40%, vörösvérsejtszám 2,000.000, fehérvérsejtszám 7700. Hőmérséke 37,2°, érverése 100, kishullámú, rhythmusos.

Előzetes serologiai vizsgálat után nagyobb vérmennyiség intravenás átömlesztésére készülünk, azonban az első 100 cm³ defibrinált vér átömlése után a beteg *légbomblia* tünetei jelentkeznek, mire az átömlesztést megszakítjuk. Az említett tünetek öt perc múlva megszűntek.

Az átömlesztés után reactio nem áll be. A három heti észlelés alatt a *vérkép* jelentékenyen megjavul: Haemoglobin 50%, vörösvérsejtszám 2,400.000, fehérvérsejtszám 7000.

Az észlelés ideje alatt vérzés nincs, utána a beteg jelentékenyen javult állapotban távozik.

(Vége következik.)

Az alsó végtag statikai megbetegedései.

Irta: Fischer Ernő dr.

(Folytatás.)

VI.

Az a kórkép, a mely *arthritis deformans coxae* (malum coxae deformans) név alatt ismeretes, az esetek legnagyobb részében ugyancsak statikai aetiológiával bír.

A csípőízület statikai deformációját okozhatja akár a láb vagy a térd elsődleges statikai hibája, akár a medence oly alkata, a melynél a test súlya nem a normalis tengelyben hat a csípőízületre.

Kétségtelen, hogy a láb vagy térd valgitása a *czombfejecset* oly *pathológiás helyzetbe kényszeríti*, hogy annak felső-külső quadransa vagy e quadrans egy része izületen kívül marad, a test súlya túlságosan a limbus acetabulirae esik. A lábak *habitualis kifelé rotatója* a *czombfejecset* is érvényesül és egymagában is tud incongruentiát létrehozni. Ezen statikai hibák állás közben a test súlyával, járás közben még a lépés adta dinamikai erővel is érvényesítik káros befolyásukat a csípőízületre, a mely eleinte incongruentiával reagál, később az izületen kívül maradó ízfelszínnek elpusztulása, a túlságosan terhelt ízfelszínrészek porczának sorvadása, osteophytaképződés következik be, végül az állandóan megváltozott terhelési viszonyok a *czombfejecset* és az acetabulum csontstruktúrájának oly fokú megváltozásait okozzák, a melyek az *arthritis deformans coxae* kórképét adják.

Lehet azonban a csípőízület hibás statikájának az oka a medence sajátságos alkata is, nevezetesen az izvápa sajátságos elhelyezése. Az erre vonatkozó tanulmányok és észleletek Preiser érdeme.

Az izvápanak kóros elhelyezkedése, a melynek legjellegzetesebb tulajdonsága a trochanter magas állása (Trochanterhochstand = a trochanternek a Roser-Nelaton vonalon felüli helyzete), lehet veleszületett is, de legtöbbször szerzett. Az izvápa ugyanis, számos és későn összecsontosodó epiphysis-porcza miatt, a korai és hibás megterheléssel szemben locus minoris resistentiae; főleg áll ez rhachitises csontalkatnál, a melynek kórfolyamata éppen az epiphysisvonalakban folyik le.

A lapos típusú rhachitises medenczén az izvápa egészben véve közelebb nyomult a középvonalhoz, tengelye előre néz, ürege sekély, a fejecset nem fogja körül tökéletesen, a

czombnyak rendszerint coxa vara-szerű. Ha a czombfejecset merőlegesen állna be az ilyen izvápaiba, akkor a femur condylusai erősen, majdnem 90 foknyira, befelé volnának rotálva; mivel így járni nem lehet, a rhachitises egyén a czombot erősen kifelé rotálni kénytelen; ennek következtében azonban a fejecsetnek — melyet a sekély izvápa csak részben fog körül — csak hátsó részlete izesül, elülső és felső részlete pedig articulation kívül marad. A rhachitises úgy igyekszik segíteni ezen, hogy a medenczét erősen előrehajlítja, azaz erős lumbalordosist alkot (Preiser).

Vannak azonban oly medenczék is, a melyeken az izvápa helyzete az ellentétes értelemben pathológiás, mint a rhachitises medenczén; ezen úgynevezett *meredek típusú medenczéken* az izvápa tengelye oldalt, sőt néha dorsalis irányban van eltolódva, az izvápa ürege mély, a czombnyak inkább coxa valga-szögletű és erősen kifelé rotált kényszer tartásban van; ezzel együtt az egész alsó végtag kifelé rotálódik, a fejecset hátsó részlete pedig articulation kívül esik.

E medenczeformák kifejezett alakjai a csípőízület Röntgen-képein is felismerhetők; ha t. i. a Röntgen-felvétel minden esetben egyenesen előre rotált lábtartás mellett történik, akkor a normalis medencze Röntgen-képein az izvápa félhaldalaku, úgy az elülső izvápaszél, mint a Köhler-féle könyvonal jól láthatók, az izvápa tengelye ferdén lefelé néz, az izvápa a fejecset legnagyobb részét befogadja, a trochanter minor kb. felényire áll elő.

A lapos típusú (rhachitises) medenczénél ezzel ellentétben: a fejecset Röntgen-árnyéka nem egyezik az izvápáéval, hanem oldalt szabadon előáll, a czombnyak megrövidültnek látszik, a trochanter minor egészen előáll. A meredek típusú medenczénél: az izvápa mély, a fejecset igen nagy részét fogja körül, az izvápa és a fejecset konturjai egybeesnek, a trochanter minornak csak a csücske látható.

Ha az izvápa elhelyezése az egyéni változat keretében marad, akkor sem ez, sem az ezzel járó trochanterfeltolódás nem nevezhető pathológiásnak; bizonyos fokon túl azonban ezek az elváltozások statikai aránytalanság alapja lehet az egész végtagra nézve, mert maguk után vonják az alsó végtag kifelé rotált tartását, ez pedig valgussal jár és a láb boltozatának ledőlésével. Viszont az izominsufficiencia okozta pedes valgoplani és a lábak habitualis kifelé rotatója oka lehet az egész alsó végtag statikai megbetegedésének, a térd- és csípőízület, az artic. sacroiliaca deformációjának, sőt fiatal korban meg tudja változtatni a medence formáját, mert a normalis medenczeforma képződésére a járásnak nagy befolyása van.

A statikai alapon jelentkező *arthritis deformans coxae* korai felismerése nem könnyű, mert a röntgenológiai jelek csak a késői stadiumban szembetűnők, a korai tünetek pedig igen alkalmasak arra, hogy az orvost félrevezessék. A legkorábbi klinikai tünetek ugyanis majdnem mindig *ischiaszerű fájdalmak*, hol recidiváló, hol pedig hosszan elhúzódó formában. Sokszor a n. femoralis területén jelentkeznek az első panaszok „*meralgia paraesthetica*“ formájában: a czomb elülső részein, a spina anterior superioritól lefelé és attól oldalt is 1–2 tenyérnyi területen sajátságos zsibbadás, tompa fájdalomérzés jelentkezik. Ez tulajdonképpen a n. cutaneus femoris externus területén jelentkező paraesthesia, okozva a statikailag megváltozott csípőízület körzetébe tartozó érző idegek izgalma által. A meralgiás panaszok kombinálódhatnak az ischias-fájdalmakkal, mert mindkét ideg ad le ágakat a csípőízülethez és az art. sacroiliaca-hoz és így ezek incongruentiája mindkét ideg területére kisugárzó fájdalmakat okozhat. E combinatio differential-diagnostikai értékkel bírhat, mert tiszta, genuin ischiasnál nincsenek fájdalmak a n. femoralis területén.

Az objectív tünetek közül elég korán észlelhető az *abductio korlátozottsága* és ezért (Hoffa ajánlatára) minden ischiasbeteget vizsgáljunk meg ebben az irányban: ha ischias-tünetek mellett az abductio kifejezetten korlátolt, akkor valószínűleg nem ischiással, hanem arthritis def. coxaeval van dolgunk.

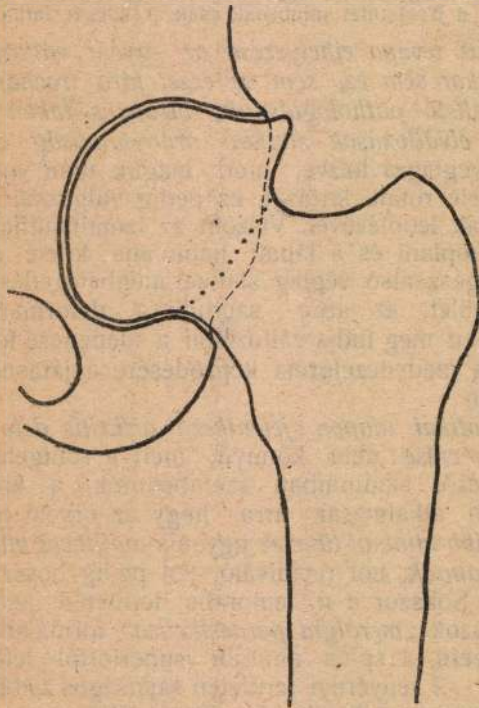
Előrehaladottabb stadiumban a fájdalmak meglehetősen tipusos formában szoktak jelentkezni: *nyugalom után az ízület merev*, reggel a járás megkezdése fájdalmas és nehézkes, később, ha az egyén már belejött a járásba, javul az állapot,

ho-szabb járás vagy állás ismét fájdalmas. Későbbi stadiumban már éjjel is vannak fájdalmak. Egy bizonyos idő múlva kifejezetten *contracturák* jelentkeznek: a befelé rotatio már elég korai stadiumban kifejezett korlátoltságot mutat, később flexiós *contractura* is jelentkezik, a mi főleg akkor tűnik fel, ha beteg a vizsgálatkor egyenes és kemény alapon (Röntgenasztal) fekszik. Előrehaladott esetekben a flexiós *contractura* nagy fokot érhet el, úgy hogy a beteg a czombot csak felényire tudja hajlítani; ilyenkor aztán a lépcsőjárás is nagy nehézséggel jár.

Ezen *contracturákat* eleinte az ízület lágyrészeinek zsugorodása, az incongruentia létrehozta porcisorvadás, az ízület tokszalagának infiltrációja okozza, később az *osteophyták* is. Az *osteophyták* képződése nem szabálytalanul, hanem tisztán mechanikai törvények alapján történik, ha néha nem is tudjuk ezeket magyarázni. Többnyire azonban már a Röntgen-képen jól látható, hogy a természet csontfelrakódásokkal igyekszik az ízületi incongruentiát kiegyenlíteni, az *articulatio* nélkül maradt izfelszínüket alátámasztani.

Elhanyagolt esetekben a statikai alapon fejlődő *arthritis deformans coxae* épp oly súlyos stadiumot érhet el, mint bármely más, az ízület roncsoló folyamat.

A Röntgen-felvétel *arthritis deformans coxae statica* eseteiben a kezdeti stadiumban egészen negatív lehet, bizonyos idő múlva azután megjelennek az *osteophyták* és az egyéb deformációk. Néha csak az acetabulum limbusának feltüremlését láthatjuk; az *osteophytáknak* is ez a kedvező felrakódó helye: az izvápa limbusának felső részletén



4. ábra.

peremalakban rakódnak le, de nem ritkák a csőrszerű felrakódások sem (4. ábra) a fejec és czombnyak határán, a lapos felrakódások a czombnyak felső felszínén; csontlécz képződése a trochantertől a fejec vagy a medence felé, koszorúszerű *osteopyta*-képződés a trochanter major körül. A czombcsont kifelé rotatioja és torsiója abban nyilatkozik a Röntgen-képen, hogy a trochanter minor egészen előtűnik. Előrehaladott esetekben subchondrális absorptiós göczök keletkezhetnek a fejecsen; majd *cysta* képződés a fejec csontszövetében s öbolszerű kimarodások a fejecsen és a czombnyakon. A fejec lelapul vagy gombaformát vesz fel, néha henger- vagy makkalakú fejecset látunk. Néha a czombnyak megrövidül, a mi néha oly nagyfokú, hogy előző czombnyaktörésre kell gondolnunk, pedig ez nem történt. Megváltozik az Alsberg-féle irányszög, de megváltozik — és pedig többnyire a coxa vara értelmében — a czombnyaknak a diaphysishez való normalis szöglete is.

A deformatio, a lobok, az infiltratumok nagyon káros befolyással vannak a czombnyaknak — anatomicis is gyenge — táplálkozására és a deformált czombnyak igen hajlamos a törésre.

(Vége következik.)

Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon.¹

Irta: *Magyary-Kossa Gyula* dr.

(Folytatás.)

Annál inkább mondhatjuk ezt, mert abban a korban az orvosok félig-meddig gyógyszerészek is voltak, igen gyakran maguk készítették el a betegnek rendelt orvosságokat s ez lényegesen növelte jövedelmüket. Nem egyszer olvassuk, hogy a leendő doktor, mielőtt külföldi egyetemi tanulmányait megkezdi, előbb itthon gyakornokoskodik valamely városi gyógyszerertárban s orvosnövendék korában már szószertinti értelemben is a kis ujjában volt a gyógyszerési technika és a pharmacologiai ismeretek jórésze. Német városainkban többször találkozunk azzal a kifejezéssel, hogy „*Arzt-Aptiker*”; így például Körmöczbányán 1528—40 közt működik egy *Hans* nevű orvos-gyógyász. Lőcse városi gyógyszerertárát 1596-ban *Aranda Agoston* orvos veszi kezelésbe.⁶⁷ Egy *Miklós* nevű orvos-gyógyászról már a budai jogkönyv megemlékezik, szintúgy 1303-ban is szó van egy *Péter* nevű budai *physicus et apothecarius*-ról. I. Lipót, a pozsonyi városi tanács ellenére, gyógyszerertárnyitási engedélyt ad *Rauchenfeldt György János* nagyszombati fizikusnak, később udvari orvosnak, azzal a megokolással, hogy a bécsi pestisjárvány idején hasznos szolgálatokat tett.⁶⁸ *Moller Károly Ottó* és *Érzel Ignác* besztercebányai orvosok egyúttal az ottani patika tulajdonosai stb. Városi orvosi állások adományozásakor mindig előnyben részesítették az olyan folyamódókat, kik kézi gyógyszerertárakat is magukkal hozták. Hogy a magánorvosok is, kivált jól fizető előkelő betegek számára, kik az *expeditio elegantissima*-tól sem ijedtek meg, igen gyakran maguk készítették el a gyógyszereket, arra számos példát lehetne idézni; elég, ha itt csupán egy, a viszonyokat legjobban jellemző adatot hozok fel, azt, mikor 1615-ben *Tarnowsky Miklós* a körmöczbányai orvos (*Vogler János* dr.) *excellenciáját* kéri magához, ez azonban nem megy, „mert a gyógyszerek készítésével nagyon el van foglalva”.⁶⁹ Látjuk tehát, hogy III. Ferdinándnak az a rendelete, mely szerint az orvosoknak nem szabad gyógyszerertárt tartaniok és szereket készíteniök, mert az orvosi gyakorlat egész embert kíván, csak afféle papirosrendelet volt, melylyel a gyakorlati élet nem sokat törődött és nem is törődhetett, tekintettel a gyógyszerertárak csekély számára és a gyógyszerhiányra. Hiszen a debreczeni városi tanács még 1814-ben is ráparancsol a városi tiszti orvosra, hogy a maga-készítette orvosságokat ne árusítsa a betegeknek.⁷⁰

Szegény betegek kezelését ingyen kellett vállalniok a városi orvosoknak. Udvari emberek, apródok gyógyítási költségeit rendszerint a király fődözte, szintúgy a nagyobb csatákban, ostromok alkalmával megsebesült vitézek orvosi költségeit is. Ez néha igen tekintélyes összegre rugott. Városaink gyakran nagyon is szűkmarkúak voltak az orvosokkal szemben és ha csak lehetett, a minimumra szorították a közegészségügyet illető kiadásokat. Az igen gazdag hétbányaváros 1566-ban egyetlen orvost tart és azt közösen fizeti,⁷¹ sőt még az 1600-as évek elején is csak egy közös orvosa van a három főbányavárosnak (Körmöczbányának, Selmecznek és Besztercebányának), kinek évenként 150 tallért fizettek. Ugyanez a három város 1666-ban *Fabricius Konstantin* dr.-t választja meg fizikusnak (*medicus ordinarius*-nak), csakhamar azonban módosítják ezt az elhatározásukat és csupán egy évre fogadják meg *Fabricius*-t. Ez felháborodásában goromba hangú levelet intéz a városok tanácsához, melyben többek közt azt mondja, hogy „Habe anitzo theilss auss Ihrem an diese Stadt (Selmeczbányát érte) abgefertigten Schreiben, theilss für wenig wochen zu Neusohl vernehmen müssen, dass Sie mich nur auff ein Jahr angenommen,

¹ Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1920 október hó 30.-án tartott ülésén.

⁶⁷ Lőcse város levéltára, XII. osztály, I. csomag, 36. szám.

⁶⁸ *Koritsánszky O.* adata (Gyógyászati Hetilap, 1907, 227.)

⁶⁹ Körmöczbányai városi levéltár, anno 1615, tom. II., 33, 1, 55.

⁷⁰ *Rötschnek*: A debreczeni gyógyszerertárak története, 26.

⁷¹ Körmöczbányai városi levéltár, anno 1566, tom. I., 33, 1, 7.

welches mir denn sehr laecherlich fürkommen, und hatte nicht vermeinet, das Meine HochgeEhrte Herren, als Weise, Verstaendige und Belehrte Leute, so schlechter Dinges einen Medicum solten consideriret haben, in dem Sie wol wissen, dass man keine Ampts Persohn, worunter die Medici auch gehören, auff ein Jahr dinget oder mietet, wie man die *Hausboten, Knecht und Maegde pflaget zu dingen, dass wenn Sie Ihnen nicht mehr gefallen, wieder nach Ihrem belieben fortschicken können.* Ein solches kan von einem Medico nicht praesummirt werden, denn es würde ja kein Medicus ohne nachtheil Seiner Ehr so naerrisch sein, und sich an eine gewisse Zeit binden lassen.⁷² Városaink általában rendkívüli elővigyázattal és körültekintéssel jártak el, mikor új városi orvos alkalmazásáról volt szó. Néha évekbe telt, míg az alkalmas embert végre megtalálták,⁷³ s a szerződésben rendszerint kikötötték, hogy feddhetlen életet fog folytatni, hogy betegeit nem fogja megszarolni, sőt olykor még azt is, hogy a feleségével békességben fog élni.⁷⁴

A városi *medicus ordinarius* köteleiségeiről az a szerződés világosít fel legjobban, melyet Sopron városa 1646-ban *Johannes Fridricus* doktorral kötött⁷⁵ s mely tipikusnak tekinthető az efféle szerződések átlagára. Ennek pontjai a következők: 1. a városi tanács iránt mindig kellő tisztelettel és engedelmességgel fog viselkedni s a polgármester tudta és engedelmével nem távozik a városból; 2. a gyógyszerész állapotát minden évben legalább egyszer gondosan megvizsgálja s a romlott gyógyszereket, úgy a *simplicidákat*, mint a *compositákat* eltávolítja; a compositumok elkészítésekor mindig személyesen jelen lesz s meggyőződik róla, hogy a gyógyszerész csakugyan úgy készíti-e el azokat, a hogy az orvos rendelte; 3. szegényt, gazdagot mindenkor, még veszedelmes járványok idején is, szorgalmasan és méltányos díjért fog látogatni; 4. fizetése évenként 100 tallér (30 garasos), szabad lakás, 15 mérő gabona, 10 akó bor, 10 öl fa; 5. ha nem akar tovább szolgálni, félévvel előbb fel kell mondania.

Ha a városokban új orvos akart letelepedni és gyakorlatot kezdeni, akkor előbb oklevelét kellett bemutatnia és két városi polgár ajánlatával polgárjogért folyamodnia. Legalább is az ország nyugati részeiben ez volt a szokás, tekintettel Miksa császár 1576.-i rendeletére, melynek értelmében orvosi gyakorlatot csak az kezdhet, kinek valamelyik egyetemről kiállított hiteles orvosi oklevele van.

*

Az orvosi gyakorlat külső formájáról, vagy jobban mondva mechanizmusáról, óhajtanék még rövid jellemzést adni.

A régi magyar orvosok mindennapi gyakorlata nem mondható valami kéllemesnek. Mindenekelőtt az akkori utak rosszasága és a közlekedési eszközök hiányossága okozta ezt. Magyarországon még a 17. század végén is oly kezdetlegesség voltak a közutak, hogy alig emelkedtek a természetes ösvények fölé. Használhatóságuk a talaj minőségétől és az időjárástól függött. Emberi kéz nem igen járult javításukhoz, s a csinált út nevére ott sem igen tarthattak számot, a hol népes helyeket kapcsolak össze.⁷⁶ *Christovits* csanádi püspök egyik tréfás versében (a 18. század végén!) azt írja, hogy Makó városa a természeti szépségek dolgában méltó vetélytársa Velenczének, mert Makó is, éppúgy mint az Adria királynője, tenger (de persze sártenger) közepéből emelkedik ki:

Aemula Venetiis est urbs celeberrima Makó,
Haec jacet in medio stercore, illa maris.⁷⁷

Még a felvidék nagy részében is így volt ez. Érthető

⁷² U. o. anno 1667, 18. julij. (Tom. II. 33. l. 94.) A levél hátán egykorú kézzel csak annyi van írva, hogy „A medico indocto libera nos Domine!” (első és utolsó sora a tanulatlan orvosokról szóló közép-kori versnek: „A medico indocto, A cibo bis cocto, A mala muliere Libera nos Domine!”)

⁷³ Nagyszombat városának még a kitűnő *Dudics András* sem kellett (1577). V. ö. Tört. Társ., 1878, 364.

⁷⁴ A bányavárosok szerződése *Trotella* orvossal, 1615. (Évi fizetése 100 magyar forint). Körmöcbányai városi levéltár.

⁷⁵ Soproni levéltár, Lad. XX. et U, fasc. I., num. 10.

⁷⁶ *Acsádi*, i. m. 322.

⁷⁷ *Reizner*: Makó története, 57.

tehát, hogy a 16.—17. században, sőt még sokkal később is,⁷⁸ orvosaink *lovon ülve* bonyolították le gyakorlatuk jórésztét. Ebben semmi meglepő nincsen, ha meggondoljuk, hogy az akkori magyarok, még az intelligencia elejéhez tartozók is, rendkívül edzettek, fáradságot és nélkülözést bírók voltak. *Soranzo Mihály* olasz követ 1557-ben azt írja róluk, hogy „míg meg nem házasodnak, nem is szoktak ágyban hálni; az éjjeli nyugalomhoz elég nekik egy lóca, egy szőnyeg vagy pokrócz, mely alá legföllebb egy kis szalmát is tesznek s úgy alszanak, nemcsak az alsóbb rendű népek, hanem a főnemesek is”. *Tököly Imre* folytonos utazásai közben, ha csak tehette, nem tért be éjszakára az útjába eső városokba, hanem (nyári időben) mindig kint hált, sátor alatt, a mezőn.⁷⁹ A hosszabb útra induló doktornak is így kellett tennie, mert a városokban tisztességes vendéglő alig akadott s éjjeli szállásnak polgári családoknál előre való lefoglalása sokszor igen körülményes volt. Kocsin utazásra csak végső szükségben, betegek szállításakor stb. szánták rá magukat az orvosok, mert ez néha nagy bajokkal járt. *Szegedi Fraxinus* (vagyis *Körösi Gáspár* dr., ki azzal volt megbízva, hogy a beteg nádornét egészségesebb helyre szállítsa, 1554 március 19.-én kelt tréfás levelében⁸⁰ azt írja, hogy ezen útja közben három napig vergődött a Fertő tavában és az utak sarában s a *nagyságos asszony* is (már t. i. a nádor felesége) kénytelen volt kocsiban (*in koczy*) átvirrasztani az éjszakákat, míg ő (a doktor) az alatt a bakon ülve „a lovak farkára vigyázott, nehogy éjjel elrágják az egerek”. De nemcsak az utak rosszasága, hanem a szertecatangoló törökök és útszéli lesipuskások miatt is ajánlatosabb volt a lovonjárás, mint a kocsin való utazás. „Kard és puska nélkül még a szomszéd faluba se tanácsos menni!” mondja egy 17. századbeli író, *Flaemitzer*. Zemplénmegye rendjei is azt panaszolják 1637-ben, hogy „senki, akinek kővéra s száz lovasa nincsen, házból ki nem léphet”. Ezért is, ha az orvost távolabb eső helyre hívták, akkor rendszerint kellő számú lovat, kocsit és fegyveres embert is küldtek a védelmére, sőt olykor még kezeslevelet is, azzal a kötelezettséggel, hogy ha a doktort a törökök útközben elfognák, a beteg saját költségén ki fogja őt váltani a török rabságból.⁸¹ A hivatalos városi orvosokat a hatóságok látták el megfelelő számú háts lóval,⁸² de maguk az orvosok is tartottak ilyeneket, még pedig minél szemrevalóbbakat, már csak azért is, mert a szép formás ló azt jelentette, hogy jól „megy” a praxis. Az akkori magyar közönség különben se nézte jó szemmel a hibás, formátlan lovat. Ezért írja kissé gúnyosan a feleségének gróf *Esterházy Miklós* (1636), hogy „ma reggel akarván kimennem Hefflánba a fiam élésének látására, az mi doktorunkat találtam elő egy rossz lovon”.

(Vége következik.)

⁷⁸ *Téry Ödön* megboldogult barátom említette, hogy *Schaller* dr. fehérvári orvos még a 60-as és 70-es években is mindig lovon járt a betegeihez.

⁷⁹ *Salamon Ferencz* kisebb tört. dolgozatai, 339, 388.

⁸⁰ Orsz. levéltár; Nádasdy levéltár.

⁸¹ *Körösi Gáspár* levele, 1557 szeptember 10. (Orsz. levéltár.) A veszprémi püspök is kocsit és fegyveres kíséretet küld a soproni városi orvosnak, mikor gyógyítása végett Sümegre hívja (*Sopronvárosi levéltár*, fasc. XIII. 886., 1630, augusztus 10). *Sparr* generális is csak úgy hajlandó *Teleki Mihály*-nak rendelkezésére bocsátani az orvosát, ha *Teleki* lovat és megfelelő számú fegyveres kíséretet küld a doktornak. (*Gergely*: T. M. levelezése, IV. 280.)

⁸² *Quellen zur Geschichte der Stadt Brassó*, II. 354.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(III. rendes tudományos ülés 1920 november hó 6.-án.)

Elnök: Flesch Nándor.

Jegyző: Hüttl Tivadar.

Kubinyi Pál és **Johan Béla**: **Petefészek-gumma positiv spirochaeta-lelettel.**

Kubinyi Pál: A belső genitálék syphiliséről még nagyon hézagosa az ismereteink. Ismerjük az idősült méh-metropathia képében mutatkozó méhvérzéseket okozó változásokat, a medenczebéli kötőszövet beszűrődését, a mely antilueses kúrára gyorsan visszafejlődik. Annál kevesebb az, a mit a

tubák, főként pedig az ovariumok syphiliséről írnak, úgy hogy a tan- és kézikönyvek szinte csak elsiklanak felette, avagy meg sem említik. A gummás formáról *Pfannenstiel* mint eddigelé ismeretlen valamiről szól. *Spirochaeta-lelettel* beigazolt eset pedig nincs az irodalomban s habár mai napság nem lehetséges a pontos áttekintés, a hozzáférhető irodalomban ilyen nem találtunk. Ezért érdemesnek tartja az eset bemutatását.

A 29 éves beteget f. évi márczius 16.-án vették fel a poliklinikára. 9 éve van férjénél. 8 év előtt három hónapos abortus, többé nem fogamzott, 1½ év előtt profus vérzés miatt intézetben kívül kűrettezték, utána 3 hélig lázas volt, fájdalmi voltak s bár a vérzés ritkább lett, folyton beteg, munkaképtelen. Kiállott betegségek közül izületi és hashártyagyuladást említ, hónapokig feküdt, jobb könyökizülete ankylosis maradt. Folyása sohasem volt, gonococcus-lelet negatív. Másfél ökölnyi adnexum-tumor. Vérzések és fájdalmak miatt műtét: conservativ laparotomia: a jobboldali tuba s ovarium eltávolítása. Símán gyógyult. Azóta 10 kgr.-ot hízott, jól van, vérzései megszűntek.

A praeparatum salpyngitis chronica. A 4½ cm. hosszú ovarium metszéspapján olaszmagyori s több kisebb sajtos gócz. Mikor a választ megkapták, hogy gümma s spirochaeták vannak benne, átvizsgálták a szervezetet, a mely ép, sehol a syphilis belépési kapuját meg nem találták. Wassermann ++++. A beteg férjének nemi baja állítólag sohasem volt, egészséges, Wassermann-reactiója negatív. E szerint a házasságba a nő hozta a lueszt s ez okozta valószínűleg az abortusát is. Spermiafectio talán legjobban megfejtja a kérdést. A beteg pete felől pedig choc en retour útján fertőződött az anyag. Luesét magánorvos kezeli. Eddig 17 embarin-injectiót kapott, de a Wassermann-reactio ma is ++++.

Johan Béla: A vizsgálatra kapott ovarium kissé lapos, kerekded, 4½ cm. átmérőjű volt; metszéspapján feltűnt, hogy az ovarium rendszeren rózsaszínű, elég lágy szövetének helyét kevés kivétellel durva rostos, heges szövet foglalja el, mely az ovariumban egymással összefolyó, magyori, gömbölyded képleteket alkotott. E fehér heges góczok belsejében kis fakó-sárga területek voltak, ezek igen szívósak és zög-zúgosan határoltak. A mikroszkopi metszetekben nagy elhalt területek, szélükön granulatiós szövettel. Itt fibroblast-sejteken kívül plasmasejtek és lymphocyták vannak kevés leukocytával. Még kijebb kötőszöveti rostokban dús kötőszövet van, melynek külső határa elmosódott. Petefészekszövet csak a legszélén ismerhető fel. Az elhalt területen csak itt-ott van egy-egy sejtmag. Benne számos corpus fibrosum ismerhető fel s ezenkívül sok kötőszöveti rost és ereknek körvonalai. Mind-ezekben magfestés nem találtatott.

A kép nagyon jellegzetes gummára. Épp ezért *Levaditi* szerint petefészek-részeket impraegnált s ekkor az egyik metszetben, melyet be is mutat, sikerült elég sok jellegzetes spirochaeta pallidát találnia. Így kétségtelen, hogy a képlet ovarialis gümma.

A kórbonczani irodalomban nem talált hasonló esetet, sőt a legnagyobb kórbonczani tankönyvek nem is emlékeznek meg a petefészek gummosus megbetegedéséről.

Ismeretes hogy a belső genitálék közül a nőben a kürt, a férfiakban a mellékhere körülbelül egyforma gyakran betegszik meg tuberculosisban, az úgynevezett genitális tuberculosis itt kezdődik. A here típusos infectiosus granulomája a gümma, mely itt elég gyakori s így annál feltűnőbb a petefészek gummájának ily nagy ritkasága.

Johan Béla: Parathyreoidea-tumor és osteomalacia.

A bemutató röviden ismerteti az összefüggéseket, a melyeket eddig a különböző secretiós mirigyek és az osteomalacia között találtak. Az osteomalaciát nexusba hozták az ovarium a pajzsmirigy, a mellékvese, a hypophysis, a thymus megváltozott működésével. *Erdheim* pedig a parathyreoideaikon talált bizonyos elváltozásokat. A bemutatót esetben a baloldali parathyreoidea helyén 4½ cm. hosszú, hengerded képlet volt, a mely elhelyeződése, színe, szövettani szerkezete

alapján parathyreoidealis eredetűnek tartandó. A csontelváltozások ez esetben igen súlyosak és az osteomalaciára jellegzetesek voltak. Megemlíti egy régebbi esetét is, a melyet 1917-ben ugyancsak itt mutatott be, s a melyben szintén parathyreoidealis daganat volt.

Nehéz annak a kérdésnek az eldöntése, hogy a képlet valóban daganat-e (adenoma), vagy pedig valamelyik parathyreoideának hyperplasiája. A bemutatott esetekre vonatkozólag az a véleménye — különösen az utóbbira —, hogy inkább daganatnak felel meg. Egyébként a pajzsmirigynél is nehéz sokszor eldönteni, hogy a megnagyobbodása valódi daganat-e.

Az összefüggés a parathyreoidea és az osteomalacia közt *Erdheim* szerint abban foglalható össze, hogy a parathyreoidea megnagyobbodása a szerv túlzott igénybevételének a jele. *Erdheim* állatkísérletei s a bemutatott esetek alapján úgy hiszi, hogy osteomalacia eseteiben érdemes volna therapiás kísérleteket tenni parathyreoidea-készítményekkel.

Szontagh Félix: Variatio, virulentia, periodicitás és anyagforgalom relatióban egymással.

Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Hozzászólás: Bókay János. Az előadó felfogását a heveny fertőző kórokról nem osztja, nevezetesen csodálatosnak tartja, hogy az előadó a vörheny és diphtheria ragályos természetét kétségbevonja és azokat ú. n. diathesises manifestationak deklarálja. Az előadó különben, épp úgy mint *Bingel*, a diphtheria-ellenes gyógsavó antitoxin-tartalmát közömbösnek tartja a gyógyításnál s *Bingel*-l el egyetértően a fajidegen fehérjének tudja be a gyógyhatást. Tudjuk nemrég megjelent közlésekből, hogy *Bingel* állítását külföldön több helyen állatokon s a betegágyánál tett kísérletekkel megczáfolták. *Szontagh* maga normal lósváóval kísérletet nem tett. A felszólaló szerint a diphtheria pathogenesisének és therapiájának épülete *Löffler, Roux, Yersin* és *Behring* alapos munkássága folytán oly biztos alapokon nyugszik, hogy ezen épületfalat megingatni nem lehet.

Szontagh Félix: A *Bókay* által felhozott érveket nem tartja elegetendőnek arra, hogy meggyőződését feladja. Utal „Über Disposition“ című könyvében a fertőzés és contagiosus bántalmak pathogenesiséit illetőleg kifejtett álláspontjára, mely hatalmas erősbíést nyer *Semmelweis*-nek a kívülről történő infection alapuló gyermekágyi láz és a contagiosus bántalmak közötti megkülönböztetésben.

A contagiosus bántalmak (például kanyaró) lappangási szakának pontos ismerete bizonyítja, sőt egyenesen megköveteli ennek a betegségnek contagiosus természetét; ezzel szemben a vörheny lappangási szaka egyesek szerint 8 óra, mások szerint 21 napig is eltarthat. Ilyen erősen eltérő fölfogás elegendően bizonyítja a vörhenynek nem contagiosus természetét. Az előadónak az a megállapítása, hogy a contagiositas szaka egybeesik a megbetegedés szakával, arra a következtetésre vezet, hogy az átragadó — a levegő útján terjedő — agens a reactiós testekkel azonos anyag, csak ezekhez kötve képzelhető el, tehát nem élő szervezet, hanem mindenképpen szerint fermentum módjára ható test. Elődeinknek, így nevezetesen *Semmelweis*-nek is az volt a fölfogása például a variolafól, hogy a variolás beteg ember szervezete maga termeli azt a contagiumot, mely más emberbe jutva, ebben megint csakis variolát idéz elő. Az előadó azt a meggyőződését nyilvánítja, hogy *Semmelweis*-nek ezt a megállapítását is a jövőben kutatás igazolni fogja.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészeti.

Emésztés-zavarok gastroenterostomia után. H. Oehnell ezen előzetes közleményében 30 esetről referál, a melyekben a Schmidt-Strassburger szerint végzett bélsár-vizsgálat a következő eredményre járt: Kötőszöveti maradványokat talált makroszkopice közepes, illetve nagy mennyiségben 80%-ban, kis mennyiségben 13%-ban; makroszkopice nem voltak maradványok 7%-ban. Burgonya-maradvány bőséges mennyiségben volt egy esetben, közepes mennyiségben két esetben, szörványosan egy esetben. A többi esetben makroszkopice nem volt kimutatható. Izomszövet makroszkopice egy esetben sem volt kimutatható. Nyálka 19 esetben fordult elő, 11 esetben hiányzott. A bélsár összeállása leginkább szilárd és pépszerű volt. A mikroszkopi vizsgálat csak öt esetben mutatott cseppalakú zsírt. A mi a „teljes zsír“ illeti, bőségesen 17 esetben, nagyobb mennyiségben 6 esetben és mérsékelt mennyiségben 6 esetben fordult elő. 9 esetben a zsír tömegesen fordult elő. Már ezek a példák is mutatják,

hogy gastroenteroanastomosis után a gyomoremésztés csökkent. A bél szénhidrat-toleranciájának csökkenése ennek ellenben csak kivételesen fordul elő, míg a zsírnak kihasználása csökkent. A gastroenteroanastomosis után beálló diarrhoeák pedig abból a típusból valók, a melyet *Schmidt Adolf* gastrogen dyspepsiának nevezett. (Münchener med. Wochenschrift, 1919, 18. sz.)

Csákányi dr.

A pneumoperitonealis Röntgen-vizsgálat ambulans alkalmazásáról számol be 22 eset kapcsán *Teubern*.

A technikai részt illetően a következőket jegyzi meg: A levegőt Brauer-féle pneumothorax-készülékkel juttatja be 1700—2000 cm³ mennyiségben egy 70 mm. hosszú, 1 mm. vastag, elől zárt, féltompa canule segítségével, mely a hegye alatt kétoldalt hasadékkal van ellátva. Behatolás a lin. albában a köldök és symphysis közepe táján; a bőrt Franke-féle „Schnepper“-tüvel böki át. A canulet a felfúvás után kihúzza és fekvő helyzetben a szerveket a beteg jobbra és balra forgatásával átnézi; utána 1.5 mm.-es trokárral kibocsájtja a levegőt.

Míg maga a beavatkozás relative fájdalommentes, addig az utólag beálló fájdalmak igen tekintélyesek, 2—4 napig is elhúzódnak. Láz nem jelentkezik. Ezek a tünetek 6 nap múlva nyom nélkül elmaradnak.

A mi az egyes hasiszervek pneumoperitonealis Röntgen-vizsgálatát illeti, a szerző a májat, a lépét és a veséket hálás médiumnak tartja, ellenben a gyomor- és bél-diagnostika semmit sem nyer ezen vizsgálati módszerrel. Az eljárást — fájdalomosságára való tekintettel — csak az esetben ajánlja, ha más kíméletesebb módszerek nem vezetnek célhoz. (Deutsche med. Wochenschr., 1919, 45. sz.)

Csákányi dr.

Gyermekorvostan.

Kanyaróban reconvalescens-savóval végzett kísérleteiről számol be *Degkwitz*. Hét esetben kórházban végzett kísérleteket, a mennyiben kanyarós házfertőzésnél a veszélyeztetett gyermekek egyrészt kanyaró-reconvalescens serumával (20 cm³) oltotta intraglutaecalisán; arra az eredményre jutott, hogy *mind egyik beoltott gyermek* kanyarómentes maradt. Mivel azonban a kórházában a kísérleti anyag a legideálisabb körülmények között él s így a kísérletek a korai felismerés és korai elkülönítés miatt tévedésre is adhattak alkalmat, kísérleteit a városi prolektárgyermekek között is folytatta. Négy családban végzett kísérleteket. Az első gyermek kanyarós megbetegedése után 2—6 nappal a kanyarót még ki nem állott testvéreket beoltotta kanyaró-reconvalescens serumával; a serum mennyisége 7—20 cm³ volt; azt tapasztalta, hogy noha elkülönítés nem történt, sőt az egészséges és a beteg gyermekek közös ágyban maradtak, az oltottak a kanyarót nem kapták meg. Összesen 25 gyermeket sikerült kanyaró-reconvalescens serumával a bajtól mentesíteni.

A savót oly kanyarót kiállott gyermekektől vette, a kik lues- és tuberculosismentesek voltak s kiknek a kanyarójuk lefolyása alatt nem volt szövödményük. A vért a betegség lázas időszakát követő 6—8. napon vette venaepunctio segítségével, és tekintettel arra, hogy különböző egyénekben az antitest-termelés különböző erősségű, több egyén serumát keverte, hogy így a különböző serumok hatása lehetőleg egyforma legyen. A serumkeveréket néhány csepp 5%-os carbol-oldattal tartotta sterilén. Közepes fejlettségű, 4 éven felüli gyermekből 40 cm³ vért bocsátva, 16—17 cm³ serumot lehet kapni.

Gyermekkorukban kanyarót kiállott felnőttek serumával még nem végeztek kísérleteket, bár elméletileg indokoltak volnának az ilyenek; ilyenkor a felhasználandó serum-mennyiségnek valószínűleg sokkal nagyobbak kellene lennie, mert az antitestek mennyisége az ilyen serumban bizonyára kisebb, sőt azok néha időlegesen teljesen hiányzanak is.

Kanyaró-reconvalescens serumával az acut fertőzéses időszakban therapiás kísérleteket még nem végzett. Az eredmény a szerző véleménye szerint itt sem lehet kétséges, de valószínű, hogy igen nagy mennyiségű serumra volna szükség (úgy mint a vörhenynél is 100—120 cm³-re), hogy eredményt lássunk. (Zeitschr. f. Kinderheilk., XXV. köt., 1—3. füz.)

Bókay Zoltán dr.

Venereás betegségek.

A salvarsan adagolásáról ír *W. Weigeldt* (Leipzig). A szerző egy esetéből indul ki, a melyben a recens luesben (kiütések és iritis) és tüdőgümőkórban szenvedő nőbeteg *tévedésből* 0.3 gr. neosalvarsan helyett 3.0 gr.-ot kapott egyszerre intravenásan. A súlyos tévedés szerencsére jól végződött, sőt súlyosabb mérgezés-tünetek sem jelentkeztek a nyomában. Ezzel szemben a szerző állítása szerint a beteg állapota elég gyorsan lényegesen megjavult. Iritise 24 nap alatt csaknem teljesen elmúlt, testsúlya 10 nap alatt 1 1/2 kgr.-mal gyarapodott, tüdőgümőkórja pedig objective és subjective lényegesen megjavult (sputum, hőemelkedés csökkent). Eddig csak igen kevés esetről tudunk, a melyben hasonló óriási salvarsanadagot adtak. *Druhót* 2.0 gr.-os adagokat nyújtott betegeinek, egy orosz orvos pedig 3.0 gr.-ot adott betegének, a kinek sorsáról azonban nincs tudomásunk. Az eset több szempontból nyújt érdekes adatokat. Az első a neosalvarsan dosis toleratájára vonatkozik. Érdekes, hogy a 3.0 gr.-os adag 60 kgr. súlyú emberre átszámítva, ugyanaz, a melyet *Ehrlich* házinyúl-kísérleteiben dosis toleratának megállapított (0.05 gr. neosalvarsan pro kgr.). A szerző esetében a beteg azonban 45 kgr. súlyú volt s így a dosis toleratát (állatra vonatkoztatva!) a súlyos tévedés alkalmával jelentékenyen túllépték — szerencsére baj nélkül. Feltűnő a befecskendezett oldat magas koncentrációja is (a 3.0 gr.-ot 10 cm³ vízben oldották). Erre nézve azonban több szerző tapasztalása azt bizonyítja, hogy az ily magas, sőt még magasabb koncentrációk nem rejtenek veszélyt magukban. Sőt *Stern* szerint a hatás ilyenkor jobb, mert a neosalvarsan kiválasztása lassabban megy végbe. Feltűnő az is, hogy az egyszeri enormis neosalvarsanadag az erősen positiv Wassermann-reactiót még csak lényegtelenül sem tudta befolyásolni. A szerző, a ki *Strümpell* tanár osztályán működik s így nagyrészt ideg- és zsigeri syphilis esetek gyógyításával foglalkozik, egyébként is a magas salvarsanadagok híve. A késői syphilis esetekben 0.6, 0.75 és 0.9 adagokat alkalmaz nagy számmal s egy kúra folyamán a neosalvarsan összes mennyiségének alsó határát 6.0 gr.-ban határozza meg. Aortalueses betegeinek 2 hónapon belül 6.0 gr.-tól 16.8 gr.-ig adott a neosalvarsanból, állítása szerint a legjobb eredménnyel. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 43. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A röntgenologusokon gyakori epitheliomatosis bőrbaj ellen *Deprais* és *Bellot* szerint nagyon jó hatású a radium-kezelés. (Presse médicale, 1920, 37. szám.)

Oxyurisok ellen nagyon ajánlja *Heitz* a beöntést nagyon erős konyhasóoldattal. Felnőtteknek 0.3—0.5 liter, gyermekeknek megfelelően kevesebb adandó 2—3-naponként este mindaddig, míg oxyurisok már nem mutatkoznak a végbélnyílás táján. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1920, 19. szám, 571. l.)

Vegyes hírek.

Az oxfordi egyetem tanárai a német és osztrák egyetemek és tudományos társulatok tagjaihoz nagyfontosságú iratot intéztek, melyben azon reményüknek adnak kifejezést, hogy a barátságos érintkezés az ellenséges államok tudósai között mielőbb helyre fog állani. Óhajtik, hogy az elkeseredés és ellenséges indulat mielőbb megszűnjön; a tudományosság bajtársi érzülete mutatja az utat, mely a kölcsönös sympathia és megértés megerősödésére vezet. Azon barátságos együttműködést óhajtik elősegíteni, melyet a civilisatio megkövetel.

Az orvosképzés reformjával Németországban is foglalkoznak. Az eisenachi orvosgyűlés 1919 szeptemberében, az orvosi facultások 1920 januáriusában Halleban tárgyalták e kérdést s 1920 október 31.-én Halleban az orvosok és a facultások képviselői megállapodtak az alapelvekben, melyeket a kormányoknak előterjesztenek megvalósítás céljából. A tanulmányi időt 14 semesterben állapították meg, és pedig 5 félév jut az elméleti előképzésre, 7 félév a klinikai tanulmányokra és 2 félév a gyakorlati évre. Az előtanulmányok ideje alatt a felhatalmazott kórházakban a szünidőben a betegápolás gyakorlása, a klinikai évek alatt pedig ugyancsak a szünidőben 6 hónapi famulus-szolgálat kötelező. A vizsgálatok szigorítását egyértelműen kívánják. A budapesti egyetem orvosi facultása még a múlt iskolai évben letárgyalta az orvos-

képzés reformját s nagyon kívánatos, hogy a testvéregyetemek orvosi facultásaival együttesen végleg megvitassák a reformokat, hogy azok már 1921 őszén életbeléphessenek.
Grósz Emil.

Kisebb közlések az orvostudományok köréből. *Dresel* vizsgálatai szerint diabetesben a vér és a vizelet cukortartalma a mellékvesék sugaras kezelésére csökken. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 45. sz.) — A methylalkohol okozta látás-zavarok ellen *Zethelius* és *Wersén* szerint kísérletet lehet tenni a lumbalis punctióval; 7 eset közül 4-ben közvetlenül a punctio után tetemesen javult a látás. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1920, 7. füz.) — *Aschoff* tanár kiterjedt vizsgálódásai alapján visszautasítja *Rheindorf* állításait, hogy az appendicitis aetiologiájában az oxyurisok nagy szerepet visznek. (Berliner klin. Wochenschr., 1920, 44. sz.) — A Röntgen-sugarak ártalmas hatását az agyvelőre állapította meg *Brunner* állatkísérletekkel. (Arch. f. klin. Chir., 114. köt., 2. füz.) — Súlyos kétoldali vesevérzés egy esetében *Kümmell* gyógyulást látott az egyik vese decapsulatioja után. (Aerztlicher Verein in Hamburg július 13.-i ülése.)

Személyi hírek külföldről. *W. Erb*, a világhírű ideg orvos, november 30.-án lett 80 esztendő.

Meghalt. *Láng Kornél* dr., egyetemi magántanár, gége orvos, 47 éves korában december 2.-án.

Megjelent

a 4 füzetből álló ingyenes

Orvosi Zsebnaptár

25. jubiláris évfolyama.

Igen czélszerű, bevált, zsebalakú Orvosi Naptár. Negyedévenként kicserélhető és lerakható. Az egyik oldala az ambulancia, a másik a napi vizitek adatai számára. Az Orvosi Évkönyv és Czimtár előfizetői 80 korona beküldése ellenében díjmentesen kapják a Naptárt!

„Petőfi” Irodalmi Vállalat
Budapest, VII., Kertész-u. 16.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással szolgál útlel-ügyben:

Ingtalanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

ISTVÁN-ÚTI COTTAGE-SANATORIUM BUDAPEST, HUNGÁRIA KÖRÜT 9. (István-út végén.)

Sebészet, szülészeti és nőgyógyászat, ideg- és belgyógyászat. Orthopaedial és physikaliskis gyógymódok osztálya. Vizsgyógyintézet. Röntgen-laboratorium. Hízó- és soványító kúrák. Telefon: József 95-08 és József 42-13.

Dr. Kende Zsigmond orvosi laboratoriuma Budapest, V., Szent István-tér 15. (Basilika mellett.) Telefon: 139-54.

Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 101-02.

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

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán gyógyintézet

sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22

Mindennemű physikaliskis gyógyító eljárás a néhai **Zander-gyógyintézetben.** **Gyermektorna, Testgyejesítés, Soványítás.**
Dr. Reich Miklós-féle
Igazgató-tulajdonosok: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hiif Paula, Dr. Mandler Ottó. IV., Semmelweis-u. 2. Telefon: József 4-12. Két lift

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SANATORIUM.

Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsósfürdő, vizsgyógyintézet, szénsavas fürdők, villanyozás, thermopeneratio, quarzlámpa, hőlégkezelések, orvosi massage. Hízáló és fogyaszító kúrák. Vezető-főorvos: **várpalotai Palotay Andor dr.**
Egész éven át nyitva. Telefon: József 81-75.

Kacsokovics Üdülő-Pensio.

Mátyásföld, Rákóczi-út 4. Hízókúrák, tejkúrák, vizsgyógykezelés. Vezető-orvos: Dr. Berczeller István. Telen-nyáron nyitva.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest

A régi nagyhrű Sárosfürdő 47° C forrása! Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizsgyógyintézet pneumatikus kamra, inhalatorium, gépgyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diatás könyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benczúr Gyula, egyet. magántanár. Inhalatorium: dr. Tóvölgyi Elemér, egyet. m. tanár. Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza. Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete I. ker., Lenke-út. Telefon: József 83-21. szám.

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diatás, diagnostikai és physiotherapiás gyógyintézet bel- és idegbetegen részére. Vegyi és bakteriológiai laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalatorium Zander-féle gyógymechanikai osztály bejáró betegek részére is.

PÁLYÁZATOK.

1071/1920. ikt. sz.

Békésvármegye közokrházának sebészeti és elmeorvosozati osztályán, áthelyezés esetén esetleg belosztályán, 1-1 segédorvosi állás betöltésére pályázatot hirdetek.

A pályázni kívánó orvos urak sziveskedjenek kérvényüket méltóságos dr. *Egan Imre*, Békésvármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi december hó 22.-éig beküldeni.

Javadalmazás a segédorvosi állásra évi 1400 korona és megfelelő háborús és drágasági segély, I. oszt. ellátás szesz ital nélkül. Az elmeosztályon évi 400 korona osztálypótlék.

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

Gyula, 1920 november 30.

Békésvármegye közokrházának igazgatója.

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI

(Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.)

a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű **vaspepton** készítmény. Feltűnő eredménnyel alkalmazva úgy felnőtteken, mint gyermekeken anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. eseteiben. Kiváló stomachicum és roborans. Készíti:

ERÉNYI LÁSZLÓ „DIANA” GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VII., Károly-körút 5. ☐ Telefon: József 115-55

Fogorvosi és Orvosi Műszergyár r.-t.

Budapest, VI., Szondy-u. 77. Telefonhívószám: 157-54.

Gyárt és raktáron tart: Koronapréseket, vulkanizáló kazánokat, csiszológépeket, öntőpréseket, furógépeket, előmelegítő-kályhakat, küvetta-préseket stb. — Javítások és nikkelezések gyorsan, jutányosan és szakszerűen készíttetnek.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Galambos Arnold: A baryumsulfat alkalmazása a gyomor- és duodenum-fekélyek kezelésében. 483. lap.

Vágó Árpád: Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Vezető-főorvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.) Vérátömlesztések a szülészeten és nőgyógyászatban. 484. lap.

Fischer Ernő: Az alsó végtag statikai megbetegedései. 485. lap.

Magyary-Kossa Gyula: Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon. 486. lap. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1920 márczius 15.-én.) 487. lap. Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. tudományos ülés 1920 november hó 13.-án.) 488. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosstan. F. Klemperer: A tüdőgümőkór néhány új kezelésmódjáról. — Szemészet. Lindner: A köthártya-csírák elhelyeződéséről. — Új könyvek. — Kisebb közlések az orvostudományról: 489—490. lap. Vegyes hírek. 490. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A baryumsulfat alkalmazása a gyomor- és duodenum-fekélyek kezelésében.

Irta: Galambos Arnold dr., volt belklinikai tanársegéd.

A gyomor- és bélbántalmaknak, elsősorban a fekélyes megbetegedéseknek kezelésében már régóta nagy szerepe van a bismuth-sók alkalmazásának. Így ismeretes, hogy a gyomor-fekélyek kezelésére Odier 1786-ban alkalmazta először a bismuthum subnitricumot. Ez idő óta — bár nem mindenkor egyforma mértékben — a bismuth a gyomornak, az utolsó évek óta a duodenum acut, valamint chronikus ulcusának is alig nélkülözött és alig nélkülözhető gyógyszerként szerepel.

A bismuth-sók hatás módja bevonó, fájdalomcsillapító és adstringens, illetve obstipáló tulajdonságokban nyilvánul meg. Ezek között a bevonó, védőhatás a fő; ennek elérésére törekszünk. A fájdalomcsillapítás főleg a védőhatás következménye és más gyógyszerekkel sikeresebben érhető el. Az obstipáló hatás nem kívánatos mellékhatás, mert az ulcusos beteg e nélkül is rendszerint obstipált. (Boas e miatt a bismuthum subnitricum helyett a bismuthum carbonicumot ajánlja.)

A bismuthot főleg bevonó, fekélyt védő tulajdonsága miatt alkalmazzuk. A görcsszüntető hatás is ezen az alapon magyarázható. A hatás magyarázat alapjául a teoriás feltevésen kívül állatkísérletek (Matthes) és klinikai, illetve bonczani tapasztalások (Naunyn) szolgáltak. Ezek szerint a bismuth a gyomornak legmélyebb, fektetéssel is befolyásolható helyére jut és ez szerencsés esetben a fekélyes terület incrustációjára is vezethet. A Röntgen alkalmazása óta tudjuk, hogy a bismuth a gyomornak vagy a duodenumnak a fekélyes helyén megtapad és mikor a bismuth elhagyta a gyomrot, a fekély helyén mint persistáló folt hosszú időn át látható még. Tehát teoriás felvétel, állatkísérlet, klinikai és bonczani tapasztalás, valamint a Röntgen egyértelműen magyarázza a bismuth hatás módját az ulcusterápiában.

Bár a bismuth az ulcusterápiában joggal megilletett elsőrangú helyet foglal el, a therapiás eredmények csak részben írhatók ennek javára, mert hisz az ulcus kúrában a bismuthon kívül egyéb hatásos tényezők (ágynyugalom, thermophor, diaeta, különféle secretio- és fájdalomcsökkentő gyógyszerek) egyaránt alkalmazhatók.

Az alig nélkülözhető bismuthnak alkalmazását kettős körülmény nehezíti meg: egyrészt — főleg a háború alatt és után — a bismuthnak nehezen beszerezhető volta, másrészt a bismuth-készítmények drágasága, mely még máig is rohamosan nő. Ma 1 gr. bismuthum subnitricumnak az ára 8 korona (bism. carb. 64 korona). Minthogy az ulcus kúrában a bismuthnak átlagos napi adaga 5—10 gr. (Fleiner, Kussmaul 10—20 gr.-ot alkalmazott), melyet rendszerint 4 héten át nyújtunk, egy kúrához körülbelül 150—300 gr. bismuth-só

szükséges, a melynek ára e szerint 1200—1400 korona közt van. Ily körülmények közt bismuthot a szegényebb praxisban egyáltalában nem, sőt a jómódú betegeknek is alig rendelhetünk.

A mióta a baryumsulfat a Röntgen-vizsgálat szolgálataiba jutott, tudjuk, hogy ez Röntgensugár-elnyelő képességén kívül a bismuth-sókhhoz annyiban is hasonló, hogy a fekélyes helyet bevonja, fedi; a baryum-só a nyálkahártya hiányos helyen hosszan megtapad. Ezen tapasztalás vezetett engem arra a gondolatra, hogy a baryumsulfat, mint a bismuth-sók pótszere, miként a Röntgen-vizsgálat céljára, éppúgy therapiás célból is felhasználható volna az ulcusos betegeknek. Tudtommal mások eddig még nem ajánlották.

Erre alkalmassá teszi a baryumsulfatot bevonó, védő, incrustáló hatása mellett egyrészt az, hogy teljesen oldhatatlan, ártalmatlan, másrészt hogy rendkívül olcsó. A mint a chemiából ismeretes, a baryumsulfat egyike a legoldhatatlanabb vegyületeknek, a mennyiben feloldódásához több mint 400.000 s. r. oldóvízre van szükség. Savakban szintén oldhatatlan. Az oldhatatlanságával függ össze teljesen íztelen volta. A betegek ez utóbbi oknál fogva sokkal szívesebben veszik, mint a bismuthot. A baryumsulfat ára nemcsak a felette drága bismuth-sókhöz képest, de általában is, feltűnően olcsó. Grammja 52 fillérbe kerül és így, ha a bismuthhoz hasonlóan 5—10 (illetve 20) gr.-ot nyújtunk napjában (1/2 pohár vízben suspendálva, éhomra), a négyhetes kúrához szükséges baryumsulfatquantum körülbelül annyiba kerül, mint a bismuthnak 2 napi adaga. A 4 hetes kúra alatt, napi 10 gr. bismuth-, illetve baryum-sót számítva, a gyógyszer ára 2400, illetve 150 koronára rúg (5, illetve 20 gr. napi dosis mellett 1200 és 75, illetve 4800 és 300 korona értékek szerepelnek).

Ismeretes az oldható baryumsók mérgező volta. Ezen körülmény óvatosságra int a baryumsulfat adásakor s magam is helyesnek tartom azt az óvatosságot, melylyel Holitsch él (1. könyvét a 331. oldalon) a Röntgen-vizsgálat céljából használt baryumsulfat rendelésekor (Rp. Baryi sulfurici purissimi [Merck] pro Röntgen [BaSO₄, baryumsulfat, nem mérgező!]). Még olcsóbb és az összetévesztés lehetőségét még jobban kizárja, ha a baryum sulfuricum purissimum Merck pro Röntgen-t eredeti 250 gr.-os papirdobozban rendeljük és ebből vesz a beteg meghatározott mennyiséget (1—2 kávékanálnyit) éhomra.

A baryumsulfat hatása a gyomor és duodenum fekélyes megbetegedése esetében általában hasonló ahhoz, mint a melyet — mint a bismuth-sókra jellemzőt — az imént említettünk. A baryumsulfat bevonó, védő, protectiv hatását a Röntgen-vizsgálat igazolja. A védő réteg alatt az ulcus gyógyulásának előfeltétele — a mennyiben a baryumsulfat a bismuth-sók oldhatatlanságát felülmúlja — legalább úgy megvan adva, mint bismuth-sók alkalmazása esetében. A baryumsulfat fájdalom- és görcsszüntető hatását ugyancsak a Röntgen-

tapasztalások igazolják, a mennyiben nagy gyakorlattal rendelkező Röntgen-orvosoknak feltűnt, hogy baryum-kása etetése után a nap-nap után fennálló typosus ulcus-panaszok, fájdalom a vizsgálat napján épp úgy megszűnnek, mint ez bismuth-kása elfogyasztása után ismeretes volt. Az obstipáló hatás kevésbé kifejezett, mint bismuth alkalmazásakor. Ennek megfelelőleg a baryumsulfat gyorsabban is hagyja el a gyomrot és belet, mint a bismuthum carbonicum. Az arány olyan, mint 4:6. Ez előnyös tulajdonság.

A baryumnak még egy előnyét kell a bismuthal szemben kiemelni. A bismuthum subnitricum a bélben lefolyó kémiai elváltozás folytán (reductio) a székletet zöldes-feketére színezi (bismuth-sulfid) és így az occult vérzés makroszkopos felismerését lehetetlenné teszi. Ez a baryumsulfat alkalmazásakor hiányzik, sőt a fehér baryumpor világosabbá festi a székletet; tehát a beteg a baryum-kúra tartama alatt eredményesen ellenőrizheti a székletét.

Én eddig ulcus ventriculi és duodeni néhány esetében alkalmaztam a baryumsulfatot jó eredménnyel. Alkalmazását hasonló magyarázat alapján egyéb fekélyes vagy gyuladós bélbántalmakban is megkísérelendőnek tartanám, általában ott, ahol bismuthot szoktunk adagolni, tehát dysenteria, paratyphus, cholera, enteritis, proctitis stb. eseteiben.

Közlemény Budapest székesfőváros Bakáts-téri szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Vezető-főorvos: Frigyesi József dr., egyetemi magántanár.)

Vérátömlesztések a szülészetben és nőgyógyászatban.*

Irta: Vágó Árpád dr., közkórházi segédorvos.

(Vége.)

4. P. B. (fejl.-sz. 3379/1919), 17 éves 0-P. Első tisztulása nagy menorrhagia alakjában jelentkezik. Apró sebekből sokat és hosszan szokott vérezni. Bejövetele előtt körülbelül vérzések voltak. Igen sápadt, szédül, feje fáj. *Vérképe:* Haemoglobin 40%, vörösvérsejtszám 1,840.000, fehérvérsejtszám 5000, alvadási idő 15 perc. (Hypochromiánisan festődött vörös vértetek, helyenként anisocytosis, igen kevés thrombocyt.)

Diagnózis: Hypoplasziás genitálék, haemophilia. Hőmérséke 36,0°, érverése 120, kishullámú, könnyen elnyomható.

A 10 napig tartó menorrhagia megszűntével erős orrvérzés indul meg, mely többszörös (tonogenes) orriamponadera sem szűnik.

Tekintettel arra, hogy a vérinjekciók hatására az előbb tárgyalt három esetben a rendellenes vérzések megszűntek, ebben az esetben is kísérletet teszünk a vérinjekcióval vérzéscsillapító célzattal és előzetes serologiai vizsgálat után intraglutaealisan 90 cm³ defibrinált terhes vért fecskendezünk be. A befecskendezést a beteg jól tűri, vérzése még aznap megszűnik, a 16 napi észlelés alatt többé nem vérzik, kimegye.

Következő menstruációja két hónap múlva jelentkezik és 11 napig tart. További három hónap múlva ismét felvételi magát két hét óta fennálló nagy menorrhagia miatt. Karján tenyérnyi bőralatti vérömlések vannak, nagyon gyengének éri magát, állandóan szédül, feje fáj.

Vérzéscsillapító célzattal megismételjük a vérinjekciót, ezúttal intravenásan többszörösen adagolva; másodnaponként 50–100–200 cm³ serologialag megvizsgált terhesvért fecskendezünk be a betegnek csapos fecskendő segítségével. Az első két injekció után reactio nem áll be, a harmadik befecskendezést hidegrázás és 39,6° C-ig menő hőmérsékletemelkedés kíséri. Érverése 110. Vérzése megszűnik, egy hét múlva hazamegy. *Vérképe:* Haemoglobin 56%, vörösvérsejtszám 2,500.000, fehérvérsejtszám 6000. (Kisfokú, de kifejezett anisocytosis)

Három hónap múlva ellenőrző vizsgálatra ismét jelentkezik és eladja, hogy távozása óta csak egyszer menstruált 7 napig, igen kevés vérzéssel, mely idő alatt fenjárt. Teljesen jól érzi magát, munkaképes. *Vérképe:* Haemoglobin 76%, vörösvérsejtszám 4,000.000, fehérvérsejtszám 6000.

5. Gy. P. (amb. eset), 24 éves 0-P. Három év óta gyakran és sokat vérzik, tisztulása 2–3 hetenként jelentkezik és 10–12 napig tart, az intermenstrualis időben állandóan véres folyása van. Nőgyógyászati lelete: Középnagy uterus anteflexio-versióban, szabad környezettel. Pirospozsgás nőbeteg. *Vérképe:* Haemoglobin 90%, vörösvérsejtszám 4,000.000, fehérvérsejtszám 8600.

Mint hogy a beteg a legkülönbözőbb vérzéscsillapító eljárások ellenére is tovább vérzett, vérzéscsillapító célzattal 4–5 napos időközben 50–70–100 cm³ defibrinált terhesvért (VIII–IX. hónapos terhes nőktől) fecskendezünk be könyökvenájába. Az első két befecskendezést mérsékelt reactio (borzongás, 37,6°-os hőmérsékletemelkedés) kíséri, a harmadik injekció után a vértadó terhes nő egy nap múlva megszűlt) azonban olyan heves méhösszehúzóásokat jelez, hogy a

* Előadott a Közkórházi Orvostársulat 1920 február 29.-én tartott ülésén.

görcsök csillapítására opiumcseppek, majd morphiuminjectio adagolása válik szükségessé.

Utána három hónappal levélben közli, hogy állapota jelentősen megjavult, tisztulása a vérbefecskendés óta 3–4 hetenként jelentkezik, 3–4 napig tartó vérzéssel. Az intermenstrualis időben nem vérzik.

6. K. M. (fejl.-sz. 3425/1919), 25 éves 0-P. Öt év óta tartó dysmenorrhoea, menorrhagia. Curettagera állapota nem javult. Felvételi lelete: Rendes nagyságú uterus anteflexio-versióban, szabad környezettel. Hőmérséklete: 36,8°, érverése 92. *Vérképe:* Haemoglobin 45%, vörösvérsejtszám 2,150.000, fehérvérsejtszám 10.000.

Legközelebbi tisztulása előtt két nappal vérátömlesztésre rendeljük be. Előzetes serologiai vizsgálat után csapos fecskendő segítségével intravenás transfusio: 200 cm³ defibrinált terhesvér. Utána arcza pirosabb, látható nyálkahártyái színesebbek, 7 óra múlva hidegrázás, 39,1° C-ig menő hőmérséklet, erős főfájás, majd láztalan lefolyás. Észlelésünk alatt jelentkezik tisztulása, mely a szokottnál két nappal rövidebb ideig tart, azonban feltűnő heves méhgörcsök kísérik. Egy heti észlelés után hazabocsátjuk. Távozásakor *vérképe:* Haemoglobin 58%, vörösvérsejtszám 2,480.000, fehérvérsejtszám 8000.

Három hónap múlva levélben értesít, hogy a vérinjekciónak jó hatását csupán erőbeli állapota javulásában látta, tisztulása azonban továbbra is olyan abnormalis lefolyású, mint a vérátömlesztés előtt volt.

7. P. J.-né (fejl.-szám 510/1920) 48 éves III-P. *Kórjelzés:* Carcinoma portionis uteri operabile (Clark-tumor), pyosalpinx l. utriusque. Igen legyengült, cachexiás nőbeteg, sápadt, anaemiás, nem táplálkozik. Hőmérséke 36,4–37,6° között, érverése 98–110 között, könnyen elnyomható, kishullámú. *Vérképe:* Haemoglobin 30%, vörösvérsejtszám 1,520.000, fehérvérsejtszám 12.000.

Műtetre való előkészítés céljából előzetes serologiai vizsgálat után (szoros hüvelytamponade mellett) intravenásan 500 cm³ defibrinált terhesvért ömlesztünk át 200 cm³ Locke-oldattal felhígítva, melyet a beteg lázas reactio nélkül tűr. 5 órával a vérátömlesztés után a rákos burjánzásból profus vérzés indul meg, melyet csak többször váltott tamponálás állít meg, utána azonban a beteg ismét nagyon gyengének érzi magát. *Vérképe:* Haemoglobin 32%, vörösvérsejtszám 1,600.000, fehérvérsejtszám 14.000.

Ezután a rosszul táplálkozó, gyenge beteget két héten át háromszor megismételt proctoklysmá (1–1,5 liter vérből) és egyéb roboráló eljárások segítségével sikerült annyira feltáplálni, hogy műtetre kerül. *Vérképe:* Haemoglobin 40%, vörösvérsejtszám 2,000.000, fehérvérsejtszám 15.000.

A műtét localanaesthesiában történt: Extirpatio uteri et adnexorum l. utriusque sec. Wertheim. Műtét után a beteg collabált, érverése percenként 130, filiformis. Megismételjük az intravenás vérátömlesztést: 500 cm³ defibrinált terhesvérral, melynek hatása alatt az érverés múlóan teltebbé válik, a vérnyomásnak emelkedése azonban a hüvelyen át olyan profus vérzést indít meg, hogy minden vérzéscsillapító eljárás dacára a betegcs akhamar meghalt. Boncoláskor a vérző ér megtalálható nem volt.

A tárgyalt esetekben a különböző okokból eredő chronikus anaemiák ellen alkalmazott vérátömlesztéseknek különböző hatásait láttuk:

1. Nagyobb vérmennyiségnek egyszeri átömlesztése az ismétlődő vérvesztésegektől vérszegény szervezet vérmennyiségét egyszerre megnöveli.

2. Kisebb véradagok ismételt befecskendezése a vérképző szervek functionalis ingerlése útján serkenti a vérképzést. Erre mutatnak a vérképvizsgálatainkban kimutatható regeneratív jellegű változások (polychromasia, mikrocytosis, thrombocyták szaporodása stb.).

3. Anatómiai ok nélkül ismétlődő vérzésekre tapasztalásunk szerint defibrinált terhes vér adagolása *vérzéscsillapítólag* hat. Ezen stypticus hatás legfeltűnőbb azon esetekben, hol a vérzés okául az ovarium belső secretiójának zavara vehető fel (*ovarialis, adnexumos vérzések*), miért is feltételezhető, hogy ez esetekben az egyéb kezeléssel dacoló vérzéseket a terhes nőktől származó vér hormonhatásai szüntetik meg. Ezen felvételt látszik támogatni az 5. számú eset, melyben a közvetlenül a szülés előtt álló terhes nőtől vett vér intravenás befecskendezése után igen heves méhösszehúzóások állottak be, melyek után a hosszú idő óta fennállott csillapíthatatlan méhvérségei megszűntek.

4. Műtetre való előkészítés, műtét utáni roborálás céljaira az intravenás vérátömlesztés csak oly esetekben alkalmas, hol a vérnyomásnak hirtelen emelkedése újabb vérzést nem indíthat meg. Oly esetekben, hol újabb vérzés lehetősége fennáll, roborálásul proctoklysmák alkalmazása volna megkísérelendő.

C) Röviden megemlítjük még, hogy több szerző sepsis esetén is kísérletezett a vértherápiával. *Haberland* és *Wederhake* idevágó jó eredményein kívül francia hadisebészek,

főleg *Basset* számolnak be kedvező hatásokról, míg *Lindemann* kis véradagok intravenás befecskendezésétől sepsisben semmi eredményt sem látott. *Bumm* sepsis 4 esetében végzett vérátömlesztést, de gyógyulást vagy javulást egy esetben sem látott.

Saját anyagunkból sepsis ellen 4 esetben alkalmaztunk vérbefecskendezéseket; egy esetünk meggyógyult, míg másik 3 esetünkben a vérátömlesztés csupán a collapsusos állapoton segített mulólag, de a sepsis halálos lefolyásán nem változtatott.

Vérbefecskendezések után gyógyult esetünk kivonatos kórtörténete a következő:

B. J.-né 30 éves III-P. Kórjelzés: Sepsis post abortum imperfectum mens. III.

Lázás állapota 4. hetében kerül kezelésünk alá. Véréből a bakteriologiai vizsgálat haemolytikus streptococcusokat mutat ki. Kis vérmennyiségek (50—85—100 cm³) 3-naponként megismételt intravenás befecskendezésére addig mindennapos hidegrázásai ritkábban jelentkeznek, majd teljesen kimaradnak, a kezelés megkezdése után két héttel lázatlanává válik és meggyógyul.

Ez esetben a betegség elhúzódó (6 hetes lázas állapot) lefolyása nem zárja ki, hogy vérátömlesztés nélkül is spontán gyógyulás következett volna be, bár a vérbefecskendezések hatása kifejezetten kedvező volt.

Mindezek alapján összegezhetjük vérátömlesztési kísérleteink eredményeit a *tartós hatás* szempontjából.

A vértransfúziók hatása tartós, mert az *átömlesztett vér a keringési rendszerben megmarad* és a szervezet vérkészítő működésével kapcsolatban a beteg reconvalescentiáját tartósan segíti. Erre mutatnak vegyi vizsgálataink is, melyek szerint vérátömlesztés után a vizeletben a transfundált vér elbontására és kiválasztására utaló anyagok (fehérje, haemoglobin, urobilin) kimutathatók nem voltak.

Káros kísérő tünetek közül csupán hidegrázással járó hőmérsékletemelkedéseket észleltünk, az irodalomban leírt egyéb kellemetlen mellékhatásokat serologiai vizsgálatok (Wassermann-reactio, isohaemolysis és isohaemagglutinatio vizsgálata) előzetes elvégzése, valamint a már leírt technikai szabályok pontos betartása mellett nem láttuk.

Kísérleteink eredményeit a vérátömlesztések *javaltai* alapján összegezve, láttuk, hogy:

1. *Heveny anaemiákban* a vérátömlesztés életmentő hatású. Tapasztalásunk szerint vértransfusio után az acut anaemiában szenvedő beteg gyorsan összeszedi magát, érverése megjavul, teltebbé válik, száma csökken. E jó hatás a beteg reconvalescentiájában is követhető, tartós.

2. *Idősült anaemiában* a vérátömlesztés nagy vérquantummal a beteg vérmennyiségét megnöveli annyira, hogy az így megerősödött szervezet vértermelő működése a további vérpótlást könnyebben elvégzi. Kis véradagok ismételt befecskendezése a vérkészítő szervekben specifikus regeneratív ingerként hat, a vértermelést megindítja és fokozza.

3. *Műtétre való roboráló előkészítés* céljából alkalmazható a vérátömlesztés oly esetekben, a melyekben súlyos anaemia a szükséges műtéti kezelést ellenjaválja. Oly esetben azonban, hol a vérnyomás hirtelen emelkedése el nem látott vérforrásokból (carcinomás burjánzás, fekély, parenchymás vérző hely stb.) újabb nagy vérzést indíthat meg, roborálásul a hirtelen vérnyomásemelkedéssel nem fenyegető haemoklymák alkalmazása célszerűbbnek látszik.

4. Egyes esetekben terhes nőktől származó vér átömlesztésére a rendetlen, főleg *ovarialis eredetű vérzések* megszüntek. Ez irányban kísérleteinket folytatjuk.

5. *Sepsis* eseteiben a vérátömlesztések roboráló hatásán túl menő immunizáló effectust nem láttunk.

Frígyesi tanár úrnak e dolgozat iránt állandóan nyilvánított érdeklődéséért, jó tanácsaiért és a dolgozat átnézéséért hálás köszönetemet nyilvánítom.

Helyszűke miatt a részletes vérvék- és vérnyomásvizsgálatok tabellaris közlése kimaradt.

Irodalom. *Hyeronimus Cardanus*: De rerum varietate, Basel, 1556. — *Coenen H.*: Münchener med. Wochenschr., 1918, 1. — *Arnim E.*: Zentralblatt f. Gynäk., 1919, 48. — *Fonio A.*: Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1919, 7. — *Hotz G.*: Correspondenzbl. f. Schweizer

Aerzte, 1919, 27. — *Haberland N. O.*: Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 145. kötet, 5—6. füzet. — *Kuczynski M. H.*: Münchener med. Wochenschrift, 1918, 18. — *Klinger M.*: Münchener med. Wochenschr., 1918, 23. — *Lichtenstein*: Münchener med. Wochenschr., 1915, 47. Archiv f. Gyn., 1918, III. — *Lindemann*: Münchener med. Wochenschr., 1919, 11. — *Nürnberg*: Archiv f. Gyn., 104. kötet, 772. oldal. — *Morawitz*: Münchener med. Wochenschr., 1907, 16. — *Moss*: Journal of Americ. Med. Associat. 1917, 4905. oldal. — *Opitz*: Zentralblatt f. Gyn., 1920, I. — *Rogge*: Münch. med. Wochenschr., 1917, 50. — *Schäfer*: Münchener med. Wochenschr., 1918, 33. — *Schrumpf*: Deutsche med. Wochenschr., 1916, 18. — *Tièche*: Wiener med. Wochenschr., 1911, 9. — *Wederhake*: Münchener med. Wochenschr., 1917, 45. — *Zweifel*: Zentralbl. f. Gyn., 1918. — *Bumm E.*: Zentralbl. f. Gyn., 1920, 12. — *Esch P.*: Zentralbl. f. Gyn., 1920, 13.

Az alsó végtag statikai megbetegedései.

Irta: *Fischer Ernő* dr.

(Vége.)

VII.

Mindazon esetekben, midőn a csípőizület statikai elváltozásokat szenved el, nem marad el ennek az articulatio sacroiliaca-ra való hatása sem. Ez az ízület, dacára igen erős szalagösszeköttetéseknek, igen hajlamos a statikai incongruentiára, mert izfeszítései igen laposak és az egész megterhelés csak a szalagokra hárul át. Az artic. sacroiliaca incongruentiája csak kevés objectiv jelet mutat: előrehaladottabb esetekben az ízület hátulsó oldalán fájdalmas infiltratum tapintható ki, a Röntgen-kép az ízület alsó vagy felső szögletében mutathat osteophytákat. A subjectiv tünetek ezzel szemben igen nagyok lehetnek, minthogy az articulatio sacroiliaca incongruentiája magával hozza az idegyökök vongalását. *A fájdalmak rendszerint „lumbago” alakjában jelentkeznek*, ennek akár leghevesebb formájában, esetleg kombinálva ischiás-szerű fájdalmakkal; beállhat ilyen alapon coccygodynia is. Ezen megbetegedések azután daczolnak mindenféle kezeléssel, a mely nem a helyes statika megszüntetésén alapszik. Figyelmeztetnünk kell a beteget arra, hogy a subjectiv tünetek a helyes statikát helyreállító eljárás következtében eleinte esetleg még növekedhetnek is, de egy kis idő múltán állandó javulás várható.

Egész fejezetet lehetne írni az ú. n. *gynaekologiai orthopaediáról*, azaz azon esetekről, a melyek a nőorvos rendelésén jelentkeznek olyan fájdalmakkal, a melyeket a genitálékkal hoznak oki összefüggésbe, a melyek azonban tulajdonképpen statikai elváltozások által okozatnak. Ilyen fájdalmak: házó-fájdalmak a csombokban, a lágyékban, a meralgia paraestheticanak megfelelő zsibbadás a csomb elülső részében, csípőizületi fájdalmak, keresztjáji fájdalmak, néha csakis a genitálékba lokalizált fájdalmak. A betegek ezen fájdalmakat annál inkább genitális eredésűnek tartják, minthogy panaszai a menses idején és tartama alatt rendszerint növekednek; oka ennek az, hogy ilyenkor nagyobb a medence izületeinek vérbősége, succulentitása és érzékenysége. *Statikai megbetegedés a terhességi coxalgia is*; fájdalmak a terhesség vége felé a csípőizület és az articulatio sacroiliaca táján, lumbago- és ischiás-szerű fájdalmak. Minden ilyen esetben keressük az okot a medence alkatában, a térdek valgításában (ritkábban varus-deformatiójában), legfőképpen pedig a lúdtalpban és a lábak kifelé rotált tartásában; a hibás statikájú ízület könnyen megbetegszik a fokozott teherviselés és a terhességgel járó nagy vérbőség következtében.

A sacroiliacalis ízület incongruentiája még sokkal gyakrabban okoz *ischiás-szerű* fájdalmakat, mint a csípőizületé; járhat ez egész típusos subjectiv tünetekkel, de lehet kombinálva meralgia paraestheticával is.

Kihat az alsó végtag hibás statikája a lumbalis gerincoszlopra is, még pedig leggyakrabban olyképp, hogy a fájdalom ellen védekezve, a lumbalis izmok összehúzódnak; ezen reflexes összehúzódnak könnyen megy át görcsös állapotba, a melylyel a lumbalis gerincoszlop valósággal fixáltatik; ha a fixatio ferde helyzetben történt, akkor előttünk áll a *scoliosis ischiadica* kórképe. Bekövetkezhetik ez még olyankor is, a mikor a csípőizületben vagy az art.

sacroiliacában objective kimutatható elváltozás még nincs, hanem csakis pes valgus van jelen és ez az egyedüli oka a súlyos tünetcsoportnak. (Pal: Scoliosis ischiadica bei Platt- und Knickfussleidenden, Wiener med. Woch. 1910.)

Természetesen az ilyen esetekben is csak a helyes diagnosis adhatja meg a helyes kezelés elveit.

Ha a gerincoszlop izomzatának ez a görcse sokáig áll fenn és hosszú időn át nagy nyomás alá helyezi a lumbalis csigolyákat, akkor ez a nyomás elsősorban a csigolyaközi porczokat lapítja össze, de idővel a csigolyatest csontszövetére is deformálólag hat: a csigolyatest alsó és felső pereme idővel kifordul, kicsúcsosodik, sőt osteophyták is képződhetnek itt. Ez az elváltozás a Röntgen-képen is észlelhető lesz (nem ritkán fordul elő, hogy ezen statikai alapon létrejött elváltozások úgy a klinikai tünetek hasonlósága, mint a Röntgen-kép alapján is tévesen Bechterew-féle spondylitis ankylosansnak tartanak.)

Az arthritis deformans statica coxae et art. sacroiliacae kezelése mindig elsősorban a hibás statika javítása legyen, azaz a megterhelésnek és a mozgásnak olyan irányítása, hogy ezen faktorok a hibás statikát javítsák. A mozgás ezenkívül is a legfontosabb segédeszköze a kezelésnek, mert ez a megbetegedett ízületek vérkeringésének leghatásosabb javítója, a deformált ízfelszínek legalkalmasabb restitutora. Minden fajta rögzítés káros, még a pihenés is; és mégis sok neves specialista rögzítést alkalmaz, a legtöbb tankönyv is ezt tanítja. Tapasztalataink alapján óva intünk a rögzítés minden formájától, így még az extensziós kötéstől is, bár ez tehermentesíti az ízületet, a mi jó hatással van, de egyszersmind nyugalomba is helyezi azt, a mi káros.

Fixáló kötést és készüléket csak akkor adjunk, ha már minden remény elveszett arra, ha valaha mozgékonytágot érjünk el és ha a meglevő állapotánál a teljes ankylosis is kedvezőbb. A Lorenz-féle inversiót, azaz a kifelé rotált czombfejcsnek narcosisban való erőszakos befelé rotációját csakis kétségbeesett esetekben szabad végezni a zsirembolia veszélye miatt.

Kezelés: Ne vesztegessük az időt gyógyszeres kezeléssel, ne bizzunk sokat radiumban vagy thermalis hatásokban, hanem elsősorban lássunk hozzá a legfontosabbhoz: a statikai és mechanikai hiba pontos megállapításához és ennek megfelelő statikai és mechanikai eszközökkel igyekezzünk a végtag megterhelését és mozgását, az ízület legördülését úgy befolyásolni, hogy a statikai, mechanikai hiba megszűnjék, a már meglevő elváltozások pedig javuljanak.

A statikai kezelés a kezdő és a középsúlyos esetekben igen hálás és még előrehaladottabb esetekben is adhat javulást, bár hosszúság és fárasztó munkával; a megfelelő, azaz a hibás statikát javító végtagtartás fegyelmezett begyakorlása és az ezen célú jól szolgáló orthopaediai segédeszközök alkalmazása még erősen deformált ízületeket is helyrehozhat.

Mivel a statikai hibaforrás különböző: a kezelés sem lehet sémás. Előrehaladottabb esetekben segítsük elő a a statikai gyógyeljárás hatását hőhatásokkal. Az esetek igen nagy százalékában a lábak valgítása és habituális kifelé rotációja a leírt elváltozások alapja; ezen kóros helyzeteket orthopaediai eszközökkel kell korrigálni, sőt eleinte lehetőleg tulkorrigálni.

A correctio gyakran fájdalommal jár, melyek akár hetekig is eltarthatnak, de mindig múló természetűek; a beteg ezen fájdalmakra figyelmeztetni kell.

*

Szükséges dolgot véltem teljesíteni, a mikor ezen igen gyakori betegség-complexumra a kartársak figyelmét felhívtam.

Orvosi gyakorlat a régi Magyarországon.¹

Irta: *Magyary-Kossa Gyula* dr.

(Vége.)

A mi a régi magyar orvosoknak a beteghez való viszonyát illeti, számos jelét látjuk annak, hogy ez a viszony a legbensőségesebb, legbizalmasabb volt. Elég, ha arra a szinte családias intimitásra utalok, mely *Nádasdy Tamás-t Kőrösi Gáspár-hoz, Bethlen Gábor-t a sebészéhez és Schultz*

¹ Előadás a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1920 október hó 30.-án artott ülésén.

(*Scultetus*) nevű udvari orvosához, *Báthory Zsigmond-ot Hunyady Ferencz-hez, Wesselényi nádor családját Weber János-hoz, Károlyi Sándor családját Köleséri Sámuel-hez* füzte, kiről egy helyütt azt írja *Károlyné (Barkóczy Katalin)*, hogy ő bizony ezer német doktorért sem adná!⁸³

A magánérintkezésben sem voltak fukarok az orvosok iránti tiszteletadással és megbecsüléssel. Ma már kissé furcsán hangzik, pedig valóság, hogy a magyar orvosok czíme a 16. század elejétől (sőt valószínűleg már régebben is) egészen a 18. század második feléig az *excellentiás* titulus volt, épp úgy, mint a külföldön. Ezt a címezést használták, mikor orvoshoz irtak vagy vele beszéltek. Latin levelekben az „*Excellentia Vestra*“, az „*Excellentissimus Dominus*“, az „*Excelsus Vir*“, német levelekben a „*seine Excellenz*“ és az „*Eidler, Ehrenfester und Hochgelehrter Exzellenz Herr Doctor*“ címzésekkel úton-útfélen találkozunk, már pedig ezt a címet mindenkor csak a legelőkelőbb emberek és közhivatalnokok kapták, főurak, tábornokok, idegen udvaroknál megforduló követek, sőt a középkorban még királyaink is csak *excellentiások* voltak.⁸⁴ Kétségtelen, hogy a magyar orvosok *excellentiás* czíme külföldről került hozzánk, épp úgy, mint a *magnificus*, vagyis a nagyságos cím is, melylyel szintén gyakran találkozunk a 16. századi magyar nyelvű levelekben. Középkori orvosaink czíme többnyire csak *magister* volt, mely egészen Mátyás idejéig megmaradt. Az orvosi rend társadalmi megbecsülését mindenestre nagyon előmozdította a már említett 1552. évi *Ordo politicae*, mely a városi orvosokat rang dolgában a legelőkelőbb helyre teszi s az ékszerek viselését is megengedi nekik és feleségüknek, pedig ez az alsóbbrendűeknek szigorúan tiltva volt. Orvosaink ünnepélyes alkalmakkor biborvörös talárban és kalapban, ékszereikkel diszítve, karddal az oldalukon és a doktorpálczával kezükben jelentek meg. Mikor az 1739. évi pestis alkalmával a budavárosi tanács eirendelte, hogy a járványorvosok a ruhájukon, és pedig elől a mellkason, arasznyi széles és hosszú, vörös és kék posztóból való keresztet viseljenek, továbbá jó nagy, messziről is meglátható, felső végükön keresztben végződő botokat hordjanak a kezükben, az orvosok minden erővel tiltakoztak ez ellen, azt mondván, hogy a nép kineveti őket. Végre is erőszakkal kellett őket az előírt *signum* viselésére kényszeríteni. Pestisjárványok alkalmával a hatóságok általában, az orvosokkal szemben sem ismerték a tréfát. Ugyanezen évi pestis alkalmával megtörtént, hogy *Nicoletti* budai orvos néhány pestisbetegyet nem jelentett be, továbbá az utcán egészséges emberekkel beszédbe ereszkedett: ezért kétheti szobafogságra és 24 arany fizetésére ítélték. Egy másik budai orvos ugyanekkor kiment a hetivásárra és ott, esküje ellenére, állítólag másokkal szóba állott, ezért a városi hatóság elrendelte, hogy ha csakugyan igaznak bizonyulna a dolog, *verjék vasra* a doktor úr *excellentiáját*, büntetésből helyezték át a pestises betegek kórházába, a hol további rendelkezésig, *állandóan megbilincselve*, lássa el a betegeket.⁸⁵

Messzire vezetne, ha a régi magyar orvosok gyakorlatát minden irányban jellemezni akarnám. Csupán egyről szeretnék még megemlékezni: arról a *pietisztikus hangulatról*, mely régi orvosaink egész működésén végighúzódik.

A régi hite szerint a testi bajok és az egészség, a gyógyulás és a halál istentől van. Nem speciális magyar néphit ez, hanem általános naiv meggyőződés, melyet már a

⁸³ Jellemző azonban, hogy mikor az asszony vagy a gyermekek gyógyításáról van szó, akkor oly felvilágosodott emberek is, mint a milyen *Károlyi S.* volt, inkább fordulnak az öreg *tudós asszonyok*-hoz, kik az éfféle bajok kezelésében egészen a 19. század elejéig elsőrangú szakértők voltak. Mikor a *Károlyi* kis fia, *Ferencz*, 1715-ben megbetegszik, azt az utasítást adja, hogy hívassák hozzá *Tolvay Gáborné* vagy *Balogh Györgyné* asszonyomat, ellenben „*doctori orvoságokkal ne vesztegessék, mert az feleségemet is alig hogy meg nem ölték: hanem házi orvosságokkal gyógyítsák, ueymint gyöngy kláris pornak italával, lencse vizével etc.*“ (*Éble: Károlyi Ferencz gróf és kora*, 119).

⁸⁴ IV. Bélát is így szólítja meg 1268-ban Zala vármegye közönsége. (*Kubinyi: Magyar tört. emlékek*, I. 58).

⁸⁵ Orsz. levéltár. („*Pestilentia*“).

kezdetleges népek vallásos felfogásában is megtalálunk, olyan egyetemességgel, mint a hogy az anyának a neve, a *mater*, már a történelem előtti időkől fogva megvan minden árja nyelvben. A *betegség mint büntetés* már a biblia több helyén is előfordul, így például János evangéliumában (IX. 2.), a hol a Krisztus elé lépő vakembert látva, azt kérdik a tanítványok, hogy „Mester, mit vétett ez, vagy ennek a szülei, hogy vakon született?” Minthogy pedig a beteg ember nem tudott magán segíteni s az orvos is csak hiányos mértékben, ezért mondták a régi magyarok, hogy a beteg ember *isten markában* vagy, mert csak ő segíthet rajta. A mi eleink meggyőződésében is igen nagy szerepük volt az egészséget adó és azt megrontó felsőbb hatalmaknak. Kétségtelen, hogy ezek, legalább részben, pogánykori eredetűek. *Nagyboldogasszony* volt a teherben lévő pártfogója, ő volt a vajúdók segítője, s ezért még ma is *Szülő Boldogasszony*-nak nevezi némely vidéken népünk. A Boldogasszonnnyal szemben évszázadok hosszú sora óta ártalmas szellemnek tartják a *Szépasszonyt* vagy *Czifraasszonyt* (a hogy a székelyek nevezik), ki a gyermekágyas nők megrontására törekszik s ki némely folkloristánk szerint a magyar népmítológia Vénusza, a szerelem istenasszonya volt, mit az is támogatni látszik, hogy genitális bajokban sinylődőkről Szeged vidékén azt mondják, hogy „a Szépasszony ágyát fekszi”.⁸⁶ A mythikus Nagyboldogasszony gyógyító erejét dicséri az a sok népies botanikai név is, mely fennmaradt, mint például Boldogasszony ága (sabina), Boldogasszony haja (cuscúta), Boldogasszony mentája, Boldogasszony palástja (alchemilla), Boldogasszony tenyere (tanacetum), Boldogasszony rózsája (sempervivum), Boldogasszony tövise (carduus), Boldogasszony teje, Boldogasszony czipőjke stb.

A nép hitéből azután a közfelfogásba is teljesen átszivárgott az a meggyőződés, hogy az egészség az úristen jutalma, a betegség pedig, s mindenekelőtt a járványos betegség, az ő büntetése. Ezért is hazai törvényeink járványok idején különös szigorral büntették az istenkáromló, czéda, tivornyázó, templomkerülő népet. Ez a pietismus orvosainkra is átragadt; ők maguk is, sokszor talán csak okos alkalmazkodásból a megriadt közönség hangulatához, de tán azért is, mert jól tudták, hogy a népnek csak hasznára van, ha ilyen fertőzötes időben józanul él: ők is minden pestisjárvány alkalmával folyton hirdetik, hogy legfőbb prophylaxis-szabály a mértékletes és istenes életmód. Egyik-másik egyenesen azt mondja, hogy a pestis pusztításait a haragvó úristennek „repülő nyilai” okozzák.⁸⁷

A régi magyarok, még a 17. században is, azt tartották, hogy a jóra való orvos a tudományát és ügyességét istentől nyerte. Mintha sejtelmük lett volna arról, hogy az orvosi tudomány nem annyira tudomány, mint inkább művészet s hogy a nagy orvosok nem annyira tudósok, mint inkább virtuózok, kiknek genialitása épp úgy külön adománya az úristennek, mint egy jeles festőé vagy zenészé. Ezt a genialitást isten kegyelméből nemcsak az orvosok, hanem bizonyos fölként személyek, például a királyok is elnyerhetik, s ezért találjuk nyomát már a 15. század elején, hogy a magyar apostoli királyoknak speciális gyógyító hatalma van a pestis, a mérgek és az icterus ellen, épp úgy mint a francia királyoknak a skrophulosis ellen, melyet az angolok ma is királybetegségnek („king's evil”) neveznek. Az a felfogás, hogy a gyógyítás művészete istentől van, azután maguknak az orvosoknak a hitébe is átment, s ezért írja egyik híres 16. századbeli orvosunk, hogy „a nehéz testi bajokat az úristen gyógyítja meg; én csak az ő eszköze és szolgálója vagyok; én még eddig soha senkit meg nem gyógyítottam, én csak azért állok itt, hogy orvosságokat nyújtsak a betegnek, de azok hatása az istentől függ.”⁸⁸ A hippokratikusok azt mondták, hogy ők a természet szolgálói,⁸⁹ a 16. század

⁸⁶ Ethnographia: IV. 236.

⁸⁷ *Gömöri Dániel*: A pestisről való orvosi tanátlás (Győr, 1739), 23. oldal; *Madai D. S.*: Szükséges oktatás stb. (Halle, 1739), 5. oldal.

⁸⁸ *Gáspár dr.* levele *Nádasdy*-hoz, 1556. (Orsz. levéltár).

⁸⁹ *ἰατροὺς εἶσιν ὑπηρετοὶ τῆς φύσεως.* (Hippokr. De humoribus. Ed. Kühn, XVI. 35.)

magyar orvosa pedig azt mondja, hogy ő a gyógyító istenség szolgálója (*minister Dei*), épp úgy, mint ugyanebben a korszakban a nagy francia sebész, *Paré Ambrus*, azt választja jellegének: „*Je le pansay et Dieu le guarist*”, (én bekötöttem, isten meggyógyította), és ezt a jelszót kathedrája fölé is nagy betűkkel odairatja. Mikor a régi magyar orvosok leveleit olvassuk, szinte meghat bennünket, hogy ezek az emberek milyen szerénységgel nyilatkoznak legsikeresebb kúráikról is, milyen lemondással és önzetlenséggel hátrítják el maguktól a gyógyítás érdemét, azt mondván, hogy mindez nem az ő munkájuk, mert ők csak „*isten után*” (*post Deum*) gyógyítanak.⁹⁰

Oly gyakran találkozunk írásaikban evvel az érdekes kifejezéssel, hogy kezdünk kételkedni annak a régi közmondásnak az igazságában, mely úgy szölt, hogy „*Ubi tres medici, duo athei*”.

Mi, a 20. század modern, sőt néha hypermodern gyermekei, kik napról-napra minden oldalról csak materialista életnézeteket veszünk fel magunkba és a kik szinte logikusnak találjuk, hogy a természet és az anyag ismerete alapjában rendíti meg a vallást, talán meg is mosolyogjuk régi kollegáink mesterkéletlen pietismusát; de bármilyen szemmel nézzük is azt, mégsem zárkozhatunk el attól a valószínűségtől, hogy azok a régi emberek körülményeikkel elégedettebbek, lemondásokra képesebbek és kevesebbre vágyók voltak, mint mi, vagyis más szóval jobban megközelítették az élet első célját: a boldogságot.

⁹⁰ „Onnan Kálban menvén, a bolond hagymázban estem egynehány hetekig; *Isten után Fogarasi doktor* gyógyította ki belőle” (*Cserei*: Hist. 303), stb. „*Tolnai* uramat majd három héttig itt tartám s *isten után* használt”, (*Teleki Mihály* egyik levelében) stb.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1920 márczius 15.-én.)

Orvosi érdekű előadás volt *Jendrassik Ernő* r. t. székfoglalója „*Az energiának milyen alakja az idegingerület?*” címen.

Az idegingerület mibenlétét alig tárgyalják az élettan buvárai. Az ingerület neve nagyon is vitalista hangzású s legtöbbször hajlandók valami olyan energia-alakot felvenni, a mely csak az állatvilágban érvényesül. Ezenkívül egyesek kémiai, majd mechanikai energiát vélnek felvehetni. A villamosági jelenségek magyarázatában is sokféle nézet támadt. *Nernst* felveszi, hogy a villamoság az emberi testen mint elektroliton át csupán mint convecións áram haladhat, az ionokhoz kötve; ezzel szemben az előadó nézete az, hogy az ionok egymásban inductiót keltenek s így halad az áram nagy sebességgel át, a mi egyébként lehetetlen volna, hiszen a leggyorsabb ion, a H-ion is csak 12 cm.-nyi utat tesz meg óránként. *Nernst* további felvétele, a mely szerint a „megszokás” az oka annak, hogy a villamos áram csak megindítása pillanatában hat, szintén lehetetlen, ugyanígy az a hypothesis, a melynek értelmében az ingerületet a villamos ingerlés folytán sóconcentrációk váltanak ki.

Az idegek szerkezete, a neuronok egymással való összekötődése mind arra vall, hogy az ingerület villamoság. A környéki ideg analogonja a kábeleknek. A villamos árammal kiváltott ingerület az inductio jelenségeit utánozza, így az ingerület kiváltódik az áram megindítása és megszakítása pillanatában, hiányzik a hatás az áram tartama alatt. Ez a körülmény már eldönti a continuitas és contiguitas sokat vitatott problémáját s bizonyítja azt, hogy a neuronok csak izoláltak lehetnek, tehát sem nem folynak át egymásba, sem nem érintkeznek. A levágtott környéki ideg ingerületének energiája tisztán a kiváltó áramtól származik. A központi idegrendszernek szövődöttebb szerkezete és az ingerületeknek tágabb körben elterjedése folytán erősítésre van szüksége (a milyen a telefon mellett a mikrofon). Ez az erősítő szerep a kisagyvelő feladata. A dendritek szerepe az oszlatási elv alapján keletkező villamos töltés egy részének, sőt az egésznek levezetése, ennek bizonyítására utal az előadó arra, hogy a csigolya-

közi dűczok idegsejtjének nincs dendritje, ez kapja egyedül a külvilágból az energiát, minden többi idegsejtnek van.

Annak, hogy az idegingerület csakugyan villamosság, főbb bizonyítását a következő tételek adják:

1. Az idegingerület nem folytonos energia, hanem másodpercenként mintegy 50 megszakítással működik. Ilyen jelenség csakis a villamos energiában fordul elő (oscilláló szaggatott áram).

2. Az ideg haránt átáramlása nem váltja ki az ingerületet, éppoly kevéssé, mint egymásra merőlegesen elhelyezett két dróttekerccs.

3. Nincs más energia-alak, a melyben csakis a hirtelen potential-különbség hatna, és pedig nemcsak pozitív értelemben, hanem negatívban is.

4. Az elektromosság tanában hysteresis néven ismert visszamaradó mágnesség teljes analogiája az utóképeknek, a külső ingerek egyenletes megérzésének és az emlékképek rögzítésének.

5. A változó mágneses tér hat az idegre épp úgy, mint a dróttekerccsre.

6. A villamosság terjedési sebessége ugyan ellentétben van azzal, a mit az ingerület terjedési sebességének ismerünk, az előbbi 300.000 kilométer, az utóbbi 120 m., de az előadó megvizsgálta a rossz vezetőkön, híg savoldaton, idegen, gerinczvelőn, emberi testen keresztülhaladó áramnak terjedési sebességét s nagyon sok kísérletben kimutatta, hogy ilyen közegekben a villamosság terjedése igen nagyon meglassúbbodik. Így az emberi testen át 28 km.-re. Elgondolható, hogy a mikor az idegen át a természetes ingerület halad, ez bizonyos okok miatt még lassúbb. Az elméleti számítás is megfelel ezen kísérleti adatoknak.

7. Végül érthető ama physiologiai adat, hogy az idegingerület az idegen áthaladva nem csökken: mert a vezetés tulajdonképpen nem egyéb, mint egy vezető kapacitásának megtöltése.

Mindezek alapján az idegingerületet a villamos energia egy alakjaként kell felfognunk, a mely az oscilláló indukált és az oszlatási villamosság tulajdonságait egyesíti.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. tudományos ülés 1920 november 13.-án.)

Elnök: Wenhardt János. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Lénárt Zoltán: Intratrachealis struma.

A pajzsmirigydaganatok a légcsőben és a gégeben nagyon ritkák. Chiari 1916-ig összesen 24 esetet gyűjtött össze az irodalomból. Gyakrabban fordulnak elő nőkön, mint férfiakon; tüneteket csak a pubertas után idéznek elő. Mayer 5 hónapos gyermekén távolított el egy intratrachealis strumát. A legtöbbször a gége legalsó és a légcső legfelső részén székelnek, gömbölyű vagy henger alakú, normalis nyálkahártyával fedett daganatokat alkotnak, a melyek cseresznyemagdiónyi nagyságúak. Azáltal keletkeznek, hogy a pajzsmirigy-szövet a foetalis életben a légcsőbe kerül és ott tovább fejlődik. Az aberratio útján való genesis valószínű a bemutatott esetben is. A 44 éves asszonyt nehéz légzés miatt küldték a bemutató osztályára. A beteg egészséges családból származik, komolyabb betegségekben nem szenvedett; 20—24 éves korában vette először észre, hogy sietéskor és lépcsőn való járáskor fullad. Légzése mindinkább rosszabbodott. Az utolsó időben már csak ülve tudott aludni. Felvételekor légzése erősen stridorosus. A nyak hosszú és sovány, a pajzsmirigy kicsiny, nem tapintható. A garat és a gége normalis. Azonban a subglottisban a légcső kezdete táján nagy daganat látható, mely annyira kitélt a légcső ürére, hogy csak igen kicsiny, sarlóalakú rés marad szabadon, melyen keresztül a légzés történik. A daganat síma felületű, normalis nyálkahártyával fedett, szondával vizsgálva rugalmas tapintatúnak bizonyult. A mellkasi szervek épek. A Wassermann-reactio negativ. A Röntgen-vizsgálat nem mutat rendellenességet. A hasban emberfejni fibromyoma. Minthogy a bántalom körülbelül 20 év óta áll fenn, jóindulatú daganatot vettek fel s

kizárás útján adenoma, lipoma vagy struma jöhetett szóba. A műtét első mozzanata gyanánt folyó évi szeptember 27.-én alsó tracheotomia végeztetett. Október 12.-én történt a daganat kiirtása. A daganat részben a gégeben, részben a légcsőben foglalt helyet, oly módon, hogy közepe a gyűrűporczot fedte. A daganat helyén a gége és a légcső fala ép. A kimetszett daganat körülbelül diónyi, mirigy szerkezetű, metszslapján rekeszekre osztott homogon mezők láthatók. A kórszöveti vizsgálatot Entz tanár végezte és ép pajzsmirigy-szövetet állapított meg. A gyógyulás simán folyt le. Bemutató az intratrachealis strumák gyógyítására egyedül a laryngotracheofissiót tartja alkalmasnak.

Fritz Sándor: Osteomalacia infantilis.

A gyermekkorban előforduló csontbetegségeknek leg-súlyosabb alakja: A betegség lényege az összes csontoknak, különösen a hosszú csöves csontoknak megvékonyodása, ennek folytán meggyöngyösödése és spontán törése. Az eset 2 1/2 éves leánygyermekre vonatkozik, a ki egyéves korában kezdetet járt. 6 hónap óta gyengül, 3 hónap óta sem ülni, sem állani nem tud. Jelenleg egy hét óta lázas, köhög. 4 testvére egészséges. Egy szoba-konyhás, sötét földszintes lakásban laknak. Már első megtekintésre szembetűnik a csontrendszer súlyos, feltűnő alakváltozása, a felkarok és alkarok, a czomb- és lábszárcsontok több helyen meggyöngyösödtek, czeruzavékony-ságúak. Röntgenlelet: A czombcsontok atrophiasak, a corticalis papírvékony-ságú, spongiosa alig látható, előző törések nyomai. A patellák és condylusok csak halvány körvonalakban láthatók. A mészállomány teljesen eltűnt, a térd erősen sublaxált. A tibiák képe hasonló, a felkar vékony, átlátszó, számos helyen eltört. A törésvégek nincsenek adaptálva, callusképződés nincs. A radius megvékonyodott, felső harmadában derékszögben törött. Az ulna parabolás ívet alkot. A kóroktan nem tisztázott; anyagcsere-zavar kétségtelenül fennáll, hiányos a mészók felszívódása és felraktározódása. Klinikailag és anatómiailag középheletet foglal el a súlyos rhachitis infantilis és a felnőttek osteomalaciája között. Az osteophyták képződése és az endochondralis csontosodás háttérbe szorul. Stoeltzner szerint a mellékvese functionalis insufficienciájának a következménye, a melyhez táplálkozási ártalmak csatlakoznak. A diagnosis megállapításakor szóba-jöhet: osteogenesis imperfecta foetalis, osteogenesis imperfecta infantilis (a kettő között csak időbeli különbség van), osteopsathyrosis, rhachitis gravis. Therapia: jó táplálás, fehérje- és zsírdús táplálék, phosphor és csukamájolaj, calcium lacticum per os. Meg lehet kísérni az organotherapiát, a mellékvese-vagy hypophysis-kivonatot.

Vas Jakab: Kérde, miért nem tartja a bemutató az esetet osteopsathyrosisnak.

Fritz Sándor: Először annak tartotta, de ez a diagnosis a foetalis megbetegedés számára van fenntartva.

Réthy Aurél: Sebészi szörtelenítés esete.

Gyakori eset, hogy az orr vagy a pofa defectusainak pótlásakor az orrüreg, illetőleg a szájüreg felé oly bőrlebensyt hajlítunk be, mely hajjal, illetőleg arczsörzettel fedett. A mi a szörzet eltávolítását illeti, a chemiai szerek rövid ideig tartó eredménynyel járnak; az epilatio azt eredményezi, hogy a szálak vastagabban nőnek meg újra; a Röntgen-kezelés megbízhatatlan; legmegbízhatóbb az egyes szörzsálak elektrolysises kezelése, a melylyel az egyes szörtüszöket külön-külön tönkretéve, tartós eredményt érhetünk el. Nagyobb bőrlebensyen ez az eljárás azonban hosszadalmas. A bemutató eljárása segélyével egy ülésben nagy területen gyökeresen kiírható a szörzet. A haj növekedése és életképessége a hajhagymától függ. Ha a hajhagymát kiirtjuk, a hajzat eltűnik.

A 38 éves földműves 1919 április 6.-án a jobb arc-felén lövésből származó súlyos sérülést szenvedett. A bemutatónál 1919 augusztus 4.-én jelentkezett. A jobb pofán kiterjedt szabálytalan hegesedés, melynek következtében teljes szájzár van. Műtét: a jobb szájügből kiindulva a heges

pofát harántul felezi, mire a száj teljesen kinyitható. *Kraske-Gersuny* szerint a sebből kiindulólág lefelé nagy bőrlebenyt ír körül, melyet alulról felfelé felszabadít, úgy hogy az alsó pofasebbszéllel csak keskeny bőrálatti szövet útján függ össze s e híd körül mint tengely körül a lebenyt a szájüreg felé a sebbe fordítja és varratokkal rögzíti. A külső bőrhiányt a nyakról vett lebenynyel fedti. Gyógyulás után a pofa belfelületéről dús szőrzet tör elő, melynek nagy részét három ülésben sikerült eltávolítani.

A hajhagyma kiirtását a bemutató akként végzi, hogy a bőrt vékony rétegben lebeny alakjában felpraeparálja, a subcutissal visszamarad a hajhagyma, a melyet ollóval vagy késsel távolít el. A lebenyeket lehajtva, varratokkal rögzíti.

Torday Ferenc: A háborúnak és következményeinek befolyása Budapest gyermekegészségügyére.

Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Gerlóczy Zsigmond: Az előadásnak ahhoz a részéhez szól hozzá, a mely a fertőző betegségekre vonatkozik. Várható volt, hogy a háború és az azt követő felfordulás nemcsak a harcztérrel behurcolható betegségek elterjedésében fogja éreztetni hatását, hanem a nálunk otthonos vörheny, diphtheria és kanyaró eseteiben is. Ezzel szemben azt láttuk, hogy a háborúnak ezekre a fertőző betegségekre hatása nem volt. Feltűnt e jelenség annál is inkább, mert mindaz, a mit a fertőző betegségek terjedése tekintetében, mint azokra nézve kedvező feltételeket tanultunk megismerni, így a hiányos táplálkozást, a lakások zsúfoltságát, a tisztaság elemi feltételeinek hiányát, a mik együttvéve a szervezet ellenállásának meggyöngyülését okozzák, fokozottabb mértékben állottak fenn s ezzel szemben a prophylaxis sokat vesztett értékében, mert nemcsak orvosoknak kellett nagy számmal bevonulniok, hanem a közegészségügy ágazatában alkalmazott és betanított munkásszemélyzetet is elvitték és gyakorlatlan elemekkel pótolták. A fertőző betegségek ennek ellenére nem szaporodtak, sőt például a székesfőváros fertőző betegségeinek kórházában régen volt olyan kevés skarlatos, diphtheriás beteg, mint a forradalom s a proletárdiktatura alatt. A felszólaló 3 semestere át alig tudta hallgatónak e betegségeket gyakorlatilag demonstrálni. Kanyaró pedig több mint egy évig nem volt. Mindez az észlelés homlokegyenest ellentétben állott mindazzal, a mit az orvosi köztudat vallott. Ezért meg lehet érteni azt, hogy némely oldalról a heveny fertőző betegségek lényegére nézve egyesek más értelmezéseket kezdtek hangoztatni. A felszólaló, a ki abban az iskolában nőtt fel, a mely a fertőző betegségek terjedésében mindazokat a motívumokat, a melyeket az előadó megjelölése szerint is a háború vetett fel, most is lényegeseknek tartja a fertőző betegségek terjedésében és nem akarván a hygienének a prophylaxisban sokszor bevált eljárásaiba vetett bizalmat megingatni, nem tudná más magyarázatát adni annak a szinte érthetetlennek mondható jelenségnek, hogy a romlott közegészségi viszonyok ellenére sem szaporodtak a nálunk otthonos fertőző betegségek, mint azt, hogy a spanyol betegségnek nevezett influenzajárvány gyakorolhatott olyan hatást eme betegségek ismert és ismeretlen kórokozóra, hogy azok nemcsak hogy nem terjedtek el, hanem jóformán észrevehetően csökkentek.

Bókay János: *Gerlóczy*-val egyetért s a fertőző ragályos kórok szünetelését a fővárosban 1919-ben szintén az 1918-ban lezajlott nagy kiterjedésű influenzával hajlandó összeköttetésbe hozni. A tuberculosus fertőzéseket illetőleg felemlítésre érdemesnek tartja azt a megfigyelését, hogy az utolsó években a főváros gyermekbeteganyagában a gümös hashártyalob-esetek úgyszólván teljesen eltűntek, holott a baj egyéb nyilvánulásai feltűnően megszorodtak. Talán összefüggésben áll ez a főváros tejellátásának hiányos voltával.

Kubinyi Pál: Az előadás a Prochownik-féle terhességi diatára nézve szinte döntő adatokat tartalmaz. Ehhez szól hozzá, annál is inkább, mert a *Prochownik* által felállított tétel, mely szerint célirányos diatával befolyásolni lehet a magzat növekedését és fejének alakulási képességét, a szűkmedencez terápiaja szempontjából nagyjelentőségű volna s a szülészeti gyakorlat szempontjából általános érdekű. Évek előtt e helyen vita folyt a kérdés körül a nőorvosok közt. A szóló akkor azt az álláspontot képviselte, hogy diatával ezt a célt elérni nem lehet s hogy a magzat az anyával szemben parasitaként viselkedik, a mely önálló táplálkozási berendezésével kiveszi a maga részét. Az osteomalaciás terhes mérszói a csontokban megfognak, a csontok meglágyulnak, ugyanakkor a magzat csontjai rendszeren fejlődnek. Álláspontját akkor példák is támogatta. Többek közt egy szűkmedencezesettel, a hol az intelligens anya élő magzatot óhajtván, az előző születek tapasztalatán okulva, a legpontosabban betartotta a diatát, az ételadagokat grammszámra mérve le. Az eredmény: az előzőket is túlhaladott fejlettségű magzat, a melynek kemény koponyáját végre is perforálni kellett. Ugyanakkor egy másik példája is volt: a méhrák utolsó szakában teljes cachexia mellett császármetszéssel 3400 gramm súlyú, 52 cm. hosszú, 35 cm. fejkörülettel bíró magzatot hoztak világra, holott az anya röviddel utána marasmusban elpusztult. Ugyanígy látott a phthisis utolsó szakában. E szerint a magzat táplálkozása, fejlődése a méhen belül automatikus. A vita akkor éppen kellő anyag hiányában meddő maradt. Most segítségül jön a háborús és háború utáni szomorú statisztika. Úgy a német, mint a hazai számoszlopok bizonyítják, hogy az éhez, nélkülöző anyák jól fejlett magzatokat szülnék. A természet védelmezi jogait.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőgümőkór néhány új kezelésmódjáról tartott előadást *F. Klempere*r tanár a „Berliner mediz. Gesellschaft” október 20.-i ülésén. Elsősorban a proteintherapiáról szólt. A *Schmidt* ajánlotta tejinjectiók nem váltak be, sőt sokszor rosszabbodást látott a használatuk után. Kedvezőbb eredményt látott gyermekeken a löserum használatától, a melyet *Czerny* ajánlott a gümös cachexia ellen. A mi a partigeneket illeti, az előadó szerint semmi előnyük sincs a tuberculinkezeléssel szemben. *Friedmann* szerét 63 esetben használta az előadó, de csak 25 esetben mult el hosszabb idő a kezelés megkezdése óta; ezek közül 2 klinice gyógyult, 2 jobban érzi magát, 10-nek az állapota változatlan és 11-nek rosszabbodott az állapota. Kiemelendő, hogy 2 egészen a kezdődő szakban levő beteg állapota tetemesen rosszabbodott, még pedig néhány hónapon belül a befecskendezés után. Ezzel szemben egy nagyon előrehaladott esetben, a melyben *Friedmann* szerint a szer használata ellenjavalt volt, klinice gyógyulás következett be. — Ugyanezen egyesület november 3.-i ülésén *A. Mayer* is ismertette *Friedmann* szerét. Mindenekelőtt kijelentette, hogy a szer befecskendezése nem árt, azonban eredmény sem várható tőle. A mi a *Friedmann* intézetében elért kedvező eredményeket illeti, tekintetbe veendő az, hogy az eseteket nagyon megválogatják; az eseteknek 50%-át elutasítják s a felvetteknek túlnyomó része olyan, hogy már eleve kedvező a prognózisuk. Maga az előadó 76 esetet kezelte a szerrel; 30%-ban mutatkozott javulás, a mi megfelel annak, a mit kezelés nélkül is látni szoktunk.

Szemészet.

A kötőhártya-csírák elhelyeződéséről. A fertőző kötőhártya-gyuladás tárgyalása, a hogy ez a tönkönyvekben eddig szokásos, *Lindner* szerint azért nem helyes vagy legalább nem kielégítő és nem eléggé világos, mert a szerzők a csírák elhelyeződését nem kísérték figyelemmel. *Lindner* vizsgálta ezt a kérdést és reméli, hogy tanulmányaival a kötőhártya bakteriologiája bizonyos tekintetben új alapot kaphat. A fertőzés fogalmához tartozik, hogy a fertőző csíra a megbetegedett szövetrészből és váladékából táplálkozik. Ez áll a szemén lezajló fertőző gyuladástól is. A kötőhártya-gyuladást okozó csírákról tehát szintén azt kell feltételeznünk, hogy a szöveteken vagy azoknak fehérje-tartalmú váladékában élnek. Már ebből is kitűnik, hogy a kötőhártya-gyuladás kezdetén a csírák csak a hámon és a hámból élhetnek, legalább addig, míg gyuladásos váladék nincs, melyben aztán a továbbszaporodás elképzelhető. A könnyofolyadék, ha nem is bactericid hatású, de mint táptalaj semmi esetre sem jön számításba. A gonoblennorrhoeánál azt találjuk, hogy a kötőhártyára jutott gonococcusok az ép hámon telepsznek meg és szaporodnak el. Innen a szemmozgás folytán egyes csírák hamarosan más-más helyre kerülnek, úgy hogy a megbetegedés nemcsak eleinte, de később is többé-kevésbé góczszerű. Az ötnapos blennorrhoeából származó metszeteken látszik, hogy a hám még teljesen ép ugyan, de két helyen gonococcus-cultura látható. Ugyanennek az esetnek későbbi szakában a hám már fel lazult, mintegy felhasadt és a coccusok a mélybe terjednek, de mindig az egyes hámsejtek felszínén is marad belőlük. Ez a változás a helyi gyuladásos reakciónak, az oedemának és a hámsejt-túltengésnek az eredménye. A coccusok leginkább a sejtek szélén találhatók, valószínűleg azért, mert a szövetnedv a sejtek között a felszínre kiszivárog, elsősorban a bulbaris kötőhártyán, jóval ritkábban az áthajlás és a szemhéj kötőhártyáján. A phagocytosis a hámról lekapart készítményekben csaknem teljesen hiányzik, csak a váladékban mutatkozik, a miből azt következtetjük, hogy a betegség leküzdésére lényeges befolyással alig lehet. Ugyanezt a visel-

kedését látjuk a Koch-Weeks-bacillusnak. Ennek a bulbaris kötőhártya iránt való előszeretete még kifejezettebb és a hámsejtek szélén elrendezését szintén megállapíthatjuk. A bulbaris kötőhártyáról vett kaparásos készítmény úgyszólván csak bacterium-tömegekből áll. Ennek az elhelyezésének a klinikai kép is megfelel. A pneumococcus éppen így viselkedik. A fertőzött hámsejtek igen gyorsan leöklődnek. Legfeltűnőbb ez a gyors leöklődés a gonorrhoeánál a tejinjectio után. Éppen úgy, mint ez a három csira, viselkedik a diphtheria-bacillus, nemkülönben a trachomának és az úgynevezett „Einschluss“ (sejt-záradék) blennorrhoeának feltételezett okozója is, ez a két utóbbi azonban azzal a különbséggel, hogy legnagyobb számmal a felső áthajlásban található. Míg tehát az említett bacteriumok az ép kötőhártyán telepsznek le és szaporodnak, addig az ép kötőhártya-hámon gypyszerű diplobacillus-telepeket sohasem találunk; a szemzúgokból lekapart epidermis-sejtek azonban, valamint a szomszédos elszarusodott kötőhártya-hámsejtek duzzadásig meg vannak rakva diplobacillusokkal. A diplobacillus tehát az előbbi csíráktól lényegesen különbözik abban, hogy nem az ép kötőhártyán, hanem csak az epidermis sejtjeiben és az elszarusodott kötőhártya-hámon tud szaporodni. A leggyakoribb saprophyta, a xerosis-bacillus, szintén csak elszarusodott sejteken él, ezért leggyakrabban a szemhéj szélén, de elszórva a kötőhártya többi részén is található. Xerosis conjunctivae esetén az elszarusodásnak megfelelőleg tömegesen található, de lényegesen különbözik az előbbiektől abban, hogy az anyagcsere-terméke nem mérgező. A staphylococcus a kötőhártya-tömlőben ritkán fordul elő. Ép hámon soha sincs, annál gyakoribb a szemhéj szélén és a környező bőrön. A pneumo-streptococcuról a kulturális vizsgálatokból tudjuk, hogy az ép kötőhártyán, tehát mint saprophyta, igen gyakori. Localisatióját eddig nem ismertük. Kaparásos készítményekben ki lehet mutatni, hogy a bulbaris kötőhártya ép hámjában megtelepedhetik. A kötőhártya közönséges csírái tehát jellegzetesen hám-elsődiék. Szaporodhatnak ugyan a nyálkás váladékban is, de számuk itt sohasem közelíti meg a hámon talált mennyiségüket. A váladékban a saprophyták igen elszaporodhatnak. Ez áll a ritkább csírákról is, így a bacterium coliról, a bacillus Friedlaenderről, a pyocyaneusról és másokról; ezeket néha még phagocytálva is találjuk. Ebből azonban nem szabad azt következtetni, hogy ezek a csírák kötőhártya-gyuladást okozhatnak. A phagocytosist illetőleg tudjuk, hogy a kórokozó bacterium mellett a saprophyták is phagocytáltathatnak. Ha továbbá tekintetbe vesszük azt, hogy azokban az esetekben is, mikor a váladékban nagyobb mennyiségű saprophyta jelenik meg, ezek a hámon teljesen hiányoznak, míg ellenben enyhe pneumococcus- vagy Koch-Weeks-hurutban a kórokozókat nagy mennyiségben találjuk a hámon, igen valószínűtlen, hogy a saprophyták egyáltalában kötőhártya-gyuladást okozhatnak. Ehhez hozzájárul még az, hogy az ilyen gyuladásnak megfelelő klinikai kórképet nem ismerünk. A kötőhártyára pathogen bacteriumoknál láttuk, hogy a klinikai kórkép a bacteriumok elhelyeződésének felel meg. Váladék-saprophyta okozta gyuladás tehát elsősorban a kötőhártyatömlő alsó felében mutatkozik. A saprophytákat nem szabad kötőhártya-gyuladást okozónak nézni mindaddig, míg nincs kimutatva, hogy a hámon is megtelepedhetnek és elszaporodhatnak.

Lindner példaképpen az újszülöttek blennorrhoeáját említi, melylyel éveken át foglalkozott. A blennorrhoea lehet gonorrhoeás és nem gonorrhoeás. Römer tankönyve szerint a gonococcuson kívül kilencféle csira okozhatja a blennorrhoeát. Elméletileg csakugyan elképzelhető, hogy újszülöttön a pneumococcus vagy a Koch-Weeks-bacillus blennorrhoeát okoz. Lindner újszülött-blennorrhoea igen sok esetében a legnagyobb figyelemmel vizsgálta a hámot, de egy esetben sem talált rajta más kórokozót, mint vagy a gonococust, vagy az „Einschlusskörperchen“-t. Nézete szerint tehát csak gonoblennorrhoea vagy „Einschluss-blennorrhoea“ van; az újszülöttnél másféle blennorrhoeája nincs. (Zeitschr. f. Augenheilk., 1919, XLII. kötet, 1—2. füzet.)

A. K.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A csecsemőkori asthma Marfan szerint nem nagyon ritka, de aránylag kevésszer ismerik fel. 20 éven aluli 222 asthmás közül 25-nek az első rohama az első életévében volt. Ellentétben a felnőttek asthmájával, a mely hirtelen, előzmények nélkül áll be, a gyermekkori asthma-rohamot csaknem mindig nátha és légcsőhurut előzi meg és kíséri; többnyire láz is van (38 és 39^o között); a roham 24—48 óráig szokott tartani változó intenzitással és meglehetősen hirtelen szűnik meg. A prognosis általában kedvező, a baj nem jár következményekkel, nem praedisponál valódi bronchopneumoniára. A rohamok egészen bizonytalan időközökkel ismétlődnek és éveken át jelentkezhetnek. Feltűnő a csecsemőkori asthma és ekzema együttes előfordulása. Landouzy nézete, hogy az asthma a legtöbb esetben larvált gümőkór, a szerző szerint a fiatal gyermekkorra nézve semmi esetre sem tartható fenn. A mi a gyógyítást illeti, nagyon ajánlható a jodkalium: a gyermek korának megfelelően 10—30 centigramm pro die 14 napig, majd 14 napi szünet után újból stb. Náthától lehetőleg óvni kell a gyermekeket, adenoid vegetatióik megfelelően kezelendők. A roham ellen codeinből, aetherből és szörpből álló elegy adható, továbbá adrenalin a bőr alá (1 csepp 1^o/₁₀₀ oldat 5 cm³ mesterséges serumra, naponként 1—2-szer), magasabb láz esetén 37^o-os fürdő 5—10 percig 4 óránként. (Presse médicale, 1920, 49. sz.)

Sebes emlőbimbó kezelésére Schmidt szerint legjobb a már másoktól is ajánlott, de mégsem eléggé elterjedt borogatás 5^o/₁₀₀-os langyos carbol-oldattal; 2—3 óránként ismétlendő; szoptatás előtt az emlő gondosan megtisztogatandó. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1920, 1367. 1.)

Új könyvek:

F. Sauerbruch: Die Chirurgie der Brustorgane, Band I.: Die Erkrankungen der Lunge. Berlin, J. Springer. 240 m. — E. Mayerhofer und C. Pirquet: Lehrbuch der Volksernährung nach dem Pirquet'schen System. Wien, Urban und Schwarzenberg. 30 m. — O. Spitta: Grundriss der Hygiene. Berlin, J. Springer. 36 m. — W. Liepmann: Psychologie der Frau. Versuch einer synthetischen, sexualpsychologischen Entwicklungslehre. Wien, Urban und Schwarzenberg. 36 m. — H. Freimark: Die Revolution als psychische Massenerscheinung. München, J. F. Bergmann, 9 m. — H. Recklinghausen: Gliedermechanik und Lähmungsprothesen. Berlin, J. Springer. 128 m. — R. Geigel: Lehrbuch der Herzkrankheiten. München, J. F. Bergmann. 30 m. — A. Jaquet: Die diätetische und physikalische Behandlung der Kreislaufstörungen. Basel, Schwabe und Comp. 10 m. — M. van Oordt: Physikalische Therapie innerer Krankheiten. Band I. Berlin, J. Springer. 48 m. — C. Seyfarth: Neue Beiträge zur Kenntnis der Langerhans'schen Inseln und ihrer Beziehung zum Diabetes mellitus. Jena, G. Fischer. 22 m. — A. Sopp: Chronische Stuhlverstopfung, Hämorrhoiden. Leipzig, C. Kabitzsch. 7/20 m. — A. Ulrich und M. Tramer: Ueber epileptische Zustände. Basel, Schwabe und Comp. 4 m. — E. Fröschels: Singen und Sprechen. Wien, Fr. Deuticke. 24 m. — R. Leidler: Ohrenheilkunde für den praktischen Arzt. Wien, Urban und Schwarzenberg 15 m. — R. Imhofer: Gerichtliche Ohrenheilkunde. Leipzig, C. Kabitzsch. 36 m.

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. W. Hueck müncheni rendkívüli tanárt kinevezték a rostocki egyetemen megüresedett kórboncolóstan tanárszékre. — Az osztrák népegészségügyi hivatal vezetőjévé K. Hely dr.-t nevezték ki. — A. Fraenkel tanár a Wiener klinische Wochenschrift szerkesztői állásáról, melyet 25 évig töltött be, lemondott; utóda J. Kyrle tanár lett. — R. Wasicky docent Bécsben a pharmakognosia rendkívüli tanárává nevezték ki.

A „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ elnökségének megbízásából Peisser greifswaldi tanár Szontagh Felix dr. budapesti egyetemi tanárt felszólította, hogy a német természetvizsgálók és orvosok 1921-ben Kielben (vagy esetleg Eisenachban) tartandó congressusán „a ragadós betegségek átvitelének“ referatumaát elvállalja.

Lanz tanár, a hírneves sebész, a ki jelenleg Hollandiában működik, bejelentette kilépését a nemzetközi sebészeti társulattól, a mely tudvalevőleg kizárta tagjai sorából a központi hatalmak sebészeit. Nyilatkozatában kijelenti, hogy a társulat elveszítette a jogát, hogy nemzetközinek mondja magát. Elesen protestál az ellen is, hogy a társulat a tárgyalás nyelvei közül törölte a németet. Kijelenti, hogy a meddig a társulat határozatát vissza nem vonja, francia, angol és olasz kartársaival, a kikkel eddig anyanyelvükön érintkezett, ha a holland nyelvet nem értik, csak az anyanyelvén, németül fog érintkezni. Megjegyzendő, hogy Lanz tanár svájci nemzetiségű.

A lázhőmérők hitelessége tárgyában Németországban törvényjavaslatot terjesztettek be, a mely szerint ezentúl csak állami intézetekben hitelesített hőmérők legyenek forgalomba hozhatók. Az ez ellen vétők 50.000 márkáig terjedő pénzbírsággal büntetendők.

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 KÖZLÉSEK.

Ötvös Ervin: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.) A pylorus atropinreactiója. 491. lap.

Schuster Gyula: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egye'emi elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egy. tanár, udv. tan., stb.) Paralysis-tanulmányok. 493. lap.

Wein Zoltán: Az adenotomiáról. Válasz Liebermann Tódor dr. megjegyzéseire. 494. lap
Budapesti kir. Orvosegyesület. (V. tudományos ülés 1920 november hó 20.-án.) 495. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészet. Haberer és Finsterer: Az ulcus duodeni. — **Gyermekorvostan. O. Schwarz és R. Wagner:** A hólyaggörcs és kezelése. — **Bőrbajok. Hahn és Hanemann:** A pitralonról. — **Kisebb közlések az orvostudományról:** 497. lap.
Vegyes hírek. 498. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a budapesti kir. m. tud.-egyetem II. belklinikájából.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár)

A pylorus atropinreactiója.

Irta: Ötvös Ervin dr., tanársegéd.

A gyomor kiürülésének idejét a gyomorizom tonusa (peristoleje), a pylorus állapota és a peristaltika szabályozza. A kiürülési időnek változása, különösen meghosszabbodása a gyomor és duodenum betegségeinek körmeghatározásában értékes útmutatónk. Vizsgálatára legcélszerűbb a baryumos Rieder-étel, mely ép gyomorból legkésőbbben 4 óra alatt ürül ki. Pylorus-szűkület mellett a gyomor lassabban ürül, hacsak a szűkületet a fokozott peristaltica nem kompenzálja.

A pylorus-szűkület oka lehet szervi (tumor, heg, stb.) és functiós, vagyis a sphincter záródása, illetve spasmusa. Az organikus szűkület kórisméjéhez közvetlen, vagy közvetett úton jutunk: vagy látjuk a telődési hiányt okozó daganatot, tapintjuk a pyloruson ülő heget, vagy kizárjuk a pylorospasmus jelenlétét. A pylorospasmus tagadása rendesen nehezebb, mint felismerése. A pylorospasmus fennállását akkor állíthatjuk, ha a jelentékenyebb négyórás baryumaradék görcsoldó orvosságok hatására eltűnik. E szerek közül a papaverin és atropin használatosak. A papaverin és atropin hatásosságát és diagnostikai értékét a vizsgálok különbözően ítélik meg.

Az összes sima izmok, tehát a sphincter pylori görcsét is csökkentő papaverint a Röntgen-diagnostikába *Holzknicht* és *Sgalitzer* vezette be. A legtöbb szerző — újabban nálunk *Szerb* és *Révész* — igen dicséri, 0.08 gr.-os adagjától a pylorusgörcs megszűnik, a 4 órás baryumaradék eltűnik, anélkül, hogy a peristalticát és tonust jelentékenyen befolyásolná. Klinikánkon is elég jó eredménnyel használjuk.

Az atropin — a gyógyszerint szerint — a vagus végkézülékeinek bénítása útján szintén megszünteti a pylorusgörcsöt. Diagnostikai hasznát illetőleg megoszlanak a vélemények, a melyeket például *Stierlin* abban foglal össze, hogy az atropin egyes esetekben megszünteti a pylorospasmust, legtöbb esetben azonban nem, vagy csak tökéletlenül.

A mai álláspont tehát, mely úgyszólván a köztudatban gyökerezik, az, hogy az atropin és papaverin hatásának módja lényegileg ugyan különböző, a pylorusgörcs megszüntetését illetőleg azonban a két szer között csupán fokozati különbség van: a papaverin használhatóbb, megbízhatóbb az atropinnál.

Észleleteim azonban nem ezt bizonyítják. Sőt ellenkezőleg azt figyeltem meg, hogy az atropinnak gyógyszeres, vagy enyhén mérgező adagja nemcsak hogy a pylorospasmust egyáltalában nem csökkenti, de bizonyos kóros körülmények

között éppen pylorospasmust idéz elő. Az atropinnak az emberi pylorusra gyakorolt e görcskeltő tulajdonsága eddigi ismereteinkkel homlokegyenest ellenkezik és az irodalomban — a mennyire megállapíthatam — kidomborítva nincs.

Az atropinnak pylorospasmust megszüntető hatását *Tabora* klinikai észleletei alapján a legújabb szerzők is fel említik, sőt dicsérik. Aránylag kevesen élnek szigorúbb kritikával (*Zweig*). Vannak, a kik a hatás fokozása céljából az adag növelését ajánlják (*Strauss, Michaud*). *Magnus, Hagen* stb. túlélt állati szerveken végzett vizsgálataiból azonban az következtethető, hogy élő szervezetbe adott atropin-mennyiség nem is lehet akkora, hogy a spasmus megszüntesse, mert a bénító anyag egyúttal halálos is. Az állatkísérletek egymással ellentétes eredményeit akarja tisztázni *Le Heux*, a ki középnagy adaggal tengerimalac és házinyúl túlélt (cholinmentes) belének izgalmát idézte elő. Hasonlóképpen az atropin izgató hatása mellett szól még *Eisler* és *Lenk* észlelete, a kik viszont élő macska gyomrának nagygyörcsületén 0.001 gr. atropinra 2 1/2 óráig tartó behúzódtást láttak. Lehet, hogy ide sorolható *Massini* megfigyelése is, a ki atropinra spasmusos obstipatio egy esetében a gyomor kiürülési idejének meghosszabbodását tapasztalta a nélkül, hogy a peristaltica száma vagy mélysége megváltozott volna. Rövid ismertetéséből nem derül ki hogy a vizsgált egyén gyomra nem volt-e beteg. *Massini*-nak e megjegyzése talán az egyetlen az irodalomban, melyben az atropinnak az emberi pylorus-sphincterre gyakorolt izgató hatására lehet következtetni.

Ha tehát az állatkísérletek eredményét összehasonlítjuk a klinikusok gondolkozásával, azt látjuk, hogy míg az utóbbiak az atropint bénítószerként használják, addig az előbbieket e szer izgató tulajdonsága mellett szólnak. Állatkísérletekből az emberre messzemenő következtetést vonni nem szabad. Az atropin-hatást emberben ettől függetlenül kell tehát tanulmányoznunk, legszabatosabban a Röntgen-sugár útján.

Röntgen-kísérleteimet következőképpen végeztem: A próbareggeli vizsgálata és a szokásos baryumos Rieder-étel elfogyasztása után megállapítottam a gyomor tonusát (peristoleját), helyzetét, a peristaltica minőségét, a duodenum telődését, stb., majd 4 óra múlva a gyomor kiürülésének fokát és 24, illetve 48 óra múlva a bélmotilitást. E vizsgálat után 4—6 nappal meggyőződtem, hogy a kontrasztpép az emésztőcsatornát teljesen elhagyta-e. Ha igen, akkor egy második Röntgen-vizsgálatot végeztem a gyomron, és pedig atropin-hatás mellett, különösen ügyelve arra, hogy hatásos adagot adjak. E célból 0.001 gr. atropinum sulfuricumot adtam bőr alá, a mely mennyiséget esetleg emeltem is addig (0.0015), míg az ismert atropin-jelek (tachycardia, mydriasis, torokszárazság, szédülés) közül 1—2 biztosan megállapítható lett. A mikor ez bekövetkezett, megettem a baryumos ételt. A vizsgálat további menete teljesen egyeztet az első

vizsgálatával. A kitöltött gyomorról és az esetleges 4 órás residuumról — a maradék mennyiségének megállapítása céljából — számos esetben ernyőrajzot készítettem. Azokat az eseteket, melyekben 4 óra múlva csak üledéket láttam, negatívnak, azokat, a melyekben 4 óra múlva $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ -nyi maradékot találtam, pozitívnak nevezem.

Ilyen módon 56 egyént vizsgáltam meg. 29 olyan esetben találtam az atropinózott gyomorban négy óra múlva jelentékeny ($\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$) maradékot, a melyben a szer nélkül a kiürülés a rendes időben történt. E 29 pozitív eset között szerepel: a kisgörbület callusos fekélye, a pankreasba perforált hátulsó gyomorfalli fekély, a duodenum callusos fekélye, előrement gastroenteroanastomosis, ptosis, atonia. A 27 negatív eset között szerepel: egészséges egyén, neurasthenia, egyszerű hyperaciditas, gastritis chron., ptosis, atonia, ulcus ventriculi és duodeni simplex, pericholecystitis adhaes., carcinoma vesicae felleae, tabes. Az 56 eset közül 9 került műtetre (ulcus duodeni, cholecystitis, carcinoma vesicae felleae).*

E vizsgálatokban — néhány kivétellel — mondhatni törvényszerűen ismétlődött az, hogy az atropinnak egyszeri bőr alá befecskendése az ép gyomor kiürülését észrevehetően nem késleltette, a kóros esetekben meglévő pylorospasmust nem csökkentette. Ellenben szervi gyomor- és duodenum-betegségben maradékot idézett elő olyan esetben, melyben atropin nélkül a gyomorkiürülés zavartalan, sőt gyorsult volt. Úgy látszik, hogy az atropinmaradék mennyisége a baj minőségétől, terjedelmétől és helyétől függ. Minél közelebb van a pylorushoz és minél mélyrehatóbb az, annál biztosabban találunk több-kevesebb atropinmaradékot. A maradék mennyisége egyébként nem arányos a többi atropintünet fokával. Lehet valakinek jelentékeny atropinmaradéka, és a torokszárazságon, vagy kissé szaporább szív működésen kívül más tünetet az atropin nem okoz, és megfordítva: kifejezett atropin-hatás mellett a gyomor kiürülése zavartalan lehet. Hogy a tartós atropin-használat, vagy az egyszeri, de szájon keresztül adot szer ugyanilyen hatású-e, erre vonatkozó tapasztalatom nincs.

Egyelőre e vizsgálatokból csak azt a tényt óhajtom megállapítani, hogy az atropin bizonyos esetekben a gyomorban maradékot tud előidézni.

Ha már most azt kérdezzük, hogy miért idéz elő maradékot csak szervi elváltozás mellett és miért nem ép gyomorban, akkor először tisztáznunk kell azt, vajjon az ilyen atropinmaradék *bénulás*, vagy *izgalom* eredménye-e, más szóval, hogy atropin-hatásra a peristaltika szűnik-e meg, vagy pedig a pylorus szűkül-e?

Eseteimet áttekintve, a maradék okát a pylorus záródásában találom. Az esetek legnagyobb számában ugyanis a peristaltica atropin után inkább élénkebb volt, s abban a néhány esetben (például szervi pylorusstenosis), melyben mélysége csökkent, száma növekedett. Itt a peristaltica sekélyebb volta nem okozhatta azonban a 4 órás maradékot, mert hiszen tudjuk, hogy ptosis és atoniás gyomorban majdnem hiányzó peristaltica mellett a kiürülési idő gyakran rendes.

Ha tehát a peristaltika jól működik atropinhatás mellett — mint azt jó tonusú gyomron a legtöbb esetben megállapítottuk —, akkor a maradék okát csakis a pylorus viselkedésében, még pedig annak záródásában kereshetjük. Alig tehető fel, hogy ezt az elzáródást a csökevényes dilatator pylori bénulása okozhatná, mert ezt nem követné akkora és oly tartós (egy esetben 24 órás) maradék s ezen felül azt tapasztaltuk, hogy erősen pozitív esetben a duodenum bulbosa a gyomorra gyakorolt erőteljes nyomással sem telődött. Ez határozottan a mellett bizonyít, hogy a maradék oka a sphincter pylori, vagy talán a pylorus-környéki kórkörös és hosszanti gyomorizomzat görcsös összehúzódása.

Fontosnak véltem az atropinnak ezt az úgy látszik rendellenes hatását megismertetni. Hogy a szervek megváltozott állapota mennyire meg tudja változtatni a gyógyszerek hatását, azt a modern farmakológiai kutatás nem egy példája bizo-

* A vizsgált esetek száma időközben 124-re szaporodott.

nyítja. Hogy a gyomor bizonyos szervi elváltozásainál az atropintól várt hatásnak éppen ellenkezője következik be, ez elméleti szempontból is érdekes és arra késztet, hogy e különös jelenséget magyarázni próbáljam.

A magyarázat nagy nehézségbe ütközik, mert a vegetatív idegrendszer élettana teljesen tisztázva nincs, az atropin hatás módja is sok tekintetben homályos, az állatkísérletek adatai sem egyezők. Belátható tehát, hogy az atropin okozta pyloruszáródást többféleképpen lehetne magyarázni. A legegyszerűbb volna a pyloruszáródás okául felvenni azt, hogy itt az atropin a vagusvégkiszüléket izgatja. Azonban vagusizgalom ellen szól, hogy pozitív rectio esetén sohasem találtam a vagusizgalomnak egyéb jelét (myosis, bradycardia, nyálfolyás) és hogy a vagusnak a pyloruszárásra lényeges befolyása valószínűleg nincs (*Klee*).

Egyszerűen abból indulok ki tehát, hogy állatkísérletben az atropin — eltérőleg a sima izmot bénító papaverintól — a vagus (parasympathicus) végkiszüléket bénítja és a gyomor mozgás automata rhythmusát szabályozó Auerbach-plexust izgatja (*H. H. Meyer*). Eseteimben a parasympathicus-rendszer bénítása csupán a gyomornak némely esetben észlelt csekély tágulásában és sekélyebbé vált peristalticában, de nem a pylorus kinyílásában és nem a peristaltica megszűnésében jutott kifejezésre. Az atropinra élénk maradó peristalticából ellenben valószínűnek látszik, hogy a pylorospasmus és az Auerbach-plexus izgalma között szoros kapcsolat van. Más szóval: az atropinreactio magyarázatát az Auerbach-plexus dűzsejtjeinek izgalomban kell keresnünk.

Klee és mások vizsgálataiból tudjuk, hogy a gyomor a vagus és sympathicus irányítása nélkül is pusztán az Auerbach-plexus idegbefolyása következtében tovább folytatja peristalticáját. E szerint a peristaltica legfőbb idegrendszere a helyi és magasabbról jövő ingerek befolyásolta Auerbach-plexus. *Forsell* szerint a gyomorperistaltika bizonyos differenciáltabb izomnyalábokból, a segmentkacsokból indul ki, úgy, hogy a nagy görbületen — valamely segmentkacsnak megfelelőleg — állandó behúzóadás: az álló-hullám keletkezik. Ez tovahaladó hullámban folytatódik. Ilyen álló-hullám — azt hiszem — nemcsak physiologiás ingerre áll elő, hanem ilyennek volna talán felfogható azon állandó behúzóadás is, mely reflex úton a kisgörbületen ülő fekély vagy a duodenum, epehólyag, sőt egyéb hasi szervek megbetegedésekor keletkezik. Felvehető, hogy ezen állandó behúzóadást épp úgy, mint a peristalticát, a hozzátartozó Auerbach-plexus dűzsejtjeinek közvetlen vagy reflexes izgalma okozza. Már most, ha pl. egy fekély nem a kisgörbületen, hanem az izmos pylorusgyűrű közelében van, más szóval, ha a sphincter pylori reflexívéhez tartozó dűzsejt csoport jut izgalomba, az eredmény pyloruszáródás. E peripylorusos dűzsejt izgalomba jöhetnek ugyancsak közvetlen és reflexes úton (pl. a kisgörbület fekélye). A közvetlen izgalom oka lehet a gyomortartalomban (sósav) és a vér-, illetve szövetnedvben (morphin, pilocarpin, cholin stb.).

Ha a pyloruskörnyéki dűzsejt — akár a gyomortartalom ingerére, akár reflex úton — spontán izgalomba jönnek, létrejön a spontán pylorospasmus. Ha pedig a gyomortartalom ingere nem elég erős erre, akkor a dűzsejt izgalomát atropinnal eredményesen tudjuk fokozni.

Kérdés még, hogy az atropin miért szünteti meg a morphin és pilocarpin okozta pylorus-görcsöt. Lehet, hogy az atropin itt talán magára a morphinra, illetve pilocarpinra gyakorolt (chemiai?) antagonismusa folytán hat olyképpen, mint a hogyan azt *Le Heux* a cholinra nézve véli. Szóval a *mesterségesen előidézett pylorospasmussal szemben az atropin másképpen viselkedik, mint a spontán létrejöttel*. Ezzel magyarázatát kapjuk annak a látszólagos ellentmondásnak, hogy *Holzknicht*-nek egyik (*Olbert*-tel végzett) vizsgálata szerint a morphin okozta pylorospasmust az atropin megszüntette, míg egy másik (*Sgalitzer*-rel végzett) vizsgálata szerint a spontán pylorospasmusra hatástalan volt. *Bergmann* viszont pilocarpin kiváltotta pylorospasmus esetében látta az atropin görcsoldó hatását.

Az atropinreactio magyarázata szerintem tehát a következő: *A gyomor vagy duodenum pyloruskörnyéki dűzsejtjei*

valamely ok, például callusos fekély következtében izgalomban vannak. Az atropin is ugyanezen sejtcsoportot ingerli. E két componens eredőjeként a dűzsejtekhez tartozó segmentum izomzata: a sphincter pylori összehúzódik. A pylorustól távolabbi dűzsejtcsoportnak atropinnal fokozott izgalma pedig irradiatio útján tevődhet át a pyloruskörnyéki dűzsejtekre, melynek eredménye ugyancsak pylorospasmus lesz.

Viszont ezek után érthető, hogy ép gyomor pylorusára az atropin hatástalan. Itt az Auerbach-plexus minden része egyenlően védett és így a szer az egész plexust egyformán izgatja: az atropinnak ilyenkor nincs „támadópontja”. Erősebben mérgező adaggal ilyen esetben is lehet jelentékenyebb, 4 órás maradékot előidézni. Ez azonban már nem magyarázható kizárólag a pylorus szűkítésével, mert ilyenkor a peristaltica bénul.

Noha az atropinreactio positiv vagy negativ volta bizonyos következtetéseket enged, egyelőre mégsem mernék diagnostikai irányelveket megszabni, mert ehhez az operált egyének száma túlkeves. Az eddigi vizsgálatok eredménye e tekintetben biztató kilátást nyújt.

Irodalom. Bergmann: Kraus-Brugsch: Spez. Path. u. Ther. inn. Krankheiten, 1914, Lief. 35—36. — Bergmann: Münch. mediz. Wochenschrift, 1913, 44. sz. — Bergmann: Berl. klin. Wochenschrift, 1913, 51. sz. — Bergmann u. Katsch: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1913, 27. sz. — Eisler u. Lenk: Münch. mediz. Wochenschrift, 1913, 37. sz. — Hagen: D. Arch. f. klin. Med., 1906, 86. kötet. — Le Heux: Pflüger's Arch., 1920, 179. kötet. — Holzknacht-Sgalitzer: Münch. mediz. Wochenschrift, 1913, 36. sz. — Klee: D. Arch. f. klin. Med., 1919, 128., 129. és 133. kötet. — Magnus: Verh. d. deutschen Congr. f. inn. Med. 29., 1912. — Massini: Verh. d. deutschen Congr. f. inn. Med. Kongr. 29., 1912, Wiesbaden. — H. H. Meyer: Die Exp. Pharm., III. kiadás, 1918. — Olbert-Holzknacht: Verh. d. deutschen Congr. f. inn. Med. 28. Wiesbaden, 1911. — Pál: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1920, 6. sz. — Stierlin: Klin. Röntgendiagnostik des Verdauungskanales, 1916. — Szerb-Révész: Fortschr. auf. d. Geb. d. Röntgenstrahlen, 27. kötet, 2. sz. — Tabora: Münch. mediz. Wochenschrift, 1908, 38. sz. — Zweig: Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilkunde, 1914, 13. kötet.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájáról. (Igazgató: Moravcsik E. Emil dr., egyetemi tanár, udvari tanácsos, stb.)

Paralysis-tanulmányok.

Irta: Schuster Gyula dr., I. tanársegéd.

Az „Orvosi Hetilap” ez évi 30. számában közölt adataimat a spirochaeta pallida elhelyeződéséről a hűdéssel elmezavar egyszerű eseteiben néhány újabb adattal szeretném kiegészíteni. Az irodalom adatainak felsorolását a nehéz nyomdai viszonyok miatt mellőzöm, csak a legszükségesebbekre terjeszkedem ki.

A paralysisel kapcsolatban és párhuzamosan sclerosis multiplex eseteiben spirochaeták után kutatva, sok rokonvonást találtam a spirochaeták magatartása tekintetében a két betegségben.

Borda spanyol bűvár után O. Fischer és Spielmeyer a hűdéssel elmezavar keretében szigetes, foltos velőshüvelyi széteséseket írt le egyrészt a kéregben, mint ritka kórszövet-tani jelenséget, ugyancsak hasonló szigetes, foltos velőshüvely-pusztulást észlelt Spielmeyer egy paralysises beteg gerinczelejtében; maga Spielmeyer igen behatóan foglalkozik a kórszövet-tani lelettel, s szövettani tárgyalás alá veszi a hűdéssel elmezavar esetében lelt sclerosis foltokat.

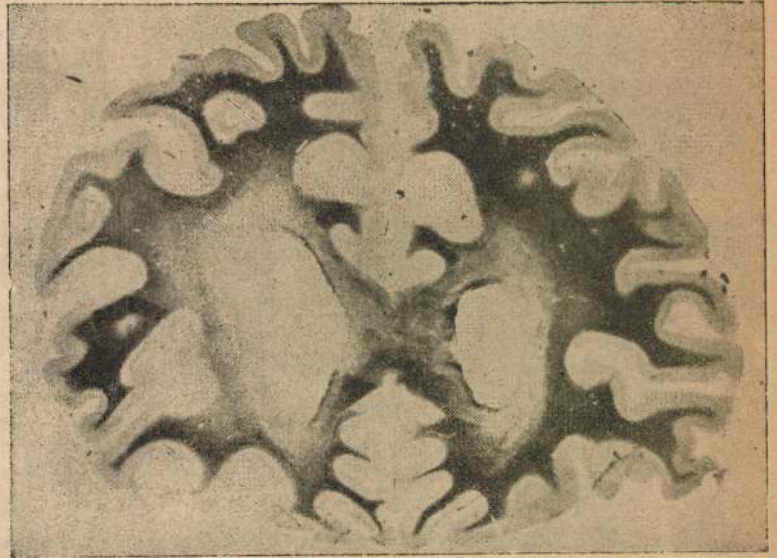
Amidőn a hűdéssel elmezavar sok esetét összehasonlítottam a sclerosis multiplex acut és néhány chronikus esetében kapott velőshüvely-viszonyokkal, azt találtam, hogy a velőshüvelyi diffus és szigetes szétesések egyes helyeken törvényszerűen megtalálhatók és a paralysisben meg sclerosis multiplexben összefüggésben vannak bizonyos parasitológiai jelenségekkel, melyekről alább lesz szó.

Sorozatos agyhemisphaera-metszeteken kitűnt az, hogy a lobus frontalisban az oldalkamarák körül, a corpus callosumban és a kéreg- és velőállományban vannak a leg súlyosabb, úgyszólván makroszkopos velőshüvelyi elváltozások.

A hűdéssel elmezavarban a velőshüvelyi elváltozás az oldalkamarák fala mellett diffus és foltos lehet, ámbar a

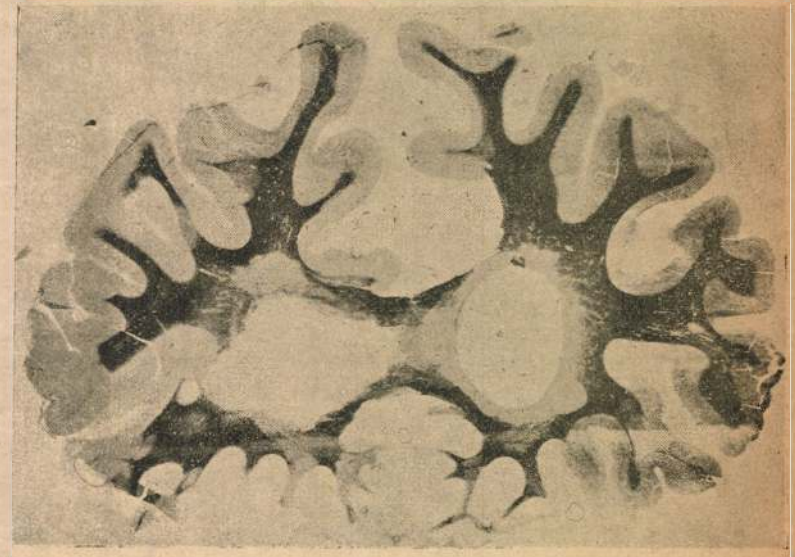
foltoszerűség nem oly határozott, mint a sclerosis multiplexben, míg a szigetes gerinczelejt keményedésben ugyanott vannak a göcös elváltozások tömegei, és ezekhez járul nagyfokú diffus velőshüvelyi szétesés.

Az 1. és 2. ábra összehasonlítása szépen demonstrálja a makroszkopice is felismerhető velőshüvelyi elváltozások hasonlóságát.



1. ábra.

Az 1. ábra egy paralysises beteg homloklebenyén áthaladó Kultschitzky-velőshüvely-készítmény, melyen az oldalkamarák körül levő nagyfokú diffus és helyenkint foltos velőshüvelysorvadás szemmel látható, s a nagyfokú hydrocephaluson kívül a corpus callosumban levő velőshüvelydegeneratio is látszik. A 2. ábra egy chronikus sclerosis



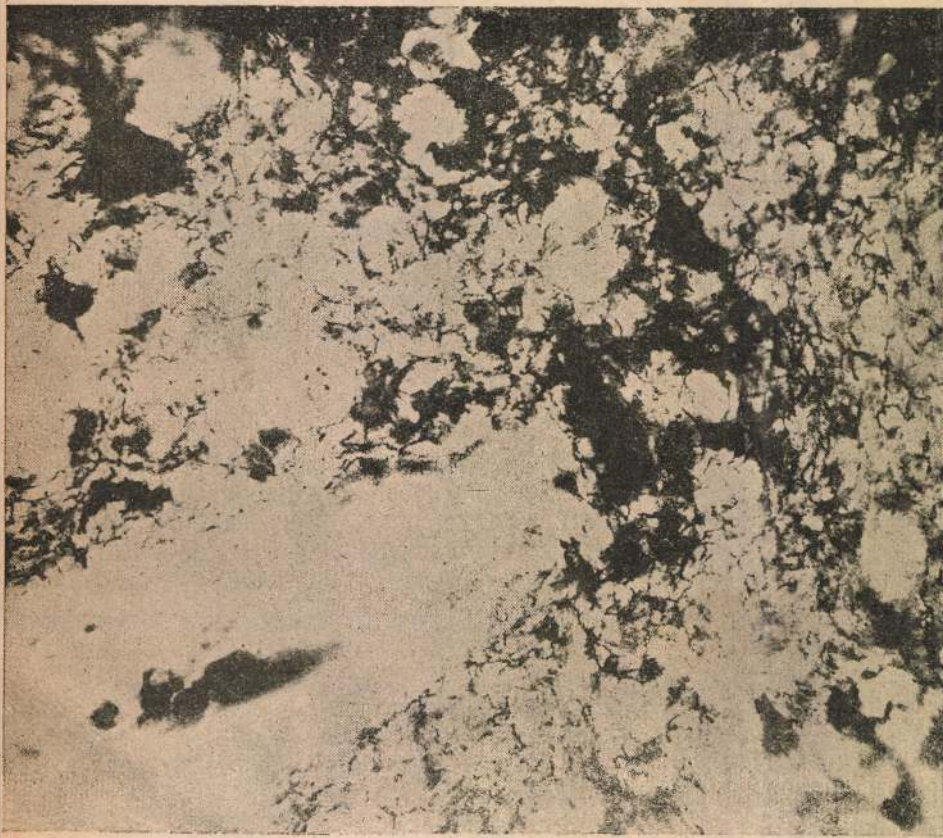
2. ábra.

multiplexben elhalt beteg agyából készített, a homloklebenyeken áthaladó, az előbbivel körülbelül egy magasságban levő velőshüvelykészítmény photogrammja (Kultschitzky-festés).

A nagyfokú oldalkamaratáguláson kívül, az oldalkamarák falában a diffus velőshüvelyelváltozásokkal kapcsolatban foltos kiesések tömege látszik, míg az egyes tekervényekben a kéreg határán foltos velőshüvelydegeneratiót mutatnak a fehér kerek és szabálytalan alakú foltok; jobboldalt az egyik tekervényhez haladó tengelyfonalakat egyáltalában nem burkolja velőshüvely, a szemben levő tekervényben is nagyfokú a

velőshüvelyi degeneratio, míg a corpus callosumban a diffus velőshüvely-pusztulás majdnem azonos a paralysis esetében észlelt pusztulással. *Spielmeier*-rel egybehangzóan a tengelyfonalaknak viszonylagosan ép voltát és csak csekélyfokú ritkulást találtam e foltos, szigetes velőshüvelyi szétesések helyén, úgy paralysis, mint sclerosis multiplex esetében, sőt a gliaszövet kvalitatív és kvantitatív viszonyai is azonosak mindkét kórformában. *Heubner*, *Duret* stb. kutatásaiból tudjuk, hogy az arteria cerebri anterior ágai látják el a homloktekervényeket, s tudjuk, hogy a kérget a pia felől és alólról az arteria cerebri anterior ágai felől egymással nem anastomozó hajszálerek táplálják.

E helyt nem bocsátkozhatom e viszonyok behatóbb ismertetésébe, utalok *Heubner*, *Duret*, *Beevar*, *Kolisko* stb. stb. dolgozataira, kik színes anyagok befeccskendezésével állapították meg az egyes arteria-ágak ellátási területeit. Az



3. ábra.

1. és 2. ábrán látható makroszkopos elváltozások az arteria cerebri anterior ágai által ellátott területeknek felelnek meg, viszont a spirochaeták tömeges elhelyeződésének helyei is, nem a pia-ereknek megfelelő kéregrészekben, hanem az arteria cerebri anterior ama ágacskaiknak megfelelően találhatók, melyek alólról jöve látják el vérrel a kéregállományt.

Sclerosis multiplexben is hasonló viszonyokat találunk. Ama területek között, melyeket az arteria cerebri anterior lát el vérrel, és a spirochaeta pallida között nagyfokú biochemiai affinitás van. Mindkét spirochaeta-törzs, úgy a pallida, valamint a sclerosis multiplexet okozó, velőshüvelyoldó, de a sclerosis multiplexet okozó spirochaeta nagy mértékben old velőshüvelyt, míg a pallida csekély fokban.

Hauptmann és *Jahnel*, kiknek a paralysis parasitológiai kutatásában igen nagy érdemeik vannak, a következő megfigyeléseket tették. Vannak kéregrészek, hol a hajszálerek körül rengeteg sok pallida van, a hajszálerek fala és a nyirokrések sűrűn át meg átnőttek, míg a környező szövetben feltűnő kevés a pallida; eme jelenséget mindketten úgy magyarázzák, hogy a pallida valami úton-módon az érfaiba jutott és ott tovább nő; *Hauptmann* a postmortalis spirochaeta-vándorlás eszméjét veti fel, mert sem a capillarissok szívó hatásának nem tulajdoníthatja azt, hogy a környező szövetből a spirochaetákat a membrana perivascularis gliaéhez

szívják, sem más módozatot nem tud a jelenség magyarázatára elképzelni; feltűnő, hogy a capillarissok ürében még nem sikerült pallidát kimutatni.

Jahnel megfigyelései között említi, hogy egy a halál után rögtön bonczolt paralysses agyának különböző helyeiről vett spirochaeták különböző mozgékonyságúnak bizonyultak, s feltételezi, hogy a pallida az agykéreg és agy különböző helyein különféle biológiai phasisokban tenyészik. Ugyan- ebben az esetben a pallida a hajszálerek körül tenyészett. *Jahnel* a hajszálerek körül való tenyészést a góczos pallida-elhelyeződés típusához tartozónak tekinti, mert emez esetben a vascularis góczok gömb-, tojás-, gombakalap- vagy gyöngysor-alakúak lehetnek és a parasiták az erecskék fala körül hirtelen tovább nőnek, vagy éppenséggel a gócznak megfelelőleg, a gömb- vagy másalakú gócz határánál megszűnnek nagy tömegekben megjelenni. Nem tudja magyarázatát adni annak, hogy miért van az, hogy eme góczoknak határozott alakjuk van, hogy miért nőnek a spirochaeták egyszer körkörösén a capillarissok körül, máskor csak éppen a hajszálcső falának egyik végében vagy oldalán, míg az ellenoldali hajszálcsőfal körül és a nyirokürben vagy nincs pallida, vagy csak nagyon kevés.

A 3. ábra egy hajszálér egyik oldalán tömegesen elhelyezett, ellenoldalán gyéren növe pallidákat mutat; a metszet a homloktekervényből való, s azt mutatja, hogy a véráram irányában több a spirochaeta ez esetben; szerintem a keringési viszonyok nagyban befolyásolják a parasiták elhelyeződését. Igen sok a parasita az arteria cerebri anterior végcapillarissainak falában, főleg a keringés irányával egy irányban, míg kétségtelen az, hogy a kéregből a hajszálerek falába is belenőnek tömegesen a pallidák.

Vizsgálataimból tehát az derül ki, hogy a pallida, valamint a sclerosis multiplexet okozó spirochaeta-törzsek a basalis erek felől nőnek be a központi idegrendszerbe; ha ez így van, akkor fokozottabb mértékben indokolt paralysisben és sclerosis multiplexben a *Knauer* ajánlotta salvarsan injectio a carotison át, mivel a sterilizáló oldat közvetlenebbül érintkezhetik a beteg szövetekkel és közvetlenebbül éri el a kórokozók főtömegeit, melyek a corpus callosumban, az oldalkamarák falában, de főleg az arteria cerebri anterior ágaitól ellátott terü-

leteken tenyésznek. Emez adatokat ki kell egészítenem a következő tapasztalatokkal. Az oldalkamarák körül levő nagyfokú elváltozásokkal kapcsolatban igen sok a degenerált alakú spirochaeta, a mi egyezik *Sioli*-nak ama tapasztalatával, hogy a *Lissauer*-féle góczparalysisben a lezajlott, legnagyobb fokú szöveti elváltozásoknak megfelelően kevés spirochaeta lelhető, míg ott, hol a kéregsejtek és hajszálerek körüli folyamat heveny szöveti elváltozások képét mutatja, e helyeken a pallida hihetetlen nagy tömegekben van jelen a kéregben; nekem sikerült a nagy agymagvakban is nagy tömegű parasitát kimutatni.

A paralysis és sclerosis multiplex szöveti elváltozásai között makro- és mikroszkopia tekintetében az elváltozások topographiáját illetőleg sok a hasonlóság, amint az 1. és 2. ábra összehasonlításából látható; mindkét agyspirochaetosis fertőzési útja nagyjában egyforma, a basalis arteriák felől történik.

Az adenotomiáról.

Válasz Liebermann Tódor dr. megjegyzéseire.

Irtá: Wein Zoltán dr., műtőorvos.

Az Orvosi Hetilap folyó évi 47. számában megjelent cikkemet Liebermann Tódor dr. a 49. számban megjegyzésekre méltatta, melyekre legyen szabad röviden a következőkben válaszolnom:

1. Az „endoskopiás adenotomia“ megjelölés helyett „rhinoskopia anterior adenotomia“ elnevezést tartaná „helyesebbnek“. Ez mindenestre szabatosabb, de hosszabb, körülményesebb, és nézetem szerint az „endoskopiás“ jelző épp oly kifejező, mert hisz egyfelől a rhinoskopia anterior is az endoskopia egy faja, másfelől az adenotomia szemmel tartására eddigelé más módja az endoskopiának nem használtatott, és úgy hiszem, nem is fog használtatni, mert a másik mód, a rhinoskopia posterior, egyáltalán nem alkalmas a műtét ellenőrzésére.

2. „Némi gyakorlattal és figyelemmel“ — a mi végre is minden műtevesnek alapfeltétele, mint azt *Liebermann* is megállapítja saját műteti módszerének vázolásakor, mely egyébként azonos az általánosan használatos módjával az adenotomiának — az eseteknek mintegy 90%-ában jól láthatók a retrochoanalis adenoid vegetációk, valamint a bevezetett gyűrűkés elülső széle és e két tényező egymáshoz való viszonya. De tovább megyek: az eseteknek mintegy 75%-ában áttekinthető nemcsak a garatür „teteje“, hanem a fülkürt beszájadjásának tája is. Ezek az arányszámok gondos vizsgálataim eredményei és azt mutatják, hogy az adenotomiának általam ajánlott endoskopiás módosítása az esetek többségében használható, és a mennyiben használható, jobb az eddigi technikánál, mint azt *Liebermann* is elismeri. Persze én is csak akkor használom, ha lehet; ha nem, akkor maradok a régi módszer mellett — operálok vaktában, mint *Liebermann* is teszi, „tapintva, simogatva“. Hogy az endoskopiás adenotomiát kinek érdemes megtanulni és „hozzászokni“, kinek nem, ez már mindenkinek — hogy úgy mondjam — a magántügye. Vannak szakemberek, kiknek pl. a tonsillektomiához sem volt érdemes „hozzászokni“, sőt többé-kevésbé mondvacsinált és nagyobbára elméleti indokok alapján egyenesen perhorreszkálják azt.

3. Hogy a műtevés közben való rhinoskopozás kizárná az „előrebuktatást“, ezt tagadom; én betegeim orrát is ki szoktam fúvatni a paúzában, hogy újból megnyíljen a látótér, akkor tehát „buktathat“ is, a ki így szokta. Szerintem azonban az előrebuktatásnak csak bódulatban van szerepe, már pedig hangsúlyoztam cikkemben, hogy az endoskopiás adenotomia előfeltétele: a helyi érzéstelenítés.

4. A nyelvlapoczhémozása még soha, egy esetben sem okozott nehézséget, még csak kényelmetlenséget sem, a miről *Liebermann* — ha netalán kételyei volnának — bár mikor meggyőződhetik, ha alkalomadtán jelenlétével megtisztel. Persze a betegnek „görcsösen szorítani“ nem szabad, garatjának, ínyvitorlájának érzéstelennek, sőt petyhüdtnek kell lennie. Röviden: a jó érzéstelenítés minden síma műtevés alapfeltétele!

5. Ha ezek után már csak a „fogás adenotom“ kérdése állana az endoskopiás adenotomia alkalmazásának útjában, e módszer széleskörű elterjedése felől meg lehetnének nyugodva, mert hisz volt alkalmam személyesen meggyőződni róla, hogy az orrműtök túlnyomó többsége Európaszerte fogatlan adenotomot használ.

6. Maradna még az infiltrációs anaesthe-iával kapcsolatos „colliculus“ kérdése. Ez az inkább csak elméleti jelentőségű aggály két oknál fogva esik el:

a) Mert a colliculus nem képződik, nem is képződhetik, minthogy a garatboltozat nyálkahártyája feszesen tapad a lig. longitudinale anticum columnae vertebralis által, illetve annak a tuberculum pharyngeumot is túlhaladó kisugárzása által alkotott rostos alaphoz, azon el nem tolható, arról fel nem emelhető, mert submucosus ür a kifejezés gyakorlati értelmében ott nincs, és nyilván ezen bonczitani körülménynek tulajdonítható, hogy magam colliculus-képződést sohasem észleltem, noha az érzéstelenítés e módját számos esetben alkalmaztam.

b) De vegyük fel, hogy képződne colliculus; mindenképp előtt az adenoid vegetatio (és nem a submucosusan meghúzódó „colliculus“) kerül az öntudatosan feltett gyűrűkésbe, melyet ha nem brutális erővel kezelünk, egész bizonyosan csak az eltávolítani szándékoltt vegetatiót fogja lemetszeni. A metsző erőt pedig mindenkor helyesen kell adagolni, mert

ellenesetben infiltratio nélkül is megeshik, hogy nem-kívánatos sérülések támadnak.

Végül pedig köszönetet mondok *Liebermann* dr.-nak, hogy a fentebbi kérdéseket felvetve, azok tisztázására, megvitására módot adott; különösen pedig azért tartozom hálával, mert egy momentumra, melynek felemlítését eredeti cikkemben elmulasztottam, felhívja figyelmemet. Elfelejtettem ugyanis megjegyezni, hogy a novocain + tonogen befecskendezése után a hatás optimuma csak körülbelül 5 perc múlva jelentkezik. *Liebermann* 15—20 percét határozottan sokallom, mert az érdus garatból és torokból a befecskendezett érzéstelenítő folyadék, adrenalin daczára is, gyorsabban szívódik fel, mint más érterületekről.

Budapesti Királyi Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1920 november 20.-án.)

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Hüttl Tivadar.

Klier Artur: Minkowski-féle icterus haemolyticus esete.

A bemutatott 23 éves férfi születése óta sárga, a nélkül, hogy betegnek érezte volna magát. Anyja szintén sárga. Széke mindig barna színű, vizelete rendszerint sötétbarnás. Egész teste egyenletesen narancssárga. Lépe nagy, a köldökéig ér, síma. Vizeletében bilirubin nem mutatható ki, urobilin és urobilinogen tetemes mennyiségben. A beteg serumában sok bilirubin. Vérvizsgálat: vörösvérsejtek száma 2,615.000, haemoglobin 40%, fehérvérsejtek száma 5400; Jolly-féle testek a vörösvérsejtekben. Anisocytosis és poikilocytosis van. Ezek a tünetek icterus haemolyticus eseteiben találhatóak, melynek két alakját szokták megkülönböztetni: a veleszületett (*Minkowski-Chauffard*) és a szerzett (*Hayem-Vidal*). A kettő között a lép viselkedése adja a különbséget. Nagy léptumor veleszületett icterus mellett szől.

Ezek nem pangásos icterusok, mert az epevezetékek mindig átjárhatóak, hanem valószínűleg a haemopoetikus systemának valami megbetegedése.

Jellemzi őket a hosszú tartam, mely idő alatt a betegek nem érzik magukat betegnek és az icterus intenzitása változik. A vizeletben állandóan hiányzik az epefesték, míg a serumban mindig tudunk kimutatni epefestéket. Ennek az okát nem tudjuk, valószínűleg a lépben van az epefesték kiválasztási képességének az oka, mert a lép kiirtása után bilirubinuria áll be.

Pseudocholelithiasis-rohamokat is észleltek ilyen icterusoknál; okuk ismeretlen.

A lép szerepe sincs még ebben a betegségben tisztázva, valószínűleg a lépben kell keresni a betegség okát.

E betegségben úgynevezett csontvelő-krízisek is előfordulnak, melyek következtében a vörösvérsejtek száma hirtelen esetleg két millióval is csökkenhet. A vörösvérsejtek resistenciája konyhasóoldatokkal szemben majdnem mindig csökken.

Az elkülönítő körjelzés szempontjából szóba jöhet a visceralis lues, a Charcot-Hanot-féle cirrhosis, az anaemia pernicioza, a Gaucher-féle splenomegalia.

Therapiája ma általában a lépkiirtás, de ennek javaslásakor a bemutató óvatosságot ajánl.

Johan Béla: Röviden beszámol a bemutatotthoz hasonló eset bonczolás-leletéről. Az icterusnak nem találta meg az okát: a májcapillarissokban epethrombosisok nem voltak. Anaemia pernicioza eseteiben sem tudta az icterust *Eppinger* értelmében magyarázni. Ezért már akkor feltételezte, hogy létrejöhet a szervezetet sárgára színező pigment a máj közvetítése nélkül. Gondolt a reticulo-endothelialis apparatusra is. Bemutat egy élénksárga folyadékot, a melyet hydrocephaluscs gyermek agyából kapott. A liquor sárga színe onnan származik, hogy a gyermek körülbelül 1½ hónapja „Balkenstich“-et végeztek. Az akkor kiömlött vér átalakulásából származott a pigment. A folyadék adta a bilirubin finomabb reakcióit. Kétségtelen pedig, hogy a festék nem származhatott a májból. S így fel kell tételezni, hogy bilirubin, illetőleg ettől reakcióiban nem különböző sárga festék képződhetik a máj közvetítése nélkül is, tehát a szervezet sárga elszíneződése nem mindig májeredetű.

Nádor Henrik: Utal három év előtt az Orvosegyesületben bemutatott és részletesen közölt esetére, mely úgynevezett szerzett haemo-

lysises icterus (Vidal-typus). A szerzett forma rendkívül súlyos megbetegedés, mely a legsúlyosabb anaemiában, sárgaságban és collapsusban nyilvánul, úgynevezett krízisekkel jár és műtét nélkül előbb-utóbb halálos végű. A lépkirítás ezekben a szerzett esetekben feltétlenül indokolt és végleges gyógyulást eredményez. A hozzászóló esetében (melyben az egyik krízis alatt 330.000 volt a vörösvérsejtek száma és a haemoglobin *Sahli* szerint nem is volt mérhető) közvetlenül egy ilyen súlyos krízis után történt a műtét s az azóta eltelt több mint 6 év óta a beteg teljesen tünetmentes és munkabíró (vasesztergályos); vörösvérsejtei állandóan meghaladják az 5 milliót, haemoglobinja a 100%-ot. Csak néhány héttel a műtét után volt egy típusos epekóroham: jellegzetes kisugárzású óriási fájás, nagyfokú sárgaság (de nem acholuriás jelleggel, hanem a vizeletben epefestékkel, bőrviszketéssel, bradycardiával). A szerzett formában épp olyan jelentékeny lehet a lépmegnagyobodás, mint a familiaris formában; a hozzászóló esetében is 1½ kiló volt a kiirtott lép súlya.

Klier Artur: Nem állította, hogy az úgynevezett pseudocholelithiasis-roham okát ismeri, vagy hogy ily pseudocholelithiasisnak nevezett roham nem lehet valódi cholelithiasis is. Felemlít néhány hasonló esetet az irodalomból, melyekben műtét végeztek és a műtét alkalmával epeköveket nem találtak. *Johan* hozzászólásához nincs hozzátenni valója.

Holländer Leó: A szív ingervezető kötegének lobos megbetegedése dissociációval.

A 20 éves férfit 1920 november elején vették fel az I. számú belklinikára. Előadta, hogy a múlt hó elején gonorrhoeát szerzett és egy hét múlva a végtagjaiban heves fájdalmak jelentkeztek, melyek főleg az izomzatra lokalizálódtak. E fájdalmak két napig tartottak s utána 3 napig 38,5–39 fokig emelkedő lázas állapot következett. 11 nappal a gonorrhoeás infectio után éjjel körülbelül 5–10 epileptiformis rohamot kapott eszméletlenséggel. Azóta kiscsökű baloldali mellkásfájdalmat leszámítva, jól érzi magát. A jól fejlett és táplált betegnek bicuspidalis insufficienciája van; feltűnik a radialis pulsus gyér volta, percenként 32. Ugyanekkor a nyak-venák percenként 80-at lüktetnek. Hallgatódzaskor nem hallatszik több szívhang, mint a hány pulsus tapintható. Már ez a lelet mutatta, hogy a kamaraösszehúzódnak száma lényegesen kevesebb, mint a pitvarösszehúzódnaké, azaz teljes a dissociatio. Igazolta ezt a phlebogramm és az electrocardiogramm is. A pulsus-szám körülbelül két hete állandóan 42 körül van és nem sikerült azt megszorítani atropinnal sem. Az atropinhatás kimaradása mutatja, hogy a dissociatio nem functionalis eredetű; nem sikerült megszorítani a pulsust testmozgással sem. A teljes dissociatio mindig a His-köteg anatómiai megbetegedése következtében jön létre. Legtöbbnyire gummák vagy idősült sclerosisos folyamatok szerepelnek. A bemutatott esetben a teljes dissociatio oka lobos eredetű és különösen ritkává teszi az a körülmény, hogy infectiós agens gyanánt a gonococcust kell felvenni. Az ajánlott gyógyszerek közül strychnin intravenásan, physostigmin atropinnal használnak bizonyult és valószínű, hogy mindaddig, míg az anatómiai restitutio legalább részben helyre nem áll, a vezető köteg funkciójának javulása sem várható.

Paunz Lajos: Szöveti változások a His-kötegben vezetési arhythmia esetében.

A His-köteg kórszövettanára vonatkozó rövid áttekintés után bemutatja két eset szöveti képét. Az egyik esetben, a melyben az életben részleges pitvar-kamarai dissociatio állott fenn, a szöveti vizsgálat diffúz és körülírt lymphocytás infiltrációt, valamint kisebbfokú hegesedést talált az izomrostok sorvadásával és pótló zsírszövet-felszaporodással a köteg főtörzsének közvetlenül a Tawara-csomó előtt fekvő részén. A másik esetben, melyben az életben teljes pitvar-kamarai dissociatio volt megállapítható, mikroszkop alatt a jobb főág részleges és a bal főág teljes heges megszakítása mutatkozott. A talált elváltozásokat mindkét esetben a fennállott coronariasclerosisra kell visszavezetni.

Angyán János: A két bemutatáshoz együttesen szól: 1912-ben tartott előadásában demonstrálta a vezetékes zavarok néhány klinikai esetét, electrocardiogramját, valamint a kórszöveti képeket. Figyelmeztet arra, hogy a lobos eredetű vezetékes arhythmia-kban nemcsak az atrioventricularis köteg betegszik meg, hanem a szív specifikus izomrendszerének pitvari részében is észlelhetők hasonló gyuladós elváltozások. A bemutatott klinikai esetekben nemcsak a pitvar-kamarai vezetés zavara, hanem a pitvari electrocardiogramm rendellenessége is észlelhető, a mely kifejezője lehet az itt bekövetkezett működési zavaroknak.

Dollinger Béla: Világrahozott orsócsont-ficzamodás.

A bemutató az I. sz. sebészeti klinika testgyógyászati rendelésén két betegén világrahozott orsócsont-ficzamodást észlelt. A bemutatott Röntgen-képeken ezen oldalsó orsócsont-ficzamodások jól láthatók. Az összes Röntgen-képeken feltűnő a kificzamodott izvégek fejletlensége, illetőleg túltengése, a minek valószínűleg a működésből kikapcsolódott csontok inaktivitása az oka. A bemutató hosszabban fejtegeti e körkép kóroktanát és az egyik betegének kétoldali orsócsont-ficzamodását intrauterin fejlődési zavar következtében keletkezettnek, a másik betegének egyoldali orsócsont-ficzamodását viszont Little-kóros eredetűnek tartja. E körkép kórboncztanának fejtegetése közben a bemutató hangsúlyozza, hogy eddig mindössze 62 világrahozott orsócsont-ficzamodás van leírva. Az ízületi működés szempontjából fontos, hogy elülső és hátulsó ficzamodásoknál a rendkívül túlnőtt orsócsonti izvég erős akadály lehet. A bemutatott két betegén működés-zavar nem állott fenn és így gyógykezelésre szükség nem volt.

Verebély Tibor: Többszörös gyomorfekély.

A gyomorfekély többszörös volta kórboncztanilag és klinikailag gyakran észlelt jelenség: sebészek a gyakoriságát 2–40%-ra becsülik. Kettőnél több fekély, illetve heg jelenléte azonban igen ritka, saját 349 operált fekély-esete közül ez az első.

Az 55 éves asszony súlyosan leromlott állapotban az inoperabilis gyomorrák klinikai és Röntgen-tüneteivel jött a klinikára, a hol helybeli érzéstelenítéssel gyomor-bélszájadék készítése céljából került műtetre. A műtét többszörös fekélyt derített ki; a fekélyek közül az egyik kérges penetráló fekély az elülső hasfalba, a bal egyenes hasizom külső szélén, a másik ugyancsak kérges, a hasnyálmirigy farkába fúródott át, a harmadik körkörös heg pedig csaknem átjárhatatlanságig szűkítette a pylorust. A gyomornak a három fekély közé eső $\frac{2}{3}$ részét kiirtotta s a cardialis csontot összevarrta a mozgósított duodenummal. A beteg zavartalanul gyógyult.

Az eset kapcsán visszatér *Bálint* tanárnak 1918 márciusában a gyomorfekélyről tartott előadásához fűződő vitára s kiegészíteni kívánja akkor körvonalozott álláspontját. A gyomorfekély műtétének javalatait most is a heges szűkületben, átfúródásban, csillapíthatatlan vérzésben és a kérgesedésben látja, a mely utóbbit egyenértékűnek tartja a belgyógyászati kezeléssel való daczolással. A műtét eljárások válogatásában azonban lényegesen radikálisabb lett, a mennyiben, leszámítva a heges szűkületet, a melynél a gastroenteroanastomosist tartja javaltnak, a többi esetben lehetőleg a gyomorfekély kimetszését végzi. A műtét összhalálozás, daczúra az ilyen műtétek behatóbb voltának, megmaradt 10,2%-nak, vagyis olyan, mint a régiek, egyszerűbb beavatkozások idején.

Bálint Rezső: Az ulcusról tartott előadása óta szerzett tapasztalatai nem ingatták meg akkori véleményét. Azóta is számos esetben tudta sorozatos Röntgen-képeken kimutatni az ulcus-fészkek eltűnését s a folyamat gyógyulását. Természetesen nem lehet itt anatómiai gyógyulásról szólni. Ilyen talán nincs jelen, de az ulcus klinikailag, illetőleg Röntgen-képen kimutatható elváltozásai eltűnnek, a beteg jól érzi magát, fájdalmai megszűnnek, étvágya visszatér, egyszerű munkabíróvá lesz, vagyis gyakorlati szempontból meggyógyul. Ez eredmények tehát, melyeket újabban a külföld is nagyon értékelt, igen kielégítőek. Ezzel ellentétben a műtét még *Verebély* tagtárs biztos kezében is 10–12% halálozással jár, viszont más külföldi statisztikákban a műtét halálozás 20–25%; másfelől az ulcus-dispositio sem gyógyítható meg a műtéttel. Ez az oka, hogy még a szerencsés műtét sem biztosítja a beteget ulcusa kiújulása ellen, a mit szintén számos tapasztalata igazol. Álláspontja tehát továbbra is az, hogy az ulcusokat, még a callosus, illetve penetráló ulcusokat is, a meddig csak lehet, belgyógyászatiilag kell gyógyítani.

Verebély Tibor: A fekélyek kezelését illetőleg a különbség nézete és *Bálint* nézete között minimalis. Mint említette, callositas esetében akkor operál, ha a fekély a belgyógyászati kezelései daczol. Hangsúlyozza azonban hogy a belgyógyászati kezelés nem jelent egyúttal anatómiai gyógyulást. Ennek igazolására felemlíti két esetét, melyekben fekély-átfúródás miatt végzett műtétet; mindkét beteg belgyógyászati kezelés után gyógyultnak volt minősítve s mindkét betegben a gyógyultnak való elbocsátás napján perforált a fekély. Recidívái a régi sorozatból (egyszerű gastroenteroanastomosis) származnak. Ha lehetőség szerint a pylorust is reszekáljuk, az eredmények is megfelelően jobbak.

Verebely Tibor: Calcinosis interstitialis.

A szervezet mész-anyagforgalmának azon zavarai, melyek a szervezet nagy mérszartályában, a csontrendszerben, a mész megkevesbedésével járnak (osteomalacia, osteopsathyrosis), belső secretiós betegségek. Ezekkel szemben a rendszeri hypercalcinosisnak egyetlen képviselője a calcinosis interstitialis, melynek ezidőszert a világirodalomban 20 esete ismeretes; egy idetartozó igen jellemző esetet kíván bemutatni.

A 9 éves fiúcska myositis ossificans körjelzéssel került a bemutatáshoz. Tekintettel azonban a meszlerakódások helyére (két hónalj, bal térdárok és csomb hátulsó felszine), tekintettel a betegség lefolyására, a meszesedés helyéről vett próbakimetszés szövettani vizsgálatára és a betegen később szükségessé vált nagyobb műtét leletére, a körjelzést calcinosis interstitialisra tette. A kórfolyamat lényege az, hogy az izomközi hézagokban a perineuralis, perivascularis, peritendinosus laza kötőszövetben és a nagyobb zsírpárnákban alakatlan phosphorsavas mész rakódik le. Ez a mész részben pépszerű marad, részben merev, törékeny pánczéllá lesz, részben pedig tejfelszerű folyadékká emulgeálódik. A folyamat feltartóztathatatlannal megy előre, hogy azután bizonyos fokon megállapodjék, vagy pedig halálos cachexiát okozzon.

Kétségtelen, hogy a szervezet mészanyagcseréje van megzavarva, de ezidőszert tisztázatlan kérdés, hogy a vér mészoldó képessége, a szervezet mészkiürítő képessége, vagy a kötőszövetnek mészkötő hajlamossága változott-e meg. Közelfekvő a gondolat, hogy a változást a belső secretiós szervek együttműködésének valamelyes zavara idézi elő.

IRODALOM-SZEMLE.**Lapszemle.****Sebészet.**

Az **ulcus duodeni** kezelésére vonatkozólag szerzett tapasztalatait *Haberer* innsbrucki tanár a következő pontokba foglalja össze: 1. A tapasztalatok azt bizonyítják, hogy az ulcus duodeni-eseteknek oly nagy százaléka nem mutat hajlamot a gyógyulásra, hogy nem érdemes hosszabb ideig kísérletezni a belső kezeléssel, annyival is inkább, mert a beteget állandóan fenyegeti a fekélynek a szabad hasürbe való áttörése, vagy pedig halálos vérzés egy arrodált érből. A műtét után gondos belső kezelés szükséges, mert a rendelkezésünkre álló műtéti eljárásokkal csak a fekélyt távolítjuk el, az ulcus-dispositióra, valamint az ulcust kísérő megbetegedésére a gyomornyálkahártyának ellenben természetesen semmiféle befolyást sem gyakorolhatunk. 2. Legjobb műtéti eljárás a fekélyes duodenumrészt resectiója. 3. Ha a fekély helyzete vagy a mélyebb epeutakhoz való viszonya miatt nem távolítható el, gastroenterostomia végzendő. 4. A pyloruskirekesztés sem az eredeti alakjában, sem a későbbi módosításaiban nem ajánlható, mert a műtét sikerét nagyon gyakran semmisíti meg ulcus jejuni pepticum fejlődése. 5. Az egyszerű gastroenterostomia és a pyloruskirekesztés eredményei sokkal kedvezőlenebbek, mint a resectióéi, mert a visszamaradt pylorus fokozza a dispositiót ulcus jejuni fejlődésére, főleg ha a kirekesztés egyoldali volt. (Therap. Halbmonatsh., 1920, 22. füz.)

Ulcus duodeni eseteiben *Finsterer* a gyomor felének resectióját végzi, a mivel a hyperaciditas csökkenését és ulcus pepticum fejlődésének megállítását éri el. Magát a duodenumot csak acut vérzés esetén reszekálja és azokban az esetekben, a melyekben veszély nélkül történhetik az meg. 118 esetben végezte a duodenum és a fél gyomor resectióját 5% halálozással; az utóbbi 2 évben végzett 71 resectio mortalitása csak 1.6% volt; 63 esetben 1—5 év telt el a műtét óta, közülök csak 4-ben vannak csekély panaszok, de nem a gyomor részéről. 37 esetben a duodenum resectiója nagy veszéllyel járt volna; ezekben az esetekben a gyomor legalább fele részének resectióját végezte a pylorus nélkül; a halálozás 2.7% volt; a pylorusnak a reszekált részbe belevétele az ulcus közelsége miatt veszélyes; 8 ilyen esete közül 2 volt halálos s azért most már sohasem veszi be a pylorust a

resectióba. A második csoport 37 esete közül 23-ban telt el már 1—5 év a műtét óta; 20 teljesen jól van, 2-nek vannak mérsékelt panaszai (1 cholelithiasis és 1 vérzés meglévő májcirrhosis mellett) és csak 1-nek vannak időnként erős fájdalmai (röntgenologice a duodenum retrograd telődése). A műtétet a szerző mindig vezetéssel anaesthesiában kezdi, 75 esetben ez elegendő volt, 91 esetben aethert is kellett adni, még pedig 40 esetben 50 cm³-nél kevesebbet és csak 4 esetben 150 cm³-nél többet (3 órás műtétek). (Gesellschaft d. Aerzte in Wien, 1920 november 19.-i ülés.)

Gyermekorvostan.

A **hólyaggörcs és kezelése** címen *O. Schwarz* és *R. Wagner* tetania két érdekes esetét közli. Egy négyéves fiugyermeken eklampsia utáni vizeletretentio volt az egyetlen jele a tetaniának, a másik esetben másfél éves leánykán tetania manifesta kapcsán jelentkezett az incomplet retentio. Az első gyermekeken a 13., a másikon a 3. napon alkalmazott egyszerű intravenás afenil-injectio (10%-os calciumchlorid-húgyanyagoldat) után rendszeres vizeletürülés indult meg és a második esetben fennállott carpopedalspasmus is eltűnt. A vizeletretentio okát a sphincter vesicae harántcsikolt izomzata görcsében látják a szerzők. (Wiener klin. Wochenschrift, 1920, 28. szám.)
Bakay Emma dr.

Bőrbajok.

A **pitralonról** közli tapasztalásait *Hahn* és *Hanemann* (Bremen). A háborúban és az azt követő időben óriási mértékben elharapódzó trichophytiasis ellenében használt szerek és eljárások száma legio. Az eddigi eredmények azonban még mindig nem kifogástalanok s így indokolt, hogy új szereket kipróbáljunk. A pitralon is ily új gyógyszer, melyet *Kehrer* állított elő. A pitralon a pitralnak (tűlevelűkátránykészítmény) halogenezett szénhidrogénekkel való vegyülete, világos-sárga, kellemes szagú folyadék. A szer erős desinfiáló erővel bír, lobellenesen hat s az epidermisen s írhan könnyen hatol keresztül. A pitralonnal való kezelés úgy megy végbe, hogy a beteg bőrterületeket naponként 3—6-szor a gyógyszerbe mártott vattával 2—5—10 percig alaposan bepacsomagoljuk. Kötésre szükség nincsen. A gyógyulás, gyuladás, viszketés és beszűrődés csökkenése már igen hamar beáll. A borotválást lehetőleg kerülni kell, a beteg a szakálát csak nyíratja. A szerzők 250 trichophytiasisos beteget gyógyítottak pitralonnal s csaknem valamennyi esetben jó eredményt értek el. Nagy beszűrődések meleg borogatásokat is igényelnek. Ugyancsak jó eredménnyel használható az új szer pyodermiák, genyes ekzemák s impetigók ellenében is. (Münchener mediz. Wochenschr., 1920, 32. sz.) *Guszman*.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Bélgümőkór eseteiben *W. Neumann* szerint kedvező hatású a calcium chloratum 10%-os oldatának intravenás befecskendezése 10 cm³ mennyiségben. Hatása egy hétig szokott tartani, a mikor is megismétlendő a befecskendezés. Természetesen nem gyógyítja meg a betegséget, de sok szenvedéstől szabadítja meg a beteget. (Münchener med. Wochenschrift, 1920, 45. szám.)

Vegyes hírek.

Sajnálattal értesítjük tisztelt előfizetőinket, hogy január 1.-étől lapunk előfizetési díja egy évre 200 korona lesz. Nem szorol indokolásra ez az emelés; laptársaink különben is már fél évvel ezelőtt kénytelenek voltak rátérni erre az útra. Nagyon kérjük régi barátainkat, hogy a remélhetőleg már nem sokáig tartó rossz időkből lapunktól a támogatásukat ne vonják meg. Lapunk 1919. évi címlapját és tartalomjegyzékét, amelyet mindeztől nem készíthettük el, mai számunkhoz mellékelve küldjük szét. Az 1920. évi címlap és tartalomjegyzék az új évfolyam 1. vagy 2. számához mellékelve lesz szétküldve.

A népjóléti királyi ministerium december 2.-án kelt rendelete szerint a köztisztviselők egészségi állapotának megvizsgálásáért és arról bizonyítvány kiállításáért a régi 4 kor. helyett ezentúl 20 kor. díj szedhető.

A „Fogorvosi Szemle“, a magyar fogorvosok egyesületének hivatalos közlönye, hosszabb szünet után újból megjelent gazdag tartalommal, és januártól kezdve rendszeresen meg fog jelenni havonként, *Körmöczy Zoltán* és *Szabó József* dr.-ok szerkesztésében. Az egyesület tagjai díjtalanul kapják a lapot, nem tagok részére az előfizetés díja évi 150 korona.

A porosz tartománygyűlés november 24.-én elfogadta azt a törvénytervezetet, a mely szerint az államhivatalnokok 65 éves korukban, a bírák és főiskolai tanárok pedig 68 éves korukban nyugdíjazandók.

Az egyetemi hallgatók száma Németországban a legutóbbi nyári félévben 88.000-ról 85.000-re csökkent; ezzel szemben a technikai főiskolák hallgatóinak száma 18.600-ról 19.890-re emelkedett. Az orvostanhallgatók száma 19.235-ről 18.319-re esett, de még mindig nagyobb volt, mint a háború előtti utolsó félévben (16.048). Nagyon megszorodott a fogászatot tanulóknak a száma: 976-ról 4723-ra emelkedett.

Balneologiai szaktanfolyamot létesített a népjóléti ministerium. A tanfolyam célja, hogy az arra felvett hallgatók a forrástelepek berendezésében, az ásványvízkezelésben és részben a fürdőtelepek berendezésében és vezetésében is elméleti és gyakorlati alapon kiképeztesenek oly mértékben, hogy források vagy fürdővállalatok önálló kezelésére és esetleg megfelelő közszolgálati alkalmazásra képesítve legyenek. A felvétel a következő feltételekhez van kötve: magyar állampolgárság, erkölcsi megbízhatóság és legalább középiskolai vagy kereskedelmi képesítés. Előnyben részesülnek a felvételnél: forrás- és fürdőtulajdonosok és ásványvízkereskedők; azok, a kik e pályán huzamosabb időt töltöttek; hadviselt okleveles technikai szakemberek, gyógyszerészek, vegyészmérnökök, építés- és gépészmérnökök, geológusok, okleveles gazdák, a volt fumei kiviteli akadémia és a budapesti kereskedelmi akadémia hadviselt diplomás hallgatói, orvosok korlátolt számmal. Ugyancsak korlátolt számmal rendkívüli hallgatók is felvehetők; utóbbiak vizsgát nem tehetnek, tehát bizonyítványt nem kapnak. A kiképzés a kolozsvári egyetem közegészségtani intézetében (Budapest, II., Szegényház-utca 36) fog történni. A tanfolyam díja rendes hallgatóknak 200 korona, rendkívülinek 400 korona, a mely alól indokolt esetekben felmentésnek van helye; menekült forrás- és fürdőtulajdonosok és alkalmazottak a tandíj fizetése alól kérvényezés nélkül is felmentetnek. A tanfolyamon résztvevőknek joguk van, de nem kötelesek a tanfolyam végeztével vizsgát tenni; a vizsgát díja 200 korona, a mely alól csak különösen méltánylandó esetekben lehet felmentésnek helye. A vizsgának jó eredményvel letévése feljogosít az „államilag képesített forrás- és fürdőkezelő“ cím használatára. A tanfolyamra felvétel iránti kérvények a tanfolyam díjával együtt december 30.-áig nyújtandók be a népjóléti ministerium fürdőügyi osztályában (Királyi palota, I. sz. kapu, III. em., 10. sz.) hétköznaponként 12-1 óra között, lehetőleg személyesen. A tanfolyam megtartásának idejét a felvettekkel kellő időben tudatni fogják.

Kötszersterilisator (autoclav), pantostat vagy hasonló gyártmány, mikroszkop használt állapotban is, megvételre kerestetik. Ajánlatok „Autoclav“ jelűre „Petőfi“ Irodalmi Vállalathoz, VII., Kertész-utca 16. szám.

A kérdőívek

mind
expediáltattak!

Szíveskedjék esetleg reclamálni és készséggel küldünk ívet. — Minden előfizetőnek jár az ingyenes négyfüzetes Orvosi Zsebnaptár, mely maga is 80 koronát megér!

Az Orvosi Évkönyv
szerkesztősége
Budapest, VII., Kertész-u. 16.

Mindennemű physikalisk gyógyító eljárás a néhai **Zander-gyógyintézetben.** Gyermekeknél, Testegyesítés, Soványítás.
Dr. Reich Miklós-féle
Igazgató-tulajdonosok: Dr. Melha Armand, Dr. M. né Hilf Paula, Dr. Mandler Ottó.
IV., Semmelweis-u. 2. Telefon: József 4-12. Két lift

ISTVÁN-ÚTI COTTAGE-SANATORIUM BUDAPEST, HUNGÁRIA KÖRÜT 9. (István-út végén.)

Sebészet, szülészeti és nőgyógyászat, ideg- és belgyógyászat. Orthopaediai és physikalisk gyógymódok osztálya. Vizsgyógyintézet. Röntgen-laboratorium. Hízó- és soványító kúrák
Telefon: József 95-08 és József 42-13.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma IV., Párisi-u. 4. Telefon: József 104-22

Kacsokovics Üdülő-Pensio. Mátyásföld, Rákóczi-út 4.
Hízókúrák, tejkúrák, vizgyógykezelés. Vezető-orvos: Dr. Berczeller István.
Télen-nyáron nyitva.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest
A régi nagyhirű 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. Benzúr Gyula, egyet. magántanár.
Inhalatorium: dr. Tóvölgy Elemér, egyet. m. tanár.
Gépgyógyászat: dr. Erdős Géza.
Röntgen-laboratorium: dr. Simonyi Béla.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete
I. ker., Lenke-út. Telefon: József 83-21. szám.

Dr. JAKAB-féle LIGET-SANATORIUM

VI., Nagy János-utca 47. szám. Diéta, diagnostikai és physiothera-
piás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Vegyi és bakteriologial
laboratoriuma külső vizsgálatokat is rendszeresen végez. Vizsgyógyintézet, inhalato-
rium Zander-féle gyógyszermechanikai osztály bejáró betegek részére is.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-,
nap- és légkúrák. Teljes ellátás
orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel
együtt napi 85 cseh kor.-tól kezdve.
Prospektussal és bővebb felvilágo-
sítással szolgál útlel-ügyben:
Ingatlanbank, Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 17. szám.

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

FŐVÁROSI FASOR SANATORIUM magán
gyógyintézet
sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Budapest,
VII., Városligeti fasor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. Kende Zsigmond orvosi laboratoriuma Budapest, V., Szent István-
tér 15. (Basilika mellett.) Telefon: 139-54.

Dr. Forbát bakteriologial, serologial és vegyi orvosi laboratoriuma
VI., Teréz-kő-út 22. / Telefon 101-02

HIRDETÉSEK.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete
a magyar állami serumtermelő intézet szétkülö osztálya.
Himlőnyirok **Serumok**
Budapest, IV., Eskü-út 6. Klotild-palota.
Ez előtt II., ker. Mar-it-körut 45. Új telefonszám 58-97.

Telefon: J.3-92. **ELEKTRO-
RÖNTGEN** és **MEDIKAI
FELSZERELÉSEK**
MINDENFÉLE KIVITELBEN RAKTÁRRÓLKAPHATÓK

LÜDERS ÉS KANIS

Röntgen és elektromedikai műszaki vállalat
Budapest, VIII., Hunyadi-utca 4. szám.
E. REINER u. Comp. WIEN, Ing. LEO EHMANN WIEN
magyarországi képviselte.

