

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Mansfeld Géza: Antagonismus és therapia. 705. lap.

Ország Oszkár: Közlés a III. sz. belklinikáról. (Igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. tanár.) Vérelváltozások tabesben. 707. lap.

Steiner Pál: Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.) Adatok a Freyer-féle prostatektómia kérdéséhez. 708. lap.

Csiky József: Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A myasthenia gravis pseudoparalyticáról és a vele kapcsolatosan kimutatható izomelváltozásokról. 710. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló ismertetés. Hainiss Géza: A táplálkozási zavarok és az ezek folyamán jelentkező intoxicatio. A Finkelstein-Meyer-féle fehérjetej. — Lapszemle. Belorvostan. Treupel: A pneumothoraxról és orvoslásáról. — Idegkórta. Lévi: Az idegrendszer az idült csúzban. — Venerés bántalmak. Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. — Orr-, torok- és gégebetegségek. Ponthière: A chorea naso-pharyngealis eredete. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hallervorden: Pantopon. — Porten: Szer delirium tremens ellen. — Hirschberg: Aperitol. 712—717. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 717. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 717. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 718—719. lap.

Melléklet. Dr. R. Scheuble és Dr. A. Hochstetter, kémiai gyárának „Novojodin” című prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Antagonismus és therapia.

(Magántanári próbaelőadás.)

Irta: Mansfeld Géza dr.

Már igen régóta ismeretes, hogy számos méreg hatását más mérgekkel meg tudjuk szüntetni. Ámde a mérgek antagonismusának lényegét csak akkor sikerült felismernünk, a mikor a pharmacologia oly módszerek birtokába jutott, a melyek alkalmasak voltak arra, hogy kellő pontossággal megállapítsuk a mérgek támadás-pontját a szervezetben. A méregantagonismusok lényegének felismerése lehetővé tette, hogy különválasszuk az antagonismusok különböző fajtáit egymástól, hogy megismerjük azokat a mérgeket, a melyek ellentétes hatása csupán látszólagos, és azokat, melyek a szervezetben egyugyanazon szervben hatnak, egymás hatását tehát valóságban meg tudják szüntetni. E vizsgálatok, melyekről ma be fogok számolni, nem csupán physiologiai ismereteinket gyarapították, felderítve szervezetünkben normálisan meglevő antagonista-folyamatok egész sorát, hanem új teret nyitottak pharmacotherapiái törekvéseknek is, mert hiszen a therapia alapja tulajdonképpen nem más, mint az az antagonismus, mely beteg szerveink funkciói és bizonyos gyógyszerek hatása között fennáll.

Első sorban is az antagonismus különféle alakjait kell egymástól külön választanunk és tisztába jönnünk azzal, hogy mikor szólhatunk valóságos antagonismusról. Számos esetét ismerjük ugyanis annak, hogy valamely méreg okozta elváltozást, különösen, ha az csak functionális, meg tudunk szüntetni valamely más méreggel, és ilyenkor rendszerint készek vagyunk a két mérget antagonista tulajdonságokkal felruházni, holott esetleg a két méreg között physiologiai vonatkozás nem is áll fenn.

Igy például nem tekinthetjük antagonista-nak mindazokat a mérgeket, a melyeknek antagonismusuk azon alapszik, hogy egymással kémiai vagy fizikai vonatkozásba tudnak lépni. Mert ha két anyag egymással egyesülve mérgező tulajdonságait elveszti és mi ezt a kémiai reactiót a szervezeten belül létesítjük, akkor világos, hogy nem a

mérgezést, nem a már kifejlődött betegséget szüntetjük meg, hanem a mérget fosztjuk meg mérgező tulajdonságaitól. Egy savmérgeztet alkáliakkal csupán akkor tudunk az életnek megmenteni, hogyha módunkban van a még támadásra készülő savat ártalmatlanná tenni, és az életmentés feltétele éppen az, hogy az a savmennyiség, mely hatását már kifejtette, nem volt elegendő ahhoz, hogy az életet kioltsa. De a sejteknek azt az elváltozását, a mit a sav már okozott, helyreállítani alkáliakkal többé nem tudunk. Ennél az antagonismusnál maga a szervezet teljesen passiv viselkedik, tehát pharmacologiai értelemben ez a kémiai antagonismus csak látszólagos.

Ugyanígy tudjuk a mérgezések nagy számát megakadályozni: így hat a cholesterin saponinokkal szemben, a fehérjék marófémmérgek ellen, Ca-sók oxalsav ellen stb., a hol azonban sohasem betegséget gyógyítunk, hanem magát a mérget tesszük ártalmatlanná. Hogy az antagonismusnak ez a módja, ha el is tekintünk direkt toxicologiai értékétől, practice milyen fontos, azt mindenki belátja, a ki tudja, hogy a fertőző betegségek therapiájának legfőbb törekvése éppen az, hogy a kór okát — akár bakteriumot, akár toxint — mérgező képességétől fosztsa meg, ártalmatlanná tegye, még mielőtt káros hatását kifejti.

Ámde a therapiának másik nagy feladata az, hogy bizonyos szervek functionális elváltozását állítsa helyre, már meglevő betegséget szüntessen, és tulajdonképpen csupán ez az, a mit joggal nevezünk gyógyításnak. Nem tagadható, hogy ne ismernők a gyógyítás e módjának néhány sikeres példáját. A renyhe bélperistaltikát mérgekkel fokozni tudjuk; az idegrendszer izgalmát bódítókkal csökkentjük; a lázat antipyreticumok megszüntetik. De csaknem valamennyi esetben a gyógyítás ez a módja csupán a végeredményt tartja szem előtt és joggal nevezzük tüneti kezelésnek. A therapiának ez a ma még végtelenül fontos tényezője azonos a méregantagonismus azon második alakjával, mely oly mérgek között áll fenn, melyek egymással kémiai vonatkozásba ugyan nem lépnek, de hatásukat nem is egymás ellen a mérgezett szervben, hanem két teljesen különböző helyen fejtik ki. Tehát egyik méreg a másiknak hatását nem is szüntet meg, hanem csak elpalástolja. Így a mikor például valamely állat gerinczagyát strychninnel mér-

gezzük és az tetanusos göresöket kap, akkor a göresöket megszüntethetem az által, hogy kurarával bénítom az összes motoros idegvégeket, a nélkül persze, hogy ez által a strychnin hatását szüntetem volna meg. A kurarával egyszerűen csak *elfedtem* a strychnin hatását, a mit elérhettem volna úgy is, hogy az összes elülső gyökereket átmetszem. Vagy a mikor chloralhydrattal a vasomotor-központot bénítom és a vérnyomás süllyed, akkor ezt eredeti magasságára kényszeríthetem akár úgy, hogy adrenalinval a vasoconstrictorvégződéseket izgatom, akár úgy, hogy a has-aortát lekötöm. Praktice természetesen ez a látszólagos antagonizmus igen fontos, gyakran életmentő lehet, és bár az antagonizmusnak ezt az alakját találjuk meg a klinikai therapiában leggyakrabban, tudományos érdeklődésünket elterelik az antagonizmus oly alakjai, melyek jogos reményeket ébresztenek bennünk az iránt, hogy igenis sikerülni fog bizonyos szervek functionális elváltozásait gyógyszerrel megszüntetni, *vagyis magát a beteg sejtet normális functionára bírni*. Hogy mérgek okozta betegségekben ez mi módon lehetséges, azt a következőkben fogom elmondani.

Első sorban az antagonizmusnak egy különös fajtájáról, az úgynevezett szervi antagonizmusról kell megemlékeznünk, a melynek mechanizmusát akkor értjük meg, hogyha megismerkedünk előbb azokkal az antagonista-folyamatokkal, melyek normálisan küzdenek egymással szervezetünkben. Az utolsó években különös mértékben fordult az érdeklődés a peripheriás idegrendszer ama része felé, a mely az akaratunktól függetlenül működő szerveinket innerválja. A vegetatív idegrendszer, mint ismeretes, oly idegekből áll, melyek a központot elhagyva, nem szakadatlanul haladnak a peripheriához, hanem mind kivétel nélkül egyszer valamely ganglionban megszakítást szenvednek, tehát egy prae- és egy postganglionaris neuronból állanak. Az egész vegetatív idegrendszert anatómiai, főleg azonban pharmakochemiai okokból 2 részre, az autonóm- és a sympathicus-idegrendszerre osztjuk. A sympathicusidegek magából a gerincevelől erednek az I. thoracalis és IV. lumbalis segmentum között és a határköteg ganglionjain keresztül haladva jutnak a peripheriához. Az autonómidegek a közép- és hátulsóagy, valamint a sacrális gerincevelől eredve, a n. oculomotorius, vagus, facialis, glossopharyngeus és n. pelvicius törzseivel közösen haladva látják el a mirigyeket, szívet, vérerekét és sima izmokat. A sympathicus innerválja az akaratunktól független összes szerveket, de csupán egy szervben, a verejtékmirigyekben egyedüli ura a helyzetnek. Minden más szervben, legyen az mirigy, sima izom vagy vérér, kénytelen uralmát megosztani autonóm idegekkel, még pedig mindenütt, az egyetlen iris kivételével, egy és ugyanaz a *vég szerv* az, a mely e kettős innervációnak van alávetve. Ámde az autonómidegek szerepe nem az, hogy a sympathicust munkájában segítse, támogassa, hanem éppen ellenkezőleg, a kétféle ideg között folytonos ádáz harc folyik a szervezetben. Mindenütt, hol a sympathicus valamely izom tonusát fokozza, az autonóm *ugyanazon* izom tonusát csökkenti; a sympathicus accelerans a szívet sietteti, az autonóm vagus lassítja; a n. pelvicius a hólyagot contrahálja, a hypogastricus ellazítja; a vagus izgalma gyomor és bélmozgást hoz létre, a splanchnicus a bél gátlóidege és így megy ez végig az összes vegetatív szerveken.

Ez az antagonista innervatio, melynek physiologiai és pathologiai jelentőségét mindjárt látni fogjuk, alkotja annak alapját, hogy különböző mérgekkel vegetatív szerveinket ellentétes működésekre tudjuk kényszeríteni.

A vizsgálatok ugyanis kiderítették azt, hogy a kétféle idegrendszer nem csupán functionálisan különbözik egymástól, hanem különvált pharmakochemiai viselkedésre nézve is. Ismerünk mérgeket, a melyek kizárólag a sympathicus-végződéseket támadják meg, és vannak olyanok, melyek csak autonómidegvégeket tudnak befolyásolni, a nélkül, hogy a sympathicus működését legesekélyebben is érintenék. Úgy, hogy ma valóságos sympathicus- illetve autonómidegreagensokről szólhatunk, a melyekkel felismerhetjük és különválaszthatjuk egyugyanazon szervben e különféle működési idegeket. Ismerve már most a két idegrendszer közötti antagonizmust, könnyen megértjük azt, hogy a sympathicusra és az autonóm-idegekre ható mérgek hatása között a legmesszebbmenő antagonizmust kell tapasztalunk és különböző mérgekkel ugyanazon szerv működését tetszésünk szerint tudjuk változtatni. Ha adrenalinval a szívet siettetjük, a vagust izgató pilocarpin azt meglassítja. Ha az oculomotorius-

végeket izgató physostigmin a pupillát szűkíti, a sympathicust izgató adrenalin vagy cocain mydriasiszt okoz. Muskarin vagy cholin beadását fokozott bélperistaltica követi, a splanchnicus-végek izgatása adrenalinval azt megszünteti. Mindenütt, hol ez antagonista innervációval találkozunk, a mérgek két csoportjának ellentétes hatását konstatáljuk és ez megadja a lehetőségét annak, hogy vegetatív szerveink működését kormányozzuk. De ennek a lehetőségnek igazi jelentőségét nem annyira pharmakologiai, mint inkább physiologiai téren találjuk meg, a mire egész röviden rá kell mutatnom.

A kétféle idegrendszer chemiai viselkedésében legszembeötlőbb az, hogy a differenciálódás éppen csak az idegvégződésekre terjed ki. Sem az idegtörzsek, sem a praeganglionaris neuronok végződése között ilyen különbséget nem látunk, mert ezek valamennyien, akár sympathicus, akár autonóm eredetűek, bizonyos mérgekkel, mint például nicotinnal szemben teljesen egyformán viselkednek. Az, hogy a chemiai különválás a *végkiszülékekben* fejlődött ki, arra enged következtetni, hogy a vérben keringő anyagok, az úgynevezett véringerek azok, melyek a vegetatív idegrendszer adaequat ingereiként szerepelnek. Hogy az antagonista innervatio biologiai jelentősége nem abból áll, hogy a szervezetre nézve idegen anyagok, mint pilocarpin vagy cocain, hatásukat az imént elmondott módon kifejthessék, az több mint bizonyos. De az utóbbi évek vizsgálataiból tudjuk, hogy bizonyos szervek működése közben olyan anyagok keletkeznek, melyek a vér közvetítésével más szervekbe jutnak és azok működését vagy fokozzák, vagy gátolják.

Az egymástól távol eső szervek közötti coordinatio sok esetben a központi idegrendszer megkerülésével chemiai úton történik és hogy ezek a véringerek (hormonok) a szervek functióit akár gátolják, akár serkentőleg tudják befolyásolni, az éppen vegetatív szerveink e kettős innervációjából értelmezhető meg. A *peripheriás idegrendszer chemiai differenciálódása az a berendezés, a mely bizonyos szervek együttműködését biztosítja*. Még inkább fokozódik érdeklődésünk ez antagonista innervatio iránt, ha meggondoljuk azt, hogy a belső secretiós mirigyek működése között mind több és több antagonizmust ismertünk meg az utóbbi időben és hogy éppen e mirigyek hatékony alkotórészei között találjuk meg azokat az anyagokat, melyek különös affinitással bírnak a vegetatív idegrendszer iránt. A mellékvese két ható anyaga közül az adrenalin a sympathicus-végkiszülékek leghatalmasabb izgatója, míg a másik a cholin, az összes autonóm idegeket izgatja. A pajzsmirigy fokozott működését olyan tünetcsoport követi, melyet sympathicus-idegek izgatásával tudunk utánozni. Már e néhány példa elegendő, hogy a peripherián lejátszódó antagonista innervatio physiologiai és pathologiai jelentősége szembeötljön és hogy belássuk azt, hogy a mérgek között fennálló e szervi antagonizmus új therapiai feladatoknak irányát jelöli meg.

Az antagonizmusnak ez a fajtája, a melyről éppen szóltam, nem az egyedüli, a melylyel szervezetünkben találkozunk. Itt azt láttuk, hogy a két mérge, a mely ellentétesen hat, nem ugyanazokat az idegelemeket támadja meg; hogy mégis ugyanabban a vég szervben folyik le az antagonizmus, annak magyarázata éppen a vegetatív szervek kettős innervációjában rejlik. Sokkal nehezebb megérteni az antagonizmusnak azt az alakját, a melyben két mérge egyugyanazon sejt meghódításáért vetélkedik. Természetesen itt is a tudományos érdeklődést azok a mérgek kötik le, melyek egymással chemiai vonatkozásba nem lépnek, hanem mindkettő affinitással bír ugyanahhoz a sejtesoporthoz, de benne ellentétes hatásokat hoz létre. Állatkísérletek eredményéből, igaz, nem mindig könnyű meghatározni azt, hogy a két mérge támadás-pontja csakugyan azonos-e és még ma is csak aránylag kevés méregről tudjuk ezt biztonsággal megállapítani. Ámde hogy a mérgek között valóban létezik ilyen *vetélkedő antagonizmus*, azt már Nasse vizsgálatai óta tudjuk, a ki megmutatta, hogy ugyanazon fermentot különböző mérgekkel ellentétes irányban lehet befolyásolni. Így például sikerült az invertin hatását KCl-al fokozni, NH₄Cl-al csökkenteni; gátolta a ferment hatását a chinin, siettette a kurarin. Ámde Nasse azt is bebizonyította, hogy az ellentétes hatású mérgek kölcsönösen meg is tudják szüntetni egymás hatását, tehát valósággal közömbösítik egymást, a nélkül persze, hogy köztük bármiféle chemiai affinitás vagy fizikai vonatkozás volna.

Az antagonizmus ilyen tökéletes alakjával a szervezetben belül is találkozunk. Tudjuk, hogy a pilocarpin az összes autonóm-ideg-vegeket izgalomba hozza és az atropin ugyanazokat az ideg-elemeket bénítja. Ennek következtében a pilocarpin valamennyi hatását: a miósiszt, pulsusgyérülést, peristaltikát stb. mind meg tudjuk szüntetni atropinnal, és ismeretes, hogy viszont az autonóm végek atropinos bénulása megszüntethető pilocarpinnal. A kurarával bénított motoros idegveget restitúálhatjuk physostigminnel és a vasoconstrictor-vegeket nitrítékkal bénítva megszüntetjük az adrenalin okozta vérnyomásemelkedést. A máj sympathicus-idegeinek izgalmat követő hyperglycaemiát és diabetest meg tudjuk szüntetni ergotoxin-nal, mely ugyanazokat az idegvégződéseket bénítja. Itt nem különböző idegek mérgezése hozza létre az ellentétes funtiókat, hanem mindig ugyanazokra a sejtekre hatva, hol bénítjuk, hol izgatjuk őket. Ez egymagában azonban még nem adja meg az antagonizmus jellegét, és azt, hogy egy sejtet két méreggel különbözőképpen tudunk befolyásolni, könnyen meg tudjuk érteni. A megértésnek nehézséget azonban az ad, hogy az antagonista mérgek egymás hatását, vagyis a *sejtnak már meglévő functionális elváltozását* tudják megszüntetni. Az is még érthető volna, hogy izgalomba hozott sejtet bénító méreggel narkotizálni tudunk, de miképpen képzeljük el azt, hogy a bénult sejt, bár a narkotium változatlanul hat benne, ismét működésbe jut, ha egy izgató mérget viszünk belé?

Könnyű volna megérteni a kölcsönös antagonizmust, ha feltehetnők, hogy a két mérge egymással a sejten belül direkt egyesülni tud és így az egyik a másiknak mérgezőképességét megszünteti, mint azt a chemiai antagonizmusnál láttuk. De itt az antagonisták egymással semmiféle vonatkozásban sincsenek. Lássuk már most, hogyan tudjuk e jelenséget megmagyarázni?

Az antagonizmus viszonylagos volta arra a felvételre kényszerít, hogy mindkét antagonista ugyanazon *sejtalkotórészhez* bir affinitással és vele egyesülni tud. A vegyület, a mely ilyenkor keletkezik, lehet a sejtműködésre bénító, de ugyanaz a sejtalkotórész más méreggel egyesülve, a sejt működését fokozó vegyületet alkot. Minden esetben azonban e vegyületek csak lazák és könnyen reversibilisek, a mit látunk abból, hogy a mérgezett sejt restitúálható egyszerűen az által is, hogy tiszta, méregtelen vérrel mossuk körül. Ilyenkor a laza vegyületből a mérge a kisebb koncentrációjú hely felé, a vérbe fog diffundálni mindaddig, míg egyensúlyi állapot következik be. Ha azonban egy oly anyagot viszünk a sejtbe, mely affinitása következtében ugyanazzal a sejtalkotórészszel akar egyesülni, akkor az első mérget kell hogy helyéből kiszorítsa, és mivel a most keletkezett vegyület a sejtre ellentétes hatását, mint a milyen volt a megbontott vegyület, a sejt működése is tökéletesen helyre fog állni. Ez a mechanizmus tökéletesen megérteti velünk a reciprok antagonizmust, és hogy több mint egyszerű magyarázat, azt bizonyítja az antagonizmusnak egy igen pontosan tanulmányozott esete, mely tudniillik az O_2 és CO között áll fenn. Itt az O_2 is (mely az izgató mérge szerepét játszsza), a CO is (mely mint bénító szerepel), a vörösvérsejtek egy és ugyanazon alkotórészével, a haemoglobinnal tud laza vegyületté egyesülni és vegyületeikből egymást kölcsönösen ki tudják szorítani. Az O_2 -t CO -val könnyen, a CO -t O_2 -vel nehezen lehet kiűzni azért, mert a CO affinitása a haemoglobin iránt 200-szor akkora, mint az O_2 -é. Ezért, ha O_2 -vel a CO -t ki akarjuk űzni, több idő és több O_2 szükséges, mert ez utóbbinak csekélyebb affinitását molekuláinak számával kell pótolnunk. De ugyanezt látjuk, a mikor két antagonista mérge küzd szervezetünkben egymással. Itt is kivétel nélkül a bénító mérge az, mely nagyobb affinitással bír a sejtek iránt és azért sokkal nehezebb bódulatot, mint izgalmat szüntetni. Ez magyarázza meg azt, hogy hosszú időn át az volt a nézet, hogy tökéletes reciprok antagonizmus mérgek között nem is létezik, míg ma, hála pontos analitikai módszereinknek, ezt tagadni többé nem lehet és megértése nehézségekbe már nem ütközik.

Vizsgálati módszereink tökéletlensége az oka annak, hogy a concurráló antagonizmusnak aránylag kevés példáját ismerjük, mert egyelőre eldönteni, hogy valamely mérge mely szövetelemekre hat, csak a peripherián lehetséges. Alig lehetséges ma még helyesen megítélni a *központi idegrendszerben* lejátszódó antagonista méreghatásokat. Itt mindig számolnunk kell azzal a lehetőséggel, hogy az, a mit az izgató ellenmérge beadása után látunk, nem a bódulat megszünte, hanem egészen más központok izgalma, mely

csak leplezi a tovább is fennálló bódulatot. De a legutóbbi időben a méreghatásnak és antagonizmusnak oly fajtájával ismerkedtünk meg, a mely bár a központi idegrendszerben megy végbe, minden valószínűség szerint a valószínűs konkurráló antagonizmus fajtájához tartozik. *Meltzer* amerikai pharmacologus fedezte fel azt, hogy ha valamely állatnak $MgSO_4$ -oldatot fecskendünk bőre alá, akkor az tökéletes mély narkosisba esik. Kiderült, hogy a $MgSO_4$ e hatását, hasonlóan a többi bódító szerhez, magában a központi idegrendszerben fejti ki.

A narkosisnak ez új módja valóban meglepő volt, mert lényegét semmiképpen sem lehetett megmagyarázni a narkosisnak azzal az elméletével, mely az alkoholbódítókra nézve oly szépen bevált. Csakhamar ki is derült, hogy a $MgSO_4$ hatását egész különös módon fejti ki, és a gyógyszerhatás egy eddig ismeretlen alakjával van dolgunk. *Meltzer* felismerte, hogy a $MgSO_4$ -narkosis létrejötte annak az antagonizmusnak tudható be, mely a Mg és Ca között szervezetünkben fennáll és régóta ismeretes. A Mg ugyanis kellő mennyiségben jutva a sejtekbe, a Ca -ot belőlük kiűzi és ez az oka annak, hogy az idegsejt működés-képtelenné válik. Ma tudjuk, hogy a Mg -narkosis abban a pillanatban megszűnik, a mint az állatnak vérébe fölös Ca -sót juttatunk. Az antagonizmus mechanizmusa tehát teljesen ugyanaz, mint a minőt az O_2 és CO között ismertünk meg és a konkurráló antagonizmus biológiai jelentőségére enged következtetni az, hogy itt szervezetünk két rendes alkotórésze között folyik a harc és e harcnek kimenetele szabja meg legfontosabb szervünknek, az agyvelőnek működését.

Az antagonizmus különböző alakjait megismerve, immár külön tudjuk választani a hasznosat a haszontalantól és megláttuk azokat a módokat, melyekkel szerveink funtióit megváltoztatni tudjuk. A jövő munkája lesz, hogy azokat a principiumokat, melyeket a mérge megbetegedések gyógyítása kapcsán megismertünk, a betegágyánál sikeresen felhasználjuk.

Közlés a III. sz. belklinikáról. (Igazgató: Bárány Sándor dr., egyet. tanár.)

Vérelváltozások tabesben.¹

Irta: Ország Oszkár dr.

Ujabb vizsgálatok szerint tabes dorsalisban, paralysisben, idült syphilitis leptomeningitisben és sclerosis multiplexben a gerincevelőfolyadék nagy mennyiségben tartalmaz lymphocytákat, olyannyira, hogy gyakran zavarosnak is látszik e miatt. E vizsgálatoknak gyakorlati jelentősége a jelzett betegségek kezdeti alakjainak és a functionális neurosisoknak megkülönböztetésében juthat érvényre.

Ez adatok ismerete arra indított, hogy vizsgálatokat végezzek arra nézve, észrevehető-e eltérés a kérdéses bántalmakban szenvedők vérében is. A leggyakrabban előforduló betegség a felsoroltak között a tabes, ezért első sorban e bántalomban szenvedőkön végeztem vizsgálatokat. A betegek részben a III. sz. belklinikán, részben a Szt. István-kórházban állottak gyógykezelés alatt. A vizsgálatkor a főszlyt a qualitativ vérkép meghatározására fektettem, az esetek nagy részében a fehérvérsejtek számát s abszolút értékét, 7 esetben a vörösvérsejtek számát is meghatároztam. Vizsgálataim eredményét a tuloldali táblázatban foglaltam össze:

A vörösvérsejtek számbeli értéke, mint látható, eltérő, általában normális, illetőleg annál kevesebb. A fehérvérsejtek száma legnagyobb részben normális, ennek alsó s felső határán túl lévő értékek azonban szintén észlelhetők voltak. A fehérvérsejtek qualitativ megállapítása céljából 400—500, néhány izben 1000 sejtet számítottam össze Jenner szerint festett készítményeken, csak azokat használva fel számításra, a melyeknek festődése kifogástalanul jó volt. A számítás hibák elkerülésére a készítmény szélességi irányában történt. Feltűnő volt az esetek nagy részében a polynucleáris leukocyták relativ számának csökkenése, ezzel szemben a basophil egymagvú sejtek számának sokszor tetemes növekedése. Az eosinophil sejtek néhány esetben határozott szaporodást mutattak ($10 \cdot 5^0/0$ -ig.)

A polynucleáris leukocyták abszolút számokban kifejezve az esetek legnagyobb részében megkevesbedtek, a lymphocyták viszont

¹ Előadott a XVI. nemzetközi orvosi congressuson.

Szám	Név	Vörös- vérsejtek száma	Fehér- vérsejtek száma	Polynucleáris leuko- cyták		Lymphocyták		Polynuel. eosinophil leukocyták	Nagy mono- nucl.	Átmeneti sejtek	A számlált sejtek száma
				%	abs. szám	%	abs. szám				
1.	Sz-p	—	—	72	—	20	—	5	2.5	0.5	400
2.	R-r	—	—	60.66	—	33.07	—	5.9	0.25	0.12	1000
3.	K-r	—	—	64.86	—	29.44	—	3.7	1.23	0.19	1000
4.	S-r	—	—	56.4	—	31.7	—	10.5	1.0	0.4	1000
5.	B-r	—	—	77.41	—	18.85	—	0.96	1.75	0.87	500
6.	A-b	—	—	54.3	—	36.2	—	6.7	0.9	1.3	1000
7.	R-s	—	—	76.2	—	21.8	—	0.9	0.5	0.5	500
8.	B-i	3.424,000	9666	77	7442.8	21.2	2049	1.32	0.56	0.10	500
9.	P-a	4.600,000	6133	52	3189.1	46.5	2851	1	—	0.5	400
10.	B-i ¹	5.272,000	10166	43	4371.38	47	4778	4	4	2	500
			7600 ¹	48.5	3686	44.5	3382	4	0.75	2.5	400
11.	M-ó	4.600,000	6133	44.66	2738.9	52.66	3229	1.33	—	0.75	400
12.	K-i	4.736,000	4400	46	2024	50	2200	2.5	0.75	0.75	400
13.	S-b	4.328,000	9666	64.66	5862	32.66	2960	—	1.66	1	400
14.	S-r	3.896,000	7066	68.2	4819	30.6	2162	0.2	—	1	400
15.	H-n	—	4000	41.25	1650	55.5	2220	2	0.5	0.75	400
16.	F-z	—	8133	53	4310	44.33	3602	1.33	0.66	0.66	400
17.	Gy-y	—	5200	61.25	3185	34.25	1781	3.25	0.25	1.75	400
18.	B-y	—	6800	51.25	3485	38.25	2601	6.5	1.25	2.75	400
19.	P-sz	—	8000	55.25	4420	36.5	2920	1.75	3.25	3.25	400
20.	K-a	—	—	73.5	—	22	—	2	1	1.5	400
21.	Sz-e	—	7614	71	5405	29	2305	5	1	4	400
22.	V.	—	4133	60.75	2510.7	28.25	1167.5	4.75	4.25	2	400
23.	G-i	—	4722	63	2974.8	33	1558	2.5	1.66	2.6	400
24.	G-n	—	5000	52.02	2601	35.14	1757	8.57	2	1.42	400
25.	J-s	—	3466	50	1733	42.5	1473	5.5	1	1	400

¹ Fél évvel utóbb vizsgálva.

megszaporodtak. Volt azonban oly eset is, melyben a polynucleárisok némi megszáporodása a lymphocytosissal egy időben volt jelen. Az átmeneti s mononucleáris sejtek értékei változók voltak.

A lymphocytosis és eosinophilia előfordulásának számát százalékokban nem fejeztem ki, mert arra csak nagyobb számú eset vizsgálata jogosít fel. Vizsgált egyéneink klinikai állapota s a vérelváltozások nagysága között látszólag abban áll fenn összefüggés, hogy előrehaladottabb bántalomnak kifejezettebb vérelváltozás felel meg. Volt azonban oly elő nem haladott esetem is (például 21.), melyben a jelzett vérelváltozás már megállapítható volt.

Azt a kérdést vetve fel, mi az oka e lymphocytosissnak, első sorban másodlagos keletkezésére gondolunk. Láthattuk azonban, hogy oly esetekben is fennáll, melyekben a vörösvérsejtek száma normális, vagy csak kis mértékben esőkkenti tehát nem anaemiára vezethető vissza. A lymphocytosis abszolút volta a mellett szölt, hogy az elváltozás okát magában a lymphocyta készítő szervekben kell keresnünk.

E vizsgálatok azt is mutatják, hogy a vér s a gerincezvelő-folyadék lymphocytosisa között összefüggés van. Ismeretes az a régen húzóda vita, mely a savós folyadékok és a vér sejt tartalma közötti összefüggésre nézve folyik. Felemlíthetjük azonban a vizsgálok egész sorát (Jolly, Wolff, Dominici, Helly stb.), kik azon nézetet vallnak, hogy a lymphocyta is activ mozgási, kivándorlási képessége van; klinikai tapasztalatok Naegeli szerint szintén e mellett látszanak szólni. Eldöntendő kérdés volt azonban még az is, hogy a savós folyadékban lévő lymphocyta nem histogen eredetű sejtek-e. A congressus kórboneczolástani szakosztályában tartott referatumban azonban Maximov kétségtelennek tartja a lymphocyta activ mozgását, emigrációját s nem tagadja passiv ki-jutásukat sem a vérerekből.

A tabes klinikája oly tünetesoporttal rendelkezik, a mely a diagnosis biztos megállapítását lehetővé teszi, s nem szorulunk a vér vizsgálatára. Előfordulnak azonban oly kezdeti, nem jellegzetes esetek is, melyekben minden támogató momentum, így vérelváltozás jelenléte is hasznos, mert megerősítheti feltevéseinket. Ily célból ajánlottak ezekben a gerincezvelő-folyadék vizsgálatát. A vérvizsgálat értékét ily esetekre nézve csak hosszabb idő múlva állapíthatjuk meg, egyrészt ezek előfordulásának relatív ritkasága, másrészt a lefolyás megfigyelésének technikai nehézségei miatt.

Másrészt tekintetbe veendő, hogy minden súlyosabb, időlt betegségben vérelváltozások lehetnek jelen. Ezeknek ismerete a különböző betegségekben szükséges és hasznos, mert tévedésektől óvhat meg oly esetekben, melyekben a vérelváltozás s néhány klinikai tünet alapján esetleg diagnosist állapítanánk meg, holott a vérelváltozás egy fennálló más bántalomra is (például lymphocytosis, tbc., lues, status lymphat., Basedow-kór, formes frustes, tabes atypusos formája stb.) visszavezethető s nem éppen arra, melyre gondoltunk.

Összefoglalás: Tabes dorsalisban szenvedők vérében az esetek túlnyomó részében relatív és abszolút lymphocytosis található. Az eseteknek mintegy negyed részében azonkívül eosinophilia mutat-ható ki.

Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.)

Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez.

Irta: Steiner Pál dr., klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

III. A prostatatúltengés tünettana a műtét szempontjából.

Hogy a műtét beavatkozása jelentőségét kellően megérthessük, szükségesnek tartom röviden körvonala-zni azokat a tüneteket, a melyek radikális műtét kivételére döntő fontosságúak. Tudnunk kell, hogy az esetek nagy részében a prostatatúltengés tüneteket alig okoz, vagy ha igen, oly jelentékteleneket, hogy ezeket a betegek általában a kornak tudják be s panaszai-kkal nem is jelentke-znek. Kórboneczolásoknál sokszor találko-zunk a prostata megnagyobbo-dásával, mint mellékes lelettel.

A prostatatúltengés lefolyásában általában 3 classikus szakot különböztetünk meg:

1. Az első szak jellemző tünete: a gyakori vizeleti inger, az inger fokozódottsága, a vizelet nehezebb kiürítése. A gyakori vizeleti inger főleg nagyobb testi munka, hosszabb ideig tartó járás-ke-lés, hideg behatása alatt jelentke-zik, egyszerre a betegek

csak kis mennyiségű vizeletet ürítenek. Az *inger fokozódása* abban nyilvánul, hogy a beteg nem ura többé ingerének, a vizelést a mictio alkalmával nem bírja megszakítani, az ingernek nem bír ellenállni, az ingert azonnal követi a vizelés. A *vizelet nehezebb ürítése* úgy jelentkezik, hogy a betegnek tovább kell várni, míg a vizelés megindul, a vizelet sugara gyengébb, a vizelés akadózott, meg-megáll, közben csepeg, az erőlködés nem használ. Ezen tünetek azonban nincsenek mindig ilyen classikusan jelen, sőt csak ritkán van együtt ezen tünetcomplexum. A tünetek megjelenésére nagy befolyása van a plexus venosusnak, a melynek gyűjtőerei a hólyag és a végbél vénáival közlekednek és minden *congestio* a tünetek súlyosbodására vezet. A gyakori inger és a fokozott inger a sphincter gyengülésének a következménye, a nehezebb vizeletürítés (*dysuria*) mechanikai okokban leli magyarázatát. Ezen *dysuria* következménye lesz a hólyagnak compensatorius excentrikus túltengése, a mely legyőzi a vizelés elé háruló akadályt és az egyensúly megmarad.

2. A második szakban az egyensúly már meg van zavarva, a hólyag izomzata már nem képes az akadályllyal megküzdni, *hólyagelégtelenség* (insufficiencia) áll be, minek következménye, hogy a vizelet nem ürül ki teljesen, egy része visszamarad a hólyagban mint ún. *residuális vizelet*, így előáll az *incomplet chronikus retentio*. Ha nincs jelentékeny hólyagdistensio jelen, a tünetek főleg a *dysuria* súlyosbodásában nyilvánulnak: a vizeletsugár gyengébb lesz, a vizelet még nehezebben indul meg, minél inkább erőlködik a beteg, annál kevésbé akar megindulni. A betegek a legkülönbözőbb fogásokkal igyekeznek kínos állapotukon segíteni, a hasprést fokozottan működtetik, kétrét görbülnek, összehúzódnak, majd penisüket vongálják — mind meddő kísérletek, a melyek siralmas képet nyújtanak. A tünetek súlyosbodásával *complet chronikus rekedés* is következhetik be.

3. A harmadik szakban a hólyag izomerejének gyengülésével a hólyag sensibilitása is csökken és előáll a *chronikus incomplet rekedés hólyagdistensióval*. A hólyag nagy fokban kitágult, a gyakori inger nem győtri a beteget, a nagyfokú tágulás mellett időnként ingere is van, midőn ürít is egy-néhány csepp vizeletet, de csakhamar beáll a hólyagizomzat teljes kimerülése, *állandó vizelet-csurgás* (*relativ incontinentia, regorgement*). Telt hólyag mellett a többlet csurog ki és kifejlődik az *incontinentia*, az *ischuria paradoxa* képe.

Bármelyik szakban és a túltengésnek bármelyik alakjában beállhat hirtelen rekedés, az *acut retentio*. Teljes jólét közepette, mikor a betegnek még fogalma sincs bajáról, a *congestio* fokozódása következtében hirtelen rekedés állhat be. Az első szakban levő betegeknél csakhamar visszaállhat a relative normális állapot, míg az *incomplet* idült rekedés szakában egy ilyen acut rekedés lehet a megindítója a hólyagizomzat teljes kimerülésének és így a harmadik szak beállásának.

Általános állapot: A prostatatúltengés előhaladottabb szakában a lokális nehézségek mellett általános somatikus zavarok is jelentkeznek. Étvágytalanság, undor húsételek iránt, száraz bevont nyelv, székrekedés és polyuria a leggyakoribb tünetek, melyeket rossz jelnek kell felfognunk, mert arra utalnak, hogy a vesék már elégtelenek, a vérben a kiválasztandó anyagok felhalmozódnak. Ennek megfelelően a vér fagyáspontja süllyed, kifejlődik a húgy-mérgezés egész tünetcomplexumával és a közeli véget sejteti.

Szövődmények: A prostatatúltengés leggyakoribb szövődményei közé tartozik 1. a *cystitis*, melynek megjelenésére kedvezőek a feltételek. A vizelet pangás, a hólyagnak congestiós állapota, a szervezet csökkent ellenállása előkészíti a talajt arra, hogy ha fertőző baktériumok kerülnek a hólyagba, azok ott gyuladást okozhassanak. A baktériumok bejutására sok mód van, bejuthatnak a vérúton, de leggyakrabban jutnak be a húgycsőből, midőn is egyszer végzett katheterezés, ha vele baktériumok kerülnek be, a legsúlyosabb gyuladást provokálhatja. Ha ezen cystitis az első szakban áll be, az állapot még javulhat, de a második szakban rendszeren idült jellegű lesz, a harmadik szakban pedig az egyébként is congestiós vesékben okoz genyes áttéti góczokat, ascendáló *pyelonephritis apostematosát*. Hogy ezen gyuladásnak rendes kísérője a láz, azt természetesen találjuk. De megessik, hogy a katheterezés még ilyen gyuladási jelenségek nélkül is magas, 40—41° lázat vált ki, ez az ismert „katheterláz”, mely rendszeren rázó-

hideggel kezdődik és többnyire három napon belül megszűnik. Azonban vannak esetek, midőn a láz is állandósul, a láz már nem az egyszeri katheterezési aktus következménye, hanem az előidézett felszálló gyuladásnak kifejezője.

2. Egy másik gyakori szövődmény a *haematuria*. Már fent jeleztük, hogy prostatatúltengésnél a plexus venosus erei kitágulnak, a pars prostatica urethrae, az orif. internum vérdúsabb lesz. Spontan is előállhatnak ilyen *varixokból* vérzések, de leggyakrabban a katheterezéshez csatlakoznak; a vérzés forrása lehet a húgycső, a vérdús hólyag, és mint alább látni fogjuk, az álutak. A hólyagból támadhat a vérzés acut rekedés esetén is, midőn hirtelen nagyfokú lesz a nyálkahártya vérbősége. Súlyosabb alakot öltenek azok a vérzések, a melyeket mint *ex vacuo* ismerünk a harmadik szakban; ezek spontan is jelentkezhetnek, de többnyire a hólyagnak katheterrel való hirtelen kiürítése után mutatkoznak. Vérzés állhat elő *acut cystitis chron. fekélyes vagy diphtheriás cystitis* esetén, továbbá a prostatatúltengésnél elég gyakori szövődmény, *hólyagkő* eseteiben.

3. Jelentékeny vérzés oka lehet az *álut* (*fausse route*), a mely helytelenül alkalmazott katheterezés következménye. Az álutak vagy csak a nyálkahártyára, a submucosus szövetre terjednek ki, vagy a prostata mirigyállományát is átfúrják. A nyálkahártyán található álutak rendszeren a hátulsó falon vannak, a sekély erosiótól a kettős átfúrásig különböző fokozatban. Ilyen, a nyálkahártyát kettősen átfúró álutat láthatunk az I. tábla 3. ábráján, a mely a kolozsvári kórboneczolástani intézet készítményét ábrázolja. A prostata mirigyállományát átfúró álutakat rendszeren a középlebenyen találjuk, ilyen esetet az I. tábla 3. ábrája illusztrál. Álutak képzésének közvetlen veszedelme a vérzés, távolabbi, hogy a katheterezést mindinkább megnehezíti, a fertőzés lehetőségét fokozza, eves tályogképződésre vezethet, a mely sepsis, pyaemia forrásává válhat.

A prostatatúltengéssel járó szövődmények közt még meg kell említenünk

4. az *urethritist*, mely a katheterezés, főleg az állandó katheter következménye.

5. az *epididymitist*, a mely az állandó katheterélet mellett észlelhető leggyakrabban. A mellékheregyulladás elég gyakran genyes jellegű és tályogképződésre vezet. Mind két szövődmény a könnyebb jellegűek közé tartozik.

6. Mint ritka, súlyos szövődmény megemlítendő még a *húgy-hólyag spontan, úgynevezett pathológiás rupturája*, a melyről Léjars és legújabban Kümmell osztályáról Oehlecker tesz említést; mindkét esetben intraperitoneális volt a repedés. Hogy itt a túlfeszítés mellett a hólyag izomzatának degeneratív folyamata is szerepel-e, az nem dönthető el bizonyosan, de valószínű.

IV. A prostatatúltengés gyógykezelése conservativ úton.

A prostatatúltengés rationális kezeléséről csak azóta lehet szó, mióta e bajt nem az egész szervezetet sújtó arteriosclerosis részjelenségének, hanem helyi megbetegedésnek tekintjük. Tudnunk keli, hogy a prostata-hypertrophiások 70—80%-ában a túltengés semmiféle tünetet sem okoz. Azok a tünetek, a melyek orvosi segítség igénybevételére készítetik a beteget, voltaképpen a hólyag, a vese részéről vannak feltételezve és csak a helyes vizsgálat utal arra, hogy a hólyag és a vese részéről mutatózó symptomák másodlagosak. Midőn célirányos kezelésről van szó, nem szabad mellőznünk azt a körülményt, hogy vitális energiájukban bénított öreg emberekkel állunk szemben, kiknél „senectus ipsa morbus”, kiknél a hólyag, a vese felől jelentkező elváltozások többszörösen súlyosan latba esnek. Itt is fő a helyes körjelzés, a mi, tekintve, hogy a betegek rendszeren másodlagos elváltozásokkal kerülnek elének, nem mindig egyszerű. Az előbbi fejezetben leírt tünetek tekintetbe vételével, hogy az acut rekedéseknek 60%-a a prostatatúltengés következménye, nem lesz nehéz az anamnesisből, a subjectiv megfigyelésből a körjelzést megállapítani, sőt azt is, hogy a prostatatúltengés melyik szakában van a beteg. Ezt fontos tudni, mert helyes kezelés csak ezek ismerete mellett vehető foganatba. Az anamnesisen s a megfigyelésen alapuló adatokon kívül objectiv jelek bizonyossá teszik az eddig valószínű körjelzést. Nem óhajtok itt kitérni a különböző vizsgálati eljárásokra, csak a *rectális tapintás* fontosságára akarok utalni, a mely az oldallebenyek megnagyobbodását állapítja meg, következtetést enged a gyakorlott vizsgálónak arra,

hogy a megnagyobbodás jó- vagy rosszindulatú-e. A kevésbé jártas itt többször tévedhet, jelentékeny prostatamegnagyobbodást állapít meg ott, a hol nincs ilyen, hanem a prostata a hólyagfal rákos beszűrődésével mintegy egybeolvad és annak megnagyobbodását utánozza. A vizsgálatban jártas csakhamar eligazodik, hogy itt egy diffúz rákos beszűrődéssel áll szemben. Valamennyi esetben, a hol tapintással a prostatamegnagyobbodás okául rákot vettem fel, az epicystotomia, a próbakinetszés igazolta a tapintásleletet s ezért ezen vizsgáló eljárás döntő fontosságára hívom fel a figyelmet, a mely fontos a prognózis felállítására is.

A húgycső elváltozása a pars prostaticában az olivavégű bougieval (*explorateur à boule olivaire, Guyon*) állapítható meg, a húgycső irányának, kaliberének ismerete a katheter bevezetését megkönnyíti és elősegíti, hogy célirányosan végezzük a katheretizációt. A hólyag elváltozása legjobban a Mercier-féle sonde *exploratrice* segítségével ismerhető fel: érezzük a hólyag túlteltettségét, megállapíthatjuk a kiöblösödéseket, a diverticulumokat, az esetleges köveket, a fundus mély állását, megállapíthatjuk a pars prostatica meghosszabbodását. A katheter egyik legfontosabb momentumról, a residuális vizelet mennyiségéről nyújt felvilágosítást, továbbá arról, hogy mennyire megtartott a hólyag összehúzó képessége, propulsiós ereje.

Tehát a rectális tapintás, a szonda- és katheretvizsgálat már sok esetben bizonyossá teszi a körjelzést, de vannak esetek, a melyekben a tünetek magyarázatát csak a *cystoskopia* adja; áll ez főleg a középlebenyre vonatkozólag, a mely a végbélben át nem tapintható. A cystoskopia ilyenkor teljesen utbaigazít és ilyen középlebeny esetén értékes és fontos vizsgálati eljárás. Egyúttal tájékoztat a hólyag állapotáról, esetleg kövek jelenlétéről. A Cathelin-féle „*mesureur intravésical*” segítségével a prostata nagysága centiméterekben meghatározható, a Burkhardt-Floercken-féle eljárással, a mely a hólyagot oxigénnel tölti meg, a prostata alakját a Röntgen-lemezre rögzíthetjük.

Ezen röviden érintett vizsgálati eljárások a körjelzés bizonyos megállapítását lehetővé teszik és mint említettem annak az eldöntését is, hogy a prostatatúltengés mely szakában van a beteg. Ennek ismerete nagyon fontos, mert ez irányítja therapiái törekvéseinket. Nem óhajtok itt a különböző palliatív eljárásokra kitérni, csak azt az eljárást akarom ismertetni, a melyről módomban volt tapasztalatra szert tenni. Értem a palliatív eljárások közül a katheretkezelést és a szondakezelést.

A katheretkezelést nem helyesen számítjuk a palliatív eljárások közé, mert gyakran direct gyógyító hatású is. A gyógyító érték mérlegelésénél nem azt kell gondolnunk, hogy a prostata megkisebbedését érjük el vele, hanem hogy azok a tünetek, a melyek a beteg orvosi segély igénybevételére készítették, csökkennek, sőt el is tűnhetnek. A törekvésünk a therapiában általában akkor a helyes, ha az ok megszüntetésére törekszünk, ezt a katheretkezeléssel ugyan el nem érjük, de ha tekintetbe vesszük, hogy a prostata megnagyobbodása az esetek 70—80%-ában tüneteket sem okoz, jogosultnak fogjuk tartani, hogy ezen eljárással megkísértsük a tünetek megszüntetését.

A katheter, melyet e célra választunk, itt is olyan legyen, hogy elkerüljük vele a húgycső megsértését, a vészes átlak létesítését. Legbiztosabban alkalmazható a Nélaton-katheter (16—18 Ch.), a mely még a kezdő kezében is ártalmatlan. Azonban a souverain-katheter prostatatúltengés eseteiben a selyemkatheter a Mercier-féle görbülettel: egy selyemkatheter 16—20 mm. hosszú orrmánnyal, körülbelül 110° hajlással, a mely lehetővé teszi, hogy a legkevésbé elváltozott elülső falhoz tartsuk magunkat és könnyen a hólyagba jussunk. Ezen katheter *coudé*, vagy a kétszeresen görbült katheter *bicoudé* még a nehéz esetekben is lehetővé teszi a bevezetést. Azokban a kivételes esetekben, a melyekben ezen katheterrel nem sikerül bejutni a hólyagba, rendszeren nagy görbületű fémkathetert használunk, melynek bevezetésekor szigorúan az elülső falhoz kell magunkat tartani.

A katheretkezelés változik a szerint, hogy milyen szakban kapjuk a beteget. Az első szakban, a melyben a dysuria a plexus venosus pangása folytán áll elő, a mikor rendszeren residuális vizelet nincs, a katheretkezelés nem indokolt, mert nincs mit levezetnünk; a hólyag, bár fájdalom kíséretében, fokozott ingerrel, nehezebben, de kiüríti tartalmát. Ebben a szakban kedvezően befolyásolja a tüne-

teket a szondakezelés, melylyel kezdődő esetekben határozottan javulást érhettem el; ezen első szakban a tágitó kezelés beválik.

Compleet rekedés esetében csakis katheretizációval segíthetünk a beteg állapotán. Célyszerű előzetesen az olivás bougieval a húgycső helyzetéről meggyőződni és a leülethez képest megválasztani a katheret. Tekintve, hogy a compleet rekedés az első szakban is előfordulhat, sőt éppen ez irányítja a figyelmet a prostata megbetegedésére, nagyon óvatossá kell lennünk úgy az asepsist, mint a bevezetés mechanizmusát illetőleg. Ha már előzetes katheretizációs kísérletek folytán átlakot találunk, legecélszerűbb a katheretizációt *à la suite* vagy *sur conducteur*, a mely még a nehéz esetekben is lehetővé teszi a katheretizációt s elkerülhetővé a hólyagpunctiót.

Chronikus incompleet rekedés esetén, midőn a hólyag még nincs kitágulva, a residuális vizelet okvetlenül leboesátandó és pedig a residuum mennyiségéhez és az ingerek gyakoriságához képest napjában 1—2-szer vagy esetleg többször. Ezen szakban ilyen irányú rendszeres kezeléssel még azt is elérhetjük, hogy a hólyagelégelenség megszűnik és a vizelet spontan teljesen kiüríthető lesz. Ezért feltétlenül megkísérlendő ezen szakban a katheretkezelés és egyéb eljárásokhoz csak akkor fogunk folyamodni, ha a katheretizáció mind nehezebbé válik, ha bevezetése nagy fájdalommal jár, ha mindig vérzést idéz elő. Ilyen esetekben célyszerű a katheret állandóan alkalmazni: néhány napi állandó katheter mellett újból könnyen keresztülvihető lesz a rendszeres evakuáló kezelés. Az állandó katheret csakhamar jól tűri a beteg, a fájdalmas dysuriák megszűnnek és a hólyagnak rendszeres kezelése lehetővé lesz. Olyan esetekben, mikor chronikus compleet rekedés áll elő, szintén megkísérlendő a katheretkezelés, de ezen szakban ettől gyógyulást ritkán látunk. Még legecélszerűbb itt az állandó katheter alkalmazása egy időre és azután megfigyeljük, hogy sikerült-e a beteget az incompleet rekedés szakába visszavezetni. Ha nem, akkor a beteg kénytelen lenne a „catheter life“-t megkezdni, a melynek veszedelmei, tekintve, hogy a katheretizációt a betegek önmaguk végzik és a betegek zömének szociális helyzete nem engedi meg, hogy csak betegségének éljen, nagyok. Már itt megemlíthetem, hogy a műtéti kezelésnek javallata ezen chron. compleet rekedésnél a szociális viszonyoktól függ.

Chronikus incompleet rekedés esetén, melyhez hólyagdistensio társul, tehát a III. szakban, a katheretkezelés annyiban helyes, hogy vele elérhetjük, hogy a betegek esetleg a II. szakba kerüljenek, de ezt is csak kedvező esetekben. Ezek súlyos betegek, kiknél rendszeren az egész uropoetikai rendszer részt vesz a táguulásban, kiknél urosepsis tüneteit észlelhetjük, kiknél a hólyag, a vese gyuladása, esetleg vesetályog van jelen, kiknél a katheretkezelés igen ritkán vezet célhoz. Ez természetes is olyan betegségnek, a mely már nem a prostata kizárólagos megbetegedése, hanem a melynek olyan súlyos boneczolástani substrata van, a melynél már pyelonephritis van jelen. Ezek az esetek, magától értetődik, már műtetre alig alkalmasak s itt különösen fontos az individualizálás. Minden ilyen állapotban levő betegen megkísérlem a katheter állandó alkalmazását, különösen ügyelve a lassú kiürítésre és az asepsisre, s megkísértem a fertőzött hólyag kezelését, bár itt a conservatív kezelésnek is igen nagy a halálozása. A vesék állapotáról célszerűen győződhetünk meg az indigokarmin befecskendésével a gluteális izomzatba, miként azt a chromocystoskopiánál is végezzük, Paschkis vizsgálata is igazolja, hogy ezen próbából a vesék állapotára következtetést vonhatunk.

(Folytatása következik.)

Közlés a kir. magy. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról.
Igazgató: Jendrassik Ernő dr. egy. ny. r. tanár, udvari tanácsos.

A myasthenia gravis pseudoparalyticáról és a vele kapcsolatosan kimutatható izom-elváltozásokról.

Irta: Csiky József dr. tanársegéd.

(Vége.)

Sok esetben feltűnő, hogy vagy persistens thymust találunk, vagy pedig ezen szerv daganatosán, legtöbbször sarkomásan elfajult.

Weigert esetében is volt daganat. Hasonló lymphosarkomával komplikált esetet közölt 1904-ben *Hun*.¹⁸ Ő azonban arra utal munkájában, hogy a daganat valószínűleg a mediastinum lymphosarkomája volt. Oly eseteket, melyekben a thymus jelen volt daganatképződés nélkül, közöltek még: *Link*, *Burr* — utóbbi abscessussal a thymusban —, *Steinert* és *Buzzard*, utóbbi két esetet.

*Goldflam*¹⁷ élőből kimetszett izomdarabban az izomzat sejtes beszűrődését találta. A 2 év utáni autopsiánál a tüdőnek lymphosarkomáját konstatálták, miért is ő az izom elváltozását a daganat metastasisának fogta fel, jöllehet a tumor mikroszkopice nem vizsgálattott.

Még meg akarom említeni *Oppenheim*-nak¹⁵ 1899-ben közölt esetét, melyet maga sem sorol a biztos esetek közé; a boncoláskor ugyanis egy thymusból eredő lymphosarkomát találtak; az izomzatot azonban nem vizsgálták. Igen érdekes azonban az a lelete, hogy úgy az aqueductus Sylvii körüli szürke állományban, mint a hátulsó ikertestekben és a rapheban számos egymagvú sejt van, melyek részben nagyobb csoportokban, részben diffúze vannak elrendezve. Ezen leletre még vissza fogok térni.

Olyan eseteket, melyekben csakis persistens thymus volt kimutatható, közöltek: *Hödlmoser*,²⁰ *Gruner*,³⁰ *Duprez-Pagnier*³¹ és mások, úgy hogy közelfekvő gondoltnak látozott a thymus megmaradása és a myasthenia között oki összefüggést látni. Még tovább is mentek, midőn fölvetették azt a kérdést, vajjon az egész kórkép nem intoxicatio következménye-e, feltételezve azon anyagok által, a melyeket a megmaradt vagy kórosan megváltozott thymus választ ki. Ez a felvétel, bár kísérletileg bebizonyítva nincsen, csak a fentiek alapján bir némi valószínűséggel. Ha azonban a dolog így állana, minden esetben meg kellene lenni a megmaradt, vagy kórosan átalakult thymusnak. Ez azonban számos esetben hiányzik. Az újabb irodalomban a fenti eseteken kívül sok oly eset van, melyben az izomzat sejtes beszűrődése meg van ugyan, de sem a thymus megmaradása, sem egyéb kóros elváltozás a többi szervben nem volt megállapítható, a mennyire megvizsgálták a szerveket. Ily eseteket közöltek: *Boldt*, *Osann*, *Buzzard* (3 eset), *Knoblauch*, *Marburg*, *Fongoni*, *Mandelbaum* és *Celler*, és ezekhez sorolnám még az én esetemet is.

Mindezen esetek, melyek, klinikai lefolyásukat tekintve, biztosan a myastheniához tartoznak, azt mutatják, hogy a thymus megmaradása vagy kóros elváltozása nem állandó tünete e megbetegedésnek és ama törekvések, melyek a megmaradt vagy kórosan megváltozott thymus okozta intoxicatióra akarják visszavezetni a betegséget, kielégítő alappal nem bírnak.

Itt említek meg egy más, *Chvostek*-től eredő új hypothesis-t, mely ugyan teljesen theoretikus alapon nyugszik, mely azonban már csak azért is említésre méltó, mivel mint első egyesíti ezen betegséget más bajokkal egy csoportba s így a további kutatásnak talán újabb irányt szab. *Chvostek* a betegséget az úgynevezett vérmirigyek megbetegedéseinek sorába osztja s azt hiszi, hogy a betegség oka az epitheltestecskék funkciójának kóros változásában rejlik. Ebben a vonatkozásban a myasthenia teljes ellentéte a tetaniának s így azt hiszi, hogy míg utóbbi az epitheltestecskék csökkent működéséből származik, addig a myastheniában ezen mirigyeknek hyper- vagy dysfunctiója van jelen.

Chvostek előtt már *Sundborg* is azon nézeten volt, hogy a tetania, myoklonia, myotonia, paralysis agitans és a myasthenia oly kör csoportot alkot, melynek alapját az epitheltestecskék funkciójavara teszi. Mindenesetre feltűnő és régen ismert tapasztalat, hogy a myastheniához gyakran társul Basedow-kór, vagy legalább is annak egyik-másik tünete. A mi esetünkben is voltak egyes ilyen tünetek, ú. m. kisfokú struma, exophthalmus, álmatlanság, olykor-olykor erős szívdobogás, fokozott szív működés, izzadás. Felemlitem még *Oppenheim*, *Jendrassik*,³⁶ *Löser*³⁷ és mások ide tartozó eseteit. Mindenesetre nem elképzelhetetlen, hogy az epitheltestecskék megbetegedésével együtt a thyreoida is megbetegszik, különösen ha meggondoljuk, mily közeli viszonyban vannak egymáshoz éppen az emberen topographic-e ezen mirigyek.

Bármennyire is érdekes és kecsegtető *Sundborg* és *Chvostek* ezen felfogása, nincsen meg sem az anatómiai, sem a kísérleti alapja s így további kutatásoknak kell eldönteni, hogy mennyiben van igazuk.

Az eddigi, számomra hozzáférhető irodalomban — beleszámlítva

az itt közölt esetet is — 18 olyat találtam, melyben az izomzatnak többé-kevésbé kifejezett, de biztosan kimutatható kis gömbsejtes beszűrődése volt jelen. Csupán *Weigert*, *Goldflam* és *Hun* eseteiben tekinthetjük kérdésesnek az izomleletet, a mennyiben mint a három esetben tumor, még pedig a thymusból eredő sarkoma volt jelen, úgy hogy a sejtes beszűrődést — mint a hogy a szerzők maguk is annak minősítették — metastasisnak tekinthetnők. Nagyon valószínűnek látszik azonban, hogy itt is a tumortól teljesen független, s a többi esetben talált lelettel azonos elváltozással van dolgunk.

Valószínűtlen ugyanis, hogy a lymphosarkoma, mely metastasisokat képez, csakis az izomzatra szorítkoznék, míg a többi szerv szabadon marad. Azonkívül *Goldflam* esetében ezen sejtek az exitus előtt már 2 évvel kimutathatók voltak. *Weigert* esetében a betegség éveken át, *Goldflam* esetében 9 évig tartott! Ha eme sejtes beszűrődés valóban tumormetastasis lett volna s mi a leletet a myastheniával oki összefüggésbe hozzuk, úgy fel kell vennünk, hogy már a betegség legelején — tehát 2 illetőleg 9 év előtt — támadtak metastasisok az izomzatban s hogy már akkor volt jelen thymus- vagy tüdő-sarkoma. A lymphosarkomának ismeretes gyorsan exitushoz vezető lefolyását véve tekintetbe, e feltevés valószínűtlen. Az egyes esetek mikroszkopos leleteinek összehasonlításából kitűnik, hogy azok majdnem minden tekintetben megegyezők: kis egymagvú sejtek kisebb-nagyobb csoportja, melyből a sejtek egyenként vagy sorokban elrendezve az egyes izomrostok közé hatolnak be. A csaknem mindig kis erek körül csoportosuló és a perivascularis üröket kitöltő elrendeződés alapján egyes szerzők a „perivascularis infiltratio“ elnevezést is használják. Csak nagy ritkán lehet endotheloid sejteket találni, melyek — véleményem szerint — a metszés irányába eső vérér endotheliumának felelnek meg.

A legtöbb szerző arra utal, hogy az izomzat, eltekintve a gömbsejtes beszűrődéstől, különben normális, sőt sok helyt a harántcsikoltság még kifejezettebben és tisztábban látható, mint máshol. Már a fent közölt mikroszkopos letekből is látható, hogy ez nem áll egészen. Feltűnő volt egyes izomrostoknak bizonyára nem physiologias megvastagodása, sarkoplasma-magjainak a megszaporodása, kötőszövet-szaporodás, a zsírszövet megszaporodása és jelentkezése tönkrement izomrostok helyén. Bár ritkák is, különösen ezen utóbbi elváltozások, de minden bizonynyal kimutathatók.

Az irodalomban közölt eseteket átnézve, találunk itt-ott olyan észrevételt, mely az izomzat elváltozásaira utal. Így *Goldflam* és *Link* a lymphorrhagiák mellett „sorvadt“ atrophias rostokat talált. *Liefmann*³² a jobb nyelvfél atrophiját írja le. Góreső alatt az interstitiális zsír- és kötőszövet tetemes megszaporodása és az izomrostokban a magvak megszaporodása volt kimutatható. *Déjerine* és *Thomas*³³ a gége és nyelv egyes izmaiban szemcsés elfajulást talált. *Fongoni* és *Marburg* egyes rostok zsíros elfajulását — előbbi még egyes rostok sorvadását — mutatta ki. *Steinert* a parenchyma kisfokú granulatiójáról ír, mely formolkeményítés után ismét eltűnt. *Tilney*³⁴ egyes rostok megvastagodását s a sarkolemma magjainak megszaporodását találta. *Buzzard* 4 esetében a rostokat — egyes rostok gyengébb festődésén kívül — normálisoknak találta; egy esetben azonban, mely rendkívüli gyors lefolyású volt, egyes rostoknak határozott degeneratiója, még pedig részint hyalin, részint szemcsés degeneratiója volt kimutatható; látott továbbá vakuolakepződést s a sarkolemma magjainak megszaporodását. *Sossedorf* egy esetében mikroszkopice a nyelv zsírszövetének megszaporodása volt látható, gyulladás, atrophia jelei, egyes rostok megvékonyodása hosszirányú csikoltság jeleivel, megszaporodás s egyes üres sarkolemmatömlők.

Ezen góreső alatt kimutatható, bár csekély elváltozásokon kívül különösen a régi irodalomban sok oly esetet találunk, melyben egyes izmok vagy izomcsoportok atrophijája van leírva. Nem akarom ezeket az eseteket egyenként felsorolni, csakis arra szeretnék rámutatni, hogy a legkülönbözőbb izmok voltak azok, a melyek megbetegedtek, feltűnő gyakran azonban a nyelv izmai, melyek fibrilláris rángását is gyakran észlelték. Bár ezen esetek között vannak olyanok, melyeket *Oppenheim* monografiájában a kérdéses esetek közé sorol: de az általa biztosaknak tartott esetekben is voltak kimutatható izomatrophia, *Oppenheim* mégis arra a következtetésre jut, hogy „az izomatrophia nem tartozik a betegség tünetei közé“.

Az utóbbi időkben mind gyakrabban közölt leletek arra mutatnak, hogy igen csekély elfajulás igen gyakran kimutatható az egyes izmokban, mely az izomrostok megvékonyodásában, hyalin szemcsés elfajulásában, zsíros degenerációjában stb. áll. Ha már mostan arra az álláspontra helyezkedünk, hogy eme megbetegedésben valamilyen intoxicatio szerepel, akár a kórosan megváltozott thymustól vagy parathyreoideától, akár az izomzatnak valamely más táplálkozási zavarától feltételezve, nekem igen természetesen látszik, hogy ily káros behatással szemben egyes izmok, egyes rostok nem bírnak kellő ellenállással, s a kevésbé ellenálló ezen káros anyag behatása alatt lassan tönkre mennek. Minthogy azonban a hatás sokszor igen lassú és a mint a klinikai lefolyásból kitűnik, intenzitásában folyton változó, világos, hogy igen ritkán s akkor is már csak a késői stádiumban s a legkülönbözőbb izmokban lesznek atrophikák s göröső alatt kimutatható rostelváltozások. A kötőszövet kisfokú felszaporodása, feltűnő különbségek az egyes rostok vastagsága közt, egyes rostok kiesése, degenerációja, a magszaporodás mind arra mutatnak, hogy az izomzat valami lassú lefolyású káros behatásnak van kitéve.

Első pillanatra kissé különösnek látszik, hogy nem minden eddig sectióra került esetben lehetett ezen elváltozásokat kimutatni. Ezt véleményem szerint különösen két dolog magyarázhatná meg. Először is az, hogy a fent leírt izombeli elváltozások általában kisfokúak, s néha csakis hosszabb keresés és számos metszet átnezése után találhatók meg. Másodszor azt hiszem, hogy ezen elváltozások legtöbbször, különösen azonban a gömbsejtes infiltratio — kivéve persze például a kötőszövet-szaporodást — egyenes összefüggésben állanak a betegség lefolyásával; javulás időszakában a gömbsejtes beszűrődések visszafejlődnek, a sérült izomrostok regenerálódnak, úgy hogy a görösői vizsgálatnál semmi sem mutatható ki. Ha a beteg állapota ismét rosszabbodik, ezek újból kimutathatók, ha a betegség lefolyása már igen hosszú, az izomrostok folytonos sérülése végre szétesésükhöz vezet, a mikor azután az egyes rostok helyén és azok között a fent leírt kötőszövet-szaporodás keletkezik. Ezen felfogás mellett szól Buzzard-nak egy esete, mely igen gyors lefolyású volt, s melynél az izomrostokon kifejezett elváltozás és erős gömbsejtes infiltratio volt látható.

Táplálkozási-zavar lehetősége, illetve a nyirokrendszer megbetegedése mellett szólnak Buzzard görösői leletei, ki az izmokon kívül nemcsak a központi idegrendszerben, hanem egyéb szervekben is, így a vesében, a mellékvesében, májban, thyreoideában is ki tudott mutatni hasonló lymphocytá-infiltratiót. Ugyanilyen eredményhez vezetett Marburg egy már feljebb említett esetének görösői vizsgálata; Oppenheim egyik esete is ide tartozik, a ki az aqueductus Sylvii körüli szürke állományban talált gömbsejtes beszűrődést.

Egyes szerzőknek ebben az irányban tett igen érdekes megfigyeléseit szeretném még felemlíteni. Így Silsen kifejezett leukocytosist talált a vérben, valamint sejtszaporodást a máj sejtjei között s a megnagyobbodott lépben. Sajnálatomra csak a dolgozat referátumához jutottam hozzá, úgy hogy magáról a betegség lefolyásáról, valamint egyéb leletről nem tudtam tudomást szerezni. Raymond-Lejonne egy esetében a lymphocyták voltak a vérben elszaporodva.

Az izomzaton kívül a többi szervben talált ezen elváltozások arra látszanak mutatni, hogy oly megbetegedéssel van dolgunk, a mely kisebb-nagyobb mértékben az egész szervezetet megtámadja. Így tehát az izombeli elváltozások nem metastasisai egy kórosan elváltozott thymusnak, s éppen oly kevésbé lehet ezen mirigy megbetegedését, mely myasthenia némely esetében kimutatható volt ezen betegség okául felfogni. Hogy vajjon ezt a sejtfelhalmozódást valamely chemotaxisos mérég okozza-e, melyt a kórosan elváltozott mirigy választ ki (Silsen, Chvostek), vagy a nyirokkeringés valamely általános zavara okozza-e, azt tudásunk jelenlegi állása mellett megmondani nem lehet, sőt más lehetőségeket sem lehet kizárni. Mindenesetre igen fontosnak tartom autopsiáknál és görösői vizsgálatoknál ezen szempontokra is tekintettel lenni s az izmokon kívül a többi szervet is pontosabban megvizsgálni.

Mindezen felsorolt leletek azonban oly tények, melyeknek alapján, mint láthattuk, sok új hypothesis lehet felállítani. Ha azonban ezen különös megbetegedés igazi okát keressük, kénytelenek vagyunk bevallani, hogy az még mindig igen homályos. Az utolsó évek

egyedüli haladása az, hogy megismertünk az izomzatban oly elváltozást, mely, bár véleményem szerint másodlagos, minket mégis a vizsgálatok eddig követett irányától annyiban eltérít, hogy a betegség okát nemcsak, mint eddig, a központi idegrendszerben keressük, hanem vagy magában az izomzatban, vagy pedig az izomzat működését általában befolyásolni látszó különböző szervek secretióis termékeiben, különösen azonban a megváltozott anyagcserében. Hogy vajjon itt egyéb körülmények is szerepet játszanak-e, úgy mint a szervezet bizonyos veleszületett gyengesége, arra nézve biztosit mondani nem lehet. Mindenesetre feltűnő a sok esetben kimutatott fejlődési rendellenességek.

Ezek azok a szempontok, melyek az újabb vizsgálatok szerint ezen érdekes betegség aetiológiájának felderítésénél a további vizsgálatok során új eredményhez vezethetnek.

Irodalom. 1. Wilks: Guys Hosp. Reports, 1877. 22. kötet (Oppenheim után citálva). — 2. Erb: Archiv f. Psych., 1879. 9. kötet. — 3. Oppenheim: Virchows Archiv, 1887. 108. kötet. — 4. Goldflam: Neur. Centralblatt, 1891. és Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 4. kötet. — 5. Jolly: Berliner klin. Wochenschrift, 1895. — 6. Strümpell: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1896. 8. k. — 7. Hoppe: Berliner klin. Wochenschrift, 1892. — 8. Eisenlohr: Deutsche med. Wochenschrift, 1893. — 9. Senator: Neur. Centralblatt, 1892. — 10. Shaw: Brain, 1890. — 11. Dreschfeld: Brit. med. Journal, 1893. — 12. Sossedorf: Genève, 1896. (Oppenheim után.) — 13. Schüle: Münch. med. Wochenschrift, 1899. — 14. Raymond: Leçons sur les maladies du syst. nerv., 1900. VI. — 15. Oppenheim: Die myasth. Paralyse, 1901. — 16. Laqueur-Weigert: Neur. Centralblatt, 1902. — 18. Hun: Albany med. Annal. 1904. (Ref.) — 19. Steinert: Deutsche med. Wochenschrift, 1906. — 20. Link: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 1903. 23. kötet. — 21. Boldt: Monatschrift f. Psychologie u. Neur., 1906. 19. kötet. — 22. Burr: The Journ. of nerv. and ment. dis., 1905. (Ref.) — 23. Buzzard: Brain, 1905. — 24. Knoblauch: Archiv f. Psych., 1907. — 25. Fongoni: Riv. crit. di clin. med., 1907. (Ref.) — 26. Marburg: Zeitschrift f. Heilk., 1907. — 27. Osann: Monatschrift f. Psych. u. Neur., 1906. — 28. Mandelbaum és Celler: The Journ. of exp. Medicine, 1908. — 29. Hödlmoser: Zeitschrift für Heilkunde, 1902. — 30. Gruner: Inang.-Diss. Königsberg. (Ref.) — 31. Duprez-Pagnier: Neur. Iconogr. de la Salp., 1905. — 32. Liefmann: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 21. kötet. — 33. Déjerine-Thomas: Revue neurologique, 1901. — 34. Tilney: Neurographs, 1. kötet, 1907. (Ref.) — 35. Chvostek: Wiener klin. Wochenschrift, 1908. — 36. Jendrassik: Archiv f. Psych., 1886. 17. kötet. — 37. Loeser: Zeitschrift f. Augenheilk., 1904.

IRODALOM-SZEMLE.

A táplálkozási zavarok és az ezek folyamán jelentkező intoxicatio. — A Finkelstein-Meyer-féle fehérjetej.

Összefoglaló ismertetés.

Az emberfölötti fáradozások, melyeket a csecsemők táplálkozási zavarainak leküzdése érdekében a gyermekklinikák kifejtenek, mindeddig alig haladtak túl a tapogatás fokát. A sok theoria, melyeknek legnagyobb része igen plausibilisnek látszott, a gyakorlat terén vagy sehogy, vagy pedig csak részben vált be. Természetesen ilyenkor a gyorsan hevülők az ellenvetéseket nem akarták elfogadni, bármily erős tapasztalatokkal állottak is szemben, de a mint ismét újabb és újabb jelenségek merültek fel a táplálkozási zavarok vizsgálata és terapiája terén, melyek az előzően hangoztatott ellenvetéseknek adtak igazat, hirtelen fordulattal az újabb álláspont hangos védőívé lettek, mások ellenben kisebb-nagyobb fokú hajthatatlansággal tovább is megmaradtak sokszorosan megczáfolt és csekély értékűnek látszó nézeteik mellett.

Czerny és Keller kiváló értékű kutatásai adták meg a tulajdonképpeni nagy lökést a táplálkozási zavarok finomabb analysiséhez, azok behatóbb tanulmányozásához és a mindinkább fejlődő, a tökéletesség felé törekvő táplálási terapia tanulmányozásához. Sok érdeme van Escherich-nek s vele együtt még igen sok gyermekorvosnak, kik a gyermekorvostan ez ágazatának tökéletesítésén szakadatlan munkásságot fejtettek és fejtenek ma is ki, azonban az oroszlanrész ezen kutatásokat illetőleg Finkelstein-t illeti, ki mélységesen kutató, finom vizsgáló elméjével valóban genialis tanulmányt adott elénk, és úgyszólván forradalmat keltett a táplálkozási zavarok pathogenesise, diagnostikája és terapiája terén. Fényes bizonyítékokkal döntött meg sok évtized óta elfogadottnak és a viszonyokhoz képest sokszor jónak tartott eljárást és meggyőző érvekkel fordította meg gondolkodásunkat a csecsemők gyomor-bélzavarairól.

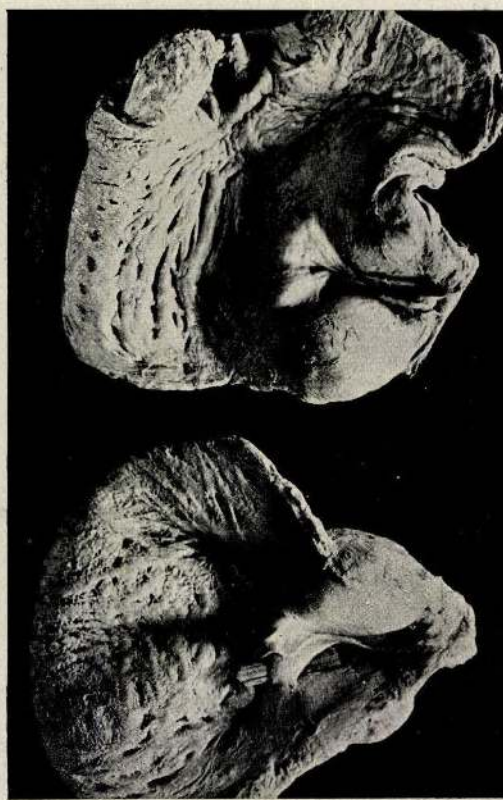
I. tábla.



1.



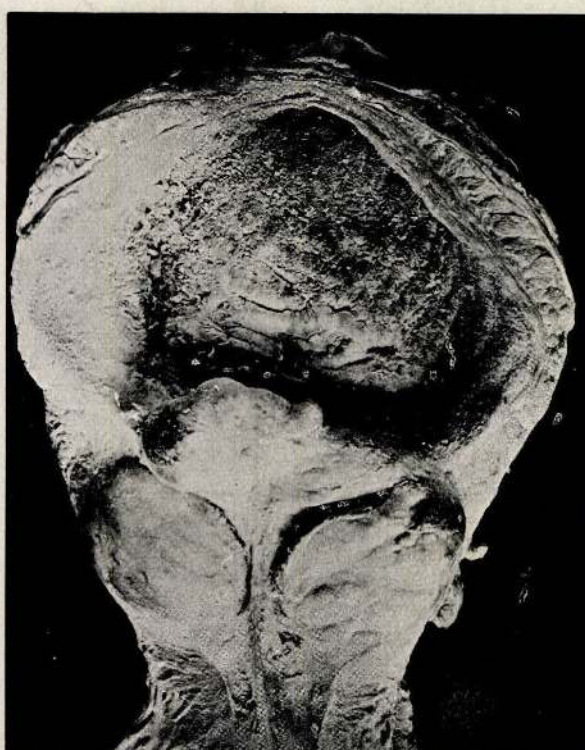
2.



3.



4.



5.

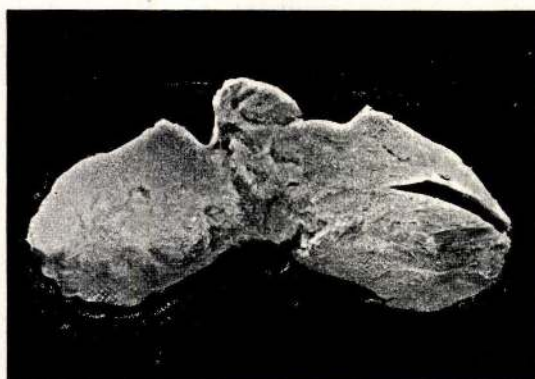


6.

II. tábla.



1.



4.



7.



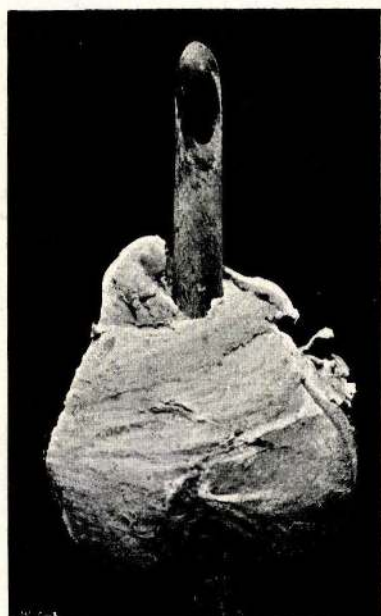
2.



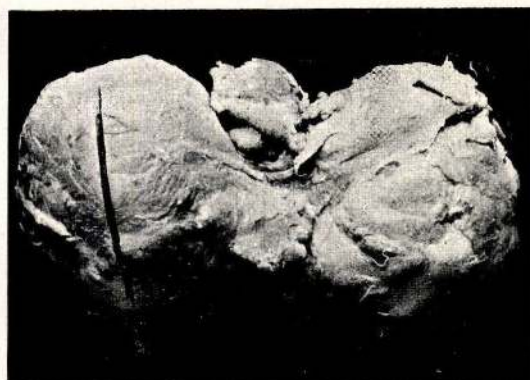
5.



8.



3.



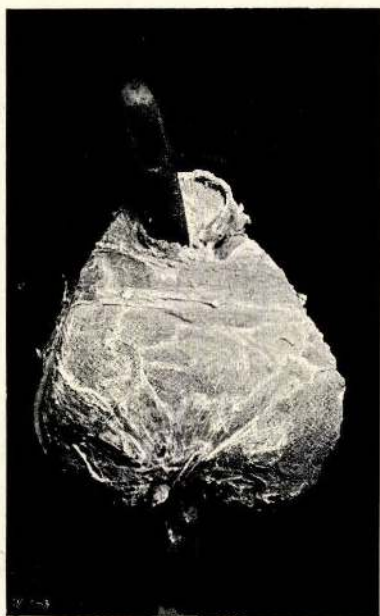
6.



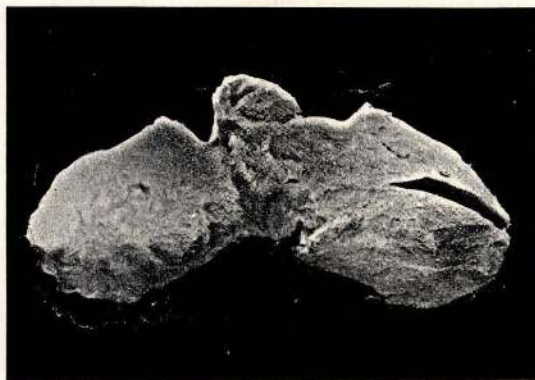
9.

Handwritten text in the top-left cell.	Handwritten text in the top-middle cell.	Handwritten text in the top-right cell.
Handwritten text in the middle-left cell.	Handwritten text in the middle-middle cell.	Handwritten text in the middle-right cell.
Handwritten text in the bottom-left cell.	Handwritten text in the bottom-middle cell.	Handwritten text in the bottom-right cell.

II. tábla.



1.



4.



7.



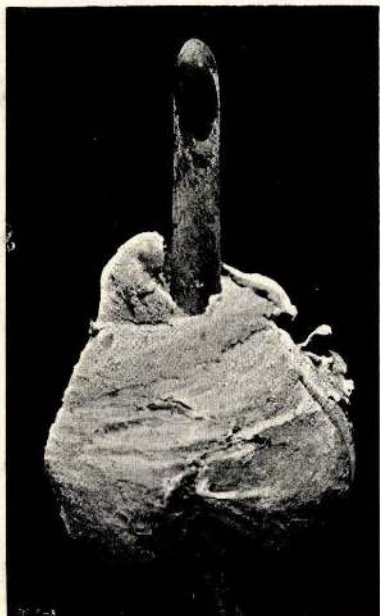
2.



5.



8.



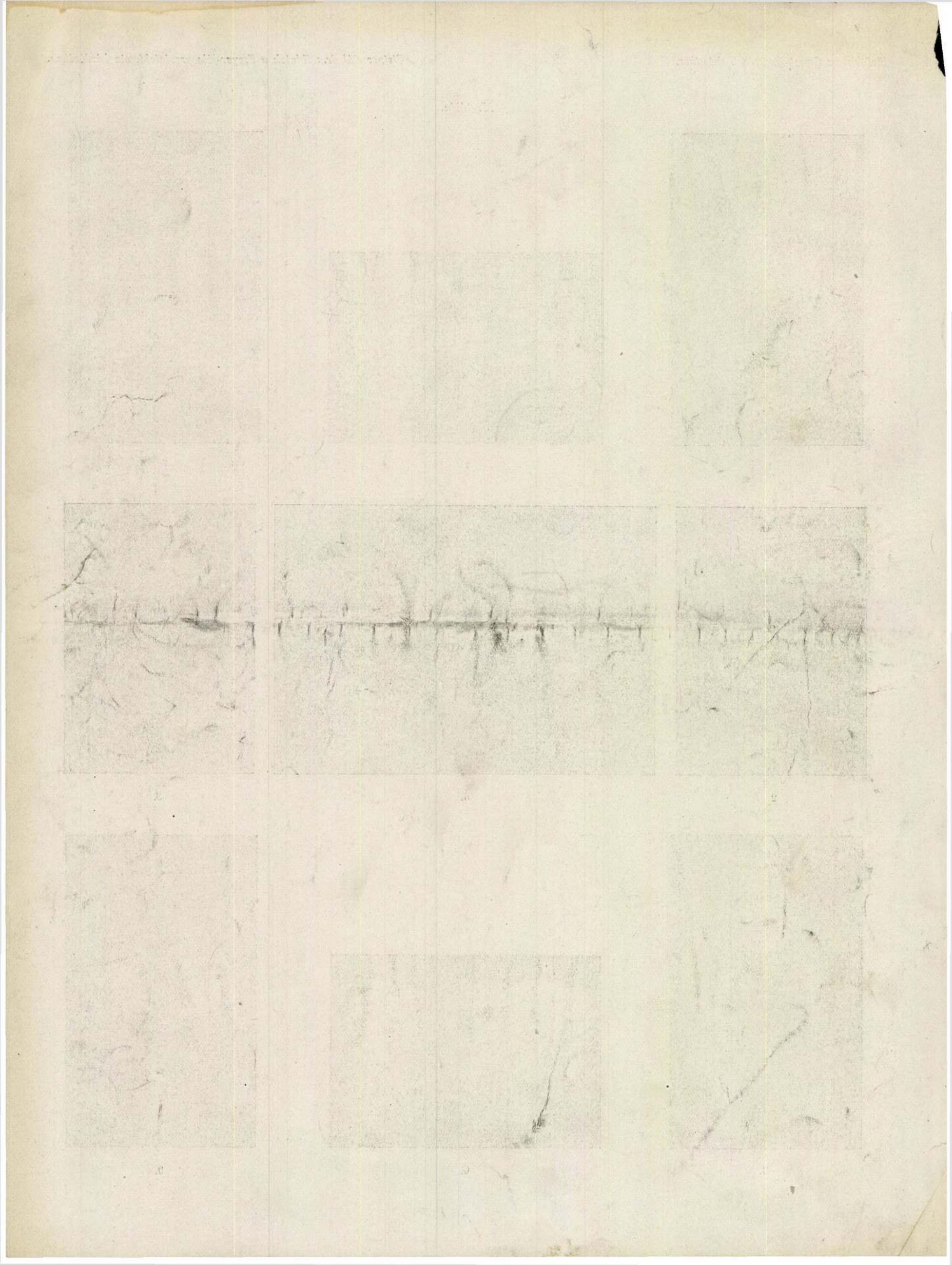
3.



6.



9.



Nem ingatták meg tanulmányai folytatásában az ellenkező nézetek, ő bőlesen hallgatott, míg elég érettnak látta kitűzött feladatát arra, hogy velünk részletesen megismertesse.

Az alimentáris intoxicációról és egyidejűleg a táplálkozási zavarok egyes alakjairól írott nagyrétű és bő részletességgel tárgyalt tanulmánya sajnálatos módon alig egy pár sornyi felenlítésben részesült hazai ovosi lapjainkban, ezért határozottam el magamat arra, hogy arról, valamint legújabb, a fehérvérjeteire vonatkozó igen érdekes és meggyőző tanulmányáról a lehetőség szerinti terjedelemben referáljak.

A. Finkelstein nem fogadja el Keller és Czerny felosztását, mely szerint ők a táplálkozási folyamat zavarából keletkező összes bántalmakat egy egészségre foglalták s a *táplálkozási zavar ex alimentatione* és a *táplálkozási zavar ex infectione* alosztályokra osztották. Ő nem tartja elég erősnek az aetiologióra fektetett definíciót, s azt mondja, hogy sokszor infectiosusnak tekintenek olyan tünetesportot, mely absolute alimentáris természetű. Ő tehát „*táplálkozási zavar*”-nak azt az állapotot tekinti, melynek jelei a *táplálkozási folyamat zavart lefolyásából magyarázhatók*. Míg ha ennek tüneteihez más, például a bélfalzat lobos vagy fekélyes elváltozása társul, a mi tehát a táplálkozástól kívül eső tényező által jön létre, *infectioszerű gyomorbélfalbetegségnek* kívánja tekinteni. Adott esetben tehát az, hogy a hiányos fejlődés és gyarapodás, hányás és hasmenés, a súlyos általános mérgezési jelek (hőemelkedés, choleraszerű kórkép) a táplálék kóros feldolgozásának következménye-e, kiderítendő és bizonyítandó, ellentétben az infectioszerű megbetegedéssel, melynek főtünete a táplálkozástól kimutathatólag független láz és a bélfalzat lobos elváltozásának a lelete, noha ezek a táplálkozási zavarokkal egyidejűleg is lehetnek jelen.

Finkelstein tehát *egységes táplálkozási zavart* állít fel, mely az intenzitás szerint különböző tünetesportokban nyilvánul, ezek pedig nem különböző betegségeket, hanem a táplálkozási zavar különböző szakait jelentik, melyek mindannyian alimentáris befolyás alatt állanak. A gyomor- és béltevékenységből nem nyerünk mindenkor felvilágosító adatokat, a megbetegedés alakját, súlyosságát és a tünetek benső összefüggését illetőleg pedig éppen nem, mert ha tünetileg egymáshoz hasonló alakú megbetegedések vannak is előtűnt, azok a hasonló kezelési móddal szemben a kimenetelt illetőleg mélyreható különbségeket mutatnak. Finkelstein vizsgálati módszerében főszólt helyez a táplálkozási folyamat megítélésére, tudniillik, hogy a táplálék feldolgozása, az új testállomány felépítése és a meglevőnek fenntartása, végül pedig, hogy ezen folyamat végeredménye: a kész test az ő anyagbeli és működési sajátágaiban minő állapotban van. Ide tartozik különösen a szövetek és szervek táplálkozási állapota és a táplálkozási functio, vagyis a *táplálkozási művelet specifikus energiája*. Finkelstein azt mondja: „*a szövetekben és szervekben történik a táplálkozási folyamat s ezek táplálkozási állapota irányadó a táplálkozási functio energiájára; a táplálkozási functio specifikus feladata a táplálkozási folyamat elintézése, a táplálkozási folyamat eredménye pedig a táplálkozási állapot*”.

A táplálkozási zavar a táplálkozási állapot rosszabbodásán alapul, ez okozza a teljesítő képesség gyengülését s így a táplálkozási folyamat abnormis alakulását, mely miatt azután a táplálkozási állapot nem lehet normális.

A klinikai vizsgálatnál támpontul szolgál a turgor, a vérteltetés és minden a mi a szövetek és szervek állapotára vonatkozik, melyek mellett igen fontos a zavar alakjának és fokának megállapítása. És itt nem elég csupán a gyomor és bél részéről jelenlevő tünetekre helyezni a súlyt, mert ez legtöbbször csak egy kis részletről ad felvilágosítást, hanem az egész táplálkozási folyamatot kell vizsgálnunk, a mit anyageserevizsgálattal érünk el. Az idevágó hosszas vizsgálatok helyett megbízható módszernek tartja Finkelstein azt, hogy a szervezetre meghatározott munkát bizunk és a tapasztalt eltérésekből következtetünk a táplálkozási folyamat minőségére. Az össztáplálkozási folyamat bonyolult biológiai reactio, melyet a felvett táplálék okozta inger hoz létre és sokféle alakulás után a testállomány szaporodásával és a salak kiválasztásával végződik. Ezen folyamat alatt minden phasisra ügyelnünk kell, hogy ítéletet alkothassunk a qualitativ és quantitativ táplálék befolyásáról, a mi által a táplálkozási zavar egyes alakjait is el tudjuk egymástól választani, mert a reactio alakja a normálistól annyival

inkább különbözik, minél súlyosabb mérvben van a táplálkozás functiója a táplálék minősége és mennyisége által károsodva.

Nagy jelentőségű klinikai tünete a táplálkozás reactiójának a test melege: a *hőgörbe*; a test felépítését pedig a *súlygörbe* fejezi ki. A különböző organumok functiójának vizsgálása az activitás minőségére nézve nyújt felvilágosítást. E szerint a szív, a légzés, a mozgás, a psychés és idegrendszerbeli folyamatok alakulása, a vizelet viselkedése éppen oly fontos a táplálkozási reactiónál, mint a gyomor és bél részéről észlelt jelenségek. Ha ezen szervekben kóros eltérések támadnak, a reactio abnormis. Ezt az abnormis reactiót Finkelstein *paradox reactiónak* nevezi, a mennyiben a táplálkozás ugyanazon alakja és változásai, melyek az egészséges test fejlődését nem hátráltatják vagy éppen nyereséghez juttatják, a betegre nézve legalább is haszonnélküliek, gyakran károsak, nem ritkán halált okozók is lehetnek.

A csecsemő zavartalan fejlődésének, egészségének egyik fontos jelét a *hőfok szabályos menete, nyugodt jellege alkotja*, melynek ingadozásai legfeljebb 0-6°-ig mehetnek s melynek napi átlaga a 37-0°-ot lényegesen nem haladja meg; ez jelzi a táplálék zavartalan feldolgozását; a *testépítés szabályosságát pedig a súlygörbe állandó emelkedése*, mely csak csekély mérvben tér el az egyenes vonaltól. Ez azonban oly pontos szabályossággal a mesterségesen tápláltakon vajmi ritkán észlelhető. Mindezekkel szorosán összefügg a növekedés nagysága.

Finkelstein, mint specifikus ösmertető jelet, az úgynevezett „*physiologische Toleranzbreite der Ernährungsfunktion*”-t, a *táplálkozási képesség fokát*, röviden a *tolerantiát* veszi mértékül, melynek teljessége a legmegbízhatóbb fegyver az élet és egészség fenntartására. A mely csecsemő nem bír elegendő toleranciával, annak további sorsa a jövő bizonytalanságába süllyed.

Ha a táplálkozási folyamatban résztvevő erők bármelyike zavart szenved, a harmoniás együttműködés lesz megbolygatva s a testépítés munkája hiányos végeredményt hoz. Ha a gépezetnek csak egy részecskéje is kifárad, az egész gép menete szenved s az eredmény nem lesz jó. Ennek következménye, mint a táplálkozási zavar jele: a turgor megváltozása, a halvány bőrszín, a csekélyebb tolerancia s az ellenállóképesség csökkenése. Most már a megbomlott regulatio jeléül a hőfok szabálytalan, ugráló menete látható, mely a lázasba is átesaphat; a súlygörbe is töredezett, ugráló, süllyedésben és hirtelen emelkedésben mutatkozik, jeléül a testépítésben beállott zavarnak. Lapos, egyenes vagy lefelé irányuló görbe a mennyileges eredmény elégtelenségére vall, sőt arra is, hogy a szervezet veszteségre dolgozik.

Legsajátságosabb jele azonban a táplálkozási zavarnak a toleranciának a táplálékváltozásokkal szemben mutatkozó süllyedése (úgy a minőség, mint a mennyiség tekintetében); a beteg csecsemő táplálékfeldolgozási képességéből többet és többet veszít, úgyannyira, hogy már alig bír a táplálékából valamit értékesíteni, míg végre egyáltalán nem tud előre haladni. Így azután a táplálékbevitelre nyilvánuló paradox reactio a táplálkozási művelet energiájának veszteségével arányosan növekedik. A tolerancia-süllyedés nagysága mutatja meg legbiztosabban, hogy a csecsemő a táplálkozási zavar mely stádiumában van. Ezt azonban nem az éhezés (Hungerdiät) elrendelése és foganatosítása idején állapítjuk meg, minthogy ilyenkor még a mérgezett csecsemőnél is oltúnnek a jellegző tünetek és senki sem tudja megmondani a mérgeztelenítés után nyert leletből, hogy könnyű vagy súlyos zavar van-e jelen; hanem akkor, ha újból táplálékot adunk és pedig az egészséges csecsemő szükségletének megfelelő táplálék felmennyiségét, tehát 50 caloriát pro kilogramm s a nyert reactiót vizsgáljuk. Kifejezett decompositio és intoxicatio eseteiben erre, ha már ily állapotban láttuk a csecsemőt, szükség nincs, mert az egyszerű megtekintés is mutatja a tolerancia magasfokú süllyedését.

Ezen vizsgálati alapon osztja be Finkelstein a táplálkozási zavart négy, egymással szorosán összefüggő stádiumra, úgy mint két könnyű és két súlyos jellegű stádiumra. A két könnyű alakban a szervezet még megközelítőleg meg tudja tartani állományát, a két súlyosban már rohamos és súlyos mérvű a test vesztesége.

A 4 stádiumot ekként nevezi el Finkelstein:

1. Bilanz-zavar. 2. Dyspepsia. 3. Decompositio. 4. Intoxicatio.

1. A Bilanz-zavarban az anyagesere végeredménye elégtelen. A szervezet ingadozva dolgozza fel a táplálékot, melyet csak az

életteni szükséglet fokáig tud felvenni, ezen fokon túl már kárt szenved s ezen ingadozó nehezített munka eredménye a csecsemő egész testén, egész szervezetén észrevehető rossz táplálkozási állapot. Legfontosabb tünete először a hő egyensúly-zavara, a meny-nyiben állandó egyformasága eltűnik s a napi ingadozások nagyobbak; másodsor a súlygörbe megváltozása (tehát a szövetépítő faktorok elgyengülése), a mennyiben az fel- és lejáról s az addig jól fejlett szervezet veszíteni kezd, a mit erőltetett munkával igyekezik pótolni. A súlyingadozások eleinte csak napi mérések útján vehetők észre, míg a heti mérések csak azt mutatják, hogy a haladás csekély s az emelkedés ellapul. Hosszabb tartam után azonban az elégtelen növekedés és ismételten mutatózó veszteség *soványágban* nyer kifejezést, azaz nem fogy le a gyermek, hanem nem gyarapszik eléggé a kornak megfelelő mértékben. Itt tehát a tolerancia csak kis mérvben süllyedt s a paradox reactio a súlygörbe említett alakjában nyilvánul. Az ily gyermek táplálékának maximuma, melyet még nyereséggel dolgozhat fel, csak kevéssé haladja meg a fenntartási szükséglet mértékét, ezenfelül már fokozottabb munkát okoz, kifejezett haszon nélkül, miáltal a súlygörbe ismét ellapul. Nem mindig függ azonban ez a táplálék mennyiségétől, elég gyakran a minőség is fontos ok gyanánt szerepel s ez mutatja, hogy a tápanyagok viselkedésében minő különbségek vannak. A székletek a normálistól gyakran alig térnek el számbelileg és minőségbelileg, de a legtöbb esetben világos, száraz szappanszékek ürülnek, a bélchemismus megváltozását mutatta. A többi szervben nem vehető észre változás.

Finkelstein vizsgálatai szerint a casein a bilanz-zavarra nem gyakorol befolyást; a közönséges tej és az író vagy az oltott tej hatása között (utóbbiakban a casein finoman elosztott állapotban van) különbség nincs; teljes tej, pegnin tej, író, soványtej egyformán hat a széklethez és a zavarra s szerinte a cukrozott író hatása egy szénhydratdús soványtej hatásával azonos és hogy sem a caseinlazítás, sem a savanyítás nem bír jelentőséggel. *Zsír-szaporítás*, tehát a tejmennyiség növelése a súlygörbe laposságát nem változtatja meg kedvezően, a mit az is bizonyít, hogy zsírszegény és szénhydratdús táplálék mellett jól haladt gyermek a zsirtartalom növelésére azonnal megáll s csak az eredeti táplálékra visszatérve indul ismét előre. Pedig a zsír főhizlaló anyag s mégis hátrányos hatást fejt ki, ha a táplálékhoz adjuk, míg ha elveszszük, a növekedésre kedvező hatást fejt ki. Ime, ez a bilanz-zavarban beteg csecsemő *paradox reactioja*, mely a többi táplálkozás-zavarbeli stadiumokban még feltűnőbb mérvben nyilvánul. A míg azonban a zsirtolerancia így szenvedett, addig a szénhydrattolerancia még mindig teljes lehet, a mennyiben a zsírszegény, de szénhydratdús táplálékot (malátaleves, író) teljes haszonnal dolgozzák fel. Lassankint azonban a szénhydrat-toleranciában is állhat be süllyedés s ekkor a bilanz-zavaros csecsemők a zsirtalan táplálék mellett is betegek maradnak s ha a szénhydrattartalmat növeljük, hogy a súlygörbe meredek legyen, nem egyszer dyspepsiás széket kapunk s ez már átmenetet alkot a *dyspepsia stádiumába*. Ilyenkor legtöbbször várhatunk a női tejtől, feltéve, hogy constitutionális zsírsanyagcsere-zavar nincs jelen (neuropathias, exsudatív diathesises csecsemők), mely esetben feltűnő gyors javulást, mely különben rendesen be szokott állni, nem várhatunk, de legalább a súlygörbe nyugtalankodását megszüntetjük. Természetes azonban, hogy gyógyulás után a zsír újbóli adása szükséges, mert a szervezetnek erre szüksége van.

2. *Dyspepsia*. A bilanz-zavarból vagy lassan, vagy azt alig jelezve acute köszönt be. Igen gyakran a táplálék mennyisége okozza, mely az emésztési képességgel nincs arányban. Szenvet a bélchemismus fenntartásához szükséges reguláló képesség, minek következtében abnormis erjedés keletkezik, mely a motorius és secretorius munkára károsan hat. Súlyban, hőmérsékben szabálytalanság mutatkozik, melyhez kóros és gyakoribb székletek társulnak. Ez tehát a kóros székletek mint helyi zavar által jellegzett közbeeső stadium a könnyű és a súlyos zavar között, mely utóbbiban már az intermediaer anyagcsere is nehéz viszonyok közé jutott. De Finkelstein szükségesnek tartja ezen alak elkülönítését, mely mintegy figyelmeztetés arra nézve, hogy a kellő eljárást el nem mulasztjuk a fenyegető rosszabbodás kikerülése céljából. Ha nem tisztán helyi zavart látunk, akkor már nem is dyspepsiával, hanem a súlyosabb zavar előjeleivel állunk szemben. Erős és tartós

súlyvesztés, hősüllyedés vagy lázas hőfok már a dyspepsia határára túl levő folyamatra utal.

Sehol sem fontosabb a táplálék adható napi mennyiségének ismerete, mint a dyspepsiánál, hogy mint még elegendő toleranciával bíró bántalmat, a csekély toleranciájú decompositiótól megkülönböztethessük.

Az abnormis erjedések s a bélnyálkahártyának ezáltal előidézett kisebb- vagy nagyobbfokú reactioja nem bírnak különös fontossággal, tehát az sem, hogy vizes, vagy csak dyspepsiás-e a szék, ha a közérzet és a súlygörbe zavara aggodalomra nem ad okot; de az igenis nagy fontossággal bír, hogy az erjedés megszüntetését tekintsük legelső feladatunknak. Ez az ok eltávolításában és így a prophylaxisban rejlik. Tudjuk, hogy a gyomor-bél-tünetek a táplálék mennyisége és minősége szerint jelentkeznek, ha ezek a teljesítőképességet túllépik, s eltűnnek, ha ahhoz alkalmazkodnak.

Szabályellenes erjedést okozhat a *zsír*, ezért tehát, hogy rendes viszonyokhoz juthassunk, az elrendelendő diéta zsirtalan vagy zsírszegény legyen. A *szénhydratok is okozhatnak abnormis bomlásokat* s ezért legcélszerűbb, ha ezt sem adunk, hanem egyszerűen vízzel keverjük a tejet. Gyakori a *cukorerjedés is*, azért csak olyan cukrot adhatnánk pótlékkul, melynek toleranciája elég magas szokott lenni, minő a Soxhlet-tápezukor, Liebig-leves, malátakivonat. A casein Finkelstein itt is ártalmatlannak találta.

Minthogy azonban a beteg bél leggyorsabban akkor gyógyul, ha az erjedésképes anyagokat teljesen kikapcsoljuk, ennél fogva Finkelstein azon meggyőződést vallja, hogy minden fajta dyspepsiás tünet legmegbízhatóbb gyógyszere a pótlék nélküli, caseindús soványtej vagy az író. Megfelelő adagolás mellett ez a zsirtmentes és cukorszegény táplálék a tiszta dyspepsiánál úgyszólván minden esetben jó hatást hozott. A soványtejet azonban magunk készítsük separatorral, éppen úgy az író is teljesen megbízható helyről szerezzük be, ha magunk nem állíthatjuk elő. Az író tejsavtartalma kiváló védő más súlyos bomlások ellenében.

Bár sok esetben elegendő a zsír és szénhydrat kikapcsolása, tekintettel az esetenként tapasztalt gyengült regulálóképességre, mely a csekély cukortartalmú soványtej ellenére is az erjedés fennmaradását okozza, célszerű a mennyiséget is kevesbiteni. Ha azonban akkor sem áll be javulás a széklethez, a zavar súlyossága evidenssé lett s a decompositióba való áttérés várható. Itt azután csak az emlőtől várható eredmény.

Parenterális infectiókra alimentáris úton nem hathatunk, noha ezek a dyspepsia képe alatt jelentkeznek is.

Van *zsír-*, *liszt-* és *cukordyspepsia*, mely utóbbi a hőemelkedésre való hajlammal tűnik ki.

A dyspepsia súlyosságát azon táplálékmenyiség jelzi, melyet a bélchemismus a megkívánt módon eltűr. Enyhébb esetekben csak bőséges táplálék vált ki kóros reactiót, a mi csekély megszorítás után megjavul, súlyosabb esetekben erősebb táposökkentést parancsolnak. Ha a bél reguláló ereje oly mélyre süllyed, hogy az adható mennyiség a fentartási szükségletet is alig fedezi és már csekélyke különbségre is székváltozás és súlyosodás a felelet, ez már a súlyosabb zavart jelenti.

Dyspepsia nélkül nincs átmenet a decompositióba vagy az intoxicatióba s maga ez a törvényszerű tény elegendő arra, hogy a dyspepsia különös fontosságára súlyt helyezünk, mert a dyspepsia alatt veszt el a bélfalzat a tápanyag jó elkészítéséhez való képességét, miáltal az anyagcsere további munkájához nem juthat el az a szükséges minőségben; így azután a táplálék belső bomlást indít meg, a mi halált is okozhat, ha kellő időben nem lép közbe az orvosi beavatkozás.

Hainiss Géza dr.

(Folytatása következik.)

Lapszemle.

Belorvostan.

A pneumothoraxról és orvoslásáról tartott előadást Treupel (Frankfurt a. M.). Rendes körülmények között a mellüregben két erő van egymással egyensúlyban: a tüdő rugalmassága, mely a tüdő kisebbitésére törekszik, s az ezzel ellentétes irányú erő, a mellüreg falzatának húzása. Ha valami módon levegő került a mellüregbe, akkor a klinikai tünetek a levegő mennyisége és nyo-

mása szerint fognak alakulni, e tekintetben megint mérvadó a tüdősipoly viselkedése. E szerint a pneumothoraxnak három típusos alakját különböztetik meg.

Leggyakoribb s klinikailag legfontosabb a szelepes pneumothorax, a mely majdnem kizárólagosan gümös alapon fordul elő. A sipoly olyan természetű, hogy belégzéskor levegő behatolhat, de kilégzéskor nem. A levegő mennyisége addig fokozódik, a míg a belégzéskor negatív a mellűri nyomás; végre elkövetkezik az az állapot, a mikor a pneumothorax levegőjének nyomása belégzéskor egyenlő a légköri nyomással, kilégzéskor pedig pozitív. Ha az illető köhög, a nagy intrabronchialis nyomás miatt még ilyenkor is kerülhet be levegő. A megbetegedett mellkasfalban uralkodó pozitív nyomás s az egyidejűleg rendszeren jelen levő genyes vagy savós izzadmány a mediastinumot az egészséges oldal felé tolja, minek következtében a szív megváltoztatja a helyzetét, a nagy erek megtöretnek, az egészséges tüdő kitágulása megnehezül, különösen a kilégzés nehezül meg, mert az ezt előmozdító rugalmas feszülés csökken. A légzés haszonértéke kisebbedik, a vérkeringés a tüdőben szenved, a vérben oxygenhiány támad, a mi a légzési központ izgatása útján légszomjat vált ki. Minél rugalmasabb a mediastinum és a mellkas falzata, minél kiadóbbak voltak a légzőmozgások, annál súlyosabbak a tünetek. Érthető azért, hogy fiatal egyénben e szelepes pneumothorax rövid idő alatt életveszélyes tünetekben szokott nyilvánulni, sőt (mindenesetre ritkán) 24 óra alatt halállal végződhetik (pneumothorax acutissimus). Legtöbb esetben a szervezet megszokja a változott viszonyokat.

Ritkábban fordul elő az, hogy a tüdősipoly szélei merevek, a mikor a kilégzés alkalmával is nyitva marad a sipoly: nyílt pneumothorax. Középállás esetén a nyomás a pneumothoraxban és a hörgőkben egyforma, belégzéskor negatív, kilégzéskor pozitív. Az ingadozások annál nagyobbak, minél kisebb a nyílás. A megbetegedett tüdő szintén alig vesz részt a légzésben s egyebekben ugyanazok a viszonyok, mint szelepes légmell esetén, azonban kevésbé veszélyes természetűek.

A sebészi, tágran nyitott légmell esetén még két különös mozzanat fokozza a dyspnoét. Az egyik a mediastinum libegése („Flattern”); belégzéskor a mediastinum, az egészséges oldal felé húzódik, mi az egészséges tüdő tágulását akadályozza, kilégzéskor pedig a tüdő sérvszerűleg a mellkas nyílása felé szoríttatik. A másik tényező az „ingó levegő” (Pendelluft, Brauer). Kilégzéskor az egészséges tüdőből távozó levegő a bifurcatio helyén nemesak kifelé, hanem az összeesett tüdőbe is jut, azt felfújva; viszont belégzéskor nemesak kívülről, hanem a kóros oldali tüdőből is hatol be levegő az egészséges tüdőbe. Ezek a kellemetlenségek elkerülhetők, ha a mellkasi nyílást nedves törlőkkel elzárjuk vagy a hörgőkben a nyomást állandóan nagyobb értéken tartjuk (Brauer).

A zárt pneumothorax tulajdonképpen az előbbi kettőnek egy phasisa. Létrejön, ha a tüdősipoly szélei összetapadnak, például nagy mellűri nyomás állandóan összeszorítja, minek következtében a sipoly begyógyul. Ha a pneumothorax a tüdő sérülése után rövid idővel már zárttá válik, akkor (kedvező lefolyás esetén) a levegő lassanként felszívódik s helyreáll a negatív mellűri nyomás. Ilyen a lefolyás traumás légmell néhány esetében. Zárt pneumothorax esetén előfordul az úgynevezett paradox rekeszmozgás, a mely abban áll, hogy az egészséges oldalon belégzés alatt a rekesz lefelé, a beteg oldalon pedig felfelé mozog.

A tüdőcollapsus, a szív eltolása, a nagyerek összenyomása és megtöretése folytán beálló keringési zavarokat általában elég jól elbirják a betegek. Nyílt s kevesebb levegőt tartalmazó zárt pneumothorax esetén egyáltalán nem változik a vérnyomás. Nagyobb fokú zárt és szelepes pneumothorax esetén ugyan nagyobb a vérnyomás, de hajlandóságot mutat a normálisra való visszatéréshez. Csak ha igen nagy a levegő nyomása a légmellben, csökken életveszélyes módon a vérnyomás.

Az orvoslás célja csökkenteni a mechanikai zavarokat s elősegíteni a tüdősipoly záródását. A pleura pulmonalis elszakadása után először is narcoticumot adunk, hogy ezzel a mély és gyors légzést s a köhögést, mint a légmellrel növelő tényezőket kizárjuk. Megkísérélhetjük a beteg oldalt nyugalomba helyezni tapasztkötéssel, a mely a csigolyák tövisnyúlványaitól a szegyesontig érő, egymást zsindeyszerűen fedő tapasztesikokból áll. Ezt az eljárást főképpen akkor kövessük, ha látszólag egészséges tüdővel bíró fiatal egyén-

ben állott elő pneumothorax. Az esetek legnagyobb részében, különösen gümös betegekben már eleve olyan kiegyenlítő elváltozások vannak, a melyek a pneumothoraxot könnyebben elviselhetővé teszik. Így például a pleuralemezek összenövése csak részleges légmell keletkezését engedi meg, másfelől pedig a gümös beteg a kisebb légzőfelülethez már hozzászokott s kevesebb oxigénnel is beéri.

Ha az első tünetek elmúltak s a pneumothorax önként nem mutat hajlamot a gyógyulásra, akkor, traumás légmell esetén, ha a sipoly már összetapadt, indikált a punctio vagy aspiratio. A pneumothorax első szakában a korai és kiadós punctio csak kivételesen engedhető meg, ha a túlságos nyomást azon időre akarjuk megszüntetni, a míg egyéb eljárásokra előkészülünk. Természetes, hogy a míg a tüdősipoly elzárva nincs, csak múlt hatást várhatunk ettől. Tartósabb hatást igyekeznek elérni a hosszabb ideig folytatott enyhébb aspiratióval; legközségesebb módja ennek, ha punctiót tűt szívópalczkkal kötünk össze, melyből lassan folyik ki a víz (Deneke). Veszélye e módszernek, hogy a levegő kiszívása után az összetapadt sipolyszélek esetleg felszakadnak, azért sokan olyan esetekben, a melyekben nincs izzadmány, a levegő kiszívása után azt oxigénnel helyettesítik, a mely könnyebben szívódik fel.

Ha a pneumothoraxhoz, a mint az gümőkór esetén történni szokott, savós vagy savós-genyes izzadmány csatlakozik, akkor Spengler szerint várjunk, míg az összes levegő felszívódik s még akkor sem kell annyira sietnünk a punctióval, mert az exsudatum nyugalomban tartja a tüdőt. Punctio csak ritkább időközökben, $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ l. mennyiség kibocsátásával történjék, hogy fokozatosan tehermentesítsük a tüdőt. Spengler annyira üdvösnek tartja az izzadmányt, hogy olyan esetekben, a melyekben 3—6 hónap alatt nem fejlődött ki, ajánlja gyenge ezüstnitrát-oldattal való előidézését. Kétoldali megbetegedés esetén természetesen kerüljük az ilyen eljárásokat, s az egyszerű punctióra szorítkozunk, ha az indicatio vitalis megköveteli.

Ha lázat előidéz, coecustartalmú vagy eves izzadmány van jelen, nem elégséges a punctio és aspiratio, hanem meg kell nyitni a mellkast. Bülau eljárása abban áll, hogy megnyitja a mellkast s drainaget alkalmaz, melyet egyúttal szívókészülékkel köt össze, ily módon czélozván a váladék levezetését s a normális nyomási viszonyok helyreállítását. Az elméletileg helyesnek látszó módszer a gyakorlatban nem vált be. A szívóhatás megakadályozza a tüdősipoly begyógyulását, könnyen történik fertőzés s a genyes izzadmány evessé lesz. További hátránya, hogy hosszú ideig kell alkalmazni, a betegeket nyugalomra kárhoztatja, másfelől a sipoly szélein elhalás támad.

Unverricht tág mellkassipolyt készít, mely a légzés minden szakában nyitva van. Ilyen módon elkerüli a tüdősipoly izgatását, s az életveszélyes túlnagy nyomás (Überdruck) esetleges létrejöttét. Az eljárás a következő: metszés az egyik bordaközben, tág drain-eső, arra sodronykosárka, föléje kötés oly módon, hogy a váladék lefolyhasson, de kívülről levegő is juthasson be (vékonyabb réteg gaze).

A nem tisztán gümös, különösen a vegyes fertőzésen alapuló pyopneumothorax eseteiben többé-kevésbé terjedelmes bordaresectióval összekötött thoracotomiával iparkodtak segíteni. Könnyen maradnak vissza genyüregek és sipolyok. A Röntgen-vizsgálatokból kitűnt, hogy sok klinikailag egyszerűnek látszó empyema légmellel van komplikálva.

A különböző empyemaműtétekben tanulmányozható volt a tüdő kitágulása. Közönséges kilégzési mozgás esetén az összeesett tüdő kissé felfúvódik, sokkal nagyobb mértékben, ha a beteg zárt hangrés mellett nyom. A felfújt tüdő összeesését légmentesen záró kötéssel lehet megakadályozni, a mikor kívülről nem juthat be levegő s a belégzési levegő részben a beteg tüdőbe is hatolhat. Ezért az erős légzési mozgások empyemaműtétek után ajánlatosak. Természetesen nem várható ez a kedvező hatás, ha a tüdősipoly még nem zárult.

Ha kérges összenövés, obliteratio, hegképződés történt már, akkor a tüdő nem tágulhat ki többé (idült totalis pyothorax). Ilyen esetekben kiterjedt mellkasplasticával szüntetik meg a nagy genyüreget. Ezen súlyos műtétre csak akkor határozzuk el magunkat, ha egyszerűbb eljárással már nem segíthetünk, s a beteg állapota, vérnyomása, érverése és vérének haemoglobintartalma megengedi.

Újabban nagyon ajánlják a korai műtéti beavatkozást a tüdő-

sipoly elzárása céljából traumás pneumothorax eseteiben (különösen lövés sérülések), a mikor belső elvérzés vagy nyomási légmell kifejlődése fenyeget. Másfelől azonban a tapasztalat azt bizonyítja, hogy éppen a traumás légmell a spontán gyógyulás s conservatív orvoslás szempontjából a legkedvezőbb kilátást nyújtja.

Brauer gümös pneumothorax esetében is ajánlotta a sipoly-nak varrattal való elzárását.

Az orvoslás módjának megválasztásakor tekintettel kell lennünk a beteg állapotára s az alapbántalomra. A gümőkórán kívül légmell előfordulhat gangraena, pneumonia septica, bronchitis foetida, bronchiektasiás cavernák, a mellhártya és tüdő daganatai s emphysema esetén. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 15. sz.)

Idegkórtan.

Az idegrendszer az idült csúszban gyakran betegszik meg, mint az *Léri* vizsgálataiból kiderül. Tudvalevőleg azelőtt sokan idegbajnak tartották a csúzt, a mely a középponti idegrendszer megbetegedésének következménye. Ezt a nézetet most már elhagyták, mert rendszeren előforduló állandó elváltozás az idegrendszerben nem volt található. Egyes esetekben azonban van már szabad szemmel is látható megbetegedés. Így például *Teissier* több boncoláskor látta a gerincvelő lágy burkainak megvastagodását, a mely a gyökereket nyomta. *Tonche* a dura mater megvastagodását írja le. *Léri* egy esetében az egész gerincvelő vastag meningeális, opálos színű hüvelybe volt burkolva, a melyből a gyökereket nem is igen lehetett elkülöníteni. Ez esetben a szövettani vizsgálat a Goll-kötegen kifejezett elfajulást derített ki, a mely a nyomott hátulsó gyökerektől vette eredetét. E mellett a gerincvelő szélén is sok elfajult rost futott. Ez elváltozások a csúzzal összefüggésben állanak. Ezenkívül azonban a klinikai tünetek között is van olyan, a mely azt mutatja, hogy a csúz a gerincvelőt is megtámadja. Ez abban áll, hogy csúszos betegeken *Léri*-nek nem ritkán sikerült a Babinski-tünetet egészen tisztán kiváltani. E betegeknek nagyobb részt erősen deformált ízületeik voltak az alsó végtagjaikon és egyébként idegrendszerük ép volt. E tünet igen sokszor hiányzik, de ilyenkor gyakran ankylosisban van az öregujj. Az is befolyásolja a Babinski-tünet nyilvánulását, hogy a betegek bőre nagyon érzékeny és így az alsó végtagok a talp érintésekor szabálytalan és heves mozgást végeznek, a mikor az öregujj mozgását nem lehet megfigyelni. Egy ilyen beteg például a Babinski-tünet ki volt váltható, ha a beteg érzékenységét a morpium-befecsken-dés megszüntette. A Babinski-tünet bizonyítéka annak, hogy a gerincvelőben is van ilyenkor megbetegedés, nevezetesen a pyramis-pályákban. *Léri* azt gondolja, hogy némely esetben az idült csúzzal bizonyos fokú meningomyelitis jár. (Le bulletin méd., 1910. 38. szám.)

Kollarits Jenő dr.

Venereás bántalmak.

Az Ehrlich-Hata-féle syphilisellenes gyógyszer. A „Medizinische Klinik“ szerkesztősége — a mint azt már többször tette egyik-másik fontosabb kérdésben — körkérdest intézett Németország több szakemberéhez, hogy minő az eddigi tapasztalásuk a „606“ alkalmazása körül. Eddig mintegy 30 válasz érkezett be s így egész röviden és könnyű szerrel igen széleskörű tapasztalásról szerezhetünk tudomást. Csaknem valamennyi észlelő dicsérően nyilatkozik a szerről, természetesen hivatkozva egyúttal az eddigi rövid észlelési időre. Az utóbbi időben a legtöbben elhagyták a 606-nak lúgos oldatban való alkalmazását s áttértek a neutrális suspensióra. A savanyú oldatot már teljesen elhagyták. Az injectio helyéül az utóbbi időben a legtöbben a hát bőralatti kötőszövetét használják, mert az általános tapasztalás az, hogy e helyen akad a legritkábban complicatio (bőrnekrosis, tályogképződés). A gluteusok izomtömegébe állandóan csak *Brandenburg* és *Kromayer* adja az injectiót. Az utóbbi vizsgáló az *Ehrlich-Hata*-szernek 10%-os paraffin-emulsióját alkalmazza. Az intravenás injectiót rendszeresen jóformán csak *Clemens* tanár (Chemnitz) adja. A primaer affectio gyógyulását a 606 nyomán igen eltérően írják le az egyes észlelők. A különböző és eltérő tapasztalás nyilván azon alapul, hogy hol egészen friss, apró primaer affectiókat kezeltek, hol meg előhaladott, keményen beszűrődött sclerosiseket. Az utóbbi fajtánál az objectív észlelés azt bizonyítja, hogy a puhulás és a visszafejlődés

a táji minigyekkel együtt általában meglehetősen vontatottan halad (*Wolters, Weland* s mások). A kezelés sokszor nem tudta a friss általános secundaer tünetek kitörését meggátolni, sőt olykor még két injectio sem. A legtöbb észlelő véleménye megegyezik abban, hogy a secundaer tünetek ellen igen feltűnő a 606-nak a hatása. Különösen áll ez a szájrégbeli tünetekre. Refractaer eset csak elvétve akad. A secundaer papulák azonban aránylag lassan fejlődnek vissza s egyik-másik észlelő (*Saalfeld*) véleménye szerint olykor nem jobb a 606 hatása, mint a kénese. Némelykor a gyógyító hatás megáll, még mielőtt a tünetek teljesen elmúltak volna. Ilyenkor újabb 606-os injectióra, vagy kénese kúrára kerül a sor (*Kromayer*). Ugy látszik, hogy legjobbak a tapasztalások az úgynevezett tertiaer syphilises folyamatok gyógyítása körül. Recidiva vagy a siker elmaradása ezekben az esetekben csak elvétve fordult elő. Az úgynevezett parasyphilises bántalmaknak (tabes, paralysis) a 606-tal való kezelése körül csak kevés a tapasztalás. *Ehrlich* értelme következtében ugyanis csak kevesen kísérleteztek ilyen betegségek gyógyításával. Ugy látszik azonban, hogy eddig feltűnőbb eredmény nem mutatkozott. Recidivát a legtöbb vizsgáló észlelt. Általános tapasztalás, hogy a *Wassermann-reactio* nem minden esetben és csak igen vontatottan válik negatívvá a 606-os kezelés nyomán. Maga *Wechselmann* is most már csak azt állítja, hogy a kezelés nyomán a reactio gyakran válik negatívvá (2—10 héten belül), holott emlékszünk, hogy néhány hét előtt csaknem 100%-ban találta ezt az átváltozást.

A körkérdésekre válaszolók közül csakis *Buschke* (Berlin) nyilatkozik elítélően a 606-ról. Kritikája helyenként lesújtó hatású, bár feltűnő, hogy adatait mindössze 6 esetből meríti. Véleménye szerint a szer sokkal veszedelmesebb lehet a szervezetre nézve, mint a mennyit a tünetek elmulasztásával segít. A baj szerinte az, hogy az arsenobenzol is idegméreg, s így a syphilisnek idegméregző hatása még esetleg fokoztatik az alkalmazott szer mérgező tulajdonsága által. (Medizinische Klinik, 1910. 37—39. szám.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebajok.

A chorea naso-pharyngeális eredete mellett foglal állást *Ponthière* (Charlroi) éveken át eszközölt megfigyelései alapján. 12 év előtt véletlenül észlelte, hogy egy choreás gyermek, kinek adenoid vegetációját eltávolította, két hét alatt meggyógyult. Azóta különös figyelmet fordított e kérdésre s úgy tapasztalta, hogy a Sydenham-féle chorea (nem a másik fajta, az úgynevezett Vitus-táncz), ha garatmandula vagy hypertrophias torokmandulák vannak, gyorsan meggyógyul ezek sebészi eltávolítása után. Tapasztalatai alapján a chorea pathogenesisére nézve nem tartja elfogadhatónak a neurosisos magyarázatot, hanem az infectiosus alapot veszi fel s az infectio kapuinak a mandulákat tartja. (The journal of laryngology. 1910 szeptember.)

Rejtő Sándor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A pantopon nevű újabb opiumkészítménnyel a berlini Moabit-kórházban tett tapasztalatairól számol be *Hallervorden*. Nagyon jó hatásúnak tapasztalta egyebek között súlyos bélgümőkór eseteiben; reggel és este 1—1 cm³-t fecskendezve a bőr alá, nem csupán a hasmenés szűnt meg, hanem a köhögés is tetemesen mérséklődött s a betegek nagyon megnyugodtak. Olyan esetekben, a melyekben a szokásos narcoticumok hatástalanok maradtak, pantoponnal még eredmény volt elérhető. (Therapie der Gegenwart, 1910. 5. füzet.)

Delirium tremens ellen *Porten* a veronalt ajánlja. A beteg felvétele után tüstént 1 gramm veronalt kap meleg teában oldva; 1—2 órával utóbb még egyszer ad 1 grammot. Ezután a beteg többnyire nyugodt álomba merül. Ha kivételesen nem elegendő a 2 gramm, 5 óra elteltével még egy grammot kap a beteg, sőt néha 12 óra alatt 4 grammot is adott a szerző, a nélkül, hogy bármi kellemetlen következményt látna volna. Ezen kezelés mellett a halálozás 3.4%-ot lett a régebbi kezelés 9%-nyi halálozásával szemben. (Therapie der Gegenwart, 1910. 6. füzet.)

Az aperitol nevű újabb hashajtószerrrel tett tapasztalatairól számol be *Hirschberg*. Az aperitol phenolphthalein összeköttetése

valerianasavval. A 0-2 grammos tablettákból 2-3 veendő be este a lefekvés előtt vagy reggel. Többszörre 6-7 óra múlva fájdalomtalan székürülés következik be. Kellemetlen mellékhatást nem észlelt a szerző. (Therapie der Gegenwart, 1910. 7. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1910. 4. füzet. *Benczur Gyula*: A diastásis fermentum szaporodik a vérben és vizeletben nemcsak pankreas-baj, hanem albuminuria eseteiben is. *Kollarits Jenő*: Hiddaganat okozta másodlagos elfajulások. *György Tibor*: A magyar orvosi irodalom 1909-ben.

Gyógyászat, 1910. 39. szám. *Konrádi Dániel*: Az agybavizelés organoterápiája. *Kuhár-Durlen Agostné*: Néhány 606-tal kezelt esetről.

Orvosok lapja, 1910. 39. szám. *Szántó Manó*: A végbél betegségeiről.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 39. szám. *Verebély Tibor*: A fonalgombák okozta sebészeti betegségek. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 3. szám. *Mihálkovics Elemér*: Az acut női gonorrhoea gyógyítása.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. *Ángyán Béla* dr. egyetemi rendkívüli tanárnak a közegészségügy terén szerzett érdemei elismerésül a király a magyar nemességet adományozta vöröskereszti előnévvel. — *Ország Jakab* dr. ungvári tisztí főorvosnak pedig szintén a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a Ferencz József-rend lovagkeresztjét.

Safranek János dr.-t a budapesti egyetem orvostudományi tanártestülete az orr- és gégegyógyászati klinika tanársegédévé választotta.

Kinevezés. *Visnyei János* dr.-t felsőpulyai, *Fodor Ödön* dr.-t edelényi járásorvossá, *Gyárfás Ferencz* dr. kálói körorvost tisztelbeli járásorvossá, *Deszmirovity Koszta* dr.-t és *Schwarz Márton* dr.-t a szabadkai közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Albeker Károly* dr.-t Kalocsán községi orvossá, *Korányi Sámuel* dr.-t Marosillyén körorvossá választották.

Alkalmazások a kolozsvári tud.-egyetem orvosi karán. Megválasztották az anatómiai intézet tanársegédnek *Austerlitz Vilmos* (újra-választás), az élet- és körvegytani intézet tanárnak *Goldberger Ede*, a gyógyszer-tani intézet tanársegédnek *Issekutz Béla* dr., a sebészeti klinikán II. tanársegédnek *Vidakovich Kamil* dr., műtőnővédeknek *Krausz Béla* dr. és *Kubiss Agost* dr., a szülészeti és nőorvostani klinikán I. tanársegédnek *Vértes Oszkár* dr., a bőr- és bújakórtani klinikán II. tanársegédnek *Kerekes István* dr., gyakornoknak *Goldmann Árpád* dr., az elmekórtani klinikán gyakornoknak *Marics Milos* dr., a törvényszéki orvostani intézet tanársegédnek *Demeter György* dr. (újra-választás).

Alapítvány. *Hatvany Sándor* a budapesti poliklinikai egyesület javára 200.000 koronás alapítványt tett.

Gáger Károly dr. királyi tanácsos újra megkezdte téli gyakorlatát Arcóban.

Újpesti gyermekkórház. Az Újpesten 1907-ben létesült és „nyilvános” jelleggel felruházott gyermekkórház ágyainak száma újabban 70-re gyarapodott. A bejáró betegek száma, mely már az első évben is a 3000-et jóval túlhaladta, évről évre szintén gyarapszik. A kórház ügyeiről intézkedő „újpesti szegénygyermekkórház-egylet” vezetősége a kórházban működő igazgató-főorvos (belbetegek számára) és a rendelő sebész-főorvos mellé több más szakorvost — bőr-, fül- és szembetegek részére — rendelő főorvosi címmel kíván kinevezni. Jelentkezni óhajtoknak készséggel nyújt felvilágosítást *Fuchs Ignác* dr. igazgató-főorvos, Újpest (103-58 telefonszám).

Meghalt. *Ziffer Emil* dr. gleichenbergi fürdőorvos Budapesten, szeptember 28-án, 63 éves korában.

Kiseb hírek külföldről. *A. Ghon* dr. bécsi rendkívüli tanárt a prágai német egyetemen a kórboncolástan rendes tanárává nevezték ki. — A berlini Virchow-kórház igazgatójává *L. Kuttner* tanárt választották meg. — *K. Petró* dr.-t (Upsala) a belorvostan tanárává nevezték ki Lundban. — A porosz állatorvosi főiskolának megadták a doctor-promotio (doct. med. vet.) jogát. — *E. Payr* tanár Greifswaldban elfogadta a meghívást a königsbergi egyetem sebészeti tanszékére. Utódja Greifswaldban *Fr. König* dr., az altonai városi kórház sebészeti osztályának főorvosa lett.

Az alkohol és nicotin mértéktelen használata felismerhető elválasztást eddig még nem okozott azon 83 éves emberen, a kit — teljes testi és szellemi frissességben — *E. Müller* a marburgi orvosegyetem egyik utóbbi ülésén bemutattott. Az illető megbízható adatok szerint csaknem hat évtizeden át naponként körülbelül 3/4 liter pálinkát és hetenként 1 font dohányt fogyasztott, ezenkívül 2-5 pohár sört és néhány szivart is minden nap; egyúttal mint házaló nehéz testi munkát végzett. Az ilyen kivételes esetekből természetesen nem szabad az alkohol és nicotin ártalmatlan voltára következtetni.

Lapunk mai számához a *Chemische Fabrik Dr. R. Schenble* és *Dr. A. Hochstetter*, *Tribuswinkel*, Baden mellett, „Novojodin”-ról szóló prospektusa van mellékelve.

Az „Orvosi Évkönyv” kérdőívei már mind szétküldettek. Azon t. orvos urak, kik kérdőívet nem kaptak, szíveskedjenek mielőbb jelentkezni, vagyis címüket az „Orvosi Évkönyv” szerkesztőségének, VII. ker., Kertész-utca 16, beküldeni.

Az idegrendszer anyagcseréjének emelése az idegszövetekre, közvetve az egész test táplálására kedvezően hat vissza. Ez alapon magyarázható a természetes glycerophosphatnak, a lecithinnek antineurosis és testsúlyt gyarapító hatása. Gyermekknél rachitis és scrophulosis ellen télen a lecithines csukamájolaj, oleum jec. as. c. lecithino **Richter**, nyáron a lecithin granulée **Richter**, felnőttek idegessége és lesóványodása ellen a **Richter**-féle lecithin- és bromlecithin-tabletták ajánlhatók.

A hazai gyógyszerészi termékek gyártásának egészséges fejlődésére mutat azoknak nálunk és főleg a külföldön való elterjedése. Így újabban a **Glück** Rezső gyógyszerész laboratóriumában előállított készítmények kivitele is kezd lényegesen emelkedni. A **Digestol**, mint prompt közömbösítő és állandó használata mellett is enyhe hashajtó hatását megtartó étpor, hivatva van arra, hogy a hasonló irányú szereket külföldön kiszorítsa. A **Liquor Hypnobromid compos.** **Glück** biztos idegesillapító s alváshozó hatása és jó ize számos elsőrangú tapasztalattal nyert beigazolást.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztika, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbetegségek, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bérulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyűrűk.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymodok.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javak: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: **REH BÉLA** dr.

Orvosi laboratórium: Vezető: **Dr. VAS BERNAT**, Poliklinika. Szövetés-utca 14-16. Telefon 90-46.

Ujtátrafüred Sanatorium

Igazgatói beteg részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós** dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: **Dr. MATRAI GABOR** v. egy. tanársegéd. Telefon 26-96. VI., Teréz-körút 27.

Tátra-Széplak

Wessterheim magaslati gyógyhely, sanatorium és vízgyógyintézet üdülő és idegbetegek (Basedow-kór) részére egész éven át nyitva.

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézet orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Epileptikus betegek intézete **BALF** gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István** dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminisztérium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrássy-út 55., Tel. 157-71. Vegyi, gőrsöl, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratóriuma.

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. Widder Bertalan operateur testgyógyász (orthopédia) intézete csont- és ízület (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgőrbült) betegnek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19, Magyar-utca sarok. Rendel: d. e. 11-12-ig, d. u. 3-5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Dr. Gara gyógyintézete **Pöstyén**. Orthopédia, gymnastika, Bier-féle apparatusok, vibrációs massage, elektrotherapia, négy rekeszes villanyfürdő, thermopenetratio (izületek villamos belső áthatása).

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1910. április 30.-án tartott XII. szakülés, 1910. május 7.-én tartott XIII. szakülés, 1910. május 21.-én tartott XIV. szakülés és 1910. május 28.-án tartott XV. szakülés.) 718. l.

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XII. szakülés 1910 április 30.-án.)

I. Szabó József bemutatása: **Syringomyelia** esete. N., 43 éves üzletvezetőnél terheltség nem mutatható ki. 1889-ben lüest szerzett, mely csak két hónapig volt kezelve. Ezelőtt 5 évvel vette észre, hogy kezén hólyagok támadnak, melyek fájdalmat nem okoznak. Nemsokára észrevette, hogy mindkét kezén a nagy és kis ujjpárna izomzata megfogyott és kezét munkánál alig tudja használni.

A belső szervek részéről lényegesebb eltérés nincs. Baloldalt a m. supraspinatus, infraspinatus, pectoralis major, deltoideus, az egész felkar izomzata, az alkaré kisebb fokban, a kézközépcsontok közötti izmok, a thenar és antithenar izomzata sorvadtt; jobboldalt a m. supra- et infraspinatus, deltoideus, m. interossei, thenar, hypothenar izomzata sorvadtt. Az atrophias izmok élénk fibrillaris rángást mutatnak. A felső végtagokon, továbbá a törzsön hátul a scapula alsó szögletéig, elül a III. bordáig analgesia és thermoanaesthesia. Pupillák szűkek, alig reagálnak.

II. Jakabházy Zsigmond: „Az urethanok hatásáról“ ezimen tartott előadásában bevezetéképpen ismerteti a tulajdonképpen altatók azaz hypnoticumok hatásának a módját, az újabb fölfogásnak megfelelően. Részletesen tárgyalja az aliphaticus vegyületek szénhidrogénjeinek azon három csoportját, a melyek altató hatásúak. Első sorban szól azon vegyületekről, a melyeknek a halogen elemek kölcsönöznek altató tulajdonságot, azután az aldehidek és ketonok altató hatását fejtegeti s végül az alkylgyököknek, nevezetesen az aethyl-csoportnak az álom létrehozásában való fontos szerepét tárgyalja.

Ismerteti a zsírsorozat vegyületeiben a szénhidrogéngyökök lekötő kapcsoló csoportok fontos szerepét s kimerítően tárgyalja Hans Mayer és Overton azon theoriáját, a mely azt mondja ki, hogy e vegyületek altató hatásának erőssége azon coefficient növekedésével arányos, a mely a kérdéses altató szernek vízben és olajban való elosztódási képességét mutatja.

Rátérve saját vizsgálódásaira, ismerteti az urethanok és ureidek vegyi szerkezetét, kiemeli az urethanok amido (NH₂) atomcsoportjának jelentőségét a hatás tekintetében.

Az aethylurethanok, a hedonalnak, veronalnak és proponalnak hatását a légzésre és vérkeringési szervekre graphikai táblákban mutatja be, s kísérletei végső eredménye az, hogy a nevezett szerek altató hatású adagjai a tüdő légcseréjét élénkítik. A légesere fokozódása a Dreser-készülék adatai szerint 10⁰/o-ot tesz ki az urethan okozta alvás közben, a többi vizsgáló szernél a fokozódás nem ilyen számottevő. A vérnyomásra vonatkozólag pedig azt találja, hogy az urethan és hedonal nem süllyeszti a vérnyomást, a veronal és proponal okozta alvás közben azonban jelentéktelen nyomáscsökkenés mutatkozik, de ez meg sem közelíti a vérnyomásnak azon süllyedését, a mely chloralhydratnarcosis közben lép fel.

Hozzászól: Reinbold Béla.

(1910 május 7.-én tartott XIII. szakülés.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

Veress Ferencz: **Pemphigus vegetans** esetét mutatja be egyfelől azért, mert a kolozsvári klinikán ez a ritka betegség még nem fordult elő, másfelől azért is, mert kezdetben egy-két napig syphilis gyanúját keltette fel.

A 46 éves, nős gyári munkás azzal a panasszal vették fel magát, hogy 7 héttel azelőtt szája fájni kezdett, majd mindkét

hónalja, czombhajlata és végbele környéke kisebbedett és viszketni kezdett. Testi ereje azóta sokat csökkent.

A gyengén táplált, halvány férfi mindkét hónaljarkában reczés felületű, kiemelkedő, helyenként berepedezett, halványpiros, nedvező burjánzások vannak, melyek a környezet felé fokozatosan lelapulnak, végül a széleken kölesnyi, lenesényi, babnyi, élénkpiros felületes fekélyekbe mennek át.

A herezacskón s a vele érintkező czombfelületen, a penis alsó részén s a végbél körül részint kisebb-nagyobb felhámfoszlások, részint azokból kiinduló puha, szemölcsös, de helyenként sima felületű burjánzások láthatók. Mindkét ajakpir felületén részint nedvező, részint pörkkel fedett felületes hámlások. Az ajkak belső felületén, a pofa, lág- és keményszájpad s a tonsillák nyálkahártyáján egyfelől különálló kerekded, másfelől egymással összefolyó, szabálytalan excoriációk vannak. A nyelv papillái megújultak s közülük helyenként mély barázdák vonulnak főként hosszanti irányban végig.

Érzékszervei normálisak. Vizelete idegen alkotórészeket nem tartalmaz.

Első nap egy Hg-injectiót adtak, de másnapra szokatlannak tünt fel az a puha, tömeges, papilláris burjánzás, mely a hónalj-árkok fenekét kitöltötte, majd a Wassermann-reactio teljes oldással járván, *pemphigus vegetans*-nak minősítették az esetet. Később a hólyagok szaporodtak s kifejlődött a pemphigus vegetans legtypusosabb alakja.

(XIV. szakülés 1910 május 21.-én.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Kappel Izidor: Pyocyanaseval tett tapasztalatok a diphtheria kezelése körül.

Mielőtt a pyocyanaseval a betegágyánál szerzett tapasztalataira rátérne, ismerteti azon kísérleteit, melyeket kémlecsőben diphtheriabacillusokkal és diphtheriás hárttyakkal végzett a pyocyanase-nak baktericid, illetőleg proteolysises hatására vonatkozólag.

Csakis súlyos diphtheriás és croupos betegeken alkalmazta, kik előzetesen serumot is kaptak. A pyocyanaset spray alakjában alkalmazta, egy-egy alkalommal 2—3 cm³-nyi mennyiséget adva. Ilyen kezelésben 23 beteg részesült, kik közül 4 halt meg. Vizsgálta továbbá a pyocyanasenak a bacillusok persistenciájára való hatását is, e célból 19 betegből rendszeresen, 3—4 naponként megkísérelte a diphtheriabacillusokat Loeffler-serumon kitenyészteni, ezek közül 15-nél kórházban létüknek 10—12. napjától kezdve negatív volt a bakteriologiai lelet, 4 betegnél, dacára a pyocyanase alkalmazásának, a 16—74. napig is ki lehetett tenyészteni a Loeffler-bacillusokat.

A szerző szerint a pyocyanase nemcsak megátolja a diphtheriabacillusok fejlődését, hanem elpusztítja azokat, sőt diphtheriás hárttyakat is felold — in vitro. Hosszasabban elhúzódó diphtheria eseteiben a lepedékek gyorsabb leválását elősegíti. Orrdiphtheria eseteiben a folyást, foetor ex ore elég gyorsan szünteti. Mindazonáltal élőben azt a jó hatást, melyet kémlecsőben mutat, nem tudja kifejteni.

Hozzászól: Imre József.

II. Pollák Vilmos: 2 éves fiúgyermek arcán, nyakán és térdén észlelt bőrdiphtheriát mutat be. A bőrfekélyekről fedőlemezkészítményeken kimutathatók voltak bonezoláskor a diphtheriabacillusok, melyek vérsavón is megeredtek. Stereoskopos képekkel, mikro-photogrammokkal, rajzokkal és mikroszkopiumi készítményekkel illusztrálva mutatja be a bőrdiphtheriát, melynél a fekélyek felü-

letén rengeteg coccus és diphtheria-bacillus van, a mélyben erős lobos reactio. A szövettani kép egyébként a nyálkahártya-diphtheriával azonos. A boncolás elsődlegesnek véendő garatdiphtheriát mutatott ki.

(1910 május 28.-án tartott XV. szakülés.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

I. Markbreiter Irén: Retrobulbaris lymphangioma esetet mutat be.

II. Jancsó Miklós: Az echinococcus-fertőzés biológiai reakcióját mutatja be.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatokkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi augusztus hó 31.-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

Alulírott vállalati betegsegélyző pénztárak Zernesten, vasúti állomással, körülbelül 4000 lakossal, népes környékkel, 1910. évi november hó 1.-én, legkésőbb azonban 1911. évi január hó 1.-én történendő belépésre **orvost** keresnek, ki már gyakorlattal rendelkezik. A magyar és német nyelvek ismerete megkívánatik; fix fizetés 3600 korona, szabad lakás, fűtés és világítás, Magánygyakorlat meg van engedve. Ajánlatok az alulírott betegpénztárak egyikéhez Zernestre (Brassó mellett) intézendők.

A Brassói Cellulosegyár r.-t. vállalati betegsegélyző pénztára.

3-1 Copony Márton papírgyárának vállalati betegsegélyző pénztára.

3878/1910. sz.

Kolozs vármegye kolozsvári járásában üresedésben levő **magyarujfalusi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz M.-Ujfalu, Solyomkő, M.-Fodorháza, Babucz, Kovácsi, Kajántó, Bodonkert, Diós, M.-Macskás, K.-Gyula, H.-Macskás, Csomafája, Kido, Szt.-M.-Macskás, Fejérd, Nagyesküllő, Kisesküllő, Adalin, Ördögkeresztes és Diág községek tartoznak s székhelye Magyarujfalun.

A körorvosi állás jelenlegi javadalmazása:

Törzsfizetés: 1600 korona.

Lakbér: 300 korona.

Úti átalány: 300 korona.

A körorvosi lakbér és úti átalány megállapítására vonatkozó szabályrendelet jóváhagyása után a lakbér 350 koronára, az úti átalány 800 koronára emelkedik, a látogatási díjak pedig a következők lesznek: a székhelyen és hivatalos kiszállások alkalmával nappal 1 korona, éjjel 2 korona; székhelyen kívül 15 km. távolságig 6 korona, 16-30 km.-ig 8 korona, 31 km.-től kezdve 10 korona.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állásra pályázni kívánnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat igazoló pályázati kérvényüket **1910. évi október hó 10.-éig** annál is inkább adják be, mivel a későbbben beérkezőket figyelembe nem veszem.

Azon esetben, ha ezen állásra orvosdoktor pályázó nem akad, az szigorú orvossal is betöltetik azzal a kikötéssel, hogy az illető az orvosi oklevél elnyeréséig csak helyettesi minőségben lesz alkalmazva.

A választást 1910. évi október hó 12.-én d. e. 11 órakor a magyarujfalusi községvárnál tartom meg.

Kolozsvár, 1910. évi szeptember 22.-én.

Hankó Veress Károly, főszolgabíró.

3143/1910. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **Jászalsószentgyörgyi körorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A kör székhelye Jászalsószentgyörgy, melyhez még jó műúttal összekötött két község: Jánoshida és Alattyán tartozik.

Orvosi javadalom évi 1600 korona és 500 korona lakbér s az orvosi teendőkért szabályrendeletileg megállapított díjak.

Tartozik a megválasztott körorvos a kör székhelyén a halottkémlést a szabályrendeletileg megállapított díjért végezni.

A kör két községet tartozik a körorvos hetenként egyszer megállapított napon a községek által kiszolgálandó fuvaron meglátogatni s többi napokon is, ha erre felkérlik.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz **október hó 15.-éig** bezárólag szíveskedjenek betérjeszteni, mert később érkező kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Jászapáti, 1910. évi szeptember 19.-én.

2-1

Cseh János, főszolgabíró.

4115/1910. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó, Körmöczbánya székhelyvel rendszeresített 12 községből álló körmöczbányavidéki közegészségügyi körben a **körorvosi állásnak** betölthetése céljából pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdődő évi törzsfizetés 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

Himlőoltási díj és megbízás esetén ker. munkásbiztosítópénztári tiszteletdíj.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó lakáspénz és a hivatkozott törvény 21. és 22. §-ai alapján ugyancsak a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó úti átalány és rendelési díj.

A körorvos köteles a körbeli vagyontalan betegeket és trachomásokat díjtalanul, a többieket egyelőre az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezeltetni és köre községeit tovább intézkedésig kéthetenként egyszer beutazni.

A körbeli trachomásosok sikeres gyógykezeléséért minden működési év végén trachoma-jutalom kérhető.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében a gyógykezelésében kellő jártassággal bír.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való utalással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság németül és tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1910. október 25. napjáig** nyújtják be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást a kör székhelyén, Körmöczbánya városban a körjegyzői irodában folyó évi október hó 27. napján d. e. 9 órakor fogom megtartani és a megválasztandó állását lehetőleg azonnal elfoglalni tartozik.

Garamszentkereszt, 1910. évi szeptember hó 24.-én.

2-1

Finka Sándor, főszolgabíró.

4161/1910. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Geletnek székhelyvel rendszeresített 15 községből álló geletneki közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásnak** betölthetése céljából pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdő törzsfizetés évi 1600 korona és négyszeri egyenként 200 koronát tevő s a nyugdíjba is beszámítandó korpótlék.

Halottkémlési és himlőoltási díj. Megbízás esetén ker. munkásbiztosítópénztári tiszteletdíj és kézigyógyiszerárthatási jogosultság.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó lakáspénz és ezen törvény 21. és 22. §-ai alapján ugyancsak a vármegyei törvényhatósági bizottság által szabályrendeletileg megállapítandó úti átalány, látogatási és rendelési díj.

A körorvos köteles a körbeli trachomásosokat és a vagyontalan betegeket díjtalanul, a többieket az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezeltetni és köre községeit tovább intézkedésig kéthetenként egyszer beutazni.

A körbeli trachomásosok sikeres gyógykezeléséért minden működési év végén trachoma-jutalom kérhető.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében és gyógykezelésében kellő jártassággal bír.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság túlnyomó része tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1910. évi október hó 31. napjáig** annál inkább nyújtják be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Geletnek községben a körjegyzői irodában folyó évi november hó 4.-én délelőtt 9 órakor fogom megtartani.

Garamszentkereszt, 1910. évi szeptember hó 27.-én.

2-1

Finka Sándor, főszolgabíró.

4162/1910. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Jánosgyarmat község székhelyvel rendszeresített hét községből álló jánosgyarmati közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásnak** betölthetése céljából pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdődő törzsfizetés évi 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő s nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék. Halottkémlési és himlőoltási díj. Megbízás esetén ker. munkásbiztosítópénztári tiszteletdíj és kézigyógyiszerárthatási jogosultság.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegyei törvényhatóság által megállapítandó lakáspénz és a 21. és 22. §§-ai alapján ugyanaz által szabályrendeletileg megállapítandó úti átalány, látogatási és rendelési díj.

A körorvos köteles a körbeli vagyontalan betegeket díjtalanul, a többieket egyelőre az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezeltetni, köre községeit tovább intézkedésig kéthetenként egyszer beutazni, a trachomásosokat kezelni és Jánosgyarmat meg Garamkürtös községekben hetenként kétszer trachomarendelést tartani; mihez képest a trachomakurzust végzett pályázók előnyben részesülnek.

A körbeli trachomásosok gyógykezeléséért és az előző pontban érintett trachomarendelésekért a belügyministeri tárczából 850 korona kezelési és úti átalány szokott engedélyeztetni.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság németül és tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi november hó 2. napjáig** annál inkább nyújtják be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Jánosgyarmat községben a körjegyzői irodában folyó évi november hó 5.-én d. e. 9 órakor fogom megtartani.

Garamszentkereszt, 1910. évi szeptember hó 27.-én.

2-1

Finka Sándor, főszolgabíró.

A Kalotaszegi Erdőipar r.-t. „Jósikatelepi” gőzfűrészéhez **orvost** keres. Javadalmazása: 6000 korona évi fizetés, természetbeni lakás, fűtés és világítás. Ajánlatok a Kalotaszegi Erdőipar r.-t.-hoz, Budapest, V., Nádor-utca 6. szám alá intézendők.

Budapest, 1910. évi szeptember hó 28.-án.

Kalotaszegi Erdőipar Részvénytársaság.

2835/1910. sz.

Heves vármegye XIII. úgynevezett tarnaszentmiklósi kórorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **f. évi október hó 8. napjáig** hivatalomhoz annyi-
val inkább adják be, mert a későbbben érkező kérvényeket figyelmenbe nem veszem.

A kórorvos javalmazását az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. és a vármegyei szabályrendelet határozza meg.

A választási határidőt később fogom kitűzni.

Heves, 1910. évi szeptember hó 15.-én.

2-2

Korponay István, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

BORHEGYI
LITHIUMOS BORVIZ

Kiváló húgyhajtó, sziklából fakadó természetes gyógy-ásványvíz. Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteléi R.-T.-nél Budapest. Telefon 162-84. 9136

**Első Magyar Kórházberendezési
és Felszerelési Gyári vállalat r.-t.
Kecskemét.**

Telefon interurban 197.

Sürgőnyezim: Szerelés.

Tervez, szállít és szerel: Modern központi fűtést, szellőztetést, vízvezeték, csatornázást, gőzfűző-, mosóda- és sütődeberendezéseket, szennyvízderítő-telepeket. Septikus és aseptikus műtőtermek teljes berendezése. Sterilizátorok, fertőtlenítő készülékek és orvosi műszerek.

Tervvel és költségvetéssel díjtalanul szolgálunk. 9699

Praevalidin **Név védve**

Dr. med. Walther Koch, Freiburg i. Br. szerint

**kedvező eredmények tuberkulosis,
bronchitis, emphysema, anaemia,
influenza és kachexiáknál.**

**Woll-Wäscherei und Kämmerei
Döhren bei Hannover.**

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:
Phillip Röder, Wien, III/2.

4600 Csak gyógyszerárakban kapható.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és
köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és
lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)
fellépő vesebántalmaknál.**

E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kellemes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik
ülő életmódjuk folytán aranyeres bántal-
makban, hasi vérbőségben, máj- és vese-
izgalomban vagy húgysavas lerakódások-
ban, vesehomok és vesekövek képződé-
sében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyszeredményekről
szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások
ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Sal-
vatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ
BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

BAKTERIUM MENTES TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ
Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám. ÜDÍT-GYÖGYÍT. Kapható mindenütt.
Telefon 86-35.

Kórházi, egyleti csomagolás 1.50.

MALTOCOL **LEGOLCSÓBB
LEGTÖKÉLETESEBB**

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FÁHÉJSAVAS (METOL) MALTASZÖRBPEN
7% KAL-SULFO-GUAJAC. 2% CALC. és NATR. GLYCEROPHOSFOR.
1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

KÉSZITI: **MARBERGER GYULA** BUDAPEST, VÁCI-UTCA 23.

100000 és mintá ingyen.

„Nervinol Barabás”

Mélyen tisztelt Orvos úr!

Naponta 3-szor egy evőkanállal egy harmadrész pohár szóda-
vagy ivóvízben étkezés előtt egy jó félórával, méltóztassék
rendelni a klinikailag kipróbált Nervinol Barabást, mely a leg-
tökéletesebb idegerősítő szer.



Kapható minden gyógyszerárban.



9485

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiadés Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bárony János: A terhesség kezelése. 721. lap.

Horváth Mihály: Az elferdülések prophylaxisa. 825. lap.

Steiner Pál: Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.) Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez. 727. lap.

Hammer Dezső: Budapest székesfőváros központi fertőtlenítő intézetéről. 730. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló ismertetés. Haintss Géza: A táplálkozási zavarok és az ezek folyamán jelentkező intoxicatio. A Finkelstein-Meyer-féle fehérjetej. — Könyvismertetés. Prof. H. Strauss: Praktische Winke für die chlorarme Ernährung. — Lapszemle. Belorvosstan. L. Rogers: A cholera új

gyógyításmódja. — Idegkórtan. Babinski: Agydaganat eseteiben craniektomia. — Sebészet. Hermes: A typhusfekélyek áttöréséből származó hashártyalobról. — Melchior: A végbélzárázom túlságos tágitásából származó veszélyek. — Gyermekorvosstan. P. Schneider: Polyposis intestinalis a gyermekkorban. — Nobécourt: A szív részéről támadó szövődmények a gyermekek vörhenyében. — Húgyszervi betegségek. Götzl: A prostata-hypertrophia casuisticájáról. — Rost: Adatok a férfi-húgycsőkankó kórtanának ismeretéhez. — Röntgenologia. Krönig: Milyen befolyásolja a Röntgen-kezelés a méhvérzésnek és nyomának orvoslásmódját? — Kisebb közlések az orvostudományról. Klingmüller: Hegonon. — Schrohe: A pertussis kezelése. — Szer pruritus ellen. 733—839. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 739. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 739. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 740—742. lap.

Melléklet. Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtárának prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A terhesség kezelése.

Klinikai előadás.¹

Irta: Bárony János dr., egyetemi tanár.

Tisztelt uraim! A terhesség olyan physiologiai állapot, mely lépten-nyomon csak hajszálnyira van a pathologiaitól, s mert élet-tani és többnyire egészséges, azért éppen hogy konstatálni szokás s azután magára hagyják és csupán olyankor jönnek a segítségére, mikor már átesapott a pathologiaiba. A terhes asszony pedig sokkal jobban járna, ha nem egészségesnek, hanem legalább is olyan könnyű betegnek tekintenék, a kinek a baja felügyelet nélkül nagyon hamar súlyosra fordulhat. Meglepő ez a negligentia a terhes állapottal szemben kiváltképpen azért, mert a minden terhességre következő vetéléssel vagy szüléssel szemben a prophylaxisra ma már a laikus is a legnagyobb gondot fordítja. Még tankönyveink is mostohán tárgyalják a szülészetnek ezt a fejezetét, általános s rövid vonásokban adván meg a kezelés vázlatát, úgy látszik, mintha feltételeznék a therapia nagyobb felében való jártasságot, pedig éppen a kihagyott, a jelentéktelen apróságnak tetsző minutiosítások alkotják azt a részt, a melyre a figyelmet különösebben fel kellene hívni.

Megpróbálom én most ez előadásom keretében elmondani, hogy körülbelül mi az, a mi a terhesség kezelésében figyelmet érdemel és gondot igényel. Hogy ezt kedvem szerint tegyem, egy család olyan háziiorvosának képzelem most magam, a milyent még négy-öt évtizeddel ezelőtt láthattunk, a mikor az orvos a család tagja, intimus barátja, tanácsadója volt, a kinek a megkérdezése és beleegyezése nélkül nem történt semmi; ott volt, mikor született a kis leány, a kit felnevelt, férjhez adott s a kinek a terhességeit megint ő ápolgatta végig. Kezdem tehát — tisztelt uraim — ott, a mikor már felnőtt a ránk bízott leány.

A nő testének fejlődésére befolyó tényezők közt szerepet

¹ A szerkesztőség felszólítására.

játszik az éghajlat is, a melyben él. A mi éghajlatunk alatt 22 év az átlagos idő, a mely szükséges ahhoz, hogy a nő teste teljesen megérjen; nagyon egészséges szülőktől származott és a legjobb hygiénés és sociális viszonyok közt fejlődött leánytest 20 évvel is eljuthat ugyan az érésnek ahhoz a fokához, a mely a szaporításra alkalmassá teszi, azonban ez inkább kivételes; azért, ha a 22 évből le hagyunk alkudni, az már nem egészen könyv szerint történik. A ki hamarabb férjhez megy, mintsem hogy csontban, szerveiben és izmaiban teljesen felépült, úgy jár, mint az állat, a melyet fejlődő korában az igába fognak: elsatnyul, elnyomorodik, hamar megöregszik. De ne csak 20—22 éves, hanem egészséges is legyen az a leány, a kit férjhez adunk. A beteg szívet, tüdőt és vesét, vagy a beteg idegrendszert a terhes állapot nagyon megterhelheti, a bekövetkező szövődmények minőségére s fokára számítást előre senki sem tehet, az ilyen női test inkább ne essék teherbe. A hibás csontvázú asszony jövőjéről hamarabb adhatunk véleményét, ezt tanácsosal instruálni tudjuk s ha kell, előre mindent elkészítve, rajta majdnem mindig tudunk segíteni. A pozitív betegségen kívül figyeljünk a leány idegéletére és vérképzésére is; ideg ingerlékeny leány terhes reflexei kínzóvá fajulnak s a már a leánykorban hiányos vérképzés ez okból eredő betegségek kifejlődésére adhat majd alkalmat, ha a vérképző szervekre a terhes állapotban nagyobb munka hárul.

Férjhez adtuk a leányt s a fiatal asszonynak nem jött meg az addig rendesen jelentkezett hónapos vérzése. Megvan a gyanúja annak, hogy teherbe jutott. A spermazál az ovulummal a tuba ampulláris részében szokott találkozni, e találkozásokor egybeolvad a két test legfinomabb extractumának két, éppen egyenlő parányi részlete, s az e pillanattól fejlődő új ember lassanként hőmpölyög a tubából a méh ürege felé, a hol, a mint megérkezett, a méh falába belefurakodik. A termékenyítés gyakoribb, tehát közönsége-sebb ideje a havi vérzés után következő napok, a helye pedig a méhkürt hasi, ampulláris része. A termékenyített petének a méh üregéig való utazása körülbelül 8—10 napig tart; ha már a a tuba méhfali nyílásán átjutott a pete, hamarosan, néhány óra alatt beleeszi magát a méhnek a kürt nyílása körüli nyálkahártyájába s ezzel megült, megtelepedett a még most mintegy csak

kásányi sejttömeg. Ettől az időtől mind nagyobb mértékben fejlődnek ki a terhesség tünetei s ezek között azok a reflexek, melyek különösen a három első, tulajdonképpen a 2. és 3. hónapra jellemzők s gyakran kellemetlenül felfokozódnak. Minél ingerlékenyebb a nő idegrendszere, minél kevésbé ellentálló, gyenge, vérszegény a szervezete, minél rendetlenebb a gyomor- és bélműködése, minél több lokális inger éri a méhet a környezete felől, annál erősebbek lesznek e reflexek. A terhes állapot befolyása alatt felpuhul és megnő az uterus. A felpuhulást vérteltség okozza. Hamar és legjobban felpuhul a méh nyálkahártyája. Ez a hártya, mely nem terheseiben 1—2 millimeter vastag, a 3. hónapban már 10 millimeter vastagságig megnő. E puha nyálkahártyába kapaszkodik bele a növekvő pete, mely az első tíz hétben köröskörül bolyhos, a bolyhok erein szerzi táplálékát s e gyenge bolyhokkal függ össze a méh falával; leg-erősebb bolyhok ott fejlődnek rajta, a hol cytolytikus erejénél fogva a legelsőbbben beleette magát a nyálkahártyába, tehát annak a tubának a nyílása körül, a melyen a méh üregébe vándorolt. A tizedik héttől ezen a helyen a bolyhok elágaznak, nőnek s egészen a méh izomrétegéig a falba hatolnak; e helyen fejlődik a magzati és anyai lepény, míg a pete felületének többi részén el-satnyul a boholy. Tizenkét hetes petének már placentája van; ekkor a pete lúdtójsányi hólyag, benne az embryo a magzatvízben úszik, a méh most ökölnyi s kezd a kismedenczéből kiemelkedni. A mint a táplálást átveszi a lepény, a mint a méh mintegy a szabadba, a nagymedenczébe jut, abban a mértékben szűnnek a terhes méh részéről kiváltott reflexek. Megnyugszik az asszony, rendbe jön a gyomorműködése, többnyire a bélműködése is, tud éjjel aludni, táplálkozik s erőben gyarapszik, a testi egészséges érzés visszatérésével megnyugszik a psyche, s a mint az ötödik terhességi hónap közepetájan mozgásával érezhető életjelt ad magáról a magzat, felejt az asszony a közelmúlt minden kellemetlenségét, örül a jövőnek, megnyugszik még az ingerlékenyebbek idegrendszere is, mert felébredt az anyai érzés. Ettől az időtől rendszerint baj nélkül, jó táplálkozás mellett vígan halad előre a foetus fejlődése. A terhesség 9. hónapja legvégén, a 10. elején a gyomorgödörig nő fel a méhfenék, szorítja, kinyomja helyéből a gyomrot, feltolja a rekeszt, a tüdőt és szívet, ez a nyomás ismét tüneteket okoz, a gyomor türelmetlen, a légzés nehezebb, szívpanaszok vannak, melyek azonban 10—14 nap alatt maguktól elmúlnak, ennyi idő múlva lassanként tágitván a hasfalakat, előre dől a méh; úgy mondja a tapasztaltabb asszony, hogy leszállott a méhe, s igaza van abban, hogy a 10. hónap utolsó felében a medencze bemenetére fekszik a magzatfej s a méh a testével kinyomja a hasat, előredől s fenekével mélyebbre süllyed, körülbelül oda, a hol a nyolczadik hónapban volt; a gyomor, tüdő és szív felszabadul, de mert a hat kilós terhes méh mélyebbre és előre esett, nehezebb a járás, a magzat elülfekvő feje nyomja az ér- és idegtörzseket, néha az uretert; ilyenkor, hogy az egyensúlyt meg tudja tartani, hátradől az asszony, s ebben a terhesség végére jellemző gögös tartásában emelven az elülfekvő nagy súlyt, terhére van jární. Mialatt a méh, mely eredetileg tyúktójsánagsággal ötven grammnyi test volt, annyira növekszik, hogy minden tartalmával hat kilogrammot tesz ki, azalatt felpuhul, megtágul, vérrel telt lesz minden része a genitáliáknak. E felpuhulás és vérteltség miatt könnyebben foszlik le a vulva és a hüvely nedves, finom hámja; a megtágulás folytán kisebb insultusokra is megrepedhet a burka a petének, s a növekedő terhesség arányában tágulván a nemi részek gyűjtőerei, részben ezek vérenek a nagyobb törzsekbe való áramlása, részben e törzseknek a megnövekedett méh és tartalma által való nyomása következtében az alsó végtagok gyűjtőereiben vérpangás támadhat, s ha ez ereknek falai nem elég ellentálló, fesszesek és nem elég ruganyosak, megtágulhatnak s csomókat alkotnak. Az ilyen gyűjtőeres csomóktól duzzadó végtagot a köznép, ha más okból, például sok állás, súlyok emelése folytán, támadnak is a lábszáron csomók, terhes lábnak mondja.

A pete fejlődése első heteiben olyan sejttömeget alkot, melyről nem tudjuk megmondani azt sem, hogy embertől vagy állattól származott. Hat hét múlva lehet körülbelül jeleit találni az embryón annak, hogy belőle ember fog fejlődni. A kis foetus épül, építi az anyja. A terhesség második felében a magzatnak több a szükséglete, s mert külön individuum, külön anyageseréje van és ez termel oly anyagokat is, a melyek, mint elhasználtak,

kiküszöbölendők. Az anya testétől nyeri a magzatot a fehérjét, zsírt, szénhidrátját éppen úgy, mint a csontváza felépítéséhez szükséges mészsókat; az anya vérből kapja minden szükségletét, a minden sejthez megkivánt oxygent, de ide üríti ki azt is, a mire nincsen már szüksége, ideszűrődik át az életet tevő oxydációnak minden terméke, a szénsav és az előbb említett termékei az anyageserének, mondjuk a salakja a magzati testnek. E szükségletek kielégítésére jobban táplálkozik az a terhes asszony, a ki megteheti. De egyúttal a szokottnál fokozottabb mértékben van igénybe véve minden olyan szerve, a mely az építésben részt vesz, s kiváltképpen, a mely az elhasznált anyagok kiválasztását végzi a vérből; ilyenek a vesék. A terhessége alatt jól táplált, egészséges asszony könnyebben fog szülni, mint a satnya, gyenge, halavány, vérszegény. Erős, pozsgás szervezetben jól dolgozik a méhnek az izomzata is, meg a hasprés is. A lymphás, kényes organismus lusta szülőfájásokkal elhúzza a szülést, s ezek azok a fiatal asszonyok, a kiknek már az első szülésüket is a kitolás elhúzódásának indicatiójából fogóval kell majd befejezni. Azonfelül az általában vérszegénynek nevezett test vére lassabban alvad meg s ha meg-alvad is, az alvadékaik törékenyebbek. Ezeken nagyobb vérvesztéssel folyik le a szülés, s ha ez baj nélkül folyt is le, a gyermek-ágy utolsó napjáig fenyeget a tüdőembolia réme.

Körülbelül ezeknek a gondolatoknak kell a lelki szemeink előtt lebegni akkor, a mikor a terhes asszony jelen és jövő állapotáról gondoskodni és őt tanácsosall ellátni akarjuk. A mint a havi vérzése első ízben kimaradt a fiatal asszonynak s ezzel valószínűvé lett, hogy teherbe esett, óvjuk őt mindentől, a mi az idegrendszerét ingerelné, s ezzel a reflexeket mintegy felkeltené. Kiváltképpen a méhre és környezetére fordítsunk nagy gondot. A reflexek között legkínzóbb a nyálfolys és hányás. Egyszer, mert a gyomor nem volt tökéletesen rendben a teherbe eséskor, máskor, mert a belek és hólyag működése lusta, s hol az egyik, hol a másik eltolja a méhet a rendes helyéről, megint máskor, mert a coitusok ingerlik a méhet, megindulnak a reflextünetmények, melyek a terhesség előrehaladásával párhuzamosan fognak fokozódni. A mint a terhesség valószínűvé vált, kiméljük a gyomrot, könnyen emészthető, nem terhelő ételek és italok válogatásával írjuk a diétát elő; a méh nyugalmáról pedig gondoskodjunk egyrészt a hólyag és a rectum tisztántartásával, rendszeres kiürítésével, másrészt tiltuk a coitust. A méh a hólyag és a rectum közt a közepén fekszik; a telt hólyag hátrafelé nyomja le magát a méhet, a telt végbél pedig alulról jobbra és előre tolja fel a nyakát a méhnek. Ne felejtjük, hogy asszonyokon megszokott dolog a napokra terjedő szorulás; a kökemény göbök mint daganat töltik ki hátulról és balról a medenczét, s nemcsak a mechanikai ingerrel ártanak, hanem a bélben pangó bélsár bomlásából mérges anyagok fejlődnek, melyek ha felszívódnak, méregként is hatnak, s első stációjuk, a máj szenved általuk legtöbbet; ha nem is kizárólag ők az okozói, de bizonyára részük van e mérges anyagoknak a hányás azon alakjának a felidézésében, melyet intoxicációs alaknak szoktunk említeni, s a mely, ha már a máj parenchymáját megtámadták, ha az oxydatiójukra a máj már képtelen, halálos betegséggé válhat; ezen esetekben a bonczolás teljesen a phosphormérgezésre megszokott képet fogja majd mutatni vérzésekkel mindenütt a testben, a májnak meg a sárga sorvadását. Habár nem is tudjuk mi okból fejlődik ki ez a mérgezés és ez a májsorvadás, ha tudjuk azt, hogy a bélben obstipációkor mérgek keletkeznek s ezek a májban halmozódnak össze, s ha az a telt bél azért is árt, mert nyomja, izgatja a méhet, ne várjuk meg, míg betegséget kell majd gyógyítanunk, hanem mielőbb praeventive tegyük meg, a mit most még könnyen tehetünk. A diéta irányításával, este lefekvéskor nyújtott enyhe hashajtókkal (keserűvíz, rheum) s reggeli bélmosásokkal még rá is szoktathatjuk a rendes munkára a tunya beleket. Este a terhes gyomor jobban tűr el mindent, mint a reggeli órákban, s mert éppen reggel szokott hányani a terhes, a reggel nyújtott gyógyszerekkel még külön izgatnók a gyomrot. A női hólyag 300 cm³ vizeletre van a természetből berendezve, minthogy pedig az asszonyoknak, a kik általában kevesebb vizet fogyasztanak, napi vizeletmennyisége körülbelül másfél litert tesz ki, ennél fogva nekik naponta ötször kell a hólyagjukat kiüríteniök, legjobban beosztva a reggeli felkeléskor, az esti lefekvéskor és a három: déli, délután 5 órai és esti étkezés előtt. A coitust a 2.—3. hónapban 6—8 hétig tiltjuk. A havi vér-

zés első kimaradásáig már jóformán eltelt a terhesség legelső hónapja, a 2.—3. hónapban legingerültebb az organismus s benne az uterus, azonfelül addig, míg lepény nem fejlődik, míg lazán tapad a pete a méh falához, annál is hamarabb vetélhet az asszony, mert ebben az időben különösen vaskos s vértelt a méh nyálkahártyája, melyben nemesak somatikus, de még psychés izgalma is megint s hirtelen emelkedhet a már amúgy is erősebb vérbőség s ha megreped egy ilyen nagyon megtelt kis ér, a kifolyó vér le választja nagyobb területen a pete burkait, ennek pedig vetélés lehet a végeredménye. A terhesség 10—12. hetében placentája van már a petének s eddig ki is nőtt már a méh a kismenedezéből, innentől kezdve több a licentia. Míg ezideig minden nagyobb mozgás, ugrás, emelés vagy melegben fürdés az előbb leírt módon vetélést okozhat, most már nemesak megengedett, de kívánatos a testnek óvatos edzése és ezzel a szüléshez előkészítése. Az az asszony, a kit kényeztetnek, a ki egész terhességét a szobában tölti, nem fogja kellőképpen táplálhatni magát, tunyan és nehezen fog szülni s a kiválasztásaival sem lehet tökéletesen rendben. Mozogjon, sétáljon délelőtt, délután az asszony. A fürdés is nemesak hogy meg van már engedve, sőt hetenként 2—3-szor szűkség is van rá; a terhesség ideje alatt élénk az anyagesere, a külső bőr életében is konstatálhatjuk ezt az élénkséget, a testen mindenütt hámoszlást találunk, legfőképpen pedig a czombokon s a külső genitáliákon. A fürdő azonban ne legyen sem túlságosan meleg, sem túlságosan hideg. Mindkettő ingerli a méhet. 28 R° — 35 C° legyen a hőmérséke a fürdő vizének az őszi, téli és tavaszi napokon, nyáron hűvösebb vízben is fürödhet az asszony. A mozgás, a séták, a fürdők ilyen értelemben folynak be az általános testi egészségre. Azonban elhibázott dolog s kártékony túlhajtás, a mikor az athletaferj most már a maga mértékére akarja edzeni a felesége izmait azzal, hogy órákig hurczolja s halálra fárasztja; éppen így nincs igaza annak az anyának, a ki azt hiszi, hogy a folytonos fűrésztés következtében a leánya majd könnyebben fog szülni. Ez az utóbbi tévhit onnan eredhetett, hogy pár évtized előtt orvos-elődeink a kimerült méhmunka élénkítésére, sőt nehéz — szűkmedenczés — szüléseknél a méhösszehúzódnak az akadálylyal szemben erősítésére naponta többször meleg fürdőkkel próbáltak szerencsét. Mi szülés közben már nem adunk fürdöket, sőt a mai tapasztalás szerint a burok repedése után fürdetni nagy hiba, a piszkos fürdővíz többször szűlők táglalt vulváján át a hüvelybe folyhat. A negyedik hónaptól addig, míg a méh feneké a gyomrot nem éri el, míg a gyomor ismét izgatottá nem lesz, tehát körülbelül az utolsó hónapig, rendesen kitűnő az asszonyok táplálkozása, ezt az időt kell felhasználni arra, hogy, ha szükség volna rá, javítsunk a gyenge szervezeten. Idegengerlekeny asszonyoknak jót tehet valamely phosphorpraeparatum, sápadtak kapjanak a vérvizsgálat eredménye szerint vasat vagy arsenit külön-külön, vagy váltogatva, vagy egy készítményben. A diatára nézve a vesék, a vizelet vizsgálata igazít el minket. A vesék a terhes állapotban a leginkább megterhelt parenchymás szervei az anya testének. Olyan vesék, melyek a megelőző korban valamikor már betegek voltak, például a gyermekkorban scarlatinás vesék, ha meggyógyultak is, a terhes állapotban munkájukban inogni fognak, éppen így az idősebb korban szülő asszonyok veséi vagy az alkoholistákéi. Sőt a fiatal egészséges vese is ingásokat mutat ikerterhességben, a hol három vagy több individuum salakját kell kiküszöbölnie. Innen van, hogy százalékszám szerint száz közül 15 asszonynak találunk a terhesség alatt időnként, 5-nek állandóan fehérjét a vizeletében, 10%-ban meg vese-alakelemeket is, tehát positiv vesebetegséget mutat a vizsgálat. Ezúttal természetesen olyanokról szölok, a kiknek a teherbeesésig a veséjükkel semmi bajuk sem volt. A vesevizsgálat csak a terhesség második felében bír jelentőséggel, addig a foetus kicsiny s keveset produkál. A kinek a veséi teljesen épek s a medenczéje rendes, táplálkozzék úgy, a hogy neki tetszik. A magzatra nézve előnyösebb persze, ha fehérjében dús, alkoholban szegény az anya tápláléka. Zsírok, szénhidrátok bő élvezése után zsíros, kövér a magzat is. Főbenjáró dolog a magzatra nézve, hogy a csontrendszerének az alapjai legyenek kifogástalanul alkotva. Jól tesszük, ha a legegészségesebbeknek is a táplálékkal nyújtunk valamely formában a csontképzéshez használható sókat, iganak például mésztartalmú ásványvizet a terhesség alatt, fogyasszanak tojást és halat. A magzat már intrauterin mintegy követeli e sókat s ha

másként nem kapja, az anya testéből vonja ki azokat; sok asszonynak a terhesség alatt a fogai romlanak, s a rosszúl táplálkozó, sűrűn szülő, szoptató asszonyokon csontlágyulást látunk. Azok pedig, a kiknek a veséjét beteggé teszi a terhes állapot, a vesét kimelő diatát kapjanak. Láttam olyan vesét, a mely a hatodik hónapban súlyosan beteg lett; állandó fektetés és kimelő diateta mellett érett magzatot szült s utána a vesebajából is meggyógyult az asszony. Mindenféle hústáplálék árthat az ilyen vesének. Én a legjobbnak találok a tiszta tejdiatát.

A terhes állapot befolyása alatt megváltozik az egész organismus, általános plethora támad s talán az eddig positive meg nem állapított változások miatt a vér összetételében a legegészségesebb terhesen is jelek mutatkoznak, melyek kiválóan ezt az állapotot szokták jellemezni. Ilyen például a bőr színeváltozása, az arcvonások durvább karaktere, úgy az alsó, mint a felső végtagoknak duzzadása. E duzzadás a vizenyővel nem ugyanazonos, a vesék nem is mutatnak elváltozást, azonban e különös teltség mégis kellemetlen lehet. Még ennél is kellemetlenebb, ha a gyűjtő-érfalet engednek s csomók keletkeznek. Vannak, a kik disponáltak erre; ezeknek már a terhesség közepétáján lehetnek csomók, mások a csomókat az utolsó hónapokban kapják. Ilyenkor a nagy daganattá fejlődött méh lefelé nyomása okoz a lecsüngő alsó végtagokban olyan pangásokat, melyek az érfalakat csomókká tágitják. Szülés után jó részben visszafejlődhetnek még a nagy csomók is, s annál inkább gyógyulhatnak ezek, ha a terhesség folyamata alatt az ilyen érfalakat ruganyos szövetből készült harisnyákkal támogatjuk. Az utolsó hetekben, a 9. és 10. hónapban néha jobboldali, a czombba is sugárzó időszakos vetetési fájdalmakról hallunk panaszt. Ezeket a panaszokat ne hagyjuk teljesen figyelmen kívül. Én mindig azt találtam, hogy az ilyen asszonyokban a magzat második koponyafekvésben van elhelyezkedve s a vese-fájdalmakat akként magyarázom, hogy a magzat feje ráfekszik időnkint a medenczegyűrűre s nyomja az uretert; támogatja ezt a feltevésemet az a körülmény is, hogy, a mint az asszonyt átfektetem balra, szűnik a fájdalom. Az ureter összenyomása a vese-medenczéjében vizelet-pangásnak, vese-feszülésnek, functiozavarnak lehet a forrása. Az előreső méh a terhesség végén kinyújtja a hasat, az ilyen asszonynak momentán nehéz a járása, a szülés után pedig csüngő hasa marad. Kitágult hasfalak mögött csüng a vese, máj, gyomor, lép, csüngenek a belek; e ptosis következtében gyomorzavarokkal, s mert a hasprés nem létezik többé, bélpangásokkal küzdök az asszony, s ha idáig jutott, nem is lesz teljesen egészséges soha életében. A mi kötelességünk örködni e tekintetben is a jövője felett. Az utolsó 4—6 hétben alkalmazott hasöv s a gyermekágyban való hydro-pathakötés elejét veheti e kitágulásnak.

A terhesség utolsó hat hete ismét különös ápolásra szorul. Kiváltképpen vigyázzunk az utolsó hetekre. Nagy terhével az asszony sem oldalt, sem hanyatt nem bír már fekdülni s a lecsüngő nagy has a gyomrot is lefele vongálván, nem mozog, nem alszik s nem tud táplálkozni. Továbbá minél nagyobb a méh, annál több az izma, s ezek a terhesség végén ingerlékenyebbek. Ez az oka annak is, hogy könnyebb művi úton megindítani a szülést a nyolez, mint az öt hónapos méhben, s hogy terhesség végén már a külső vizsgálat okozta nyomogatásokra is összehúzódnak keletkeznek. Az utolsó hetekben a legkisebb inger is kivált contractiót. Ezek az időnkint jelentkező méhösszehúzódnak nem károsak, sőt az által, hogy a magzatot egyenes fekvésbe terelik, vagy a magzatnak ezt a fekvését biztosítják, még a jövőre, a szülésre nézve üdvösen folynak be. A két utolsó hétben a jósló fájások néha rythmussal órákig tarthatnak s a méh alsó szakaszának mérsékelt kinyújtása által az előlfekvő részt mintegy ráigazítják a medenczegyűrűre. Ez ingerlékenységből folyik azonban az a lehetőség, hogy erősebb testi vagy lelki rázkódtatás következtében is megindul a szülés; a jóslófájások szülőfájásokká folytatódhatnak. Ebben az időben tehát ismét kiméljük az asszonyt. Emelés, ugrás, kocsiszás, coitus vagy hosszantartó meleg, 30 R fokos fürdők kiválthatják korán, a terminus előtt hetekkel a szülést. Ezenfelül asszonyokban, a kik már máskor is szültek, a méh nyakesatornája a terhesség végén ujnyi, kétujnyira nyitott, a belső méhszáj is ujjal átjárható, itt a magzataburok szabadon fekdüvén, könnyen megrepedhet, s kiváltképpen könnyen reped meg, a hol a magzat lábbal lefelé, például kettőzött farfekvésben foglal helyet a méh

üregében; ezekben a magzat rugó mozgásai a belső méhszáj fölött a védtelen burkot feszegetik. A buroknak idő előtt való megrepedésére adhat alkalmat a terhesség ilyen idejében a coitus. Én a burok repedését akkor, a mikor még szunnyad minden szülők munkája, a legveszélyesebb complicatiók egyikének tartom s a legeslegveszélyesebb incidensnek akkor, ha a burokrepedést coitus okozta. Láttam súlyos sepsiseket kifejlődni e módon létrejött infectio folytán, a hol tudniillik, minthogy az asszony a burokrepedés után rövid idő múlva spontan szült és vizsgálva nem volt, egyedül és kizárólag a coitusra kellett hogy gyanút vessek. Idő előtt való burokrepedésre sok magzatvíz elfolyik, a méh összecsúsz esik, a burok a méhfalon itt-ott eltolódik s lassanként megindul a szülés; átlagban körülbelül háromszor huszonnégy órát lehet számítani, a melyen belül jelentkeznek a szülési fájdalmak. Míg azonban a szülés megindul, az alatt a mikroorganizmusoknak, sőt a has ide-oda mozgása alkalmából a levegőnek is szabad útja van a méh ürege felé; ekkor még a magzat elülső részét a szülőfájások nem töltik feszesen a csontos medenczébe. Teljesen érintetlen genitáliák fölött is kora burokrepedésre a méh üregében rothadás fejlődhet s mert a méh kisebb lett s vele a placenta tapadási helye is megszakad, elhalhat a magzat. Még fél óra előtt hallottunk magzati szívverést s újabb hallgatáskor már semmit sem hallunk, pedig nyugodt volt az anya s mi sem történt vele. S ha a burokrepedésre azonnal megindulnak is méhösszehúzódások, mert a méh száját máskor egyenletesen tágitó burok már megrepedt, megnyúlik, időben húzódik a szülés. Óvjuk hát a burkot, illetőleg óvjuk meg az asszonyt ebben az időben minden insuitustól; ha pedig valamely fentemlített okból megrepedt a burok, fekdője az asszony azonnal az ágyba s minden szükségletét kifőzött ágytálon végezze; ne engedjük, hogy a mozgás, ágyból be- s kiszállás alkalmat adjon a mondott complicatiókra. Magára hagyva, mert fájdalmakat nem érez az asszony, könnyelműen napokig is kijár, s csak ha már lázas s a hideg is rázza, fekszik ágyba. Az idő előtt való burokrepedéstől én azért is félek, mert, ha már megtörtént, a szülő nő jövő sorsa nincs a hatalmamban. A leggondosabb elővigyázat és tisztaság ellenére elpusztulhat úgy az anya mint magzata. A fektetés mellett nagy gondot desinfectio s steril gaze-zal fedem a külső genitáliákat. Négy óránként váltom a steril gazet s ugyanily időközökben alacsony sugarú hüvelyöblítéssel próbálom elejét venni a decompositionnak.

Ha már említettem a hüvelyöblítést, tehát erről is néhány szót. A magát tisztán tartó férjes asszony megszokta a hüvelyöblítést s azt a terhessége alatt is folytatni akarja. De meg a terhesség egyik jeleként a felpuhult, vérbő genitáliákból vizes tejhez hasonló folyás jelentkezik; ez a folyás néha, különösen akkor, ha már előbb is beteg volt vagy ha tátony a hüvely, bővebb szokott lenni s a szeméremajkak, czombokat felmarja. A dolog természete szerint terhes genitáliákhoz csak steril kéz nyúlhat, s ezeket csak steril instrumentummal, desinfectio oldattal szabad öblíteni. A külső nemi részeit mossa le az asszony, a hüvelyét azonban terhes állapotában még az egészséges asszony se öblítse önmaga. Ha az erős folyás hüvelyöblítések alkalmazására kényszerít bennünket, végezze azt ahhoz értő személy. A terhes nyálkahártya rendkívül könnyen sérthető s minden apró hámosztott terület inficiálható, azonfelül a megengedettnél hidegebb vagy melegebb öblítés, vagy a magasról alkalmazott sugár masszáló verése a méh alsó szakaszára izgatólag hatna, a folyadék sugara s vele a hüvely váladéka bejuthatna a méh üregébe is. Mérsékelt meleg, 24—26° legyen az öblítő folyadék s az öblítő edényt a genitáliától legfeljebb fél méterre tartjuk.

A terhesség legvégén természetesen legtöbb a magzat testének az anya vérébe szívárgó elhasznált terméke, ezeket pedig mind az anya veséi hivatva leszűnni. Ekkor végez nagy munkát a vese, a munkaképességét ilyenkor sűrűn, hetenként vizsgáljuk. Könnyítsünk a sorsán a diéta megszabásával; alkohol, fűszeres ételek, sok húsétel ingerli a vesét, fokozza a munkát s könnyen megárt minden, a mi e munkában befolyásolhatja, például hirtelen hőmérsékletváltozás, meghűlés. A vesefunkciók primaer vagy secundaer elégtelensége a szülés okozta idegingerekkel együtt eklampsiát vált ki. Tavasszal és ősszel a nedves, hűvös időjárás alatt gyakrabban találkozunk e szörnyű betegséggel, mint a nyári hónapokban. A terhes, plethorás test fokozott anyagcseréjével párolog, megizzad s hamarabb reagál a meghűléssel szemben. Ilyenkor például a

fürdője után fél vagy egy órára okvetetlen fekdője az asszony. Ha pedig feltűnő módon gyötri az álmatlanság, a vizelete, bár chemice semmit sem mutat, de sötét és sűrű, ha időnként szédül vagy fejfájást panaszol, akkor résen legyünk s kövessünk el mindent a szervezetben lappangó kártékony anyagok csökkentésére és könnyebb kiválasztására, meg az idegrendszer teljes megnyugtatására.

Az érverést és hőmérsékletet illetőleg: a pulsus a terhesség alatt számban emelkedik, a szívre ilyenkor nagyobb munka hárul; a szívhangok egyébként rendszerint tiszták, néha a szívesücsön gyenge systolés zörejt lehet konstatálni s a pulmonalis második hangja is ékeltebb. Az érverés száma 84—88, tehát 16—20 ütessel szaporább mint nem terhes asszonyon. A hol a vérnyomás emelkedést mutat s a pulsus feszes és peczelő, ott vigyázzunk a veseműködésre, ez egymagában is oly komoly tünet, mely eklampsiára tereli a gondolatainkat. Magasabb száma a pulsusnak megfelel a szívre rótt fokozott munkának, szülés után nyugodt fekvés mellett a gyermekágy alatt lényegesen kevesebb az érverés száma. Az egészséges terhes állapot a tapasztalat szerint a hőmérsékletre nincsen befolyással; minden ingadozásnak s eltérésnek a teljesen normálstól különös oka van. Gyakrabban gyomor- és bélrendetlenkedés ad okot a terhesség alatt hőemelkedésre, de a legnagyobb jelentőséggel az olyan bir, a melyet tonsillitis okoz. Ez okból a száj, a torok, a gége egészségére is figyelemmel legyünk. A tonsillatüszökben vehemens módon fertőző s genyedet keltő csírák szoktak szaporodni, melyek a véráramba jutva s a loci minoris resistentiae-n megtelepedve, váratlan súlyos szövődmények kifejlődésére adhatnak alkalmat. A terhesség alatt fejlődő pyelitisek nagyobb számban ascendáló úton a hólyag felől vagy a belekből származó colifertőzések, de találunk staphylo- és streptococcusfertőzéseket is, melyek rendszerint a vérből kerülnek s akadnak meg a vese parenchymájában. Odvas fogak, beteg orr, ozoena s genyedő fülgyulladások olyan értelemben válhatnak a terhesre vagy szülőre kártékonyak, hogy a fájós részét tisztogatja, kötözgeti, azzal sokat foglalkozik a betegnek ugyanaz a keze, a melylyel akarattal vagy akaratlanul a nemi részeihez is nyúl. Minden genyedő seb, legyen a testnek bármely részén, ilyen értelemben a leg-súlyosabb gyermekágyi láz forrásává válhat. Láttam kilenczedszer szülő asszonyt könnyű szülés után sepsisben elhalni, a kit senki sem vizsgált meg; a nagyon kis intelligenciájú asszonynak a keze egyik ujján genyedő panaritiuma volt.

Meg kell emlékeznem még a terhes emlőkről is. Az emlőmirigyek a leány testében sokáig szunnyadnak s tulajdonképpen a terhesség hatása alatt fejlődnek ki teljes mértékben. Jól fejlődő leányok emlőmirigyei a menstruatio előtti napokban meg szoktak duzzadni, vérteltek lesznek, mint a nemi részek. Ez az időszak vérbőség nevelgeti őket. Rosszul teszi, a ki a fiatal leányok emlőmirigyeit elfűzi s a szabad fejlődésben megakadályozza; az ilyen állandó lezorításnak legalább is az a következménye, hogy a bimbók le fognak lapulni s be fognak húzódni, e hiba miatt meg majd nem lehet szoptatni. A parasztleányok emlőbimbói feszesek, kiállók, mert a fejlődésüknek nem állották útját. A leányemlőben több a zsír és a kötő, mint a mirigyszövet, terhesség közben szaporodnak meg a mirigyfűrtjei. A 2., 3. hónapban az emlőkből savót lehet már kinyomni s a terhesség második felében fokozatosan emelkedik ebben a savóban a koratejtestecskék száma. A sok apró sárga pontszerű csomótól sárga lesz a folyadék színe. A terhesség folyamán az emlők ápolása alatt a tisztaságon és a kiméletlen kívül a bimbók edzését érthetjük. Mosogatjuk, alkoholos vízzel (50%) durvitjuk a hámat. Különösen szőke asszonyok bimbói nagyon érzékenyek; a szopás behatása alatt lefoszói a bimbót fedő laphám s a hámosztott terület fájdalmas és könnyen fertőzhető. Behúzódott, elrontott bimbókat néha nem is tudunk a szoptatásra alkalmassá tenni, ezeket szívóüvegekkel kellene megint kiszoktatni. Ha már előbb nem tehetjük, legalább a terheseknek tiltsuk el a fűzést. Hiú vagy túlságosan szemérmes asszonyok, a kik a terhes állapotot eleintén, míg hozzá nem szoktak, titkolni akarják, az első négy hónapban elfűzik magukat. A már elmondottak szerint a terhességnek a legidegingerültebb idején a fűzés tényezővé válhat a reflextünetek felidézésében. A három első hónapban a medence esontjai között foglal helyet a méh; a fűző a rendes módon fekvő méhtestet előre a hólyagra nyomja s mozgásában, szabad terjeszkedésében akadályozza vagy legalább is abban korlá-

tozza, a hátrahajlott méhet pedig lefelé a végbélre szorítja. Könnyű belátni, hogy a fűzés a terhesség alatt még a teljesen egészségeseknek sem lehet hasznára, az idegeseknek vagy gyengélkedőknek pedig éppen ártalmára lehet.

Ezekből láthatjuk, tisztelt Uraim, hogy a terhességet éppen oly lelkiismeretes előrelátással szükséges kezelni, mint akár a szülést; az a gondos prophylaxis, a melylyel a szülönőt szoktuk körülvenni, nemcsak hogy helyén van, hanem kötelesség a terhesség alatt is. A praeventiv gondosság elhanyagolása folytán a kifejlődött s gyakran gyógyíthatatlan hibákkal találjuk szemben magunkat, míg a most elmondott tételek szemmel tartásával súlyos complicatióknak vehetjük elejét, a szülés lefolyását könnyebbé tehetjük és a reánk bízott nő testének jövőjé sorsára, annak ad integrum való helyreállítására is jótékony befolyással leszünk.

Az elferdülések prophylaxisa.¹

Irta: *Horváth Mihály* dr., egyetemi magántanár.

A midőn az elferdülések prophylaxisáról kívánok értekezni, egyik czélom tulajdonképpen az, hogy a kartársak figyelmét az orvostudomány azon ágára irányítsam, a mely hazánkban talán a legmostohább elbánásban részesül. Igaz ugyan, hogy az orthopaedia körébe tartozó bántalmak nagy része nem sorolható azon betegségek közé, a melyek az életet magát is veszélyeztetik, ha azonban meggondoljuk, hogy a mozgatószervek alaki eltérései — az orthopaedia ezekkel foglalkozik — azoknak működését is akadályozzák, sőt fel is függeszthetik, akkor nem hiszem, hogy akadna egy is kartársaim között, a ki ne tekintené nagyfontosságúnak az orthopaedia feladatát. Ha az elferdüléseket csak szépséghibának tekintenénk, még akkor is érthetetlen volna az a közönyösség, a melylyel a szülők a gyermekeik rossz tartását vagy egyéb más testi hibáját semmibe se veszik. Az elferdülések egyike-másika azonban azonkívül, hogy a testet elesűfűtja, igen sokszor munkaképtelenségre vezet, sőt az ember életét is megrövidítheti.

Ezért az orvosnak, ki feladatának teljesen meg akar felelni, az orthopaediával is foglalkoznia kell, s midőn ezt teszi, nemcsak orvosi hivatásának tesz eleget, hanem az ily orvos működése nemzetgazdasági és humánus szempontból is nagy jelentőségű; az ép testtel bíró ember a maga és családja megélhetéséről is könnyebben gondoskodhatik, mint az elferdült, púpos vagy sánta, a kiket azonkívül embertársainak gúnyolódásától is megszabadíthatunk.

Az orthopaediának fontosságát szerettem volna statisztikai adatokkal bizonyítani. Magyarországon azonban még hozzávetőleges számítást sem tehetünk arról, hogy mily nagy az elferdült, elnyomorodott emberek száma.

A nélkül, hogy bármily következtetésre alkalmas adatot szolgáltatnánk, csak utalni kívánok a budapesti új Szt. János-kórház évkönyveire, melyek szerint annak gyermekosztályán 1900—1907-ig terjedő időszakban 18,700 ambulans szegény beteg közül 5.6%, a gyermekosztályon ápolt 8709 beteg közül pedig 6.3% szenvedett oly betegségben, mely az orthopaedia körébe sorolható.

Érdekessége miatt említem fel, hogy *Lange* szerint Bajorországban $\frac{1}{2}$ millióra tehető azok száma, kik orthopaediás gyógyításra szorulnak, a mi a lakosság számarányához mérten Nagy-Németországban már 5 millió embert jelent, éppen abban az országban, melynek tudvalevőleg majdnem minden nagyobb városában megtalálható az orthopaediának egy-egy iskolája. Ezen iskoláknak, kórházi rendeléseknek tanító, nevelő hatása úgy az orvosokra, mint a nagyközönségre kétségtelen. Felkeltik a figyelmet és ébren tartják az érdeklődést az orthopaediás megbetegedésekkel szemben, a mi pedig az első és legfontosabb lépés az elferdülések prophylaxisában.

A mi hazánkban e tekintetben a kezdet nehézségeivel kell megküzdünk. Nélkülözzük az intézményeket, a melyek alkalmasak arra, hogy a nép szélesebb rétegeinek, főleg az alsóbb néposztálynak is könnyen hozzáférhetővé tennék az orthopaediás gyógyító módokat. Az az egy-néhány klinika vagy kórház, melyekben szakemberek külön orthopaediás rendeltetést tartanak, már csekély számánál fogva sem tud megfelelni feladatának. Nagyon kíváncs voltam, hogy a klinikák és közkórházak keretében, egyelőre talán

a sebészi osztályokkal kapcsolatosan, mind nagyobb számmal rendszereziténének ily orthopaediás rendeléseket, melyeket idővel önálló osztályokká lehetne fejleszteni. Ezek létesítésével nemcsak azt érnénk el, hogy az elferdülések gyógyítása sokkal intensívebb lenne, de meggyőződésem szerint az elferdült emberek és a nyomorék gyermekek számának csökkenésére is vezetne, mert a prophylaxisos gyógyításra adna a gyakorlatban alkalmat.

A megfelelő intézmények hiányában rejlő nehézségeket részben az enyhítené, ha mind nagyobb számmal volnának a vidéken is orvosok, a kik az orthopaediás bántalmak iránt is érdeklődnek és azokat felismerni, jelentőségüket mérlegelni és ehhez mértén cselekedni is tudnak. Kíváncs voltam, hogy általánosságban is a köztudatba menjen, hogy az orthopaedia körébe tartozó bántalmak éppen úgy igényelnek orvosi beavatkozást, mint minden más betegség. Sajnos, ettől még nagyon messze vagyunk.

Hazánkban néhány szakemberen kívül a sebészek foglalkoznak még az orthopaediás megbetegedések gyógyításával. Érdeklődésük azonban főleg csak azon bántalmak felé irányul, a melyekben sebészi tudásukat érvényesíthetik. Az általános gyakorlatot folytató orvosok legnagyobb része azonban úgy a fővárosban, mint különösen a vidéken nem érdeklődik oly mértékben az elferdülések gyógyítása iránt, a mint azt jelentősége megérdemelné, s a mely érdeklődés szükséges ahhoz, hogy a laikus közönséget ez irányban is nevelje s hozzá szoktassa ahhoz, hogy már kezdődő elhajlással is orvoshoz forduljon.

Előadásom megtartásával éppen azt czélozom, hogy reá mutassak a gyakorló orvosok szerepének nagy fontosságára az orthopaediás prophylaxisban. Addig, míg nem nyújtanak nekünk, szakembereknek segédkezet, addig sikeres prophylaxisról egyáltalában nem lehet szó s az orthopaediás nyilvános rendeléseket és intézeteket legnagyobbbrészt oly betegek fogják megtölteni, a kiknek testi épségét visszaadni már egyáltalában nem lehet.

Hogy az orthopaediában a prophylaxis és a korai orvoslás oly eminens fontosságú, ezt eléggé magyarázza azon sajátosság, mely majdnem kivétel nélkül az összes elferdüléseket annyira jellemzi. Ezen jellemző tulajdonság a *lassú, de fokozatos rosszabbodás*. És itt van a helye, hogy szembeszálljak azzal a szinte szálló igévé vált kifejezéssel, a melyet szélteiben-hosszában használ orvos és laikus, s a melynek megszámlálhatatlan gyermek köszönheti elnyomorodását. „Majd kinövi magát“, ezzel nyugtatja meg magát a kényelemszerető szülő, a kit gyermekének hibás testtartására figyelmeztetnek. S ha végre hónapok és évek romboló munkája a gyermek valóságos elferdüléséhez vezetett, s a szülő oly későn felébredt aggodalmával tanácsért orvosához fordul, nagyon sokszor nem hall egyebet, mint — hogy majd kinövi magát, a gyermek fejlődésében lévő hatalmas erő majd jóvá tesz mindent.

Megengedem, hogy vannak valóban elferdülések, melyek fejlődésük bizonyos fokán megállanak, sőt az alsó végtagok angolkóros elhajlásainál a 4—5. életévig igen gyakran még tetemes spontán javulást is észlelünk. Talán éppen ezen észlelet vezetett ahhoz, hogy a „majd kinövi magát“ kifejezés szálló igévé lett, és a közhiedelem hajlandó volt ennek érvényességét más egyéb elferdülésre is kiterjeszteni. Ebben bizakodva, megszegyenítő nyugalommal és közömbösséggel hagyják — gyakran orvosi assistentiával — tovább ferdülni a szegény gyermekeket, a kiket ez eléggé nem ostromozható tévhitben való bizakodás nyomorékká tett egész életükre és megfosztott mindazon előnyöktől, a melyeket jónövésű és ép testű embertársai élveznek.

Nekünk, szakembereknek szomorú tapasztalataink vannak arról, hogy a kezdődő elferdülések mennyire „nem“ nőnek ki magukat. Ha nem is tagadható a csontnövekedés bizonyos reparatív képessége, ez nem következik be minden esetben, nem minden elferdülésnél és nem elegendő mértékben. Ebben túlságosan bizakodva, rendszerint elmulasztjuk azon időt, a melyben kisebb fáradsággal s — hozzá teszem — kisebb költséggel is aránytalanul sokkal többet érhetnénk el.

Bármennyire szeretném is, hogy e szavaimnak visszhangja kelne s meghallaná mindenki, a kinek csak szól, tudniillik minden orvos és minden szülő, hiú reményekkel még sem álthatom magamat. Évtizedek, évszázadok óta küzdenek az orthopaedek, hogy az elferdülések számát csökkentsék, hogy a minden jó szándékot meg-hiusító közönyösséget megváltoztassák. Hogy ezen küzdelem még

¹ Kivonatossan előadta az orvosok és természetvizsgálók XXXV. vándorgyűlésén.

mindig nem járt a kellő eredménnyel, hogy panaszaink még ma is jogosultak, ezt bizonyítja az is, hogy én is, az orthopaediának szerény munkása, szükségét láttam annak, hogy tárgyamról a magyarországi orvosok ezen jelentős gyülekezetében előadást tartsak.

Megelégszem, sőt igen nagy jelentőségűnek tartom, ha Önöket, igen tisztelt kartársaim, kik jelenlétükkel az orthopaedia iránt táplált érdeklődésükről tesznek tanubizonyosságot, a „majd kinövi magát“ tévhitel szemben a prophylaxisos és korai gyógykezelés fontosságáról sikerül meggyőznöm.

Hogy az általános gyakorlatot folytató orvosnak mily gyakran van alkalma arra, hogy megelőző intézkedéseivel elejét vegye az elferdüléseknek, arról meggyőződhetünk, ha figyelembe vesszük azon okokat, a melyek az elferdülések kifejlődését elősegítik.

Tudvalevőleg a deformitásoknak 2 nagy csoportját különböztetjük meg, úgymint a világrahozott és az életben szerzett elferdüléseket.

Az életben szerzett deformitások — Hoffa, Schanz és Rosenfeld statistikája szerint — gyakoriság tekintetében 8-szorosan muljakk felül a világrahozottakat; már ebből az egy adatból is levonhatjuk általánosságban azt a következtetést, hogy a deformitások óriási többségében nyílik alkalma az orvosnak arra, hogy helyes intézkedéseivel megakadályozza azok létrejövetelét, vagy a korai gyógykezeléssel legalább is megátolja azok további rosszabbodását. A korai gyógykezelést tágabb értelemben vett prophylaxisnak nevezem, mert ily módon akadályozhatjuk meg a másodlagos elváltozásokat, a melyek a csontokon és ízületeken, valamint a lágyrészekben (izom, in, szalagok, erek, idegek) jönnek fokozatosan létre, ha a deformitás gyógyításával késlekedünk.

* * *

A világrahozott deformitásoknak különösen azon féleségei ellen, a melyeket idiopathiás eredetűnek tekintünk, tehát hibás csiraképződés eredményei, prophylaxisos intézkedésekről nem lehet szó, mert a csiraképződésre semmiféle befolyással sem bírunk.

Alig vagyunk kedvezőbb helyzetben, ha a secundaer világrahozott elferdülésekről van szó, mert a magzat további fejlődését zavaró okok legnagyobb része (a pete burkainak megbetegedése, a foetus betegségei) tőlünk függetlenül érvényesül. Az egyedüli, a mi hatalmunkban áll, az, hogy a terhesség ideje alatt az anyát saját maga kimelésére ösztönözzük s azon szabályok betartásához szoktatjuk, a melyeket a terhesség hygienéje ír elő.

Egy anya, kinek gyermekét világrahozott csípőficzamodás miatt gyógyítottam, kérdéseimre előadta, hogy a terhesség egész ideje alatt úgy fűzte magát, mint rendesen. Ismeretes, hogy nagyon sok körülmény annak a felvételnek helyessége mellett szól, hogy a világrahozott csípőficzamodás létrejövetelében mechanikai okok szerepelnek; a végtag kényszerhelyzetbe kerül, a mely megzavarja a csípőizület rendes fejlődését. Hogy a szóbanforgó esetben a terhes méhnek erőszakos fűzése már elégséges volna a csípőficzamodás megmagyarázására, azt nem merem állítani, mert bizonyítani nem tudom, de hogy akadály lehet a magzat rendes fejlődésének, azt senki sem vonhatja kétségbe.

A terhes méhet érő trauma a világrahozott elferdülések aetiologiájában nem játszik nagy szerepet. De bármennyire védve is van a méh, traumás eredetű, világrahozott deformitások — az irodalmi feljegyzések szerint — mégis előfordultak s így a trauma elkerülését célzó intézkedéseknek (főleg ipari munkával foglalkozó nőknél) prophylaxisos értéket kell tulajdonítanunk.

A kétségtelenül világrahozott bántalmak között vannak olyanok is, a melyeknek felismerésére a születés után, sőt esetleg az első életév folyamán kevésbé nyílik alkalom, mert a symptomáknak elégtelensége és csekély volta nem kelti fel sem a szülő, sem a gyakorló orvos figyelmét.

A velük járó functionális zavarok és a jellegzetes, részben másodlagos természetű alakeltérések csak fokozatosan fejlődnek ki. Ezen bántalmak, a melyekhez a világrahozott ízületi ficzamodásokat, a kisebb fokú contracturákat, a torticollist, a cerebrális bénulásokat számítjuk, magukra hagyva már az első élet évektől kezdve, oly tetemes mértékben rosszabbodnak, hogy valóságos elnyomorodáshoz vezetnek. Ha ezt tekintjük, akkor ezen bántalmak prophylaxisáról is jogosan beszélhetünk s ez nem lehet más, mint hogy alkalmazzuk az orthopaediás gyógyítás eléggé nem hangsúlyozható elvét,

a korai gyógyítást. A congenitalis pes varus, ha a gyógyítást már az 1—2. héten megkezdjük, a világrahozott csípőficzamodás, melyet a 2. évben reponálunk, az esetek óriási többségében tökéletesen gyógyítható. A korai, és joggal mondhatom prophylaxisos gyógyítás elmulasztásával azonban fokozatosan kifejlődnek a lágyrészek és a csontrendszeren azon másodlagos elváltozások (zsugorodások, a csontok alak, helyzeti és szerkezeti eltérései), a melyek tökéletes reductiót már egyáltalában nem engednek meg. A csontok és lágyrészek másodlagos elváltozásai, melyek az egyenlőtlen izomműködés, a megterhelés, a lágyrészek zsugorodása kapcsán rövidebb-hosszabb idő alatt okvetlen bekövetkeznek, gyakran nagyobb mértékben akadályozzák a sikeres gyógykezelést, mint a primaer eltérések. Ez oly természetes, annyira magától értetődő, hogy az orthopaediával szakszerűleg nem foglalkozó gyakorlóorvosnak sem szabadna szem előtt tévesztenie. Pedig sajnosan kell bizonyítanom, hogy a világrahozott elferdülések elég nagy számban elkésve kerülnek a szakember kezébe. (Pedig ezek csak nem nőhetik ki magukat!)

A torticollist szinte alig látjuk már kifejezett scoliosis (torsio!) és az arez s koponya elferdülése nélkül; a világrahozott csípőficzamodásban szevedő — pedig e baj oly könnyen felismerhető, ha gondolunk egyáltalában a lehetőségére — igen gyakran orvos tanácsára mulasztja el a gyógyításra legkedvezőbb időszakot (várjon, míg idősebb lesz a gyermek!).

De ne időzzünk továbbra is a világrahozott elferdülések prophylaxisának tárgyalásánál; csak hangsúlyozni kívánom még egyszer — mert nem ismételhetem elég sokszor —, hogy ezen elferdülések leghelyesebben alkalmazott prophylaxisa a *gyógyítás korai megkezdése*. Magától értetődő, hogy ez csakis a korai diagnózis alapján történhet, a mi ismét a gyakorlóorvosokra s különösen a gyermekorvosokra rója azt a kötelességet, hogy az újszülötteket és kis gyermekeket ne csak futólagosan vizsgálják meg, hanem vizsgálatuk közben gondoljanak a szóbanforgó bántalmakra is. S hogy csak egy a gyakorlatból vett példát említek, kis gyermekek sántítását ne tudjuk be az esetleg jelenlevő angolkórnak (a mely majd kinövi magát), hanem a még kifejezetten angolkóros gyermekek is vizsgáljuk meg a csípőizületeket, vajjon nem világrahozott csípőficzamodás okozza-e a kaesázást? Szándékosan említem ez eshetőséget, mert a csípőficzamodásban szenvedő gyermek járása felületes vizsgálat mellett igen gyakran ad alkalmat oly tévedésre, melynek következményeit a gyermek egész életére viselni kénytelen.

* * *

Áttérek ezek után az úgynevezett *szerzett elferdülések* tárgyalására, a melyeknél teljes mértékben érvényesül a szó szoros értelmében vett prophylaxis. Annak illusztrálására, hogy mily irányban érvényesülhet a prophylaxis s hogy különösen a gyakorlóorvosnak mily számos esetben nyílik alkalma annak keresztülvitelére, leghelyesebb, ha ide iktatom a szerzett deformitások azon beosztását, melyben Riedinger az aetiológiát vette alapul.

Szerzett elferdülések.

1. Megterhelés útján létrejövő elferdülések	a) trauma	$\left\{ \begin{array}{l} \alpha) \text{ elsődleges} \\ \beta) \text{ másodlagos} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{puha callus,} \\ \text{epiphysisleválás,} \\ \text{erőszakos össze-} \\ \text{nyomás} \end{array} \right.$
	b) alkati betegségek	$\left\{ \begin{array}{l} \alpha) \text{ angolkór} \\ \beta) \text{ osteomalacia} \\ \gamma) \text{ ostitis fibrosa} \\ \delta) \text{ spinális osteo-arthropatiák} \\ \text{(paralys. progr. et paralys.} \\ \text{agit., syringomyelia, tabes)} \end{array} \right.$	
	c) staticus habitus deform.	$\left\{ \begin{array}{l} \alpha) \text{ habituális tartásból eredő def.,} \\ \beta) \text{ statikai deform.} \end{array} \right.$	
	d) lobos folyamatos deform.	$\left\{ \begin{array}{l} \alpha) \text{ osteomyel. ac. (fertőző bántalmak)} \\ \beta) \text{ tuberculosis} \\ \gamma) \text{ syphilis} \\ \delta) \text{ actinomycosis} \end{array} \right.$	

2. Contracturák	a) trauma	fractura, luxatio, distorsio, ischaemia, izom- és insérülések, bőrhegek
	b) alkati betegségek	α) acut és chron. ízületi lobok, haemophilia β) izombetegségek γ) idegbántalmak { spastikus paralytikus
	c) staticus habitus	Rögzített tartási rendellenességek

Ezen táblázat figyelmes megtekintésekor láthatjuk, hogy a betegségeknek legnagyobb része, a melyek a különféle elferdülésekre alkalmat szolgáltatnak, mind olyan, a melylyel a gyakorló orvos lépten-nyomon találkozók.

Akkor, midőn a táblázatban felsorolt bántalmak ellen megelőző és gyógyító eljárásokat alkalmaz, tulajdonképpen a leg-hatalmasabban érvényesül az orthopaediás prophylaxis is.

Rosenfeld egy egyesített statistika alapján százalékokban számította ki, hogy a különféle aetiológiai alap mily gyakran szerepel a szerzett elferdülések statistikájában. Szerinte az orthopaediás intézetek beteganyagában

tuberculosis	9 ^o /o-ban
rachitis	15 "
izületi betegség	2 "
neuropathiás bántalom	8 "
trauma	3 "
kóros megterhelési viszony	63 "

oka az elferdülésnek.

Ha ebben az összeállításban nincs is felsorolva valamennyi aetiológiai tényező, egy tekintetben mégis értékes s ezért érdemesnek tartottam a felemlítésre; tájékoztatja tudniillik némileg a gyakorló-orvost arról, hogy főleg mely bántalmak azok, a melyekben nemcsak magával a betegség gyógyításával kell foglalkoznia (*indicatio morbi*), hanem egyúttal meg is kell akadályoznia, hogy a betegség által megfáradott testrészt elferdüljön (*indicatio orthopaedica*). Vannak oly betegségek, a melyekben a helyes gyógykezelés már magában véve is mind a két indicciónak eleget tesz (például gümös ízület rögzítése gipszkötésben), másokban ellenben az *indicatio orthopaedica* egészen különleges intézkedéseket igényel.

Hogy miképpen óvakodjunk vagy óvjuk gyermekeinket a rachitistól, a tuberculosistól, a fertőző bántalmaktól, az általános alkati gyengeségtől, mely a megterhelés útján létrejött elferdülésekben oly lényeges szerepet játszik, ennek ismertetése annál kevésbé lehet jelen alkalommal feladatunk, mert Önök uraim fel vannak vértézve tökéletesen azzal a tudással, a mely szükséges ahhoz, hogy e betegségek ellen sikeresen védekezhessenek s azokat meg is gyógyíthassák. Önök, tisztelt uraim, valamint az ország minden orvosa, az általános hygiene javításával, a nemzet fiainak erősítésével leghathatósabban segítik elő az orthopaediás prophylaxist.

Ily körülmények közt az én feladatunk csak az lehet, hogy ismertessem azon különleges intézkedéseket, a melyek a szóbanforgó bántalmak gyógykezelésében az orthopaedia szempontjából fontosak, s minthogy prophylaxisos értékűek, ezért a gyakorló-orvosnak sem szabad figyelmen kívül hagyni.

Az orthopaediás nyilvános (kórházi) rendeléseken a betegeknek igen nagy százaléka a csontok és ízületek gümös betegségével jelentkezik. (Az én kórházi anyagomban 60^o/o.) Rendszerint szegényebb sorsú betegekről lévén szó, az esetek legnagyobb része csak a kenőcsökkel és borogatásokkal való sikertelen kezelés után került kezelésünk alá. A tuberculosis ez alatt akadálytalanul folytathatta romboló munkáját s a betegek igen gyakran az illető izületre jellegzetes másodlagos deformitással jelentkeznek. Ezen típusos gümös deformitások az alsó végtagokon kivétel nélkül létrejönnek mindazon esetekben, a melyekben a betegeket minden támasztás nélkül járni vagy fektüdni hagyják. A gümös izületre jellegzetes contractura állás az izomműködés és a megterhelés hatása alatt fokozódik, s ez lassankint az ízület alakjának elváltozását, fél vagy teljes ficzomodást eredményez. Ily értelemben az idejekorán alkalmazott támasztó kemény kötésnek prophylaxisos értéke nyilvánvaló.

Hogy mily nehézséget gördít a kezelés elé például egy

flexiós contracturában subluxált gümös térdizület, s mennyire veszélyezteteti ez a végtag későbbi functióját, ezt orvosok előtt ecsetelnem felesleges. A mit példaképpen a térdizületről említettem, teljes mértékben áll az összes ízületek gümös betegségére is. A jellegzetes deformitás a csont- és ízületi lágyrészek destructiója és a megterhelés (testsúly, izomműködés) hatása alatt csak fokozatosan jön létre. Meggátolása az orvosnak elemi kötelessége, a minek teljes mértékben eleget tesz akkor, a mikor betegét idejekorán, tehát betegségének elején a szükséges orthopaediás gyógyításban is részesíti. (Már ez magában szükségessé teszi azt, hogy az orvosok — főleg a vidékiek — a gipsztechnikában tökéletesítsék magukat.)

(Vége következik.)

Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.)

Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez.

Írta: Steiner Pál dr., klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

V. A prostatatútlengés gyógykezelése radikális úton.

Minthogy a prostatatútlengés okozta tünetcomplexum a legnagyobbodott prostata által feltételezett akadályban leli magyarázatát, a racionális radikális kezelés csak a prostata eltávolításából állhat. Két út áll e célra rendelkezésünkre: a perineális és a transvesicális (suprapubikus). E helyen nem foglalkozom a különböző perineális módszerekkel, hanem kizárólag a transvesicális módszert ismertetem, a melyet 41 esetben volt alkalmunk végezni és a mely eljárás körüli tapasztalataimat óhajtom ismertetni a műtét javallataival együtt.

Ezen műtét már 1836-ra visszanyúl, midőn Amussat suprapubikus lithotomia végzésekor ollóval egy kisebb középlebenyt távolított el. Dittel 1885-ben és 1886-ban szintén lithotomiával kapcsolatban irtott ki egy-egy középlebenyt. Főleg angol és amerikai sebészek foglalkoztak a partiális suprapubikus prostatektomiával, a középlebenyt késsel, ollóval, kaecsal, Paquellinnel távolítva el. Mc. Gill 1889-ben volt az első, a ki 24 részleges prostatektomiáról számolt be, melyben a középlebenyt submucosusan irtotta ki, Fuller (1895) és Freyer (1900) voltak az elsők, a kik a részleges prostatektomiák után jelentkező recidivák kikerülése végett a teljes prostatektomiát végezték. E két szerző közt prioritási vita is támadt, a kettő eljárása közt a lényeges különbség az első esetekben az volt, hogy Fuller a prostatát borító nyálkahártyát ollóval metszi be, továbbá, hogy a prostatát a gát felől alkalmazott ököllel nyomja szembe az enucleáló ujjal, míg Freyer a nyálkahártyát ujjával szakítja át és a végbélen át bevezetett ujj hozza a prostatát az enucleáló ujj elé. A műtét kidolgozása, elterjesztése mindenesetre Freyer érdeme és joggal nevezhetjük a *suprapubikus prostatektomiát Freyer-féle műtétnek*. Ezen műtétet ismertetem a következőkben részletesen, kitérek a betegek előkészítésére, az utókezelésre, a szövödményekre és ezek alapján megállapítom a műtét javallatait és felemlítem az okokat, a melyek e műtét nagy elterjedését a perineálissal szemben elősegítették.

A betegek előkészítése. Tekintve, hogy olyan betegekké válnak, a kik előrehaladott korúak, a kiknek általános állapota sok tekintetben gyengült, a kiknek szíve, tüdeje, bélcsatornája és uro-poetikus rendszere már sokszor eltérést mutat, minden esetben nagyon fontos, hogy ezen körülményre tekintettel legyünk és állapotukon lehetőleg változtassunk. Ha ezen általános állapotra nem vagyunk kellően tekintettel, sok olyan beteget operálunk meg, a kiken már a műtét sem segíthet s hajlandók leszünk a hibás *indicatio* következtében beállott balsikereket a műtét rovására írni és így a műtétet discreditalni.

A szív bántalmaival, myocarditissal, arteriosclerosissal gyakran találkozunk. Súlyos myodegeneráción nem változtathatunk, kisebb fokú circulációs zavarok esetén a műtét előtt naponta kétszer *Digalen* Cloetta vagy camphorolaj-befecskendések jó ered-

ménnyel alkalmazhatók. Az esetleges utóvérzés elkerülésére, melyet az erek sclerosisa okoz, ezélszerű calcium chloratumot adagolni belsőleg.

A tüdő részéről rendszeren idült bronchitissal, emphysemával találkozunk. A betegeket nem fektetjük, ültetjük, sőt ha lehet, fennjártjuk. Belsőleg ipecacuanha, még inkább a kreosotalkészítmények, sirolin adagolandók, a műtétkor igyekezzünk a betegeket a meghűléstől megóvni. Súlyos emphysema határozottan ellenjaválja a műtétet.

A bélcsatorna részéről mutatkozó obstipatiót legezélszerűbben beöntésekkel igyekezzünk leküzdeni.

Az uropoetikuss rendszer különös figyelmet követel. Meg kell határoznunk a vizelet napi mennyiségét, pontos vegyi vizsgálatot kell végeznünk. Igyekeznünk kell a vesék állapotát megismerni, a mire alkalmas az indigokarmínpróba, valamint a Kümmell-től követelt vérkryoskopia. Legideálisabb volna a kétoldali ureterkatheterezés, de ez éppen prostatatültengésnél gyakran technikai akadályokba ütközik. Minthogy a műtetre kerülő esetek a classikus II., ritkán a III. szakból valók, ajánlatos rendszeres katheterezéssel a residuális vizelet mennyiségét csökkenteni, vagy ha ez nehézségbe ütközik, állandó katheter segítségével az állapotot javítani. Minthogy az esetek nagy része fertőzötten kerül elének, súlyos cystitissal, a hólyagot naponta 2—3-szor 1:4000 — 1:1000 argent. nitr.-oldattal mossuk. Ezen kezelés mellett gyakran észlelhettem, hogy a legyengült, energiától fosztott betegek, a kik száraz nyelvvél, étvágytalanul, súlyban lefogyva kerültek elének, csakhamar összeszedték magukat, nyelvük nedves lett, étvágyuk javult, súlyban gyarapodtak s így az urosepsis tünetei elmúltak s a betegek műtetre alkalmasak lettek. De vannak esetek, a melyekben az állandó katheter nem tud a fertőzéssel megküzdeni, állandó láz hovatovább legyengíti a beteget és ekkor műtéthez, *praelimináris cystostomiához* kell folyamodnunk. Az ily módon való operálást, t. i., hogy az első szakaszban csak cystostomiát végzünk és csak később a prostata eltávolítását, Deaver, Moynihan 1904-ben, Delore és Thévenot 1905-ben ajánlotta és legújabbban Lanz tör. mellette lándzsát. Ezen kétszakaszos műtét előnye, hogy az első szakasszal gyakran sikerül az állandó drainézéssel a súlyos infectiót legyőzni, másfelől az operációs shock mintegy két részre oszlik, főleg mióta Lanz szerint a cystostomia helybeli érzéstelenítésben, a prostata kihámozása érzéstelenítés nélkül is végezhető: a második szakasz, a műtét legfontosabb része, kevésbé viseli meg a beteget. Arra a kérdésre, hogy a második szakasz mennyi idővel végezhető az első után, normát felállítani nem lehet, de mégis mondhatjuk, ha a beteg általános erőbeli állapota megjavult, a vizelet megtisztult, a vesék működése jobb lett, az indigokarmínpróba kedvező értéket nyújt. 4—8 hét a rendes időköz, a melyben a második műtét végezhető, de lehet már előbb is végezni, mint Lanz esetében, a ki 11 nappal az első műtét után végezte a prostatektomiát. Belsőleg ezélszerű a betegeknél urotropint, helmitolt, borovértint adni.

A Freyer-féle prostatektomia technikája. Az előbbi fejezetben ismertetett előkészítés után a műtét végzésénél első sorban szóba jön az érzéstelenítés kérdése. Míg a műtét megalkotói az anaesthesiát narcosissal létesítették, addig ma a lumbális érzéstelenítést par excellence ajánlhatom. Öreg emberekről van szó, a kiken igen gyakoriak a tüdő részéről a szövödmények, bronchitis, emphysema, congestiók, a kikenél szívesen nélkülözzük a narcoticumokat, mert ezek a meglevő tüneteket jelentékenyen súlyosbíthatják. Nem osztom Chaput-nak 1907-ben közölt álláspontját, mely szerint a lumbális érzéstelenítés 65 éven túli egyénekben éppen úgy syncopet okoz, miként a narcosis. A lumbális érzéstelenítésre kezdetben stovain Billon-t, majd tropacocain Doenitz-et használtam 65 éven felüli betegeimnél is és egy esetben sem vallottam kárát, sőt bizonyos megnyugtató érzéssel tölti el a műtét, ha betegét a műtét alatt analepticumokkal, cognackal erősítheti. Csak két esetben kellett a 41 esetből aetherbódításhoz folyamodnom, ekkor is néhány csepp aether elegendő volt a teljes érzéstelenítés elérésére előzetes tropacocain lumbális alkalmazása után. Újabbban Lanz ajánlotta a helybeli érzéstelenítést kétszakaszos műtéteire és meg vagyok győződve, hogy ezzel is ezélt érünk, miként azt egyéb okból végzett magas hólyagmetszésnél tapasztalhattam. Én részemről ezen műtéthez feltétlenül a lumbális érzéstelenítést ajánlom.

A beteg elhelyezése. Freyer a betegeket horizontális sikon helyezte el, de a sebészek nagy része a Trendelenburg-féle helyzetnek ad előnyt, mert jobb betekintést nyújt. Magam is ebben a helyzetben operáltam és ezen helyzet alkalmazására a lumbális érzéstelenítésben nem látok ellenjavallatot. A Trendelenburg-helyzetben a belek a diaphragma felé helyeződnek el, a hashártya könnyen feltolható a hólyagról és maga a prostata is könnyebben enucleálható. Sok esetben elegendő a mérsékelt lejtés, a mivel az öregeknél fenyegető hypostasis esélyét csökkenthetjük.

A műtét terület előkészítése újabbban a Grossich-Bogdán-féle eljárással történik, a minek nagy előnye, hogy a mosás okozta kihülés veszélye elesik. A lábakat lábtartóra helyezzük, a vállat válltartó rögzíti, a beteg arezát a golyvaműtétknél általánosan használt függőnyvel takarjuk el, a két czomb között kifeszített kendő pedig izolálja a műtét területét a penistől s a végbél felől működő assistenstől. Ily módon izolálva a műtét területet, egy esetben sem észleltünk kívülről, a bőr felől kiinduló fertőzést.

A hólyag előkészítése. Közvetlenül a műtét előtt a hólyagot kimossuk hydrargyrum oxycyanatum 1:2000 oldatával és arra törekszünk, hogy a hólyagban folyadék vissza ne maradjon; ezt a symphysis felől gyakorolt nyomással segítjük elő. Legezélszerűbb a hólyagot nem folyadékkal, hanem levegővel megtölteni; ezt akkor végezzük csak, midőn a hátulsó rectushüvelyt is átmetsettük s így a megtöltés fokát szemünkkel és tapintó ujjunkkal ellenőrizhetjük. A megtöltést a beteg lábai közt levő segéd végzi, a ki a műtét megkezdése előtt lágy kathetert vezet a hólyagba; ha a Nélaton-katheter bevezetése nem sikerül, a Mercier-féle selyemkathetert használjuk és az erre alkalmazott felhúzott dugójú fecskendővel fújjuk be a levegőt.

A haszfalmetszés és a hólyag megnyitása hasonlóan történik, mint egyéb okból végzett hólyagmetszésnél. A hólyag megnyitása előtt két selyemfonállal rögzítjük a hólyagot, a fonalakat a segéd éresipőbe fogja. A hashártya áthajtási redőjének visszatolásakor különösen ügyelünk arra, hogy a prae- és perivesicális lágy kötőszövetet kíméljük; a hólyag megnyitása előtt ezélszerű a hólyag köré lazán sterilis vagy jodoformos esikot helyezni. A hólyagot hossz- vagy harántmetszéssel nyíljuk meg hegyes késsel; a hólyagfal rendszeren vaskos, rétegei gyakran élesen megkülönböztethetők; a bemetszés, a melyet a vertex felé végzünk, kicsiny, mert a spatulák bevezetésekor még az aránylag rigid falú hólyag is jelentékenyen tágul. Mielőtt a hólyagot belül megvizsgáljuk, az eddig meggyült vizeletet magfogóba fogott törülkövel óvatosan kitöröljük. Ezután alkalmazzuk az écarteur-öket, egyet jobbra, egyet balra és egyet esetleg a vertex felé is.

A prostata enucleatioja. Feltárva a hólyagot, meggyőződünk a hólyag állapotáról: az esetek többségében zsugorodott, vastag falú, trabeculáris hólyagot találunk; megnézzük, nincsenek-e a hólyagfenéken kövek, ezeket eltávolítjuk. Jól beállítva az orificium internumot, a mit az assistens a végbél felől segít elő, a mennyiben a prostatát felfelé nyomja, a prostatát borító nyálkahártyát rendszeren körkörösén az orificium internum körül bemetszszük szemünk ellenőrzése mellett, míg a túltengett prostata szürkés-fehéres szövete elének tárul. Vannak, a kik a nyálkahártyát mutatoujjuk körmével hasítják be, maga Freyer is így jár el, a minek előnye, hogy biztosabban leljük meg a helyes réteget. Lynn Thomas a Brit. med. Assoc. 1906 augusztusi ülésén azon nézetének adott kifejezést, hogy prostatektomiát ne végezzon az a sebész, kinek rövid ujja és lágy, hajlékony körme van. Míg az első része állításának, a mely az ujj hosszára vonatkozik, megáll, addig a második része, a körömről vonatkozólag, nem, mert jól pótolható a köröm késsel és ez az asepsis követelményeinek is inkább megfelel. A mi azt a kérdést illeti, hogy maga a műtő vezesse egyik mutatoujját a végbélbe, szintén nem feltétlenül szükséges, bár a műtétet megkönnyíti, de ha synergiás, „együttérző” segédünk van, akkor megengedhető, hogy e ezélszerű külön segédünk legyen. A legfontosabb, hogy a kellő réteget megjeljük, ezen pontra már a prostata boncolástanában, az I. fejezetben kitértem. Ekkor helyes rétegben dolgozva elkerüljük, hogy a prostatát par morcellement távolítsuk el. Itt megjegyzendő, hogy vannak esetek, a melyekben ez mégsem kerülhető el, értem azokat az eseteket, a melyekben előzetes gyulladás, periprostatitis a környezettel összenövésére vezetett.

Ha a helyes rétegbe jutottunk, előbb jobbról, majd hátulról

és alulról, azután balról szabaddá teszszük a prostatát; legnehezebb a kiválasztás a lig. triangularenál, a hol gyakran solid kötegek rögzítik és a mely rétegben való szabaddá tételkor jó, ha a sebésznek hosszú ujjja van. Így minden oldalról szabaddá téve a prostatát és azt kissé kiemelve, elől láthatjuk, hogy azt még a húgyeső tartja. Ha a prostata nagy, akkor a húgyeső rendesen tágult, vékony falú, és a prostata meghúzásakor a húgyeső a pars prostaticánál elszakad vagy pedig ujjunkkal elszakítható, gyakran azonban ollóhoz kell folyamodnunk és a pars membranaceán mintegy szabadon csüngő prostatát, mint egy ágon csüngő gyümölcsöt, a húgyeső átmetszésével távolítjuk el. Sok esetben a prostata az egész pars prostaticával együtt gesztenyéhez hasonlóan könnyen kifejthető (l. II. tábla), gyakran azonban az elülső vagy hátulsó commissura is elszakad és ekkor hiányozván a húgyeső elülső felső fala is, a prostata mint két lebeny távolíttatik el együttesen, mely lebenyeket a húgyeső hátulsó fala tartja össze. Hasonlít az ilyen prostata a pajzsmirigy alakjához, a két lebenyt összetartó isthmust itt a húgyeső hátulsó fala alkotja (l. II. tábla, 4—6. ábra). Viszont megéssük, hogy oly szakadékonny a húgyeső, hogy a két oldalben külön távolíttatik el, sőt az összefüggés a húgyesővel oly laza, hogy a pars prost. urethrae meg is marad. Ez azonban ritka s nincs is célja annak, hogy a kitágult, deviált, elvékonyodott, rosszul táplált húgyesőrész megtartására törekedjünk. Legcélszerűbb a prostatát úgy eltávolítani, ha lehetséges, hogy az egész pars prost. urethrae vele együtt kikerüljön, miként azt Freyer is végzi; ajánlatos a húgyesövet a pars membranaceánál nem elszakítani, hanem egy ollócsapással átmetszeni. A prostata eltávolítása rendesen könnyen, néhány perc alatt sikerül, de gyakran még a gyakorlott műtőnek is nehézségei vannak a kis fokban megnagyodott, idült gyuladásban volt prostata eltávolításakor. Előzetes műtéti beavatkozások, részleges prostatektomia vagy Bottini-műtét, miként egy esetben, megnehezítik a teljes prostatektomiát, nemcsak a basis prostataenál, hanem egész környezetében. A teljesen szabaddá tett prostatát a hólyagból ujjunkkal, ritkán idegen test módjára ujjunk vezetése mellett Muzeux-fogóval távolítjuk el. A prostataágy kellő ügyességgel végzett prostatektomia után simafalú, egyenletes, csak nagyfokú periprostatitis esetén göröngyös, egyenetlen. A ductus deferentes, miként arról több esetben meggyőződhettem, épek maradnak, ha a prostatelebe nyúló külön távolíttattak el, a húgyeső hátulsó falával érintkezésben maradnak, ha a prostata a húgyesővel egyben kerül ki, akkor sem sértenek meg, a colliculus seminalis a ductus deferens nyílásaival épségben marad, miként erről egy 4 nappal a műtét után elhalt betegem hólyagján meggyőződhettem. (I. tábla, 6. ábra.)

A vérzéscsillapítás. A prostata eltávolítása után észlelhető gyűjtőeres vérzés a prostataágy összehúzódása folytán csakhamar megszűnik. Freyer szellemesen a vérzés illetően megszűnését ama folyamathoz hasonlítja, a melyet a foetus megszületése után a méh involútiójakor tapasztalunk. Ha a helyes rétegben enucleáltuk a prostatát, akkor a vérzés kistokú és külön beavatkozást nem igényel; erősebb a vérzés előző periprostatitis esetén, mikor a prostata nidusának falát alkotó kötőszövet rigidebb. Ilyen esetben legcélszerűbb módja a vérzéscsillapításnak a prostata-nidus massage-a, melyet úgy eszközölünk, hogy bal keztyűs mutatóujjunkkal a végbélben, a jobb mutatóujjal a prostataágyban, tehát egymással szemben fekvő két ujjal a nidust masszáljuk, körülbelül 5 percig, mire a vérzés rendesen prompt szűnik. A vérzés megszüntetésére jól használható a 45°-os meleg irrigatio is, a mely célra vagy bórsavas vizet, vagy hydrarg. oxycyanat.-oldatot használunk. Nem szívesen alkalmazom ez eljárást, mert az esetleg fertőzött hólyagból a csírák könnyen a prae- és perivesicalis kötőszövetbe kerülhetnek és későbbi fertőzés okozói lehetnek. Pousson a prostatanidust 1:1000 adrenalinba mártott gaze-zal tamponálja, a melyet a hólyagseben át kivezet. Escat Mikulicz-tampont visz a hólyagba, a melybe 1 gm. jodoformot és 4 gm. antipyrin tesz; a húgyesőn át kivezetett fonál segítségével fokozhatja a tampon nyomását. E módszer nem célszerű, mert gyakran a vesék is betegek és ezen vegyi szereket nem jól tűrik. Még legcélszerűbb Nicolich eljárása, a mely szerint a prostatanidust, a hólyagot jodoformcsikkal vagy inkább sterilis csikkokkal tamponáljuk; magam is alkalmaztam e módszert úgy, hogy csak a prostatanidust tamponáltam, miközben a segéd a végbél felől ellenőrizte a tamponálás

fokát. A tampont a hólyagseben át vezetjük ki és 3—4 napig helyt hagyjuk. A műtét folyamán egy esetben sem észleltem olyan vérzést, a melyet a prostatanidus retrahálása ne csillapított volna és csak utóvérzés elkerülése végett alkalmaztam egyes esetekben a jodoformcsikkampont.

A hólyag sebének ellátása. Legcélszerűbb a hólyagot nem zárni, hanem felfelé drainezni. E célra legalkalmasabb az eredeti Freyer-féle vastag drain két oldalsó ablakkal. Ügyelni kell, hogy a drain ne jusson a prostataágyba, mert így meggátolja a nidus összehúzódását, fájdalmat vált ki, késlelteti a gyógyulást. A drainnek a hólyag hátulsó falához sem szabad feküdni, mert ez tenesmust vált ki és esetleg a drain kilökítésére vezet. Jól alkalmazott drain tehát körülbelül 2—3 cm.-re ér be a hólyagba és a prostatanidust, a bas-fond-t nem éri. Ha a hólyagseb hosszabb volt mint a drain kerülete, akkor felette és alatta a hólyagsebet catgutvarrással szűkíthetjük; megkönnyíti a varratok alkalmazását a hólyag megnyitása előtt alkalmazott két selyemfonál kiemelése. A drain felső vége körülbelül 0.5 cm.-re emelkedik ki a bőr színe felett. Pousson szerint a Freyer-féle drain helyes alkalmazása a siker feltételének sine qua non-ja, sem a Guyon-Périer-féle tubus, sem vékonyabb calibrú drain nem oly célszerű, mint ezen közel 3 cm. átmérőjű Freyer-féle tubus. Ezen tubust nem kell sem a hólyaghoz, sem a rectushüvelyhez, sem a bőrhöz fixálni, jól megáll a hólyagsebben.

Vannak, a kik a hólyagsebet elsődlegesen bevarrják (Kümmell), magam is láttam ezt Garré-től és magam is végeztem első eseteimben azon hiszemben, hogy így a gyógyulás gyorsabban áll be. Utóbb ettől teljesen elálltam, mert nem áll módunkban a húgyesőn át bevezetett katheterrel olyan kiterjedt levezetést, a véralvadékok olyan kiürülését biztosítani, mint azt a fertőzött hólyag megkívánja. A pangó vér és véralvadék bomlik és a prostataágy fertőzésére vezet, miként ezt tapasztaltam. Bármily csábító is primaer hólyagvarrással 3 hét alatt gyógyulást elérni, miként ezt egyik esetben az Erdélyi Múzeum-Egyesületben 1907 november 9.-én demonstrálhattam is, mégis a biztosabb, bár lassabban végbemenő gyógyulással járó nyitvakezelést kell minden esetre ajánlanom.

Állandó kathetert a húgyesőbe a műtét után nem alkalmazok, a drainezést jól biztosítja a Freyer-cső; az állandó katheter a prostatanidusban gyuladást, genyedést idézhetne elő.

A prostatanidus külön drainezésére ajánlották többen, így Fuller, Cathelin a perinealis drainage-t boutonniéren keresztül. E módszert Israel is alkalmazta kezdetben, de elállott tőle. Én egy esetben sem végeztem e kisegítő műtétet, mert ismét az állandó katheter fertőzési veszedelemre állhatna elő és mert a Freyer-féle tubus minden követelménynek egymagában is megfelel.

A hasfal sebének ellátása. Legcélszerűbbnek tartom a hasfal sebet teljesen nyitva hagyni, a hólyagot a hasfal sebéhez nem rögzíteni és a prae-perivesicalis rétegbe jodoformcsikkokat alkalmazni. Egyes alkalmas esetekben, midőn a vizelet teljesen aseptikus, a hasfal sebet szűkíteni lehet, de ekkor is jól teszszük, ha a cavum Retzii-t megdrainezzük. A sebet gaze-zal, vattával lefedve, kendőkötésbe kötjük; előnye ennek a pályázás felett, hogy az átnevedesedett gaze megváltoztatása naponta többször, a beteg helyzetének változtatása nélkül keresztülvihető. Az Irving-féle celluloidtokot, a melynek feladata a műtéti területet környező bőrt az állandó nedvességtől, az eczemától megóvni, nem alkalmazom többé, mert a betegek nem szívesen tűrik és a sterilizálás sem vihető keresztül tökéletesen. Az eczema elkerülése végett mindjárt a műtét után és azután is napjában többször a seb környékére vastagon xeroformos pastát kenünk; itt megjegyezhetem, hogy egy esetben sem észleltem eczemát és ezen praeventív kenőcsös kezelést bátran ajánlhatom. Még biztosabban elkerüljük a bőr gyuladását, ha a Freyer-féle tubusra az eredeti, derékszögben hajlított kaucukcsövet, mint a tubus meghosszabbítását, alkalmazzuk, a cső a beteg lába közt fekvő üvegbe (vizelőüveg) vezet le a vizeletet. Ha a tubus körül a hólyagseb teljesen zár, akkor minden vizelet az üvegbe kerül és a betegnek alkalmasan állandó vizeletömlést legcélszerűbben kerülhetjük el.

Az utókezelés. A betegeket az ágyban melegítjük. Gyakran borzongásszerű érzésük van, ritkán igen heves fájdalmakat jeleznek, a melyek olyan jellegűek, mintha nem tudnának vizelni, tenesmus-hoz hasonlóan. Ha a draint helyesen alkalmaztuk, hogy az nem ér le a bas-fondba, akkor ezen fájdalmas hólyagösszehúzódások ritkán

észlelhetők. Ha mégis jelentkeznek, ezélszerű 1 cgm. morphint adni subcutan. A vizelet rendszeren véres, de meglátható, vajjon az utóvérzés jelentékeny-e, vagy csak parenchymás szivárgás van-e. A kötést, illetve a sebet fedő mullt napjában többször váltjuk; Freyer a gyakori, 2 óránként végzendő hólyagmosást ajánlja a tubusba vezetett katheteren át; ezt kezdetben én is alkalmaztam, de utóbb elálltam ettől és elegendőnek tartom a véralvadékok a tubusból pince-szel eltávolítani. Sem az első napon, sem a többin nem végzek most már hólyagmosást és mondhatom, hogy a leg-simább gyógyulást éppen ezen „száraz kezelés” mellett észlelhettem. Eljárásom rendszeren az, hogy a Freyer-féle tubust 4—5 napig hagyom helyt, a 4. vagy 5. napon a tubust, valamint a praevesicális térbe vezetett csíkokat eltávolítom, a tubust kisebb kaliberű drain-esővel helyettesítem, a melyet 14 nap után teljesen elhagyok. Ilyenkor az összes vizelet a hólyagseben ürül s csakhamar, rendszeren 18—30 nap közt teljesen zárul a hólyagseb. Siettetni lehet a gyógyulást a húgyesőbe alkalmazott állandó katheterrel, de ezt nem tartom szükségesnek, a betegek nem szívesen hordják és a járásban gátoltatnak. Ezen időtől kezdve naponta protrahált langyos fürdőt vesznek a betegek nagy előszeretettel; ezen fürdőkkel siettetjük a seb záródását. Arra törekszünk az egész utókezelésben, hogy a betegek mielőbb felkeljenek, a műtét utáni napon már ültetjük őket, rövidesen arra törekszünk, hogy ki is üljenek, járjanak, ezzel küzdünk a hypostasis és decubitus ellen. A műteti seb a 30. nap körül rendszeren teljesen gyógyul, spontán vizelést már a 20. nap körül is észlelhetünk.

Hangsúlyoznom kell az utókezelés fontosságát, mert ezen mulik nagyrészt a műtét sikere. Állandó ügyelet, képzett ápoló személyzet, gondos gyakori ellenőrzés az első napokban a kulcsa a sima lefolyásnak és Freyer jó eredményeit részben bizony-nyal jól iskolázott ápoló személyzetének köszönheti. Mert a lefolyás-ban előálló első szövődményt, az utóvérzést első sorban az ápoló veszi észre, az ápoló feladata a beteg helyzetváltoztatását, fektetését végezni, a korai felkelésben neki segítségére lenni.

Továbbá fontos az utókezelésben, hogy a körülményekhez képest individualizáljunk, a fent leirt kezelési mód csak irány-mutató, a melytől a lefolyás szövődményeihez képest el kell tér-nünk. Összegezve az utókezelés fontos tényezőit, azt kell mondanom, hogy a korai felkelés, a seb környékén a mullt gyakori váltása, magának a sebnak kimélése, a fürdők legjobban biztosítják a sima lefolyást. A gyakori hólyagöblítések, az állandó kathetert felesle-gesnek tartom.

(Folytatása következik.)

Budapest székesfőváros központi fertőtlenítő intézetéről.

Irta: **Hammer Dezső** dr. tisztiorvos, a fertőtlenítő intézet helyettes igazgatója.

A székesfőváros törvényhatósága 1892-ben, az akkor pusztító cholerajárvány idején, a Szent István-kórház mögött egy ideiglenes favázás fertőtlenítő barakkot létesített, a mely 1892 október 3.-ától kezdve működött, s vállvetve a többi közegészségi intézménnyel, 1893 január végéig a pusztító járványnak gátat vetett.

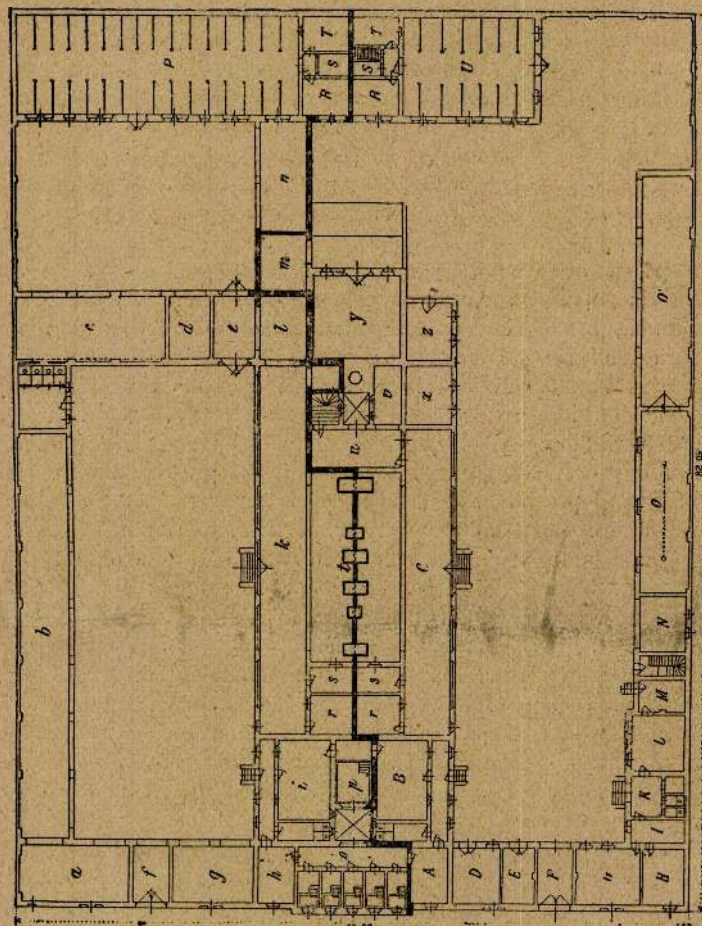
Ezen kis favázás fertőtlenítő intézet csak a legszükségesebb felszerelésekkel volt ellátva, s az első időben csak a cholera-megbetegedések utáni fertőtlenítéseket végezte.

A cholerajárvány megszűnése után a törvényhatóság a fertőtlenítő intézetnek fenntartását határozta el, egyúttal pedig működési körét kitágította; ezen időtől kezdve nemcsak az esetlegesen még jelentkező choleraesetekben, hanem typhus, diphtheria, scarlatina és gyermekágyi láz eseteiben is kötelezővé tette a fertőtlenítést, még pedig úgy, hogy ezen fertőtlenítéseket csak a hatóság által fenntartott fertőtlenítő intézet végezhetette.

Az intézet munkakörének ilyen kiterjesztésével mindinkább szükségessé vált, hogy az egy állandó, az igényeknek jobban megfelelő épületet kapjon, mert az első favázás épület ennyi munka végzésére szűknek és alkalmatlannak bizonyult. A szükséges tárgyalások, a tervek elkészítése hosszabb ideig tartott s így csak 1897-ben fogtak hozzá az újabb épület építéséhez, a mely az 1898. évben fejeztetett be, s ugyanezen év november havában kezdte meg működését.

Ezen fertőtlenítő intézet, melyet a következőkben ismertetni óhajtok, a IX. kerületben a Gyáli-úton, a Szent István- és Szent László-kórházak között fekszik.

Az egész telektömb, mely épületekkel csaknem teljesen körül van építve, a telek közepén elhelyezett gépházzal két részre van osztva, mint azt az 1. kép mutatja. A jobboldali rész az intézet tiszta, a baloldali a fertőzött oldala. A gépház, melyhez elől a fürdők csatlakoznak, téglafallal szintén kétfelé van osztva, a fertőzött és tiszta oldalra. Ezen elv szigorúan keresztül van vité a fürdőkön is, úgy, hogy semmi vagy senki a fertőzött oldalról a tiszta oldalra át nem jöhet, csakis előzetes fertőtlenítés után. A gépházban, melyet a következő (2.) kép mutat, vannak elhelyezve a fertőtlenítő gőzgépek olyan módon, hogy az elválasztó falba be vannak építve. Összesen 5 fertőtlenítőgép és egy fehérnemű- és



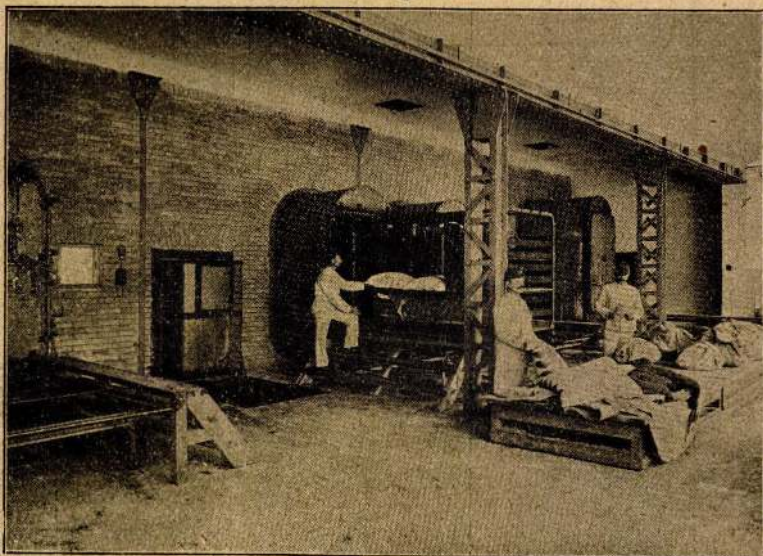
1. kép. (A kép jobb fele a tiszta oldal, bal fele a fertőzött oldal.)
h, i fertőzött oldali vetkőző, o, p fürdők, A, B tiszta oldali öltöző, k a gépház fertőzött, C tiszta oldala, l fertőzött ruhamosó, e fertőzött kocsimosó helyiség, a, b, c, g, m, n fertőzött oldali kocsiszínek, f, d fertőzött oldali kapuk, p fertőzött oldali istálló, R, T kocsiszobák, s telefon-szoba, x iroda és ügyeleti szoba, u, v ebédlő és konyha, Y kazánház, D asztalos, bogár, E szabó, cipész, O kocsifényező, Z lakatos, kovács-műhely, O¹ tiszta oldali kocsiszín, U tiszta oldali istálló, R, T kocsiszobák, L, M kapus lakása, F tiszta oldali kapu, G, H igazg. irodák.

mosóruha-forraló van itt elhelyezve. Minden gépnek két ajtaja van: egy a fertőzött, egy pedig a tiszta oldalon. A gépházhoz csatlakozó fürdőkben két nagyobb medence és 5 kisebb 1—1 kádás fürdő van elhelyezve. Az összes kádak a földbe vannak mélyítve, fehér porcellánlapokkal kirakva s a falak itt is, valamint a gépházban is olajfestékekkel kifestve, hogy könnyen és jól fertőtleníthetők legyenek. Ezen fürdőkhez a fertőzött oldalon 2 és a tiszta oldalon szintén 2 vetkőző, illetve öltöző helyiség csatlakozik. A nagyobb medencékhez tartozó vetkőzőben, illetve öltözőben vannak elhelyezve az intézet személyzetének szükséges ruhaszereik, a hová, mikor az egyik oldalról a másikra kell átmenniök, a mi minden esetben a fürdőkön keresztül történik, ruhájukat elhelyezik. Minden fürdőben zuhany is van, a minek használata az egyéni fertőtlenítésben igen fontos. Az ezen fürdőkön átvezető ajtók állandóan zárva vannak, s ilyen módon a fertőzött és tiszta oldal szigorúan elkülönített.

A fertőzött oldali gépház hátulsó végében egy az elégetendő tárgyak számára (szalma, értéktelen tárgyak) szolgáló kettős kemence van elhelyezve, s ezen túl az intézeti személyzet fertőzött oldali ruhájának kimosására szánt helyiség, melyben egy cementkád is van a lószerszámok s más, vegyszerrel fertőtleníthető tárgyak számára. Ezen helyiséggel egybenyílik, de a fertőzött oldali udvarokba nyíló kapukkal van ellátva, a fertőzött tárgyakat szállító kocsik fertőtlenítő és mosó helyisége.

A fertőzött oldali udvar két részre oszlik. Mindkét részét körülölelik a kocsiszínek, még pedig a nagyobb udvarban (3. kép) a fertőzött tárgyakat szállító kocsik és két fertőzött trágyát szállító koci, a kisebb udvarban (4. kép) pedig a fertőző betegeket szállító kocsik számára. A fertőzött oldali udvarok mögött vannak az istálló 15 pár ló részére s a hozzátartozó kocsiszobák. Ezen hátulsó kis udvar egyik oldala nincsen beépítve, csak kerítéssel elkerítve. Itt érintkezik a fertőtlenítő intézet a fertőző betegeket ápoló Szent László kórházzal, a honnan mindenki, a ki betegét meglátogatja, az ezen kerítésbe vágott ajtón keresztül a fertőtlenítő intézetbe jön, innen pedig csakis a tiszta oldalon, az egyéni fertőtlenítés után távozhatik.

Még ugyanezen kis udvarban a földre lejtősen bemélyített cementkád van elhelyezve. A munkából hazatérő lovak, mielőtt az istállóba helyükre beállítatnának, 5—6-szor ezen kádon átvezetve az esetleg patáikra tapadó piszoktól megtisztulnak.



2. kép. A gépház tiszta oldala a ruhaforralóval és gépekkel.

A gépház tiszta oldali részén, a fentemlített öltözőhelyiségeken kívül van egy kisebb raktár, telefonszoba, irodahelyiség, a hol egyúttal az éjjeli szolgálatot teljesítő tiszt is tartózkodik, a személyzet részére egy konyha s ebédlőszoba.

A gépház hátulsó végében van elhelyezve a tiszta oldalon a kazánház (5. kép), a melyben 2 nagy kazán fejleszti a fertőtlenítő gépekhez és a fűtéshez a gőzt, egyúttal melegíti a fürdőkhöz a vizet.

A tiszta oldali udvart (6. kép) körülvevő többi épületben vannak a műhelyek. Így a kaputól balra a szabó-, cipész-, asztalos- és bognár-, az udvar jobb oldalán hátrább a kocsifényező-, s a kazánház mellett a lakatos- és kovácsműhely. Ugyanezen a tiszta oldali udvar jobb oldalán van még egy nagyobb raktár is. Az udvarban hátul a fertőtlenített holmit hazaszállító és az ellenőrző kocsik számára készített kocsiszín, valamint az ezen kocsikhoz szükséges lovak számára istálló, kocsis és lovászmeisteri szoba van.

Végül a tiszta oldali kaputól jobbra van az igazgatósági iroda két helyisége és a kapus lakása.

Minden fertőtlenítéskor, akár személyek, akár tárgyak kerülnek fertőtlenítés alá, azok kocsin szállítatnak a fertőtlenítő intézetbe. Ezen célra szolgál a fertőzött oldalon 15 tárgy-, 9 betegszállító és 2 trágyaszállító koci, a fertőtlenítőknek a lakásokból hazaszállítására pedig 5 omnibusszerű koci. A tiszta oldalon van 6 tárgyszállító koci a fertőtlenített holmi haza-

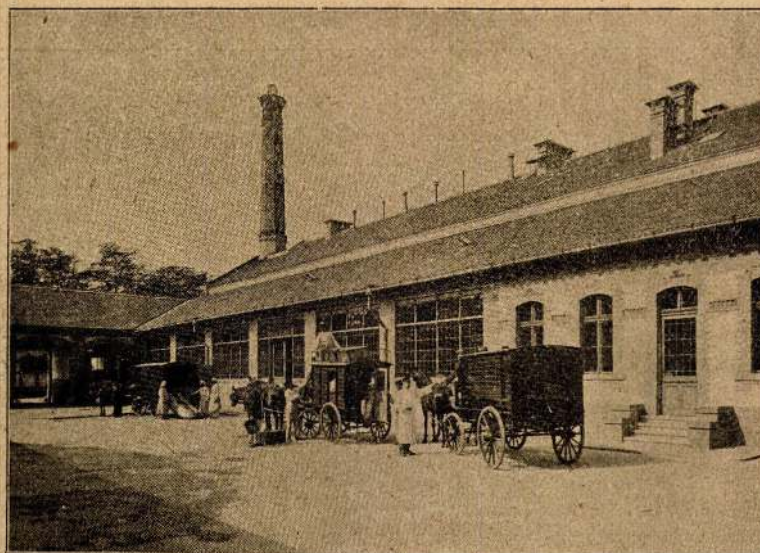
szállítására és 3 ellenőrző koci. Megkülönböztetésül a fertőzött oldali kocsik mind kékre, a tiszta oldaliak mind zöldre vannak festve, kivéve az ellenőrző kocsikat, melyek feketék és rendes hintóalakúak.

A fertőzött tárgyakat és fertőző betegeket szállító kocsik, hogy könnyen fertőtleníthetők legyenek, ezinkpléhvél vannak béleelve.

A fertőző betegek szállításakor, a szerint, hogy a beteget fekvőre kell, vagy ülve lehet szállítani, egy vagy két betegszállító fertőtlenítő megyen ki kicsi, vagy a fekvő beteghez nagyobb kocsin. A szállításhoz mindig két pokróczot és egy kis párnát visznek magukkal. A betegnek a kórházban való átadása után a fertőtlenítő kocsijával az intézetbe jön, a hol úgy ő, mint a koci fertőtlenítve lesz.

Egy kocsin csak egy beteget szállítanak. Több beteget csak akkor, ha ugyanazon betegségben szenvednek s egy lakásból származnak. Egy házban, de több lakásban levő, bár ugyanazon betegségben szenvedő betegekért mindegyik lakáshoz külön-külön betegszállító koci megy.

A lakások fertőtlenítéséhez minden esetben legalább 2 fertőtlenítő megy ki. Ezért minden 2 fertőtlenítőnek van egy szerládája, a melyben a fertőtlenítéshez szükséges vegyszerek, törleruhák, fecskendők, kefék és ecsetek, valamint 2 öltözet munkaruhá vanna elhelyezve.



3. kép. Fertőzött udvar a kapubejárattól nézve, két a fertőzött holmit és középen egy a fertőtlenítőket hazaszállító kocsival. A gépház fertőzött oldala.

A fertőtlenítők mindennap reggel 7 órakor indulnak ki az intézetből az egyes lakásokba. A fertőtleníthető lakásba megérkezve, legelőször egy 1⁰/₀₀ sublimatoldatba mártott lábtörő ruhát helyeznek el a lakás kijáró ajtaja előtt, a melyen a csomagok kiszállításakor, a kilépés előtt talpukat megtörlik. Ezután munkaruhájukba átöltözködve, hozzákezdenek a gőzfertőtlenítésre alkalmas tárgyak csomagolásához. Ezen tárgyakat az intézetből vitt, s minden használat után gőzben fertőtlenített lepedőkkel teljesen beborítva, a ház előtt várakozó zárt tárgyszállító kocsiba rakják. A mikor a csomagokat mind kihordták, visszatérnek a fertőzött lakásba s megkezdik a fertőtlenítést. A fertőtlenítés rendszerint 1⁰/₀₀ sublimatoldattal történik, de igen piszkos lakásokban s főleg a padlók fertőtlenítésére sok esetben a bacillolt használják. Kényesebb falak s olyan tárgyak fertőtlenítésére, melyek gőzbe nem tehetőek s formalin-fertőtlenítéssel megnyugtatóan fertőtleníthetők, a formalin-fertőtlenítést végzik. A fertőzött lakásban lévő és mosható ruhaneműeket ott a helyszínén beáztatják 1⁰/₀₀ sublimatoldatba. Egyéb holmit, úgy mint bútorokat, képeket s minden még a lakásban levő tárgyat, a szoba falait, ablakait 1⁰/₀₀ sublimat- vagy más fertőtlenítő vegyszeroldattal mossák le, a szerládában levő fecskendő segítségével.

A fertőzött tárgyakat szállító koci a csomagok berakása után azokat az intézetbe szállítja. A fertőtlenítők a kocsissal megüzenik, hogy mennyi idő múlva menjen ki értük az őket

hazaszállító személykocsi. Egy-egy kisebb lakás fertőtlenítése 1—2 óráig tart, tehát délelőtt 10—11 óra felé indul az intézetből a személyszállító kocsi s összeszedi a lakásokban dolgozott fertőtlenítőket. A fertőtlenítők az intézet fertőzött oldalára való visszaérkezésükkor, miután a szerládájukkal, illetve az elfogyasztott vegyszerekkel leszámoltak, egyéni fertőtlenítés alá kerülnek, s csak ezután mehetnek át a tiszta oldalra, a hol ekkorra már kész ebédjük várja őket.

Az egyes lakásokból az intézetbe gőzfertőtlenítés céljából beszállított holmit az intézetben szolgálatot teljesítő fertőtlenítők, az illető csomagoló lepedők számával ellátva, szétválogatva a gőzfertőtlenítő gépekben helyezik el. Különválasztják a ruhaneműket, az ágyneműket, diványt, ágybetétet s egyéb gőzbe rakható bútordarabokat. Ezen különböző tárgyakat külön-külön gépbe rakva, minden géphez a gép bezárásának idejét jelző jegyzéket, valamint a gépben levő holmik jegyzékét helyezik el.

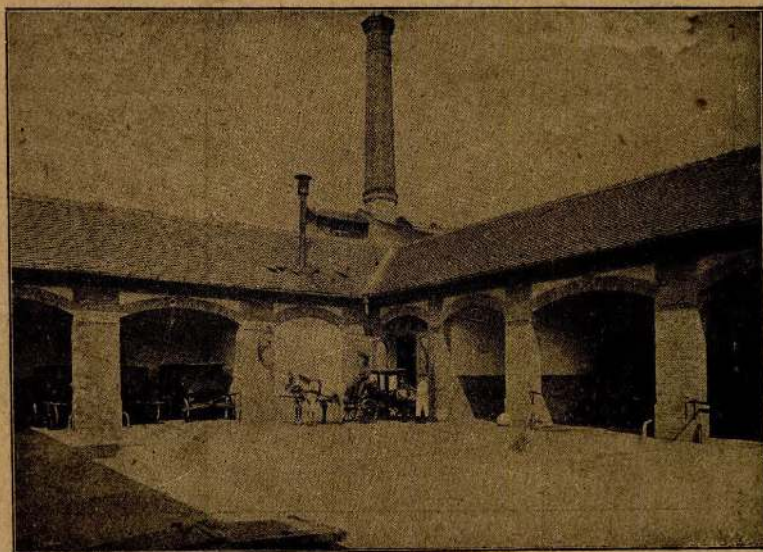
A gép bezárásával kezdődik a fertőtlenítés. Hogy a gépben levő holmokra, minthogy azok hidegek, a gőz a beeresztésekor le ne csapódhasson, tehát hogy azok át ne nedvesedjenek, a gép bezárása pillanatától kezdve 20 percig, gőz beeresztése nélkül, a gép alján levő fűtő bordácsövekkel előzetesen mintegy 60—70 C°-ra felmelegítettnek. A melegítés után a gőz bebocsájtása által a gépben levő levegő 5 perc alatt kiszorul. Ekkor elzárják a gép szellőztető készülékét s most már állandóan áramlik a gőz

lenítéseket a szolgálatot teljesítő tiszték, az igazgató és aligazgató ellenőrzik. A lakásokban folyó munkák ellenőrzését naponta felváltva egy-egy tiszt s a teendőkhöz mérten az igazgató és aligazgató az e célra szolgáló kocsikon végzi.

Az intézet személyzete: az igazgató, az aligazgató, 5 fertőtlenítő tiszt, 1 telefonkezelő, 1 gépész, 1 fűtő, 1 lovászmester, 56 fertőtlenítő, 6 mosónő és 19 kocsi. Ezen személyzet körében van 1 lakatos-, 1 bádógos-, 1 kőműves-, 1 kovács-, 2 asztalos-, 2 bogárnar-, 2 cipész-, 3 szabómester, a kik az intézet felszerelésében előforduló javításokat végzik és az intézet személyzetének ruházatát készítik a rendes fertőtlenítési munkálatokon kívül, a mi által évenként mintegy 20,000 K kiadást lehet megtakarítani. Az intézet fenntartása 200,000—220,000 K-ba kerül, mely összeg felét a főváros, felét az orsz. betegápolási alap fedezi.

A fertőtlenítő intézet felállítására óta munkaköre nagyon megnövekedett. Az első időben csak a már fentebb említett fertőző betegségek utáni lakás- és az ezekkel járó egyéni fertőtlenítéseket végezte. Ma kötelező a fertőtlenítés:

cholera (cholera asiatica),
hasi hagymáz (typhus abdominalis),
kiütéses hagymáz (typhus exanthematicus),
himlő és álhimlő (variola és varioloidis),
vörheny (scarlatina),



4. kép. A fertőző betegeket szállító kocsik udvara.



5. kép. A kazánház. Balról a lakatosműhely.

a fertőtlenítendő tárgyakra. A gőz áramlása azon pillanattól kezdve, a mikor a gépen elhelyezett hőmérő 100—108 C°-t és a manometer 0.2 légkönyomást mutat, 35 percig tart. Ez idő alatt a fertőzött holmikon levő fertőző anyagok biztosan elpusztulnak, kivéve a lépfene (anthrax) fertőző anyagát, a melynek elpusztításához 45 percnnyi gőzbehatás kell. Ezen 35, illetve 45 percnnyi gőzbehatás után, a gőzcsap elzárásakor, a gép szellőztetőjét nyitja meg a kezelő fertőtlenítő, s ezen szellőztetés 20 perc alatt az esetleg még kissé nyirkos holmit annyira kiszáritja, hogy a gépből már kivehető. Az egész fertőtlenítő eljárás tehát 1 óra 20 percig, illetve anthrax esetén 1 óra 30 percig tart.

A gép kinyitására az azt kezelő fertőtlenítő legelőször a gépbe elhelyezett s a gép bezárását jelző jegyzéket veszi ki. Ezen jegyzéket az intézet tiszta oldalán szolgálatot teljesítő tisztnek adja át, ki arra a gép kinyitásának óráját és percét jegyzi fel. Csak ezután foghat hozzá a holmik kicsomagolásához. Kicsomagolásakor a holmit a tiszta oldali gépházban levő állványokon még egy időre kitergetik, s azután számuk szerint a nekik megfelelő számú, a holmikkal együtt a gépen átjött lepedőkbe burkolva, a hazaszállító tiszta oldali kocsikba rakják.

Rendesen a kora délutáni órákban történik a fertőtlenített holmi hazaszállítása, úgy, hogy az egyes lakásokban az egész fertőtlenítési eljárás még aznap be van végezve.

Az intézetben, valamint az egyes lakásokban végzett fertőt-

roncsoló toroklob (diphtheritis, croup),
gyermekági láz (febris puerperalis),
vérhas (dysenteria),
pestis,
lepra,
lépfene (anthrax),
takonykór (malleus),
veszettség (lyssa) eseteiben.

Ezekon kívül a hatóság minden más fertőző megbetegedés esetében elrendelheti a fertőtlenítést, a melyet a fertőtlenítő intézet elvégezni köteles.

Végzi az intézet a lakások fertőtlenítésén kívül:

kaszárnnyakban,
kórházakban,
iskolákban,
egyetemi klinikákon,
a Pasteur-intézetben,
az állami gyermekmenhelyben a fertőtlenítéseket.

Végzi az állategészségügyi fertőtlenítéseket, az államvasutak részére szállítandó géptörölő rongyok fertőtlenítését, fertőzőbetegszállításokat, s az ezekből folyólag szükséges egyéni fertőtlenítéseket.

BUDAPESTI ORVOSTUDIORUMI TÖRVÉNY
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. kerület, 23-25
Telefon: 143-600.

Egyéni fertőtlenítés alá kerülnek az intézetben naponta a fertőző betegeket ápoló Szt. László kórházban betegeiket meglátogatók, a kórházakba bekerülő tetvesek, a menhelyek lakói, a kik ezen egyéni fertőtlenítésről igazolványt kapnak.



6. kép. A tiszta oldali udvar a kapu felé nézve.

A fertőtlenítő intézet 1892-ben történt felállítását óta a következő munkákat végezte:

É v	Lakás-fertőtlenítés	Beteg-szállítás	Egyéni fertőtlenítés	Lakosság száma
1892 októbertől	833	—	258	506,384
1893	2,986	—	4,936	506,384
1894	3,346	—	2,157	506,384
1895	3,451	—	2,131	506,384
1896	3,200	—	1,243	617,856
1897	2,673	—	969	617,856
1898	4,086	—	638	617,856
1899	4,489	—	5,536	617,856
1900	3,545	1,952	5,322	734,165
1901	3,314	1,914	6,002	734,165
1902	3,895	2,188	9,204	734,165
1903	5,860	3,021	19,751	734,165
1904	7,133	4,219	9,080	734,165
1905	5,464	3,637	5,837	791,748
1906	4,357	2,552	5,758	791,748
1907	5,279	3,534	10,058	791,748
1908	6,632	4,257	19,259	812,728
1909	6,543	4,436	15,504	812,728
1910 szeptemberig	6,617	4,216	21,750	812,728

A fertőző betegek szállítását 1900-ig a Szt. Rókus-kórház végezte, tehát annak adatai az ideig hiányzanak. A táblázatban az egyéni fertőtlenítések 1903-ban 10,000-rel emelkedtek, mert a Szt. László-kórházban betegeiket meglátogatóknak egyéni fertőtlenítése csak 1903 óta kötelező. A későbbi években látható visszaesés a beteglátogatások korlátozásában rejlik. Ezen kimutatásból jól látszik, hogy a népesség szaporodásával miként szaporodtak az intézet teendői. Kimutatásunkban az 1910. év igen nagy emelkedést mutat. Ez emelkedést részben a tavaszi kisebb typhus exanthematicus-járvány okozta, részben pedig a mostani idő, a mikor az ázsiai cholerajárvány támadását megakadályozni czélozó intézkedések fokozzák az intézet munkáját.

Ezek a körülmények tették szükségessé, hogy a székesfőváros törvényhatósága egy fiók fertőtlenítő-intézet felállítását határozta el. Ezen fiók fertőtlenítő-intézet az V. ker. Váci-úton épül. Az új fertőtlenítő intézet körülbelül 1.400.000 koronába kerül. Ezen összegnek felét a székesfőváros közönsége, felét pedig az országos betegápolási alap fedezi.

IRODALOM-SZEMLE.

A táplálkozási zavarok és az ezek folyamán jelentkező intoxicatio. — A Finkelstein-Meyer-féle fehérjetej.

Összefoglaló ismertetés.

(Folytatás.)

3. *Decompositio*. Ebben a stadiumban már a szervezet külsődelme a bukáshoz jutott; a súlygörbe itt már nem mutatja az ide-oda ugráló felemelkedés és süllyedés változatait, mint az előbbi két stadiumban, hanem állandóan süllyed s a veszteséget, mely naponta 30—50, sőt 100 grammig is megy, a szervezet pótolni nem tudja. A csecsemők külseje napról napra rosszabbodik, izgatottság, felületes alvás, majd állandó szunyókálás, felébredéskor tartós sírás jellemzi a kóros folyamatot. Az éhséget kivéve minden iránt érzéketlen s ha a nyújtott táplálékkal mohón végezett, heves igyekezettel szopja kezét. Bár kezdetben csekély a soványodás, csakhamar nagyobb mérvet ölt, úgy hogy a sorvadtt csecsemő öreges, ránczos arca megdöbbenő benyomást tesz az észlelőre. A száj kiszélesedik, nyálkahártyája élénkpirossá lesz, a köztakaró pedig jellegzetes fakó színt ölt. A legkülönbözőbb dyspepsiás székletek váltakoznak a normálistól alig valamennyire eltérőkkel és szappanszékletekkel. A verőerőkés kicsiny és lassúbb, 80—110 között ingadozik; a kilégzés csakhamar megnyúlik, szabálytalan légvételek váltják fel egymást s nem egy súlyos esetben a Cheyne-Stokes-légzést is észlelték. A vizeletben nincs rendellenesség, ha csak az intoxicációval való keveredés nem hoz ilyet felszínre. A hőfok napi átlaga 36.8 vagy ez alatti s ez maga már a decompositio veszélyére figyelmeztet bennünket s nem egyszer colapsushoz juttatja a beteg csecsemőt. Tehát: izgalom, subnormális hő, pulzuslassulás, ritkább és szabálytalan légzés, valamint tetemes súlyvesztés jelzi a decompositio jelenlétét. Finkelstein két feltűnő jelenség társulását is kiemeli, mint a melyeket ő több esetben látott, s ezek: a hydrops a legkisebb foktól a legnagyobb oedemá duzzanatig, továbbá a cyanosis.

A decompositio könnyebb esetei, a mindenkor komoly prognosis ellenére, szépen megjavulhatnak az óvatos és nagy figyelemmel történő kezelés mellett, mert a legesekélyebb diabetabeli hiba többé nem pótolható kárhoz vezethet, a mit fokoz még a gyakori infectió s szövödmény is. Gyakran igen hamar beáll a rosszabbodás, mely sok esetben gyorsan halálra is vezet.

A vizsgálatok szerint *nem a táplálás ellenére* szenved és sorvad a szervezet, hanem a *táplálás által*, s nem valamely mérge, hanem maga a táplálékfelvétel a súlyos esés előidézője. A míg tehát táplálékot adunk, süllyed a súly s pedig annál inkább, minél többet adunk, jelölül annak, hogy a tolerancia süllyedése túlságos mélységet ért el. Itt tehát folyton sorvaszt a táplálék s ezért mintegy önként következik, hogy azt igen csekély mennyiségre kell redukálni.

Hogy mekkora ez a mennyiség, megállapítható akként, hogy megkeressük azt a táplálékmenyiséget, mely mellett a súlygörbe vízszintesen halad, miközben egy csekélyke többletre felszökken; vagy pedig addig veszünk el fokozatosan a jó szaporodáshoz elégséges mennyiségből, míg a súly megáll. Középtértékben ez 60—70 kaloria pro kilogramm. Nehezebben tudunk itélni akkor, ha a táplálékpótlás a szükségleti mennyiségen alól van. Erre nézve idézem szóról szóra Finkelstein nézetét. „Meglehetősen bizonyíték itt a széklet: az egészséges csecsemő szorulásra hajlamos, a beteg a többszöri és kóros székelésre. Jellemző pedig a táplálékmenyiség változtatására mutatkozó reactio. A betegen meglassul a súlycsökkenés a táplálék kevesbitésére, míg a pótlás arra kedvezőtlenül hat, a szükségleten alóli táplálkozás pedig fordítva viselkedik. Hogy a valóságban nem a caloriahiány, hanem más bonyolult okok alkotják a folyamat alapját, kitűnik a legveszesebb esetekben, melyekben a legerősebben károsult tolerancia a legmesszebbmenő tápmegszorítás mellett sem engedi a súlyvesztés megszűnését, míg a női tej alkalmazása kedvező hatást fejt ki még akkor is, ha az előbbi koszt energia-tartalmát nem haladja túl, sőt még alatta is marad.“

A klórpótlás a táplálék alkotórészei közötti viszonyt illetőleg a táplálék összetételének látszik, hogy a zsir és a szénhidrátok mennyisége nem elegendő, mint dekomponáló anyag legelőször a víz, a szénhidrát-tartalom előtt fejt ki különleges hatást, míg a bilanz-zavarnál a

súlynövekedést lassítja, addig itt határozottan rombol, a mit a zsírdús tejkeverék adásakor kifejezetten láthatunk, különösen súlyos esetekben, midőn egy csekélyke zsírmennyiség is rohamos súlyesést provokál, ha pedig kikapcsoljuk a táplálékból, megszűnik a súlyesés. És a szív működésre, valamint a légzésre is káros hatást gyakorol a zsír, a mit szintén az előbbi kísérletek kapcsán észlelték; kikapcsolása csakhamar rendes viszonyokat teremtett. Sajátságos, hogy a rendes viszonyok között hőtermelő zsír itt hőfokszüledést okoz.

Másként áll ez a szénhydrattal. Ennek a toleranciája még fennállhat, midőn a zsír már súlyosan szenvedett; zsirtalan koszt-hoz szénhydratot adva, súlyszaporodás állhat be. Ez azonban csak kevés esetben mutatkozik ily kedvező formában. Sok esetben a szénhydrat-tolerancia is súlyed, ezért a szénhidrátokkal is igen óvatosan kell bánni, különben elérkezik a folyamat oda, a hol egy kevéske szénhydrat-pótlék is súlyesést fog okozni. Ilyen esetekben csak a soványtejtől várhatunk eredményt, ettől is csak akkor, ha erősen redukáljuk a mennyiségét, bár elég gyakran ez sem hozza már meg a várt kedvező hatást, a minek valószínű oka a benne levő csekély tejcukor, melyről Finkelstein azt mondja, hogy kis adagban dekomponál, nagy adagban pedig intoxikál.

A decompositionál a toleranciagyengülés haladó jellegű. Kezdetben csak a zsírra vonatkozólag mutatkozik ez, később már mindennemű táplálékra, még a női tejre is kiterjed, hogy a decomposition végső eredményéhez: az úgynevezett táplálkozási képtenséghez vezessen, a mi az inanitióval azonos képet ad.

Kezdeti stadiumban levő esetekben megállhat a bántalom nagyfokú táplálékmezsorításra, de később ez már alig lesz lehetséges, bármily mértékben tehermentesítjük is a functiót, mert, az assimilatós erő mind mélyebbre súlyed. Most még csak a természetes táplálásban lehet bízunk, de ha az erők már végleg fel vannak használva, ez sem hoz eredményt.

A kezelésben tehát legfontosabb cél a súlymegálláshoz jut-tatni a dekomponált csecsemőt s ezt kedvező, tehát még nem súlyos esetekben a táplálék nagyfokú kevesítésével lehet elérni; ha ez sikerül, akkor megtaláltuk a szükséges, a még feldolgozható táplálék mennyiség mértékét. Ügyelnünk kell azonban a székletre is, a mennyiben a súlymegállást annál biztosabban várhatjuk, minél gyorsabban válik észlelhetővé a székletek számának és minőségének a normális felé haladása, tehát a localis tüneteknek gyorsan kell javulni, hogy a tolerancia is javulhasson, különben rosszabbodás várható. Ha a táplálék a tolerancia mértékét túlhaladja, a fennmaradó főleg tovább dekomponál, a miből a zavar súlyosságát is megállapíthatjuk.

A könnyebb esetben, melyet Finkelstein *első fokúnak* nevez, 3—6 nap alatt végződik a súlycsökkenés, megáll a súly, a székletek javulnak s később a mennyiség fokozása könnyen fog menni. A *második fokú* esetekben a súlymegállás már lassabban következik be s a székletek is tovább maradnak kórosak, de csak akkor, ha a táplálék mennyiségben a kellő határt megtartjuk, a mi elég sokszor a fenntartási szükségletet alig haladja túl. Itt már föltétlenül szükséges a természetes táplálék. A *harmadik foknál* már oly mély tolerancia-súlyedést látunk, hogy azt a legesekélyebb táplálék mennyiség is túllépi, a miért itt már sem súlymegállásra, sem széklethjavulásra nincs kilátásunk, még női tej mellett sem. Itt tehát a paradox reactio a functio teljes elgyengülésében nyilvánul. A tolerancia csekély voltát a folytonos súlyszüledés is mutatja s előrehaladt folyamatnál a mérgezési tünetek úgyiszlóván szabályszerű rendszerességgel következnek be, a mennyiben most már a csekély cukortartalmat sem tudja a szervezet assimilálni. Így fog azután bekövetkezni a dekomponált gyermekek a táplálékfelvételre a legjellegzetesebb tünet, az úgynevezett túlérzékenység, a mely a legesekélyebb tolerancia-túllépéskor is meg-lépő gyorsan jelentkezik s a katasztrófa nem lesz elkerülhető. A beteg erői a legvégsőig ki vannak merülve, tartaléka is elfogyott, s ilyenkor már az anyatej iránt is teljes intolerancia mutatkozik, mert a zsír assimilatója végleg megszűnt. Ezen túlérzékenységre nagy jelentősége parancsolja a rendkívüli figyelmességet a kezelésnek.

Sokan igyekeznek bőséges táplálással elpusztulásnak, a mi nagy hiba, a mely csak a súlyosabb esetekben hozhat csak eredményt. Természetesen a súlymegállás várható, mert a hosszú ideig tartó táplálás a szervezetet a betegség

csecsemőt; igen súlyos esetekben azonban az éhezés sem hozza meg a várt eredményt, sőt nem egyszer azt is észlelték, hogy a táplálékmezsorítás gyorsabb romlást idézett elő. Ez nagyon is súlyosan számítás alá eső hátrány, a mi a súlyos, tehát a második, még inkább harmadik fokú esetekben alig ad bátorságot a hosszabb ideig tartó normális alatti táplálás megkísérlésére. Azon esetekben is, a midőn a súlymegállást el bírjuk érni s a táplálék-mennyiséget óvatosan emeljük, sőt a veszteséget is sikerül pótolnunk, hosszú ideig tartó kimélet visszaesést provokál, a mint elértük azt a mennyiséget, melynél a rosszabbodás eredetileg beállott; újabb növelés pedig újabb rosszabbodást fog okozni. Így tehát a klinikai észleletek azt mutatják, hogy gyógyulás csak akkor lehetséges, ha a beteg toleranciája a rövid tartamú táplálékkevesítés mellett annyira javul, hogy a fenntartási szükségletet meghaladó mennyiséget ismét elfüri. A kimélet tehát hosszabb időn át alkalmazva fokozza a gyengülést. Energikus tápelvonás csak kezdődő esetekben alkalmazandó, előrehaladt esetekben semmivel sem biztat s ezért pár napi kísérlet után folytatni nem szabad. Szabály gyanánt állítja fel Finkelstein azon tapasztalatokon alapuló tényt, hogy a mely csecsemő a tápmegszorítás által létrejött súlymegállás után az újból való táplálékfelvételre nem reagál rövidesen a javulás kétségtelen jeleivel, éppen úgy emlőt igényel, mint az, a mely általában mesterséges táplálkozás mellett állandóan fogy.

Ha mesterséges táplálás mellett a decompositionál semmit sem tudunk elérni és női tejre térünk át, igen sokszor bámulatos hatást érünk el, bár nem egyszer ez is csalódáshoz vezet, ha tudniillik előrehaladt folyamattal van dolgunk, míg ha a kezdeti időszakban vagyunk erre figyelemmel, bizvást várhatjuk a jó eredményt. Zsír- és cukor-intoleranciában levő gyermekek a női tej is rosszabbodást idéz elő; nem egyszer éppen az emlődás mellett bontakozik ki a decomposition teljes képe s csak hosszabb idei fennállás után áll be végre lassanként a javulás; más esetekben azonban ezt sem látjuk, hanem a napról napra való rosszabbodást, vagyis hogy a tolerancia nem csak a zsírral, hanem a szénhydrattal szemben is megszűnt. Ha mégis igen nagyszámú esetben a női tej javulást hoz, ezt csakis a saját fajú táplálék functioelénkiítő erejének kell tulajdonítani, a mit a tehéntej, mint fajidegen táplálék, nem tud kifejtteni.

Az elveszettnek látszó gyermekek közül is megmenthető egy rész akkor, ha a női tejet ilyen súlyos esetekben kezdetben csak igen picziny adagokban adjuk. Tehát nem engedjük tetszés szerinti mennyiségben szopni a csecsemőt, nehogy sok zsirt és cukrot kapjon, hanem csak rendkívül keveset engedünk s ez elegendő az a nélkül is gyenge szervezet fenntartására; ezt a dosist nem emeljük, míg az általános állapotban javulást nem látunk, ha azután ez bekövetkezik, lassan, óvatosan emeljük a dosist, de a legcsekélyebb rosszabbodási jelre azonnal ismét meg kell szorítani azt.

Könnyebb esetekben 200—300 gm. a napi mennyiség, közép-súlyosakban 100—150 gm., igen súlyosakban pedig csak 20—50 gramm gyakori kicsiny adagokban nyújtva. A folyadékszükségletet Finkelstein saccharinos vízzel vagy teával fedezte. Elég női tej híjján pótlásul sovány tej, savó vagy pótléknélküli író adható ugyanily kicsiny dosisokban.

4. *Intoxicatio.* Az eddigi stadiumok észlelhetők teljesen tisztán és különálló alakban, néha gyors lefolyásban, máskor elhúzódva, ismét máskor javulás és rosszabbodás között váltakozva; lehetnek esetek, a midőn az egyik stadium a másikba gyorsan megy át egészen az utolsó stadiumig, az intoxicatióig. Észlelek már az egyes stadiumok kevert alakjait is, például a decompositiont és intoxicatiót együtt; ezek a legkönnyebbtől a legsúlyosabbig mindenféle változatban kerülhetnek észlelésünk alá s elég gyakran csak egyes jelek mutatnak arra, hogy a decomposition mellett már bizonyos intoxicatiós tünetek is kezdenek kibontakozni. Finkelstein szerint nem igen sok beteg van, a kin a toxikus befolyás jelei a bántalom hosszabb tartama után ne jelentkeznenek, ezek a kevert alakok; hol az egyik, hol a másik stadium tünetei vannak előtérben, azaz hol a zsír és liszt (decompositio), hol a cukor (intoxicatio) káros hatása praevaleál, a mi leginkább a táplálék kevert összetétele mellett jelentkezik. Ezekben általában akkor súlyos az állapot, ha a decompositionhoz kisebb vagy nagyobb fokban társult az intoxicatio, a midőn a két folyamat ellentétes hatásának torlódása áll elő. Izgatottsággal, subnormális hővel, lassú pulussal

szembekerül a bágyadság, láz és szapora pulsus, s ezek keverődése nagyobb hőingadozást és súlyos romlást állít elénk.

Finkelstein a tiszta intoxicationnak positiv és specifikus jeleit követeli meg, hogy a körjelzés teljes biztossággal legyen kimondható. Ezek a következők: 1. Öntudatbeli zavar; 2. a légzési típus sajátos megváltozása, az úgynevezett nagy légzés; 3. alimentáris glycosuria; 4. láz; 5. collapsus; 6. hányás, hasmenés; 7. albuminuria és cylindruria; 8. rohamos súlyvesztés; 9. leukocytosis. Ezen kilencz tünet jelenléte elengedhetetlen, természetesen a legkülönbözőbb fokban kifejlődve.

Az öntudatzavar az éppen észrevehető álomosságtól a mély comáig vagy a túlságos izgalomig terjedhet. A légzés nagy, mély, szünetnélküli és kissé gyorsított a súlyosság foka szerint. A glycosuria tejecukor- és galactosekiválasztásban nyilvánul. A leukocyták megsaporodnak, de átlag 30.000-en alul maradnak. A láz a subfebrilis és magas láz között ingadozik, egyszer-másszor subnormális is lehet; a hányás és hasmenés ritkán heves, legtöbbször az egyszerű dyspepsia határát alig hagyja el, a súlyosság pedig a vízvesztés arányában mutat kisebb vagy nagyobb mértéket.

Mindezen tünetek a legkisebb foktól a legteljesebb kifejlődésig lehetnek jelen a szerint, a mint enyhébb vagy súlyosabb esettel van dolgunk; ez utóbbiak közé tartozik a kolerászerű típus nagyfokú vízvesztésével, collapsussal és cerebrospinális tünetekkel, máskor hydrocephalus acutus, majd pedig súlyos sopor alakjában nyer kifejezést a baj. Ez utóbbi a leggyakoribb, de legkönnyebben félreismerhető alak, a mennyiben rendszeren az összes tünetek csak mérsékelt fokban vannak jelen s csupán a mély álomkórosság vagy éppen a coma uralkodik a többi alig észrevehető tüneten; a másik két alak már ritkább, de sokkal rohamosabb fejlődést mutat. Egyes ritkább esetekben dyspepsia asthma van jelen cerebrális jelenségekkel, máskor pedig ismételt hirtelen collapsus szakadozott légzéssel.

Ha a csecsemő sajátos viselkedéséből a mérgezést gyanítjuk, pontosan kell kutatnunk a többi tünet után. Ennek a sajátos viselkedésnek a megítéléséhez fölöttébb szükséges az ú. n. orvosi éleslátás (Blick), hogy még a bántalom kezdetén levő folyamat felismerhető, hogy tehát a megfelelő segély, mely egyúttal életmentést is jelent, idejében alkalmazható legyen.

Ezen sajátos viselkedés főként a közérzetet fejezi ki. Az arcz bágyadt, álmos benyomást tesz, mozgás alig van, lethargiaszerű állapotukból a csecsemők csak alig ébreszthetők fel s abba ismét visszasüllyednek; a szemek többnyire csak félig nyitottak, a tekintet bágyadt, révedező, majd mozdulatlan. Az arczvonások élénk játéka eltűnik, elernyedés lép helyébe, a szemek beesnek, a homlokon barázdák jelennek meg, az ajkugok pedig kissé lehűződnek; a kezek és lábak szabálytalan, hől feszített, hől behajlított, hol görcsösen merev tartásban vannak; a bőr sárgás, majd fakó, esetleg gyengén livid színt ölt, s mindehhez fokozatosan a légzés zavara is társul. Finkelstein megkívánja, hogy a vizsgálat nyugalmi állapotban történjék s ezért a nagy, zajos ambulatóriumokat a bántalom pontos észlelésére nem tartja alkalmasnak.

Súlyosabb esetekben ezen említett tünetek nagyobb fokban vannak kifejlődve; az arczkifejezés valóságos kint ad tudunkra s a collapsus képével ellentétben a valóságos sepsises beteg feldúlt benyomását adja; majd a sclerema jelei is megérkeznek. A gyomorbél-tünetek mindezen súlyos zavart mutató jelenségek ellenére akárhányszor csak csekély fokúak, jelölül annak, hogy a székletéből nem következtethetünk az intoxicációra. A mély légzés és a glycosuria azonban fontos körjelző tünetnek tekintendő s különösen a glycosuria az, mely már a kezdeti szakban is kimutatható és fontos differentiális tünet az agybeli, valamint az infectiosus bántalmakkal szemben. Typusos intoxicatio általános súlyos infectio eseteiben is észlelhető, de ez nem alimentáris, hanem bakteriumos mérgezési eredetre vall s nem egy esetben a bakteriumos toxinaemiából intoxicatio is fejlődik ki s halálhoz vezet. Az intoxicatio tehát minden, az össz-szervezetre befolyással bíró betegségben lehetséges, a mint ezeknek súlyossága bizonyos magas fokra emelkedett. Az intoxicatio az organismus törvényszerű reakciójának kifejezése, mely a tekintetbe jövő megbetegedések bármelyike alapján létrejött károsodás bizonyos fokán megjelenik, s hogyha a jellegzetes tünetcsoport megjön, érvényesül a specifikus folyamat, mely az

anyagcsere mélyreható elváltozását idézte elő, a mi egyúttal az összes functiók összeomlásával jár.

Ilyen mélyreható károsodás sehol sem fordul elő, ha csak a decompositio legsúlyosabb alakjában nem, de itt hiányzik a glycosuria.

Az intoxicatio és a táplálékfelvétel között szoros összefüggés van s ez bizonyítja az alimentáris jellegét. Bizonyítéka ennek a tünetek javulása vagy rosszabbodása a táplálék elvonása, megszorítása, vagy az eltérés határán túl való adagolása esetében, a mit a megfelelő táblázat görbéi tiszta képen adnak értésünkre, úgy hogy a további következtetéseket levonhatjuk.

Az intoxicatio sohasem áll be hirtelen a teljes normális állapotból, hanem mindenkor megvannak a prodromális előkészítő folyamatok, minők a dyspepsia székletek, a súlygörbe, a hőfok szabálytalan viselkedése, melyek csak rövid tartamúak vagy heteken át lappangva fejlődnek is lehetnek s mindez a táplálékknak úgy mennyiségével, mint minőségével szoros összefüggésben látszik lenni, a mit a pontos klinikai észlelések bizonyítanak is; ezen alapon sikerült Finkelstein-nak a fenyegető veszélyt elég gyakran eltávolítani. A táplálékfelvonás a mérgezési tünetekre hatalmasan hat és az indifferens folyadékok (víz, phys. konyhasóoldat, ezukornélküli tea) félreismerhetlen javulásra vezetnek, azaz a *méregtelenítést* határozottan elvégezték, még pedig az egyik csoportban krízisszerűen 24—48 óra alatt, a másik csoportban lassabban, néhány nap alatt, bár itt is már az első időben észrevehető a javulás megindulása; a harmadik csoportban az éhezés nem hozta meg a javást, de ezen esetek már a vizsgálat alkalmával is a közelgő halál jeleit mutatták. Nem egyszer azt is észlelte Finkelstein, hogy a méregtelenítés befejeződése előtt visszaesés állott be, vagy a javulás kifejezett jelei dacára ismét lecsapott az intoxicatiós roham, de ilyenkor mindig kimutatható volt, hogy a visszaesést a táplálék-mennyiség megengedhetlen emelése hozta létre. Ezért az úgyszólván grammonként való haladást ajánlja napokon át (5—10-szer csak 5—5 gramm táplálék) s csak a glycosuria megszüntével a lassú emelkedést. Mindezt az intoxicatio súlyossága szerint kell beosztani, de a hatékony összdosis rendszeren az élettani szükséglet alatt áll.

Ugyanez áll a táplálék minőségére nézve is; ennek a változtatása is befolyásolja az eredményeket. Itt a táplálék egyes alkotórészei játszzák a döntő szerepet, a mit megvizsgálhatunk, ha egyik-egyik részt a táplálékból kikapcsoljuk vagy hozzáteszünk és a reakciót megfigyeljük. A czukorra vonatkozólag Finkelstein az észleletek tömegére való hivatkozással azt mondja, hogy mint hozzátétel intoxicációhoz, mint kevesbítés vagy kikapcsolás pedig a mérgezési tünetek elmúlásához vezethet; tehát a czukorban dús táplálék veszélyt rejt magában s szerinte az író is ilyen, az általa okozott láz is czukorláz; a gyermeklisztet is a czukoréhoz sokban hasonló viselkedésűnek tartja a szerint, a mint sok bennük a szénhydrat, míg a nyálkás főzetekre nem helyez súlyt.

A zsírra vonatkozólag azt mondja, hogy hátrányosan hat minden meglevő vagy fenyegető intoxicációra, tekintet nélkül a bélflórára, ellentétben *Salge*-val, a ki a zsír rossz hatását az acidophil vagy streptothrixszerű bakteriumok jelenlététől teszi függővé. Természetes, hogy itt is főszóly helyezendő arra, hogy a zsirtolerantiát túlhaladó mérték az, a mely az intoxicatio beköszönéséhez az impulsust megadja s ez az oka annak, hogy ilyen esetekben a női tej sem megfelelő táplálék, ha csak rendkívül csekély mennyiséggel nem végezzük a méregtelenítést; ilyen módon a legváltóságosabb esetekben is remélhetünk még jó eredményt.

A sovány tej sem közömbös anyag, a vízdieta helyett nem is alkalmazható, a mennyiben a méregtelenítést csak lassan tudja elvégezni, ha heveny rosszabbodást nem is idéz elő, noha egyes esetekben az intoxicatiót lassankint növelheti is és ekkor halálra vezet. Itt nem a casein a veszedelmes, hanem a savó. Természetes, hogy mindez inkább a súlyos esetekben észlelhető, azért a beteg mindenkori állapota döntő fontossággal bír. Ezért különböző az esetek lefolyása hasonló kezelés mellett is és a mérgezés jelenségeinek súlyossága nem mutatja mindig a romlás fokát, mert a legveszesebb esetek is gyorsan javulhatnak, máskor meg makacsul fennmaradnak, minden igyekezetünk ellenére. Ilyen esetekben rendszerint azt tapasztalták, hogy az előzetes decompositio is igen súlyos fokot mutatott.

Kézzelfogható tény az, hogy az intoxicatio kezelésekor a helyes út egyedül a táplálék elvonásában vagy megszorításában

nyilvánul s ettől várható az ekként bebizonyított alimentáris ártalom megszűnése, valamint attól, hogy az egyes táplálék-alkotórészek toleranciáját nem léptük túl.

A zsír, mint előbb is említve volt, toxikus hatást fejthet ki, ha az organismus más behatások folytán specifikus módon már sérülve van; de sokkal gyakrabban hat mérgezőleg a cukor, mely ilyen előfeltételt nem igényel. A savó, bár kisebb mérvben, szintén mérgező a benne levő tejszékur útján, míg a sók alig bírnak valamennyi szereppel. Finkelstein teljes meggyőződéssel állítja, hogy „az intoxicatio mérge nem a beltartalom bakteriumos bomlási terméneiben, hanem az anyagcserében keresendő és hogy a legsúlyosabb esetekben nemcsak a bél által felszívott tápanyagok, hanem a test raktáraiban elhelyezett tartalék felhasználása (zsír, glikogen) is szokatlan módon halad és ez által az alimentáris intoxicatio valóságos autointoxicatio folytatódik.”

Hainiss Géza dr.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Prof. H. Strauss: Praktische Winke für die chlorarme Ernährung. Berlin, Verlag von S. Karger. 1910.

A sóban szegény, helyesebben chlorban szegény diéta újabbban mind nagyobb jelentőségre tesz szert. Nemcsak a vesebajból eredő vízkórság bizonyos eseteiben használják most már szétében, hanem más esetekben is. Így — mint ismeretes — czélszerűnek bizonyult bromkúrák alkalmazásával, a szív- és érhajók lefolyásában jelentkező bizonyos állapotokban, egyes lobos izzadmányok (például peritonitis tuberculosa) kezelésében, diabetes insipidus eseteiben. Tekintve a sóban levő diétának ezen fokozódó jelentőségét: az előtünk levő kis füzet szerzője nagyon hálás feladatot végzett, a mikor a chlorban szegény diéta gyakorlati alkalmazását tömören összefoglalta. Rövid bevezetés és a chlor-tolerantia meghatározásának ismertetése után jól áttekinthetően tünteti fel a fontosabb táp- és élvezeti szereknek konyhasótartalmát, majd pedig — és ez teszi a füzet nagyobb részét — chlorban szegény ételek elkészítési módját írja le.

Új könyvek. A. Schmidt und J. Strasburger: Die Fäzes des Menschen im normalen und krankhaften Zustande. 3. Auflage. Berlin, A. Hirschwald. 21 m. — H. Vierordt: Kurzer Abriss der Perkussion und Auskultation. 10. Auflage. Tübingen, Laupp. 2.40 m. — F. Moraller und E. Hochl: Atlas der normalen Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane. 2. Abteilung. Leipzig, J. A. Barth. 18 m. — F. Schatz: Klinische Beiträge zur Physiologie der Schwangerschaft. Leipzig, J. A. Barth. 20 m. — R. Bauer: Lues und innere Medizin. Wien, F. Deuticke. 2.50 m. — M. Ficker: Fortschritte der Schulhygiene. Charlottenburg, J. Müller. 1.50 m. — N. Gierlich: Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube. Halle, C. Marhold. 1 m. — A. Schiltenshelm und J. Schmid: Die Gicht und ihre diätetische Therapie. Halle, C. Marhold. 1 m. — Th. Becker: Einführung in die Neurologie. Leipzig, G. Thieme. 4 m. — E. M. Steven: Medical supervision in schools. London, Bailliere, Tindall and Cox. 5 s. — Howard Marsh: Diseases of the joints and spine. New and enlarged edition. London, Cassell. 10 s. 6 d.

Lapszemle.

Belorvostan.

A cholera új gyógyításmódját ismerteti L. Rogers, a calcuttai „Medical College“ kórtan tanára. (British medical journal, 1910 szeptember 24.) Mindenekelőtt hivatkozik vizsgálataira, a melyek kimutatták, hogy a vér folyadékvesztése és a lefolyás súlyossága között határozott összefüggés van; enyhe esetekben a vér folyadékvesztése a vér $\frac{1}{3}$ -át, súlyos, de hypertoniás iniektiókra meggyógyult esetekben $\frac{1}{2}$ -ét, halállal végződött esetekben pedig $\frac{2}{3}$ -át tette. De nemcsak a vér folyadéka kevesbedik meg cholerában, hanem a sók mennyisége is tetemesen fogy, úgy hogy a legsúlyosabb esetekben, dacára a vér besűrűsödésének, a normálisnál is kisebb lehet a chloridok mennyisége. Ebből megérthető, hogy a cholera kezelésekor nem szabad megelégednünk a folyadék pótlásával, hanem a chloridokat is pótolnunk kell. Tehát nem normál sóoldatot kell — még pedig intravenásan — befecskendezni, hanem hypertoniás oldatot, a melynek összetétele a következő: 120 grain (1 grain körülbelül 6 centigramm) natriumchlorid, 6 grain kaliumchlorid, 4 grain calciumchlorid és 1 angol pint (kb. 500 cm³)

steril viz. Angol kémiai gyárak ezeket a sókat az említett arányban tablettákban már forgalomba is hozzák; 4 ilyen tablettát 1 pint vízben oldandó. Súlyos collapsusban 3—4 pint ilyen folyadék befecskendezendő be intravenásan, még pedig olyan gyorsasággal, hogy percenként 4 oz. (1 oz. körülbelül 30 cm³) jusson be; erős fejfájás vagy más zavar jelentkezése esetén a befecskendezés lassítandó (percenként 1 oz.). Megjegyzendő, hogy nem cholera, hanem más betegség okozta collapsus esetén az ilyen nagy intravenás befecskendezés veszélyes lehet (tüdővízenyő!). Ha újból collabál a beteg, a befecskendezés megismétlendő. A befecskendezést hőemelkedés kíséri, sőt néha hyperpyrexias állapot következik be; főleg olyanokon áll be ez a súlyos szövödmény, a kiknek végbélhőmérséke a rendesnél magasabb, noha a test felülete hideg; ilyenkor legfeljebb testhőmérsékletű folyadékot szabad befecskendezni.

A továbbiakban a vérnyomásnak kellő magas fokon tartására hívja fel a szerző a figyelmet, a mi ha sikerül, tapasztalatai szerint nem áll be halálos uraemia. A vérnyomást rectális, subcutan, esetleg lassú intravenás befecskendezéssel (normál sóoldattal!), cardiotonicumokkal (digitalin, strophantin) és vasoconstrictorokkal (adrenalin, extr. gland. pituit.) iparkodunk magas fokon tartani.

Noha az eddig említettekkel — a mint alább látni fogjuk — a halálozás százalékát tetemesen csökkentette a szerző, még tovább óhajtott menni és fáradozása csakugyan sikeres volt. Tekintettel arra, hogy a cholera bacillusoknak bélantiseptissal való elpusztítása eddig — noha sok kísérlet történt ez irányban — nem járt számbavehető eredménnyel: a szerző a bélben levő toxinoknak hatásalan tevést vette célba. A permanganátokat használta, a melyeknek oxydatio útján való káros hatását a toxinokra állatkísérletek is igazolták. A permanganátok kétféleképpen adhatók. Egyfelől egyszerűen úgy, hogy a permanganátot eleinte kisebb, később nagyobb adagban vízben feloldjuk s ezt a vizet tetszés szerinti mennyiségben fogyasztja a beteg; igaz ugyan, hogy ennek az italnak rossz az íze, de a kínzó szomjúságban levő betegek mégis megisszák; eleinte $\frac{1}{2}$ —1 grain. adandó 1 pint vízbe, később 4—6 grain; mérgezéstől nem kell tartani, a szerzőnek volt olyan betege, a ki 1—2 nap alatt 50 graint elfogyasztott a legesekélyebb káros következmény nélkül; ital alakjában jobb a calcium permanganát, mert kevésbé adstringáló. Másfelől pilula alakjában adható a permanganát, még pedig legezészerűbben a kaliumpermanganát; 2 graint kevés kaolinnal és vaselinnel pilulává gyúrunk és keratinnal bevonjuk, hogy csak a bélben oldódjék; természetesen ügyelünk, nehogy régiék legyenek az ilyen pilulák, mert ez esetben nem oldódnának fel és nem fejthetnék ki hatásukat; ilyen pilulát az első 1—2 órában negyedóránként vesz be egyet a beteg, később pedig fél óránként, míg az ürülék zöld színű és kevésbé bőséges lesz, a mi körülbelül 12 óra múlva következik be; a második napon még 8 pilulát kap a beteg, és súlyos esetekben még a harmadik napon is ugyanennyit a visszaesés elkerülése végett.

A szerző eredményeit a különböző gyógyító eljárásokkal tanulságosan tünteti fel a következő táblázat:

Idő	Kezelésmód	Esetek száma	Halálesetek száma	%
1895—1905	Normális sóoldat rectális és subcutan befecskendezése	1243	783	59.0
1906	Normális sóoldat intravenás befecskendezése	112	57	51.9
1907	Normális sóoldat rectális és subcutan befecskendezése	158	94	59.5
1908—1909	Hypertoniás sóoldat intravenás befecskendezése	294	96	32.6
1909—1910	Hypertoniás sóoldat intravenás befecskendezése és permanganát	103	24	23.3

Idegkórtan.

Agydaganat eseteiben a craniektomia az egyedüli eljárás, a mely Babinski szerint, eltekintve a kénesőre javuló gummától, eredményt hozhat. Gyógyulást így ama ritkább esetekben lehet elérni, a melyekben a daganat helye pontosan megállapítható, a mikor a daganat jóindulatú, hozzáférhető és a kiirtás sem shockot, sem egyéb zavart nem okozhat. A daganat eltávo-

litása, ha lehetséges, szükséges, de veszedelmes műtét árán történik. Ellenben a craniektomia, a melynek csak „decompressiv” célja van, kevésbé veszedelmes. Vele megszűnhetnek a fejfájás, a hányás, az agyvelőbeli zavarok és elhárítható a vakság bekövetkezése, ha idején történik a beavatkozás. A halálos agydaganatban így tűrhetővé lesz az élet utolsó időszaka, az élet pedig több hónappal, egy évvel is meghosszabbítható. De van olyan daganat is, a mely fejlődésében megáll, de a fokozott agynyomás pangásos papillát okozott és a beteg megvakul. Ugyanez a lehetőség áll fenn a pseudotumorokra is. Mind a két esetben a decompressió craniektomia úgy az életben maradás, mint a vakság elkerülése szempontjából végtelenül fontos.

Hogy a decompressio áldásos lehessen, idején szükséges végbevinni. Pedig legtöbbször későn jut ez az orvos eszébe. A beteg eleinte fejnyomásról, gyengeségről panaszkodik, a mikor neurastheniának, hysteriának nézik. Aztán súlyosbodik az állapota és a körjelzés arteriosklerosis és dementia paralytica felé hajlik. Csak a mikor megvan a pangásos papilla, állítható fel a helyes diagnosis. Most kénesőt kap a beteg, a mire a nem lueses agydaganat is javul és műtétre csak akkor kerül a sor, a mikor a beteg már alig lát. A kéneső-kezelést meg kell próbálni; ha használ, folytatni kell, de ha nem használ, abbahagyjuk. A rachicentesisnek jó hatása lehet az agydaganatokra, a fejfájás elmúlik, a hányás megszűnik stb. *Babinski* kiemeli, hogy ez az eljárás korántsem oly veszedelmes, mint a minőnek tartják. Igaz, hogy utána egy pár beteg meghalt, de az ilyen beteget a nélkül is érheti halálos syncope, különösen, ha a nyúltvelő táján székel a daganat. Lehet, hogy csak véletlen találkozás a halál és a rachicentesis. *Babinski* a maga eseteiben ilyen bajt sohasem látott, talán azért, mert a lumbalpunctiót mindig a beteg fektében végezi és a cerebrospinalis folyadékot mindig lassan, félbeszakításokkal engedi ki és sohasem sokat egyszerre.

A craniektomiát nem kell végezni, ha más kisebb beavatkozással lehet javítani a helyzetet; de végezni kell, ha ezek nem visznek célhoz, mielőtt a helyre nem hozható roncsolás előáll. A kéneső- és jód-kúrát lehetőleg korán kell kezdeni, mielőtt még a pangásos papilla megjön. Ezért a körjelzést a neurestheniával szemben korán kell tisztába hozni. Ha most mégis megjön a pangásos papilla, már idején tisztában leszünk a kéneső és jód hatástalanságával és egy lépéssel tovább mehetünk. A pangásos papilla első tünetei hetekkel, hónapokkal előzik meg a látás romlását. Ekkor egy vagy több lumbalpunctiót kell végezni, mialatt esetleg még folytatni lehet a kénesőt vagy jodot. Ha ez elégtelen és újabb súlyos tünet támad, mint nagy fejfájás, hányás, öntudatzavar, itt az ideje a sebészeti beavatkozásnak. Ha a beteg látása már felére romlott és még nem használt kénesőt, kezdetünk kénesőt positiv Wassermann-reactio mellett, de csináljunk lumbalpunctiót is és legyünk résen, és ha még tovább is rosszabbodik a látás, a craniektomiával ne késlekedjünk, mert még a lueses neoplasma sem javul elég hamar kénesőre és a beteg még akkor is megvakul, ha később meggyógyul a syphilise. Ha a beteget akkor kapjuk észlelésre, mikor már alig lát, csináljunk rögtön craniektomiát, még mielőtt a kéneső-kezeléshez hozzáfogunk.

Ha megállapítható a daganat helye, hatoljunk be ott, a hol a daganat székel, hogy azt ki is vehessük. Ha nem állapíthatjuk meg a helyet, nyissuk meg a jobb temporalis régiót a jobbkezes emberen. Más helyen a műtétnek több kellemetlen következménye lehet. A dura mater bemetszése után ugyanis többnyire hernia cerebialis keletkezik, a mely a frontalis régióban mint difformitás kellemetlen, a központi tekervényeken hemiplegia lehet a következménye, az occipitalis régióban pedig hemianopsia. A kisagyvelőhernia kevesebb bajt okoz, de itt nehéz dolgozni. A temporális lebeny jól hozzáférhető és a m. temporalis védi a készített nyílást.

A craniektomiát és a daganat eltávolítását 2 részben szokták végezni több napi időközben. *Babinski* a decompressiv craniektomiára is 2 napot ajánl. Az első nap történjék a csontresectio. Ez ha elég szélesen van megcsinálva, sokszor már megszünteti a fájdalmat és az agyvelő-oedema tüneteit. Minthogy a koponyamegnyitás rossz oldalai kisebb fokúak, ha a dura mater nincs megnyitva, ez utóbbival várhatunk, feltéve, hogy a fájdalom és a többi tünet 10—15 nap alatt enyhül. Ha ez nem történik, akkor másodikban felvágjuk a durát. Ha agyvelőhernia fejlődik, ettől a baj-

tól el kell tekinteni, mert ennek köszönhető a nyomástünetek visszafejlődése. (Le bulletin med. 1910. április 20.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A typhusfekélyek áttöréséből származó hashártyalobról értekezik *Hermes*. Főleg amerikai szerzők statistikája szerint a fekélyek áttörése az összes esetek 4—5⁰/₀-ában teszi a hagymáz legsúlyosabb szövödményét; gyakrabban áll be férfiakon, mint nőkön, s a megbetegedés 10—66. napján következik be. Általában csak egy fekély fúródik át, az eseteknek csak 13⁰/₀-ában volt többszörös átfúródás konstatálható. Leggyakrabban az ileum alsó kacsainak fekélyei fúródnak át, jóval ritkábbak az áttörések a sigmabélen, a vakbélen s a féregnyúlványon. Az átfúródást követő hashártyalob műtéti beavatkozás nélkül rendszerint halálos, a belorvostani kezelésre gyógyuló esetek valószínűleg „pseudoperforatiók”. Nem ritka ugyanis az eset, hogy az átfúródás klasszikus klinikai képével lefolyt esetekben a műtéti biopsia vagy az autopsia azt mutatja ki, hogy a hashártya ép s a beleken folytonossághiány sehol sincs. A typhusfekélyek perforációja viszont nagyon gyakran álcázott. A szerző saját eseteivel mutatja be a tévedést okozható példákat. Legközönségesebben az vezetheti félre az orvost, ha a perforatio typhus ambulatorius esetén áll be. Ilyenkor — mivel leggyakrabban az alsó ileumkacsra vonatkozik a megbetegedés — heveny átfúródó féregnyúlványlobot kórjeleznek s legfeljebb a feltűnő kábultság, a „status typhosus” az, a mi a valódi baj lehetőségére figyelmeztet. Máskor lappangva, heves klinikai tünetek nélkül fúródik át egy fekély, ilyenkor gyakran serosa-összetapadások folytán eltokolt gennygöcczok keletkezhetnek, melyeknek tartalmában sokszor ki sem mutatható a typhusbacillus. Az egyedüli teendő a sürgős műtét, noha ezzel is csak 30⁰/₀-át mentjük meg a betegeknek, és semmi esetre sem szabad, hogy ettől visszatartson a „pseudoperforatio” lehetősége. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 38. szám.)

Makai.

A végbélzárázóizom túlságos tágításából származó veszélyekre hívja fel *Melchior* a figyelmet. Fissura ani esetén megszokott műtéti eljárás a sphincter ani rostjainak sugárirányban való átmetszése, vagy a végbélbe bevezetett, kampóalakúlag meggörbített két ujjal való tágítása, illetve egyes rostok elszakítása. Ezenkívül aranyeres csomók kiirtásakor is ez utóbbi a bevezető eljárás. A szerző Küttner breslauer klinikájának idevágó anyagát utánvizsgálván, arra a meggyőződésre jutott, hogy ez eljárások nem oly ártatlanok, mint azt általában hinnők. Az eseteknek nem is nagyon esekély részében ez eljárásoknak évekig kiterjedő, sőt általában maradandó incontinentia alvi a következménye, a betegek a folyékony székletet s a gázokat visszatartani nem bírják s így eredeti bajuknál sokkal kellemetlenebb következményeket kell — akár egész életükre — elviselniük. Minthogy azonban a sphincterorrhexis után egy héttel általában helyre szokott állni a continencia, az okokat kell keresni, a melyek a végbélzárázóizom maradandó sérülésére vezetnek. Ezek közt *Melchior* szerint első sorban a túlnagy erő alkalmazása szerepel. Súlyt fektet még a szerző arra is, hogy a műfogást csak mély narcosisban használjuk, a mikor a sphincter teljesen ellazult, mert ilyenkor aránylag kíméletes eljárással is célzt érünk. (Münchener med. Wochenschrift, 1910. 38. sz.)

Makai.

Gyermekorvostan.

Polyposis intestinalis a gyermekkorban. *P. Schneider* ritkább megbetegedésről számol be egy észlelt esete kapcsán. A polyposis intestinalis, szemben a gyakori végbélpolyposképződéssel, a gyermekkorban igen ritka megbetegedése, a vastagbéllet tömegesen ellepő és a gyermeknek súlyos secundaer anaemiában való elpusztulását eredményező folyamat. A secundaer anaemiát a folytonos kisebb-nagyobb fokú vérzés okozza, a melynek csillapítása lehetetlen, ellentétben a felnőttek polyposisával, hol az exitust rendszeren a kezdetben jóindulatú polypok malignussá válása okozza.

Az ő esetében a gyermeket többször operálták ily polypusok miatt hiába, mert azok újból és újból kinőttek és végeredményben is a gyermek secundaer anaemiában, oly jelek közt, mint a milyeneket uraemiában van alkalmunk észlelni, elpusztult.

A folyamat vége felé a vesék elválasztása elégtelenné vált, bár a vizelet kóros alkotórészeket sohasem tartalmazott. A haemoglobintartalma a vérnek, illetve a viscositása 60%-kal fogyott.

Az általános cachexia folytán oedemák képződtek. Az észlelés alatt a bélvár útján kiürített vér rendszeren kis mennyiségű volt.

A bántalomnak aetiologiája homályos; lehet, hogy chronikus colitis kapcsán a bélnyálkahártyának állandó izgalma folytán jön létre. (Archiv für Kinderheilkunde, 53. kötet. 4—6. füzet.)

Bókay Zoltán dr.

A szív részéről támadó szövödmények a gyermekek vörhenyében Nobécourt (Paris) szerint három módon jelentkeznek: 1. Szívbelhártya- és szívburokgyulladás, mely legvalószínűbben másodlagos fertőzés eredményének tekinthető. 2. Működésbeli zavarok a szívizomzat részéről, melyek tachycardiával járnak; súlyosabb esetekben a myocarditis acutát utánozhatják. Bonezolástaniilag azonban a szívizomzat ép, a zavarok inkább a vesetokra, a hypophysisre és idegrendszerzavarokra vezethetők vissza. 3. Vérkeringési zavarok, melyek leginkább veselobnak vagy a vérnyomásfokozódásnak következményei. A szív zavarainak ezen különfélesége szükségessé teszi a pontos körjelzést, mert hiányos vagy hibás észleletek ártó beavatkozásra adhatnak alkalmat. Olyan mérgezési tünetek jelenlétében, melyek a szívbelhártya vagy a szívburok gyulladásait és a szívizomzat zavarait kísérik, küzdenünk kell a fertőzés és a magas hőmérsék ellen. Az antistreptococcus-serummal és a colloid-fémekkel nagyon bizonytalan eredményeket lehet elérni, inkább ajánlja a hydrotherapiát; azonban óvatoságra int azon esetekben, midőn a szív van megtámadva, mivel a környéki erek összehúzódása maga után vonja a vérnek a központi szervek felé toldulását és collapsust idézhet elő. Szép eredményeket lehet elérni a szív tájékára tett jégtömlővel, mely egyrészt lázellenes hatású, másrészt növeli a szív energiáját. Ajánlatosak az indicatióknak megfelelőleg a kámfor-, strychnin- vagy spartein-injectiók. Ha a vérnyomás csökkent, kitűnő sikerre vezethet a mellékvese-therapia. Ezzel ellentétben, ha a vesékre vezethetők vissza a szívzavarok, a mellékvese-therapia ellenjavalt, mivel a vérnyomás már úgy is fokozott. Ilyenkor a veselob szokott kezelésmódja alkalmazandó: diaeta, a folyadék felvételének korlátozása, általános vagy lokális vérelvonás; ha a tünetek nem szűnnek rövid időn belül, digitalis. (La Clinique, 1910.)

Gara dr.

Húgyszervi betegségek.

A prostata-hypertrophia casuisticájáról ír Götzl. 334 saját esetére történt hivatkozással Rotschild-dal szemben azt vitatja, hogy a prostata-hypertrophia a legtöbb esetben nem gyulladásos betegség, hanem — miként azt már Casper, Runge, Wichmann s mások hangsúlyozták — rendszerint újképletnek minősíthető. A hypertrophia 50 évnél fiatalabb egyéneken gyakrabban fordul elő, mint azt eddig hitték; a szerző 334 esete közül 24-ben, tehát 7.2%-ban. Kellő életmód mellett a hypertrophia mindvégig megmarad az első stadiumban; ilyenkor a túltengéssel járó cystitis aránylag elég gyorsan gyógyul, ha nem sok a residuális vizelet és a hólyagfal még lehetőleg normális. Ellenkező esetben a prostata-hypertrophia még azután is sok bajt okoz, ha a vizeletlefolyás mechanikai akadályát, vagyis a túltengett prostatát ki is metszettük. Minthogy a hólyagkövek keletkezésének igen gyakori oka az, hogy a vizelet a hólyagban pang, a prostata-hypertrophia második stadiumában elég sokszor már köveket is találunk a hólyagban. Az olyan betegek, a kik súlyos gyomorbélitünetekről, nagy szomjúságról és gyakori vizelésingerről panaszkodnak, mindig gyanúsak arra, hogy náluk a prostata-hypertrophia harmadik szakza következett már be. A mióta a Freyer-féle műtét technikája olyan, hogy szükség esetén két részletben is végezhető, azóta az úgynevezett palliatív műtétekre mind ritkábban szorul a sebész. Mindannak ellenére azonban, hogy a prostatectomia technikája ma már a tökéletesség igen magas fokán áll, a legfontosabb therapiái tényező még mindig a katheter. A műtét javálva van: ha gyakori a teljes retentio, ha a prostata középlebenye olyan nagy, hogy a katheterezés már alig végezhető, vagy ha pöcsapolás ellenére súlyos panaszok állanak fenn (mind több a residuum, haematuria következik be, hólyagkövek keletkeznek, a melyek lithotryp-siára nem alkalmasak), vagy végül, ha a beteg ezen a nagy áron is hajlandó a kathetertől szabadulni. A prostata-hypertrophia har-

madik stadiumában csak akkor szabad operálni, ha sikerült a hólyagot teljesen kiüríteni. A műtét ellenjavatai a következők: súlyos belső és szervi bajok és elégtelen veseműködés.

A prostatectomia suprapubica hívei napról napra szaporodnak, főleg a mióta a Freyer-féle műtétet két részletben is lehet végezni. A perineális műtét ma már legfeljebb az olyan esetekre marad rezerválva, a mikor nagyon kicsiny, heges, avagy elgenyedt a prostata, vagy pedig a mikor gyanúnk van arra, hogy carcinomával van dolgunk. (Zeitschrift für Urologie, IV. kötet, 4. füzet.)

Drucker Viktor dr.

„Adatok a férfi-húgycső-kankó kórtanának ismeretéhez” czimű tanulmányában Rost két bonezolásra került és szövettanilag feldolgozott friss gonorrhoeás esetben szerzett tapasztalatait a következőkben ismerteti. Látszólagos klinikai gyógyulás mellett súlyos chronikus gyulladás tünetei állhatnak még fenn a subepitheliumos kötőszövetben, avagy még ez alatt is. Ilyen folyamatok keletkezésére a hátulsó húgycsőrészeket alkalmasabbak, mint az elülsők. Az ilyen gyulladás fő fészke rendszerint a húgycsőráncokban elhelyezett subepitheliumos kötőszövet, a melyebb rétegekben pedig a vérerek és idegek körül levő nyiroküregek. A hengerhám nem a húgycső felületén végig, hanem többnyire csak a legerősebben gyulladásos helyeken alakul át laphámmá. A lobos beszűrődések területén a rugalmas rostok elpusztulnak. A Littre-féle mirigyek különösen hajlamosak a gonorrhoeára: a kankós lob ilyenkor nemcsak ezek kivezető csöveit, de magukat az acinusokat is megtámadja és nagy a hajlandóság arra, hogy a gyulladás ezekben állandósuljon. A húgycső-epithel burjánzását nem tudta kimutatni, de a corpora cavernosa és a glans véreireiben az intima túltengését (endoarteritis) sikerült észlelnie. Az epithelben és a subepitheliumos kötőszövet mélyebb rétegeiben a gonococcusok gyakrabban voltak extra- mint intracelluláris elhelyezésben. A vér- és nyirokerekben egyáltalán nem sikerült gonococcust találnia. (Zeitschrift für Urologie, IV. kötet, 5. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Röntgenologia.

Miképpen befolyásolja a Röntgen-kezelés a méhvérvzésnek és myomának orvoslásmódját? Krönig eleinte kételkedéssel fogadta a röntgenologusok idevágó eredményeit, de később szerzett tapasztalatai alapján arra az eredményre jutott, hogy a méhvérvzés és myomák orvoslásának terén a Röntgen-kezelés mind nagyobb körben jogosult és ennek megfelelőleg a műtėti kezelés indicatiója szűkebb és szűkebb térre szorul. A szerző megfigyelései egy-két a climacterium idején anatómiai elváltozás nélkül jelentkező, orvosszerekkel nem befolyásolható erős méhvérvzésen kívül legnagyobb részét myomás vérzés eseteire vonatkoznak.

Három szempontból hasonlíthatjuk össze a műtétet a röntgenkezeléssel: a halandóság, a kezelés tartama és a kezelés utáni állapot szempontjából.

A halandóság a műtėti eljárás mellett 3-4%; ezzel szemben a Röntgen-kezelés mellett egyetlen egy haláleset sem volt, annak ellenére, hogy a Röntgen-kezelésre oly anaemiás és legyengült betegeket válogatott ki, a kik éppen e miatt a műtétet nem állották volna ki.

A kezelés tartama műtėti eljárás mellett, azon időt számítva, mely alatt a nő ismét munkabíróvá lesz, körülbelül 3—4 hét, esetleg a complicatiók miatt ennél több is. Röntgen-kezelés mellett a nőt nem szükséges elvonni rendes munkaköréből. Igaz, hogy a kezelés az ammenorrhoea eléréséig több hónapot igényel: ez az idő azonban a kezelési eljárás és a Röntgen-technika javulásával lényegesen meg fog rövidülni.

A mi a kezelés után a beteg állapotát illeti: myoma és uterus-vérzések miatt végzett teljes exstirpatio után később többször súlyos zavarok jelentkeznek (vasomotoros zavarok, túlhízás, szívtünetek, obstipatio). Röntgen-kezelés után ezen tünetek szintén jelentkezhetnek, mert hisz az ovariumok is a sugarak behatása alatt állanak, de a szerző tapasztalatai szerint ezen tünetek sohasem oly hevesek és intensívek, mint műtėti eljárás után. Ez abból magyarázható, hogy a petefészkek talán nem szenvednek a sugarak behatása alatt nagyobb fokú sérülést s a petefészkek belső elválasztása továbbra is megmarad. Sőt a szerző azt is tapasztalta, hogy az esetleg jelentkező kellemetlen tünetek később visszafejlődnek.

Mindezek alapján Krönig azt következteti, hogy a Röntgen-kezelés sok esetben helyettesíteni fogja a műtét eljárást, főleg nagyon kivérzett betegekben, vagy a kik myodegenerációban szenvednek vagy elhájásodtak. Ezen súlyosabb eseteket kivonván a műtét kezelése köréből, a műtét eljárásnak halálozási százaléka is lényegesen csökkenni fog. Krönig szerint erősebb egyéneknek a műtétet, gyengébb, beteges, kivérzett nőknek pedig inkább a Röntgen-kezelést javasolhatjuk. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 29. szám.)

Hruby Ede dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Hegonon elnevezéssel a Schering-gyár új ezüstfehérjekészítményt hozott forgalomba, a melylyel a többi között **Klingmüller** kieli tanár is kedvező eredményeket ért el a gonorrhoea gyógyításában. A hegnonon vízben nagyon könnyen oldódik alkalis kémhatással; az oldat nem alvasztja meg a fehérjét. Használható 1/4^o/o-os oldatban befecskendezésre vagy 1:6000—1:2000 higításban öblítésre. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 32. szám.)

Pertussis eseteiben kedvező eredménnyel használja **Schrohe** a forró (37-5 C hőfokú) fürdőt; naponként ad, legezésszerűbben este, egy fürdőt 10—15 perc tartammal. A hatását úgy magyarázza, hogy a bőr ereinek összehúzódott voltát a meleg fürdő megszüntetvén, a belső szervek, a többi között a tüdő- és a hörgőnyálkahártya hyperaemiája eloszlik; ezenkívül a bőrműködés javulása folytán a mérgek kiürülése a szervezetből a bőrön át fokozódik, nemkülönben a meleg fürdő megnyugtató hatása az idegrendszerre is. (Die Therapie der Gegenwart, 1910. 9. füzet.)

Pruritus ellen a következő összetételű kenőcsöt ajánlják: Rp. Stovaini 0.5; Phenacetini 2.0; Lanolini, Vaselinae aa. 10.0. M. f. unguentum. (Rif. med., 1910. 16. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1910. 9. füzet. **Juba Adolf**: Az iskolaorvosi intézmény Magyarországon. **Kolozs Mihály**: A tüdővész mai állása, tekintettel az újabb terapiára.

Gyógyászat, 1910. 40. szám. **Schächter Miksa**: A gyermekek sérveinek gyökeres kezeléséről. **Dobrovits Máttyás**: Tapasztalataim száz 606-tal kezelt eset nyomán. „Honvédorvos” melléklet, 6. szám. **Sztanovics László**: A hadi szolgálatban előforduló elmebajok és öngyilkosságok okairól.

Orvosok lapja, 1910. 40. szám. **Porosz Mór**: Sexuális neurasthenia.

Budapesti orvosi újság, 1910. 40. szám. **Fejér Gyula**: A szem sérüléseiről az ipari balesetek szempontjából. „Urologia” melléklet, 3. szám. **Remete Jenő**: A kömütről száz eset kapcsán. **Szörényi Tivadar**: Adatok a sexuális neurasthenia kórtanához. **Austereil László**: A heveny kankós húgycsőhurut gyógyításakor követett eljárásról.

Vegyes hírek.

Jubileum. **Pollák Ede** dr. dettai járásorvos 50 éves orvosi jubileuma alkalmából a dettai járás polgársága e hó 9.-én ünnepélyt rendez, a mely alkalommal a megye főispánja átadja az ünnepeltnek a Ferencz József-lovagrendet. Az ünnepélyvel kapcsolatban a délmagyarországi természettudományi társulat orvos-gyógyszerészeti szakosztálya, valamint az országos orvos-szövetség temesvári fiókja díszgyűlést tart.

Kinevezés. **Katona József** dr.-t, Borsodmegye főorvosát az országos közegészségügyi tanács tagjává, **Vámosy Zoltán** dr. budapesti egyetemi rendkívüli tanárt a tisztiorvosi vizsgák budapesti bizottságába a gyógyszerészméregtan vizsgálójává, **Epstein László** dr.-t, a nagyszabeni állami elmegyógyintézet igazgatóját a budapest-angyalföldi állami elmegyógyintézet igazgatójává, **Schönberger Gusztáv** dr.-t Sopron város főorvosává, **Poszvek Lajos** dr. soproni orvost és **Klein József** dr. temeskubini járásorvost tiszteletbeli főorvossá, **Pokorny Róbert** dr.-t Sopronban kerületi orvossá, **Dinda Oszkár** dr. nagymartoni körorvost tiszteletbeli járásorvossá, **Szász Béla** dr.-t székesfővárosi jobbparti kórházakhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. **Kossow-Gerronay E.** dr.-t a soproni kórház főorvosává, **Füredi Sándor** dr.-t ugyanezen kórház másodorvosává, **Kollárs Ferencz** dr.-t a belatincei kör orvosává választották.

Meghalt. **Hartmann Samu** dr., Sárosmegye tiszteletbeli főorvosa 61 éves korában Eperjesen. — **Steinberger Izidor** dr. székesfővárosi gyakorlóorvos 51 éves korában. — **Raymond**, a nagyhirű ideggyógyorvos, Chareot utódja a Salpêtrière-en és a párisi orvosi fakultás ideggyógytani tanszékén, szeptember 28.-án 66 éves korában. — **E. Leyden**, a híres berlini klinikus, október 4.-én 78 éves korában. Leyden 1832-ben szüle-

tett Danzigban; egyetemi tanulmányait Berlinben végezte. 1862-ben Traube assistense lett a berlini belorvostani klinikán. 1865-ben a königsbergi egyetemre hívták meg, 1872-ben Strassburgba s 1876-ban mint Traube utódja Berlinbe került. Két év előtt arteriosclerosis miatt nyugdalomba vonult. Legfontosabb dolgozatai a gerincvelő betegségeire vonatkoznak; legjelentékenyebb műve: Klinik der Rückenmarkskrankheiten, Berlin 1874—76, 2 kötet. 1879-ben Frerichs-szel együtt megalapította az „Archiv für klinische Medizin” című folyóiratot. — **R. Chrobak**, a gynaekologia volt tanára a bécsi egyetemen, 71 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. **F. Isemer** dr. Halleben a tanári címet kapta; egyúttal megbízták a Schwartz halálával elárvult fülorvostani klinika ideiglenes vezetésével. — Az V. nemzetközi nőorvostani kongressust Szt.-Pétervárott szeptember 27.-én rekesztették be. A legközelebbi kongresszus 1912 őszén Berlinben lesz. — A würzburgi egyetem kórbonecolástani tanszékére **K. Helly** dr.-t, a prágai német egyetem magántanárát nevezték ki. — Rendes tanárok lettek: **V. A. Levasev** (közegészségtan, Szt.-Pétervár), **A. Zeri** (orvosi semiotica, Róma), **L. Edsall** (belorvostan, University of Pennsylvania, Philadelphia), **J. C. Simpson** (szövettan, Montreal), **G. Dock**, **J. Erlanger**, **E. L. Opie**, **J. Howland** (belorvostan, élettan, kórbonecolástan, gyermekorvostan, Washington University, St.-Louis).

Lapunk mai számához **Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtárának** prospektusa van mellékelve.

Hydropyryn vízben oldható acetylsalicylsós 96 1/4% acetylsalicylsav tartalommal. Antipyreticum, antirhenmaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrázatokban és vizes oldatokban adható. Porokban és tablettákban kerül forgalomba.

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

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közelében szomszédságában.)

Diaetás, diagnostikus, physikotherapiás sanatorium.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy módok.

Consecutív neuralgiák, sebészeti utóbetegségek és izzadásmányok esetében. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos **Dr. VÁNDOR DEZSŐ**. vulcanikus radioactív iszap

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VIII., Gyöngygyűt-utca. 14. sz. alatt (a Rókus-kórház közelében) van.

Tamássy Park-sanatoriuma DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézeti orvos: **Somosi Lajos** dr. Alkohol, morphiüm, nicotinelvonás.

Ujtátrafüred Sanatorium

Legszívesebben betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós** dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: **Dr. MÁTRAJ GÁBOR** v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Siemens és Halske R.-T. Röntgen- és elektro-medikai berendezések Budapest, V., Lipót-körút 5. szám.

Epileptikus betegek intézete **BALF** gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál **Wosinski István** dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Széchenyi-telepi sanatorium az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál. Igazgató-főorvos **Schnier György** dr. Felvétetnek ideg- és kedélybeteg, neurastheniás, hysteriás, kimerülési esetek, alkoholisták, morphinisták. — Sürgöny: Budapest. — Posta: Budapest, Széchenyi-telep. — Telefon 79—72. — Prospektus. 6318

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26, földsz. I. Telefon 112—95.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK

fürdőkhöz.

„LÁPSÓ” száraz kivonat ládákban á 1 kiló

LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben á 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1910. május 4.-én.) 740. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1910 május 4.-én.)

Elnök: Juba Adolf. Jegyző: Körmöczy Emil.

Idült gastrosuccorrhoea két esete.

Ángyán Béla: Gastrosuccorrhoea elnevezés alatt Reichmann óta a gyomor olyan működés-zavarát értjük, melyben a gyomor nemcsak az emésztés ideje alatt, hanem teljesen üres állapotában is folytonosan hatékony gyomornedvet választ el.

Ezen secretorius zavar kétféle alakban jelentkezik: 1. hevenyen, rohamszerűleg, a mikor a többször súlyos dyspepsiás tünetek egy vagy néhány nap alatt lezajlanak s teljes jólétnek engednek helyet, és 2. idültén, a midőn a dyspepsiás tünetek éveken át állandósulnak.

Ez utóbbi alakhoz tartozik a bemutatandó két eset.

1. B. M., 45 éves varrónő, állítólag már 6 éves kora óta bajlódik gyomrával. Hat hét óta állandóan göresös fájdalmai vannak, szája mindig savanyú, gyakran van savanyú felbőgése, minden nap, némelykor többször is hány. Erősen legyengült s e miatt f. é. április 28.-án osztályomra vettette fel magát.

A kisebb termetű, nagy fokban lesoványodott beteg bőre púráz, halavány, turgora erősen csökkent. Az egész has feltűnően étyhűdt. Az epigastrium alsó határán a köldök alá terjedőleg alénk peristalticás mozgás látható. A kis görbület a proc. xiphoid. alatt 3, a pylorus a bordaív alatt 2, a nagy görbület a köldökrlatt harántujjnyira fekszik. A köldök alatt a bélsárral telt haránt semese tapintható. A beteg 3 hét óta minden nap hány és pedig az étkezés után néha 2 óra, néha fél nap múlva. Makacs szorulása van, 4 nap óta nem volt széke. A jobb bordaív alatt az igen mozgékony jobb vese tapintható.

Tiszta tej-diaeta és fekvés mellett hányása 2 nap alatt megszűnik.

Április 30.-án próbareggelit vesz: $\frac{3}{4}$ óra múlva a gyomorból 90 cm³ jól emésztett, zsemlerészleteket tartalmazó folyadék ürített ki, melyben sok lenyelt nyálka látható. Szabad sósav-tartalma 50, összaciditása 65. Délben próbaebéd: 7 óra múlva 450 cm³, kevés húst és több emésztetlen rizst tartalmazó folyadék emeltetett ki, melyben a szabad sósav 80, az összaciditás 105.

A testsúly 38.2 kgm.

Május 1.-én este 10 órakor a gyomor többszöri átmosással teljesen kiürítették. Az éj folyamán semmit, még vizet sem vizs a gyomorba. 2.-án reggel a gyomorban 70 cm³ tiszta gyomornedv találtatott, melyben a szabad sósavtartalom 40, az összaciditás 50.

Május 3.-án reggel, a nélkül hogy előző nap este a gyomor kimosott volna, a gyomorból 150 cm³ tiszta, epétől kissé zöldes színű, semmi ételt sem tartalmazó gyomornedv emeltetett ki, mely a szabad sósav reakcióját élénken adja. A vér-reactio negativ.

Május 4.-én reggel 200 cm³ tiszta, sok lenyelt nyálkát tartalmazó activ gyomornedv emeltetett ki.

Az előadottakból kitűnik, hogy gastroptosis, csekély fokú gastrectasia, gastrosuccorrhoea és ren mobilis dexter van jelen.

Gyógykezelés: fektetés; tejből, lágy tojásból és sült húsból álló étrend; reggelenként 1⁰/₀₀ argentum nitricum-oldattal gyomormosás és naponta a szükség szerint 1—2-szer belladonna cum natrio bicarbonico.

2. M. J., 56 éves, nős béresgazda. Felvételét április 2.-án.

A magas termetű, lesoványodott beteg bőre és látható nyálkahártyái kissé halaványak.

A has lapos, bőre vékony redőbe emelhető. Az epigastrium-ban és mesogastrium-ban élénk peristalticás mozgások; e tájon a hasfalak rázásakor erős loecsanás. A kis görbület a proc. xiphoides alatt 2 ujjnyira, a pylorus közvetlen a bordaív alatt, a nagy görbület a köldök alatt 3 harántujjnyira látható. A gyomor pylorus-része erős peristalticás nyugtalanság mellett a bordaív alá 2 harántujjnyira leszáll.

A belek összehúzódva, a vastagbél alsó részében kevés bélsár. Állandó szorulás, hashajtókra kevés székürülés.

Felvétel napján este 1500 cm³, sok ételmaradékot s nevezetesen emésztetlen állapotban lévő rizst és az előtte való nap evett szilva héját tartalmazó, csokoládésínű folyadékot hányt, melynek üledékében kevés húsrészleten kívül sok amyllum és zsircseppek; sok erjesztő baktérium és sarcina. Szabad sósav-tartalom 72, összaciditás 95, vér-reactio positiv, tejsav-reactio negativ.

Április 3.-án próbaebéd. 9 óra múlva a gyomorból 1250 cm³, kevés ételmaradékot tartalmazó, barnás folyadék ürített ki, melynek szabad sósavtartalma 80, összaciditása 115 volt, a vér-reactio élénken positiv, a tejsav-reactio negativ.

A próbaebéd kiürítése után a gyomor többször átmosott s a beteg másnap reggelig sem ételt, sem italt nem vett magához.

Április 4.-én reggel 9 órakor (teljesen éhgyomor mellett) a gyomorban 200 cm³ sötétbarnás folyadék találtatott, melyben semmi ételmaradék sincs.

Szabad sósav 45, összaciditás 75, vér-reactio erősen positiv, tisztán tejdiaeta.

Április 5.-én szintén tisztán tejdiaeta. Az éj folyamán 1500 cm³, anylumszemecskéket és zsirt tartalmazó, erős szabad sósav- és vér-reactiót mutató folyadékot hányt, miután egész nap élénk peristalticás nyugtalanság mellett állandó gyomorfájdalmak kínozták.

A gyomron át való táplálást beszüntetjük; a beteg 3-szor naponta tápláló klysmát s ugyancsak 3-szor naponta sósvízbeöntést kap. Mindennek dacára fájdalmai éjjel és nappal is jelentkeznek peristalticás nyugtalanság kíséretében, de belladonna és natrium bicarbonicum adagolásával csökkenthetők s hányás nem következik be.

Április 10.-én, miután 5 napon át a gyomorba sem táplálék, sem folyadék nem vitetett be, reggel a gyomorban 200 cm³ folyadék találtatott, mely most már víztiszta, világos színű. Szabad sósav-tartalma 50, összaciditása 65, a vér-reactio negativ.

A beteg gyomra a mai naptól kezdve minden reggel 1⁰/₀₀ argentum nitricum-oldattal kimosatik. Naponta két belladonna-por. Tisztán tejtáplálás a gyomron át. Miután a gyomor peristaltikás nyugtalansága már az első nap megszűnt s fájdalmak sem nappal, sem éjjel nem mutatkoznak, 11.-én a tejen kívül 2 lágy tojást, majd 12.-én 3 és 13.-án 4 tojást kap, a tej napi adagját fokozatosan 1.5 literre emelve. Április 14.-én a beteg délben sült húst, 16.-án délben és este tejes ételt, 17.-én és 18.-án este sonkát is kap.

Miután fájdalmak nincsenek, a belladonna is elhagyatott.

Április 25.-étől délben gyúrt tészta fogyasztása semmi fájdalmat sem okoz. Ezentúl a beteg piritott zsemle helyett kenyeret is kap.

A gyomor lassanként visszanyeri rendes helyzetét és nagyságát; a peristaltikás nyugtalanság teljesen megszűnt; április 15.-étől mindennap székürülés magától.

Reggel éhgyomorra szondával eszközölt vizsgálatkor április 27.-éig mindig 70—160 cm³ tiszta activ gyomornedv találtatott a gyomorban. Április 28.-ától 30.-áig 40—60 cm³, május 1.-étől pedig egyáltalán semmi gyomornedv sem volt található.

A beteg testsúlya, mely a felvétel napján 52.61 kgm. volt, a mai napon, május 4.-én 57 kgm.

A kórtörténet kimutatja, hogy gastroptosis, közepfokú gastrectasia, gastrosuccorrhoea és kisebb fokú vérzés állott fenn. A gastrosuccorrhoea diagnosisa nem nehéz, ha a bizonyító tünetet keressük. A Reichmann által adott kórkép felhívja ugyan a figyelmet ezen elválasztási rendellenességre, de magában véve nem bizonyító. Az emésztés tetőfokán, valamint az éj folyamán jelentkező gyomorfájdalmak, a fokozott szomjúság és éhségérzet, a kifogástalan húsemésztés és az amyllum hiányos emésztése, a bő folyadékhiány együttesen az állandó gyomornedv-elválasztás gondolatát ébresztik ugyan, de a direct bizonyítást csak a bő mennyiségű activ gyomornedv szolgáltatja, melyet a táplálékmentes gyomorból emelünk ki.

Mindkét esetünkben ez a criterium megvan.

Mindkét esetünkben gastropstosis és bizonyos fokú gastrektasia áll fenn.

A gastropstosis lehet önálló vagy a gastrektasia által feltételezett.

Első esetünkben a gastropstosis önálló bántalomnak tekintendő, mert vándorvесе is van s a Stiller-féle stigma enteroptoticum: a costa fluctuans decima megállapítható. Második esetünkben a gastropstosis kétségtelenül a gastrektasia következménye.

Sokkal nehezebb azon kérdés megállapítása, hogy esetünkben a gastrektasia és a folytonos gyomornedvelválasztás között van-e összefüggés. Kétségtelen, hogy a gastrosuccorhoea idült alakja gastrektasiát hozhat létre. Magyarán az a gyomornedv állandó jelenlétéből, melynek hyperchlorhydriás jellegét a táplálékfelvétel csak fokozza és felfüggeszti az amylolyst. Az amyloceák tehát hosszabb időn át maradnak a gyomorban, ehhez járul a hyperacid gyomortartalom által kiváltott pylorus-görcs úgy az emésztés ideje alatt, mint a gyomor éhes állapotában is, mely a gyomortartalom kiürülését akadályozza. Az így keletkező pangás és az ennek folyamán fejlődő savanyú erjedés bizonyos mértékig kitágítja a gyomrot. Ha a pangás a gyomorban hosszú ideig áll fenn, a gyomorizomzat fokozatos kimerülése mellett végül nagyfokú atoniás ektasia áll elő.

Mindkét esetünkben a gastrektasia mérsékelt fokú, a gyomor atoniája még nincs meg. Második esetünkben a rendszeres gyomormosásokra elég gyorsan és teljesen visszafejlődött. Első esetünkben még fennáll.

Sokkal nehezebb és sokszor lehetetlen a kérdés eldöntése olyan esetekben, a melyekben a gastrosuccorhoea pylorus-stenosison alapuló gyomortágulattal jár. A bántalom könnyen megállapítható, ha a beteg betegsége kezdetétől áll észlelésünk alatt. Mert a folytonos hyperchlorhydriás gyomornedvelválasztás könnyen vezethet gyomorfekélyre s hegesedés útján stenosisra. De viszont találkozunk esetekkel, melyekben a fekélyes alapon fejlődő pylorus-szűkület az elsődleges s a gastrosuccorhoea a másodlagos bántalom. Ilyen esetekben, ha már kifejezett stenosisos ektasiával kerülnek észlelésünk alá, a megkülönböztetést csak a gyomorfekély időbeli megjelenésének megállapítása szolgálhatja.

A therapiára részletesen ez alkalommal nem térek ki, csak az operatív beavatkozás indiciójára akarok röviden reámutatni. A gyomorsebészet mai fejlődési fokán olvashatunk az irodalomban esetekről, a melyekben gastroenterostomia végezett tisztán gastrosuccorhoea miatt. Nézetem szerint az operatív beavatkozás ott javalt, hol pylorus-stenosis vagy nagyfokú gyomortágulás van jelen. Egyes szerzők állítják, hogy a gastroenterostomia után több esetben a hypersecretiós jelenségek is megszűntek, de ebből még nem szabad következtetni, hogy maga a hypersecretiós folyamat is megszűnt.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A Poliklinikai Egyesület kórházában lemondás folytán megüresedett **alorvosi állásra**, melynek javadalmazása teljes ellátáson kívül az első évben 800, a második évben 1000 korona. A kellően felszerelt folyamodványok **1910. évi november hó 1-éig** az Egyesület igazgatóságához nyújtandók be. A megválasztás 2 évre szól.

4075/1910. kig. sz.

Udvarhelymegye homoródi járásához tartozó **Homoróddaróc** nagyközségben a **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodvényaikat hozzám **f. évi október hó 25-éig** adják be.

A községi orvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, halottkémleli és hűsvizsgálói díjak, 12 meter-ől tűzfűza haszonszállítva.

Megjegyzem, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján való új beosztás jóváhagyása után ezen községi orvosi állás megszűnik és Homoróddaróc csak azon esetben marad körorvosi székhelynek, ha a körbe osztott községek ebbe beleegyeznek.

Ok lánd, 1910. évi október hó 4-én.

2-1

Szabady Tivadar, főszolgabíró.

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdében az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi augusztus hó 31-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

4076/1910. kig. sz.

Udvarhelymegye homoródi járásához tartozó **homoródszentmártoni körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvos urakat, kik

ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodvényaikat hozzám **folyó évi október hó 25-éig** adják be.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, 300 korona úti átalány, 240 korona lakbér, halottkémleli és hűsvizsgálói díjak.

Megjegyzem, hogy ezen kör az újabb beosztás esetén 11 községből fog állani. Ok lánd, 1910. évi október hó 4-én.

2-1

Szabady Tivadar, főszolgabíró.

10.089. sz.

Lapujtő, Karancsberény, Karancsapátfalva, Karancsalja, Kishartyán, Sós-hartyán, Pálfalva, Andrásfalva, Baglyasalja, Zagyvaróna, Bárna, Pogony, Vecseklő, Medveshídegkut, Obást és Czereb községekből, Lapujtő székhellyel alakított községüzemgyári körben elhalálozás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1600 korona.

2. Lakbér 400 korona.

3. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. és 22. §-ai alapján a törvényhatóság által szabályrendeletileg megállapított fuvarátalány, rendelési, beteglátogatási és műtétért járó díjak.

Felhívom ennél fogva mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi október hó 15-éig** annál is inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkezők figyelmen kívül fognak hagyatni.

A választás határidejének kitűzése iránt több fogok intézkedni.

Salgótarján, 1910. évi október hó 1-én.

A főszolgabíró.

3338/1910. sz.

Az újonnan szervezett **Jászszentandrás községi** (Jász-Nagykún-Szolnok vármegye jászsági alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van ministeri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémleli díjak szedhetők.

A községben gyógyszerár nincs, azonban kézi gyógyszerárt kezelhet.

Pályázati határidőül a **folyó évi november hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeshetők.

Jászapáti, 1910. évi szeptember hó 29-én.

2-1

Cseh János, főszolgabíró.

3337/1910. sz.

Lemondás folytán megüresedett **Tiszaszék községi** (Jász-Nagykún-Szolnok vármegye jászsági alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van ministeri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémleli díjak szedhetők.

A községben gyógyszerár van, nagy kiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül a **folyó évi november hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeshetők.

Jászapáti, 1910. évi szeptember hó 30-án.

2-1

Cseh János, főszolgabíró.

3339/1910. sz.

Lemondás folytán megüresedett **Kötelek községi** (Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van ministeri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémleli díjak szedhetők.

A községben gyógyszerár van, nagy kiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül a **folyó évi november hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz betérjeshetők.

Jászapáti, 1910. évi november hó 30-án.

2-1

Cseh János, főszolgabíró.

6303/1910. sz.

Leköszönés folytán üresedésbe jött **ernestházi községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi október hó 20-áig** nyújtsák be, mert a később beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A községi orvos törzsfizetése 1600 korona a kir. adóhivatalból, 500 korona lakbér a községi pénztárból, a törvényben és szabályrendeletben előírt beteglátogatási, halottkémleli és hűsvizsgálói díjak.

A választás határidőjéig később fogom kitűzni.

Nagybecskerek, 1910. évi október hó 3-án.

Lovicsér Imre, főszolgabíró.

6303/1910. sz.

Az üresedésbe jött Nagytörök-Kistorák községekből álló **körorvosi állásra** Nagytörök székhellyel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **folyó évi október hó 20-áig** nyújtsák be, mert a később beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A körorvos törzsfizetése 1600 korona 200-200 korona korpótlékkal, a törvényben és szabályrendeletben előírt beteglátogatási, halottkémleli és hűsvizsgálói díjak, továbbá a most rendezés alatt álló lakbér és fuvardíjátalányból.

A választás határidőjéig később fogom kitűzni.

Nagybecskerek, 1910. évi október hó 3-án.

Lovicsér Imre, főszolgabíró.

3284/1910. sz.

A Rudna község mint székhellyel bíró, évi 1600 korona készpénzfizetés, jóváhagyás alatt álló szabályrendeletben megállapítandó lakbér- és szabályrendelet-szerű látogatási díjakkal javadalmazott — Rudna (1622 lélek és nagy uradalom), Maczedonia (1082 lélek és nagy uradalom) és Gyűlvész (1435 lélek) községekre kiterjedő — **körorvosi állás**, valamint a Győr község mint székhellyel bíró, évi 1600 korona készpénzfizetés, törvényhatósági szabályrendelettel megállapítandó lak-

bér megállapításáig is már Gyér és Tógyér község által megszavazott 250 korona lakbér és szabályrendelet szerű látogatási díjakkal javadalmazott; Gyér (1201 lélek és nagy uradalmak), Tógyér (1079 lélek és uradalom), Gaád (1127 lélek és uradalom), Fodorháza (202 lélek) és Dolác (1237 lélek és uradalom) községekre kiterjedő **körorvosi állás** választás útján betöltendő lévén, felhívom mindazokat, kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1910. évi november hó 5.-éig** a módosi főszolgabíró hivatalához benyújtsák.

Módos, 1910. évi október hó 2.-án.

Steinbach Antal, főszolgabíró.

Alulírott vállalati betegsegélyező pénztárak Zernesten, vasúti állomással, körülbelül 4000 lakossal, népes környékkel, 1910. évi november hó 1.-én, legkésőbb azonban 1911. évi január hó 1.-én történendő belépésre **orvost** keresnek, ki már gyakorlatiattal rendelkezik. A magyar és német nyelvek ismerete megkívánatik; fix fizetés 3600 korona, szabad lakás, fűtés és világítás. Magánygyakorlat meg van engedve. Ajánlatok az alulírott betegpénztárak egyikéhez Zernestre (Brassó mellett) intézendők.

A Brassói Cellulosegyár r.-t. vállalati betegsegélyező pénztára.

3-2 Copony Márton papírgyárának vállalati betegsegélyező pénztára.

4115/1910. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó, Körmöczbánya székhelyvel rendszeresített 12 községből álló körmöczbányavidéki közegészségügyi körben a **körorvosi állásnak** betölthetése céljából pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdődő évi törzsfizetés 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő nyugdíjba is beszámítandó ötdéves korpótlék.

Himlőoltási díj és megbízás esetén ker. munkásbiztosítópénztári tiszteletdíj.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó lakáspénz és a hivatkozott törvény 21. és 22. §-ai alapján ugyancsak a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó úti átalány és rendelési díj.

A körorvos köteles a körbeli vagyontalan betegeket és trachomásokat díjtalanul, a többieket egyelőre az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezelni és köre községeit további intézkedésig kéthetenként egyszer beutazni.

A körbeli trachomásosok sikeres gyógykezeléseért minden működési év végén trachoma-jutalom kérhető.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében a gyógykezelésében kellő jártassággal bír.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való utalással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság németül és tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1910. október 25. napjáig** nyújtsák be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást a kör székhelyén, Körmöczbánya városban a körjegyzői irodában folyó évi október hó 27. napján d. e. 9 órakor fogom megtartani és a megválasztandó állását lehetőleg azonnal elfoglalni tartozik.

Garamszentkereszt, 1910. évi szeptember hó 24.-én.

2-2

Finka Sándor, főszolgabíró.

4162/1910. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Jánosgyarmat község székhelyvel rendszeresített hét községből álló jánosgyarmati közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásnak** betölthetése céljából pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdődő törzsfizetés évi 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő nyugdíjba is beszámítandó ötdéves korpótlék. Halottkémlési és himlőoltási díj. Megbízás esetén ker. munkásbiztosítópénztári tiszteletdíj és kézigyógyszertártartathatási jogosultság.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegyei törvényhatóság által megállapítandó lakáspénz és a 21. és 22. §-ai alapján ugyanaz által szabályrendeletileg megállapítandó úti átalány, látogatási és rendelési díj.

A körorvos köteles a körbeli vagyontalan betegeket díjtalanul, a többieket egyelőre az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezelni, köre községeit további intézkedésig kéthetenként egyszer beutazni, a trachomásokat kezelni és Jánosgyarmat meg Garamkürtös községekben hetenként kétszer trachomarendelést tartani; mihez képest a trachomakurzust végzett pályázók előnyben részesülnek.

A körbeli trachomásosok gyógykezeléseért és az előző pontban érintett trachomarendelésekért a belügyministeri tárczából 850 korona kezelési és úti átalány szokott engedélyeztetni.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság németül és tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi november hó 2. napjáig** annál inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogok.

A választást Jánosgyarmat községben a körjegyzői irodában folyó évi november hó 5.-én d. e. 9 órakor fogom megtartani.

Garamszentkereszt, 1910. évi szeptember hó 27.-én.

2-2

Finka Sándor, főszolgabíró.

4161/1910. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Geletnek székhelyvel rendszeresített 15 községből álló geletneki közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásnak** betölthetése céljából pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása:

Kezdő törzsfizetés évi 1600 korona és négyszeri egyenként 200 koronát tevő nyugdíjba is beszámítandó korpótlék.

Halottkémlési és himlőoltási díj. Megbízás esetén ker. munkásbiztosítópénztári tiszteletdíj és kézigyógyszertártartathatási jogosultság.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapítandó lakáspénz és ezen törvény 21. és 22. §-ai alapján ugyancsak a vármegyei törvényhatósági bizottság által szabályrendeletileg megállapítandó úti átalány, látogatási és rendelési díj.

A körorvos köteles a körbeli trachomásokat és a vagyontalan betegeket díjtalanul, a többieket az egyezségileg megállapítandó díjakért gyógykezelni és köre községeit további rendelkezésig kéthetenként egyszer beutazni.

A körbeli trachomásosok sikeres gyógykezeléseért minden működési év végén trachoma-jutalom kérhető.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében és gyógykezelésében kellő jártassággal bír.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a körorvosi körben a lakosság túlnyomó része tótul beszél.

Felhívom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1910. évi október hó 31. napjáig** annál inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A választást Geletnek községben a körjegyzői irodában folyó évi november hó 4.-én délelőtt 9 órakor fogom megtartani.

Garamszentkereszt, 1910. évi szeptember hó 27.-én.

2-2

Finka Sándor, főszolgabíró.

3143/1910. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett **jászalsószentgyörgyi körorvosi állás**ra ezennel pályázatot nyitok.

A kör székhelye Jászalsószentgyörgy, melyhez még jó műúttal összekötött két község: Jánoshida és Alattyán tartozik.

Orvosi javadalom évi 1600 korona és 500 korona lakbér s az orvosi teendőkért szabályrendeletileg megállapított díjak.

Tartozik a megválasztott körorvos a kör székhelyén a halottkémlést a szabályrendeletileg megállapított díjért végezni.

A kör két községét tartozik a körorvos hetenként egyszer megállapított napon a községek által kiszolgáló fuvaron meglátogatni s többi napokon is, ha erre felkértek.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hivatalomhoz **október hó 15.-éig** bezárólag szíveskedjenek betérjeszteni, mert később érkező kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Jászapati, 1910. évi szeptember 19.-én.

2-2

Cseh János, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes ízű.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy hűgysavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST

Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

HALÁSZ P. JÁNOS

Telefon 83-28.

ORVOSI MŰSZERÉSZ

Telefon 83-28.

BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

BAKTERIUM MENTES

TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ

Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám.

ÜDÍT-GYÓGYÍT. Kapható mindenütt. Telefon 86-35.

„Neurolin Balla“

(Syr. hypophosph.-polybromat.)

a legmegbízhatóbb idegcsillapító és zsongító gyógyszer.

Klinikailag kipróbálva, jóízű; minden mellék- és utóhatásuktól teljesen mentes.

Főbb javalatok:

álmatlanság, hysteria, neurasthenia, hypochondria, melancholia, anaemia, chlorosis, rachitis.

Rendelés: Rp. Neurolin Balla lag. orig. — Adagja: Naponta 3-szor egy evőkanállal kevés vízben vagy szódavízben, étkezés közben.

Ára egy üvegnek 3 korona.

Kórházi csomagolás 2 korona.

Kapható minden gyógyszerárban.

Egyedüli
készítő:

BALLA SÁNDOR „Hunnia“ gyógyszerháza BUDAPEST, VII., Erzsébet-körút 56.

„BAYER“

CONTRATUSSIN

„BAYER“

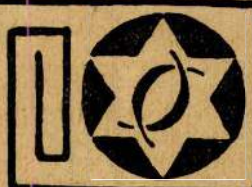
== szármárhurut, rekedtség, gégefő- és bronchial-catarrhus ellen. ==

Pastilla alakban is kapható.

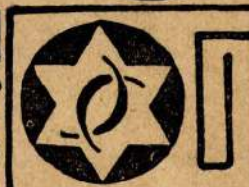
1 palaczk 1.40 kor. és 2 korona.

„Vörös-kereszt gyógyszerár“ Budapest, VI. ker., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható. — Orvos uraknak kívánatra próbaküldeményt kíséreltetésre díjmentesen.



**CHEMISCHE FABRIK
DR. R. SCHEUBLE UND
DR. A. HOCHSTETTER**



IN TRIBUSWINKEL BEI BADEN, NIEDER-OESTERR.

**A jodoform
legújabb
legkitünőbb
pótszere**

NOVOJODIN

lényegében a **jod** és **formaldehyd** condensatiós terméke, tartalmaz **32% könnyen leválasztható jodot**. Alkalmazható hintőpor, gaze, suspensio, valamint pálczikák, suppositoriák és globuli alakjában. — Klinikailag többszörösen bevált sebantisepticum mindennemű genyes folyamatoknál, égési sebeknél, luetikus és venerikus dagánatoknál, gümös sipolyoknál, gonorrhoeánál, endometritisnél.

Forgalomba kerül poralakban a receptura részére és 10 és 25 gm.-os hintő-dobozokban, valamint 20 és 33%-os gaze alakjában.

**Ingermentes,
szagtalan,
olcsóbb a
jodoformnál**

Salimenthol

Legjobban bevált salicylkészítmény,
antirheumaticum, antineuralgicum,
béldeinficiens.

Samol

15%-os Salimenthol-kenőcs tubusok-
ban. Kitünő antirheumaticum és anti-
neuralgicum.

Kurin

Mellékhatásuktól mentes
hashajtószer tablettákban.
Szedése kellemes.

Irodalom és minták az orvos uraknak díjmentesen.

RÉPÁTIVIZ

Biztos sikerű gyógyszer mindennemű hurutos bántalmaknál, felette kellemes üdítő gyógyvíz! Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli r.-t.-nál, Budapest, Telefon 162-84. 9136

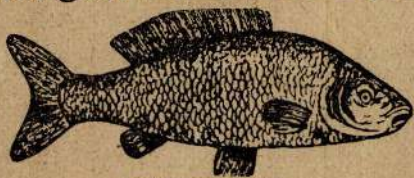


TEPLICZI VÁROSFORRÁS
KITÜNŐ ÁSVÁNYVIZ
ORVOSILAG LEGJOBBAN AJÁNLVÁ



Dunai és
tengeri

HALAKAT,



valamint **Humar,**
Langusztá,
Scampi stb. szállít

WEINBERGER VILMOS,

Budapest, V., Halcsarnok,
Deák Ferencz-tér.

TELEFON 91-85.

Erőt és Étvágyat
ad
Vial tonicus Bora

Hus, **mész-lactophosphatból** *chinahéj,*
előállítva.
L. & H. VIAL & UHLMANN, FRANKFURT A. M.

DIGESTOL GLÜCK

a legtökéletesebb emésztőpor!

Elősegíti az emésztést (natrium-carbonat, magn.-carbonat, natrium-sulphat, kis mennyiségű phenolphtalein, cetrarin stb.), fokozza a bélmozgást és cetrarin tartalmánál fogva étvágyjavítólag hat. Javalva: a gyomor és bél legkülönbözőbb bántalmainál, nehéz emésztés esetében, bélrenyheségnél, erjedési savak képződésénél, étvágytalanságnál stb. Adagja étkezés után egy késhegynyi, egész egy kávéskanálig.

Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

GLÜCK REZSŐ gyógyszerészeti
laboratoriuma
„Szent Péter” gyógyszerház.

Budapest, VIII., Rákóczi-tér 2. sz.

Belügyminister által engedélyezett különlegesség 10,357/1909.

Radanovits Testvérek „China-Vasbora”



Magyar borkészítmény.

Kiváló specificum vérszegénységnél, kitűnő vérszaporító, idegerősítő neurasthenia és hysteriánál, angol- és görvélykóros gyermekeknek.

Ára: Próbaüveg K 1.30. 1/2 literes üveg K 2.60. 1/1 literes üveg K 4.80.

Radanovits Testvérek
„VINUM COLAE compositum”

„A Vinum Colae compositum a leghatásosabb izgató, gyomorerősítő és idegerősítő szere a gyógyászatnak, a leghatalmasabb zsongító, melyet a mai napig ismerünk.” 8116

Ára: Próbaüveg K 1.80. 1/2 literes üveg K 4.60. 1/1 literes üveg K 7.50.

Főraktár:

RADANOVITS TESTVÉREK

gyógyszerészek.

Budapest, I. ker., Krisztina-tér 9. szám.

Kapható minden gyógyszertárban.

LIQUOR HYPNOBROMID comp. GLÜCK

tartalmazza az idegrendszerre csillapítólag ható legmegbízhatóbb szereket (paraldehyd, bromidok, opium-alkaloidok stb.). Kitiűnő altatószer és javálva van az idegrendszer izgalmi jelenségekkel összekötött bántalmainál. Egy nagy üveg ára 5 korona. Kórházi csomagolás (orvos által expeditio simplex rendelendő) ára 2 korona. Irodalommal és mintával készséggel szolgál:

Glück Rezső gyógyszerészeti laboratoriuma : :
Budapest, VIII., Rákóczi-tér 2. szám.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tabletta üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerházakban. 4437

JODLECITHIN RICHTER

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

AJÓDADAGOLÁS IDEÁLIS ALAKJA.
32% JÓDOT TARTALMAZ
LECITHINNEL SZERVES
KAPCSOLÁSBAN.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Guszmán József: A syphilisnek az Ehrlich-Hata-féle arsenkésztményen való kezelése. 743. lap.

Pleker Rezső: Tanulmány a húgyivarszervek bakteriumos fertőzőbetegségeiről. 745. lap.

Horváth Mihály: Az elferdülések prophylaxisa. 748. lap.

Steiner Pál: Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.) Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez. 751. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló ismertetés. Hainiss Géza: A táplálkozási zavarok és az ezek folyamán jelentkező intoxicatio. A Finkelstein-Meyer-féle fehérjetej. — Könyvismertetés. Oláh Gyula: A fertőtlenítés cholera idejében.

— Lapszemle. Idegkórtan. Bychowski: Az agyvelődaganat seborvosi gyógyítása. — Sebészet. Kehr: Az epeutak sebészetének terén 20 éven át kifejtett tevékenység. — Gyermekorvostan. Zappert: Az 1908. évi bécsi és alsó-ausztriai poliomyelitis acuta-járványról. — Fizikai és diätetikai gyógyításmódok. Groag és Neumann: A vizes bepólyázás hatása a vérkeringési szervekre. — Schmincke: A thermopenetratio. — Röntgenologia. Wilms: Gégetuberculosis. — Schlesinger: Röntgen-eljárás a gyomor nedvelvasztó képességének felismerésére. — Kisebb közlések az orvostudományról. Görges: A vas-sajodin. — Ljaschenko: Szer idősült bélhurut ellen. 753—758. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 759. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 759. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 760—762. lap.

Melléklet. Glück Rezső gyógyszerészeti laboratóriumának prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A syphilisnek az Ehrlich-Hata-féle arsenkésztményen való kezelése.

Irta: Guszmán József dr., közkórházi rendelő orvos.

Az Ehrlich-féle syphilisellenes gyógyszerrel ma még nem lehet végleges formában nyilatkozni. Még igen sok tapasztalás, észlelés és próbálkozás szükséges, míg a szernek valódi értéke és helyes javalata csak némiképpen is ismeretes lesz. Azt azonban már is bizonyosnak tartjuk, hogy az Ehrlich-féle szernek nehéz és súlyos kritikát kell majd kiállania, mielőtt a syphilis terapiájában végérvényesen helyet foglalhat. Ennek nagyrészt az az oka, hogy nemcsak a napi sajtóban, de még az orvosi lapokban megjelent közlések is túlkorán és túlvérmesen ismertették a szer hatását és a kezeléssel elért eredményeket. A túlvérmes várakozásnak alkalmasint meglesz a reakciója s aligha tévedünk, ha már most ki nyilatkoztatjuk, hogy a szer rövid idő múltán bizonyos mértékben csalódást fog hozni. És ez a csalódás nem is annyira a szernek lesz a hibája, mint inkább a túlfokozott követelésnek az eredménye. A ki mindent vár valamely szertől, az hamar fog csalódni és elégedetlenné válni. Pedig a dolog úgy áll, hogy óriási lesz már a haszon az emberiségre nézve akkor is, ha beigazolódik — a mint az már most is több mint valószínű —, hogy Ehrlich-nek tervszerű és nagyszabású munkássága nem vezetett ugyan „megváltó” szerre, de létrehozott a kénese és a jód mellé egy harmadik jó és hatásos syphilisellenes szert, tehát egy harmadik hatalmas fegyvert a syphilisellenes küzdelemben. Az Ehrlich-féle szer hatása sok esetben valóban meglepően gyors és határozott, de az is bizonyos, hogy megfelelő esetekben úgynevezett csodakurákat akárhányszor a kénesevel és a joddal is tapasztalhat az orvos.

A feladat első sorban csak az lehet, hogy minél több oldalról és minél bővebb tapasztalást szerezzünk a szer értékéről. Az irányadó az adagolás módjának és az adag nagyságának megállapításán kívül különösen a syphilis betegek további sorsának a kérdése

lesz. A végső cél a syphilis gyógyításában mindig az kell hogy legyen, hogy a beteg mielőbb végképpen megszabaduljon a bajától. Ez csak akkor lehetséges, ha a beteg szervezetében rejlő valamennyi spirochaeta pallida elpusztul. A míg egyfelől a tüneteket létrehozó spirochaeták egy része élő állapotban ott a helyszínen visszamarad, másfelől a látható tüneteket nem is okozó, a testben mindenféle szétszórt valamennyi parasita el nem pusztul, addig csakis tüneti gyógyulás az, a mit elérünk. Már volt alkalmunk más helyütt¹ kifejteni, hogy a tapasztalás azt látszik bizonyítani, hogy a kénese és a jód főleg csak a syphilideket gyógyítja s csak ezzel karöltve pusztítja a spirochaetákat. A resorptióban levő syphilises szövet olyan mint a széteső lueses szövet, egyaránt elpusztul benne a spirochaeta. Az úgynevezett latens szakban az úgynevezett nyugvó állapotban veszteglő spirochaetákra azonban nyilván nincs nagy befolyása a kénese és a jódos kezelésnek. Egy új szer valóban csak akkor volna egy csapásra végérvényesen gyógyító szer, ha a syphilideken kívül levő, a szervezetben szétszórt és tüneteket nem létesítő spirochaetákat is elpusztítaná. Ez lenne azután a syphilisre nézve a valódi „sterilisatio magna”. Könnyen belátható azonban, hogy ezt egy új szerről nehéz bizonyítani, de azért természetesen a teljes „sterilisatio” lehetőségét elvben tagadni nem lehet.

Az alábbiakban az Ehrlich-Hata-féle arsenkésztményen tett tapasztalásunkat egészen röviden ismertetjük.

Az Ehrlich-féle 606-os készítményt eddig 41 syphilises beteg próbáltuk ki. Az eseteket csaknem kivétel nélkül az új Szent-János-kórházban észleltük, legnagyobbbrészt Bakó tanár osztályán. Szíves engedélyét e helyen is hálásan köszönöm. Eseteim szerfölött változatosak voltak s így eléggé volt alkalmam tapasztalhatni, hogy hol válik be különösen az új szer, illetőleg hol nem mérközhet a kénese hatásával.

Az első általános benyomás, a mit a 606-tal való kezeléskor nyerünk, az, hogy a syphilises tünetekre igen jelentékenyen ható szerrel állunk szemben. Oly esetekben, a melyekben beválik, leg-

¹ Orvosi Hetilap, 1909. 10. szám és Wiener med. Wochenschrift, 1909. 32—33. sz.

inkább a hatás gyors beállta és a gyógyulás gyors haladása a legszembeötlőbb.

Elsődleges affectio eseteiben azt tapasztaltuk, hogy a behámosodás feltűnő gyorsan áll be, néha már 1—2 nap alatt. A spirochaeták gyors eltűnése, a mit kezdetben különösen hangsúlyoztak, csakugyan többször észlelhető. De kiemeljük, hogy ha a spirochaetákat csak az úgynevezett „Reizserum“-ból vizsgáljuk, akkor hasonló az erőyes kénésőkúra alkalmával is tapasztalhatunk. A jellemző kemény beszűrődés azonban a behámosodás után is több héten keresztül megmaradhat, szintűgy a mirigyek is csak elég lassan és nem tökéletesen fejlődnek vissza. Tehát éppen azok a klinikai tünetek szoktak hosszabb időn át megmaradni, a melyek a sclerosis klinikai diagnózisát megerősítik. Ezekre a kifejezett sclerosisokra nézve az a véleményünk, hogy kiadós, erőyes kénésös kúrára gyorsabban és tökéletesebben fejlődnek vissza. *Wechselmann* (s néhány más szerző is, például *Welder*) úgy látszik hasonló tapasztalhatott, mert újabban a 606-os kezeléssel egyidejűen a sclerosisok kimetszését, illetőleg kauterezését ajánlja.

A friss másodlagos tünetek közül a felületes, gyengén beszűrődött syphilidek tapasztalásunk szerint feltűnő gyorsan és jól befolyásolhatók a 606-os kezeléssel. Különösen a makacsul recidiváló és kénésővel előzetesen bőven kezelt szájrü plaque-ok azok, a melyek az *Ehrlich-Hata*-féle gyógyszerre a legbiztosabban reagálnak. Így egyik esetünkben (*F. R.*, 32 éves nő) a nyelven ülő plaque 24 óra alatt nyomtalanul eltűnt. Egy másik esetünkben (*R. G.*, 24 éves férfi) a klinikai tünetek, melyek 2 hónap óta torok-, ajak- és nyelvplaque-ok és papulák alakjában erőyes kénésös kezelés ellenére makacsul fennállottak, sőt egyre terjedtek, 6 nap alatt tökéletesen elmúltak. Aránylag igen gyorsan (3 esetben 1 hét lefolyása alatt) múltak el a késői másodlagos tünetként a nyelven jelentkezett depapillált plaque-ok is. Ilyen esetekben a hatás valóban meglepő és csodálatos.

Nem oly kedvezők az eredmények a bőrön jelentkező friss másodlagos syphilidek esetében. Kivételt jóformán csak az anatómiai elváltozással alig járó roseolák alkotnak (recidiváló alakok is), mint a melyek 2—3 napon belül elmúlhatnak. Ném így a száraz, a bőrön ülő papulák és a burjánzó, nedvező genitális papulák (condylomák); ezek heteken át szoktak beszűrődés alakjában fennállani. A nedvező papulák beszáradása, illetőleg behámosodása azonban gyorsan szokott beállani. Az eddig kezelt papulák és condylomák eseteiben az volt a benyomásunk, hogy megfelelő általános és helybeli kénésös kezelésre a tünetek határozottabban és tökéletesebben fejlődtek volna vissza. Feltűnő gyorsan haladt azonban a gyógyulás egy kiterjedt kis papulák syphilid (lichen syphiliticus) esetében, holott ismeretes, mily vontatott szokott lenni e tünet-fajtának a gyógyulása.

A késői, úgynevezett harmadlagos elváltozások a legtöbb esetben kitűnően reagáltak az *Ehrlich-Hata*-kezelésre. Legjobban befolyásolhatók a gummák, melyek akkor is jól szoktak gyógyulni, ha már szétestek és kifeléyesedtek. Ezek az esetek azok, a melyek a legszembeötlőbben mutatják az új antilueses kezelés sikerét. Tudnunk kell azonban, hogy éppen ezek a későn keletkező gummák mily kitűnően gyógyulnak leg többször a régi szereinkre is. Így volt az ambulantián egy esetünk, a melyben a 62 éves asszonynak a jobb lágyszájpadfelén és az elülső garatívén szétesett gümma volt. Minthogy a beteg csak mint járóbeteg akarta magát kezelni és kénésös kezelést nem végezhetett, csak jodot rendeltünk (naponta 3 gm. jodnatrium), mely a harmadik üveg szedése után a folyamatot klinikailag tökéletesen meggyógyította. A jodkezelés tehát ezen esetben teljes sikerre vezetett, s még azzal az előnyvel is járt, hogy a beteget a munkájában fél napig sem akadályozta.

A 606-os kezelésnek jó és teljes hatását több mélyreható gummás elváltozás esetében észlelhetjük. Legfeltűnőbb volt a gyógyítóhatás három nőbetegünkön. A gummás elváltozások a csombon, a gastrocnemius húsában, illetőleg a szájjpadon székelték. Az előbbi két esetben valószínű, hogy a kénésös kezelés is teljes sikerrel járt volna. Az utóbbiban azonban a szájjpadon ülő szétesett gummák 1 év óta minden kénésös és jodos kezelésnek ellentáltak, sőt egyre tovább terjedtek. Közben a beteg (*G. S.*, 36 éves nő) testileg is egészen leromlott, legyengült. A syphilis utóbb már a gégefőt is megtámadta, úgy hogy a beteg csak suttogva tudott

beszélni. A 606-os kezelés (augusztus 27.-én 0.4 gm.) a beteg állapotát rövid idő alatt (10 nap) lényegesen megjavította. A gummák gyorsan megtisztultak, s csakhamar gyógyulásnak indultak, közben erősödött és tisztult a hang is, a táplálkozás pedig jelentékenyen megjavult. Az erősen lefogyott, 38.5 kgm. súlyú asszonyon 2 1/2 hét alatt súlygyarapodást (3 kgm.) észleltünk.

Igen simán és gyorsan gyógyuló gummás esetet kezeltünk *Kuzmík* tanár osztályán is. Az eset 25 éves nőre vonatkozott, a kinek bal vállcsúcsán terült el két mélyen kifeléyesedett járatos gümma. Komplikálta az esetet az is, hogy az egyik gümma alján a lueses folyamat a csonton elhalást indított meg.

E helyen egy rendkívül súlyos széteséssel járó syphilis-esetet óhajtunk említeni, a melyben a 606-os kezelést sokat lendített a beteg állapotán. A 16 éves leány 1 év óta folytatott állandó specifikus kezelés ellenére a legkétségbeesettebb állapotban került rendelőnkre. A homlokon tenyérszerű, a csontokra ráterjedő fekély. A felső ajak csaknem teljesen elpusztult. A megmaradt részekben egyre újabb szétesés. A bal állcsont nagyrésze leledződött, úgy hogy a szájjpad-hiány óriási. A beteg állandóan subfebrilis volt, esontig lefogyott. Testsúlya 24 1/2 kgm. Táplálkozása a leghíányosabb. A beteg súlyos állapota miatt csak 0.25 gm. *Ehrlich-Hata*-szert kapott. Erre egy napi lázas mozgalm után az ajak- és homlokfekély tisztulni kezdett, s a bűzös cszafatok leledödték. A behámosodás megindult s az általános állapot jelentékenyen javult. Megindult a táplálkozás és feltűnő nagy testsúlygyarapodás (6 kgm. 6 hét alatt) is mutatkozott. Utóbb azonban a javulás megállott, úgy hogy szóba jöhetne a reinjectio javallata. Lehetséges, hogy a gyógyulás megállása — a kis adagtól eltekintve — az injectio helyén, a rosszul táplált bőrön létrejött nekrosissal hozható összefüggésbe, mert könnyen felvehető, hogy ilyenkor a felszívódás az arsenidpót-ból vagy esőkként, vagy teljesen megszűnt.

Feltűnő jó gyógyító hatást tapasztaltunk lues cerebri egy esetében, a melyben az általános szellemi depresszió kivül leginkább az óriási, a beteget rendkívül kínzó fejfájás volt a kimagasló tünet. A beteg előzetesen heteken át kapott antilueses kúrát (kenőkúra és enesol-injectiók), de ez hatással alig volt. A heves fejfájások, melyek a beteg éjjeli nyugalma is teljesen megzavarták, utóbb olyannyira fokozódtak, hogy teljes munkaképtelenséget idéztek elő. Ilyen állapotban adtuk a betegnek az *Ehrlich*-féle szert (0.5 gm.). Kezdetben teljesen hatástalan maradt a kezelés, úgy hogy már azt hittük, hogy sikertelen lesz. 4 1/2 héttel az injectio után a beteg bemutatásra jelentkezett. Álla-pota ekkor a lehető legjobb és valóban meglepő volt. Testsúlya 5 kgm.-mal gyarapodott, fejfájása 2 hét óta már teljesen elmúlt, életkedve s vele együtt munkaképe és munkabírása tökéletesen megjött. A *Wassermann*-reactio, mely az injectio idején +++ volt, jelenleg alig gyöngén positiv. Az eset — feltéve, hogy a hatás tartós marad — az *Ehrlich*-kezelés sikerének egyik feltűnő példája.

Egyik-másik esetünkben a 606-os kezelésnek a hatása elmaradt, vagy csak jelentéktelen volt. Így iritis luetica (*Kocsis* főorvos osztályán) és keratitis parenchymatosa (*Szontagh* tanár osztályán) egy-egy esetében.

A 606-os injectiót állandóan neutrális, illetőleg éppen csak kissé alkalis suspensióban adtuk a hát bőre alá. Első 21 esetünkben a natronlúgban oldott szernek a kicsapását ecetsavval végeztük s az így nyert csapadékot centrifugálás után physiologiai konyhasóoldattal felhígítottuk (*Wechselmann*). A többi későbbi esetünkben az ecetsavat sósavval helyettesítettük, a minek az az előnye, hogy elkészítéskor a kicsapódott *Ehrlich*-szer mellett konyhasóoldat képződve, a centrifugálásra ninesen szükség, a mi némi időmegtakarítás. A 606-nak rendszeren alkalmazott adagja 0.4—0.6 gramm között mozgott. Höemelkedés a 41 eset közül csak 10-ben jelentkezett és 1—2 napnál tovább alig tartott. Az utolsó 20 esetünkben, a melyben a suspensio elkészítéséhez sósavat használtunk, höemelkedés már csak 3 esetben fordult elő. Az injectio fájdalomossága a sósavas eljárással rendszeren nem nagy, sőt a betegeknek jó része igazi fájdalomról egyáltalában nem is panaszkodik.

A legtöbb kísérletezőnek azon tapasztalását, hogy a betegek közérzete az *Ehrlich*-szer hatása alatt megjavul, mi is teljes mértékben megerősíthetjük. Az étvágy csaknem mindig fokozódik. Majdnem állandóan továbbá a testsúlynak elég jelentékeny gyarapodása. Néhány héttel az injectio után rendszerint 2—6 kgm.-ra

rüg a súlygyarapodás. Ezt még akkor is szoktuk tapasztalni, ha az injectio hatása egyébként elégtelennek bizonyult.

Eseteinkben — ha csak lehetett — figyelemmel voltunk a Wassermann-féle reakciónak az Ehrlich-Hata-féle kezeléssel szemben való viselkedésére. A positiv reakciónak negativvá válását eddig 3 esetben észleltük. A reakciónak ez az átalakulása egy gummás esetünkben 10 nappal az injectio után, másik két esetben a 3., illetőleg az 5. héten állott be. Mind a három esetben a klinikai gyógyulás simán és gyorsan haladt.

Mindezek után azt állíthatjuk, hogy Ehrlich-nek tervszerű és kitartó munkássága oly új arsen-készítmény birtokába juttatta az orvostudományt, a melynek egyetlen adagja sokszor igen gyorsan és erőlesen vezet eredményre a syphilis terapiájában. A javakatokról ma még csak igen óvatosan szabad nyilatkoznunk, mert ily felette fontos és nehéz kérdésben, mint a minő a syphilis terapiája, nem hangsúlyozható eléggé, hogy eddig még csak a kísérletezők szakában vagyunk s hogy még igen sok és hosszú időre terjedő tapasztalást kell gyűjteni, míg az új kezelés valódi értéke csak némileg is határozottabb alakban fog kiformálódni. Az irodalmi adatok ismerete, valamint a saját tapasztalásunk alapján úgy véljük, hogy a szernek egyik fontos és kiváló tulajdonsága, hogy akkor is adható, sőt talán a legtöbb sikerrel, a mikor a megindított kénésös kezeléssel nem érjük el a syphilitikus tünetek sima visszafejlődését, vagy a mikor a szervezet a hosszabb kénésös kezelés folyamán kénésővel már úgyyszólván telítve van, a tünetek pedig még fennállanak, sőt egyre terjednek. Ilyenkor az egy csapásra nagy mennyiségben a szervezetbe vitt arsen-tömeg valóban feltűnő jó eredményt idézhet elő. Egyébként a 606-os új antilueses kezelés újabb és meggyőző érvet szolgáltat azon therapiai követelmény igazolására, hogy a kénésös kezelésnek is mindenkor eredményesnek kell lennie, ha igazi sikert akarunk vele elérni. Tehát csakis a syphilita valóban megtámadó, kiadós kénésös kezelés jár igazi haszonnal, az elaprózott, elhújtott kezelés ellenben csak kevés vagy semmi eredményt sem ad. Utóbbi esetben sohasem a kénéső a hibás, hanem mindig az eljárás.

A syphilis maligna eseteire nézve úgy látszik már el is van döntve, hogy az Ehrlich-szer az, a melytől leginkább várhatunk gyógyulást.

Az elsődleges affectióknak kifejezett és jellemzően kemény beszűrődéssel járó eseteiben a 606-os kezelést első és egyetlen beavatkozásként ma még nem mernők eddigi tapasztalásunk alapján a gyakorlatban alkalmazni, mert a klinikai tüneteknek hosszabb ideig (több hét) fennállása nem vall arra, hogy a kezelés nagyobb sikerrel járna, mint a kénésös kezelés. Mihelyt pedig egy-egy adott esetben legalább is olyan gyógyító hatást várhatunk a kénésőtől, mint a 606-os kezeléstől, máris előnyt kell adnunk azon régi szerünknek, a melynek minden hatását már számtalan orvosgeneratio ismerte, illetőleg ismeri. A gyakorlatban tehát egyelőre a 606 mégis csak főleg a speciális javakatok alapján jöhet alkalmazásba. A 606-nak általános alkalmazása abban az esetben válnék szükségessé, ha kiderülne, hogy az injectio nyomán a recidivák vagy egészen elmaradnak, vagy legalább is gyérebbek és hosszabb idő múlva jelentkeznek, mint a kénésöskezelés után. Ez azonban a jelenleg használt dosisek mellett, sajnos, már eddig is valószínűtlen, mert több-kevesebb recidiváról minden észlelőnek van már tapasztalása. Lehetséges azonban, hogy a dosis emelésével vagy ismétlésével az eredmények jobbak lesznek.

Makacs esetekben Ehrlich tanár egy legújabbban hozzám intézett levelében az Iversen-féle eljárást ajánlja. Tudvalevően ez az intravenás injectiónak az intramusculáris befecskendezéssel való kombinálásából áll. A jövő fogja megmutatni, hogy ez az eljárás, melyet Ehrlich a legjobbnak tart, mire lesz képes.

Már említettük, hogy általában mily feltűnő gyorsan, rendszerint néhány nap alatt, gyógyulnak a másodlagos szájüri syphilidek (plaque-ok, szétesett papulák stb.). Minthogy ez a kiváló eredmény egyetlen injectio nyomán jön létre, nyilvánvaló, hogy az Ehrlich-féle kezelésnek már ezen az alapon is nagy socialis jelentősége lehet, mert a kórházi kezelésre utalt ilyen syphilitikus betegek a kezelése ily módon sokkal rövidebb időt igényel, mint a szokásos kénésös kúrák bármelyike. Valószínű tehát, hogy az új gyógyítójárással a kórházakban a forgalom jelentékenyen fokozható, a mi azt jelenti, hogy a syphilisnek éppen a legragyósabb szakában kevesebb egyén

fog kezeletlenül és embertársai veszedelmére a társadalomban megfordulni, mert jóval könnyebb lesz a kórházi elhelyezése. Egyelőre azonban még a hosszabb tapasztalásnak kell eldöntenie, hogy egyetlen 606-os injectio valóban azonos értékű és hatású-e az eddig alkalmazott kénésös kúrákkal.

Tanulmány a húgyivarszervek bakteriumos fertőzőbetegségeiről.¹

Írta: **Picker Rezső** dr., volt egyetemi tanársegéd, műtőorvos, a húgy-szervi bántalmak szakorvosa.

Azért választottam a húgyivarszervek bakteriumos fertőzéseinek tanulmányozásában kiindulópontul a gonococcus okozta bántalmakat, mert a Neisser-féle diplococcus obligat parasita, a mely az esetek túlnyomó nagy részében typusos megbetegedést idéz elő az emberi nyálkahártyákon és az emberi szervezet egyéb helyein is. Ezen elváltozások váladékaiban, igen ritka kivétellel, könnyen ki is mutatható ezen bakterium.

E mellett a férfi alsó húgyútjai és a velük szerves összefüggésben levő ivarmirigyek az objectiv betegevizsgálatnak könnyen és teljes mértékben hozzáférhetők. Az ezen szervek bántalmait tanulmányozó és gyógykezelő orvos tehát azon előnyös helyzetben van, hogy bármikor szembeállíthatja összehasonlítást végett a beteg által panaszolt tüneteket (1), továbbá a vizelet és egyéb váladékok által jelzett képet (2), a tényleges betegséget magukban viselő mirigyes függelékek állapotával (3), valamint ezek váladékaival (4) is. Lényegesen könnyít a dolgon az is, hogy a férfi alsó húgyútjainak egyes szakaszai (előlső és hátulsó húgyeső, hólyag) oly jól vannak elkülönítve egymástól, hogy váladékaik külön-külön nyerhetők és külön vizsgálattal egymás közt is összehasonlíthatók geny- és bakteriumtartalmukra nézve.

Ha a beteg mirigyes függelékekből objectiv vizsgáló-módszer² útján nyert váladékokat makroszkopos és mikroszkopos vizsgálatnak vetjük alá, egyrészt közvetlenül a makroszkopos kórboncolástani képnek megfelelő váladék mennyiségéről és külsejéről nyerünk értékes felvilágosítást, másrészt pedig e váladék szövettani összetételéről és bakteriumtartalmáról is. Ha tovább megyünk és e beteg góczok rendszeres kezelése során nyert váladékokat rendszeresen vizsgáljuk mikroszkoppal, akkor a bakteriumok mennyiségének és az általuk előidézett reakciónak változásával lassanként egységes kép alakul ki, mely histologiai értelemben is híven tükrözi vissza a massage-kezelés alatt tapintó és vizsgáló ujjunk útján érzékelt makroszkopos kórfolyamatot.

Az utóbbi leleteket összehasonlítva a felületről (levezető húgyutak) nyert és a vizeletben foglalt váladékok vizsgálati eredményeivel, látjuk csak, hogy gyakran mily nagy az incongruentia a klinikailag latens (bár objective kimutatható) nagy mérvű kórboncolástani elváltozások és a beteg által panaszolt symptomák, valamint a vizelet által jelzett kép között. Ha csak a két utóbbi alapján állítjuk fel a diagnosist, a mint hogy azt „az iskola” értelmében valóban így szokták csinálni, hamis és hiányos lesz a diagnózis. Hogy csak egy, de igen gyakori példát hozzak fel, megemlítem „az egyszerű előlső gonorrhoea” diagnózisát, melyet a „vizelet 1. része tiszta csufatokkal, II. része tiszta” formulaszerű vizeleti kép alapján szoktak felállítani, s melynek tarthatatlanságára már régebben felhívtam a figyelmet.³

De van a rendszeres bakteriologiai és anatómiai vizsgálatnak egyéb haszna is; az előbbi arra tanít, hogy megkülönböztessük egymástól a különböző bakteriumok által előidézett betegségek klinikai képeit,^{4,5} az utóbbi azt mutatja meg, mennyiben függ össze a beteg

¹ A Német Urologiai Társaság II. congressusán (Berlin 1909) és a Budapesti kir. Orvosegyesület 1910. évi május 21-i ülésében tartott előadás.

² A férfi idült húgyesőkankójának helyi körjelzése. Orvosi Hetilap, 1907. 7—9. sz. és 1908. Eggenberger-féle kiadás. — Die topische Diagnose der chronischen Gonorrhoe u. s. w. in den Harn- und Geschlechtsorganen des Mannes. Berlin, 1909. O. Coblentz.

³ A Fraenkel-féle pneumococcus mint kórokozó a húgyivari szervekben. Orvosi Hetilap, 1904. 26—28. szám.

⁴ Pneumobacillus Friedländer okozta elsődleges húgyesőlob. Orvosi Hetilap, 1906. 20. szám.

⁵ A húgyszervek staphylococcusfertőzésének esetei. Gyógyászat, 1907. 34. szám.

panasza (például a vizeleti inger) a levezető utak nyálkahártyájának megbetegedésével és mennyiben a mirigyes adnexumok elváltozásával. Ebből ismét a gyógykezelésre meríthetünk fontos adatokat, a mennyiben nem fogjuk kizárni sablonos, fájdalmas, anti-septikus procedurákkal (instillációkkal) azt a beteget, a kin az állapot és a fájdalmak megszűnését megfelelő mechanikai eljárás alkalmazása által érhetjük el (például nagy incomplet retentiók ürítése), vagy a hol symptomás therapia mellett az anatómiai elváltozások megbékülését kell bevévünk, hogy a megfelelő helyi kezelést megkezdhesük (például igen nagy és acut spermatocystitishez társuló exsudatumok a hólyag fenekén).

A gonococussal sok éven át foglalkoztam *módszeres bakteriologiai alapon*.⁶ Ezen vizsgálataim arra vezettek, hogy belássam az e baktérium körül mintegy „védőberendezésként” alkalmazott *dogmák*⁷ tarthatatlanságát. Ezen vizsgálataimmal egyidejűleg magam dolgoztam ki egy „az alkalmazott anatómia és bakteriologia” alapján álló diagnostikai és kezelési módszert⁸, melyben a beteg mirigyes függelékek pontos kikutatása után ezek rendszeres kiürítése mellett az antisepticumokat (kalium hypermanganicum és albargin) lehető nagy hígításban alkalmazom. Éveken át gyűjtöttem e képeket, pontos pragmatikus munka árán külön tanulmányozván minden egyes esetet⁸, míg végre e több ezerre rugó megfigyelés természetes sorozattá rendeződött előttem, a mely először engedett betekinteni a gonococcus okozta megbetegedés folyamatába és lényegébe.⁹

Mikor aztán ily módon a gonococcus az általa okozott elváltozásokon és kórképeken keresztül vezetett volt, el bírtam igazodni a más baktériumos fertőzések által előidézett, kevésbé tipusos képeket mutató húgyivarszervi lobos hántalmakban is. Láttam, hogy a gonococcusnak semmiféle különös pathológiás szerepe nincs; láttam, hogy mind e betegségek könnyebb vagy nehezebb gyógyulása, illetőleg gyógyíthatósága csak bizonyos mértékben függ a baktérium nemétől; azt tapasztaltam továbbá, hogy leginkább a sebész-anatómiai berendezések által feltételezett mechanikai viszonyok az irányadók itt és hogy a gonococcus korántsem érdemli meg azon dogmatikus, kivételes helyet az emberi pathológiában, a melyet neki az eddigi hiányos észlelések biztosítottak, illetőleg biztosítani látszottak.

A következőkben szabadon már most a gonorrhoea és a többi baktérium okozta húgyivarifertőzés kórtana terén tett tapasztalataimból néhány fontosabb fejezetet előadnom.

I. Az initialis gonococcus-sepsis.

A férfi gonococcusfertőzése ugyanoly módon keletkezik, mint a hogyan kísérleti állatokon mesterségesen magunk idézzük elő például a bőr staphylococcusfertőzést, az által, hogy a bakte-

⁶ Bakteriologiai tanulmány a gonococcusról. A gonococcus tenyésztése serummentes táptalajokon. A Gram-féle eljárás értéke a gonococcus elkülönítő kóriméjében. Budapesti Orvosi Ujság, 1906. Urologia, 2. szám.

⁷ Hogy mennyire uralták és befolyásolták egyes ilyen dogmák tudományos férfiak objectív ítéletét, arra szolgáljon igazolásul Günther igen jó hírnevű bakteriologus könyvéből szösz szerint fordított alábbi idézet. A dogma (a Neisser-féle iskola értelmében) tudniillik azt mondta: „A mi közönséges agaron nő, nem lehet gonococcus” („Alles was auf gewöhnlichem Agar wächst, ist kein Gonokokkus”). Ennek befolyása alatt írta Günther a következőket (Carl Günther: Einführung in das Studium der Bakteriologie, G. Thieme, Leipzig, 1906. VI. kiadás, 714 l.):

A gonococcus tenyésztését illetőleg meg kell jegyeznem még azt is, hogy e baktérium minimális mértékben közönséges agaron, de különösen glicerinagaron is tenyészik.*

* Ehhez az előttem fekvő VI. kiadásban a következőket jegyzi meg Günther: Ezt a számos szerző által közölt tényt e könyv szerzője is megerősítheti. Régebbi, Lassar börtani klinikáján végzett kutatásaim alkalmával rendszeresen sikerült friss trippergerinynek glicerinagarra történő átoltásával kolóniákat kitenyésztenem, melyek mikroszkopi vizsgálatkor olyan mikroococcusokból állának bizonyultak, melyeknek gonococcusalakjuk volt és Gram festéskor elsíntelenedtek. (A vizsgálatra felhasznált gény a mikroszkopos vizsgálat szerint — a mennyire azt ily vizsgálattal el lehet dönteni — kizárólag gonococcus tartalmú volt s mentes minden egyéb baktériumtól.) A nyert culturák egész jelentéktelen, vékony, fénylő, színtelen, kis kiterjedésű leplekből állottak. Sikerült őket egy esőből a másikba átoltanom. Akkoriban kételkedően fogadtam e leletet; de Wertheim közlései óta nem kétkedem többé abban, hogy e culturák valódi gonococcusokból állottak.

⁸ Klinikai tanulmány a gonococcusról. Orvosi Hetilap, 1908. 11. sz.

⁹ A férfi idült húgyesőnkórájának lényege és kezelésének vezérelvei. Orvosi Hetilap, 1907. 40. szám.

riumokat erőteljes dörzsöléssel beviszszük a felületes bőrretekbe: a férfi a közösülés alkalmával az ekkor tágra nyílt húgyesőnyílás felhámjába bedörzsöli a gonococcusokat. Az impetus coeundi fokától és az érintkezés tartamától függ azután, hogy a baktériumok az epithelre, vagy azonnal a mélyebb epithelrétegek közé kerülnek. Ha ezen mechanikai behatás igen erős, a baktériumok elegendő száma és virulentiája esetén a betegség már szokatlantul rövid idő alatt nyilvánulhat.

M. 1909 április 8.-án reggel felé két ízben közösült egy prostituálttal óvszer használata nélkül, utána vizelt, de semmiféle antisepticumot nem használt. Négy órával később vizeléskor égetést vesz észre. Következő nap (április 9) reggelén, tehát körülbelül 26 órával a fertőzés után, a bő kifolyásból s a vizeléskor érzett fájdalmakból már maga is diagnoskálhatta betegségét, melylyel azután 5 óra múlva hozzám jött. Teljesen friss, heveny fertőzés jellemző képét észleltem: kivörösödött, duzzadt és evvertált orificiumot, bőséges folyást óriású mennyiségű gonococussal. A makk s a húgyeső a középső, harmad elejéig érzékeny, benne néhány duzzadt mirigy élesen körülhatárolt fájdalmas csomóként tapintható. A több órán át visszatartott vizelet, melynek kiürítése fájdalmas, néhány czafattól eltekintve, tiszta. A hátulsó részében lekötött pars pendulát 1⁰/₀₀ albarginoldattal nyomás kifejtése mellett kiöblíttem s ugyanazon szerek 1:3000 töménységű oldatával végzendő fecskendezést rendelék el.

A következő napon (április 10.-én) a húgyesővön és nyílásán észlelt valamennyi heveny gyulladásos jelenség eltűnt; a vizelet-ürítés nem fájdalmas. Váladék csak nyomással nyerhető, világosszürke, kissé genyes színezetű, a Gram-festés gonococcusokat mutat ki benne. Ezen időtől rendszeres albarginkezelés (1:3000), később tágitás a Kollmann-féle rövid dilatátorral. Gyógyulás a hátulsó húgyesőre való áttérjedés nélkül 1909 május 7.-én.

Itt tehát oly esettel állunk szemben, melyben az erős fertőzés szokatlantul rövid idő alatt nemcsak egy nagyobb nyálkahártyaszakasz megbetegedését, hanem egyszersmind a hozzátartozó mirigyes képletek beszűrődését is előidézte.

A lappangási idő alatt az epithelen burjánoznak tovább a gonococcusok, behatolnak abba és az alatta levő kötőszövetbe. Így klinikai tünetek nélkül feljuthatnak a hátulsó húgyesőbe és ennek mirigyes függelékeibe. Ugyanekkor a véráramba is bejuthatnak, lázas állapotot és metastasisokat okozhatnak, esetleg még mielőtt a betegség a húgyutakon klinikai tüneteket okozott volna.

H. dr. 1908 szeptember 20.-án kereste fel rendelésemet első gonorrhoeás fertőzéssel. Utolsó coitus szeptember 18.-án; utolsóelőtti szeptember 10.-én ugyanazon nővel. 19.-én este folyást észlelt, mely azóta jelentékenyen megerősödött.

A kis mértékben lobos húgyesőnyílásból könnyen nyomható ki világos, inkább szürkés színű váladék, melyben igen sok az intracelluláris gonococcus s szabadon fekvő nagy gonococcusalmaz; azonkívül szétszórva nagymennyiségű pár és kettős pár látható a genysejtek között.¹⁰ A 24 órával ezelőtt történt fertőzés lehetőségét a szervezet ezen csekély reakciója nagy fokban valószínűlenné tette. Az előző terminusra kellett tehát a betegséget visszavezetni, s kérdéseimre megtudtam, hogy betegem 15.-én és 16.-án, azaz az általam feltételezett fertőzési időpont utáni 5. és 6. napon lázas volt, lágyéki nyirokmirigyeiben fájdalmakat érzett és ezért a járás is igen nehezebbre esett e két napon.

Tűzetesebb vizsgálat alkalmával az urethra anteriorban több kisebb és egy nagyobb, igen érzékeny beszűrődést találtam, melyből kiindulólág egy lobos bőrrel fedett, vékony, jól tapintható s kissé érzékeny nyirokeret követhettem a symphysisig. A jobboldali lágyék nyirokmirigyei duzzadtak és nyomásra kissé érzékenyek.

Ezután az elülső húgyesövet sterilizett hideg vízzel addig mostam, míg az öblítő viz egészen tisztán folyt s csak azután vizelettem a beteget. A vizelet I. része, mely most már csak a hátulsó húgyeső váladékát, illetőleg az ide kiválasztott foszlányokat stb. tartalmazta, minimális mértékben megtört, benne néhány igen finom czafat; a II. és III. rész teljesen tiszta, de a genypróbát adja.¹¹ Az I. részletben úszkáló czafatok, a mint azt az azonnal meg-ejtett mikroszkopos vizsgálat mutatta, főleg nyálkából állottak, kevés

¹⁰ E készítményeket a congressuson mikroszkop alatt is bemutattam.

¹¹ L. „A férfi idült húgyesőnkórájának helyi körjelzése.” 6. oldal.

epithelsejttel; a nyálkába beágyazva nagymennyiségű, az $1/12$ olaj-immersio látóterét néhol egészen elfoglaló sorokba rendeződött gonococcus.¹²

Az első húgyesőbe való befecskendezéseken kívül egyebet nem rendeltem, ezek azonban megszüntették másnapig a váladék-képződést. Az urethra anterior átöblítése után ürített tiszta I. vizeletben ismét néhány apró czafatot találtam bőséges gonococcus-tartalommal. A betegség a prostatitis, spermatoecystitis és epididymitis lezajlása után 3 hónap alatt gyógyult.

Ezen eset tehát egyrészt azon symptomákat tünteti fel, melyeket más általános fertőző betegségek bevezető tüneteiként van alkalmunk látni, másrészt a gonorrhoea kórtanának szempontjából is érdekes, mert a betegség klinikai tüneteinek (a váladék mutatózása) jelentkezésekor máris beteg volt a húgyeső hátulsó része, sőt a mint a további lefolyásból kitűnt, megtámadottak voltak az utóbbinak mirigyes függelékei is. *A betegség, illetőleg a kórokozók tehát lokális tünetek előidézésére nélkül ascendáltak, ez alatt okozták a fentemlített lázas állapotot és a vele járt kellemetlenségeket, számbelileg azonban csak a descendáló szaporodás folytán (lásd a III. fejezetet) szaporodtak meg annyira, hogy a betegség klinikai képét, a folyást meg tudták indítani.*

Hogy a gonococcusok a lappangási idő alatt nemesak a véráramba törnek be, hanem egyszersmind klinikai metastasisokat okozhatnak, azt a következő esetek bizonyítják.

J. évekkal ezelőtt többször esett át gonorrhoeán; ezek mindegyike hosszabb ideig tartott s ízületi gyulladásal és szívdarványhártyalobbal járt volt. Utolsó ilyenmű 13 hónapig tartott betegségétől $1/2$ év előtt szabadítottam meg, 1906 májusában¹³, s azóta többször is megállapítottam a gyógyulás tartósságát, mert J. a legsúlyosabban megbetegedett ondtóhólyag enyhe postgonorrhoeás hurutja miatt időnként felkeresett.

1906 november 20.-án¹⁴ azon panaszszal fordult hozzám, hogy bővebb nyálkás váladékot vesz észre a húgyesőnyíláson. Három nappal előbb közöszlött utoljára óvszer nélkül. A mikroskopi készítményben bőven találok genyesejtet intracelluláris diplococcusokkal, melyeknek gonococcus-természetét úgy a Gram-festés, mint a tenyésztés is kétségtelenül igazolta, a mennyiben 24 óra múlva, annak ellenére, hogy most még egészen világos volt a váladék, serum-sugarán igen bő és típusos telepek fejlődtek. A vizelet teljesen tiszta, egynehány czafattal, a húgyeső fájdalommal igen kifokú, úgy, hogy az előző súlyos fertőzésekre való tekintettel, melyek mind polyarthritisszel és iritis-szel szövődtek volt, *abortiós* eljárásra határoztam el magam.¹⁵

Ez — a mint azt a további mikroskopi és tenyésztési vizsgálatok negatív eredménye igazolta — *teljesen sikerült*. A beteg húgyesővében tehát november 20.-án, midőn rendelőszobámat elhagyta, már nem volt gonococcus. Másnap, mikor a beteg első ízben jelent meg nálam ellenőrzés céljából és húgyesőkankójától már végleg meg volt szabadítva, mindkét kezénél a II. metacarpalis csont basisának megfelelően egy-egy téstapintatú, kisköbökben kivörösödött és nem nagyon fájdalmas duzzanata volt, melyekre teljesen ráillett a kankós metastasisok klinikai képe;

¹² Ezen készítményeket is bemutattam mikroszkop alatt.

¹³ Ezen esetet és az ekkor belőle tenyésztett culturákat bemutattam az 1906. év május hó 12.-én tartott orvosegyesületi ülésen. (L. Orvosegyesületi Évkönyv, 1906. és Orv. Hetilap 1906, 20. sz.)

¹⁴ Ezen esetet már a „Klinikai tanulmány a gonococcusról” című előadásomban (L. Orvosi Hetilap, 1908. 11. sz.) közöltem és itt csak a vázlandó kép teljessége miatt írom le újból.

¹⁵ Az abortio (egy frissen kitört gonorrhoeának egyellenegy beavatkozással való végleges gyógyítása) valamely erősebb antiseptikus oldatnak intraurethrális alkalmazásában áll. Nem régen még 20%-os argentum nitricum-oldatot használtam e célra, melyet nyomás alatt a symphysisnél lekötött, cocain-oldattal (20%-os) érzéstelenített húgyesőbe egynehányszor befecskendeztem kis fecskendő segítségével. Ha a gonococcusok mindannyian elérhetők, azaz még nem burjánzottak be a húgyutak mirigyes függelékeibe, akkor ezen egyszeri beavatkozással meggyógyítom a beteget. Erről akkor bizonyosodom meg, ha az antiseptikus kezelés elhagyása mellett naponként végzett mikroskopi ellenőrzés a gonococcusot illetőleg negatív oly időtartamon keresztül, a mely az illető eset incubációs időszakánál legalább is 3—4 nappal hosszabb. Ujabban 1:700 albargin-oldattal végzem e kezelést; az eredmény ugyanaz, de a betegnek kevesebb fájdalmat okoz, a húgyeső genyes reakciója gyorsabban zajlik le és így a kúra eredményes vagy eredménytelen voltáról gyorsabban győződhetem meg.

ezek tüneti kezelésre három nap alatt végleg eltűntek. A beteg állítása szerint korábbi kankói alkalmával szintén ugyanezen helyeken mutatkoztak az első áttételek s az idült duzzanatok is e helyen tűntek el legkésőbb.¹⁶

B. A. dr., 1910 október 9. Első gonorrhoeája 6 év előtt folyt le súlyos, magas lázzal járó complicációkkal és több apró kiújulás után 2 év alatt fejeződött be. Azóta többször vizsgálta mikroszkoppal a vizeletében foglalt foszlányokat és gonococcusokat azokban nem talált. A mostani II. fertőzést megelőző gyanús közöszlés szeptember 29.-én vagy 30.-án történt. Két-három nappal később vette járásnál észre, hogy bal térdre a hajlító oldal belső széle mentén fáj, a minek magyarázatát adni nem tudta, minthogy semmiféle meghűlés és egyéb heveny fertőző megbetegedés tünetét nem észlelte. Másodnapra ezen fájdalom eltűnt és helyette ugyanezen térd ligamentum patellare-ja körül vett észre duzzanatot, mely szintén zavarta a járásnál. Csak két nappal később, azaz október 6.-án vette észre, hogy húgyesőnyílása kissé beragadt, a folyás azonban csak másnap indult meg. Mára a kifolyás lényegesen erősödött, a húgyeső merevedéskor fáj és mindkét oldali, de főképpen a baloldali lágyékmirigyek duzzadtak és nyomásra érzékenyek.

Ilyen előzményekkel, még mindig érzékeny bal térdrel kérésset fel engem a beteg 1910 október 9.-én.

A húgyesőből igen bő folyás, töménytelen gonococcusal. Vizelet I. káposztalészerűen zavaros, II. tiszta, de genyertartalmú. A III. rész az igen enyhén és óvatosan végzett tájékoztató végbélvizsgálat után kissé megtört és néhány finom foszlányt tartalmaz. Ezekben a mikroskopi vizsgálat genyet és gonococcusot mutat ki. A húgyeső és hólyag átöblítése erősebb kalium hypermanganiummal és rendes albarginkezelés (1:3000).

Október 10.-én. Tegnap délután tilalmam ellenére fennjárt, ma kissé lázasan érzi magát, délután 5 órakor 38 C°. Ma nyomásra alig van váladék. Vizelet I. tiszta foszlányokkal, II. tiszta. A bal lig. patellae felett egészen a tibián való tapadásáig a bőr körülbelül 3 harántujnyi szélességben pirosas. A térd izülete körüli rész a normális kontur elvészett; ha a lig. patellae oldalvást mozgatom, recsegést érzek; ezt a beteg járáskor is érzi.

A jobb lig. patellae fölött ma reggel óta keskeny sávon pirosas a bőr. Az izület ezen rész enyhe duzzanatával különbözik a normálistól, fájdalmat vagy egyéb kellemetlenséget a beteg nem érez. Borogatás, nyugalom és a húgyeső symptomás kezelése.

Október 11. Láztalan. Jobboldalt a tegnap vázolt elváltozások majdnem teljesen eltűntek, baloldalt a pir engedett, de a duzzanat egyébként fennáll.

Bakteriologice sem a megbetegedett helyeket, sem a beteg vérének nem vizsgálhattam meg; mivel azonban más, heveny vagy idült fertőző betegség nem volt jelen, mint az első esetben az abortive gyógyult gonorrhoea, a másodikban pedig a fent vázolt kórkép, a leírt elváltozások jellegzetes tüneteinek, klinikai képének és lefolyásának tekintetbe vételével mégis gonorrhoeás periostitis metastaticát kellett felvennem. A metastasisokat pedig csak azon csírák okozhatták, melyek az abortio pillanatában illetőleg a betegség jelentkezése előtt már a véráramba jutottak volt, melyek tehát a lappangási idő alatt jutottak be oda. Az utolsó megbetegedések következtében az első esetben (J.) említett két hely volt mint locus minoris resistentiae a kórokozók megtelepedésére praedisponálva.

1905 tavaszán abortiós eljárással egy fiatal orvos 56 óráss lappangási idő után kitört gonorrhoeáját teljes eredménnyel gyógyítottam meg. E beavatkozás idején a jobb lágyék nyirokmirigyei már érzékenyek voltak. A délelőtti folyamán a hőmérséklet kisköbű rázóhideg kíséretében 37.8 C°-ra emelkedett s estére már néhány izület is fájdalmas volt.

¹⁶ Azóta e beteget újból láttam rheumás panaszokkal, melyeket szintén ezen helyeken észlelt először. Ismét kisköbű periostitist tudtam megállapítani; ezen elváltozásokat pedig egy igen enyhe saprophytás húgyszervi infectio okozta, melynek retentiós góczát ismét a jobb ondtóhólyagban találtam meg, míg a klinikai tüneteket makroszkoposan csaknem teljesen gonorrhoeaszerű kifolyás alkotta, mely azonban fájdalmakkal vagy kellemetlenséggel nem járt. A mikroszkop alatt a kis pálczikák óriási tömege tűnt fel. Klinice a vizelet I. része tiszta foszlányokkal, II. része tiszta.

Hasonló eseteket közül Ahmann,¹⁷ Hansteen¹⁸ és Scholtz.¹⁹

Három utóbb közölt esetemmel leginkább egyezik Scholtz-é, a ki 3 nappal a fertőzés után, a hátulsó húgyeső megtámadottsága nélkül egymásután látott megjeleni metastasisokat, melyeknek gonorrhoeás természetét tenyésztéssel is igazolta.

Nézetem szerint az általános kórtan szempontjából sem volna érdektelen, nagyobb beteganyagon éppen a gonorrhoea kitörésekor a bakteriologiai vérvizsgálatot megejteni.²⁰ Éppen ez időben kell a véráramban nagyobb számú kórokozónak lennie, mert a szervezet védekező ereje és berendezései alig léphettek még tevékenységbe. Ennek megtörténtét a genyedés megindulása, illetőleg a gonococcusoknak a nyálkahártya felületére való visszazállítása jelezi klinice.

Ha a gonococcusok a lappangási idő alatt már a tractus urogenitalis nagy részére s az összes ivarszervi függelékekre áttértek, akkor már a fertőzést követő első napokon e jelentékeny nyálkahártyafelületekről történő bőséges felszívódás következtében magas láz és kifejezett általános tünetek jelenhetnek meg, melyekből kifolyólag azután olyan septikus állapot fejlődhetik ki, mely az egyéb heveny fertőző betegségek elején észlelt kórképpel azonos.

Dr. Sz., 29 éves, első fertőzés; az infectiosus coitus 1908 június hó 13.-án történt. 16.-án nagyfokú rosszullét kíséretében észlelte a betegség első tüneteit: esékély folyást, vizeleti ingert, égetést a végbélben. Hőmérséklet délután 37,3°. Vizelet zavaros.

Június 17.-én. Reggel a hőmérsék 37,3°, este 38,2°. A húgyeső kitapintható része érzékeny. Végbélvizsgálatkor az összes mirigyek fájdalmasnak bizonyulnak, de kemény beszűrődések még nincsenek.

Június 18.-án. Reggel 37°, este 39,2°. Kevés váladék a húgyesőnyílásban. A pars anterior mirigyei fájdalmasak. Per rectum az összes mirigyek erősen beszűrődöttek és fájdalmasak.

Június 19.-én. Reggel 38,6°, este 39,6°.

Június 20.-án. Reggel 38°, este 38,4°. Igen kiméletes, a végbélben át történő nyomogatásra néhány csepp geny ürül a húgyesőnyílásból.

Június 21.-én. Reggel 38,4°, este 39,5°. Erős nyomásérzés a hólyagfunduson.

Június 22.-én. Reggel 38,2°, este 39,6°. Erős nyomásérzés a hólyagfunduson.

Június 23.-án. Reggel 39,6°, este 40°. Reggel erős rázóhideg. Vizelet I. igen zavaros, II. csaknem tiszta. Diarrhoea, nagyfokú elesettség, subicterusos bőrszíneződés, este rázóhideg.

Június 24.-én. Reggel 37 C°, este 38,8 C°. Éjjel erős izzadás, utána a hőmérsék leszáll. Érverés 84. Euphoria.

Június 25.-én. Enyhe láz. Nyomás és teltségérzet a végbélben. A húgyeső nyomásra igen érzékeny.

Június 27.-én. Lázmentes, a folyás meglehetősen bő, benne óriás mennyiségű gonococcus, a vizelet mindkét részlete zavaros.

Július 3.-án. Torpid váladék, igen sok gonococussal. A vizelet I. része zavaros, II. része tiszta. Enyhe massagera, mely az összes mirigyeket duzzadtak tünteti fel, kevés világos váladék, igen sok szabad gonococoushalmazzal. A beteg ezen idő alatt gyógyszer nem szedett; a kezelés csupán protrahált hűvös-langyos ülőfürdők alkalmazásából állott.

Sp. F. cand. veter. Első fertőzés. Coitus 1909 február hó 21.-én. 25.-én kevés váladék. Midőn február 28.-án folkeres, már bőséges a váladék s a vizelet valamennyi részlete zavaros. Dél előtt láz (38,6 C°). Ha az utcán jár, a hideg rázza s rosszullét fogja el.

Márczius 1.-én 40 C°; márczius 2.-án 39 C°; márczius 3.-án, márczius 4.-én 38,5 C°; márczius 5.-én 37,9 C°; márczius 6.-án 38 C°; márczius 7.-én 37,7 C°; márczius 8.-án lázmentes. Márczius 3.-án a rectális vizsgálat alkalmával csak a jobb ondóhályagot találtam észrevehetően megnagyobbodottnak, a többi mirigy függetlenül alig.

E két eset teljesen megfelel a pneumonia láztypusának, az

¹⁷ G. Ahmann: Zur Frage von der gonorrhöischen Allgemeininfektion. Archiv für Dermatologie, 1897. 39. k.

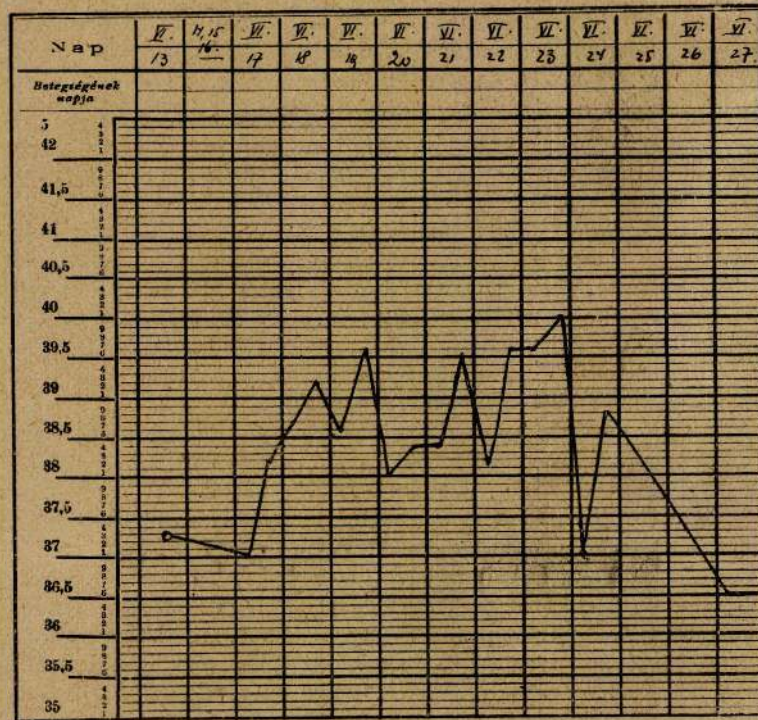
¹⁸ H. Hansteen: Vereiterung der Lymphdrüsen durch den Gonococcus. Archiv für Dermatologie, 1897. 38. k.

¹⁹ W. Scholtz: Beiträge zur Biologie der Gonococci. Archiv für Dermatologie, 1899. 49. k.

²⁰ Vesd össze J. Forster: Über die Beziehung des Typhus und Paratyphus zu den Gallenwegen. Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. I. sz.

elsőn az összes mirigyves függelékek beszűrődésével kapcsolatban a „febris continua continens kritikus lázalabbhagyással” észlelhető; a másodikban a mirigyek részleges beszűrődésével a rövid ideig tartó continua continens látjuk a lázgörbe fokozatos lassankénti leszállásával. Jellemző a gonorrhoeás lázra, hogy a betegek a legmagasabb lázban sem esnek deliriumba; igen súlyos spermatozystitis gonorrhoea esetében 42 C° lázat is észleltem már delirium nélkül; gonorrhoeában a rázóhideg is aránylag ritka a streptococcus és pneumococcus infectiójával szemben, a melyekben a rázóhideg és delirium a markáns, jellemző tünetekhez tartozik.

Valamint a pneumoniában a pneumococciustartalmú köpet bővebb kiküszöböltetése csak a láz megszűnte után indul meg, midőn tehát a szervezet az általános fertőzést már sikeresen leküzdötte, úgy a gonorrhoeában is a láz megszűntével — vagyis az általános fertőzés lezajlása után — indul meg csak a retentiós



1. számú ábra. Dr. Sz. esete.

gócok ürülése (lásd a III. fejezetet) és addig tart a gonococciustartalmú geny, illetőleg gonococciustartalmú váladékok ürülése, míg az utolsó gonococcus is elhagyta az urogenitális tractust.

Egy további párhuzamot találhatni a gonorrhoeás kezdeti fertőzés „pneumoniás” typusa és a pneumonia, valamint más mirigyves csőrendszerek fertőződése között az úgynevezett abortív alakokban, hol az általános fertőzést csak egy, néha két napig el-tartó hágyadtság, étvágytalanság jelzi (lásd H. dr. esetét is).

A typhusfertőzésről pedig Eccard,²¹ a ki mint egy zárt gyógyintézet igazgatója észlelt végig egy hosszabb endemiás typhusjárványt, ezeket írja:

„Nálunk is az esetek nem kis számában a fertőzés legelőször anginában, egyes esetekben az ízületek heveny duzzadásával és a szív részéről mutató tünetekkel nyilvánult meg.”

(Folytatása következik.)

Az elferdülések prophylaxisa.¹

Irta: Horváth Mihály dr., egyetemi magántanár.

(Vége.)

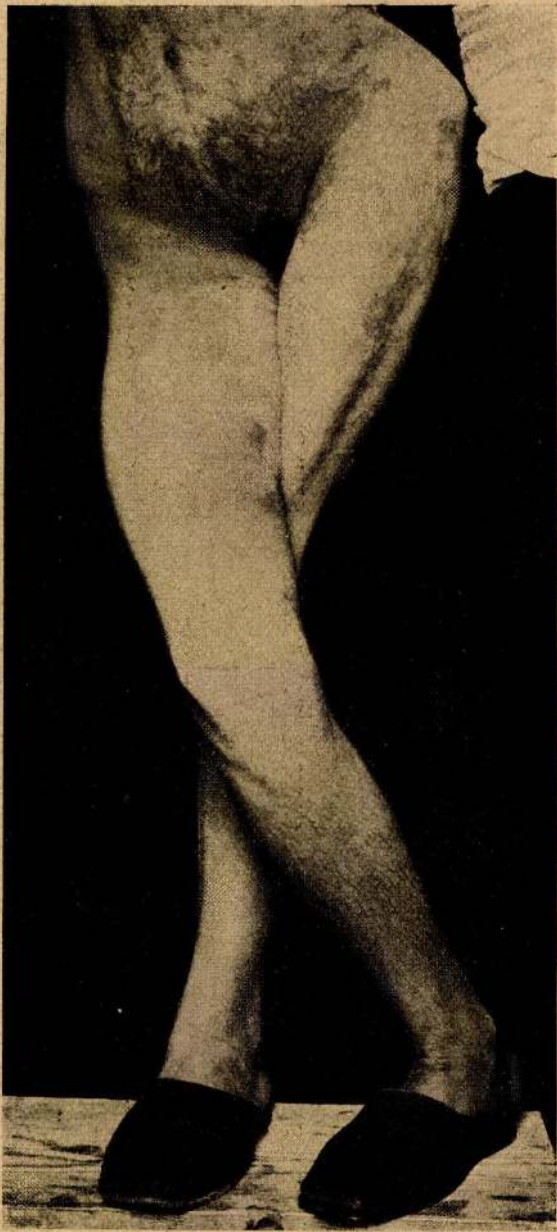
A traumás sérülések kapcsán létrejövő deformitások prophylaxisáról tulajdonképpen csak oly értelemben beszélhetünk, a

²¹ Eccard, Direktor der kgl. Kreiskranken- und Pflegeanstalt zu Frankenthal: Zur Bekämpfung und Prophylaxe des endemischen Typhus besonders in Internaten. Münchener med. Wochenschrift, 1910. január 18. 3. szám. 130. lap.

mennyiben ellenőrizzük azon intézkedések pontos betartását, a melyek az ipari törvényekben foglaltatnak.

Prophylaxisos értéke van azonban ismét annak, ha a töréseket, ficzamosodásokat és a lágyrészek sérüléseit helyesen gyógyítjuk, mert csak így módon csökkenthetjük a másodlagos traumás deformitások számát. Ezek ismét a megterhelés hatása alatt fejlődnek ki, ha a primaer sérülés dislocatióval, epiphysisleválással gyógyult, avagy ha a törött csontot minden támasztás nélkül a megterhelés hatásának tesszük ki, még mielőtt a puha callus tökéletesen megkeményedett.

Az in, izom, ideg és bőr traumás sérüléseinek helytelen vagy sikertelen gyógyítását a lágyrészek zsugorodása nyomon követheti,



1. ábra.

a mi ismét gyakran nehezen kiegyenlíthető contracturák fejlődéséhez vezet. Hogy az indicatio orthopaedica figyelmen kívül hagyása mily súlyos következményekkel járhat, szolgáljon példaképpen a következő eset:

Egy leányka 7 éves korában súlyos égési sebeket szenvedett, melyek a bal ezomra és csipőre terjedő hegeseddel gyógyultak (1. ábra). A gyógyulás ideje alatt a beteg állandóan a jobb oldalára fordulva feküdt, úgy, hogy a czomb flexiós adductiós helyzetbe került. Ennek eredménye igen nagyfokú contracturán kívül a czombesont ficzamosodása lett. A leánykát 14 éves korában láttam, s ekkor a végtagnak functionális rövidülése (ficzamosodás, contracturás állás) 17 cm. volt. Hosszas fáradozással sikerült a

contracturát megszüntetni, a czombfejet reponálni s a végtagot a járásra kedvező helyzetben rögzíteni.

Ez esetből is levonhatjuk a tanulságot. A kezelő orvos csak az égési sebek gyógyításával törődött (indicatio morbi) s figyelmen kívül hagyta teljesen, hogy a végtag rendes helyzetét s ezzel későbbi functióját is biztosítsa (indic. orthopaedica).

* * *

Szóról szóra meg kellene ismételni az elmondottakat azon elferdülések prophylaxisának tárgyalásakor, a melyek az idegrendszer megbetegedésén alapulnak.

(A mennyiben a poliomyelit. ant. ac.-ról, mely a paralytikus elferdülések leggyakoribb okozója, beigazolódnék, hogy valóban specifikus infectiön alapuló megbetegedés, ez esetben terjedésének meggátolására éppen oly prophylaxisos intézkedéseket kellene fogantatosítani, mint a többi acut fertőző bántalomban. Tekintve a poliomyelitisnek már többször leirt epidemiás jelentkezését, nagyon helyesen járunk el, ha a beteget az acut stadiumban lehetőleg izoláljuk.)

Az idegrendszer különféle megbetegedéseit éppen úgy nem tudjuk meggátolni, mint például valamely traumás sérülést s így az ezek kapcsán kifejlődő elferdülések prophylaxisa ismét csak az alaphántalom korai és helyes gyógyításában állhat.

E tekintetben azonban valóban sokat tehetünk, a mivel a különben is nagyon erősen sujtott beteg későbbi sorsán enyhíthetünk. Ezt annál inkább hangsúlyozom, mert a tapasztalatok azt mutatják, hogy a bénulások betegek, a poliomyelitisben szenvedő gyermekek gyógyításakor sokszor oly mulasztás történik, a mely a tulajdonképpeni orthopaediás gyógykezelést nagyon megnehezíti. Ha a bénult végtagot magára hagyjuk, könnyen fejlődnek ki a másodlagos elferdülések, contracturák, eltérések az ízület alakjában és mechanizmusában. Ezeknek meggátolásával a gyakorló orvos, sokszor még a neurologus sem törődik. Elrendelik ugyan a massaget, villanyozást, meleg fürdőket, talán egyik-másik még a hűdött végtagnak annyira fontos passiv mozgatót is előírja (ezek az activ antagonisták zsugorodását gátolják meg, s a bénult végtagban a nedvek keringését elősegítve, az összes képletek atrophiját mérséklék), de rendszerint megfeledkeznek a bénult testrész megfelelő fektetéséről s megtámasztásáról. A mikor pedig a beteg az orthopaed kezébe kerül, rendesen már nem csak arról van szó, hogy a beteget teljes bénulás esetében mozgásra képesítse támasztó gépezetek útján, avagy részleges bénulás esetében sebészi beavatkozással állítsa helyre az izom-antagonismus elvesztett egyensúlyát, hanem először a már rögzített paralytikus deformitások redressálásával kell foglalkozni.

Az idegrendszer azon megbetegedéseiben tehát, a melyekben a gyógyulás előreláthatólag csak hosszú idő múlva várható, az általános ismert gyógykezelés keretében a bénult testrész helyes fektetéséről is gondoskodnunk kell, sőt nagyon helyesen járunk el, ha a nap egy részében alkalmas támasztó készüléket is alkalmazunk. A szegény praxisban a levehető gipszsínek teljesen megfelelnek a célnak, mert a míg egyrészt lehetővé teszik a bénulás általános gyógyítását, másrészt a paralytikus deformitások kifejlődését gátolják meg.

* * *

Összefoglalva kívánom tárgyalni azon elferdülések prophylaxisát, a melyek anaemiás, rachitises, általános alkati gyengeségben szenvedő vagy oly gyermekeket fenyegetnek, kiknek ellentálló képességét valamely acut fertőző bántalom támadta meg. Ezen esetekben a csont- és izomrendszer gyengesége csak az egyik tényező, a mely a gyermeket elferdülésre hajlamossítja; az ezt kiegészítő második tényező, az elferdülések tulajdonképpeni oka a megterhelés, melynek nagyságát a testsúly, az izomműködés és esetleges külső súlyterhelés összege adja meg. Ezen két tényező érvényesül az elferdülések azon nagy csoportjában, a melyet közös névvel a *megterhelés útján létrejött deformitásoknak* nevezünk.

A prophylaxisos eljárásoknak természetesen az aetiologián kell alapulniuk s így 1. érvénybe lépnek a szervezet erősítését célzó eljárások, a melyekre különös figyelemmel éppen az angolkóros s általában is gyengébb gyermekeken kell lennünk, 2. gondoskodnunk kell arról, hogy az elferdüléseket létrehozó második tényező, a helytelen irányú és relative is nagy megterhelés ne érvényesülhessen.

A megterhelés útján létrejövő deformitások fejlődése rendkívül lassú. A kezdet a gyermekkorra, sőt gyakran már az első életévek idejére esik s rendszerint a csontnövekedés befejezéseig tart. Ezen hosszú tartam bőséges alkalmat nyújt az orvosnak a beavatkozásra.

A csecsemő táplálása, ruházódása, ápolása, a gyermek nevelése: mind olyan kérdések, a melyeknek helyes megoldása a deformitásokra való hajlamosságot csökkenti. Targyalásukról ez alkalommal lemondhatok s csak néhány észrevételt kívánok tenni, a melyek orthopaediás szempontból bírnak különösebb fontossággal.

A csecsemő legtermészetesebb helyzete a nyugodt hanyattfekvés. Azon időszak, a midőn physiologiás körülmények közt is mással cseréli fel e helyzetet s megtanul ülni és később felállni, bizonyos veszedelemeket rejt magában, a melyeket csak úgy kerülhetünk ki, ha a helyzetváltoztatás fokozatosan történik. Ahhoz, hogy egy gyermek egyenesen ülni s jól megállni tudjon, nemcsak erős csontokra, hanem jól fejlődött izomzatra is van szüksége. A csecsemőgyermeknek tehát alkalmat kell nyújtani arra, hogy izomzatát fejlessze. Bő ruházat a végtagok szabad mozgását s ily módon az izomzat erősödését engedi meg. A gerincoszlop mozgásait és tartását szabályozó hátizomzat erősítésére szolgál az, ha a csecsemőt körülbelül a 2—3. hónaptól kezdve naponta többször hasra fektetve alkalmat adunk neki arra, hogy karjaira támaszkodva fejét magasra emelje, a mit csak a tarkó és hátizomzat megfeszítésével ér el. Hagyjuk később a gyermeket négykézláb mászkálni, a mi átmenetet alkot az állás és járás tanulására.

A csecsemő korai ültetése, karon hordozása, korai lábraállítása gyakran szolgáltat alkalmat a gerincoszlop vagy az alsó végtagok elferdülésére, különösen oly csecsemőkön, kik angolkórosak vagy constitutionális gyengeségben szenvednek. A korai ültetés a gerincoszlop physiologiás hajlásait is megváltoztathatja, a lumbális lordosis ellaposodik, kyphotikus lesz, a mi a tartási típust a felnőtt emberen is kórosan befolyásolja.

A gerincoszlop és a végtagok elgörbülését az arra hajlamos csecsemőkön és kis gyermekeken prophylaxisos intézkedésekkel kell megakadályozni; erre valók a különféle fektető és támasztó kötések és készülékek.

Hogy a prophylaxisos intézkedéseket az ily csecsemőkön és kis gyermekeken a dispositio okát alkotó bántalom rendszeres és korai gyógyításával kell kezdenünk, nem szorul bővebb fejtegetésre. Ily módon a csontrendszer teherviselő képességét emeljük.

Mechanikai ártalmaknak a serdülő gyermek is igen gyakran van kitéve. Megterhelés útján létrejött elferdüléseket főleg a gerincoszlopon (*scoliosis, kyphosis*) s az alsó végtagokon (*genu valgum et varum, pes valgus, a lábujjak eltorzulása*) találunk.

Ezek között már csak igen nagy gyakoriságuk miatt először a *scoliosis* prophylaxisával kell foglalkoznunk.

Természetes, hogy a gerinczelterdülések prophylaxisában serdülő gyermekeken is első sorban az *indicatio morbi*-t kell érvényesítenünk s mindazon intézkedések, a melyek az általános hygiene emelésével a rachitis, a constitutionális gyengeség ellen küzdenek, a melyek a gyermekek erősödését czélozzák, egyúttal integrans részei a *scoliosis* prophylaxisának is.

Az orvos figyelmének azonban ki kell terjednie azon alkalmi okokra is, a melyek elferdülésre hajlamosítanak.

A *scoliosis* prophylaxisa érdekében a legnagyobb jelentőségűnek a gyermekek rendszeresen megismétlődő vizsgálatát tartom. Különös nyomatékkal kívánom ezt hangsúlyozni, mert e nélkül összes prophylaxisos intézkedéseink eredménytelenek lesznek. Az ily rendszeres vizsgálat derítheti fel csak a kezdődő elferdüléseket, sőt csak ez teszi lehetővé, hogy felismerjük az arra való hajlamosságot, még mielőtt valóságos elferdüléshez vezetett volna. Éppen ezért nagyon kívánatos, hogy úgy a háziorvosok, mint különösen az iskolaorvosok, minden gyermeket egy év folyamán kétszer megvizsgáljanak. E vizsgálatkor a csont- és izomrendszer általános állapotán kívül a gyermek tartására s arra kellene kiterjeszkedniök, hogy vajjon az egyik vagy másik deformitás nincs-e már kifejlődőben?

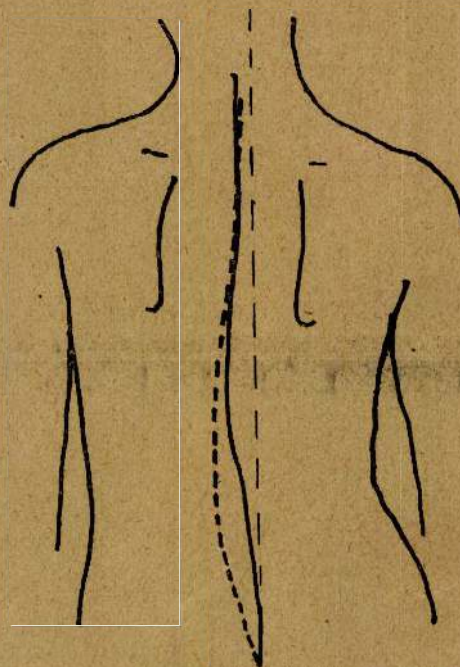
A *scoliosis* fejlődésére igen gyakran az iskola, illetőleg az iskolázással egybekötött hosszú ideig tartó ülés szolgáltat alkalmat s ha a *scoliosis*t nem is lehet úgy felfogni, mint egyedül az iskola által előidézett betegséget, érthető mégis az az általános törekvés,

mely az iskolázatással járó ártalmak csökkentését czélozza. S bár az iskola hygienés berendezésével, a tanórák helyes beosztásával, esetleg rövidítésével, néhol az álló írás behozatalával, a torna és iskolai játékok intenzívebb gyakorlásával a viszonyok javulását érték el, mindezzel nem fogunk elért érní mindaddig, míg az orvosi ellenőrzést, vizsgálatot nem tesszük kötelezővé minden iskolában. Ezt ma csak mint elvet kívánom hangsúlyozni, a vizsgálat módozataira azonban nem terjeszkedhetem ki.

Ha a vizsgálat legcsekélyebb asymmetriát, sőt, ha csak elferdülésre való hajlamosságot derítene ki, ez is már feltétlen orvosi beavatkozást igényel. Újabban mind szélesebb körben hódít az a kívánság, hogy az elferdült vagy az elferdülésre hajlamos gyermek orvosi tornáztatásáról külön gondoskodjunk. Nálunk ez még nem valósítható meg, mert nemcsak a szükséges intézmények, hanem az ezek vezetésére alkalmas, orvosilag is kellően képzett egyének is hiányzanak.

Ezt a rendes iskolai tornázás nem pótolhatja, mert a gerincoszlop elferdülésében szenvedők úgynevezett lokalizált tornagyakorlatokat igényelnek s éppen ezért magam részéről az ilyen gyermekeket az iskolai tornázás kötelezettsége alól fel is mentem, s tornáztatásukról másképpen gondoskodom.

A hosszas és helytelen ülés nem az egyedüli alkalmi oka a



2. ábra.

*scoliosis*nak. Én legalább igen gyakran látok oly elferdüléseket, a melyek az egy lábon való s gyakran megismétlődő hosszas állásra vezethetők vissza. Figyeljék meg Uraim a gondjaikra bizott gyermekeket állás közben is, s alig fognak találni egynehányat közöttük, kik nem az úgynevezett pihenő állásba helyezkednek, a melyben az egyik lábat előre helyezik, vagy a térdet behajlítják s a test súlyát a másik (álló) lábra helyezik. Az így szerzett típusos lumbális elhajlást, mely főleg leányokon oly gyakori, mutatja a 2. ábra, melyen a pontozott vonal a gerincoszlop lefutását jelzi a bal térd habituális behajlításakor.

A hegedűn való játszást, a sok kézimunkát, a nehéz iskolatáskának, vagy például kisebb testvérnek a karon hordozását, valamint mindazon betegségeket, a melyek egy végtag rövidülését s ily módon statikus elhajlást eredményeznek, csak a teljesség kedvéért említem fel. Prophylaxisos intézkedéseinknek ezekre is ki kell terjeszkedniök.

Akár az elferdülésre disponáló alkati betegségeket tekintjük, akár pedig azon okokat, a melyek az ily gyermek elferdülésére alkalmat nyújtanak, egyet sem találunk közöttük, a mely a körültekintő orvos előtt rejtve maradhatna. Tegye meg tehát minden orvos a kötelességét; rendszeres vizsgálat útján nemcsak morphologiai, de aetologiai diagnoszt is tehet s ha valamely esetben el-

ferdülésre hajlamosító okot derít ki, praeventiv intézkedésre még elég ideje van. Ha mindezek ellenére a habituális rossz tartás vagy statikai okok következtében a gerincoszlop állandó alakeltérést szenvedett, akkor ne késlekedjék. Ne kicsinyelje a gerincoszlop kisebb fokú eltérését, mert ha elbizzá magát (majd kinövi magát), csakhamar oly alaki és szerkezeti elváltozásokat fog találni az egyes csigolyákon, a melyeket megváltoztatni még soha senkinek sem sikerült.

* * *

Azon elferdülések között, a melyek létrejövetelében a megterhelésnek mindig szerep jut, gyakorisága miatt említést érdemel a *lúdtalp*.

A lúdtalpnak kevésbé gyakori (világrahozott, paralytikus, traumás eredetű) fésleségeitől eltekintve, rendszerint az úgynevezett pes valgus staticussal van dolgunk, a melynek kifejlődése azon aránytalanságra vezethető vissza, a mely a megterhelés és a láb teherviselőképessége között áll fenn. Minthogy pedig a láb teherviselőképessége első sorban a talp- és lábszár-izomzat teljesítőképeségétől függ, ezért a lúdtalp aetiologiájában első sorban azon tényezők szerepelnek, a melyek az izomzat gyengüléséhez vezetnek (az izomzat tétlensége, atrophiaja, hiányos táplálkozása, a mit a szűk cipő által okozott nyomás nagyban elősegít, s az izomzat túlfárasztása).

A prophylaxist leghelyesebben itt is a bántalom aetiologiája határozza meg: helyesen készített cipő hordásán, az izomzat erősödését célzó gyakorlatokon kívül gondoskodjunk arról is, hogy a láb izomzata a túlságosan nagy vagy túlhoszú ideig tartó megterhelés következtében ne fáradhasson ki. Hogy az izomerő elégtelenségén kívül más, a pes valgus kifejlődését elősegítő betegségekre és alkalmi okokra is tekintettel kell lennünk, az természetes. Ilyenek például az általános alkati gyengeség, rachitis, genu valgum, coxa vara, a túlzottan abduktált lábakkal való járás, állás, a mi a láb mediális szélének túlságos megterhelésével jár.

Arra a sokszor felvetett kérdésre, vajjon megengedhető-e, hogy különben egészséges gyermekek nyáron szandált viseljenek, a feleletet *Bardenheuer* észlelése adja meg, mely szerint a szandált viselő barátok közt a lúdtalp teljesen ismeretlen.

A *gacsos térd* (genu valgum) prophylaxisában irányadó lesz az a körülmény, hogy rendszeren angolkoros gyermekeken találkozunk vele, kik aránylag korán tanultak meg járni, s így a testsúly által való megterhelés a puha csontokat elferdítette. Ez esetben a gacsos térd, vagy esetleg a genu varum, csak részjelensége a rachitisnek. A serdülő korban is látunk nagyfokú genu valgumot olyanokon, kik fejlettségükhöz képest aránytalan nehéz és sok állással vagy járással egybekötött munkát végeznek. Ily gyengén fejlett ifjak pályájának megválasztásával hathatunk be prophylaxisos értelemben.

A lábujjak nagyfokú elferdülését (*hallux valgus*, *kalapácsujj*) az esetek legnagyobb részében a divatos, szűk és magas sarkú cipő hordása okozza. Ennek köszönhető, hogy manapság a kultur-embereken normálisan alkotott lábat már nem is találunk. Jól készített cipőt hordjunk, melynek széles és nem túl magas sarka van, a talp szélessége ne legyen kisebb, mint a láb szélessége, a láb ujjait ne szorítsa össze, az öregujjat ne tétítse ki egyenes irányából s oly hosszú legyen, hogy az ujjak minden rálépéskor teljesen kinyúlhassanak.

* * *

Előadásom végére értem. Célom az volt, hogy reámutassak általánosságban a gyakorlóorvos szerepének fontosságára a deformitások prophylaxisában, megjelölve legalább főbb vonásaiban a prophylaxisos intézkedések elveit.

Küzdeni azon betegségek ellen, a melyek az elferdülésekre hajlamosítanak, megakadályozni, hogy ezen bántalmak kapcsán másodlagos elváltozások jöjjenek létre, elhárítva azon káros mechanikai tényezőket, a melyek az elferdülések kifejlődésének kedveznek: ebben foglalhatom össze röviden az orthopaediás prophylaxis lényegét.

Már magában véve azon körülmény, hogy mint gyakorló orvosok a nép szélesebb rétegeivel foglalkoznak, érthetővé teszi, hogy az elferdülések prophylaxisából az oroszlanrészt a

gyakorlóorvosoknak kell magukra vállalni, annál inkább, mert hazánkban, főleg a vidéken hiányzanak azon intézmények, a melyek ezen feladat teljesítésére hivatva volnának.

Gondoljunk meg, Uraim, hogy az elferdült gyermek nyomorúságát gyakran az egész életen át kénytelen viselni s mint ilyen, hivatásának teljesítésében is nagyrészt akadályozva lehet.

Akkor pedig, midőn Önök, mint gyakorlóorvosok, az elferdülések prophylaxisának fontosságát nem tévesztik szem elől, háláját érdemlik ki a szenvedő-embereknek, de nekünk szakorvosoknak is, mert ezzel bennünket feladatunk teljesítésében a lehető legnagyobb mértékben támogatnak.

Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.)

Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez.

Irta: *Steiner Pál* dr., klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

Szövödmények műtét közben.

1. A hólyag megnyitása előtt megeshetik, hogy a *hashártya visszatolása* nehézségbe ütközik, a *hashártya megnyílik*, minek oka rendszeren az előző pericystitis, a mely a peritoneum áthajlási redőjét az os pubis környékén rögzíti. A hashártyaredő visszatolását óvatosan kell eszközölni tompán az os pubis mögé vezetett ujjunkkal, ügyeljünk e közben, hogy a prae- és perivesicális kötőszövetet lehetőleg helyén hagyjuk, a hólyagot csak akkora terjedelemben tegyük szabaddá, a mennyire azt a műtét megkívánja. A hólyag könnyen felismerhető a rajta haladó gyűjtőerekről és izomfaláról. Ha a visszatolás közben a hashártya megnyílnék, gondosan el kell zárunk, mire a műtét folytatható. Egy esetben sem talákoztam ezen szövödménnyel.

2. *Vérzés az elülső hólyaggal megnyitásakor* rendszeren csekély, gyűjtőeres. Elkerülhető a nagyobb vérzés már azzal is, hogy oly helyen nyitjuk meg a hólyagot, a hol az erek megkímélhetők az átmetszéstől. A gyűjtőeres vérzés rendszeren csakhamar csökken, a midőn a levegő a hólyagból kisurran; a verőeres vérzés ritka és lekötéssel csillapítható.

3. A *vizelet beszűrődése a Retzius-féle térbe* elkerülhető, ha mindazon kautelákat betartjuk, a melyeket fentebb már jeleztünk. A hólyagfalba előre beöltött két selyemfonallal az elülső hólyagfalat kiemeljük, az előzetesen teljesen kiürített hólyagból a még meggyült vizeletet magfogóba applikált kis tamponokkal felitatjuk, a hólyagmetszést nem mélyen, hanem közel a vertexhez végezzük.

4. *Vérzés a prostata enucleatójakor*, ha a helyes rétegben dolgozunk, nem jelentékeny és a prostata eltávolítása után, mikor is a nidus összehúzódhatik, rendszeren jelentéktelen. Minél inkább urai vagyunk a technikának, annál kevésbé fogjuk észlelni. Ha a vérzés a műtét alatt mégis nagyobb, akkor a nidus tamponálásával rendszeren célt érünk (l. fentebb).

5. *Nehézségek a prostata kihámózásakor* akkor merülnek fel rendszeren, ha nem a helyes rétegben dolgozunk, ha nem a prostata állományán kívül, hanem azon belül operálunk; ilyenkor nemcsak hogy visszamarad a prostatának egy része, hanem éppen ez gyakran a vérzés forrása is. Nehezen enucleálható a prostata azon esetekben, a melyekben periprostatitis következtében szivós összenövések állnak fenn, ilyenkor különösen ügyelnünk kell, hogy durván, erőszakkal ne operáljunk, mert ez esetben nemcsak az lesz a következmény, hogy a prostata kihámózása után durva szövetczafatok alkotják a visszamaradó ág falát, a melyek rosszul táplálva elhalnak és incrustálódnak, hanem az is megeshetik, hogy hólyagvégbélsipolyt létesítsünk. Ezen szövödménnyel egy esetben sem talákoztam. Éppen így ügyelni kell, hogy a pars membranaceát se szaggassuk szét, a mi állandó vizeletesurgásra vezetne, hanem a prostata szabaddá tétele után, ha szükséges, ollóval messzük át a húgyesövet.

Szövödmények a műtét után.

A műtét utáni szövödmények jelentkezhetnek vagy közvetlenül a műtét után, vagy később, és vonatkozhatnak vagy a műteti

területre, vagy egyéb szervekre. Fontosságukra való tekintettel ezeket részletesen kell tárgyalnom.

A) A műtét utáni közvetlen szövődmények.

1. *Az utóvérzés.* Ez vagy közvetlenül a műtét után jelentkezik, vagy később. Az utóvérzés rendszeren a prostata midusából jő, megelőzhető rendszeren azzal, hogy a helyes rétegben történik a kihámózás, másfelől, hogy már műtét közben gondoskodunk, hogy a vérzés kellően csillapítva legyen; a fentebb említett massage és a tamponade rendszeren célhoz vezet. Ha ezt elmulasztottuk, vagy mégis beáll az utóvérzés, a gelatina-injectiók, ergotin, chlorcalcium ritkán vezetnek eredményre, sőt a chlorcalciumtól Augier, *Second* osztályáról, határozottan óva int, mert ez a vér coagulációját fokozva thrombosisra, emboliára vezethet, miként ő 3 esetben észlelte, hogy phlebitis fejlődött ki utána, egy ízben halálos kimenetelű emboliával. Még legcélszerűbb a serum alkalmazása, a melyet P. E. Weil ajánlott még haemophiliás vérzések esetén is, de legészszzerűbb nem soká kísérletezni ezen közvetett módszerekkel, hanem mindjárt a nidus feltárását és tamponálását végezni. A vérzés nem mindig a nidusból magából származik, hanem eredhet a hólyag varixáiból is, egy ilyen esetben eredménnyel alkalmaztam az adrenalinus (1:1000) hólyagmosást. Az utóvérzés napokkal a műtét után is jelentkezhetik, így egyik esetben 7 nappal a műtét után, ekkor az indirect módszerek nem használtak és a vérzés hólyagtamponadera prompt megszűnt. Úgy hiszem, hogy a lumbális anaesthesia e tekintetben is fölényben van a narcosis felett és kiemelhetem, hogy elvérzés következtében egy beteget sem veszítettünk el.

2. *A shock.* Ezen szövődmény az erősen legyengült betegek-nél közvetlenül a műtét után vagy rövid 1—2 nap után halálra vezethet. Ügyelnünk kell, hogy a shock diagnosit csak az esetben vegyük fel, ha sem elvérzés, sem sepsis nincs, mert ezen műtétnél főleg a virulens infectio lehetősége van meg. A shock inkább azokban az esetekben áll be, a melyekben a prostata csak nagy erővel volt kihámózható és éppen ez a hátránya ezen transvesicális műtétnek, hogy nem élesen, hanem tompán, néha erőszakkal kell dolgozni. Mindazok az egyéb műtétek is, a melyek ily erőszakos operálással járnak, nagy shockot idéznek elő, így súlyos shockot láttam egy esetben pyonephrosis calculosa miatt végzett nephrektomiánál, melynél a környezettel levő rigid összenövés csak erővel voltak szétszakíthatók. Még azok a betegek is, a kiknél a műtét aránylag simán megy végbe, noha betegeinket nem altattuk, a műtét után erősen megviseltnek látszanak, a minek okát, minthogy eseteinkben jelentékeny vérzés nem volt, csakis a tompa dolgozásban kereshetjük. Hogy ez így van, az is bizonyítja, hogy a perineális módszernél, a melynél élesen operálhatunk, sokkal ritkább a shock. Ezen szövődmény ellen úgy küzdünk, hogy betegeinknek cognacot adunk a műtét alatt is, esetleg coffeint fecskendezünk a bőr alá. Legcélszerűbbnek találtam a Katzenstein-féle rectális konyhasós infúsiókat, a melyekre itt különösen felhívom a figyelmet. Ezen infúsiókat szükség esetén naponta háromszor is alkalmazzuk, a betegek szemlátomást térnek magukhoz.

3. *A fertőzés.* A fertőzés lehet helybeli és általános. A helybeli fertőzés jelentkezhetik vagy a prostatanidusban, vagy a cavum praevesicaleban. Mindkettőnek lehetőségére megvan a kedvező alkalom, a nyálkahártyától fosztott műteti seb állandó érintkezésben van a vizelettel, ez itt pang és igen sok esetben fertőző. Így a műteti területben phlegmone jelentkezhetik, ehhez cystitis diptheritica és ascendáló pyelonephritis társul, a mely halálra vezet. De lehetséges, hogy a helybeli sebfertőzésnek sepsis lesz a következménye a nélkül, hogy a hólyag és a felső húgyutak a fertőzésben részt vennének. A fertőzésnek gyakori neme, hogy a genyedés a cavum Retziában kezdődik és vagy mint hypogastrikus phlegmone, vagy mint medencephlegmone, cellulitis pelvica, terjed tova és vezet halálra. A fertőzésnek jellegző tünetei vannak, a hőmérsék emelkedése, szopora pulsus, a közérzet rosszabbodása, száraz nyelv, majd irreguláris érverés, a vizelet mennyiségének csökkenése, hypostasis, egyenként is, összességükben pedig még inkább vészes tünetek.

A fertőzéssel szemben leghelyesebb, ha azt még a műtét előtt kisebbítjük, ha lehet, kiesatoljuk. Ezt a beteg előkészítésével, a mint fentebb kifejtettem, érjük el. Addig ne operáljunk, míg a vizelet genyes; ha a szokásos mosások nem vezetnek célhoz,

két szakaszban végezzük a műtétet, előzetes cystostomiával. Ezen kétszakaszos műtét mellett még előrehaladt fertőzések esetek is bámulatosan megjavulhatnak. Ha már kifejlődött a praevesicális phlegmone, kísérjük meg a divó antisepsis eljárásokat, a per-oxygenolos mosásokat; ha a fertőzés a prostata helyén jelentkezett, drainezzük meg ezen helyet perineális sipolyon át, ez könnyen kivihető a hólyagseben át bevezetett magfogóra való reámettszéssel. E mellett törekedünk a szervezet általános kezelésére, esetleg a collargolos injectiókat vagy rectális infúsiókat próbáljuk meg. Fő itt a prophylaxis, ha fertőzött eseteket nem operálunk, hanem arra törekszünk már a műtét előtt, hogy a fertőzés lehetősége a vizelet felől csökkenjen vagy el is tűnjék, ha a betegek erőbeli állapotát előzetesen fokozzuk, úgy ezen súlyos jelentőségű szövődmény mind ritkább lesz.

4. *Szövődmények a vérkeringési szervek részéről.* A szív részéről elég gyakori a complicatio, lévén öreg emberekkel dolgozunk, a kiknek gyakran myocarditis van; az érverés szabálytalan, gyengébb lesz. Ilyen esetekben cardiacumokat adagolunk, sőt célszerű minden esetben a műtét után digalent adagolni. Másor hirtelen synkope áll be, vagy a műtét után közvetlenül, vagy később. Mi egy esetben sem észleltünk synkopet, talán az általános narcosis, főleg a chloroformnarcosis elkerülésének tudhatjuk ezt be. Gyakori szövődmény a phlebitis, a mi elég jól érthető is, ha tekintetbe vesszük, hogy a műtétkor a prostatanidusban mily tág gyűjtőeres hálózat lett megsérve. Maga a phlebitis rendszeren jóindulatú, azonban forrása lehet az emboliának, a mely hirtelen halálra vezethet. Az embolia jelentkezhetik nemsokára a műtét után, másor ismét napokkal azután: Albarran egy betegén 4 emboliát észlelt gyógyulással; ilyen tüdőemboliák, a melyek infarctusképzésre vezetnek, gyógyulhatnak is, de legtöbb esetben az embolia halált okoz. Emboliás halált mi egy esetben sem észleltünk.

5. *Szövődmények a légzési szervek részéről.* A tüdő részéről jelentkező szövődmények gyakoriak vagy hypostasis, vagy oedema, vagy bronchopneumonia képében. Megjelenésük mindig súlyos szövődmény. Itt igazán a prophylaxis a fontos, kerülnünk kell a betegek kihülését, gyakorta ültetjük a beteget, expectorálását elősegítjük, szívét erősbitjük. A bronchopneumonia forrása lehet egy fertőzött infarctus is s általában gyakoribb szövődmény ez azokban az esetekben, midőn a műteti sebben infectio van jelen.

6. *Szövődmények a vesék részéről.* Ezek különbözők lehetnek, kezelésünkben itt is a prophylaxis a fő. A műtét után a már meglevő veseelégtelenség fokozódik és néha már az első 24 órában uraemiás tünetek mutatkoznak, másor lassan fejlődik ki az uraemia, a vizelet mennyisége feltűnően csökken, psychés zavarokat is észlelünk, a tápfelvételt a betegek megtagadják s e tünetek bevezetői a közeli halálra. Ezen veseelégtelenség jelentkezhetik teljesen sima, láztalan lefolyás mellett, másor ismét a műteti sebből kiinduló genyes vesegyulladás következik. Minthogy a vese részéről gyakoriak a szövődmények, a műtét előtt gondosan meg kell győződnünk arról, hogy nem áll-e már fenn veseelégtelenség, mert ha ezt elmulasztjuk, könnyen a műtét rovására írunk, mint következményt, holott már a műtét előtt megvolt.

7. *Szövődmények a tápcsatorna részéről.* Ezek általában ritkán súlyosak, leginkább coprostasisban állanak s ritkán vezetnek halálra. Rafin egy esetében a beteg stereoraemia következtében halt meg. Gondoskodnunk kell klysmákkal a bélműködés rendben tartásáról, a korai mozgás, felkelés szintén jól hat.

8. *Szövődmények az agy részéről.* Ilyen a haemorrhagia cerebialis, a mely arteriosklerosisos betegeknél elég gyakori, továbbá ide sorolhatjuk a postoperativ psychosisokat. Ezen psychosisok deliriosus, maniás, melancholiás jellegűek és általában (főleg Rosing) a prostata eltávolításával járó kiesési tünetként fogták fel. Mi is észleltünk postoperativ psychosist, egy esetben a boncsolás mutatta, hogy még egy prostatarész visszamaradt s így nem fogható fel ezen psychosis mint kiesési jelenség. Ki kell zárunk mindenekelőtt az uraemiát és a sepsist, csak ha ezek nincsenek jelen, jogosult a felvétele. Ezen psychosis gyakran transitorius jellegű, 1—2 nap után megszűnik, ilyen esetekben jó eredménnyel alkalmaztam a Katzenstein-féle rectális infúsiót. Olyan súlyos postoperativ psychosis, mint a milyenről Rumpel a Bergmann-klinikáról beszámol, a mely állapotban két beteg öngyilkos lett, a

ritkaságok közé tartozik és kérdés, hogy speciálisan ezen műtét rováására irandó-e?

9. *Szövődmények alkati megbetegedés folytán.* Itt a *diabetesre* hívom fel a figyelmet; e betegség mellett *coma diabeticum* halálra vezethet olyankor is, midőn a seb részéről semmi szövődmény sincs.

10. *Szövődmények a bőr részéről.* Közvetlen következése a vizeletnek a hasfalra való csurgásának a hasfal *eczemája*. Helyesen alkalmazott drain és a bőrnek kenőcsös kezelése mellett ezt egy esetben sem észleltem. Kellő gondosság mellett a *decubitus* is ritka, főleg ha a betegeket az ágyban nem hagyjuk egy helyt és a korai felkelésről gondoskodunk.

11. *Szövődmények a here részéről.* A here és a mellékhere gyulladásával elég gyakran találkozunk. Egyfelől már a hosszas katheterezés, másfelől a műteti seb felől a ductus ejaculatorii felőli fertőzés ezen szervek gyulladására vezethet. A gyulladás néha genyedésbe is átmegy. Nem súlyos szövődmény, a mely antiphlogistikus eljárásokra, esetleg bemetszésre gyógyul. Ezért nem indokolt *Pauchet* álláspontja, a mely abban áll, hogy prostatektomia előtt a ductus deferentes reszekáltassanak; ezen alapjában esonkító műtét mellett is észleltek heregyuladást (*Guelliot*), másfelől definitív sterilításra vezet. A mi eseteinkben is az általános gyuladást a heregyuladás nem zavarta, lezajlott az előbb, mint a gyógyulás befejeződött.

12. *Incontinentia urinae.* Ez ritka szövődmény és oka a műtét technikájában keresendő, ha a műtő helytelenül a pars membranaceát szétszakította. Sőt ellenkezőleg azt tapasztaltam, hogy a műtét még a vizeletcsurgásos esetekben is célhoz vezet, mert helyreáll a rendes vizelés és a csurgás megszűnik. Néha a műteti seb begyógyulásakor tapasztaljuk, hogy kezdetben gyakrabban kell vizelni, ilyenkor 1—2 arg. nitr. instillatio segít az állapotot.

B) A műtét utáni későbbi szövődmények.

1. *Hólyagsipoly.* A hólyagsipolyt, melyet *Albarran* elég gyakran jelez, főleg akkor észlelték, ha a hólyagfalat a rectusokhoz kivarrták és így valóságos cystostomiát végeztek. Rendes körülmények közt, ha a hólyag falát nem rögzítjük sem az egyenes hasizmokhoz, sem a bőrhöz, a sipoly a 18—30. nap közt teljesen zárul és hangsúlyoznom kell, hogy én egy esetben sem észleltem a hólyagsipoly állandósulását. Sem a prostatektomia után, sem hólyagkövek, sem hólyagdaganatok operálása után, midőn a hólyagot nyitva kezeltük, egy esetben sem észleltem persistáló hólyagsipolyt. A műtét technikájának leírásakor kiemeltem, hogy a hólyagot kezdetben a vastag tubussal, majd mind vékonyabb csővel drainezzük, majd ezeket is elhagyjuk és a betegeket naponta fürdetjük, ezzel segítjük elő a sipoly záródását. Még állandó kathetert sem kellett alkalmaznom, hogy a sipoly záruljon, még kevésbé másodlagos műtétet a sipolyt zárom. Valamennyi esetben spontán záródott a hólyag.

2. *Hasfali sérv.* A műtét helyén a szokásos nyílt sebkezelés mellett előfordulhat, hogy később hasfali sérv jelentkezik. Ez rendszeren kisebb fokú és a betegnek semmi kellemetlenséget sem okoz, miért is műteti beavatkozást nem is igényel. Egy esetben észleltem két évvel a műtét után ilyen szövődményt.

3. *Szűkületek.* A prostatektomia sebének gyógyulása után megkatheterezve a beteget, megeshetik, hogy a prostata-nidus mélysége mellett a hólyagnyak táján a kather bevezetése akadályba ütközik, ezen akadály a prostata ágyának hátulsó széle, a mely néha éles átmenetet alkot a hólyagúr és a prostata helye közt. Ezen lécszerű kiemelkedést cystoskoppal is láthattam és felette elsiklunk, ha a katheret sülyesztjük, végét pedig esetleg a végbél felől felemeljük. A lécszerű kiemelkedés nem szokott bajt okozni, azonban a műtét után néhány hónappal megeshetik, hogy a betegek arról panaszkodnak, hogy a vizelet vékonyabb és nehezebben ürül. Ennek okát kutatva, azt találjuk, hogy az akadály a húgyeső végső részén ott ül, a hol a pars prostatica urethrae eltávolítása történt, a hol a húgyeső elszakítva lett. Ilyen szűkületet egy esetben észleltem 9 hóval a műtét után, de ez rendszeres conservatív tágitással meg volt szüntethető.

4. *Kőképződés.* A prostata-nidusban, főleg ha igen nagy volt a prostata és ha a vizelet fertőzött, észleltek phosphatlerakodást, kőképződést. Ez ritka szövődmény és akkor van kőképződésre kedvező alkalom, ha a prostata-nidus rigid falzatú, összehúzódása-

ban gátolva van és mintegy második kis hólyag ül a hólyagúr előtt. *Albarran* észlelt ilyen kőképződést. Eppen ezért ajánlotta *Fenwick*, hogy az orificium internum környéke nyálkahártyával borítottassék, úgyszintén *Duval* is, ki a húgyeső esonkját éppen ezért egyesíti a hólyagnyalkahártyával. Eltekintve attól, hogy ez technikailag gyakran nehézségbe ütközik, nem tartom alkalmasnak a szakgatott szélű nyálkahártyát elsődleges varratra, továbbá a prostata-nidus zavartalan gyógyulás esetén gyorsan megkisebbedik és a nyálkahártya a környezet felől regenerálódik. Az esetlegesen képződött kő eltávolítása lithotripsia útján a legegyszerűbb.

5. *A prostatektomia befolyása a szexuális életre.* Ezen kérdés felvetése és tárgyalása annál inkább jogosult, mert erre sem *Freyer*, sem *Albarran* nem terjeszkedik ki monographiájában, ellenben *Proust*, *Catanó*, *Petit* kiterjeszkednek e kérdésre és kiemelik, hogy a perineális prostatektomia után úgy az erectio, mint az ejaculatio hiányzik, a mi érthető is, ha tekintetbe vesszük, hogy ezen perineális módszernél a ductus ejaculatorii és a környéke sérülnek. Hogy áll a potentia kérdése a transvesicális módszerrel, melynél a ductus deferentes, ejaculatorii és környéke épségben megtarthatók? *Young* perineális módszerének kiválósága különösen abban van, hogy megoldotta a kérdést, hogyan lehet a perineális módszer mellett is a ductus ejaculatoriit és környékét megkímélni. Mert ettől függ a szexuális functio épségben maradása. Ha nem is törekszünk arra, a miről *Louveau* beszámol, hogy egy 81 éves beteg a prostatektomia után orgasmusát illetőleg ifjúságának gyöngynapjait újból átélhette, mégis jogosult a törekvés arra, hogy műtétét eljárásunk olyan legyen, hogy vele egy csapásra ne veszítse el a beteg szexuális életét. *Legueu*, *Tuffier*, *Czerny* kiemeli, hogy a transvesicális módszerrel a betegek szexuális functioja nem szenved és magam is tekintettel voltam e kérdésre és több esetben nyertem azt az értesülést, hogy betegeimnél úgy az erectiót, mint az ejaculatiót illetőleg a status quo megmaradt. Egyik esetemben a 64 éves beteg örömmel jelentette, hogy gyógyulása óta hetenként 2—3-szor közöszül és orgasmusa a műtét előtti állapothoz képest fokozódott, az erectio és az ejaculatio rendes. Így a transvesicális prostatektomia, a mely a ductus ejaculatoriit, a vesiculae seminales épségben hagyja, a legtöbb esetben nem változtat a szexuális életben. Ezt bizonyítják ellenőrzött eseteim, valamint *Papin*-nek kutyán végzett prostatektomiái is, a melyek alapján a szerző oda concludál, hogy sem a prostata, sem a pars prostatica urethrae eltávolítása nem befolyásolja az erectiót és ejaculatiót. Minthogy a transvesicális módszerrel a prostata, a pars prostatica kerül ki, de a ductus ejaculatorii megkíméltetnek, a szexuális functio rendszeren épségben marad.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

A táplálkozási zavarok és az ezek folyamán jelentkező intoxicatio. — A Finkelstein-Meyer-féle fehérjetej.

Összefoglaló ismertetés.

(Vége.)

A klinikai mérgezési tüneteket direkte előidéző és a tápanyagok bevitelét következtében fejlődött mérgekre vonatkozó vizsgálatokat a legmesszebbmenő mértékben végezték; ezek halomra döntötték az eddig oly fennhangoztatott mérgek jelentőségét, melyek között különös említést a bakteriummérgek érdemelnek. Ezekre nézve azt mondja Finkelstein, hogy csupán a táplálék bomlásában szereplő bakteriumok jöhetnek tekintetbe, míg azok, melyek specifikus toxint választanak ki vagy endotoxint tesznek feloldódásuk által szabaddá, teljesen kizárandók. A toxikus casein- (fehérje-) szét-esés a kísérletek alapján mint aetiologiai faktor értéknélküli. Jelenlétében az intoxicatio alimentaris úton éppen úgy súlyosítható, mint javulásra birható. A rothadásra nézve áll az, hogy nem a tej rothad, hanem a bélváladék, ez pedig a mérgezés további sorsára nincs befolyással csak azt mutatja, hogy a már megbetegedett gyermek belébe másodlagos folyamatok is fészkelődhetnek be, melyek az általános állapotra közömbösek. Tehát nem a bakteriumokból és a fehérje bomlásából, hanem a zsírból és szénhidratokból fejlődő anyagok játszzák az intoxicatióban a főszerepet,

ez pedig minden jel szerint a bélbeli erjedés folytán létrejött savak hatásában nyilvánul. És itt különösen kiemelendő, hogy nem pl. az acidophil-pálcikákból eredő aciditas az, a mi az intoxicatiohoz vezet, mert ennek hiányában is kifejezett intoxicatio jön létre s a klinikai tanulmányok határozottan a bakteriumos mérgek részvétele ellen szólnak. Különben is nemcsak Finkelstein, hanem Czerny, Spielmann, Lassage, Salge is bebizonyította, hogy az ily mérgek még a legsúlyosabb intoxicatio eseteiben is hiányozhatnak s ha mégis a beteg gyermek belében a toxikus rothadás kórokozóját megtalálták, úgy ez az intoxicatio gyógyulására nem gyakorol befolyást. Azonban az intermediaer anyagesere-méreg jelentőségére minden klinikai észlelés figyelmeztet bennünket és jogosan tekinthetjük az intoxicatio tünetesportját oly alimentáris mérgezés kifejezésének, mely az intermediaer anyageserében jön létre a táplálék szabálytalan assimilatioja folytán. Szóval a táplálékfelvétel és az anyagesereméreg fejlődése között benső viszony áll fenn, de ezen méreg közelebbi meghatározása ez idő szerint még nem volt lehetséges. Maga az acidosis csak egy a sok közül, melyre egyedül támaszkodni nem lehet, noha azon esetben, ha csak a zsír és cukor az intoxicatio oka, csupán savmérgezésre kell gondolnunk. De a tapasztalatok, a mélyreható kutatások óvatosságra intenek s azt mondják, hogy a folyamat igen bonyolult és a kiválasztandó anyagok hatása igen szövevényes úton érvényesül.

Az intoxicatio a legkülönbözőbb mértékben lehet kifejlődve s minden fokozatában úgy tekintendő, mint a decompositióban levő csecsemő paradox reactioja azon táplálékalkotórészekkel szemben, melyek a tolerantiát túllépik és toxikus hatást tudnak kifejteni. Ilyen hatással a czukortartalmú tápanyagok bírnak első sorban, különösen pedig azok, melyek czukorban dúsak. Azonban ez a mérgező hatás csak súlyosabb helyi, bélbeli megbetegedés mellett szokott bekövetkezni s ha sikerül a béltüneteket javítani, akkor a mérgezési tünetek is javulhatnak, pl. a béltünetekkel parallel jelentkező láz is megszűnik. A bélfal védő funkciót végez s ha ez alimentáris úton sérül, a mérgezésnek nyit utat. Ha tehát ilyenkor még czukrot adunk, a mérgezés teljes egészében fog kitörni. A klinikai észlelések szerint a czukor egyszerűen erjedésre izgatólag, vagy így és decomponálólág, vagy egyúttal lázat gerjesztőleg s végül mérgezőleg hathat, a mi mindig az adott czukormennyiségtől függ; mennél nagyobb az adag, annál hevesebbek a tünetek. Sokszor egy és ugyanazon adag különbözően hat, a mi viszont a tolerancia különbözőségétől függ. A csökkent tolerancia a decompositio stigmája. A paradox reactio pedig annál súlyosabb, minél decomponáltabb helyzetben van a csecsemő és a czukortolerancia foka egyúttal a bántalom súlyosságának a fokmérője. Így pl., ha a beteg csecsemő a részére pontosan lemerített táplálékkal csak igen kevés czukrot kap és hőemelkedéssel reagál, biztosan súlyos zavarban szenved és csak a természetes táplálékra áttérés mellett várható a javulása.

A táplálékmenyiség, a tolerancia és az intoxicatio közötti viszony rendkívül változatos s ez az oka annak, hogy a tünetek, a kórkép, a prognosis és a táplálási therapia eredményei oly nagy mérvben térnek el egymástól az egyes esetekben. Alkalmas táplálási therapia mellett rövid idő alatt lezajlik a folyamat s a méregtelenedés beáll, tehát az intoxicatio, bármily aggasztónak látszik is, a csak némileg erős szervezetre nézve nem jár nagy veszedelemmel s a gyors lefolyás nem enged időt a decompositio további kifejlődésére. Ha azonban ezt a táplálási terapiát elmulasztjuk, a bántalom súlyosságát idézzük elő. Hasonlóképpen igen súlyosnak tekintendő azon intoxicatio, mely már előrehaladt decompositióból fejlődik ki s bár itt is sikerül táplálék megszorítással vagy elvonással a mérgezési tüneteket megszüntetni, a reparatio mégis nehéz a decompositio miatt.

Intoxicatiót előidézhetünk, ha az eddig decomponáló táplálékon tartott gyermeknek a táplálkozás-zavar előrehaladt stadiumában hirtelen czukordús táplálékot adunk. Ez a változtatás a bilanzzavarra még kedvező hatású, míg decomposito esetén a czukor paradox, toxikus reactioja áll be, még pedig igen könnyen már az első adag után s a legsúlyosabb fokban. Ugyanez történhetik a súlyosan zavart csecsemőnél a czukorban és zsírban dús női tej adásakor is. Ott, a hol a zsírdús és czukorszegény táplálékra is fejlődik intoxicatio, mindig súlyos decompositio van jelen; a zsírpótlékra súlyos intoxicatio csak akkor várható, ha a beteg

czukortolerantiája erősen sülyedt. Ezért kell óvakodnunk decomponált gyermekeknél is a czukorpótléktól éppen úgy, mint a zsírpótléktól; egyik a másik számlájára dolgozik hátrányosan a csecsemő szervezetében s együttesen alkotják a súlyos helyzet okát. A zsír annyiban okozza az intoxicatiót, hogy „a zsírpótlék által a czukor iránt már érzékennyé és intoleranssá lett szervezet az erős decompositio alapján czukortolerantiájában még inkább károsodik, a mennyiben a zsír feldolgozása annyira igénybe veszi, hogy a functio maradéka már nem elég arra, hogy az eddig is csak fáradtságosan feldolgozott czukrot méregtelenítse; a toxikus reactiót nem a zsír, hanem a zsíradagolás folytán a czukortoleranciában beállott sülyedés hozza létre”. Ezekből azután azt következteti Finkelstein, hogy a táplálék-zavarban szenvedő csecsemő anyageserében a czukorassimiláló functio a zsír által károsul és ezért nem bír az előbbihez hasonló mennyiségű czukrot sem feldolgozni. Itt áll azután be a czukortolerancia sülyedése.

Ha a zsirtolerancia jó (bilanzzavar), akkor a zsírpótlék okozta kedvezőtlen viszonyok között is vissza tudja még tartani a további károsodást; ha pedig a zsirtolerancia még éppen csak arra elég, hogy a súlyvesztés ellen védelmez, akkor a zsír decomponáló hatása nem egyenlítődhetik ki többé és bekövetkezik a sülyedés; ha végre a csecsemő közel volt már az intoxicatiohoz, akkor ez teljes mértékben ki is tör.

Kétségtelen, hogy a komolyabb jellegű táplálkozási zavarok alapja a bélfunctio gyengeségében rejlik, melyet a dyspepsiás erjedések tartanak fenn, ezért első kötelességünk oda hatni, hogy ezen erjedést megszüntessük, a mi ha sikerül, a gyógyulásnak is utat nyitottunk. A siker első jele a normálisnak megfelelő széklet megjelenése. A táplálék csökkentése vagy az erjedésre hajlamos pótlékok kikapcsolása igen gyakran eredménytelen, sőt nem egyszer a zsír- és czukorintolerancia miatt a női tej sem hoz sikert. A tej egyes alkotórészei közül a tejcukor, majd a zsír az, mely különös figyelmet érdemel, azután a savó és végül a casein, mely utóbbinak a tapasztalat szerint csak súlyos toleranciagyengeség eseteiben jelentkezhetik többé-kevésbé kedvezőtlen hatása, legtöbbször inkább javulást idéz elő, úgy hogy a fehérjetesteket savasságszűntető és így a hasmenést gyógyító alkotórészeknek lehet tekintenünk, hangsúlyozván frissen kicsapott és finom elosztódású minőségüket, ellentétben a plasmonnal, nutroséval s a vegy-tizta fehérjetestekkel, melyek ezt a kedvező hatást nem fejtik ki.

A tejcukor erjedést idézhet elő; ha caseinpótlékot kap a gyermek, hányása és hasmenése megszűnik, de ha ismét tejcukorpótlékot kap, újból dyspepsiás erjedés áll be; a tejcukor vagy más szénhidrat kevesbitése után, ha ásványvizben, sóoldatban, bouillonban vagy főzeléklevésben adunk caseint cukormentesen, az erjedés rövidesen megszűnik. Tehát a tejcukor feltétlenül egyik legfőbb oka az erjedésnek. Ez azután a zsíremésztés károsodására, tehát zsírhasmenésre vezet, a mi azonban azonnal megszűnik, ha a táplálék zsírtját és caseinjét a czukortartalmú savó helyett czukormentes folyadékban adjuk; következésképpen zsírszappanszékletek jelennek meg, a mi Finkelstein szerint az első kedvező jele a javulásnak, s egyúttal azt is bizonyítja, hogy a zsíryanagesere károsodása attól függ, hogy volt-e előbb szénhidratból származó savasság. A zsírszappanszék már megengedi a vaj és hígított tejszín adását, mert a szénhidrat erősebb erjedése, illetve az acidosis már hiányzik; noha esetleg még van hányás és híg szék, a zsír azonban már közömbös vegyhatású.

A savó annál kevésbé indifferens, minél koncentráltabb, s a hígított savóban adott czukor iránt a szervezet nagyobb toleranciával bír, mint a töményebben adott iránt. Czukor nélkül sem normális, sem kóros aciditas nem támadhat, s a czukorerjedés attól függ, hogy a bélepithel milyen teljesítő képességgel bír, vagy hogy milyen viszony áll fenn a keverék casein- és czukortartalma között.

Az erjedés megszüntetésére nézve az volna szükséges, hogy szénhidrátot ne adjunk és a tápanyagot hígítsuk. Azonban a savóból a czukor nem távolítható el, ezért a caseint és zsírt saját tejbeli összeköttetéseiben, de a savóhoz közelálló sós oldatban kellene adni. Igen, de a táplálkozásban fontossággal bíró czukor hosszabb időre nem rekeszthető ki a táplálékból, éppen úgy a savó sem helyettesíthető véglegesen, valószínűleg eddig ismeretlen és szükséges alkotórészei miatt. Éppen ezért kell adnunk a savót,

de hígított alakban, melyben az igen csekély mennyiségű cukor nélkülözhetetlen, különben is az esetleg benne rejlő veszélyt a casein hatása ellensúlyozza. Ha azután a beteg szék tömöttebbé lesz, szénhidrátot is adhatunk a táplálékhoz, azonban csak olyat, mely a tejcukornál kevésbé könnyen erjed, tehát könnyen assimilálható.

A gyógyító táplálékban a tejcukor mennyisége és a sók a savóhígítás által kevesbítettnek s a casein változó zsirtartalommal bírhat.

Ilyen gyógyító táplálékot képvisel az úgynevezett *fehérjetej*. Előállítás, melyhez rendkívül nagy gondosság és pontosság szükséges, a következő:

Egy liter tejet pegnin segélyével megalvasztunk és fél óráig 42 C° hőmérsékű vízfürdőben állni hagyunk. Ezen idő alatt a casein és zsír vastag gomolyban leülepszik és savót ereszt. Az egész tömeget ezután vászonzacskóba tesszük s felakasztjuk, hogy a savó lecspegjen, de nem nyomjuk ki, nehogy a zsírból sokat elveszítsünk. A sajttömeget $\frac{1}{2}$ liter vízzel enyhén és állandóan keverve szőrszítán átnyomjuk, s ezt a műveletet 1—2-szer ismétljük. A keveréknek tejszerűnek és az alvadéknak finom elosztódásúnak kell lennie. Ezt azután $\frac{1}{2}$ liter íróval keverjük. (Az írónak tudniillik igen csekély a cukortartalma, és a savanykás tápanyag tartósságát is biztosítja.) Van a keverékben 100 grammonként 3·0 fehérje, 2·5 zsír, 1·5 cukor, 0·5 hamú, míg ugyanannyi tehéntejben azonos mennyiségű fehérjén kívül 3·5 zsír, 4·5 cukor és 0·7 hamú van. A fehérjetej caloria-értéke 100 grammonként 33·2—41·4.

A sók közül csak a mészsók vannak igen csekély mérvben megkevesbedve, a többi nagyobb fokban. Vízet 93·561 és szilárd alkotórészt 6·439-t tartalmaz.

A kész fehérjetejet üvegekbe osztva, 10 perczig sterilizzük és használat előtt felmelegítjük.

Használata javalt a táplálkozási zavarok dyspepsiás, decompositiós és intoxicációs stádiumában, valamint a parenterális infectio eseteiben.

A *dyspepsia* teljesen tiszta képével csak ritkán találkozunk, rendszeren már a *decompositio* felé hajló esetek jutnak észlelésünk alá. S míg az egyszerű, tiszta dyspepsiában a táplálék csökkenése és az erjedő alkotórészek kevesbitése elegendő, addig az előrehaladottabb esetekben ez az eljárás már nem vezet célhoz s a fehérjetej indicatiója lép előtérbe, melylyel hetekig, esetleg több hónapig kell a csecsemőt táplálni. Az első napokban fogyás, majd csakhamar súlymegállás és végül súlyszaporodás áll be. *Finkelstein* kísérleteiben rendkívül óvatosan járt el s 4 kategóriába osztotta a fehérjetejjel táplált dyspepsiás csecsemőket, tudniillik: 1. a kiknek a gyomorbéltünetek első megjelenésekor azonnal adta a fehérjetejet; 2. a kiken más kezelés sem javulást, sem rosszabbodást nem hozott; 3. kiken rosszabbodást okozott más táplálkozás (*decompositio* felé haladás) és 4. kiken a rosszabbodás az intoxicációba való átmenet tüneteit mutatta. Mindezen esetekben a javulás a fehérjetej adására kifejezetten beállott. A klinikai tünetek gyorsan javulnak, a hasmenés a 2., 3. napon megszűnik, formált, száraz, színes, úgynevezett *zsírszappanszékek* ürülnek, a mi egyúttal a fehérjetejmennyiség növelésére ad jogot; ha azonban esetleg láz vagy rosszabb közérzet mutatkoznék, a mennyiség ismét redukálható (ez azonban nagy ritkaság). A hőmérsék csakhamar normális lesz, s mint specifikus jelt a monothermia jellegét veszi fel. Egyes esetekben lesüllyedhet a hőfok a csekély szénhidrát- és sótartalom miatt, azonban ez inkább a *decompositio* felé erősebben törekvő esetekben észlelhető. A súly az első 1—2 napon még süllyed, de a 3. napon rendszerint megáll, s csak a legkritikább esetekben tart a fogyás 8 vagy több napig, ezek azonban a súlyosabb esetekhez tartoznak, a melyekben a súlyvesztés 200 vagy több gramm is lehet. De ez a dyspepsiában nem igen okoz veszedelmet. A közérzet az első napokban még nem javul, de a súlymegállással egyidejűleg észrevehetően kedvező fordulatot vesz, a testsúly szaporodásával pedig jelentékeny javulást mutat.

Adagolás: Kezdetben 300 gramm pro die 5—6 étkezésre elosztva a 6 óra hosszat betartott szigorú teadiaeta után; a székletét javulásakor másodnaponként 100 grammal növeljük a napi mennyiséget mindaddig, míg testsúly-kilónként 200 grammot elér (energia-quotiens 80). S ha e mellett most már formált székelenek meg, szénhidrátot adunk a fehérjetejhez és pedig *Sorhlet*-

tápezukrot, javított *Liebig*-levest vagy *Loeflund* tápmaltoséját, esetleg lisztet (3 hónapnál idősebbnek). Rendszeren 10 gramm liszttel vagy 1% cukorral kezdjük meg, mely utóbbit a gyarapodás abbamaradása esetén egészen 5% ig emeljük, egyes kivételes esetekben 6—7% ig. *Finkelstein* 33 dyspepsiás esetében átlag $1\frac{1}{2}$ hét múlva lehetett már a szénhidrát pótlásra átmenni, s az átlagos szükségelt mennyiség, mely teljesen individuális, $2\cdot4\%$ volt.

A közérzet akkor javul legkifejezettebben, ha a szénhidrát adagolás már rendszeren folyik s a súlynövekedés is ekkor lesz legerősebbé. Természetes, hogy a folytonos ellenőrzés és az óvatos cukoremelés fölöttébb ajánlatos, a mennyiben a szénhidrát tolerancia átlépése esetén rosszabbodás áll be.

A fehérjetejjel való táplálás tartamát illetőleg: ez *Finkelstein* eseteiben 1—24 hetet vett igénybe a szerint, hogy milyen súlyos és korú volt a gyermek; fiatalabbak hosszabb időt igényelnek a recidiva gyorsabb megjelenésének lehetősége miatt. Ha azután a javulás tartós, tehát a székletét és hőfok állandóan normális, a súlygörbe folyton emelkedő s a közérzet is teljesen jó, beáll a rendes táplálékra való átmenet ideje. Ez a változtatás rövidesen hajtandó végre.

Decompositio eseteiben — s ez a legfontosabb — szintén kedvező hatást ért el *Finkelstein*. Három kategóriába sorozott esetekben tette meg kísérleteit, tudniillik 1. olyanokban, a melyek alig tértek el a dyspepsiától; 2. a melyekben a táplálék megszorítás csak igen lassan, nagyobb súlyvesztések és tartósabb rossz székletek mellett mutatott csekély javulást s a melyekben a táplálék szaporítás rosszabbodást okozott; 3. olyanokban, a melyekben a tolerancia már igen mélyre süllyedt, úgy hogy a legcsekélyebb táplálék mennyiség is túllépte, és melyekben sem súlymegállást, sem székletjavulást nem tudott elérni. Negyvenegy, 1—6 hónapos korú esete közül csak 5-ben nem hozott a fehérjetej sikert, holott az eddigi kezelés mellett a súlyosabb esetekben a leggondosabb táplálás ellenére igen csekély százalék volt a kedvező eredmény.

A klinikai tünetek a *decompositio*ban is határozott javulást mutattak a fehérjetej adagolására. Az első kategóriában mindenkor csakhamar, a másodikban már 2 nap alatt ritkábbak lettek a székletek, s formált minőséget kezdtek felvenni; a harmadikban a hőszűrés tünetei lassanként alábbhagytak, a közérzet is javult s 5—6 nap alatt a hőfok és pulsus normális lett; a székletek 3—4 nap után szüntek meg kórosak lenni. A 36 gyógyult eset közül 31-ben a 3. napon már szappanszék jelent meg (átlag naponta 3-szor), 5 esetben 10 napig is kitolódott annak tartama.

A rendszeren subnormális hőfok még néhány tizeddel süllyed, de a javulás beálltával egyidejűleg adott több és szénhidráttal kevert táplálékra lassanként normális lesz, úgy hogy csak ritkán van szükség sóinfúzióra. A testsúlygörbe a fehérjetej adagolása elején minden esetben süllyed még, itt-ott jelentékeny fokban is, de átlag három nap után súlymegállás következik be. Ha ez nem történik, az mindig igen súlyos kórképet jelent s a sóinfúzió nem hagyható el. Szénhidrátot súlyszaporodás céljából nem ajánlatos adni a rendszeren alacsony cukortolerancia miatt. Ha azután a nagy súlyesés mellett a székletek javulása sem mutatkozik, akkor a táplálék szaporítás, éppen úgy, mint a szénhidrát, csak rosszabbodást okoz, s nem marad egyéb, mint feltétlenül a női tejhez folyamodni.

Az általános közérzet az első napokban rendszeren rosszabbodást mutat s tulajdonképpen csak a fehérjetej adása után tűnik ki igen sokszor a súlyos állapot teljes képe. Ennek ellenére tovább kell adni a fehérjetejet, mire, bár kissé később, bekövetkezik a javulás s ez azután már gyorsabb tempóban halad előre, a midőn a táplálék mennyiséget is növelhetjük.

Decompositio esetén a fehérjetej adása előtt 12 óráig teával tartjuk a beteget, azután 10 étkezési időre beosztva 300 gramm fehérjetejet adunk pro die. Ha intoxicációs tüneteket is látunk, akkor az első napokban ezt a mennyiséget is megszorítjuk, a hol pedig a csökkent táplálkozás collapsussal fenyeget, már előre is nagyobb mennyiséget kell adnunk. A javulás beálltával, a mit a székletét, pulsus, közérzet és hőfok viselkedése jelez, a dosisokat szaporítjuk ugyanolyan módon, mint a dyspepsiában, de a napi mennyiség ne haladjon túl 1 litert.

Finkelstein felveti a kérdést, hogy vajon az esetben, ha még több nap után is van erjedés, tehát gyakori abnormis széklet, növeljük-e a fehérjetejadagot, minthogy a növelés a zavart fokozhatja,

a megszorítás pedig az éhezés veszélyébe dönthet. Véleménye az, hogy semmiesetre se maradjunk sokáig a kis adagnál, hanem óvatos lassúsággal emeljük azt, mert a széklet lassanként mégis rendessé lesz. Ha azonban ez nem következnék be, a mi szintén megtörténhetik, s a súly szakadatlanul süllyed, mégis meg kell szorítani az adagot, de hozzáteszi, hogy ettől nem igen várható már eredmény, éppen úgy a női tej adásától sem.

Ha a helyzet annyira javult, hogy a beteg székei már nem kórosak s így a testsúlykilóra eső 200 gm.-nyi tápmennyiség adható, akkor rendkívüli óvatossággal és szigorú megfigyelés mellett megkezdjük a szénhidratpótlékot is, a minek feltűnő hatása csakhamar jelentkezik. Rövidesen eltűnnek az összes decompositio tünetek: a turgor, az agilitas, a bőrszín, a hőmérsék normális lesz. Finkelstein eseteiben átlag a 7. napon lehetett a cukorhoz fordulni, melynek százaléka 2-3-et tett ki (energia-quotiens 90) s ekkor a gyarapodás fokozatosan, habár kissé ingadozva haladt előre; megjegyzi, hogy a gyarapodás dyspepsia esetén valamivel később következik el. Természetes ez, mert decompositio esetén a nagyfokú vízvesztés pótlódik leggyorsabban, ez pedig a dyspepsia-ban alig van még kifejezve. Igen súlyos esetekben a szénhidratpótlékra nem egyszer paradox reactio jelentkezik (láz, hányás, hasmenés, súlyesés), a mi a szénhidrat azonnali elhagyását követeli, sőt még a fehérjetej kevesbitését is indikálhatja. Az ily eseteket azonban csak kivételesen észlelte. Ha a javulás haladása közben elég fehérjetej és cukor mellett egyszer-másszor súlygyarapodást vagy megállást észlelünk, tanácsos zab- vagy búzalisztet, tehát más szénhidratot adni pótlék gyanánt, mire a súlygyarapodás gyorsan emelkedni fog; ha ellenben ezenközben dyspepsia jelenségek mutatkoznak, akkor a lisztet ki kell küszöbölni.

A decompositio reconvalescentiája átlag 10 hetet vesz igénybe s addig nem ajánlatos a rendes táplálékra áttérni.

A sikertelen 5 eset közül 2 bronchitisben és bronchopneumoniában, 3 pedig a decompositio legsúlyosabb fokában szenvedett s halállal végződött.

Intoxicatio eseteiben, bár a zsirtartalom miatt aggodalmakat táplált Finkelstein, szintén megkísérelte a fehérjetej adagolását s az észlelt 16 eset közül 15-ben gyógyulást ért el. Eseteinek legnagyobb része a normális súly alatti, tehát már régebb idő óta táplálkozási zavarban szenvedő volt s így toleranciájuk igen mélyre süllyedt, ennek csekély túllépése pedig már intoxicatiót okozott; csak két esete volt hirtelen támadt mérgezés. Egy esete halálos volt.

A gyógyulás ugyanúgy folyt le, mint a dyspepsiánál és decompositiónál láttuk, kivéve, hogy a súlynövekedés — a nagy vízvesztés pótlása által — gyorsabb volt. A reparatio időszaka 1—2 hét, ritkábban 3—4 hét volt, s a súlynövekedés hetenkint 50—200 grammot tett ki.

A fehérjetej adagolása előtt 12—24 órai tea-diaeta rendelő el. Ez alatt a láz megszűnik, s a bágyadtság is enged; azután pedig 10-szer 5—5 gramm fehérjetejet adunk, mellette annyi teát, a mennyit a csecsemő akar, majd a következő vagy ez utáni napon, tekintet nélkül a súlyra és székletre, 50 grammal többet adunk pro die s ha ritkábban jelentkeznek a székletek, 100—200 gm.-ig növeljük pro kiló testsúlyra naponta az adagot, de csak 1 liter mennyiségig.

A liszt- és cukorpótlékra nézve ugyanazok a mérvadók, mint az előbbieknél.

Parenterális infectióból 28 esete volt s ezekben is alkalmas gyógytápláléknak bizonyult a fehérjetej; az eljárás a fent említett bántalmakban követett eljárással azonos.

Finkelstein tanulmányából azon következtetést vonja le, hogy a fehérjetejtáplálás rendkívüli gyógyító befolyást gyakorol a táplálkozási functiók épen tartására, s ezen kedvező hatása minden jel szerint a bélfunctiót fenyegető erjedési folyamatokat gátló képességében rejlik.

Irodalom. Finkelstein: Über alimentäre Intoxication im Säuglingsalter. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 65. kötet, 1., 3. füzet, 66. kötet, 1. füzet, 68. kötet, 5., 6. füzet. — Finkelstein und L. F. Meyer: Über „Eiweissmilch“. Ein Beitrag zum Problem der künstlichen Ernährung. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 71. kötet, 5., 6. füzet.

Hainiss dr.

Könyvismertetés.

A fertőtlenítés cholera idejében. Irta: Oláh Gyula dr. Az országos egészségügyi tanács által ajánlott mű. A szerző által átnevezett III. kiadás. Budapest, 1910. A szerző sajátja. Ára 1.50 K.

Az orvosok, hatóságok, községi előljáróságok és a cholera ellen okszerűen védekezni akaró közönség használatára írt munka a fertőtlenítés fogalmát, különböző módjait és a körülmények szerint megfelelő alkalmazását adja elő 21 fejezetben. Szól a fertőtlenítésről általában; ismerteti a fertőtlenítés módjait, a fertőtlenítő szereket, a hő által eszközölt fertőtlenítést, a fertőtlenítéshez szükséges eszközöket, a fertőtlenítést a lakásokban, utcákban, tereken, udvarokban, középületekben, gyárakban, munkáslakásokban, ipartelepeken, közlekedési eszközökön; előadja az ivóvíz fertőtlenítését, továbbá a cholerajárvány tartama alatt követendő eljárásokat a fertőtlenítés, a betegek és elhaltak szállítása tekintetében, úgyszintén a járvány után követendő eljárásokat, stb. A munkát minden érdeklődő haszonnal olvashatja. Kár, hogy a szerző csupán a régebben bevált fertőtlenítő módokat és szereket adja elő, az újabb haladásról pedig nem ad felvilágosítást az olvasónak. E.

Lapszemle.

Idegkörtán.

Az agyvelődaganat sebészeti gyógyítása tekintetében nyolcz esetben szerzett tapasztalatokat Bychowski. A leghálásabb van, eset az, a melyekben valami kifejezett helybeli tünet leginkább a sulus Rolando megbetegedésére utaló. Ide tartoznak a göresök, a melyek öntudatzavar nélkül mindig ugyanazon helyről indulnak ki és ugyanazon testrészekben ugyanazon megszabott sorrendben mennek végig. A Rolando-barázda feltárása technikai szempontból is legkönnyebb. Meglepetésekre el kell készülni. Ezek között legkellemetlenebb, ha a feltárt helyen mit sem talál az ember. Krause azt ajánlja, hogy ilyenkor is messzük ki a megfelelő agyvelőrést, mert azt tapasztalta, hogy a rohamok a műtét után évekig megszűnnek. Bychowski egy betegén a daganat diffúz volt, nem lehetett kivenni. A kéreg alatt fekvő daganat kiirtása is bajos. A szerző azt a tapasztalást szerezte, hogy ha teljes hemiplegiában negatív a Babinski-tünet, a daganat a kéregben egész felületesen fekszik. A jobboldali homlok-, halántékdaganatok sokszor nem okoznak tünetet, míg ellenben a baloldaliak beszédzavarokat hoznak létre. Az occiput daganata esetén a látótér sokszor szenved, megkönnyebbítve a kórjelzést. Az agyalapi daganat nehezen hozzáférhető. Néha sikerül a műtéte. Így B. 17 éves leányon bitemporális hemianopia, adiposo-genitalis dystrophia alapján hypophysis-daganat kórjelzését állította fel. Betegét, a ki nem volt acromegalia, Eiselsberg sikeresen operálta meg. A leány 16 hónappal a műtét után teljesen egészséges.

Mindazon esetekben, a melyekben a helybeli tünetek az előtérben állanak és az általános tünetek kevésbé kifejezettek, nem szabad soká várni, mert az általános tünetek későbbi kifejlődése (intelligentia-zavar) elrontaná a prognoszt. A túl hosszú ideig tartó kényszer- vagy jodkezelés, a mikor úgyis hatástalan, a beteg állapotát annyira rontja, hogy a koponyalékelést nem bírja el. Nehéz az olyan eset elbírálása, a melyben meghatározott helyre utaló tünet nincs és rögtön az általános tünetek fejlődnek ki. Ilyenek a hátulsó koponyagödrök, a kisagyvelőnek és környékének daganatai. A kisagyvelődaganatokat soká nézték műtetre alkalmatlannak. Bergmann operált egy pár év előtt ilyen esetet. Oppenheim 25 esete közül 3 gyógyult, 3 javult. Frazier az irodalomban 1904-ben 116 operált kisagyvelődaganatot talált 15% gyógyulással és 14% javulással. Ha ezek közül kiválasztjuk az utolsó 5 év statistikáját, a mikor a technika már javult, 28% javulást és 24% gyógyulást találunk. Az egyes eset műtétlehetőségei természetesen nem dönthetők el így. Legfontosabb az, hogy milyen erőbeli állapotban van a beteg az operáláskor.

Legnehezebb arra a kérdésre felelni, hogy mikor történjék a műtét. Ha a tünetek kifejlődését bevárjuk, elkészünk; ha nem várunk, bizonytalanságban tapogatózunk. Gyakorlati szempontból legfontosabb tünet a pangásos papilla és a vakság bekövetkezése. Ez néha nagyon gyorsan fejlődik. Ez ellen pedig a palliatív lékelés gyorsan segít. Gondolni kell pseudotumor lehetőségére is, a mely alatt a beteg megvakul és az agyvelőbaj gyógyulása után vak marad

hosszú élete végéig. Ez is elkerülhető a korai lékeléssel. A palliatív lékelés céljára olyan helyet kell kiválasztani, a hol bármily homályos tünet esetleg gócot sejtet. Ilyenkor esetleg a palliatív trepanatio után a daganat eltávolítható. *Cushing* azt ajánlja, hogy a palliatív lékelést a hátulsó koponyagödörben végeztessük, mert itt vastagok a lágyképletek és leginkább megelőzik a herniafejlődést. *Küttner* kiemeli, hogy ennek az agyvelőréssnek a tehermentesítése óvja meg leginkább a látóélesség elvesztését.

A palliatív lékelés nemcsak a vakságot előzi meg, hanem megszünteti a fejfájást, visszafejleszti esetleg a hemiplegiát, a Jackson-epilepsiát és meghosszabbítja az életet. Még olyankor is, a mikor a koponya megnyitása nem operálható daganatot találtak, többször visszatért a beteg munkaképessége és élete kétségtelenül meg volt hosszabbítható. *Horsley* egy ilyen beteget 4 évvel a műtét után még munkaképes. E szerzőnek másik betegén a koponyalékeléskor el nem távolítható gliomát találtak, a beteg 2½ évvel később meghalt, a glioma helyén hegszövet volt található a bonczoláskor. A lékelés után a daganat fejlődése néha megáll, táplálkozása szenved. *Kocher* a lékelés veszedelmét „a nullára szállítottak” mondja, *Horsley* e beavatkozást „egyszerű dolognak” tartja. Ha ez nem is áll, a veszedelem nem túlnagy. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1910. 39. kötet.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

Az epeutak sebészetének terén 20 éven át kifejtett tevékenységéről számol be *Kehr*, élenk képét adva annak, hogy a kezdetben primitív eljárások tökéletlenségeinek fokozatos kiküszöbölésével hogyan érte el az epeutasebészet mai fejlett állását. A cholelithiasis által javalt typosos műtét e 20 évi periodus első szakában a cholecystitis volt: az epehólyagot megnyitották s a kövek kiszedése után ismét bevarrták. Csakhamar nyilvánvalók lettek ez eljárás hátrányai, genyedő folyamat esetén sipoly (cholecystostomia) készítése volt szükséges. Éveken át alkalmazták ezen módszert, míg azután tisztába jöttek azzal, hogy ez eljárással az epehólyag belseje tulajdonképpen nem vizsgálható át s az oly gyakori kóros folyamatok az epehólyag nyakán teljesen elkerülők a figyelmet, nem is szólva a cysticus redőiben fészkelő kövekről. E mellett a fistulák sokszor lassan gyógyultak, a hasfalhoz való rögzítettség sok kellemetlenségnek lett szülőke, a hólyag nyálkahártyája gyakran nem hogy gyógyult volna, hanem rákosan el is fajult. 1894-ben ezért az epehólyagi kiirtást kezdte *Kehr* alkalmazni, csakhamar ezután a choledochus közelebbi vizsgálata látszott szükségesnek, a mi a cysticuson harántul ejtett metszéssel a choledochus szondázásával igen jól sikerült. Kiderült, hogy mily gyakran bujnak el a kövek a choledochusban, a nélkül, hogy a betegeknek valaha sárgasága volt volna és nyilvánvaló lett, hogy az epeutak sebészetében korántsem elegendő az epehólyagra és cysticusra szorítkozni, hanem pontos vizsgálatnak kell alávetni az egész epeutrendszer, a choledochussal, hepaticussal, sőt a pankreassal együtt. Erre természetesen nem volt elegendő a median hasseb, ezért az úgynevezett hullámos metszést alkalmazta, a mely a kardnyúlvány alatt kezdődik s a középvonalban lefelé haladva, ferdén le és kifelé hatol át a jobb egyenes hasizmon. Minthogy az ideális cél az volt, hogy az epeutrendszer teljesen meg kell szabadítani a kövektől, csakhamar hibásnak látszott a cysticus és choledochus elvárrása, s a choledochus drainage-ára tért át, melyet az utolsó két évben T alakú gummicsővel végez. Hogy egyebektől eltekintve az epeutak alapos megszabadítása a kövektől mennyire szükségessé teszi a choledochus drainage-át, azt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a műtét alatti legpontosabb vizsgálat ellenére is az esetek 12–15%-ában az utókezelés alatt még mindig kiöblíthetők kövek a drain útján.

Kehr eredményei röviden összefoglalva a következők: 20 év alatt végzett 307 conservatív műtétet (cholecystostomia, cystendysis, cysticotomia) 7 halálozással (2,2%); 384 cystektomiát 13 halálozással (3,3%); 389 choledochotomiát, illetve hepaticusdrainage-t 13 halálozással (3,3%); 288 egyidejű műtétet jóindulatú szövődmények miatt a gyomron, beleken, májon, pankreason 41 halálozással (14,2%); 232 egyidejű műtétet rosszindulatú szövődmények (rák, májcirrhosis, sepsis vagy diffus genyes cholangitis) miatt 191 halálozással (82%). Összesen tehát 1600 műtétet végzett az eperendszeren 265 halálozással (16,5%), a nem komplikált

1080 laparotomia közül 33 (3,1%) végződött halálosan. Ezzel szemben az utolsó év 120 operáltja közül csak 10 halt el (8,3%) s a nem komplikált 72 laparotómias eset közül csak 1 (1,4%). *Kehr* szerint az epeköműtétek veszélye közel áll a semmihez, még akkor is, ha az ő szigorú javatait tartjuk szem előtt. Ezek: 1. vitális indicatio idült choledochus-elzáródás, heveny és idült epehólyagempyema, átfuródás és rák esetén; 2. relativ indicatio állandó kellemetlenségek vagy gyakori kólikák esetén.

Feltűnő *Kehr* beszámolójának szokatlanul subjectív színezete. Míg e subjectivizmus érdekes és megkapó ott, a hol praxisának kezdeti nehézségeit ecseteli, s a saját hibáin való okulás révén a természetes fejlődés menetét oly közvetlenül és érthetően jellemzi, addig értekezésének végén számos oly idegenszerű és tudományos értekezésekben egészen szokatlan megjegyzést találunk, s hozzá oly szerencsétlenül fogalmazva, hogy a legkülönbözőbb értelmezéseknek adnak teret. Kezdvé azon, hogy a teljes asepsis végett az utóbbi időben csak laparotomiával foglalkozik s beszüntette egyéb műtéteit, folytatja azzal, hogy „a betegeknek, kik klinikájára jönnek”, nagyon javukra válik technikájának tökéletessége, melylyel egy ektomia ritkán tart tovább 30, hepaticus-drainage esetén 40 percenél. Végül kéri az orvosokat, kik betegeket küldenek hozzá consultálás végett, hogy figyelmeztessék azokat arra, hogy relativ indicatio esetén több napi észlelés szükséges *Kehr* klinikáján. Itt a szegények s azok, kik javakkal nincsenek túlságosan megáldva, a legnagyobb engedékenységre számíthatnak (... finden in bezug auf das Honorar das grösste Entgegenkommen). (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1910. 38. szám.) *Makai.*

Gyermekegyógyászat.

Az 1908. évi bécsi és alsó-ausztriai poliomyelitis acuta-járványról számol be *Zappert* (Bécs). Kiemeli mindenekelőtt, hogy kevés olyan betegség van, a melynek természetét, de főleg aetiológiáját olyan lassan ismertük meg, mint a poliomyelitist. A mult század közepén *Heine*, e betegség felfedezője gerinczagi eredetűnek tartotta, azonban ezt a felfogást akkor még nem fogadták el és essentialis gyermekhűdésnek tartották; csak midőn az agyra és gerinczagyra vonatkozó bonczolástani és élettani ismereteink tökéletesedtek, sikerült *Charcot*-nak bebizonyítania, hogy e betegség székhelye a gerinczagy; *Charcot* egyúttal a gerinczagi dúczsejtek elsődleges megbetegedésének tartotta. Majd *Medin* volt az, a ki első ízben rámutatott e betegségnek nem csak gyulladásos, de ragályos természetére is, a mennyiben egész epidemiák okozója lehet, s ugyancsak ő hangsúlyozta, hogy nemcsak a gerinczagy, hanem a központi idegrendszer különböző részei is megbetegedhetnek.

A poliomyelitis megismerésében a legjelentősebb haladást *Greisvold*, *Harbitz* és *Scheel*, de főleg *Wickman* svéd és norvég bűvárok vizsgálatainak köszönhetjük. Egy igen kiterjedt svéd epidemiának tanulmányozása által sikerült *Wickman*-nak e betegséget egészen új szempontból megvilágítani s *Medin* felfogását mindenképpen megerősíteni.

Wickman felfogása szerint e betegség nemcsak infectiosus, hanem contagiosus is, a mely könnyű, úgynevezett abortív esetekben csak általános, múltó intoxicációs tüneteket, súlyosabb esetekben pedig az agy- és gerinczagy jelentősebb megbetegedését okozza. A betegség klinikailag agyhártyagyulladás, vagy különböző helyre lokalizált encephalitis, de a legtöbb esetben agy-gerinczagyhártyagyulladás (poliomyelitis) képében zajlik le.

E vizsgálatok szerint azt a fogalmat, a melyet mi addig az „acut járványos agy-gerinczagygyulladás” elnevezéshez fűztünk, ki kell bővítenünk és ez késztette *Wickman*-t arra, hogy azt ajánlja, hogy e betegséget *Heine-Medin*-féle betegségnek nevezzük.

Wickman-nak ezen adatai két szempontból méltók a figyelemre. Egyrészt felhívják a figyelmet az úgynevezett abortív, a központi idegrendszerben nem lokalizálható megbetegedésekre, másrészt pedig rámutatnak a terjedés módjára, a contagiositásra.

Ezen szempontokat figyelembe véve, határozta el a bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde” gyermekorvosi szakosztálya, hogy az 1908. év 2. felében keletkezett és az 1909. év első hónapjáig tartott bécsi és alsó-ausztriai poliomyelitis-járványt tanulmányozásának tárgyává teszi s a vizsgálatok ered-

ményének összeállításával Zappert egyetemi magántanárt bizta meg. Bécs és Alsó-Ausztria valamennyi orvosa felszólítást kapott, hogy az általuk észlelt poliomyelitis-esetekről jelentést tegyenek.

A kérdőívek összesen 266 esetről tettek jelentést, a melyek közül 137 alsó-ausztriai vidéki és 129 bécsi megbetegedés volt. A vidéki betegek egy része rövid idő előtt még bécsi lakos volt, a mennyiben több megbetegedés fordult elő a bécsi nyaraló közönség gyermekei között, s minthogy e betegség lappangási időszaka még ismeretlen, nem lehetetlen, hogy ezek a betegséget Bécsből hozták magukkal. Az első megbetegedések 1908 július havában észleltettek, a járvány ugyanazon év októberében érte el tetőpontját, majd nagy gyorsasággal engedve, az 1909. év el sőhónapjaiban végződött ugyan, de szóróványosan esetek azóta is még mindig észlelhetők. A vizsgálatok végeredménye a következő pontokban foglalható össze:

Feltűnt a főmegbetegedések nagyobb száma a leánymegbetegedésekkel szemben. A megbetegedés túlnyomó számban az első életévben fordult elő, elég gyakori volt a nagyobb gyermekek megbetegedése, felnőttek csak igen kis számban betegedtek meg. A megbetegedések a szegény s vagyonosabb néposztály gyermekei között egyformán fordultak elő.

Klinikai lefolyás tekintetében a Heine-Medin-féle betegségnek Wickman által felállított formái mindenben megerősítést nyertek, tehát megkülönböztethetjük e betegségnek: 1. Gerinczagi alakját, a tipusos poliomyelitist, a mely alak észleltetett a megbetegedések túlnyomó többségében (241 eset). 2. Agyi alakját, a melyre jellemző a hídnak és nyúltagynak megbetegedése, tehát az agyidegek hűdése, ritkábban az agykéregnek megbetegedése (cerebrális féloldali hűdés). 3. Azon alakokat, a melyekben a központi idegrendszer részéről kiesési tünetek nincsenek s több vagy kevesebb agy-tünet mellett lázak, de főleg gyomorbélzavarok jelentkeznek (abortív alak).

A betegséget kísérő tünetek közül leggyakoribbak a láz, a különböző fájdalmak, a hólyagzavarok.

A halálozási százalék 10-8% volt, a teljes gyógyulás pedig 13-8%-ban észleltetett.

A megbetegedések eloszlódása úgy Bécsben, mint a vidéken meglehetősen egyenlőtlen volt s határozottan feltűnő volt, hogy a megbetegedések egyes góczpontokban lokalizálódtak. Ezen tény, továbbá hogy testvérek megbetegedése s házi infekciók ismételt voltak észlelhetők, a Heine-Medin-féle betegségnek contagiositását szintén megerősíteni látszik. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1910 július.)

Sidlauer Ödön dr.

Fizikai és diaetetikai gyógyításmódok.

A vizes bepólyázás hatása a vérkeringési szervekre. Groag és Neumann (Bécs) a vizes bepólyázás hatását az érlökések számára és a vérnyomásra 40 esetben (egészségesek, neurasthenia, Basedow-kór és szívbaj esetei) figyelték meg. Mások hasonló méréseinek eredményével szemben azt találták, hogy a vérnyomás a pólyázás alkalmával alig változott. A változás 10 Hg.-millimeter határain belül történt. A vérnyomás ingadozása a pólyában tehát nem volt nagyobb, mint a mekkora rendes körülmények között is észlelhető. Az érverések száma a vizes pólya hatására azonban határozottan csökkent.

A szerzők azon okból, hogy a bőr a pólya alatt felmelegszik, hogy a felületes véregek tehát kitágulnak, azt várták volna, hogy a vérnyomás határozottan csökkenjen és hogy a szív munkája kisebbedjék. A Strassburger-féle képlet alapján végzett számítások eredménye pedig azt mutatta, hogy a szív ez alatt nagyobb munkát teljesített. Ezen ellentmondást nem tudják megmagyarázni. Azt vélik, hogy ennek oka abban van, hogy a szív és véregek működése szövvényes és hogy ezt a körülményt a vérkeringés változásainak mérlegelése alkalmával eddig nem méltányolták eléggé. És ebben igazuk van.

Mert Thöle és Franke vizsgálásainak eredményei kétségtelenül azt bizonyítják, hogy a vért nem csak a szív, hanem a verő- és gyűjtőerek izomzatának, sőt a hajszálereknek továbbadó összehúzódása és a szövetek rugalmas feszülése is hajtja és hogy a véregeknek említett actív munkája is jelentős hatással van az egyes testrészekben uralkodó vérnyomásra. A véregeknek változó és a falaikban levő idegelemeknek közvetlen izgatása által keletkező, helyenként

eltérő peristaltikus összehúzódása az oka annak, hogy a vérnyomás az egyes testrészekben egyazon időben is egymástól eltérő. Ezeket tudva nem is várhatjuk, hogy a szív munkájának mértékét valamely peripheriás testrészen uralkodó vérnyomáshól (illetve az érverések számából és a minimális meg maximális vérnyomás differentiájából) valaha ki lehessen számítani. Mert hiszen a valamely testrészen uralkodó vérnyomás a szív és eme testrész véregeinek együttes munkájának az eredménye s mi ez idő szerint ezen egyes munkák közül magában egyiket sem, hanem csak ezeknek összegét tudjuk megmérni. (Zeitschrift f. physik. und diaet. Therapie, 1910. 6. sz.)

Lenkei V. D. dr

A thermopenetratiót kivált gonorrhoeás bántalmak esetében alkalmazta Schmincke (Bad-Elster). Tapasztalásai alapján s mivel a meleg ezen módon magában a megbetegedett részben fejlődik, azt tartja, hogy valamennyi hőalkalmazásnak legeszményibb és leghatásosabb módja. Annál is inkább, mivel ez — ellentétben a másforma melegalkalmazásokkal — a vérkeringés szerveire éppenséggel semmi kedvezőtlen hatással sincsen. A thermopenetratio veszélytelen és fájdalmakat nem okoz, sőt azokat csillapítja. A gonococcusokat az élő szövetekben megöli, illetve fejlődésüket megakasztja. A legszebb eredményeket gonorrhoeás ízületi bajok eseteiben adja, de másfajta ízületi bántalmakra és más szervekben, nevezetesen a prosztatában, a mellékherékben és az urethrában mutató gonorrhoeás megbetegedésekre is gyógyítóan hat, sőt tabes, ischias és neuralgia eseteiben is kedvező hatású. (Medizinische Klinik, 1910. 35. és 36. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Röntgenologia.

Gégetuberculosis sikeresen gyógyított Wilms az úgynevezett penetráló Röntgen-sugarakkal. A gége nyálkahártyáján a szét-eső gümös göbök s az általuk okozott hideg tályog mindössze kétszeri besugárzásra 6 hét alatt teljesen meggyógyultak. De azért a gégetuberculosisnak Röntgen-sugárral való kezelése még mindig csak a kísérleti stadiumban van. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 6. szám.)

Hruby dr.

Röntgen-eljárás a gyomor nedvelválasztó képességének felismerésére cím alatt foglalja össze újabb irányú megfigyeléseit Schlesinger. 100 esetben végzett vizsgálata alapján azt találta, hogy a sósavtútermelést és a sósavhiányt, továbbá a túlságos nedvelválasztást a rendes bismutpépes gyomorátvilágítás segítségével könnyen fel lehet ismerni. Előnye az eljárásnak, hogy azon esetekben is, a mikor a gyomorsövet nem lehet vagy nem szabad bevezetni, az elválasztott gyomornedv minőségéről és mennyiségéről kellő felvilágosítást nyújt. Előnye továbbá ez eljárásnak az is, hogy egyugyanazon vizsgálattal nemcsak a gyomor élettani működését (gyomornedv vegyi összetétele, elválasztott gyomornedv mennyisége, elválasztás gyorsasága, gyomor-peristaltika stb.), hanem a gyomornak rendes vagy kóros alakját is meg lehet állapítani. Egyszersmind ez a módszer a betegre nézve a legenyhébb vizsgálat és az eddig más módszerekkel nehezen megállapítható mennyiségi viszonyokról pontos adatokat szolgáltat. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 14. szám.)

Hruby dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A vas-sajodinnal tett kedvező tapasztalatairól számol be Görge. 0.5 grammos tabletták alakjában kapható; egy-egy tabletta jodtartalma tekintetében 3 gramm syrupus ferri jodati-nek felel meg (vastartalma valamivel nagyobb). A vas-sajodin iztelen, vízben, tejben és más folyadékokban könnyen szétesik, a gyomrot és beleket nem izgatja, a fogakat nem támadja meg; gyermekek nagyon jól tűrik. Hatása skrofulás gyermekeken csakhamar mutatkozik az étvágy javulása és a súly gyarapodása alakjában. Jodismust nem észlelt a szerző. Az adag gyermekek részére egy tabletta naponként háromszor, mindannyiszor étkezés után. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 36. szám.)

Idősült bélhurutban szenvedő gyermekeknek Ljaschenko a következő összetételű port szereti rendelni: Rp. Tannalbini 0.3; Guajacoli carbonici 0.05; Pulv. Doveri 0.005; Sacchari 0.2. M. f. p. D. tal. dos. Nr. XV. 3 óránként veendő be egy-egy por. (Charkow. Praktischeski Wratsch, 1910. 461. l.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 41. szám. *Weisz Ferencz*: A prostata-hypertrophia gyógykezelése. *Okolicsányi Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkör terápiájának haladása.

Orvosok lapja, 1910. 41. szám. *Sellei József*: Az arsenobenzol-injectio technikája. *Mosonyi Albert*: A pertussis egy új gyógyszeréről, a novocol-chininnről.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 41. szám. *Magyar-Kossa Gyula*: A dyspnoé hatása a vesékre és a vizeletelválasztásra. *Torday Árpád*: Az eosinophil vérvérlepről. *Schiller Károly*: Arthritisszel szövődött súlyos typhus abdominalis után fellépett osteo-arthritis deformans coxae. „Sebészeti” melléklet, 3. szám. *Gellért Elemér*: A környéki érzéstelenítésről. *Fischer Ernő*: Új eljárás patella-, olecranon- és calcaneus-törések conservativ ambulans kezelésére.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Gélyi Dezső* dr. rékasi járásorvost az államvasutakhoz egészségügyi tanácsadóvá, *Weinberger Adolf* dr. lévai orvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Hottlinger Pál* dr. hódásági orvost tiszteletbeli járásorvossá, *Berger Géza* dr.-t Ugocsa megye Perényi-közkórházához másodorvossá, *Sinkó Lajos* dr.-t a székesfővárosi balparti kórházakhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Hoffmann Zsigmond* dr.-t Lajtaszentmiklóson, *Petrassen János* dr.-t Nagytalmácson, *Bruckmayer Ferencz* dr.-t Rohoncztól kör-orvossá választották.

Szabóky János dr. orvosi gyakorlatát Meranban (Palais Plankenstein) ismét megkezdte.

A budapesti egyetem I. számú női klinikája szeptember nagyobb részében közműves-munkálatok miatt zárva volt; ez magyarázza forgalmának csekélyességét. Szült összesen 15 nő (10 először szülő és 5 többször szülő); a született magzatok száma 15 volt, még pedig élő 15; érett 14, kora 1; fiú 9, leány 6; törvényes 4, törvénytelen 11. A nőbeteg-osztályon 15 beteget ápoltak. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 99 esetben vették igénybe; a műtétek száma 70 volt.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum szeptemberben 98 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 78 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület augusztusban 1475 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1016 szállítást végzett, 184-szer mint mozgóorvosság működött és 25 ször vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. Az augusztus havi működési főösszeg tehát 2700.

A budapesti poliklinika rendeléseinek szeptemberben 4252 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,684 volt.

Máramaros vármegye közkórházában *Szilágyi István* dr. kórház-igazgató közlése szerint 1909-ben 4060 beteget (2137 férfi, 1923 nő) ápoltak, tehát körülbelül 500-zal többet, mint az előző évben; egy-egy napra átlag 551 beteg esett; átlagban egy betegre 49,5 ápolási nap jutott (e magas szám onnan ered, hogy a kórházban 487 elmebeteget is ápoltak). A halálozás százaléka 4,7 volt. A jelentés előszavában azt a nagyon megdöbbentő javaslatot találjuk, hogy a kórházi telepen egy határszéli bakteriologiai intézetet kellene felállítani, a mely országunk közegészségügyére nagy jelentőségű lenne, hiszen tudjuk, hogy a legtöbb fertőző betegséget Galicziából és Bukovinából hurcolják be hozzánk. Reméljük, hogy a legközelebbi év jelentése ezen javaslat megvalósulásáról fog már számot adni.

Meghalt. *Cserenyák Károly* dr. Nagykárolyban. — *Scholtz István* dr. cs. és kir. ezredorvos 40 éves korában október 3-án. — *Miguel Bombarda* dr., a szövettan és elmekórtan tanára a lissaboni egyetemen. Az elhunyt az 1906-ban Lissabonban tartott XV. nemzetközi orvosi congressus főtitkára és tulajdonképpen szervezője volt. Tevékeny részt vett hazája politikai életében is. Egy az elme-kórházból elbocsátott beteget ölte meg; hogy e merényletnek van-e politikai háttere, még nincs felderítve. Utolsó szava az volt, hogy a védelmére siető ápolókat gyilkosának a kimelésére intette. — *M. E. Kassabian*, örmény születésű amerikai orvos, kiváló röntgenológus, a philadelphiai General Hospital Röntgen-laboratóriumának vezetője, több szakmunka szerzője, 42 éves korában. *Kassabian* dr. hivatásának lett áldozata: a Röntgen-sugarak ölték meg.

Kiseb hírek külföldről. *F. Sauerbruch* dr. magántanárt, a marburgi sebkegység első tanársegédét a sebészet rendes tanárává nevezték ki a zürichi egyetemen, *Krönlein* tanár utódjaként.

A Rómában 1911 őszén, szeptember hó 24.-étől 30.-áig tartandó nemzetközi tuberculosos-congressus magyar bizottsága előkészítő munkálatait megkezdte. A congressus három szakosztályban fogja a munkálatakat tárgyalni, úgymint: 1. A tuberculosos kóroktana és járványtana. 2. Kórtana és gyógyítása, mely utóbbi szakosztály két alosztályban a belorvosi és sebészeti tuberculosist öleli fel. 3. Társadalmi védekezés a tuberculosos ellen. A bizottság ez úton kéri a kartársakat, hogy a mentől nagyobb arányú személyes részvételen kívül tudományos munkásságukkal is járuljanak hozzá a congressus sikeréhez. A congressusra szánt dolgozatok címe a bizottsághoz (VIII., Rókus-kórház) küldendő.

Az orvosi sajtó reformja. A német orvosi sajtószövetkezet szeptember 17.-én tartott közgyűlésén többek között az orvosi sajtó hiányával is foglalkozott. Erre nézve a következő határozati javaslatokat fogadták el: 1. Az orvosi irodalom szétforgácsolódásának elkerülése végett szükséges, hogy az irodalmi közlések lehetőleg a szakfolyóiratokra korlátoztassanak. Ezért „Festschrift”-ek, kórházi évkönyvek, tudományos intézetek külön kiadványai stb. nem kívánatosak. A doktordisszertációk főbb tartalma, ha a közlésre érdemes, tudományos folyóiratokban közlést érdemlő. 2. Az eredeti cikkeket lehetőleg röviden kell megfogalmazni; különösen felesleges az irodalomnak folyton megismétlődő teljes egybeállítását. 3. A folyóiratok lehetőleg csak olyan cikkeket közöljenek, amelyek a keretükbe illenek. 4. „Előleges közlemények”-be csak tölégyek ismertetése való. Egyáltalában lehetőleg korlátozni kell az ilyen előleges közlemények megjelenését. 5. A referáló irodalom a mostaninál nagyobb mértékben és tökéletességben fejlesztendő ki; az orvosi tudományos szaktársulatoknak volna feladata a referáló organumok kiadása, illetőleg támogatása.

Hydropyrim vízben oldható acetylsalicilsó 96 1/4% acetylsalicilsav tartalommal. Antipyreticum, antirheumaticum és analgeticum. Az influenza specificuma. Könnyű oldhatóságánál fogva főzetekben, forrásokban és vizes oldatokban adható. Porokban és tablettákban kerül forgalomba.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbélaonia, székrekedés, elhízás, köszvény, esz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Erimeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczelsérülések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógmódok.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sinsoidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűs. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: REH BELA dr.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika. Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Ujtátrafüred Sanatorium

légszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratórium: Dr. MÁTRAJ GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26-96. VI., Teréz-körút 27.

Tátra-Széplak

Magaslati gyógyhely, sanatorium és vízgyógyintézet üdülő és idegbetegek (Basedow-kór) részére egész éven át nyitva.

Tamássy Park-sanatoriuma

DUNA-HARASZTIBAN, Pestmegye. Intézet orvos: Somosi Lajos dr. Alkohol-, morphium-, nicotinelvonás.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben. Felvilágosítással szolgál Wosinski István dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157-71. Vegyi, gőrsői, bakteriologiai (Wassermann-féle luesreakció) orvosi laboratóriuma.

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. Gara gyógyintézete Pöstyén.

Orthopaedia, gymnastika, Bier-féle apparátusok, vibrációs massage, elektrotherapia, négy rekeszes villanyfürdő, thermopenetratio (izületek villamos belső áthatása).

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FÁSOR 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

Mai számunkhoz a Glück Rezső gyógyszerészeti laboratórium prospektusa van mellékelve.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. Közkórházi Orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1910. május 4.-én.) 760. l. — (VII. bemutató ülés 1910. május 18.-án.) 760. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1910 május 4.-én.)

Elnök: Juba Adolf. Jegyző: Körmöczy Emil.

(Vége.)

Idült obstipationnak hormonnal kezelt esete.

Ángyán Béla: Zuelzer a Medizinische Klinik ez évi 10. számában hormonnal gyógyított székrekedés- és acut bélbénulás-esetekről tesz közlést. Szerinte a hormon bizonyos sejtesoportok által terhelt kémiai test, mely a vérpálya útján eljut sejtesoportokhoz, melyeket fajlagos tevékenységre serkent. Az állati testben mindenütt található, de legnagyobb mennyiségben a lépben van. Ezért a hormont a lépből állítja elő, mert itt sterilis mediumban van. Gyógyszertani hatása az, hogy a belekben tartós peristaltikás mozgást vált ki az által, hogy a hasi ganglionokra specifikus ingert fejt ki.

A hormont vagy intramusculáris injectióban alkalmazza, vagy venába fecskendi. Egy befecskendés több hónaptól egészen fél évig tartó hatást eredményez.

Intramusculáris befecskendésre eucainos hormomból 15 cm³-t, gyűjtőérbe eucain nélküli hormomból 10 cm³-t használ a Schering-féle gyár készítette hormomból.

Alkalmam volt e készítményt a napokban egy esetben alkalmazni s a határról az eset bemutatásával minden következtetés nélkül beszámolok.

M. A., 32 éves vasúti előjáró, 22 éves koráig egészséges volt, sokat evett és rendszeren székel. Ezen időtáiban szolgálata miatt rendetlenül étkezett és sokszor jutott azon helyzetbe, hogy ha székelési ingert érzett, nem volt ideje a székelést elvégezni. Állandó szorulása fejlődött és csak mesterséges úton tudott székelni. E célra különböző hashajtó szereket és beöntéseket használt, melyeknek hatása azonban csak az alkalmazás napján mutatkozott. Több napra egyiknek sem terjedt ki a hatása. Osz-tályunkra április 29.-én vétetett fel.

A középtermétű, jól fejlett, mérsékeltén táplált beteg bőre és látható nyálkahártyái kissé halványak. Nyelve tiszta, szájja reggelenként keserű, de napközben egészen jó. Étvágya jó, szomja nem fokozott, nyelése szabad.

A mellkasi szervek fölött semmi rendellenesség. A has mérsékeltén meghúzódot, nem puffadt, nyomásra sehol sem fájdalmas. A leszálló remese és az S romanum felett erősen tompult a kopogtatási hang s ezen részletek jól kitapintható bélsárrögökkel vannak kitöltve.

A gyomor felett semmi rendellenesség, a próbareggelire eszközölt vizsgálatkor a szabad sósav mennyisége 34, az összaciditás 52 volt.

A testhőmérsék a nap folyamán 36.2—36.9 C°, az érverés 68—72 között ingadozott.

Május 1.-én 10 óra 15 perczkor a két glutaensba egyenletesen elosztva fecskendeztük be a 15 cm³ eucainos hormont. A délután folyamán a befecskendés helyei igen fájdalmasak, a fájdalmak a kereszttájjra kisugároznak. Délután 4 óra körül a hideg kirázta, hányásingere van, bőfőg, hasában fájdalmas nyugtalanságot érez, különösen a köldök magasságában és attól bal felé. A has mérsékeltén puffadt, a colon descendens felett érzékeny. Bél-peristaltica nem látható, bélkorgás nem érzhető. Székelési ingere van, de az ágytárra eredménytelenül ül, csak gázok távoznak.

Délután 5 órakor 2 evőkanál ricinusolajat kap. 1/27 órakor a has fölött korgás tapintható. 1/29 órakor bő száraz skybalából álló székelés.

Reggel 1/45-kor ismét bő, most már pépes székelés.

A testhőmérsék délnél 12 órakor kezdett emelkedni: 37.2; délután 2 órakor 37.7; 4 órakor hidegrázás mellett 38.6; 6 óra-

kor 38.8, este 8 órakor 37.5; 10 órakor 37.9; reggel 4 órakor 37.7; 6 órakor 37.2; 8 órakor 37.4; 10 órakor 37; ezentúl állandóan 37 alatt. Az érverés a láz idején 92-re emelkedett.

A beteg rendszeren táplálkozik és mindennap van egyszer magától rendes formájú, fájdalmatlan, a bevett ételek mennyiségével arányos székelése. Közérzete jó.

A beteget azért mutattam ma be, mert a napokban elhagyja a kórházat. Állapotáról értesíteni fog s az eredmény tartósságáról lesz alkalmam beszámolni.

(VII. bemutató ülés 1910. május 18.-án.)

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Körmöczy Emil.

Két érdekesebb eset a petefészekdaganatok korai operálásának jelentőségéről.

Tóth István: Minden műtéti beavatkozásnak egyik jelentős követelménye, hogy az operáló fel legyen fegyverkezve a műtét helyes kiviteléhez szükséges technikai tudással; de ez magában nem elég, sőt azt is mondhatjuk, hogy ez a feltétel teljesíthető legkönnyebben; igaz, hogy a rátermettség különbséget tesz az egyes operálók között, de a szükséges dexteritás gyakorlattal előbb-utóbb megszerezhető. A műtői beavatkozásnak legfontosabb része a biztos diagnosis, a helyes indicatio; ez már nem mesterség, nagy tapasztalatot, tudást követel: nem csak azért operálni, mert lehet, nem habozni a beavatkozással ott, a hol feltétlenül szükséges. A hasüri chirurgiában, a medenczébe rejtett női nemi részek megbetegedéseiben nem egyszer nehéz a diagnosis felállítása, a physikális vizsgálómódok közül jóformán csak a tapintásra vagyunk utalva, úgy hogy a legaprólékosabb jelenségeket is ki kell használnunk a helyes diagnosis elérésére. Bár ma a szakemberek részéről általánosan elfogadott tan, hogy a petefészek-daganat eltávolítandó a szervezetből, mégis nem egyszer még az orvosok is megalkudnak — nem mondom, hogy mindig helytelenül — a körülményekkel s a petefészekdaganat operálatlanul marad, avagy más-kor a jóindulatú fibroma alakját ölti, azért nem nyulnak hozzá, míg végre nem egyszer meglepetésszerűen többé nem orvosolható betegséggé fajul.

Orvosi életemben, ha elvélve is, látom, hogy a beteg aggodalmaskodásainak, a műtéttől való vonakodásának — a laikus tanácsadón kívül — sokszor támogatója a beteg háziiorvosa és noha a legnagyobb tisztelettel ismerem el nagy érdemeit a kartársainknak, hiszen e védő-szerepre szüksége van a betegnek a specialismus nem ritka túlhajtásaival szemben, másrészt óva intem kartársaimat a látszólag tüneteket nem okozó kis ovarialis daganatoknak kicsibevételétől. Igaz örömmel látom azonban azt is, hogy nyomós érvek, jól megindokolt szakvélemény igenis meg tudják győzni a legtöbbször a védő tisztét betöltő háziiorvost, a kinek hozzájárulásától függ a műtét s vele a beteg sorsa.

Két ilyen esetről számolok be.

I. A. J.-né, 52 éves, MP. 3 éve klimax, pár hét óta alhasi fájdalmak. A beteg anyja méhrákban halt meg, nővérét pár éve papillás petefészekdaganat miatt operálták. Erősen hájas, vastag hasfalzat, a mi a bimanuális vizsgálatot szinte lehetetlenné teszi; a méh elül jelezhető, mögötte és mellette jobboldalt kis tojásnyi, baloldalt diónyi, tömött, egyenetlen felszínű ovarium. A beteg háziiorvosa megdöbbenve hallja, a mikor a malignitas gyanúját jelzem s a hasmetszést proponálom. Ujabb 8 nap múlva változatlan kórkép; feltárjuk a helyzetet a család előtt s a háziiorvos meg tudja győzni a családot a beavatkozás szükségességéről. A január 26.-án végzett laparotomia igazolja a feltevést, mindkét ovarium malignusan elfajult, de a megbetegedés még teljesen helybeli. A mikroszkopi vizsgálat adenocarcinomát mutat. A beteg zavartalanul gyógyul, ma, 3 1/2 hónappal a műtét után, teljesen egészséges.

Alig volt alkalmam hosszú klinikai működésem alatt ilyen

korai esetben diagnoskálni a rossztermészetű petefészkek-daganatot; a hájas hasfalak mellett nehezített bimanualis vizsgálat aránylag homályos tényeit a jelzett anamnesisbeli adatok támogatták; ugyan-csak ez hatott leginkább a családra abban, hogy igen kevés sub-jektiv tünet mellett a műtétbe belement.

II. H. B.-né, 56 éves, IP. 35 éves. 9 éve klimax, közben néhányszor csekély vérzés. 6 éve tudja, hogy daganata van, a mit szakemberek fibromának tartottak, az egyik műtétet ajánlott, a másik „tisztességtelen eljárásnak” minősítette az ilyen daganat operálását. A beteg egészségesnek érezte magát, tehát a műtét el-maradt. Ez év februárjában fájdalmak jelentkeztek hasában, újra kezdődik a tanácskozás, akad a műtétnek ajánlója is, meg ellenzője is. Április 28.-án kerül hozzám csekély panaszokkal, szokás sze-rínt elhallgatva az előzményeket; a fibromás méhvel összefüggő, többosztatú, jó részben tömött, dudoros daganatot találók változó, de mindig kimutatható ascitissal. Háziorvosának levélben sürgősnek jelzem a beavatkozást. A beteg szerencséje, hogy háziorvosa az újabb együttes vizsgálat alkalmával magáévá teszi véleményemet s az ellentétes nézetek között habozó beteget s családját meggyőzi a műtét szükségességéről.

A laparotomia alkalmával mérsékelt ascites; a fibromás méh mellett jobboldalt kétökönyi dudoros daganat, melynek falait itt-ott már papillás burjánzás töri át; a baloldali ovarium alig nagyobb, de felszínén már ott a papillaris burjánzás. Hysterotomiával távolítjuk el a méhvel együtt az adnexumokat. A beteg a harmadik napon föl-ke-l s ma a gyógyulás útján van. Meggyőződése, hogy ez a daganat 6—8 hét múlva már nem lett volna gyökeresen operálható.

A mint a bevezetéseben is jeleztem, e 2 esetet nem a műtési technika miatt tartottam érdemesnek a bemutatásra, hiszen úgynevezett egyszerű műtétek voltak, hanem a diagnosis, az indi-catio szempontjából. E két eset illusztrálja, hogy különösen a klimax idején képződő ovarialis daganatok korai felismerése és operálása nagy jelentőségű, életmentő eljárás. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

4075/1910. kig. sz.

Udvárhelymegye homoródi járásához tartozó **Homoróddaróc** nagy-községben a **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat hozzám **1. évi október hó 25.-éig** adják be.

A községi orvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, természetbeni lakás, halottkémleli és hűsvizsgálói díjak, 12 meter-öl tűzifa hazaszállítva.

Megjegyzem, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. alapján való új beosztás jóváhagyása után ezen községi orvosi állás megszűnik és Homoróddaróc csak azon esetben marad körorvosi székhelynek, ha a körbe osztott községek ebbe beleegyeznek.

Ok lánd, 1910. évi október hó 4.-én.

2-2

Szabady Tivadar, főszolgabíró.

20,767/1910. kig. sz.

Zenta rendezett tanácsú városnál rendszeresített, évi 1600 korona fizetéssel, évi 400 korona lakbérrel és orvosi gyakorlatában fuvar fel nem számíthatása miatt évi 1000 korona lótarási általánynyal javadalmazott **felsőhegyi és tanyai orvosi állásra** Bács-Bodrog vármegye alispánjának 1910. évi október hó 4. napján hozott 33,271. alisp. számú véghatározata alapján a pályázatot ezennel kiírom.

A pályázni szándékozók a törvényes képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **1910. évi november hó 10. napjáig** Zenta város polgármesteréhez adják be.

Zenta, 1910. évi október hó 6.-án.

2-1

Szarich, polgármester.

3338/1910. sz.

Az újonnan szervezett **Jászszentandrás községi** (Jász-Nagykún-Szolnok vár-megye jársági alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van ministeri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémleli díjak szedhetők.

A községben gyógyszerár nincsen, azonban kézi gyógyszerárt kezelhet. Pályázati határidőül a **folyo évi november hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz beterjeszthetők.

Jászapáti, 1910. évi szeptember hó 29.-én.

2-2

Cseh János, főszolgabíró.

3337/1910. sz.

Lemondás folytán megüresedett **Tiszaszűlly községi** (Jász-Nagykún-Szolnok vármegye jársági alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van ministeri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémleli díjak szedhetők.

A községben gyógyszerár van, nagy kiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül a **folyo évi november hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz beterjeszthetők.

Jászapáti, 1910. évi szeptember hó 30.-án.

2-2

Cseh János, főszolgabíró.

3339/1910. sz.

Lemondás folytán megüresedett **Kötelek községi** (Jász-Nagykún-Szolnok vár-megye tiszai alsó járás) **orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1600 korona fizetés, 500 korona lakbér (ez utóbbi azonban most van ministeri jóváhagyás végett felterjesztve) vagy megfelelő természetbeni lakás van egybekötve, továbbá a törvényhatóság által megállapított látogatási, távolsági kilométerpénz és halottkémleli díjak szedhetők.

A községben gyógyszerár van, nagy kiterjedésű határában több nagybirtok, a melyekben a községi orvost uradalmi orvosként szokta az uraság alkalmazni.

Pályázati határidőül a **folyo évi november hó 1. napját** tűzöm ki, mely idő alatt kellően felszerelt pályázati kérvények hivatalomhoz beterjeszthetők.

Jászapáti, 1910. évi november hó 30.-án.

2-2

Cseh János, főszolgabíró.

Alulírott vállalati betegsegélyző pénztárak Zernesten, vasúti állomással, körülbelül 4000 lakossal, népes környékkel, 1910. évi november hó 1.-én, legkésőbb azonban 1911. évi január hó 1.-én történendő belépésre **orvost** keresnek, ki már gyakorlati rendelkezéssel. A magyar és német nyelvek ismerete megkívánatik; fix fizetés 3600 korona, szabad lakás, fűtés és világítás. Magángyakorlat meg van engedve. Ajánlatok az alulírott betegpénztárak egyikéhez Zernestre (Brassó mellett) intézendők.

A Brassói Cellulosegyár r.-t. vállalati betegsegélyző pénztára.

3-3

Copony Márton papírgyárának vállalati betegsegélyző pénztára.

4075/1910. sz.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vin-gárd község székhelyével üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgyirbó, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kútfalva községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyezer, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó ötéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakás-pénz, esetleg természetbeni lakás, fuvar-, távolsági és látogatási díj.

A megválasztandó körorvos kézi gyógyszerárt tartására fel lesz jogosítva. Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, élet-kort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket

1910. évi november hó 20.-áig hozzám nyújtásuk be, mert a később érkezőket figyelembe nem fogom venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

Vízakna, 1910. évi október hó 11.-én.

3-1

Szabó Lajos, főszolgabíró.

6289/1910. kig. sz.

A megüresedett **jarkováci orvosi állásra** pályázatot nyitok és felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket eddigi működésük igazolása mellett **folyo évi november hó 10.-éig** annál is inkább nyújtásuk be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Kérdéses állással következő javadalmazás van egybekötve. Az államtól évi 1600 korona fizetés.

Ezenfelül a községtől fizeteskiegészítésként évi 1000 korona.

Lakbér évi 400 korona.

Három öl tűzifa vagy ennek ellenértékéért 84 korona.

Törvényhatóságilag jóváhagyott hűsvágatási szabályrendelet szerint a vágatási díjak megváltása címén évi 300 korona.

Ezenfelül a halottkémleli, látogatási, valamint műtési díjak az érvényben levő szabályrendelet értelmében.

Antalfalva, 1910. évi október hó 4.-én.

2-1

Zsiros, főszolgabíró.

6289/1910. kig. sz.

Csenta (Torontál vármegye) községben üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek, felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényüket, eddigi működésüket, életkorukat, orvosi működésüket igazolva, hozzám **1. évi november hó 10.-éig** nyújtásuk be.

Az orvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés az állampénztártól, 400 korona Csenta község pénztárától, 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási díj, 120 korona hűsvizsgálói díj, halottkémleli díj 40 fillér, 2 öl kemény tűzifa és modern négyosztos lakás. Kilátása lehet az orvosnak kézi gyógytár engedélyére.

A szegények ingyen gyógykezelendők. A lakosság száma 3000, nemzeti-sége szerb.

Antalfalva, 1910. évi október hó 4.-én.

2-1

Zsiros, főszolgabíró.

5148/1910. sz.

A Jász-Nagykún-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Rákóczi-falva községben megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 12. §-ában megállapított készpénzfizetéssel s a szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona lakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **október hó 30.-áig** adják be.

Tiszaföldvár, 1910. évi október hó 5.-én.

2-1

Főszolgabíró h.

Szenágy, tb. főszolgabíró.

3455/1910. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásában, Alvincz székhelyével bíró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Csóra, Tartaria, Karna, Akmán, Szarakso, Rakató, Borsómező, Poklos, Oláhdálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908: XXXVIII. t.-cz.).

2. 500 korona évi lakbér.

3. 900 korona évi fuvarátalány.

4. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles összes községeit havonta kétszer, előre megállapított napokon meglátogatni.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1. évi november hó 20.-áig** nyújtásuk be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napját csak a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Alvincz, 1910. évi október hó 6.-án.

3-1

Pongrácz, főszolgabíró.

4076/1910. kig. sz.

Udvarhelymegye homoródi járásához tartozó **homoródszentmártoni kör-orvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom azon okleveles orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat hozzám folyó évi október hó 25.-éig adják be.

A körorvos javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, 300 korona úti átalány, 240 korona lakbér, halottkémlési és hűsvizsgálói díjak.

Megjegyzem, hogy ezen kör az újabb beosztás esetén 11 községből fog állani. Október 1910. évi október hó 4.-én.

2-2

Szabady Tivadar, főszolgabíró.

A Pozsonyi M. Kir. Bábaképezdeben az 1000 korona évi jutalomdíjjal, lakás, fűtés, világítás és élemezéssel javadalmazott **gyakornoki állás** betöltendő. Kötelező egyévi kórházi gyakorlatukkal elkészült orvosok pályázatukat minél előbb küldjék be a bábaképezde igazgatóságához.

A tót nyelv ismerete szükséges.

Pozsony, 1910. évi augusztus hó 31.-én.

Velits Dezső dr., igazgató-tanár.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és
köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és
lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikerrel használtatik.

**Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)
fellépő vesebántalmaknál.**



E forrás kiváló tulajdonságai:

Húgyhajtó hatása.

Kellemes ízű.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik
ülő életmódjuk folytán aranyeres bántal-
makban, hasi vérbőségben, máj- és vese-
izgalomban vagy húgysavas lerakódások-
ban, vesehomok és vesekövek képződé-
sében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyszeredményekről
szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások
ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Sal-
vatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDÓLF-RAKPART 8.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNY- VIZ

BAKTERIUM MENTES

TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ

Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám.

ÓDÍT-GYÓGYÍT. Kapható mindenütt.
Telefon 86-35.

Caps. Laricini c. menthol sec. Illés.

Név törvényesen védve.

A külföldről forgalomban levő hason készítményeknél gonorrhoea
ellen sokkal praktikusabbak s előkelő szakvélemények szerint
jobbak úgy férfiaknál mint nőknél. Orvosi rendeletre minden gyógy-
szertárban beszerezhető.

Főraktár: Ifj. Illés Antal gyógyszerháza, Szabadka. Török József gyógy-
szertára és Thallmayer és Seitz gyógyszernagykereskedése, Budapesten.

HALÁSZ P. JÁNOS

Telefon 83-28.

ORVOSI MŰSZERÉSZ

Telefon 83-28.

BUDAPEST, IX. KER., ÜLLŐI-ÚT 5. SZÁM.

BORHEGYIE LITHIUMOS BORVIZ

kiváló húgyhajtó, sziklából fakadó természetes gyógy-ásványvíz. Megrendelhető a Magyar
Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli R.-T.-nél Budapest. Telefon 162-84. 9186

Bordighera-Riviera.



Szálloda és gyógyház
Cap Ampeglio

Legmodernebb új épület. Csen-
des, felülmúlhatatlan fekvésben.
Egészségesebb és üdülők otthona.

Hydro-elektrotherapia stb.

Tiszta egyéni diätetika.

Orvosok a házban.

Prospektusok és brosurák
9989 kívánatra.

Intézet orvosi diagnosztika részére

Med. Dr. T. Wittels és N. Welwart, vegyész-mérnök.

Wien, IX/1.

Telefon-sz. 20382.

Berggasse 4.

LUES-DIAGNOSIS (Wassermann)

Húgy-, széklet- és köpetvizsgálatok stb. Histológiai, bakteriológiai
és egészségügyi vizsgálatok. Vérvonásra szolgáló esővecskék kívá-
natra átengedtetnek.

Tengerparti fürdőn létesítendő sanatoriumhoz nagy összeköttetéssel
rendelkező

fővárosi orvost keresek.

Esetleg társul pénzzel. Épület és berendezés már készen. Bővebb
értésítést ad **Landler dr.,** ügyvéd, József-körút 31/A.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D-EGGER

Indicációt: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis.
Kapható minden gyógyszerházaiban.

Jódkúráknál

Arsojodint,

brómkúráknál

Arsobromint

alkalmazhatunk a legnagyobb eredménnyel.

9618

KONSTANTIN FORRÁS EMMA FORRÁS

minden katarrhust gyógyítanak, kapható az összes ásványvízkereske-
déseknel és a Brunnendirektion Gleichenberg által. 9905

MAGNESOL STOHR (Magnes citric. efferves.) sine sacchar.

NORDEN tanár előírása szerint egy enyhe és biztos hashajtószer különösen

CZUKORBETEGEKNEK.

Főraktár Magyarország részére:

VÖRÖSKERESZT-GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLÓGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Grósz Emil: A trachoma. 763. lap.

Picker Rezső: Tanulmány a húgyivarszervek bakteriumos fertőző betegségeiről. 766. lap.

Steiner Pál: Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.) Adatok a Freyer-féle prostatesektomia kérdéséhez. 778. lap.

Friedrich Vilmos: Reflexiók az ipari megbetegedések brüsszeli nemzetközi congressusáról. 775. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A halottkémlés kézikönyve. — Lapszemle. Idegkórtan. Sinton és Voisin: A meningitis körjelzése. — Elmekórtan. Homburger: A narcoticum-combinációk hatásáról. — Halley: A meteorológiai

jelenségek befolyásáról az epilepsiás betegekre. — Sebészet. Ehrlich: A Momburg-féle vértelenítés egyik figyelemreméltó utókövetkezményére. — Gyermekorvostan. Konrádi Dániel: Az agybaivétel organotherapiájáról. — J. Hallé és G. Railliet: A csecsemő hypernephrosis syphiliticájáról. — H. Richardière: A hemiplegiás typussal bíró hűdések a gyermekkori meningitis epidémicában. — Venerés bántalmak. Fr. Jensen: A syphilisnek arsacetinnel való kezeléséről. — Orr-, torok- és gégebetegségekről. Brandenburg: A gégegümőkór. — Röntgenologia. Krukenberg: Narcosis és Röntgen-fény. — Delorme: Az V. ágyékesigolya törése. — Kisebb közlések az orvostudományról. Gandini: Filmarón. — Britz: Szer pruritus ani ellen. 778—780. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 780. lap.

Vegetárius hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 781. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 782—784. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A trachoma.¹

Irta: Grósz Emil dr., egyetemi tanár.

A trachoma fertőzésből keletkező chronikus kötőhártyagyulladás, melynek fő jellemvonása a szöveti túltengés. E túltengés a hám alatti szövet sűrű beszűrődéséből, a papillák megnövekedéséből és lymphocytákból álló csomók képződéséből áll s rendszeren forradások hátrahagyásával gyógyul.

Az évek során a szárhártyán gyakran felszínes, erezett gyulladás, a szemhéjakon pedig a pillaszőrök befordulása és a pillaporcz elgörbülése keletkezik.

A betegség úgy elterjedésénél, mint következményeinél fogva a gyakorlóorvosok figyelmét a legnagyobb mértékben megérdemli.

Az esetek túlnyomó számában lappangóan, chronikusan kezdődik, sőt egyáltalán vitás, hogy létezik-e acut trachoma. Axenfeld abban a meggyőződésben van, hogy az acut jelenségeket mutató trachoma legtöbbször vegyes fertőzés eredménye. Ezzel szemben Saemisch az acut alak létezése mellett határozottan állást foglal, de annak előfordulási arányát csak 0.5%-ra becsüli. Ez olyan arány, mely arra jogosít, hogy az acut alakot legfeljebb mint kivételest tekintsük. Éppen ezen chronikus jelleg okozza azt, hogy a betegeknek kezdetben nincs is tudomásuk arról, hogy súlyos szembajban szenvednek. A reggelenként jelentkező csekély váladékképződést, a könnyezést, a homokérzést jelentéktelen hurutnak gondolják s e miatt nem is fordulnak orvoshoz, úgy hogy a baj legkezdeti szakát ritkán figyelhetjük meg. Még leginkább van erre alkalom olyankor, midőn tömeges szemvizsgálatokkor vagy akár pápaszemrendelés alkalmából megejtett vizsgálatkor fedezzük fel a betegség első nyomait. Ilyenkor a kötőhártya alsó áthajlási redője és a szemhéji kötőhártya még egészen ép lehet s csak a felső szemhéj kifordításakor tárul elénk a jellegzetes kép. Éppen ezért minden olyan esetben, a mikor a trachoma diagnosizálásának megállapításáról van szó, nem szabad elmulasztanunk a felső szemhéj

kifordítását. Az áthajlási redő mutat legkorábban jellemző elváltozást. A zugokban szürkésvörös göböcskék jelennek meg, melyek beszűrődött, vastagodott szövetbe vannak beágyazva. E göbök átmérője kezdetben $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ mm., később 1—1.5 mm. nagyra is nőhetnek s úgy elszaporodhatnak, hogy a szemhéjat valósággal elemelik a szemtekéről. Azon göbök, a melyek a szemhéji kötőhártyán keletkeznek, sokkal kisebbek maradnak, mert a kötőhártya itt a szemhéjporeczzal szoros összefüggésben van s így a növekedésükre kedvezőtlenek az anatómiai viszonyok.

A csomóképződést nemsokára egy másik jelenség is követi s ez a kötőhártya papilláinak megnövekedése és megszorodása. Ezek tudvalevően az áthajlási redő és a tarsális kötőhártya határán normális viszonyok között is előfordulnak. A papillák néha csomókat is tartalmaznak. A szöveti burjánzásnak harmadik jelensége a kötőhártya alapszövetének nagyfokú diffúz beszűrődése. Régebben a szerint, a mint a túltengés egyik vagy másik alakja lépett jobban előtérbe, a trachoma csomós, szemölcsös és diffúz és vegyes alakjáról beszéltek, valósággal azonban mindig ez utóbbi alak van jelen s így e felosztásnak nincs meg a jogosultsága. Csak a midőn az elváltozások hónapokon át a felső szemhéj kötőhártyájára szorítottak volt, jelennek meg a csomók az alsó áthajlási redőben is és pedig rendszeren már erősen beszűrődött alapszövetben; a túltengés a félholdképző redőre is reáterjedhet s csak a tekei kötőhártya marad soká mentes. De ez sem marad mindig sértetlen, az áthajlási redő felől ide is áthúzódnak a csomók mint szürkés kocsonyás tömegek. A túltengésen kívül a szín is jellemző, elűt a kötőhártyagyulladások élénkpiros színétől s inkább szürkés, néha rézvörös színt ölt.

A trachoma csak ritkán gyógyul önként s nyom nélkül. De hogy azelőtt biztosan trachomás kötőhártyán évek múltán néha a baj nyomát sem lehet megtalálni, azt kétségtelenül bebizonyította Bassa, ki a Feuer által 1883-ban trachomásnak talált 1917 beteg közül 632-nek kötőhártyáján 16 év múlva a baj nyomát sem találta meg. Ez azonban nem a rendes lefolyás. Még az esetben is, ha szövődmények nem társulnak a szárhártya és szemhéjak részéről, a túltengés helyén forradások maradnak vissza, melyek jellegzetesek a trachomára.

¹ Gyakorlóorvosok számára.

A kiinduló hely a felső szemhéj kötőhártyája és pedig a sulcus subtarsalis, itt képződik egy a szemhéjszállal párhuzamosan futó hegvonat, melyből az áthajlási redő felé legyezőszerű finom vonalak indulnak ki, melyek között a még túltengett kötőhártya-részek vöröses szigeteknek látszanak.

Később az áthajlási redő is zsugorodik s megrövidül.

A trachoma leegyakoribb szövődménye a száruhártia felszínes erezett gyuladása, a pannus. Rendesen a bántalom több havi fennállása után jelentkezik s előfordulásának gyakorisága egyszersmind kifejezője a bal súlyosságának.

A budapesti egyetemi szemklinika az utolsó két évben jelentkezett 777 trachomás 30%-a szenvedett benne; az arányszám Königsbergben, Dorpatban, Bonnban 50%-ig is emelkedik.

A pannus jelentkezését már előre jelzi a tekei kötőhártya belőveltsége, ciliaris injectio megjelenése. A limbus felül megvastagodik s a cornea szélén gombostűszúrásnyi, mákszemnyi beszűrődések keletkeznek, melyekhez felszínes, ágazatosan oszló, a kötőhártyára követhető erezés társul, a felszín egyenetlenné válik és végül az egész száruhártiát kocsonyásszürke erezett felrakódás borítja.

Olyan esetekben, a midőn a pannus az egész száruhártiát elfoglalja, annak görbülete is megváltozhat s erősebben előre domborodhat: keratectasia ex panno. A friss felrakódás nyom nélkül felszívódhat, a száruhártia visszanyerheti átlátszóságát; hosszas fennállás után, különösen ha már görbületváltozás is keletkezett, teljes gyógyulásra nincs többé kilátás, az izzadmány kötőszöveté alakul s a homályok állandósulnak.

A baj ritkább szövődménye a száruhártián keletkező fekély, mely néha az előrehaladó pannus határain, máskor annak közepén keletkezik. Ritkán terjed a mélybe s még ritkábban törik át, de mindig tömött, átlátszatlan heget hagy hátra.

Künn megfigyeléseiből tudjuk, hogy a könnytömlő genyvedése a trachoma gyakori szövődménye s nem egyszer éppen ezen bajjal áll összefüggésben a száruhártián keletkező fekély.

A szemhéjporcz csak ritkán és csak a legenyhébb esetekben maradjon sértetlenül. A beszűrődés behatol a porcz szövetébe s annak megvastagodása egyik oka annak, hogy a szemrés zártabb s a szemrés alácsüng: ptosis mechanica; oly jelenség, mely jellemző a trachomára. Egyiptomban a Delta vidékén a lakosság álmos tekintete jellemző ellentétben áll a trachomamentes felsőbb vidékek lakóinak tág szemréseivel. Később a porcz zsugorodása a szemhéjszél befordulására (entropium cicatriceum) vezet. A szemhéjszél belső ajaka legömbölyödik, a pillaszőrök csökevényesekké válnak, befordulnak (trichiasis), két sorban nőnek (distichiasis).

A hibás állású pillaszőrök az által, hogy a száruhártiát súrolják, nemcsak fénykerülést, fájdalmat okoznak, hanem a felrakódást növelik, sőt a fekélyképződést is elősegítik.

A kötőhártya nagyfokú zsugorodása végül a szemhéjnak a szemtekére való növéseire vezet (symblepharon posterius degenerativum), a könnymirigy kivezető csövei elzárulnak, a kötőhártya mirigyei elpusztulnak s a szem valóságos kiszárad: xerophthalmus, a mi egyértelmű a gyógyíthatatlan vaksággal. Szerencsére azon államokban, a melyekben a közegészségi viszonyok rendezettebbek, a teljes vakság nem éppen gyakori, de a látóélesség tartós csökkenése az esetek jelentékeny számában előfordul. Ott pedig, a hol a hygienés viszonyok kedvezőtlenek, mint például Finnlandban, a vakságok között a trachoma 25—30%-kal szerepel.

Tekintettel azon súlyos veszélyekre, melyek a trachoma részéről a látást fenyegetik, fontos a bántalom korai felismerése és megkülönböztetése a hozzá hasonló bántalmaktól.

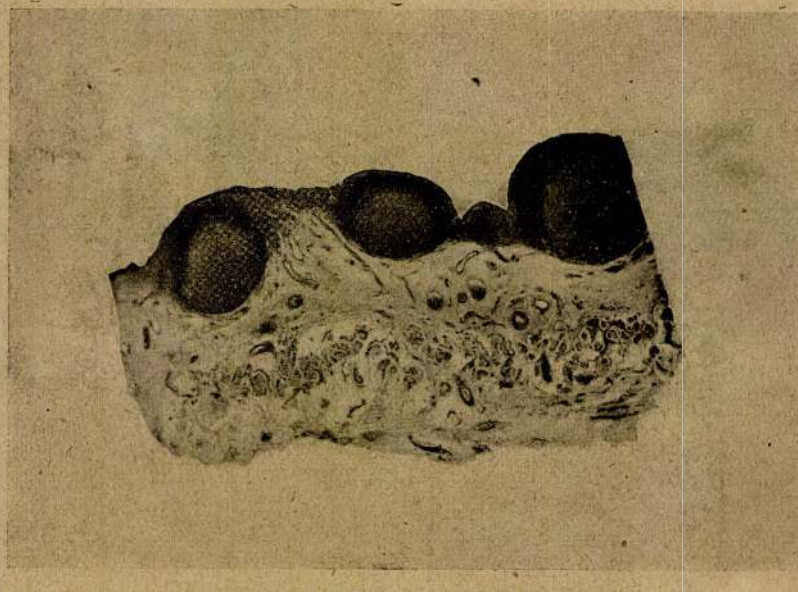
Azon kötőhártyabetegségeket, melyekkel a trachoma összetéveszthető, első helyen a kötőhártya tüszős hurutja érdemel említést. *Saemisch* érdeme, hogy érvet érvre halmozva sikerült a tudományos orvosi világot meggyőzni arról, hogy a tüszős hurut nem kezdete vagy kisebb foka a trachomának, hanem lényegében is más betegség. Még nem régen az unitárius felfogásnak is elég híve volt, de ma már a dualisták álláspontja az uralkodó. A két bántalom egyedüli közös vonása a folliculusképződés, de ez mindkét betegségnek csak egy jelensége, minden egyéb jelenségben, lefolyásban s következményben, de — s ez a döntő — a keletkezési módban is különböznek. Lényeges különbség, hogy a conjunctivitis follicularis tüszői ép vagy alig beszűrődött alapszövetben ülnek, míg a

trachomára éppen annak diffus beszűrődése jellemző. A tüszős huruthoz nem társul szövődmény a cornea részéről, nem hagy hegeket hátra, nem görbíti el a porczot, a legkülönbözőbb mechanikai s vegyi ingerek előidézhetik. Arra hajlamos kötőhártyán egy csepp csiramentes atropin tüszőképződésre adhat alkalmat. Rossz levegőben tartózkodó gyermekek kötőhártyáin rendszeres jelenség. Mindez eléggé igazolja a megkülönböztetés jogosultságát. Néha azonban az első pillanatban nem sikerül a két baj elkülönítése. Ha ugyanis a tüszők egyébként is hurutos kötőhártyán jelennek meg, éppen a legfontosabb klinikai jel, az alapszövet milyensége nehezen ítélhető meg. Ilyenkor a lefolyás egy-két hét alatt bizonyosságot ad. Ennyi idő alatt ugyanis a hurut meggyógyul s a folliculusok ép szövetben maradnak, míg a trachománál az alapszövet beszűrődésének csökkenése nagyon hosszú ideig tart s a tüszők visszafejlődésével lépést tart.

Könnyebb az elválasztás az úgynevezett conjunctivitis vernalistól, melyet a szemhéj-kötőhártyán keletkező krokodilbőrszerű lapos túltengések, a száruhártiaszéli felrakódás és a szín eléggé jellemeznek.

A kötőhártya tuberculosisa is göbképződéssel jár, de a rendszeren jelentkező fekély s a fül előtti mirigy duzzanata tájékoztat.

A blennorrhoea chronikus szaka mindenben hasonlíthat a trachomához. Hogy e hasonlóság csak morphologiai-e, vagy pedig oka a kórokozó közösségében rejlik — még vitás.



1. ábra. Felszínesen ülő trachoma-csomók.

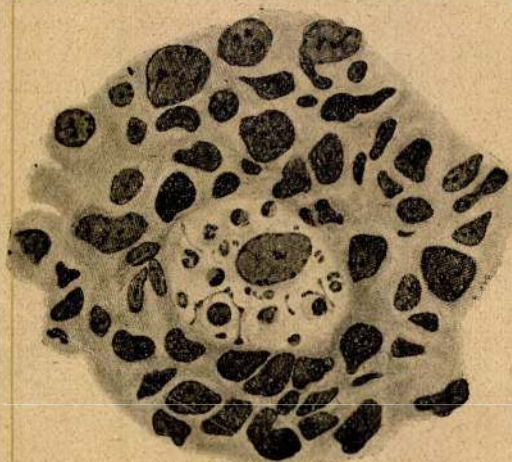
A trachomás kötőhártya jellemző szöveti elváltozásokat mutat. Az úgynevezett adenoidréteg diffus aprósejtes beszűrődése állandóan található, ehhez társul a papillák nagymérvű megnövekedése; az így keletkező mélyedésekről, az úgynevezett trachomamirigyekről *Iwanoff* azt hitte, hogy a leglényegesebb anatómiai jelenségek. Csak természetes, hogy az infiltrált szövetet fedő epithel is burjánzik s a kehelysejtek elszaporodnak.

Lényeges elváltozást alkotnak a trachomás kötőhártyában az úgynevezett nyiroktüszők: granulomok. Ezek néha a felszínen ülnek (1. ábra), felemelik az epithelt, máskor a papillákban foglalnak helyet, néha meg a szövet mélyében rejtőznek. Az uralkodó felfogás az, hogy ezen csomók a lymphoid-sejteknek egy vékony gerendzetbe való összezsapódása által keletkeznek. A kifejlődött csomó a következő sejtalakokból áll. A csomó kérgét lymphocyták alkotják, a nagyobb leukocyták a csomó közepét foglalják el. Ezekon kívül nagy, erősen festődő rögöket tartalmazó sejtek is fordulnak elő, melyeket sokan phagocytáknak tartanak (2. ábra). Óriássejtek, plasmasejtek egészítik ki az amúgy is változatos sejtalakokat. Mindezek vékony kötőszövetgerendzetben foglalnak helyet, vitás azonban, hogy a csomónak van-e külön tokja. A csomó vér- és nyirokereket is tartalmaz.

Saemisch kétségtelennek tartja, hogy a csomónak nyiroktüsző jellege van, de ismételve felvetődött az a nézet is, hogy inkább az infectiosus granulatiók csoportjába tartozik.

Ezen, már régebben is kifejezett nézetet újabban *Straub* és *Goldzieher Miksa* is vitatja.

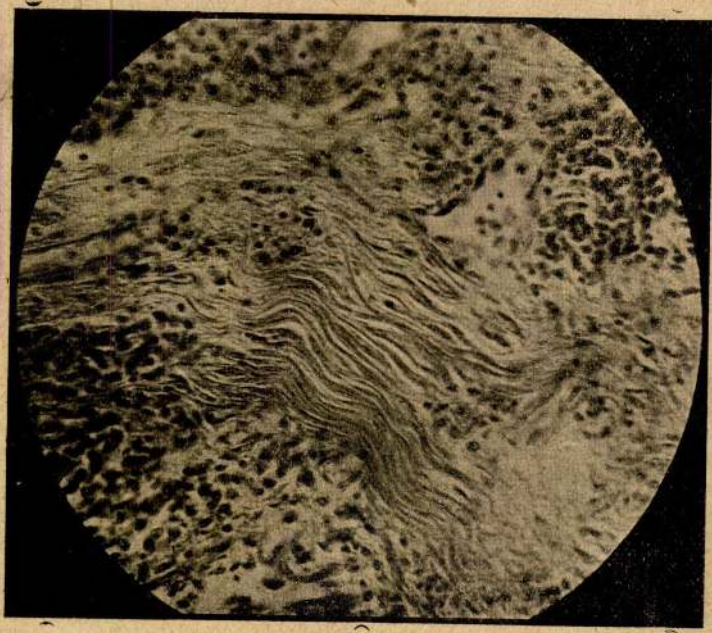
Az kétségtelen, hogy a trachomás gőb szerkezete nem különbözik azon csomókétól, melyek a folliculáris hurutnál is előfordulnak, úgy hogy egyetlen szöveti elváltozás sem körjellemző egymagában a trachomára, hanem csak a három főelváltozásnak összetalálkozása. Az anatómiai diagnoszt meg erősíti a hegszövetképződés, a mint azt a 3. ábra mutatja.



2. ábra. Trachomás csomó sejtjei.

A cornea histológiai elváltozásainak lényege aprósejtes beszűrődés a szaruhártya felszínén újonnan képződött erekkel.

A trachoma kétségtelenül fertőző betegség. A fertőző anyagot a kötőhártya váladéka tartalmazza, mosdószerek, ágyneműk s más tárgyak közvetíthetik. *Arlt* még azt hitte, hogy a levegő is közvetítheti, de ezen felfogás alaptalansága azóta kiderült. Az, hogy a baj néha hosszabb ideig egy oldalon marad, még nem szól a fertőző jelleg ellen. Az elterjedése, a kórbonczolástani lelet, *Hess*



3. ábra. Trachomás kötőhártya hegekkel.

és *Römer* állatkísérletei, melyekkel sikerült a bajt majomra átoltani, sőt a most már emberen is végzett átoltási kísérletek kétségen felül bizonyították a fertőző tulajdonságot. Sőt gondos klinikai megfigyelések s kísérletek azt is kiderítették, hogy a kórokozó sem kiszáradásnak, sem erős higitásnak nem tud ellentállani. *Kuhnt* és *Pfeiffer* azt is bizonyította, hogy a kórokozó a szűrletben marad, mert az átszűrt folyadék elveszítette ragályozó képességét. Magának a kórokozónak keresésével nagyon sokan foglalkoztak, de egészen a legutóbbi időkig eredménytelenül. Mindazon mikro-

organismusokról, melyeket egyesek mint kórokozókat jelöltek meg, kiderült, hogy a trachoma aetiológiájában semmi szerepük sincs.

Csakis *Prowazek*, *Halberstädter* és *Greeff* vizsgálatai jelennek egy lépést előre. Ők ugyanis az epithelsejteknél, a folliculus sejtjeiben, sőt a szövetben szabadon is apró szemcsékből álló halmozokat találtak, melyeket *Prowazek* és *Halberstädter* chlamydozoáknak, *Greeff* trachomaszemcséknek nevezett.

Eleinte nagyon óvatosan nyilatkoztak jelentőségükről. Később azonban, a midőn mind gyakrabban találták a trachomás kötőhártyán a nélkül, hogy más betegségben előfordultak volna, mindinkább nagyobb határozottsággal foglaltak állást kórokozó voltuk mellett, úgy, hogy *Greeff* a XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmával már úgy beszélt róluk, mint a trachoma kórokozói. Ezzel szemben *Heymann* kimutatta, hogy blennorrhoeában is előfordultak. E lelet egészen új irányt adott a kutatásoknak, melyeknek eredménye az volt, hogy *Herzog* a budapesti I. sz. egyetemi szemklinikán végzett vizsgálatai és *Triestben* végzett kísérletei alapján azon felfogásra jutott, hogy a trachoma kórokozója a gonococcus átalakulása. E felfogás, melyre *Herzog* bakteriológiai kutatások alapján jutott, egyezik *Arlt* azon kijelentésével, melyet 1881-ben tisztán klinikai megfigyelései alapján tett, mely szerint legvalószínűbbnek tartja, hogy a trachoma nem morbus sui generis, hanem módosított blennorrhoea. Bármennyire tetszetős is e felfogás, s bármilyen sok érvet lehet mellette felhozni, az utolsó szó e téren még nincs kimondva.

A gyógyításnak az a célja, hogy a szöveti túltengést lehetőleg nyom nélkül visszafejlessze, a betegség ragályozó jellegét megszüntesse és a következményeit eltüntesse. E cél elérésére gyógyszerek, mechanikai eljárások és operálások állanak rendelkezésre. 2000 év óta az eljárások egész seregét megkísérlették, céltalanul volna a felsorolásuk. Csak azokat fogom ismertetni, melyek eredményességéről személyes tapasztalás útján is meggyőződtem. A gyógyszerek között ma is első helyen áll az argentum nitricum 1—2^o/o-os oldata, melyet ecsettel, üveg- vagy fapálczikára csavart vattával vagy cseppentő üveggel juttatunk a kifordított szemhéjak kötőhártyájára és a felesleget konyhasóoldattal közömbösítjük. Hatása abban áll, hogy felszínes pörk képzése által, mely azután leválik, előli s magával ragadja a felszín mikroorganizmusait s az okozott vérbőség és nyirokaramlás a túltengések felszívódását előmozdítja.

Különösen hatékony olyan esetekben, a midőn a kötőhártya duzzadt s bő váladékot termel. Ilyenkor pótolhatatlan.

Hosszas használat után s különösen, ha a közömbösítés nem történik meg, avagy ha cseppek alakjában alkalmazzák, a kötőhártya a kiesapódott ezüsttől szürkés lesz: argyrosis fejlődik. Ez még nem akadály a szer használatára, ha az különben még indokolt.

A másik régtől alkalmazott gyógyító szer a cuprum sulfuricum. Rendesen simára köszörült jegecz alakjában a túltengett részletek érintésére használjuk. Olyankor van helyén, a mikor a váladék már elapadt, a csomók s a papillák túltengése erősen kiemelkedik az alapszövetből. Friss pannus vagy szaruhártyafekély esetén nem alkalmazható. A heges stadiumban kenősképpen is adhatjuk. *Arlt* jun. e célra a cuproicitrol-kenőcsöt ajánlja.

A harmadik szer, mely az előbbieket némely esetben pótolhatja, a sublimat (1:1000). Üvegpálczikára csavart vattát bemártunk az oldatba s ezzel a kötőhártyát, különösen a zugokat és áthajlási redőt ledörzsöljük. Minden jel oda mutat, hogy nem annyira a sublimat, mint inkább alkalmazásának módja hatékony. A mechanikai eljárások ugyanis a gyógyszereknek értékes támaszai. Ide sorolhatjuk a massage-on kívül a csomók kinyomását is, mely cél elérését az eddig ajánlott eszközök közül legjobban *Kuhnt* expressorai közelítik meg. Különösen olyankor megokolt az alkalmazásuk, a midőn az alapszövet beszűrődésének felszívódásával a csomók visszafejlődése nem tart lépést. De nem szabad azt hinnünk, hogy a csomók kinyomása a bajt azonnal megszüntetni, vagy a gyógyszerek alkalmazását nélkülözhetővé teszi.

A trachoma orvoslásában, különösen *Kuhnt* érdeméből, a sebészeti eljárások is polgárjogot nyertek. Az áthajlási redő kimetszése alkalmas esetekben nemcsak a reinfectiót gátolja, a pannuskitöréseket ritkítja, a váladékképzés csökkentésével a ragályosságot is csökkenti, hanem jelentékeny számban aránylag rövid idő alatt gyökeres gyógyulásra vezet. Természetesen visszaesések ezen eljárás után is előfordulnak. Szigorú indicatio s jó technika, mely-

nek javításában *Blaskovics László*-nak kétségtelen érdemei vannak, a siker feltételei.

A forradásos stadiumban a porcz kimetszése nemcsak a bajt magát, hanem következményeit, első sorban a trichiasist és az entropium cicatriceumot is gyógyítja; e két bántalom gyógyításában a *Kuhnt* porczkimetszése háttérbe szorította az ajánlott operálási módok egész seregét.

A friss pannus gyógyítása a kötőhártya felől történik. Az argentum nitricum alkalmazását fekélyképződés nem akadályozza. Vannak azonban esetek s ezek éppen nem ritkák, a midőn a pannus nem áll arányban a kötőhártya elváltozáival. Ilyenkor a szaruhártya baja külön gyógyítást igényel. E gyógyítás főleg a felszívódás serkentésére irányul. A túlzott aktivitástól azonban tartózkodnunk kell. A gonorrhoea conjunctivae beoltását nem tartom megengedhetőnek. Ha erőyes ingerre van szükségünk, a *Römer* által ajánlott jequiritol áll rendelkezésünkre. Legtöbbször azonban megelégedhetünk, ha a felszívódást hydrarg. bichloratum ammoniatum, hydrargyrum oxydatum vagy dionin kenőccsel való masszálással serkentjük.

A fekély gyógyítása miben sem különbözik a más conjunctiva eredetű fekélyek gyógyításától: 1% atropin-beesőppentés, borogtatás acidum boricum-oldattal, dionin behintés s esetleg égetés thermo- vagy galvanocauterrel.

A trachoma egyike a legelterjedtebb betegségeknek. Egyetlen világrész sincs megkímélve tőle. Hazájának mégis Egyiptomot tekintik. Nem alap nélkül. A Nilus vidékén már évezredek előtt ismeretes volt, bár valószínű, hogy mai elterjedése, a midőn a benszülltek 80—90%-a szenved benne, a középkorból származik.

A görögök, rómaiak, arabok kétségtelenül ismerték. Az is kétségtelen, hogy Német- és Oroszországba nem Napoleon hadserege hurczolta be, bár tagadhatatlan, hogy azon nagy népmozgalmak, melyeket Napoleon hadjáratai okoztak, a baj elterjedését nagy mértékben elősegítették. Ma Európa legtöbb állama fertőzött. Legkevésbé Sveicz, Franciaország és Anglia, ellenben Irland, Belgium, Hollandia, Portugalia és Spanyolország erősebben fertőzött. Olaszországban a trachomások számát 300,000-re becsülik. A balkán államokban és Oroszországban még nagyobb az elterjedése. A Német birodalomban a Rajna vidéke és Kelet-Poroszország, Ausztriában Galiezia a legfertőzöttebb. Magyarországon a Duna és Tisza köze, a Dunántúlnak Horvátországgal határos megyéi, az északi megyék, Erdélyben a román határ alkotják a baj főfészkeit. De a mai közlekedési viszonyok s a mai munkásmozgalmak mellett valóban nem lehet szó teljesen mentes vidékekről. Hiszen egyes olasz munkások még Sveiczba is elhurczolták. Teljesen jogosulatlan az a nézet, hogy az éghatár és a faj mentesíthet. A baj iránt mindenki fogékony s ellene is csak ugyanazon fegyverek hatások, mint más fertőző betegségekkel szemben: a jólét és a kultúra.

Tanulmány a húgyivarszervek bakteriumos fertőző betegségeinek kórtanához.

Irta: *Picker Rezső* dr., volt egyetemi tanársegéd, műtőorvos, a húgy-szervi bántalmak szakorvosa.

II.

Sepsis chronikus gonorrhoea és más bakteriumos fertőzés mellett.

Míg az első klinikai tünetek idején vagy még előbb jelentkezett lázas állapotok és metastasisok az egész hevenyen megbetegedett nyálkahártyafelületről kiinduló kezdeti sepsisre jellemzők, a milyent más fertőzéseknél, mint például pneumoniánál, typhus abdominalisnál is láthatunk, addig a későbbi időben, a lázas szak lezajlása után, legkorábban a második hét végén támadó gonorrhoeás metastasisok mindig egy vagy kevés körülírt retentiós góczból kiinduló, sebési értelemben vett sepsis kifejezői, melyet elég gyakran kifejezett láz nélkül látunk lefolyni.

E kóros állapot első stadiuma, jobban mondva *legenyhébb* alakja a *rheumás fájdalom*, a melyet következő esetemben figyelhettem meg, mint a sepsis egyedüli jelét.

Sch. E. első gonorrhoeája 1908. évi május hó 28.-án került kezelésem alá. A fertőzés 6 nappal ezelőtt történt, folyás 2 nap óta. Vizsgálatkor genyes folyás, nagymennyiségű tipusos gonococcus; I. vizelet kissé zavaros, benne czafatok, II. és III. tiszta.

Június 5. A szokásos kis fecskendővel végzett albarginkezelés (1:3000) a folyást már 2 nap alatt alig észrevehető nyomokra csökkentette. Ma, három órás vizelési szünet után, csak nyomással bírok a húgycsőnyílásból váladékot kihozni, melyben igen kevés a gonococcus. Az elülső húgyeső elülső harmadában két nagy, nyomásra fájdalmas mirigy, melyek merevedés alkalmával is kellemtelenséget okoznak.

Június 10. Tegnap reggel óta ismét több váladék; a folliculusok lohadásban; massage alkalmával direkt kapok a mirigyekből váladékot.

Június 15. Nyolcz órás vizelési szünet után igen kevés, epithelsejtekből és genysejtekből álló váladék, melyben csak keresés után talállok gonococcust. A vizeletben 2—3 czafat, egyébként tiszta. Tágitás az egyenes Kollmann-féle dilatátorral 31—33 Ch.-ig, utána a húgyesövet kalium hypermanganicum-oldattal kiöblítem.

Június 19. A tágitást követő napon a beteg több váladékot vett észre, vizelése fájdalmas, a jobb lágyék nyirokmirigyei duzzadtak s járás közben rheumás fájdalmakat érez a jobb térdben. Ezek az összes tünetek 24 óra múlva eltűntek.

Öt órás vizelési szünet után nyomásra igen kevés, egészen világos váladék nyerhető, mely legnagyobb részét epithelsejtekből áll s gonococcust nem tartalmaz. Hosszas keresés után az I. vizelet apró czafataiban talállok gonococcust.

Június 22. A nyomással nyert váladékban nincs gonococcus, a vizelet I. czafataiban azonban még talállok egynehány diplococcust. Az elülső húgyeső végigtapintásakor csak egy fájdalmas folliculus érezhető. Tágitás 31—33 Ch.-re; ezután öblítés.

Június 24. A tágitás után nem jelentkeztek rheumás fájdalmak. A folliculus váladéktermelése és érzékenysége is szűnőfélben van. A czafatokban igen kevés gonococcus; öblítés.

Június 26. Mindennemű antisepsis kezelés szünetelése mellett igen kevés czafat, melyekben nincsenek gonococcusok.

Július 25. A beteget állandóan negatív gonococcuslelet mellett néhány tágitás után gyógyultán bocsátottam el.

A közölt esetben tehát a pars anterior urethrae gonorrhoeás fertőzéséről van szó, melyet néhány nagyobb urethrális mirigy egyidejű megbetegedése komplikált. Az első tágitási kezelés alkalmával (június 15) a kórokozók a nyirokutakba és innen a véráramba kerültek és kis számuk miatt az egyszeri invasio alkalmával csak kistokú elváltozásokat okoztak, melyek az előbb említett rheumás fájdalmakban nyilvánultak.

Ha a kórokozók megfelelő számban vannak jelen, akkor az általuk különös előszeretettel felkeresett helyeken (a csőves csontok izületi vége, inhuvelyek stb.) a gonorrhoeás metastasisok jellemző elváltozásai fejlődnek ki, melyek kedvező esetekben a beteg megfelelő kezelése mellett 3—5 nap alatt tökéletesen visszafejlődhetnek.

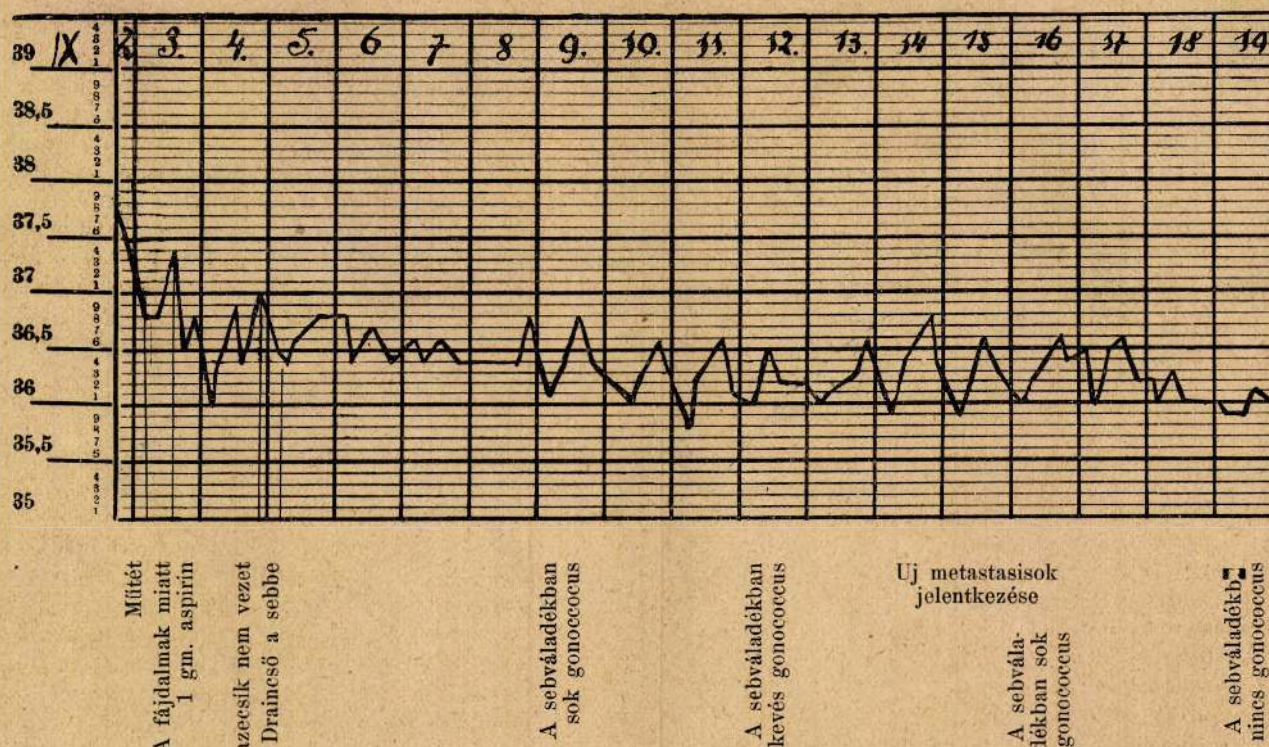
P. 1909 január 20.-án keresett fel első gonorrhoeás fertőzésével, mely 10 napos incubatio után tört ki; folyása három napja van. Vizsgálatkor igen bő folyás, mikroszkop alatt geny és igen sok gonococcus. A húgyesőben majdnem az összes mirigyek fájdalmas esomók alakjában tapinthatók, a penis bőre kissé lobosan vizenyős; a jobb oldali lágyéki nyirokmirigyek duzzadtak és nyomásra érzékenyek. Az elülső húgyeső tisztára való öblítése után a vizelet I. nyálkásan zavarodott, benne gonococcustartalmú czafatok, a II. és III. vizelet tiszta, de a genypróbát adja. Rectális vizsgálatkor a prostata és mindkét ondóhólyag erős mértékben duzzadt és fájdalmas.

Abscedáló prostatitis és kétoldali abscedáló spermatoocystitis fejlődött ki; ezen góczokból a január 30.-án megkezdett massage-kezelés alkalmával naponta bőséges, sűrű genyes váladék ürült, néha 10 gm.-nyi tömegben.

Február 19. Massagera még bő, nyálkás, sárgás-zöld ondóhólyagváladék, a baloldali ondóhólyag már nem oly kemény, de még érzékeny.

Február 20. Változatlan.

Február 21. Tegnap este óta fájdalmak és duzzanat a jobb kéz IV. ujján az I. phalanx proximális végén, ma délelőtt óta a jobb láb II. és III. ujjának I. phalanxában. Massagera, különösen a jobb oldalról, egész esésényi (10 gm.) geny ürül. Ágyban fekvés, tüneti kezelés.



2. számú ábra. E. M. lázgörbéje.

Ezen esetben tehát az egészen friss gonorrhoea abortív gyógyítása alig 50 órával a közöszülés után már nem sikerült, mert a gonococcusok ekkor már a hátulsó húgycsővet és ennek mirigyes függelékeit elérték volt. A fertőzés második hetében kezdődött meg a metastasisok jelentkezése; az öt első, részben periostális, részben izületi áttéti gőcz symptomás kezelésre, jóformán magától 3–5 nap alatt visszafejlődött, annak ellenére, hogy közülük az első (a kéztőizületen) és az utolsó (a jobb peroneus brevis inán) igen erős lobos tünetekkel járt volt. A hatodik metastasist a szervezet nem bírta legyőzni, ez phlegmonosus jelleget öltött; a tendovaginitis fennállásának 11. napján műtét beavatkozásra adott okot. Ennek szükségét egyrészt a fájdalom, másrészt a lázas állapot indokolta. Végre igazolta azonban eljárásom helyes voltát a műtét lelet, valamint az ekkor nyert sarjak mikroszkopos és kulturális vizsgálatának eredménye. A cultura már 12 óra múlva egy teljes, összefüggő lepel fejlődését eredményezte, oly bőségben, hogy a legvirulensebb folyású gonorrhoeából sem láttam eddig ily bőven és gyorsan növő kulturát fejlődni.

Az urogenitális retentiós gőczok erélyes kiürítését követő utolsó általános metastasisképződés (szeptember 14–16.-áig) s a sebnek ezzel járó bővebb váladéktermelése a műtét által elért eredményt csak néhány nappal késleltette, a mennyiben a beteg már szeptember 19.-én, azaz 16 nappal a sebészeti beavatkozás után fájdalom nélkül használta operált lábát. Ezzel szemben R. E. alább leírandó esetében a beteg izületek és inhuvelyek hat héten át folytatott tüneti kezelése semmi eredménnyel sem járt, annak ellenére, hogy ezen esetben a metastasisok egyike sem jelentkezett oly erős lobos jelenségekkel, mint E. M. esetében.

Gonorrhoeás metastasisok elég ritkán szolgáltatják az „iskola” értelmében a műtét beavatkozás indicációját. A műtét alatt követett eljárást (kikaparás) esetemben a sarjak bakteriologiai vizsgálatából nyert eredmény teljesen igazolta. Ennek alapján végeztem is a seb antisepsises kiöblítését, váladékának bakteriologiai ellenőrzése igazított útba a drain eltávolításakor is. Eljárásom helyességének megerősítésül ideiktatom azon kevés, az irodalomban található eset kivonatos közlését, melyben gonorrhoeás metastasisok műtétre adtak okot.

Cutler²² egy betegén, kinek gonorrhoeája complet lázas spermatoocystitissel, prostatitissel és epididymitissel komplikálódott, a negyedik hét végén a felkar egyidejű fájdalomosságával kapcsolatban

a vállizület megdagadását észlelte. A fájdalmak különösen éjjel voltak igen hevesek és a betegnek olyan érzése volt, mintha hangyák mászkálnának a csontban. A magas lázzal járó betegség negyedik napján végzett csontmegfűrés alkalmával gonococcus-tartalmú geny ürült. (Gram-festés és tenyésztés.) A rákövetkező napon végzett operációkor kitűnt, hogy a humerus fejében mogoró mekkoraságú tályog van, melyben sequester foglal helyet. Az üreg gyógyulása csak a sarjak kikaparása után következett be.²³

Ullmann²⁴ egy gonorrhoeás betegén a fertőzést követő harmadik héten a felkarcsont fejének alsó végén duzzanatot látott fejlődni. A megfűrt csontból bőven ürült geny, melyben a bakteriologiai vizsgálat kizárólag gonococcust mutatott ki.

Heymann²⁵ esetében a 40 éves férfibeteg, ki többször ment már keresztül gonorrhoeán, utolsó e fajta betegségét egy év előtt szerezte volt. Jelentkezésekor étvágytalan és 14 nap óta fennálló meghűlésről panaszkodik. Ezen idő óta a mictio is fájdalmas, este lázasnak érzi magát. Éjjeli nyugalma nincs megzavarva. A beteg vizeletének első része kissé zavaros, foszlányokkal, melyekben gonococcusok nem mutathatók ki biztosan, második része tiszta. Végbélvizsgálatkor a jobb prostatalebens igen nagy mértékben duzzadt, forró és felettébb érzékeny; belőle már óvatos tapintásra igen nagy tömegű tiszta geny ürül, részben a húgycsőben keresztül, részben a hólyagba. Öt perczel később a beteget igen erős rázóhideg fogja el, mely körülbelül egy negyed óráig tart. A beteg ágyba kerül, hőmérséke 40.3°-ra szökik. Tüneti kezelésre (fürdő, jodsuppositoriumok) és a prostata enyhe massage-a után 10 nappal a beteg láztalan és fennjár. Négy nappal később a bal lábszárnak alsó részében fájdalmakat érez, melyek miatt négy nap múlva ismét H.-t keresi fel. Egy forintnyi (zweimarkstückgross) területen a tibia igen érzékeny és oedemát lobos bőrrel fedett. A Röntgen-kép világosan mutatta, hogy a csontvelő-üreg rajzolata a normálistól eltér. Conservativ kezelés (Bier-féle pangás, jodvasogen) 10 nap alatt semmi eredményt sem adott; a bántalom lokalizálódott és láz is mutatkozott ismét.

38.5° reggeli hőmérsék mellett műtét: a bal tibia alsó harmada felett a csontthártya levált, alatta kevés geny van már. A csupaszon elülfekvő tibia felvételén, a velős üregben is genyet találnak. A beteg részek eltávolítása után tamponálás és kötés. Este a hőmérsék 37.4°.

²³ Lásd az E. M. esetben követett eljárást.

²⁴ Ullmann Emil: Wiener med. Presse, 1910. 49. sz.

²⁵ A. Heymann: Kasuistische Mitteilungen. Zeitschrift für Urologie, III. kötet, 8. füzet. 720. lap.

²² Annals of Surgery, 1907 január. 121. lap. Osteomyelitis abscedens gonorrhoeica of the caput humeri.

A genyben a mikroskopi vizsgálat typosus gonococcust mutat ki; ezt a serumagaron nőtt telepek is igazolják. A gyógyulás zavartalanul folyt le.

Ha azonban a retentiós góczok ürülése megakad s szakadatlanul új és új bakteriumtömegek kerülnek a véráramba, a szervezet védelmi berendezései kimerülnek, nem tud a széthordott és megtelepedett csírákkal megbirkózni, a mennyiben nem termel elegendő ellenanyagot stb.; így azután állandósul a bakteriumnak megtelepedése a praedilectiós helyeken és kezdetét veszi az izületeknek, inhuvelyeknek és csontthártyának jól ismert („csúszos“ stb.-nek nevezett) idült megbetegedése.

Ezt az állítást bizonyítja a következő kórtörténet:

Futás közben történt nagy megerőltetés következtében, 1908 szeptember hó 15.-én R. orvostanhallgatónak körülbelül egy év óta fennálló idült gonorrhoeás cowperitiséhez és spermatoecystitiséhez csatlakozva metastasisok képződtek a jobb boka izületében és a jobb láb peroneus longusának inhuvelyében. Ágybanfekvéssel, borogatással és begöngyölgetéssel kezelte a metastasisokat a beteg háziorvosa utasításai szerint, a nélkül azonban, hogy bárminő javulást vett volna észre, sőt a bal Achilles-inon is állandósult egy újabb duzzanat. Az urogenitalis retentiós góczok massage-kezelése, melyet ez év július havában kezdettem meg, ezalatt szünetelt.

1908 október 7.-én vizsgáltam meg a beteget. A jobb bokaizület és a peroneus longus ina felett a bőr térsztatapintatú és duzzadt. Activ, valamint passiv mozgásuk fájdalmas. Hasonló elváltozást találok a bal láb Achilles-inában, mely éppen úgy, mint az előbbi kettő, semmi hajlamot sem mutat a visszafejlődésre. Láza nincs és nem is volt. Két hét óta ismét van folyása, melyet azonban nem kezel. A nyálkás-genyes húgycsőváladék bőven tartalmaz gonococcust. Vizelet I. nyálkásan zavaros, benne czafatok vannak, II. és III. tiszta. Elrendelem a húgycső rendszeres kezelését albarginnal.

Október 8.-án. Folyása már nincs. A jobb ondóhólyag és a Cowper-mirigy massage-a erős nyomásra nagymennyiségű sárgás-genyes, nyálkával kevert váladékot szolgáltat; a sárgás részletecskében sok a gonococcus. Vizelet után átöblítés kalium hypermanganicummal. A beteg izületeket és inakat kiméletesen masszálom és alkoholpárborogatás felett elég szorosan ruganyos pólyákba göngyölgetem.

Október 9. A lábak állapota valamivel javult már, a duzzanatok a jobb lábon erősen visszafejlődtek. Ellenben a jobb váll, melyre a beteg ágyában többnyire támaszkodni szokott, dagadt és mozgáskor erősen fáj. Éjjel oly heves fájdalmak voltak, hogy aspirin bevétele ellenére sem tudott aludni. Párakötés a vállra, a beteg izületek massage-a és begöngyölése, a húgycsőnek és mirigyves függelékeinek helyi és antisepsis kezelése.

Október 10. Tegnap a jobb és bal váll és a bal könyökizület volt fájdalmas. A jobb felső végtag fájdalmassága miatt tudniillik az összes műveletekre (felülés, evés, mosakodás stb.) bal kezét használta a beteg. A bal váll és könyökizület fájdalmassága azonban mára majdnem teljesen megszűnt. A jobb váll dagadt még ma is, de fájdalmassága enyhült. Massagera a Cowper-mirigyből és ondóhólyagokból bőven ürül genyes váladék.

Október 11. A bal Achilles-in duzzanata a massage és a nedves begöngyölgetések hatására visszafejlődőben. A jobb lábon a talocrurális izület elülső és hátulsó recessusa még telt és igen érzékeny, a jobb váll állapota javult, a balé talán kissé rosszabbodott; a bal könyök ismét normális. Massagera a Cowper-mirigyből és ondóhólyagokból bő váladék, mely nagyjából nyálkás, de az apró genyes részleteiben sok a gonococcus; átöblítés kalium hypermanganicummal.

Október 12. A lábak állapota egyre javul; a beteg megpróbálja a járást, a mennyiben ülve, felügyeitem alatt, megkísérli a talp legördítését. Ezen mozgáskor fájdalmakat érez a jobb láb bokaizületében, melynek konturjai mind élesebbek lesznek és közelednek a normális körvonalakhoz. A vállak állapotában tartós a javulás, a bal könyök teljesen fájdalommentes. Kéztöviszleteiben rheumás fájdalmakat érez. Massage alkalmával a húgycsőből az alátartott kis csészébe bőségesen csepeg a nagyjából nyálkás, genyes részekkel kevert váladék. A massage után ürített tiszta vizelet utolsó

részletében is sok a genyes-nyálkás czafat. Az izületeket tovább is ruganyos pólyákba göngyölgetem.

Október 13. Változatlan.

Október 14. A kéztöviszület rheumás fájdalmak eltűntek; a bal váll teljesen szabad, csak a jobb váll érzékeny kissé activ mozgáskor; a lábak állapota folyvást javul. Massagera igen sok váladék, ebben a megszokott mikroszkopos lelet.

Október 15. A jobb láb bokaizületének körvonalai már csaknem normálisak; a bal láb Achilles-ina is teljesen rendes. Jelenlétemben óvatos járási kísérleteket (apró lépések erős térdemeléssel) végez a beteg és csak a bokaizület elülső és hátulsó recessusa érzékeny ilyenkor. Cowper-mirigy- és ondóhólyag-massage után a szokott átöblítés.

Október 16. A javulás állandó, csak a jobb lábhatáron a feszítő inak és a külső boka közötti térnek nincsenek éles körvonalai, valamennyi többi izület szabad. Massage mint rendesen.

Október 17. Járási kísérletek; időnként ágyon kívül van, de többnyire ül. Massage stb.

Október 18. Az összes izületek körvonalai helyreállottak. Ha kis lépéseket tesz, nem érez fájdalmakat. Az ondóhólyag stb. massage-akor bőven ürül nyálkás, kis genyes részletekkel tarkázott váladék; a genyes részekben gonococcust találok.

Október 19. Ismét ambulans a beteg, lábait azonban, a mennyire lehet, kimélnie kell.

Október 23. Az anatómiai körvonalak teljesen helyreállottak, a funda Retzii még kissé érzékeny. A gonorrhoeát naponként rendszeresen kezelem.

Miközben a vizelet napokon át feltűnően tiszta maradt s a massage is csak kevés igen tiszta váladékot szolgáltatott, október 31.-én minden egyéb külső ok vagy megerőltetés nélkül új metastasis keletkezett a musc. peroneus longusnak a tuberositas metatarsi V. dextrin való tapadása pontján, mely miatt betegem ismét lefekszik. Nedves borogatás és begöngyölés.

November 2. A metastasis teljesen visszafejlődött. A vizelet zavarosabb mint máskor, a Cowper-mirigyből bővebben ürül geny massagera.

A folytatólagos massage-kezelés hatására csak 1909 január és február hónapjában ürült ki a Cowper-mirigy és ondóhólyag több tályogja; ezek tartalmában a tenyésztési eljárás tiszta culturában mutatott ki gonococcusokat. A húgycsővet és hólyagot az utolsó időben nem kezeltem antiseptice, noha csak egyszer állott elő a folyás klinikai recidivája, mely hasonló általános tünetekkel járt (enyhe láz, lymphadenitis inguinalis, rheumás tagfájások), a melyenket az I. fejezetben irtam le. Ezek a nyálkahártyafelület egyszeri kiadós antiseptikus kezelésére eltűntek, míg a retentiós góczokból a gonococcusok csak február végén ürültek ki véglegesen.

A húgyivarszervek chronikus gonorrhoeás és egyéb idült bakteriumos fertőzése esetén a metastasisok létrejövetelében tapasztalataim szerint leginkább a nyirokutak szerepelnek, nem pedig a véráram. Ez magából az idült gonorrhoea és a többi chronikus fertőző megbetegedés lényegéből következik, melyeknek anatómiai oka a bakteriumtartalmú retentiós góczok tökéletlen kiürülése. E retentiós góczok között kórtörténeteim tanúsága és sok évi tapasztalataim szerint a húgyivarszervek levezetőútjainak mirigyves függelékei, melyek kedvezőtlen sebészeti berendezésüknél fogva már a legenyhébb gyulladásos laesio folytán is könnyen válhatnak elégtelenné. Erre már más alkalommal is rámutattam.²³ Most ezen, az általános kórtan szempontjából is érdekes körülmény további bizonyításul bemutatom egyrészt az ilyen retentiós góczokból massage útján nyert, megrekedt váladékokat, másrészt a belőlük előállított mikroskopi készítményeket és azok photogrammait. (I. tábla, 1—10. ábra.)

E váladékok az őket tartalmazó üregek valószínűs lenyomatai és egy kategóriába sorozhatók az ágas-bogas vesemedence- és kehelykövekkel, melyek ezen praeformált üregeket néha teljesen kitöltik. Ilyenek:

1. a nagy urethrális mirigyekből kimasszált lenyomatok, ezek között különösen egy borsónagyságú lenyomat, melyet szerencsésen sikerült 1 cm. hosszú és 0.2 mm. széles kivezetőcsatorna-öntvényével együtt megkapnom s mely egyúttal e függelék kedvezőtlen

²³ Lásd a „Klinikai tanulmány“-t.

sebész-bonczolástani berendezését is feltünteti. Ugyanezt bizonyítják.

2. a gyuladt ondóhólyagokból és

3. a vas deferens ampullájából massage által nyert lenyomatok.

Míg ezek a makroszkopi készítmények a kézzel fogható, durva anatómiai okát adják a retentio létrejöttének, addig a mikroszkopi készítmények az itt lejátszódó folyamat lényegéről adnak felvilágosítást. Ahogy a vetített és körözött mikrophotogrammokból látható, a váladékok sorokba rendeződött, illetőleg lerakódott geny-sejtekből vagy ugyanúgy elrendezett epithel- és genysejt-conglomeratumokból állanak, melyek a praeparatumban helyenként bakteriumokkal, itt különösen gonococcusokkal vannak betakarva, úgy-szólván bevonva. A mikroszkop alatt beállított hasonló készítményekben staphylococussal, bakt. colival, bakt. pneumoniae Friedländer-rel és b. pseudodiphtheriaevel láthatni ugyanazon képeket. A praeparatu-mok mind régi postgonorrhoeás fertőzésekből valók, a betegek hol csak bakteriuria (I. a III. fej.), hol recidiváló chronikus hólyaghurut miatt voltak észlelés alatt. A mikrophotogrammok oly készítményekről vannak felvéve, melyeket egy-egy finom, alig czérszálvastagságú prostata-mirigyeső vagy ondóhólyagjárat lenyomatából állítottam elő. Az anyag óvatos kezelése a készítményt egyenlő értékűvé teszi a szövettani metszettel, sőt az én véleményem szerint a kórfolyamat ilyen esetekben metszeteken nem is tanulmányozható olyan pontosan, mint a kifogástalanul szétterített lenyomatban, melynek szöveti szerkezete a bakteriumokhoz való vonatkozásaival együtt a kiterített praeparatumban tisztán áll előttünk. Nagy tömegben látunk bakteriumokat, melyek a mirigy lenyomatát egészen eltakarják, rajta fekszenek a rétegesen elrendeződött genysejteken, nincsenek phagocytálva, mint a hogyan azt acut gyuladásokban szoktuk észlelni. Rajokban látjuk be-burjánzani a mikrobákat a leülepedett genysejtek közé; úgy rendeződnek el, a mint éppen kínálkozik a hely. Más helyeken eltakarják az epithelsejteket és a genysejtek közé is lerakódnak; az utóbbiak itt csak a hurutot jelzik, nem pedig a gyuladást. A bakteriumok és a genysejtek elrendeződése együttesen a váladék-felhalmozódás szövettani képét adják. Csak a váladék fölöslege szorul ki a tágas mirigyesölumenből a keskeny kivezető csövön át és folyik le a levezető nyálkahártyatractuson a természetes váladék-áram irányában. Ha már most a váladékfelhalmozódás — itt különösen a bakteriumos eredetű felhalmozódás — és a vála-dék levezetése közti arány még kedvezőtlenebbé válik, akkor a bakteriumok, melyek közvetlenül a hámsejteken fekszenek — mert hisz ide szállítottak vissza az acut gyuladással állapot végén —, ismét a mélyebb hámrétegekbe, a kötőszövetbe s innen a nyirok-hézagokba, majd a nyirokutakba burjánznak és szétterjednek ezeken a testben. Egy részük biztosan tönkremegy a szervezet védő berendezései és védőerői ^{27, 28, 29} következtében, más részük azonban különösen hosszantartó és meg-megújuló invasio esetén a vérkeringésbe jut, végül pedig a minoris resistentiae helyein tartós bakteriummegtelepedésre kerülhet a sor és a természetes védő-erők kimerülése folytán typosus klinikai metastasisok, idült arthritisek stb. keletkezhetnek.

Hogy mikroszkopos praeparatumaik csakugyan a való tényállást tüntetik fel, azt például Winkler ³⁰ vizsgálatai is bizonyítják, kinek módjában volt egy az urethra felől fertőzött, valószínűleg veleszületett praeputiális cystát szövettileg megvizsgálni. Ez laphámmal volt kibélelve és a laphámsejteken, sőt még a felső rétegekben és rétegek között is valóságos rajokban és halmazokban feküdtek a gonococcusok. Két más gonorrhoeásban gonorrhoeában fertőzött praeputiális járatokat talált. Az egyik esetben a paraurethrális járat szokott szövettani képe volt látható; a másikkban a kimetszett darabban három külön járatot talált. Ezek igen szűkek voltak s csak helyenként lehetett rajtuk lument felismerni, javarészt csak epithelsejtekből álló kötegek módjára mutatkoztak. Az epithel-

rétegekben gonococcushalmazok voltak láthatók, melyekből csak egyes egyedek jutottak be a kötőszövetbe.

Ugyanezt igazolják Gutmann ³¹ leletei, melyek még annyiban is igazat adnak nekem, hogy itt a szervezet reakciójának oly módon való bekövetkezését, mint azt én leírom, a szövettani kép teljesen igazolja. Gutmann több esetben irtott ki paraurethrális járatokat, melyek részben hosszabb ideig állottak volt fenn és semmiféle kezelésnek sem voltak alávetve.

I. eset. A sehol el nem ágazódó járatot rétegzetes laphám béleli ki, ennek hiányzik a stratum corneum és granulosum. A járatnak a vak vége felé egyre kisebbedik a bélelő hámsejtréteg magassága, míg végül csak néhány sorból álló laphámbelet marad meg.

A járatot körülvevő sejtes infiltratum nagybára Unna-féle plasmasejtekből áll, ezeken kívül leukocytákat és lymphocytákat is találni.

Gonococcusokat a legfelső epithelrétegeken lehetett találni, továbbá a felső rétegek között; azok vagy szabadon feküdtek a járat lumenében, vagy pedig leukocyták tartották őket bezárva. Az epithel mélyebb rétegeiben, valamint a subepitheliális rétegekben azonban nem voltak találhatók. Faggyúmirigyeket vagy ilyenek maradványait nem lehetett kimutatni.

II. eset. Előre kell bocsátanom, hogy a mikroszkopi vizsgálat kimutatta, hogy a tulajdonképpen egy járatnak tekintett képződmény két, egymással össze nem függő járat, melyek közül az egyik a glans felé, a hátulsó a penis töve felé a bőrbe nyílik.

A járatok szövettanilag tökéletesen megfelelnek egymásnak, a metszés a hosszúsági átmérőben találta őket. A járat először is a bőrből kiindulva ferdén a mélybe halad, rövid lefutás után kanyarodván, csaknem párhuzamosan fut a bőrfelülettel.

Teljes hosszúságában rétegzetes laphám béleli ki, mely azonnal a bőr niveauja alatt elveszti stratum corneumát és granulosumát. Egyes helyeken 7 sejtsorból áll ez a bélés, a legtöbb helyen azonban kevés sejtsorra redukálódik. Alkalmassint és legvalószínűben az az oka ennek, hogy a mélység felé erősen, mondhatnók cystaszerűen tágul a járat. Ily helyeken rosszul festődik az epithel, intracelluláris közei pedig feltűnően nagyok. Mellékjáratok, elágazódások nem találhatók. A járat lumene teljesen ki van töltve polynucleáris leukocytákkal, melyek nagy mennyiségben találhatók a bélelő hámsejtek között, továbbá a környezetben is, ammyira, hogy sokszor bizony nehéz élesen elhatárolni az epithelt a subepitheliális szövettől. Az utóbbi erősen infiltrált, ez által a járatot erős lobgát veszi körül. Az infiltratum alkotásában a számos polynucleáris leukocytán kívül első sorban még Unna-féle plasmasejtek is részt vesznek. A járat távolabbi környezetében lobos infiltratum veszi körül a nagybörészt tetemesen táult ereket; igaz, hogy minél távolabb jutunk a járatról, annál inkább kisebbedik a polynucleáris leukocyták száma az infiltratumban és érvényre jut ez utóbbinak kifejezetten plasmasejtes jellege.

Gonococcusokat bőven lehet találni a járat lumenében, részint szabadon, részint leukocytákba zárva, ezenkívül levált epithelsejteken, a minőket meglehetősen bőven látni a lumen peripheriáján. Továbbá gonococcusok foglalnak helyet a legfelsőbb rétegekben és azok között is, míg a mélyebb epithelrétegekben és a subepitheliális szövetben nem lehet kimutatni őket.³²

Azon metastasisok, melyek a massage-kezelés elején szoktak jelentkezni, ugyanolyan módon magyarázhatók meg, mint a spontán keletkezett áttételek. Itt is az a lényeg, hogy az epithelre lerakódott s már részben a nyirokutakban lévő kórokozók a véráramba beszoríttatnak. A véráram közvetítésével első sorban a testnek

³¹ C. Gutmann: Über die gonorrhoeische Infektion und die Genese der akzessorischen Gänge am Penis. Zeitschrift f. Urologie, 1910. IV. kötet, 8. füzet.

³² E leletek alapján könnyen belátható, micsoda pathológiai nonsens a „búvóhely“ kifejezés, melylyel a húgyvisszervekben azon helyeket jelzik, a hol a gonococcusok „elrejtőznek“ s a honnan bizonyos „szerekkel“ kicsalhatók. Még sokkal képtelenebb az a kifejezés, mely szerint a gonococcusok „a nyálkahártya mélyebb rétegeiben“ vannak „elrejtve“. (Olvasd Zeissl-t Fritsch és Zuckerkandl „Handbuch der Urologie“-jában).

A therapia „czéltudatos“ polypragmasiája, valamint a dermatológiai művekben olvasható méltánylása egyes antiseptikus szerek értékének teljesen megfelel e „pathológiai“ felfogásnak.

²⁷ K. Bruck: Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokken. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 34. sz.

²⁸ Müller és Oppenheim: Nachweis von Antikörpern im Serum eines an Arthritis gonorrhoeica Erkrankten. Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 29. sz.

²⁹ Th. Vannod: Über Agglutinine u. spezifische Immunkörper im Gonokokkenserum. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 49. sz.

³⁰ Winkler: Beiträge zur Frage der paraurethralen gonorrh. Erkrankungen. Monatsbericht für Urologie. 10. köt. 513. l.

egy új, kissé lobos fájdalmas duzzadás. Párakötés mint rendesen, azonkívül kétszer napjában 20 percig Artzberger lehetőleg meleg vízzel.

Augusztus 12. Reggel 37.0, délben 37.0, este 36.9. A térdben az izzadmány csökken, ellenben az epicondylus ext. megkopogtatáskor még mindig érzékeny. Mindkét boka körvonala igen szépen kialakult. A jobb lábháton az inak még az izzadmány által takarva vannak. A jobb öregujjon a duzzanat és a pir eltűnt, csak a metatarsus és az I. peres proximális, illetőleg distális epiphysise érzékeny kopogtatáskor.

Augusztus 13. Reggel 37.1, este 36.9. Az epicondylus ext. még érzékeny, a duzzanat azonban már visszafejlődött, úgy hogy ezen ízület körvonalai a normális jobboldaltól alig térnek el. A bokák teljesen normálisak. A jobb lábháti inak körülötti izzadmány csökkenőben, a láb feszítése alig okoz már fájdalmat. Vizelet I. tiszta, vaskos foszlányokkal, II. egész tiszta. A massage utáni öblítőviz I. részletében nyálkás foszlányok, mikroszkopi vizsgálata még gonocoeust mutat. A szobában néhány lépést biczés nélkül tud megtenni.

Augusztus 14. Reggel 36.7, délben 36.5, este 36.5. Az ízületi körvonalak mind helyreálltak, csak a tegnapi fájdalmas csontok érzékenyek még. Massage, hólyagöblítés. A beteg néhány hétre hazamegy.

Augusztus 17. Távolléte alatt sokat kellett járnia, a térd ismét kissé duzzadt, a jobb lábhát javult, ellenben a bal boka állapota kissé rosszabbodott. A vizelet olyan mint rendesen; igen erős massage után az öblítővizből kihalászott foszlányokban keresés után gonocoeusok. Az ízületekre ismét alkoholfára- és nyomókötés.

Augusztus 18. Idem. A beteg — kimerítő utasítással (energius massage-kezelés) kezelő orvosa számára — haza utazik.

Szeptember 9. Kezelő orvosa arról értesít, hogy az összes ízületek normális körvonalat mutatnak; fájdalmat alig érez a beteg s csak időváltozás esetén van szaggató érzése a bal térdében. Az otthoni massage-kezelés megkezdése után 1 héttel ismét spontán folyás támadt gyér váladékkal, csak nyomásra jelentkezik bővebben a genyes váladék. 10%-os protargolt használt. Vizelet I. tiszta egy-két kis szálacskaival, II. teljesen tiszta.

A mellékelt láztáblához, mely ezen esetet igen instructive visszatükrözteti, az elmondottak után igen kevés a hozzátenni valóm.

A súlyos spermatoecytitisre utaló anamnesis ellenére az első két vizsgálat alkalmával (július 30. és 31.) a massage alkalmával erre objectív támpontot nem kapok, a massage-váladékban sem találok gonocoeust, éppen úgy az augusztus 8.-án és 9.-én végzett vizsgálatkor sem. Az augusztus 9.-i, massage után bekövetkezett hőemelkedés azonban abbéli gyanumban erősített meg, hogy a retentiós gócot valamelyik ondóhólyagban fogom megtalálni. Az augusztus 10.-i massage után ürített váladékokban azután megkaptam a tipusos retentióra utaló *bakteriumlepleket*. Ezen ürítéssel megbolygattam a klinice megbékült spermatoecytitis gócot és rövid ideig tartó recidivát idéztem elő benne, mely általános tünetekben, három napos febris continua continensben (augusztus 11, 12 és 13) és egy lokális részjelenségben (új metastasis) nyilatkozott meg. A folytatólagosan végzett erős massage a retentiót megszüntette, másrészt pedig a húgycsővön át nagyobb mennyiségben ürülő bakteriumok a folyásnak azon klinikai recidiváját okozták, melyről a kezelő orvos levelében említést tesz.

Minthogy azonban a massage a retentiós góczokat kiüríti és a váladék legnagyobb része a természetes levezető úton távozik, szabaddá lesz a váladék természetes lefolyás-útja és így végeredményben a massage-kezelés által megszűnik első sorban a váladék pangása és másodsorban a bakteriumoknak meg-meg újuló invasiója a szervezetbe. Az így előidézett metastasisok rendszerint enyhébb természetűek, gyorsan mulnak el éppen a folytatott massage-kezelés hatása alatt. Jelentkezésük, mint tipusos reactio, csupán diagnózisom és kezelésem helyességét igazolja.³⁴

Míg a betegség kezdetén fennálló metastasisok az egész megbetegedett nyálkahártyafelületről kiinduló felszívódás részletjelenségének tekinthetők, addig a későbbiek, a betegség localisatiója

³⁴ Ugyanezen tipusos rövid lázas reactiót tonsillaris sepsisben a tonsillák felhasítása után írja le Schichhold: Die tonsillare Behandlung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen. Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 6. szám.

után jelentkező metastasisokat sebészeti értelemben kell elbírálnunk. Ezek csak akkor jönnek létre, ha egy vagy több, az objectív topikus klinikai és bakteriologiai vizsgálattal mindenkor kimutatható, bár klinikailag esetleg latens gócból (mirigyes függelékek), a lobos váladék rossz ürülési viszonyai miatt, a kórokozók a nyirokutakba s innen a véráramba jutnak.

Összefoglalva: az acut megbetegedés idején a nyálkahártyafelületről azért nyomulnak be a kórokozók a szervezetbe, mert ez lehetséges (a még nem működő védőberendezések miatt), idült esetekben pedig azért, mert csak ez az út áll előttük nyitva (a pangás és a kedvezőtlen ürülési viszonyok miatt).

(Folytatása következik.)

Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár).

Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez.

Irta: **Steiner Pál** dr., klinikai I. tanársegéd.

(Folytatás.)

VI. A prostatektomia javallatai.

Minden műtét sikere az indicatio helyes felállításától függ. Különösen áll ez a prostatektomiára, mert azon betegek, a kiken e műtétet végezzük, rendesen nemcsak a helyi bajban szenvednek, hanem általános állapotukat illetőleg is sok tekintetben kifogás alá esnek. Az előző fejezetekben már láttuk, mily fontos a betegek előkészítése, s hogy mely tényezőkre kell tekintettel lennünk, mielőtt a műtétet végezzük. Ezekből már önként következik, hogy az indicatio helyes felállításánál két szempontból kell a betegeket megítélni: az általános megbetegedés és a helyi elváltozás szempontjából. Annak a sebésznek lesznek legszebb sikerei, a ki a két tényezőt helyesen mérlegeli, a ki legjobban megfelel ama követelménynek, a melyet *Farabeuf* a sebésztől megkíván, t. i., hogy első sorban legyen klinikus, a ki helyesen megítéli az indicatiót, a műtét szükségét, és másodsorban legyen operateur, a ki a műtétet jól elvégzi.

A) A prostatektomia általános javallatai.

1. A kor. Általánosan elfogadott tapasztalat, hogy a kor magában nem lehet a műtét ellenjavallata. *Freyer* esetei közt gyakran találkozunk 80 éven felüliekkel és magam is operáltam 78 éves beteget; eseteim között 70 éven felül 11-gyel, 27.2 százalékkal találkozunk. Nem is a kor a döntő, hanem a korrall járó pathologiás elváltozások s erre vonatkozik *Escat* megjegyzése: „la chirurgie des vieillards impose des réserves et une prudence spéciale”.

2. Az általános állapot: Itt első sorban az arteriosclerosis jön szóba; tudjuk, hogy *Guyon* „tous les prostatiques sont athéromateux” jelszava ma már nem áll dogmaszerűen, de azért sok esetben beválk. Az arteriosclerosis kisebb foka önmagában nem ellenjavallja a műtétet, csak azon esetben kell azt súlyosan mérlegelni, mikor a szív, a tápcsatorna, a vesék erei is részt vesznek a megbetegedésben. Ilyen esetekben az arteriosclerosis sok postoperatív szövődmény forrása lesz, de általánosságban azt mondani, hogy arteriosclerosis mellett nem szabad operálni, sok betegből megvonná a műtét jótételményét. A *diabetest* több szerző ellenjavallatnak tekint, mások ezt nem fogadják el. *Posner*, *Wiener* tapasztalta, hogy prostatatúltengés és diabetes gyakran együttesen fordul elő és ezen alkati megbetegedés mellett végzett sikeres prostatektomiákról számolnak be. Mindenesetre azért komolyan mérlegelendő a diabetes, miként azt más műtétek javallatának felállításakor is kellően méltatni szoktuk.

3. A szív állapota: Kisebb fokú myocarditis, billentyűbántalmak a kompenzált szakban nem alkotnak ellenjavallatot, ellenben aortaaneurysma jelenléte, mint súlyos arteriosclerosis jelensége, komolyan itélendő meg.

4. A tüdő állapota: Kisebb mérvű bronchitis, emphysema kellő előkészítő kezelés mellett megjavul, ezért jelenlétükben a műtét végezhető. Komoly elbírálás alá esik a súlyos emphysema,

mely mellett a műtétet nem ajánlhatom. Általában kellő technika mellett éppen a szív és a tüdő részéről mutatkozó szövődmények esnek súlyosan a latba, ezért ezek állapota a műtét előtt különös figyelemmel mérlegelendő.

5. *A vesék állapota*: Tekintve, hogy prostatektomia után aránylag gyakran az uraemia a halál oka, hogy számos ú. n. shock voltaképpen nem egyéb, mint veseelégtelenség, a vesék állapota nagy figyelmet igényel. Egyhangú az álláspont, hogy a veseelégtelenség, ha régóta megvan és állandósult, feltétlenül ellenjavallja a műtétet. Módunkban van a vesék állapotáról a műtét előtt meggyőződést szerezni; a vizelet mennyiségének meghatározása (polyuria!), a húgyanyagmennyiség megállapítása, az indigokarmin kiválasztásának formája, a vérkryoskopia értékes adatokat szolgáltatnak e tekintetben. A vizeletben található geny, még ha a felsőbb húgyutakból ered is, nem abszolút contraindicatio. Módunkban van a fertőzésen alapuló szövődvényeken a műtét előtt segíteni állandó katheterrel, hólyagmosásokkal, előzetes cystostomiával stb. és módunkban van a javulásról meggyőződni, a mely az általános tünetek részéről: az étvágy fokozódásában, a láz eltűnésében, nedves nyelvben nyilvánul, míg a vese functionális vizsgálata szintén javulást mutat. Ezek alapján a vesék részéről a javaslatokat a következőkben összegezhetjük:

a) abszolút ellenjavallat a veseelégtelenség súlyos mérve, az uraemia;

b) a lassan, idültlen fejlődő veseaffekciók, ha állandó katheterre vagy cystostomiára javulnak, nem alkotnak ellenjavallatot,

c) heveny vesefertőzés esetén ne operáljunk.

6. *A prostata nagysága és alakja*: Sem a nagyság, sem az alak önmagában nem elegendő ok a prostatektomia végzésére. Ismeretes, hogy nagy prostaták nem okoznak mindig vizelési nehézségeket, hogy boncsolásokkor igen nagy prostatákra akadunk, a melyek az előben tüneteket nem okoztak. *Baldoni* esetében a 80 éves beteg 500 gm. súlyú prostatája, melyet a boncsoláskor találtak, az előben tünetek híján észrevétlen maradt. Viszont azonban igen kicsiny sclerosisos prostata a prostatatúltengéshez hasonló tüneteket válthat ki. Ilyen esetekben különös óvatossággal kell eljárunk a műtét indicatio felállításában, mert ezekben a műtét nagyon nehéz, néha csak par morcellement végezhető és az eredmény, minthogy a tünetek oka nem a prostatában volt, absolute rossz. Ezen esetek aetiologiája még homályos, valószínűleg a hólyagfal sclerosisában keresendő és nem a prostatában. Ilyen „prostatismus prostata nélkül“ volt észlelhető egy 77 éves betegemen, a kin a prostatatúltengésre utaló tünetek már négy hó óta állottak fenn; sem a végbélvizsgálat, sem a cystoskopia nem mutatott megnagyobbodást, középlebenyt és mégis teljes rekedés állott fenn. Nem végeztem műtétet, hanem conservativ kezeléssel, a melyet egy hónapon át folytattam, sikerült elérnem, hogy a beteg spontan tudta vizeletét üríteni. Máskor ismét igen nagy prostatát tapintunk és az előkészítő kezelés után újból tapintva, azt tapasztaljuk, hogy a prostata felényire, sőt még kisebbre zsugorodott; ennek oka, hogy az acut congestio és gyuladás, mely az első vizsgálatkor fennállott, állandó katheter vagy — mint egy esetben — epicystostomia után lezajlott.

Ezek alapján mondhatjuk, hogy maga a nagyság és alak nem lehet a műtét indicatioja, mindig a kísérő tünetek veendő tekintetbe és határozzák meg a műtét szükségét. Óvatosságra intenek azok az esetek, a melyekben megnagyobbodás nélkül észleljük a jellegzetes tünetesoportot.

7. *A hólyag állapota*: Hogy a hólyag contractiós képessége a vizelet kiürítését gátló akadály eltávolítása után visszatérhessen, *Thompson*, *Guyon* tagadásba vette. Tapasztalatainkból megerősíthetjük, hogy a hólyag contractioképességének csökkenése vagy megszűnése akár a hosszas katheterezés, akár cystostomia után, a műtéttel meggyógyítható. Minden esetben, a melyben a betegek katheter-életet éltek, vagy a melyben már állandó vizeletcsurgás állott fenn, visszatért a rendes mictioképesség és nem oszthatom *Kümmell* álláspontját, a melynek a német sebészársaságban 1907-ben kifejezést adott, hogy a hólyag contractioképességének megszűnése a műtétet ellenjavallja, hanem csatlakozom azokhoz, jelesül *Zucker-kandl*-hoz, a ki ugyancsak 1907-ben azt vallotta, hogy a hólyag összehúzódó képessége a prostatatúltengés bármely szakában is a műtét után visszatér.

8. *A sexuális functiók*: A sexuális élet a betegek egy

részénél már kialudt, ezeknél e kérdés nem jön szóba; azoknál, a kik még potentiájuk birtokában vannak, miként azt fentebb tárgyaltuk, transvesicális módszerrel a sexuális életben zavar nem szokott beállani. Mégis czélszerű a beteget műtét előtt ennek lehetőségére figyelmeztetni, mert ha nem is sérülnek a ductus deferentes, lehetséges, hogy a benyílási helyükön előálló hegesezés folytán ejaculatio többé nem áll be, a hogy ezt *Papin* is leírja.

9. *A sociális viszonyok* szintén irányadók a műtét indicatiojában. A munkásosztály, melynek kezébe ritkán adhatjuk a kathetert, mely az asepsis fontosságára ki nem oktatható, a melynek munkaképességét mielőbb vissza kell adni, olyan esetben is operálandó, a melyben a vagyonos beteg, a ki csak betegségének élhet, még conservativ eszközökkel kezelhető. A katheter-élet nehézsége éppen a szegény néposztályt sújtja, éppen ezért jogosult itt a műtét javallatának némi kiterjesztése.

B) *A prostatektomia speciális javallatai a prostatatúltengés klinikai szakai szerint.*

A prostatatúltengés tünettanának tárgyalásakor már röviden érintettem a műtét javallatait a baj különböző szakai szerint; a következőkben ezekre részletesen terjeszkedem ki.

1. *A prostatatúltengés első szakai*, a melyben a gyakoribb vizelés, a nehezebb ürítés dominál, de residuális vizelet nincs, szinte észrevétlenül fennállhat, vagy pedig a betegek a kornak tulajdonítják és orvosi segélyért nem is folyamodnak. Komolyan csak akkor mérlegelik állapotukat, ha acut complet rekedés áll be, de ezt megszüntetvén, akárhányszor ez többé nem ismétlődik, a betegek teljes jólét mellett élhetnek. Ilyen körülmények közt csak természetes, hogy e szakban a műtét indicatioja nem áll fenn és elhibázott *Lydston* álláspontja, mely praeventiv prostatektomiáról szól. Hisz nem szükséges következmény, hogy a beteg az I. periodusból átmenjen a II.-ba és még az sem hozható fel a műtét érvéül, hogy e szakban kisebb a halálozás; ezt bizonyítja *Tenney* és *Chase* statistikája is, a mely szerint a mortalitas itt 10%. Egy esetben van az első szakban a műtét indikálva és ez az, ha a tünetek oka a prostata rosszindulatú túltengésében leli magyarázatát, egyébként az első szakban a műtétet nem ajánljuk.

2. *Az acut retentio*. A prostatatúltengés bármely szakában jelentkeznek az acut rekedés, önmagában nem lehet a műtét javallata. Az első szakban, mint láttuk, conservativ eljárással segíthetünk, legyen az katheterezés, vagy legrosszabb esetben hólyagpunctio. Ilyen punctio után az acut congestio megszűntével a normális vizelés újból helyreáll, vagy ha ismétlődik, rendszeresen már a katheterezés is keresztülvihető. Már más a megítélés, ha az acut rekedés a chronikus incomplet retentiohoz esatlakozik, de itt is áll az, hogy acut retentióban ne operáljunk, hanem várjuk be az a froid szakot és azután azon indicatiok alapján járunk el, a melyek a chronikus incomplet rekedés szakában mérvadók.

3. *A chronikus teljes rekedés szakai*, vagyis a katheter-élet, más elbirálás alá esik, a szerint, hogy a hólyag még aseptikus vagy már fertőzött.

a) *A chronikus teljes rekedés aseptikus hólyaggal*, miként azt fentebb láttuk, állandó katheterrel jelentékenyen megjavulhat, t. i. a chronikus incomplet rekedés szakát provokálhatjuk, a melyen evacuáló kezeléssel sokat segíthetünk. Ha ez nem sikerül, a betegre vagy a katheter-élet vár, vagy pedig alávetve magát a műtétnek, ennek áldásos voltát élvezheti. Itt a sociális viszonyok döntenek. Ha intelligens beteggel van dolgunk, a ki a katheterezésre és az asepsisre betanítható és vállalja egész életén át ezen állapotot, nem ajánlhatjuk feltétlenül a műtétet, bár azt czélszerűnek tartjuk. A kórház betegeit szolgáltató munkás osztállynál, a melynél többször tapasztaltam, hogy töredezett szennyes gummikatheterét a beteg a zsebben hordja, nyállal teszi sikamlóssá, a műtét javallata feltétlenül fennáll; itt a kezelésben a prostatektomia nemcsak az „Operation der Wahl“, hanem az „Operation der Noth“ is. Éppen úgy áll ez az intelligens betegeknél is, ha a katheterezés fokozatosan nehézségbe ütközik, ha nagy fájdalommal jár, ha gyakran vérzést idéz elő.

b) *A chronikus teljes rekedés fertőzött hólyaggal* rendszeren a katheterezés következtése. Ilyenkor, ha még nem áll régóta fenn, állandó katheterrel jelentékeny javulást érhetünk el és a betegek ezzel megelégedve, a műtétbe nem egyeznek. De csakhamar viszont-

látjuk e betegeket s a radikális gyógyítást kéri, mert az önkatheterezés mind nehezebbé válik. Ezen szakban levőknél találjuk a legtöbb szövődményt, a melyeket a következőkben foglalhatunk össze:

α) A katheterezés mind nehezebb, fájdalmas lesz, vérzéssel jár, gyakran már *álutakkal* jön a beteg, a fájdalmak a csatlakozott heveny hólyaggyulladás következtében igen nagyok.

β) A katheterezés *szüksége* mind gyakoribb lesz, vannak betegek, magam is észleltem ilyet, hogy minden 10 perczben csapolni kell őket, a mit rendszeren a hozzátartozók kevés hozzáértéssel végeznek és a betegek, miként *Parcelier* mondja, valóságos marttyrok.

γ) *Pyuria* jelentkezik bőségesen. Genyvizelés esetén a műtét végzése előtt pontosan megállapítandó a vesék állapota s még ha ezen tekintetben nem esik is kifogás alá a beteg, a praeventiv kezelés: *állandó* katheter alkalmazandó, esetleg előzetes cystostomia végzendő.

δ) *Haematuria*: gyakran súlyos jellegű és sokszor minden egyes katheterezést követ. Rendszeren a prostatát borító nyálkahártya és a pars prostatica urethrae gyűjtőercinek repedésétől van feltételezve. A műtét ez esetekben a kívánt eredménnyel jár, miként azt egy esetben, melyben a haematuria uralkodott a kórképen, magam is tapasztalhattam.

ε) *Epididymitis és orchitis* esetén, a mely a katheter-élethez csatlakozik és néha genyes alakot is ölt, előzetes antiphlogistikus kezelés van helyén. Radikális műtét gyógyulása után ritkán áll elő újból, míg a katheter-életben gyakran recidivál.

Mint hogy ezen szakban ezen súlyos szövődményekkel találkozunk, ezen esetekben a műtét javallata feltétlenül megvan.

4. *Chronikus incomplet rekedés szakban hólyagdistensio nélkül* az indicatio a műtetre egyfelől a sociális viszonyoktól függ, másfelől attól, hogy társult-e fertőzés ezen állapothoz.

a) *Chronikus incomplet rekedés hólyagdistensio és fertőzés nélkül* azon szak, a melyben a betegek ama dilemma elé kerülnek, hogy választaniok kell a katheter-élet és a műtét közt. Ezen szakban a katheter-életet nem úgy kell értenünk, mint a chronikus complet rekedés szakában, hanem úgy, hogy a betegnek naponta kétszer le kell bocsátani a residuális vizet; ha az asepsis követelményeit betartja, ez állapot különös nehézség nélkül elviselhető. Itt is a sociális viszonyok döntenek a műtét javallatában és itt szabad tágabb körre szabni az indicatiót, mert éppen ezen szakban érhető el a műtéttel a legjobb eredmény.

b) *Chronikus incomplet rekedés hólyagdistensio nélkül, fertőzéssel*, még ha javul is állandó katheter alkalmazására, a javulás nem tartós, a betegek ezen súlyos állapotba hamar visszaesnek és mindazon szövődményeknek ki vannak téve, a melyeket a chronikus teljes rekedésnél, a melyhez hólyagfertőzés társult, észlelhetünk. Ez esetekben ezélszerű előzetes állandó katheter alkalmazása vagy praelimináris cystostomia után a műtétet javaslatba hozni, mert a műtéttel teljes gyógyulás érhető el.

5. *Chronikus incomplet rekedés hólyagdistensióval*; ezen szak az, a melyben legnehezebb a helyes indicatiót felállítani. Tudnunk kell azt, hogy e szakban maga a katheterezés is mily veszélyeket rejt magában, hogy mily gyakori a katheterezés kapcsán a *vérzés* és a *fertőzés*. *Nicolich* 11 ilyen szakban katheterrel kezelt esete közül hat esetben rapide beállott a halál pyelonephritis következtében, négy esetben néhány hóval a kezelés után szintén fertőzés volt a halál oka és csak egy esete él még öt évvel a kezelés után. Pedig minden esetben betartotta e gyakorlott sebész a sebészet követelményeit: a hólyag lassú kiürítését és az asepsist. Joggal mondja *Guyon* ezen szakról, hogy: „c'est la forme de rétention la plus grave, la plus méconneue, la plus difficile à traiter, la plus insidieuse”. Ezért nehéz itt a választás a kezelésben. Fordulatot e betegek kezelésében *Nicolich* hozott, a ki 1904 áprilisban alkalmazta először eljárását sikerrel és azóta még öt ilyen szakban levő beteget operált módszerével eredményesen. A methodus lényege abban áll, hogy a prostatektomia után a hólyagot nagymennyiségű jodoformgázzal kitamponálta s ezzel elérte azt, hogy a nagyfokban tágult gyűjtőereket komprimálta, így a vérzésnek elejét vette, másfelől a jodoformnak baktericid sajátsága az infectio jelentkezésétől óvta meg a beteget. Tekintve, hogy e műtéttel tíz eset közül hatban gyógyulást ért el, míg az evakuáló kezeléssel 11 közül 10 halt meg, a módszer a prostatatúltengés kezelésében gyógyeljárásaink értékes gyarapodását jelenti.

(Vége következik.)

Reflexiók az ipari megbetegedések brüsszeli nemzetközi congressusáról.

Magas szárnyalású tudományos előadások, újabb orvosi megfigyelések s ezekkel párhuzamosan az egyes iparágakban újabban észlelt s a foglalkozás terhére irható megbetegedések, általános érdekű közegészségügyi kérdések tárgyalása, az iparegészségügyi törvények végrehajtása Európa nyugati országaiban s a velük elért s elérhető, a törvények helyes végrehajtásától várható eredmények felsorolása szolgáltatatta a Brüsszelben megtartott congressus tárgyait. Mindezen az államot s a népegészséget s ezzel kapcsolatosan a közgazdasági köröket érdeklő fontos s nagy kihatású kérdések conglomeratuma, melyek megvitatása tanulságos s hasznos, még ha az eredmény gyakran negatív is, oly értelemben, hogy a szakember az egyes országokban az egyes törvények segélyével elért vagy el nem ért eredmények tárgyilagos s való elősorolásából magának ítéletet formálhat: vajjon melyik utat nem volt szabad választani, mely intézkedés nem járt a hozzá fűzött s tőle joggal várható eredménnyel s mely irányban kell a jövőben a siker reményében próbálkozni.

A congressus (megtartott szeptember 10.-étől 14.-éig) vita-anyagát az előre megállapított 6, illetve 7 főkérdés alkotta: 1. Ipari megbetegedés s baleset, illetve üzemi baleset. 2. Az orvosi szolgálat a bányákban, a gyárakban, ipari telepeken s műhelyekben. 3. Az ankylostomiasis (bányaféreg) megelőzése s kezelése. 4. A látás egészségstana. 5. A caisson-megbetegedés s annak okai, e megbetegedés megelőzése. 6. Ipari mérgezések. 7. Egyes külön megfigyelésen alapuló előadások az ipari megbetegedések köréből vett mérgezésekről.

Miképpen a felsorolt kérdésekből kitűnik, e kérdések mindegyike nemcsak az ipari megbetegedéseknek ma már igen tág mezejére irányítja az előadót, de alkalmat nyújt arra is, hogy az iparegészség tanának territoriumára is átesapjon, mi által főleg a vitatkozásoknál bő alkalom nyílik a hozzászólásra nemcsak az orvosi szakértőnek és az iparegészségstannal foglalkozónak, de az e kérdésekkel gyakorlatilag foglalkozó laikusnak is. Ilyenmű vita gyakran kifáraszt és confundál, sőt haszonnélküli időfeesérlésre is csábít. Ezen körülményeket a congressuson öt napon keresztül, sajnálatunkra, nem egy ízben észleltük; pedig ez alkalommal a magát szorosan a tárgyhoz tartó tudományos kritika nem ártott volna s az ügymenetet is gyorsította volna annál inkább, mivel az ipari megbetegedéseknek ma már számos tudományos orvosművelője van a külföldön, miképpen ezt az olasz iskola, a németek szakadatlan búvárlatai, az angol orvos-iparfelügyelők tudományos jelentései igazolják. Ily congressus tisztán orvosi jelleggel is megállhatna s nem kellene átesapni más tudományok — a sociális biztosítás, egészségstana stb. — területére, ha az kellően elő van készítve s ha a megfelelő szakértők figyelmét kellő időben fel is tudjuk hívni s oda tudunk hatni, hogy azok meg is jelenjenek a tudomány nemes versenyn. Persze ehhez az kell, hogy az összes művelt nemzetek megfelelően, kellő számban képviseltessék magukat s ne essék meg, hogy egy oly hatalmas, az orvosi tudományban ma vezető kultúr-állam, mint Németország, mintegy távolmaradjon, mely előttünk ismeretlen okokból a most lefolyt congressusra leghivatottabb szakembereiből csak néhányat küldött mutatványszámba. És ha a congressus mindezek ellenére sikerült volt, az inkább annak tulajdonítható, hogy maguk a letárgyalt kérdések a megjelent szakférfiak figyelmét teljesen lekötötték, meg nem fejtett eszmékre hozva felszínre, azokat új munkára, más irányú megfigyelésre ösztökélték.

A tárgyalás első pontjával okadatlanul a program második pontját vettük, melylyel kapcsolatban a különböző nemzetek referensei elmondták, hogy a maguk országában mit ir elő vagy nem követel a törvény, s miképpen történik az orvosi egészségügyi szolgálat a gyárakban, nagyobb üzemekben, s mit lehetett ezen intézkedésekkel elérni. Magyar részről a távollevő *Tóth dr.* (Selmeczbányáról) írásban adta le referatúráját, mely azonban — sajnos — csakis a bányaiüzemekre terjedt ki.

Mindnyájunk előtt, kik elfogulatlanul tudományos szemüvegen át néztük s hallgattuk éberén e kérdéseket s tárgyalásokat, kifejeződött az az elv, hogy azon országokban, a hol törvény szerint kötelező a munkások betegsegélyezése s balesetbiztosítása, nemcsak az orvosi szolgálat, de még az azzal járó praeventiv intézkedés

is jobb; míg a szabad társulás vagy önkéntes biztosítás alapján működő országokban úgy az orvosi szolgálat, mint a megelőző intézkedés igen laza, s igen sok kivetni valót enged, még akkor is, ha a költségeket a gyáros fizeti, miképpen Schneider-Creusot nagy gyáraiban (ref. Briau), vagy a guanagyárakban, vagy a belga, görög s németalföldi gyárakban, a melyekben díesőszámba megy, hogy orvosi rendelőhelyiséget (*Proyard, Vanhassel, Doanides*) is tartanak fenn, melyben ingyen rendelkez. Mennyire felette áll az ily kezelésnek a német, az osztrák és a magyar is! A nagy horderejű, a munkás egészségét célzó kérdések csakis a vita folyamán kezdtek mindinkább kidomborodni és tisztázódni, midőn a ártalmas s nem veszélyes, az egészségre kártékony s kevésbé veszélyes foglalkozások műhelyeiről és üzeimeiről kezdődött a vita. *Buyse, Thisgher* és *Vandermider* belga orvosi ipar- s munkafelügyelők határozati javaslatai összegezik az e tárgyra vonatkozó megbeszéléseket: „A gyárakban a gyermekek 14 éven aluli korban ne alkalmaztassanak. Minden oly ifjútól, ki munkára jelentkezik, bizonyítvány kérendő, mely igazolja, hogy arra a munkára alkalmas. A felnőttek időszakonként újból megvizsgálandók. Felnőtt munkások, kik fárasztóan terhes vagy tisztátlan munkára jelentkeznek, köteleztessenek külön e célra kijelölt orvosoktól egészségi bizonyítványt bemutatni; ezen foglalkozásbeliek időszakonként is felülvizsgálandók a kijelölt orvosok által. Külön szigorú törvényhozási intézkedésekkel kellene gondoskodni az első segélynyújtásra szükséges eszközökről (nálunk ez törvényileg már régen elintézett ügy). Minden üzemből gondoskodni kellene megfelelően kiképzett egyének-ről, kik balesetek alkalmával az első segélynyújtásra képesek.” (E célzott a Budapesti Ker. Munkásbizt. Pénztár régen szolgálja oktató cursusaival.)

„Az ipari megbetegedéseket kötelezően be kellene jelenteni s minden nagyobb, de különösen minden veszélyes üzemet kötelezni kellene, hogy a munkaközben megbetegedettekről előírás szerinti állandó lajstromot vezessenek. A műhelyekben s gyárakban mosdókról, öltözőkről, zuhanyokról, fürdőkről stb.-ről kellene gondoskodni.”

Az osztrák, német s magyar hozzászólók (*Teleky, Lenhoff, Friedrich*) a megoldást csakis a legszigorúbb törvényektől várják s a törvénynek természetesen nemcsak jól és érthetően szerkesztve, hanem a gyakorlatban megfelelő módon keresztülvihetőnek is kellene lennie. A gyermekvédelmet egyikük (*Friedrich*) még fokoztatná azzal, hogy a munkás korának alsó határát felemelné 15, illetve 16 esztendőre, a szerint, hogy veszélyes vagy mérges anyaggal dolgozó üzembe óhajt belépni, továbbá törvényileg óhajtaná kimondatni, hogy gyárorvosnak csakis a gyárostól, illetve a munkaadótól független orvos volna alkalmazandó; ez azt eredményezné, hogy a gyárostól anyagilag függetlenített orvos nagyobb súlyt helyezne a gyár és a munkás egészségügyére. Ezen intézkedések által a ma is még nagy számmal jelentkező, de sok esetben elkerülhető és gyakran súlyos kimenetelű ipari megbetegedések el volnának hátríthatók. E pontokat igen helyesen megtoldotta *Bernacchi*, ki a munkásvédelmi intézkedéseket a mezőgazdasági munkásokra nézve is követelte, másrészt *Langlois*, a ki *Grandjux* és *Querton*-nal együttesen szembeszállva azzal a francia oldalról (*Rezous*) jött javaslattal, hogy a tanonc munkabéjének ideje a 13. évre, esetleg még alább helyezendő, javasolta, hogy a munkaadók köteleztessenek a náluk előforduló balesetekről is megfelelő lajstromot vezetni. Az a gyakorlatilag szerfelett fontos pont, vajjon az ipari megbetegedések az ipari balesetektől elkülöníthetők-e s mik a megkülönböztető jelek, sok felszólalásra és vitára adott alkalmat. S ez természetes is akkor, mikor még ma sem tudtak a szakbeli orvosok s az e tárggyal foglalkozók megegyezni az ipari megbetegedések helyes értelmezésében egy általánosságban elfogadott definitio elismerésével, másrészt midőn előttünk áll Anglia helyes példája a „Workmen's Compensation Act” néven ismert törvény-nyel, mely négy év óta van életbeléptetve s mikép ezt *Legge* és *Collie*-nek beható ismertetése után megnyugvással tapasztalhattuk, teljes sikerrel működött. E törvény értelmében 24 ipari megbetegedés — lépfene, bányaféreg, ólom, higany, arsen, phosphor, nitro- és amido-benzol, valamint ennek származékai (anilin stb.), szénkéreg, nitrogénvegyületek, chrom- és nikkelmérgezők, afrikai fa (gonioma kanarii) okozta mérgezés, caisson-megbetegedés, bizonyos bőrmegbetegedések (felsorolva külön négy pontban) a bányászok szemrengése, bizonyos mirigymegbetegedés, üveggyári

munkások szemhályogja, távirdászok görcse, a bányászokon előforduló bizonyos megbetegedések (három csoportban felsorolva) — balesetképpen lesz kártalanítva; ezen intézkedés, miképpen várható is volt, nemcsak a közegészségügyet javította lényegesen a praeventiv intézkedések szigorú betartása által a megfelelő üzemekben, hanem egyúttal igen jó hatással volt a munkások lelki állapotára is. Német részről *Hanauer, Lenhoff, Mugdan*, francia, belga s holland részről *Delpont, Rasoux, Lenoir, Querten, Heyermann, Kooperberg* kiemelte a többi nemzet jelenlévő képviselői által is helyeselt azon nézetet és tételt, hogy az ipari megbetegedést az üzemi balesettől elválasztani alig lehet. E megkülönböztetést még megnehezíti, hogy a baleseti törvények végrehajtása körüli itélkezések során a szoros tudományos megkülönböztetést részben már felfüggesztették s hogy általánosságban orvosilag fertőzőnek jelzett s régebben ipar okozta megbetegedéseknek tartott kóralakokat több ízben üzemi baleset által okozottnak ismertek el. A biztosítási törvényhozás útján oda kell törekedni, hogy az ipari megbetegedések s az üzemi balesetek egyenértékűvé tétessenek olyképpen, hogy amazok is kártalanítassanak. Eme óhajnak s egészségügyi követelménynek az államok által történendő elfogadása sok jogtalanságnak vetne véget s nem kevésbé járulna hozzá a munkások egészségügyi viszonyainak lényeges javulásához. Ezen, a munkások egészségügyét is hatalmasan előmozdító kérdések taglalásakor is behatározottan előttem, hogy relative mily könnyen lehetne e kérdést az érdekeltek nem túl nagy, az iparosokat s az ipart anyagilag alig észrevehető módon érintő megterhelhetőség nélkül megoldani ama államokban, a hol már működik a kötelező szociális biztosítás, míg annak keresztülvihetősége sok-sok nehézségbe ütközik ott, hol ez a kérdés államilag rendezve nincs. Hogy mely bántalmak minősíthetők ipari megbetegedésnek, azt gyakorlati s szakemberek meghallgatása után a kötelező betegsegélyző törvény keretén belül törvényhozással kellene megállapítani, ezen közben azt is, hogy a sérv, vagy a munkások végbélcsomói vagy bizonyos fülbeli elváltozásai ipari megbetegedésnek tekinthetők-e.

Az ipari megbetegedések nagy része olyan, hogy 10—14 héten belül javul vagy gyógyul; felismerésük könnyűvé válik, ha alkalmunk van a beteget 20—26 héten át állandóan megfigyeltetni. Attól nem kellene tartani, hogy a megbetegedések egy része az üzemi baleset terhére iratnék s kártalanítás alá esnek, mivel az e csoportba kerülők az állandó kezelés és megfigyelés alapján teljes biztossággal különböztethetők meg, vajjon üzemi balesetnek vagy ipari megbetegedésnek tudhatók-e be.

Igen beható eszmecsere tárgya volt a szem részeinek: a szaruhártyának, szivárványhártyának, üvegtestnek, lencsének, reczehártyának s a szemhéjnak sokszerű ipari megbetegedése s főleg a szemrengés (nystagmus) oka, valamint ezekkel kapcsolatosan az üzemek megfelelő és szükséges világításának kérdése. *Rommié, Fhiberth, Broca, Terrien, Nuel, Weekers, Haas* és *Heim* alapos orvosi tanulmányai bevilágítottak az ipari megbetegedések ezen fontos fejezetébe, rámutatva kísérleteikkel és észleleteik nagy számával, hogy mennyi szembajt okoz a különféle por, köszén, fém, kő, üveg, dohány, selyem, gyapjú, fa, liszt stb., s mily sok szerencsétlenségnek kezdeményezője a különböző mérgezés, ólom, kénese, arsen, methyalkohol stb., mily nagyszámú kóralak keletkezhetik a rossz, helytelen s ezélszerűtlen világítás folytán, végül mily eszközök s módok segélyével kerülhetők el a szemnek oly gyakori sérülései. Bebizonyítottak nyilvánították, hogy a szemrengés, egy a bányászoknál gyakori, de jóindulatú ipari megbetegedés oka a bányának elégtelen, olajjal való világítása, a munka befejeztekor a hirtelen átmenet a sötétből a napvilágra, s végül a sajátlagos munka, a felfelé s oldalfelé nézés a bánya csákányozásakor. Ezen megbetegedések száma sok bányában a világítótestek javításával máris lényegesen csökkent.

A bányaféreg okozta megbetegedés — ankylostomiasis —, mely évekkel ezelőtt hazánkban is annyira el volt terjedve a Selmeczbánya s a Sopron melletti Bremerberg-bányában, s a mely a bánya- s téglagyári munkás szervezetét s belműködését annyira megtámadja, ma már, miképpen erről az összes előadóktól s felszólalóktól — *Cailleau, Monti, Bruns, Tóth* (Selmecz), *Goldmann* (Sopron), *Liebert, Wolf, Malvoz* — értesültünk, számszerint jelentékeny módon csökkent. Eme visszafejlődést azoknak a tervszerűen

végrehajtott prophylaxisos intézkedéseknek köszönhetjük, melyeket újabban minden bányáuzem alkalmaz és pedig a jelentkező munkás alapos vizsgálata, székletének, a féreg hordozójának vegyi s mikroskopi vizsgálata, a dolgozó munkások időközi vizsgálata útján, különösen; ha rajtuk vérszegénység vagy bélbeli megbetegedés mutatkozik, a munkások kioktatása, népszerű előadások tartása, a bányákban megfelelő számú s szerkezetű árnyékszék felállítása, s ezzel kapcsolatosan a bányákban való székletelés legszigorubb eltiltása, a munkaidő alatt friss víz nyújtása, a fertőzötteknek a munkától való eltiltása, a feregelhajtási kúra s a bányák tisztántartása által. Ezen prophylaxisos intézkedések eredménye, hogy míg a múlt század 80-as és 90-es éveiben ezen szerfelett kínzó megbetegedés a munkásság 80—90%-át (például Selmeczbányán vagy a Rajna melletti tartományokban levő kőszénbányákban) lepte meg, ma ez alig tesz ki 1%-ot, s ez a szám is gyakori utóvizsgálat s tervszerű kezelés mellett még lényegesen csökkenthető.

Sajnos, nem ilyenek lehetnek a viszonyok Amerikában, a hol tudvalevően a munkásvédelemmel nem nagyon dicsekedhetnek, mivel — miképpen Moniano és Rosati megfigyeléseiből értesülünk — a visszavándorlók leggyakoribb megbetegedése a gümőkór s az ankylostomiasis, pedig az olasz visszavándorlók száma 1908 és 1909-ben 280,675, illetve 124,207 volt. A visszavándorlók a hajóorvosok minden figyelmé daczára is áthozzák a férget, úgy hogy utóbbi években Olaszország legkülönbözőbb városaiban és vidékein nagy számmal találkoznak e megbetegedéssel, melynek elejét lehetne venni, ha ezen munkásokat már a hajón a szükséges s bevált gyógyításnak vetnék alá; ellenkező esetben igen erős, szakszerű egészségügyi munkára lesz szükség, míg e kórt Európából kiküszöböljük.

Csaknem egy egész napon át lekötötte a jelenlevők figyelmét a caisson-betegség kérdése, vagyis az a megbetegedés, a mely hidak és alagutak építéskor s buvárokon a sűrített levegő használása folytán, illetve az abban való tartózkodás miatt keletkezik. Ez az ipari megbetegedés számos, sokféle, gyakran igen súlyos tünettől jelentkezik s ezek a tünetek annál mélyrehatóbb jelenséget mutatnak, mennél hosszabb ideig tartózkodott az illető munkás mennél magasabb nyomás alatt álló levegőben, úgy hogy 1-5 légnyomás alatt álló levegőben már gyakran és ennél magasabb légnyomásnál jóval gyakrabban mutatkoznak a betegséggel járó tünetek; 2—3 atmosphaeránál nagyobb nyomás esetén halálos kimenelet is észlelték. E megbetegedés tünettana jelenleg már eléggé ismert, de csak az utóbbi évek buvárlatainak köszönhető, hogy a tünettannal egyidejűleg sikerült a baj mibenlétét is kikutatni s ez az, hogy a sűrített levegőből való távozás után a rendes légnyomású levegőbe jutva, nitrogénből álló léghólyagocskák szabadulnak fel, a melyek a test szövetének vérereit eltömeszelve, nagy egészségi károkat okozhatnak. *Schrötter, Haldane, Bornstein, Langlois, Damant*, kiknek bőven volt alkalmuk látni s végigérezni sok ily beteget, a betegség tünet- és kórtanán, valamint kórbonezolástanán kívül azokat a momentumokat vitték a vitába — a mely vitához az angol és németalföldi iparfelügyelők nagy számmal esatlakoztak —, hogy miképpen lehet e megbetegedések gyakori előfordulását csökkenteni, mily módon s mily eszközök segélyével lehet a caisson vagy jobban mondva a „decompressio“ okozta megbetegedés tüneteinek súlyos voltán lényegesen enyhíteni.

A fő elvek, a melyekkel ez elérhető, a következők: egész lassú kizsilipelés, állatkísérletekkel kipróbált s előre megállapított skála segélyével vagy fokozatos állandósággal, etappeszerű lassúsággal történendő kizsilipelés, közben nitrogénbelelékezés alkalmazása és a kizsilipelés közben vagy után rögtön bizonyos munka végzése (10—15 perőzig tartó szaladgálás vagy favágás). Az úgynevezett etappe szerinti, lassú kizsilipelést az angol tengerészeknél oly sikerrel alkalmazták, hogy 2-3 atmosphaerás nyomásnál (62 meter a tenger színe alatt) eddig nagyobb baj alig fordult elő.

Az ipari mérgezések tárgyalásakor a figyelmet leginkább a legrégebben ismert ipari megbetegedések egyike, az ólommegbetegedés kötötte le, melynek előfordulása azokban az országokban és gyárakban a legnagyobb, a hol a munkásvédelemmel keveset vagy semmit sem törődnek, a hol a felügyelet a legkisebb. *Hamilton* az Egyesült-Államok női orvosfelügyelője rámutat azokra az egészségellenes állapotokra, a melyek Észak-Amerikában az ólmot

s ólomvegyületeket feldolgozó sok ezer munkást foglalkoztató gyárakban uralkodnak s a melyek a gyakoribb s súlyos ólombajnak okozói. *Legge* szerint az ólommegbetegedést kilencztized részben az ólompor s az ólomgöcsök okozzák. Szerinte Angliában, a kötelező orvosi felügyelet alatt álló ólombányákban, ólmot s ennek vegyületeit feldolgozó üzemekben és gyárakban a megbetegedések száma 50%-kal csökkent főleg a szellőztetésre vonatkozó helyes egészségi intézkedések által, míg a megbetegedések száma a többi ólommal dolgozó, de orvos-iparfelügyelők által meg nem látogatott üzemekben lényegesen emelkedett. Eme körülmény annál szomorúbb, mivel *Legge* szerint a fel nem ismert ólommegbetegedés, vagyis az ólom felhalmozódása a szervezetben igen sok már meglevő vagy közbeeső megbetegedés lefolyását súlyosítja s gyorsítja, vagy kedvezőtlen módon befolyásolja.

Buschold a berlini munkásokon tapasztalt észleleteivel megerősíti *Legge* nézetét; a szigorú gyári iparfelügyeletet a festőkre és mázolókra, kik szintén ólomvegyületekkel foglalkoznak, ki kellene terjeszteni. E foglalkozáskörben ijesztően magas a megbetegedések száma s annak még folytonos emelkedésétől lehet tartani mindaddig, a míg az ólomfestékeket törvényileg el nem tiltják.

Sternberg, Friedrich, Biondi, Rambousek, Crisafulli, Oliver, Agasselafor, Heim, Pieracini az ólombántalmak részletes tünettánáról, a megbetegedés felismerését célzó legújabb vérfestési módok értékéről és saját vizsgálataikról beszámolván, arra a szomorú tapasztalati tényre kénytelenek jutni, hogy az ólommegbetegedés kezdeti szakát biztos klinikai tünettől megállapítani gyakran nem sikerül, úgy, hogy e kérdéssel még igen alaposan kell foglalkozni, s új, csatlakoztatlan tünetek keresését kell czélul kitűzni.

Az ipari börmegbetegedések sokféle s a legkülönbözőbb anyagok által okozott alakjairól is voltak beszámolók. *Curschmann* az anilingyártásnál alkalmazott munkások körül szerzett észleléseiről számolt be igen érdekes megfigyelései alapján. *Curschmann* véleménye értelmében a kátrányszármazékok közül a benzol s hasonló vegyületek az idegrendszerre nézve mérgek s annak kórbonezolástani elváltozását okozzák, míg a melléktermékek a vért megtámadó mérgek; a nitrovegyületek a vértestecskéket feloldják, az amido-vegyületek pedig mint methaemoglobint termelők tekintendők; a bonezolástani elváltozások természetesen sokféle tünettben nyilvánulnak, melyek közül számos eddig kevésbé méltatott, azonfelül a kórnek korai felismerését elősegítő körülményre is rámutatott. *Glaister* az arsén-savas vegyületek s phosphorsavas gázok által okozott ipari mérgezések tünettánát, kórtanát, valamint kórbonezolástánát fejtegette, míg *Sand* és *Constensouse* az alkohol-aether, illetve az idült szénkéreg belelékezése által keletkező idegrendszerbeli tünetekre hívta fel a figyelmet.

Aránylag kevés előadás vonatkozott azokra az ipari megbetegedésekre, a melyek a szűkebb értelemben vett belgyógyászat körébe tartoznak, holott ezek elég nagy számmal vannak és felettebb figyelmet érdemlők.

A levonható tanulságok a következőkben összegezhetők:

1. Az ipari megbetegedés kérdésével érdemes tudományos és gazdasági szempontból foglalkozni, mivel ha felismerjük a bajok okozóját, prophylaxisos intézkedésekkel a bántalmak jelentkezésének gyakorisága csökkenthető, esetleg teljesen kiküszöbölhető, vagy legalább a legtöbb esetben azok súlyosbodását kerülhetjük ki.
2. Az ipari megbetegedések keletkezésének okait és a baj mibenlétét, különösen a veszélyes iparágakban röpkiven kellene a munkásokkal ismertetni már a munkába lépés napján.
3. Az ipari megbetegedések felismerésének elsajátítására alkalmat kell nyújtani az egyetemi hallgatóknak.
4. Előreláthatóan még sok fel nem ismert alakja lehet az ipari megbetegedéseknek, melyeknek száma az újabban keletkező iparágakkal arányosan fog szaporodni.
5. Az ipari megbetegedések kutatásával klinice kell foglalkozni, miképpen erre az útát *Devoto* mutatta, kinek egy év óta fennálló klinikáján (clinica delle malattie professionali, ipari megbetegedések klinikája) nagyarányú tudományos megfigyeléseket, kísérleteket, kórtani, bakteriologiai és gyógytani buvárlatokat végeznek.

Friedrich Vilmos dr.,
egyetemi magántanár, főorvos.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A halottkémlés kézikönyve. Második bővített kiadás. Budapest. Légrády testvérek. 1910. 88 lap. Ára 2 korona.

A halottkémlésre vonatkozó ministeri rendeletek hivatalos szövegével ellátott füzet gyakorlati útmutatásul szolgál a nem orvos halottkémlők számára. A mennyiben pedig ezeknek kiképzése az orvosok feladatához tartozik, jó szolgálatot tesz e füzetke azon hivatalos orvosok kezében is, a kik halottkémlők kiképzésével is kénytelenek foglalkozni. A füzet feladatának igen jól megfelel, a mennyiben megtanulhatni belőle, hogy melyek a valóban bekövetkezett halál jelei; miképpen kell eljárni tetszhalál esetében; miről lehet megismerni, hogy a halál nem természetes úton következett be és mit kell ilyenkor tenni; miről ismerhetni fel a járványos betegségben elhaltakat és mi ilyenkor a teendő; végül: a hivatalos írásokat miképpen kell megszerkeszteni. Ezekhez járul a belügy-minister körrendelete a halottkémlés szabályozása tárgyában, valamint utasítás a halottkémlők részére.

E.

Lapszemle.

Idegkórtan.

A meningitis kórjelzéséhez szolgáltat adatokat *Sainton és Voisin*. Ezek a hypertoniával függnek össze. A meningitis contractura legismertebb megjelenésmódja a *tarkómerevség*. Ez néha nem feltűnő. Gyermekek a kezünket a beteg tarkója alá kell tenni és azt emelni. E kísérletkor, ha van tarkómerevség, a törzs is felemelkedik a fejjel együtt, míg ellenkező esetben csupán a fej hajlik előre. Csecsemőkön néha csak többszörös hajlítás után áll elő a tarkó merevsége. Felnőttön néha csak kisebb ellenállást találunk ugyane vizsgálatkor.

A tarkómerevség mellett a *Kernig*-tünetnek van értéke, a mikor kétoldali. Ezt a jelet keresni lehet a beteg ágyban ülő helyzetében. Ekkor nyomást gyakorolunk a beteg térdeire, úgy, hogy az alsó végtagok egész hosszúságukban érintsék a fekvőhelyet. Ha a *Kernig*-tünet megvan, ez nem sikerül, a térd nem feszíthető ki egyenesre nagy erővel sem. Néha ez a jelenség kevésbé kifejezett, ilyenkor a kifeszítés a térdben végbemegy ugyan, de csak rövid időre és fájdalmat okoz. A vizsgálathoz szükséges, hogy az ágy elég kemény legyen és a beteg ne süppedjen bele. A fejfájás, comás beteget ülőhelyzetben vizsgálni nem lehet. A beteg fektében úgy járunk el, hogy a kifeszített alsó végtagot lassan felhajlítjuk a czombizületben, egyik kezünket a térdre támasztva, mint a *Laségue*-tünet keresésekor. Ezen emelés közben észreveszszük, hogy a térdizületben behajlás jön létre, a melyet legyőzni nem tudunk és hogy e legyőzés kísérlete fáj. Ha nem tesszük a térdre kezünket, akkor is feltűnő a térd behajlása az alsó végtag emelésének bizonyos fokán. Van a meningitisnek ambulatorius, gyengén kifejezett faja, a melyre *Sicard* hívta fel a figyelmet. Ebben, valamint az idült meningitisben álló helyzetben is kimutatható a *Kernig*-tünet. A beteg kissé szétvetett lábbal áll, mellén összefont karokkal. Felszólítjuk, hogy hajlítsa meg törzsét a medenczében, a nélkül, hogy térdét behajlitaná. A hajlás bizonyos fokán a térd a beteg akarata ellenére behajlanak. Ezt a tünetet *Néri* föloldalt észlelte a hemiplegiában. Mind a két esetben a hypertonia nyer benne kifejezést.

A felső végtagokon *Chauffard* talált hasonló tünetet. Ennek vizsgálata czéljából a beteg ágyban ül. E helyzetben a felső végtag merev lesz és a könyökben félig behajlik. E hajlást csak erővel lehet kiegyenesíteni. Fekvő helyzetben e jelből semmi sem látható. *Chauffard* tünetének nincs olyan fontossága, mint a *Kernig*-ének, mert nem olyan állandó.

Brudzinski tünete is használható. Ezt következőképpen keressük. A beteg mozdulatlanul fekszik kifeszített alsó végtaggal. A vizsgáló az egyik végtagot felemeli, előbb a lábszárt a czombra, azután a czombot a törzsre hajlítja, olyan módon, hogy a hasfalat érintse. Erre az ellenoldali végtagon reflexmozgás támad, a mely lehet mása a másik alsóvégtag mozgásirányainak, de lehet ellenkező is, a mikor a czomb a törzshöz, a lábszár a czomrhoz viszonyítva megfeszül. Ugyane megfigyelő újabb tarkótünetet is irt le. A tarkó

passzív behajlítása ugyanis meningitisben az alsó végtagokon együttmozgást hoz létre, a mennyiben a czomb a törzs felé, a lábszár a czomb felé behajlik. E vizsgálatkor egyik kezünket a mellkasra kell tennünk, hogy felemelkedését megakadályozzuk. Ez a jel a meningitisben igen állandó. A szerzők egy agoniában fekvő beteg kivételével mindig megtalálták.

Mind e tünetek tulajdonképpen nem meningitist jelentenek, mert más agyvelőbajokban is előfordulnak, a hol a reflexek fokozódottak. De a meningitisben az az izgalom, a mely e fokozást okozza, legkifejezettebb. E jelek diagnostikai értéke nagy és kétségtelen, mert a többi baj, a melyben előfordul, könnyen elkülöníthető. (Le bulletin méd., 1910. 43. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Elmekórtan.

A narcoticum-combinációk hatásáról értekezik *Homburger*.

Bürgi állatkísérletei (ismertetve az Orvosi Hetilap ez évi 17. számában) kimutatták, hogy ha két narcoticumot egyszerre vagy egymás után adunk, sokkal erősebb hatást fejtenek ki, mint a hogy e két szer egyszerű additíójától várhatnók, különösen, ha oly szereket alkalmazunk, melyek összetételük szerint nincsenek közeli rokonságban. *Homburger* elmebetegeken végzett rendszeres kísérletei alapján hasonló eredményre jutott. Elég gyakori, hogy cerebrális arteriosclerosis alapján fejlődött álmatlanság esetén 1—2 gm. trional, vagy 0.5—1 gm. veronal teljesen hatástalan, míg ha a betegnek egyszerre 0.25 gm. veronalt és 0.005 gm. morphiomot rendelünk, jó eredményt érünk el. Ugyanazon adag veronal mellett már a morphiomadag csekély változtatása is a hatás nagy ingadozását okozza. Ha a szerző a morphiom adagját $\frac{3}{4}$ cgm.-ről $\frac{1}{2}$ cgm.-ra csökkentette, akkor az alvás tartama már 3—4 órával csökkent, ha pedig $\frac{3}{4}$ cgm.-ről 1 cgm.-ra emelte, akkor hébe-korba *Cheyne-Stokes*-lélekzést is észlelt.

Bürgi továbbá kimutatta, hogy e gyógyszerek jobban hatnak, ha „elosztva“ kisebb adagban adjuk, mint ha egyszerre nagy dosist rendelünk. Hasonlót tapasztalt *Homburger* is és kísérletei kimutatták, hogy a trional és veronal úgynevezett „cumulativ“ hatását nem magyarázhatjuk abból, hogy az összes adagok egyszerre fejtik ki hatásukat, hanem oly módon, hogy e cumulativ hatás egyes kisebb adagok részlethatásából összegeződik. Ezt bizonyítja az a körülmény, hogy ha a resorptiót elősegítjük meleg, főképpen alkáliás folyadékok nyújtásával és kellő béltisztogatásról is gondoskodunk, akkor a cumulativ hatás nem áll be, ha azonban a resorptió viszonyok kedvezőtlenek, akkor feltétlenül számíthatunk e hatásra. Ebből következik, hogy e narcoticumok dosis efficaxa sokkal kisebb, mint általában feltételezik és azért, ha a trional adagát 1.0 gm.-on felül, a veronalt pedig 0.5 gm.-on felül növeljük, elérjük ugyan, hogy az alvás tartamát jóval meghosszabbítsuk, de az altató hatás nem áll be gyorsabban. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. XXXVI. kötet, 320. lap.)

Goldberger Márk dr.

A meteorológiai jelenségek befolyásáról az epilepsziás betegek ir *Halley* és pontos megfigyelései alapján kijelenti, hogy a levegő összetétele, hőfoka, a világosság, fény erőssége, nedvesség és csapadék semminemű befolyást sem gyakorol az epilepsziás rohamok kiváltására. A levegőnyomás hirtelen és váratlan ingadozásai játszanak nagyobb szerepet az epilepsziás rohamok előidézésében és a görcsök száma egyes esetekben feltűnően növekedhetik. Ennek oka nem a levegőnyomás magas vagy alacsony voltában keresendő, mert sem az egyik, sem a másik nem szaporítja vagy csökkenti a görcsök számát, hanem abban, hogy az epilepsziások vérrendszerük nem tud elég gyorsan alkalmazkodni a változott atmosphaerás viszonyokhoz. E mellett valószínűleg más körülmények is közbejátszanak, így lehetséges, hogy a levegő villamos teltsége is káros hatást gyakorol az epilepsziásokra, de e befolyást még nem ismerjük eléggé. (Allg. Zeitschrift f. Psych., 1910. LXVII. kötet, 252. lap.)

Goldberger Márk dr.

Sebészet.

A Momburg-féle vértelenítés egyik figyelemreméltó utókövetkezményére, az izomzatnak, mint a szervezet egyik hőforrásának kikapcsolására hívja fel a figyelmet *Ehrlich* Eiselsberg klinikájáról. Egy 18 éves mézáróselegény nyúzás közben késhegy

gyel megszurta jobb lágyékhatárát. A czombverőér a mély czombverőér eredése alatt teljesen ketté volt vágva s a gyűjtőér is lényegesen sérült. A vérzés elállítása, illetőleg a verőér összevarrása végett 32 percig strangulálták az aortát a Momburg-féle gummi-csővel. Az érvarrat után az a. dorsalis pedis addig hiányzó lüktetése ismét konstataható lett ugyan, 5 óra múlva azonban a lüktetés megszűnt az érvarrat eltömődése következtében. A láb semminemű táplálkozási zavart nem szenvedett. Feltűnő volt, hogy a műtét után negyedórával mérve a beteg hőmérséke 35.2°C volt; 5 óra múlva 37.2°C -ig szállt fel a temperatura. Ez utóbbi körülmény ellene szól annak, hogy a hőmérsékesökkenés a nagyfokú vérvesztés rovására írható, miért is jogosult a feltevés, hogy az okot a csipőknek 32 percig tartó strangulációjában kell keresni. A kérdést a szerző igyekezett állatkísérletekkel is megvilágítani s ezek folyamán csakugyan beigazolódott az, hogy az alsó testfél kikapcsolása a vérkeringésből már rövid idő múlva (30 perc) kifejezett hőmérsékesökkenést eredményez, hosszabb idő (70 perc) múlva a hőmérsékesökkenés igen nagyfokú, csak órák múlva egyenlítődik ki, sőt különösen érzékeny állatokon (tengerimalac) egyenesen halálra is vezethet. Vérvesztés után úgy látszik tovább tartanak a hőtermelésben beállott zavar következményei, mint ép állatokon. (Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 14. sz.) Makai.

Gyermekorvostan.

Az agybavizelés organotherapiájáról irt Konrádi Dániel. Williams nyomán thyreoidinnal, illetve Serrallach nyomán testiculinnal és didymin-készítménnyel próbálta meggyógyítani állandó megfigyelése alatt lévő hét tanuló agybavizelését. Az eredmény nem kielégítő, a mennyiben a thyreoideával sikerült ugyan kitartó adagolás után négy esetben eredményt elérni, a másik három esetben azonban egyik szer sem bizonyult tartós hatásúnak.

A tápláltságra, a növekedésre, a súlyra és vérre vonatkozó vizsgálatokkal ellenőrzött esetek kapcsán tisztázni iparkodik az agybavizelésről uralkodó közfelfogást, mely szerint e baj főleg az adenoid vegetációkkal függ össze. Vizsgálatai nem igazolták ezt, hanem arra a következtetésre vezették, hogy az agybavizelés oka nem egyes mirigyek túltengő vagy hiányos elválasztása, hanem valamennyi vérképző szerv működési elégtelensége. (Gyógyászat, 1910. 39. és 40. szám.)

A csecsemő hyperonychosis syphiliticájáról értekezik J. Hallé és G. Raillet. Esetük az első életévét még be nem töltött leánygyermekre vonatkozik. A gyermek kezei kövérek, jól fejlettek; de az ujjak harmadik perczen igen súlyos elváltozások vannak, a mennyiben rendkívül megvastagodottak, hypertrophiások, a mely megvastagodás főleg a körömöknek elváltozása folytán jött létre. A körömök ugyanis majdnem teljes hengeralakot öltöttek, laterális széleik a mélyben egymásfelé közeledve, a körömnek rendes, hátulról előre való convexitását egyenes vonallá változtatták át és így oldalt nézve a köröm eláll az utolsó phalanxtól. Az így megnagyobbodott köröm piszkos-sárga színű, rendkívül vastag, áttetsző, míg az oldalsó széleken beropedésre hajlamos. A körömök időről időre leválnak, de ily hypertrophiás alakjukban csakhamar újra kinőnek. A gyermek körmei már a születéskor ez alakban voltak jelen és a körömök többször leváltak a gyuladásnak minden jele nélkül. A családban hasonló megbetegedés nem volt. A bőrbetegségeknek egyike sem volt jelen. A folyamat oka az anyának régi syphilise, a mely miatt 9, részben abortussal végződött terhesség után ez az egyetlen gyermeke. A gyermek orrán syphilit volt konstataható, mely kénésőbedörzsölésekre szépen javult.

Kérdés már most, hogy ez a körömváltozás a Fournier által leírtak közül mely csoportba tartozik. A megjelenése folytán nem lehet más, mint hyperonychosis vagy pachyonychosis, e kettő közül is inkább hyperonychosis, mert a köröm nem repedezett, világos színű, nem egyenetlen és fekete, alsó rétegeiben puhább és csak a felületén kemény. (Bulletins de la Soc. de Pédiatrie, Paris, 1910. 6. szám.) Bókay Zoltán dr.

A hemiplegiás typussal bíró hűdés a gyermekkori meningitis epidemicában című előadásukban H. Richardière és E. Merle a következőket ismertetik. $3\frac{1}{2}$ éves gyermek került

az osztályukra, a kin lázzal, constipatióval és hányással kezdődő betegséggel kapcsolatban — a mely a később végzett lumbal-punctio útján meningitis cerebros spinalis epidemicának bizonyult — a betegség első napjaiban többszörös paralytises jelenségek mutatkoztak. Mindjárt a betegség kezdetén feltűnt a szülőknek, hogy a gyermek jobboldali végtagjait nem mozgatja. A kórházban azután kiderült, hogy jobboldali oculomotorius-bénulással és aphasiával járó teljes jobboldali hűdés áll fenn. Az oculomotorius-bénulás és az aphasia rövid idő múlva javult, nem úgy a jobboldali bénulás, a mely fájdalomtalan volt és izomsorvadás nem kísérte. A teljes jobboldali hűdésben két periodust különböztettek meg, az elsőben a reflexek hiányoztak, ezt hamarosan követte a contractura stadiuma, fokozott reflexekkel és lábclonussal. Bár e hűdés is javult valamit, mégis állandó jelleget kezd ölteni.

Az e fajta elváltozások rendkívül ritkák, az irodalmi adatokból és az esetből merített tanulságok szerint közös és fő jellemvonásuk, hogy az infectiót követőleg 3—4 nap alatt jelentkeznek, mindig egész oldaliak, de nem teljesek, a mennyiben az akaratlagos mozgás-hiány nem teljes. Ha a hűdés jobboldali, akkor hamar gyógyul aphasia kíséri. A serumtherapia (Dopter-féle serum) úgy látszik nem sok hatással van rá.

A hemiplegiás megjelenésű hűdéseken kívül leírtak még polyneuritises és poliomyelitises formájú hűdéseket is.

Mivel mind ez ideig ily eseteket nem dolgoztak fel pontosan kórszövevényileg, a bajt csak hypothesisokkal lehet magyarázni. Talán a meningitishez corticalis encephalitis társul, a mely a psychomotorius centrumra lokalizált. De az sincs kizárva, hogy thrombosis illetőleg embolia okozta zavarokkal állunk szemben. (Bulletins de la Soc. de Pédiatrie de Paris, 1910. 6. szám.)

Bókay Zoltán dr.

Venereás bántalmak.

A syphilisnek arsacetinnel való kezeléséről irt Fr. Jensen (Hamburg). Ismeretes, hogy a syphilis terapiájában mily gyors felkarolásban részesült az atoxyl néhány év előtt. Mikor azonban ennek a gyógyszernek egyre több kellemetlen mellékhatása ismertté vált, az orvosok csakhamar elfordultak tőle. Újabban Ehrlich és Neisser az arsacetinben az atoxylnak kiváló pótszerét vélték találni, melynek csak a jó tulajdonságait bírja. Nagy előnye még, hogy állítólag sokkal kevésbé mérgező hatású. Ehrlich úgy látszik igen nagy hatást remél a szertől, mert kapcsolatban vele úgy nyilatkozik, hogy a czél a terapiában a szervezetnek egy csapásra való sterilizése. Az arsacetinnek (vegyileg acetylarsanilat) alkalmazása a következő. A beteg a hétnek két egymásra következő napján egy-egy a farizomzatba adott injectio alakjában 0.6 gm. arsacetint kap (6 cm^3 10%-os oldatból). Később az injectiók valamivel rövidebb időközökben is adhatók. Az arsacetinnek a mennyisége egy-egy kúra folyamán 3.6—12.0 gm.-ig terjedhet, átlagosan azonban 4.8 és 7.2 gm. között mozog. Kellemetlen mellékhatások az arsacetines kezelés kapcsán is bőven jelentkeznek. Az intoxicatiós jelenségek a betegeknek körülbelül 30—40%-ában észlelhetők. Ezek gyomortünetekben, hányásban, bágyadtságban, szédülésben és egyéb hasonló kellemetlen tünetekben nyilvánulnak. Helybelileg az injectio helyén a szer alig okoz nehézségeket, néha azonban mégis támadnak fájdalmasabb beszűrődések, sőt egy ízben a szerző tályogképződést is észlelt. A legnagyobb baj az arsacetines kezelés folyamán abban áll, hogy kivételesen a szemet és a fület is súlyosabban zavarhatja a működésében. A szernek a hatására nézve Jensen a következő nézeteket vallja. 1. Az arsacetin oly gyógyszer, mely a lueses jelenségeket befolyásolhatja. 2. A gyógyító hatása különösen a bőrnek és a körömöknek súlyosabb elváltozásai alkalmával tűnik ki. 3. Félreismerhetetlen továbbá az arsacetinnek a hatása a mirigyduzzanatokra. 4. Gyakran tapasztalható, hogy a kezelés nyomán a positiv Wassermann-reactio gyorsabban csap át a negatívba. 5. Úgy látszik, felvehető az a lehetőség, hogy a szer primaer affectio egyik-másik kivételes esetében azonnali teljes gyógyulást hozhat létre. 6. Általában azonban az tapasztalható, hogy az arsacetinnel kezelt primaer affectiók nyomán a secundaer tünetek még előbb jelentkeznek, mint a Hg-vel való kezelés alkalmával. 7. A secundaer és tertiaer lueses tüneteket az arsacetin nem tudja hatásosan befolyásolni. 8. A mellékhatások meglehetősen kellemetlenek és az eseteknek körülbelül 40%-ában

jelentkeznek. 9. Kivételesen a látás és hallás functiója is súlyosabb zavart szenvedhet, a mit annál is inkább figyelembe kell venni, mert az eddigi tapasztalás alapján nincsen rá mód, hogy ilyen kellemetlen mérgező hatás ellenében védekezhessünk. 10. A sok kellemetlen intoxicációs tünet miatt nem tanácsos az arsacetint a syphilis therapiájába bevezetni, s így csak arról lehet szó, hogy egyes kivételes esetekben forduljunk a szerhez, a mikor a szokásos kezelés cserben hagy. 11. Bizonyos az is, hogy a kénésös kezelésnek valamennyi alakja túlszárnyalja az arsacetint hatás dolgában. (Dermatologische Zeitschrift, 1910. XVII. kötet, 4. füzet.)

Guszman.

Orr-, torok- és gégebajok.

A gégegümőkórra vonatkozólag a szakirodalomban újabban nagy számban megjelent közlemények közül *Brandenburg a gégegümőkór keletkezésének kérdéséhez* szolgáltat adatokat. A szerző a másodlagos, a tüdőbajhoz csatlakozó gégegümőkórnak a vér- vagy nyirokpálya útján való keletkezése ellen szól, s a sternbergi tüdőbetegeket gyógyító intézet jelentékeny számú betegei szolgáltatatta statisztika alapján arra a következtetésre jut, hogy a gége fertőzése a bacillustartalmú köpettel történik, *contact-infectio* útján. Gégegümős betegeinek több mint 90%-a előrehaladott tüdőgümőkórban szenvedett, a kik bacillustartalmú köpetük útján a *contact-infection*nak leginkább ki voltak téve. (Medizinische Klinik, 1910. 17. szám.)

Az anaesthesia szerepéről a modern laryngophthisiotherapiában ír *Levinstein*, a berlini egyetemi orr-gégepoliklinikáról. A gégegümőkór conservatív és radikális kezelési elveinek összefoglaló megbeszélése után azon tényről rögzíti, hogy a submucosus novocain-injectiókkal Spiess szerint, a nervus laryngeus inferior belső ágában eszközölt alkoholinjectiókkal Hoffmann szerint, és a pangásos kezeléssel Grabower szerint a gégegümősök nyelési fájdalmait napokra és hetekre, olykor hónapokra is csillapíthatjuk vagy végleg elnyomhatjuk. Az alkoholinjectiók hatását számos esettel illusztrálja. Az anaesthesiának azonban Spiess szerint nem csupán mint tüneti kezelésnek van szerepe, hanem mint gyógyító tényezőnek is. (Archiv für Laryngologie, XXIII. kötet, 2. füzet.)

Mesterséges pneumothorax-szal kezelt tüdőgümőkórosokon a gégetuberculosisnak gyors és jelentékeny javulását látta *Gradi* (Padua) még súlyos esetekben is. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 22. szám.)

A gégegümőkórnak galvanokaustikás kezeléséről ír *Hutter* (Wien). 32 táblázatosan csoportosított esete alapján a könnyen előálló oedema miatt többek által perhorreskált galvanó- vagy újabb elnevezés szerint elektrokaustikát ajánlja mély szúrás vagy lapszerű égetés (elpörkösítés) alakjában; az elsőt csupán infiltrált hangszalagok kezelésére oly esetekben, melyekben nincs szétérésre vagy gyors tovaterjedésre hajlam. Javulatok: ulceratiók, kicsiny, lapos infiltratiók és granulatiók, de kiterjedtebbek is (főleg ezeknek hideg úton eltávolítása után); tumorszerű alakoknak megkisebbitésére vagy elroncsolására is igen alkalmas, különösen a gége hátulsó falán és az interarytaenoidális tájon. Ellenjavulatok: diffus larynxinfiltratiók, előrehaladott tüdőbaj, nagyfokú cachexia, miliaris tuberculosis, mint tüneti kezelésmód azonban ily esetekben is sokszor jó szolgálatot tesz. Az eljárás előnyül tudható be igen jó adagolhatósága (a felületes étetéstől a teljes elroncsolásig), a vérzés elkerülése, továbbá, hogy nem nyitván meg a nyirokutakat, ezek útján a vírus nem terjedhet s hogy a pörkösítéssel a nyitott behatolási kapukat másodlagos fertőzések ellen elzárjuk. (Monatsschrift f. Ohrenheilk., 1910. 5. füzet.)

A gégegümőkórnak elektrokaustikás kezeléséről ír *Witold Benni* is a baseli oto-laryngológiai klinikáról. 1904 óta 65 esetet kezeltek kaustikával s a közlés megjelenése előtt a betegeket felülvizsgálatra berendelték; megjelent 17 beteg, ezek közül gyógyult 65%, recidivákkal jelentkezett 35%; a kimutatható végleges gyógyulás 16.6%. Végző következtetései ezek: 1. A gégegümőkór kezelése elektrokaustikával — a tüdők mérsékeltén jó állapota mellett — a végleges gyógyulásnak oly százalékát adja, mely a kezelés ezen módját indokoltá teszi. A baseli klinikán a beavatkozást rendszerint egy ülésben végzik el s azt az egész megbetegedett területre kiterjesztik. A bekövetkező zavaró esélyek miatt az eljárás csak kórházban végzendő. 2. Harmadfokú tüdő-elváltozásokkal kombinált gégetuberculosis esetében a gyógyulás

valószínűsége igen csekély. 3. Nem tracheotomizált betegeken az elektrokaustika subchordális alkalmazása ellenjavalt. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LXI. kötet, 2. füzet.)

Brünings és Albrecht a napfénynek, a Röntgen-sugaraknak és a kénésőgőzfénynél hatásait tanulmányozta házinyulak gégegümőkórjára, mint a mely az emberéhez hasonló szövettani lefolyást mutat. A kísérleti állatok gégejének Röntgen-sugarakkal való sugározatása klinikailag és szövettanilag igazolható gyógyító eredménnyel járt, míg a kénésőgőzfénnyel (Kromayer-féle kvarzlámpa segítségével) és a koncentrált és lehűtött napfénnel való sugározatás teljesen eredménytelen volt. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, LX. kötet, 3. és 4. füzet.)

Safranek dr.

Röntgenologia.

Narcosis és Röntgen-fény. *Krukenberg* óva figyelmeztet ama nagy veszélyre, melyben az orvos és a beteg forog, ha Röntgen-sugár alkalmazásával egyidejűleg bármilyen altatóval altatunk. A Röntgen-átvilágítást főleg ellenőrzés szempontjából alkalmazzák a sebészetben, vajjon a tört esontvégek helyesen illenek-e egymáshoz? Ilyenkor ne altassunk, mert a keletkező altatószergőzőket a vezetékkel könnyen kicsapó szikra felrobbantja. (Münchener med. Woch. 1910. 4. szám. 192. lap.)

Hruby Ede dr.

Az V. ágyékesigolya törése. A röntgenogramm sok kétes esetben adta meg a tüneteknek okát és így helyes diagnózis felállítására vezetett. *Delorme* ír le egy érdekes esetet. A beteg emelés közben roppanást érzett a derekában s azóta nagy kereszt-táji fájdalmakról s e miatt munkaképtelenségről panaszkodott. A többször megejtett rendes vizsgálat lényeges elváltozást nem tudott kimutatni, s ezért a beteget neurastheniának nyilvánították. A Röntgen-felvétel kimutatta, hogy az V. ágyékesigolya részben össze-roppant, részben előre esúszott. Ily módon nyomástüneteket hozott létre. Érdekes, hogy egy év múlva sem volt a callusképződésnek semmi nyoma. (Münch. med. Woch. 1910. 10. szám, 519. lap.)

Hruby Ede dr.

Kisebb közlések az orvossággyakorlatra.

A *filmaron* nevű fereghajtó szerrel tett kedvező tapasztalatait közli *Gandini*. *Bothriocephalus latus*, *taenia saginata*, *taenia solium* több esetében adta igen jó eredménnyel. Nagy előnye ezen illikésszerménynek, hogy nem kell mérgező hatásától tartani. A szert a Boehringer-cég hozza forgalomba kétféle alakban: gelatina-tokokban, a melyek a filmaront kétannyi mandola-olajban oldva tartalmazzák, és kis üvegesékben, a melyek 1 rész filmaront és 9 rész ricinusolajat tartalmaznak. A kúra előtti napon csak híg vagy pépes ételeket engedünk meg; este lefekvés előtt 20—25 gramm ricinusolajat vesz be a beteg s másnap reggel rövid időközönként 3 capsulát vagy pedig egy üvege ricinusos filmaront; 1—2 órával utána a második adag ricinus-olaj adandó. A kúra alatt a beteg az ágyban marad. Ha a ricinusolajat nem jól tűri, calomellal vagy cascarával helyettesíthető. (Medicina nuova, 1910. 11. szám.) *Barabaschi*, a ki Perroncito turini intézetében szerezte erre vonatkozó tapasztalatait, szintén nagyon dicséri a filmaront mint teljesen megbízható és e mellett ártalmatlan fereghűző szert. (Gazz. degli ospedali, 1910. 86. szám.)

Pruritus ani ellen *Britz* szerint kedvező hatású a következő összetételű végbélkúpok használata: Rp. Pittyleni 0.2—1.0; Cocaini hydrochlorici 0.02; Butyr. cacao 2.0. Fiat suppositorium. (Medizinische Klinik, 1910. 32. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 42. szám. *Alexander Béla*: Adatok a húgy-szervek x-sugaras vizsgálatához. *Pach Henrik*: Újabb adatok a bér munkások egészségügyében.

Orvosok lapja, 1910. 42. szám. *Csordás Elemér*: Öt éves gyermek hallucinációs zavartsága.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 42. szám. *Unterberg Hugó*: Az ureterkatheterizálás gyógyító értéke egyoldali mechanikai elzáródás miatt fellépett anuria esetében. „Gyermekeorvos” melléklet, 3. szám. *Genersich Gusztáv*: Az emlőn táplált csecsemők hiányos tápláltságáról. *Fritz Sándor*: Hirschsprung-féle betegség egy esete. *Groszmann Ferencz*: Circumcisio után fellépett gümőkóros fertőzésekről.

A hasban több emberfejnnyi hullámzó daganat. Diagnózis: kocsányacsavarodott petefészektümlő.

A műtét alkalmával torsio nincs, a tümlő tartalma bűzös, sűrű geny, mely előnti az egész műtési tét. Sima gyógyulás, már a műtét napjának délutánján csak 37.5° hőmérsék, a mely nem is emelkedik magasabbra.

A genyből staphylococcus pyogenes tenyészik ki, ez is a szülés utáni közvetlen fertőzés mellett bizonyít.

(IX. bemutató szakülés 1910. október 5.-én.)

Elnök: Horváth Ákos. Jegyző: Kőrmöczy Emil.

Motorius és egyidejűleg sensibilis-sensorius hemiplegia paralysis agitansszerű tremorral.

Donath Gyula: A beteg B. Ferencz, 56 éves lakatos, a ki ez év január 31.-én vététt fel. Családi történetéből csak azt említem fel, hogy két gyermeke elhalt és feleségének egyéb terhessége nem volt.

Katona korában, a mint orvosa nevezte, skorbutban szenvedett. Akkoriban ulcusa is volt, melyet csupán lokálisan kezeltek sublimatkötéssel és lapissal.

1905-ben kezdődtek a reumás fájdalmak bal tagjaiban. Két évvel utóbb hirtelen észrevette egy reggel, hogy bal vállizülete, melyet előző nap fájdalmassága miatt alig birt mozgatni, öltözködéskor fájdalomtalan volt és egyszersmind zibbadtságot érzett bal testfelében. Ezen zibbadtságot fésülködés közben a bal fejfélén is észlelte. Bal szemén meg annyira rosszul látott, hogy nekiment az ajtónak. Beszéde akadozó volt.

Azóta remegés a tagjaiban, mely idővel fokozódott, zúgás és nagyothallás a bal fülén. Sem fejfájása, sem szédülése nincsen.

A közepetermetű, mérsékeltén fejlett beteg kezdődő marasmuson kívül a durva erő csökkenését mutatja a végtagokban, kivált a bal oldalon; a jobb kéz nyomó ereje 31.3 , a bal kézé 24 kilo ($2-2$ mérés átlaga). Intentiós tremor nincs. Testtartása hajlott, járása tipegő, a mi szaladaskor még feltűnőbbé válik. Üléskor eleintén nyugodtak az alsó végtagok, azután egyre fokozódó nagylengésű remegés jelentkezik a jobb, tehát éppen azon végtagon, mely az erősebb oldalnak felel meg. Álláskor még fokozódik a tremor és a bal alsó végtagban is mutatkozik. Tetőpontját pedig járáskor éri el a remegés, de akkor is erősebb a rázkódás a jobb, mint a bal alsó végtagon. Ezen tremor azután mechanikailag áttérjed az egész felső testre; a fejen és a felső végtagokon nincs spontán tremor. Nagyobb lépéseket csak széles járással mer tenni, mert fél, hogy elesik. Fekvéskor szünetel a remegés, csupán itt-ott jelentkezik rángás a jobb alsó végtag m. extensor quadricepsében. Felemelve ezen végtagot, újra beáll a tremor, a mi a bal alsó végtag emelésekor nem történik. Spasmus, ataxia, apraxia nincsen. Paralysis agitansra emlékeztető jelenség továbbá a beteg tartós melegérzése, úgy hogy csak könnyen öltözködik, hidegre alig reagál és éjjel csakis alsó testét takarja be, a mellett erősen izzadva; izzadásban egyébként már gyermekora óta szenved.

Az egész bal testfelén fennáll a median vonal által élesen elhatárolt hemihyesthesia, hemianalgesia és hemithermanaesthesia, mely kiterjed a hajas fejbőrre, a conjunctivára, az orr- és szájnyálkahártyára is. Jelen van tehát a tapintásérzés csökkenése, a fájdalom-, hideg- és hőérzés hiánya, mely utóbbit csupán érintésnek érzi a beteg, csak a glans és a penisen van meg mindkét oldalt a fájdalomérzés, ámbár baloldalt csökkentnek látszik; ellenben a scrotum az említett módon résztvesz a hemianaesthesia-ban. Fennáll továbbá jobboldali hemianopia, tehát a bal retinafelek unctiójának kiesése, az egész fovea centralis jellegzetes megtartása mellett. A látóélességnek Goldzieher V. tanár által megjejtett vizsgálata mindkét oldalt a következő eredményt adta:

5/10—0.75 D 5/5 + 2.5 D Csapodi I.

A hallás is erős csökkenést mutat a bal oldalon; a zsebórát a beteg jobboldalt 15 centimétről, a sugást körülbelül 2 meterről hallja, baloldalt mindkettőt csak közvetlenül a fül előtt. Csontvezetés útján nem hallja a zsebórát. Rinne jobboldalt pozitív, baloldalt negatív. A Weber a beteg jobbra lateralizálja. A bal dobhártya fénytelen, kissé livid, míg a jobb normális viszonyokat tüntet fel.

Az izlés mindkét nyelvfélen egyenletesen nagy fokban csökkent, a mennyiben konyhasó, cukor, ecet és chinin csak a nyelv bevonása után ismertetik fel. Ez talán részben az erősen lepedékes nyelvnek tulajdonítható.

A szaglás mindkét oldalt teljesen hiányzik. Erre vonatkozólag előadja a beteg, hogy gyermekora óta nem érez szagot, csakis ha nagyon erős veszi valamennyire észre a szájon való mély belégzéskor. Ő ezt annak tudja be, hogy gyermekkorában kukoricaszemeket dugott az orrába, melyeket részben el kellett onnan távolítani, részben rothadt állapotban maguktól estek ki.

A bal pupilla tágabb, mint a jobb, a mit a beteg is észrevett. Az első semmiféle fényreakciót sem mutat, az utóbbi minimálisat. Az alkalmazkodási és összetérítési reakció megvan. Nystagmus nincs. Beszédezavar nincs.

A patelláris reflex baloldalt erősebb, mint jobboldalt.

A bal Achilles-inreflex nem váltható ki. A felső végtagbéli és a hasreflexek gyengék. A cremaster- és talpreflexek élénkek. Babinski-, Oppenheim-, Bechterew-, Mendel-tünet nincsen. A garatreflex mindkét oldalt egyenletesen csökkent.

Jelen van arteriosclerosis: ékelt szívhangok, kemény, feszes radialis pulsus, légzési nehézség. A Wassermann-reactio erősen pozitív. A kezelés áll sublimat-injectiókban, brom- és jodkaliumban, végül az angina pectoris ellen nitroglycerinben.

Érdekes momentum gyanánt, mely azonban semmi összefüggésben sincs a jelen körképpel, felemlítem, hogy a beteget a boszniai hadjáratban, mint azt a heg mutatja, közvetlenül a szív basisa felett lövés érte, azután vért köpött és katonaorvosa már lemondott életéről. A Röntgen-fotografia a lövedéket szabálytalanul körülhatárolt, $10-12$ mm.-nyi átmérőjű árnyék alakjában mutatja hátul a VIII. bordaközben a scapuláris vonalban. A tüdők egyidejűleg intenzív márványozottságot tüntetnek fel. Az aorta íve felfelé és baloldalt diffuse tágult, szintúgy a bal szívesücsök.

Itt tehát a lussel fertőzött egyénben a jobboldali capsula interna sérülése (valószínűleg haemorrhagiája) ment végbe, mely túlnyomóan a sensibilis pályákat, tehát a hátulsó részlet hátulsó harmadát és kevésbé az inkább előlfekvő motoros pályákat illette. A capsula interna leghatásosabb részletének, valamint a thalamus opticusnak sérülése a centrális látópályákat, valamint a szorosan mellettük laterálisan elvonuló acusticus-kötegeket is érte. Már sokkal bizonytalanabb a paralysis agitansra emlékeztető tremor localisatiója, mely tremor érdekes módon erősebben a relative egészséges oldalon jut kifejezésre. Itt talán a határos agykocsnyszakterületnek, illetve a cerebello-spinális rendszernek sérülésével is van dolgunk.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

4075/1910. sz.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi kórorvosi állás** Vingárd község székhelyével üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgyörgy, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kutfalva községek tartoznak.

A kórorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó ötdéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakáspénz, esetleg természetbeni lakás, fuvar-, távolsági és látogatási díj.

A megválasztandó kórorvos kézi gyógyszerár tartására fel lesz jogosítva.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, életkort és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1910. évi november hó 20.-áig** hozzám nyújtásuk be, mert a később érkezőket figyelembe nem fogom venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

Vízakna, 1910. évi október hó 11.-én.

3-2

Szabó Lajos, főszolgabíró.

20,767/1910. kig. sz.

Zenta rendezett tanácsú városnál rendszeresített, évi 1600 korona fizetéssel, évi 400 korona lakbérrel és orvosi gyakorlatában fuvar fel nem számíthatása miatt évi 1000 korona lótartrási átalánnyal javadalmazott **felsőhegyi és tanyai orvosi állásra** Bács-Bodrog vármegye alispánjának 1910. évi október hó 4. napján hozott 33,271. alisp. számú véghatározata alapján a pályázatot ezennel kiírom.

A pályázni szándékozók a törvényes képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **1910. évi november hó 10. napjáig** Zenta város polgármesteréhez adják be.

Zenta, 1910. évi október hó 6.-án.

2-2

Szárích, polgármester.

A kassai m. kir. állami bábaképző intézetnél megüresedett két tanárségi állásra hirdett pályázat megfelelő pályázók hiányában meddő maradván, ez alapon úgy az I., mint a II. tanárségi állásra a pályázat újlag hirdetik.

Mindkét állás legkésőbb folyó évi december hó 1-én volna elfoglalandó.

Javadalmazás: 1400 korona, lakás, világítás, fűtés és első osztályú teljes ellátás.

Az ezen állásra pályázók az eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó évi november hó 15.-éig alulírott igazgatósághoz nyújtják be.

Tót nyelv bírása kívánatos.

A kassai m. kir. bábaképző intézet igazgatósága.

A Pesti izr. hitközség Bródy Zsigmond és Adél-gyermekekórházában egy 800 korona évi fizetéssel és teljes ellátással javadalmazott alorvosi, esetleg egy 600 korona évi fizetéssel és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állás betöltendő. Erre az állásra pályázó orvosok felkérésnek, hogy orvosdoktori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványukat f. hó végéig nevezett kórház igazgatóságánál (VI., Bókay-tér 1. sz.) benyújtják.

Budapest, 1910. évi október hó.

A pesti izraelita hitközség előljárósága.

4449/1910. kig. sz.

A váli körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

A körorvos székhelye Vál; a körhöz ez idő szerint Vál, Tabajd, Gyúró és Kuldó községek tartoznak.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 5. §-a alapján a belügyminiszterhez jóváhagyás végett felterjesztett, de még jóváhagyást nem nyert javaslat szerint a fentemlített községeken kívül még Kajászószentpéter község is a váli körhöz fog tartozni.

A körorvos ezidőszaki javadalmazása:

1600 korona középfizetés az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben biztosított korpótlékkal a szabályrendeletben megállapított illetmények, úti átalány és a Vál községben teljesített halottkémlésért esetenként járó 50 fillér.

A körorvos tartozik hetenkint egyszer a községi előljáróságokkal együttesen megállapítandó napon a körhöz tartozó községekben megjelenni.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak és a pályázatra jogosítva vannak, hogy kellően felszerelt kérvényüket nálam 1910. évi november hó 5. napjának délelőtti 12 órájáig annyiával is inkább beadják, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapjául 1910. évi november hó 9. napját tűzöm ki Vál községéhez.

Vál, 1910. évi október hó 12.-én.

Tarafás, főszolgabíró.

2692/1910. szgb. sz.

Udvarhely vármegye székelyudvarhelyi járásához tartozó szentegyház-falvi körorvosi állásra, a mely 1910. évi november hó 1-én megüresedik, pályázatot hirdetnek és felhívom azon okleveles orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy szabályszerűen felszerelt folyamódványukat folyó évi november hó 1.-éig hozzám annál is inkább adják be, mert később beérkezett folyamódványokat figyelembe nem veszek.

Ezen körhöz Szentegyház-falu, Kápolnásfalu, Lővete és Homoródmáls községek tartoznak Szentegyház-falu központtal.

A körorvos javadalmazása:

1600 korona évi fizetés, 300 korona lakbér, esetleg természetbeni lakás, halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Székelyudvarhely, 1910. évi október hó 14.-én.

Szabó, főszolgabíró.

6289/1910. kig. sz.

Csenta (Torontál vármegye) községben üresedésbe jött községi orvosi állásra pályázatot hirdetnek, felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy pályázati kérvényüket, eddigi működésüket, életkorukat, orvosi működésüket igazolván, hozzám f. évi november hó 10.-éig nyújtják be.

Az orvos javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés az állampénztártól, 400 korona Csenta község pénztárából, 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási díj, 120 korona húsvizsgálati díj, halottkémi díj 40 fillér, 2 öl kemény tűzifa és modern négyoszobás lakás. Kilátása lehet az orvosnak kézi gyógytár engedélyére.

A szegények ingyen gyógykezelendők. A lakosság száma 3000, nemzeti-sége szerb.

Antalfalva, 1910. évi október hó 4.-én.

Zsíros, főszolgabíró.

6289/1910. kig. sz.

A megüresedett jarkováci orvosi állásra pályázatot nyitok és felhívom pályázni óhajtnak, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket eddigi működésük igazolása mellett folyó évi november hó 10.-éig annál is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Kérdéses állással következő javadalmazás van egybekötve. Az államtól évi 1600 korona fizetés.

Ezenfelül a községtől fizetési-kiegészítésként évi 1000 korona.

Lakbér évi 400 korona.

Három öl tűzifa vagy ennek ellenértékéért 84 korona.

Törvényhatóságilag jóváhagyott hús-vágatási szabályrendelet szerint a vágatási díjak megváltása címén évi 300 korona.

Ezenfelül a halottkémlési, látogatási, valamint műteti díjak az érvényben levő szabályrendelet értelmében.

Antalfalva, 1910. évi október hó 4.-én.

2-2

Zsíros, főszolgabíró.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Rákóczi-falva községben megüresedett községi orvosi állásra, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 12. §-ában megállapított középfizetéssel s a szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakkal, valamint 500 korona lakbérrel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetnek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy a törvényes minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám október hó 30.-áig adják be.

Tiszaföldvár, 1910. évi október hó 5.-én.

Főszolgabíró h.

2-2

Szénási, tb. főszolgabíró.

3455/1910. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásában, Alvincz székhelyiél bíró közegész-ségügyi körben üresedésben levő körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

A kör a következő községekből áll: Alvincz, Csóra, Tartaria, Karna, Akmar, Szarakszó, Rakató, Borsómező, Poklos, Oláhálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908: XXXVIII. t.-cz.).

2. 500 korona évi lakbér.

3. 300 korona évi fuvarátalány.

4. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles összes községeit havonta kétszer, előre megállapított napokon meglátogatni.

Felhívom a pályázni óhajtnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi november hó 20.-áig nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napját csak a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni. Alvincz, 1910. évi október hó 6.-án.

3-2

Pongrácz, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és kösvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik. Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kezlemes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.



Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik ülő életmódjuk folytán aranyeres bántalmakban, hasi vérbőségben, máj- és veseizgalomban vagy húgsavas lerakódásokban, vesehomok és vesekövek képződésében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyszeredményekről szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Színye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

BAKTERIUM MENTES TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ
Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám. Telefon 86-85.

GUAJATIN JENCs

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és a 0.50% Extr. Thymi és Extr. Tilliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltrációknál.

Antithermikus hatása.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: **JENCs VILMOS** gyógyszerész,
3748 Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst M./m.

Alumnol. Antipyrin. Antistrepto- coccus-serum. Argonin.	Novocain egy új, minden izgató tünet nélkül ható helyi érzéstelenítő. Legjobb cocainpótló szer. Novocain legalább 7-szer kevésbé mérgező mint a cocain és 3-szor kevésbé mérgező mint annak pótlószerei. Sem a vérkeringést, légzést, sem pedig a szív-működést nem befolyásolja. Novocain vízben könnyen oldható, oldatai forralás által sterilizálhatók és jól resorbálódnak. Novocain nem okoz sem intoxiciót, sem szöveti pusztításokat, sem utófájdalmat. Novocain kitűnő sikerrel alkalmaztatik medullaris anaesthesiánál és a helyi érzéstelenítés minden alakjánál.	Benzonaphtol. Benzosol. Dermatol. Diphtheria- gyógyserum.
--	--	--

Syntheticus Suprarenin

a mellékvese ható elvének vegyi úton való előállítás.

A syntheticus suprarenin kitűnik teljes tisztasága, megbízható és állandó hatása, valamint oldatainak kiváló tartóssága által. Az esetről esetre szükségelt mennyiség melegítés által sterilizálható a nélkül, hogy hatásából veszítene. A syntheticus suprarenin tehát minden esetben az organikus mellékvese előtt előnyben részesül.

Rp.: Solut. Suprarenin. hydrochloric. synthetic.
 (1:1000) 5 és 10 cm.-es üvegekben.

Trigemin

a közvetlen agyidegek fájdalmas izgalmainál kitűnően bevált analgetikum,

így trigeminus és occipitalis neuralgiáknál, fül-, fej- és fogfájásoknál. Specifikum periostitis, pulpitis, neuritis, valamint ama fájdalomaknál, melyek a pulpa feltárása vagy étető pasták alkalmazása után szoktak fellépni.

Adagja: 2—3 gelatincapsula à 0.25 gm.

Gujasanol.
Holocain.
Hypnal.

Valyl-gyöngyök

à 0.125 gm. Valyl csak a bélben oldódik, s így a gyomorra, még a legérzékenyebb betegnél sincsen kellemetlen hatással. A Valyl fokozott mértékben bírja a gyökönke jellegzetes hatását és ideges zavaroknál mint kiváló ideg- és csillapító szer vált be. Különösen javulva van: hysteria, neurasthenia, szív- és idegneurózisok, zsábák, hőszámi zavarok, migraine, hypochondria, álmatlanság és asthma nervosum eseteiben.

Kitűnően bevált mint antidysmenorrhoeum; továbbá a terhesség és a klimakteriumban jelentkező panaszoknál. — Adagja: 2—3 Valyl-gyöngy 2—3-szor napjában. Minden eredeti üvege 25 drb piros Valyl-gyöngyöt tartalmaz.

Lagtophenin.
Lysidin.
Meningococcus-
Serum.

Sajodin

kitűnően bevált jódkészítmény belső használatra.

A jódkáliák teljes értékű pótlószere, iztelen és szagtalan; még a jódkáliák iránt viseltetett idiosyncrasiánál is igen jól tűrik. Eredményesen használtatik arteriosklerosis, lues- és postsyphilitikus megbetegedéseknél, asthma bronchiale, chron. bronchitis stb.

Adagja: 2—4-szer napjában 2 tabletta, egy órával az étkezés után.
 Eredeti üvegek: 20 tabletta à 0.5 gm.

Tumenol-Ammonium

pótolhatatlan szer az ekzematherapiánál, valamint a viszkető bőrlöbök kezelésénél.

Mindenemű bőrbajnál sikeresen alkalmaztatott.

Tumenol-Ammonium vízben könnyen oldódik, nem mérgező, neutrálisan reagál, izgatási tünetet nem okoz.

Migraenin.
Orthoform.
Oxaphor.
Pegnin.

Pyramidon

legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum;

mindennemű lázak leküzdésénél, különösen gümőkóránál, typhusnál, influenzánál stb. alkalmaztatik. Adagja: 0.2—0.3 gm.

Specificum fejfájások, idegzsábák, különösen trigeminuszsábák és hátgerinczbajosok lancináló fájdalmainál; sikerrel alkalmaztatott asthmás rohamok megszüntetésére és hőszámi zavarok ellen. Adagja: 0.3—0.5 gm.

Salicylsavas Pyramidon, kiváló fájdalomcsillapító zsábáknál, csúzos és köszvényes bajoknál. Adag: 0.5—0.75 gm.

Savanyú kámforsavas Pyramidon, (Pyramidon bicamphoric.) kitűnő eredménytel használatik phthisikusoknál a láz és izzadságelválasztás leküzdésére. Adag: 0.75—1.0 gm.

Sabromin.
Tetanus-
Antitoxin.
Tuberkulin.
Tussol.

Anaesthesin

helybeli anaestheticum, biztos, hosszantartó hatással, absolute nem izgató és nem mérgező, külső és belső használatra. Javult mindennemű fájdalmas sebeknél és bőrlöbökknél, gümös és bujakóros gége- és légcső-fekélyeknél, ulcus és carcinoma ventriculi, vomitus gravidarum, gyomorhyperaesthesia, tengeri betegség stb. eseteiben.

Adagja: 0.3—0.5 gm. napjában 1—3-szor.

Albargin

(Gelatose és arg. nitricum vegyülete.)

Absolut biztos. erősen baktericid, de még sem izgató antigonorrhoicum.

Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagosodásnál, idült Highmorüreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban és mint prophylacticum 0.1—2.0% vizes oldatban.

===== **Használata olcsó.** =====

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

A

Belügyminister által engedélyezett különlegesség 10,357/1909.

Radanovits Testvérek „China-Vasbora”



Magyar borkészítmény.

Kiváló specificum vérszegénységnél, kitűnő vérszaporító, idegerősítő neurasthenia és hysteriánál, angol- és görvélykóros gyermekeknek.

Ára: Próbaüveg K 1.30. 1/2 literes üveg K 2.60. 1/1 literes üveg K 4.80.

Radanovits Testvérek „VINUM COLAE compositum”

„A Vinum Colae compositum a leghatásosabb izgató, gyomorerősítő és idegerősítő szere a gyógyászatnak, a leghatalmasabb zsongító, melyet a mai napig ismerünk.”

Ára: Próbaüveg K 1.80. 1/2 literes üveg K 4.60. 1/1 literes üveg K 7.50.

Főraktár:

RADANOVITS TESTVÉREK

gyógyszerészek,

Budapest, I. ker., Krisztina-tér 9. szám.

Kapható minden gyógyszertárban.

Első Magyar Kórházberendezési és Felszerelési Gyári vállalat r.-t. Kecskemét.

Telefon interurban 197.

Sürgőnyozim: Szerelés.

Tervez, szállít és szerel: Modern központi fűtést, szellőztetést, vízvezeték, csatornázást, gőzfűző-, mosóda- és sütőberendezéseket, szennyvízderítő-telepeket. Septikus és aseptikus műtőtermek teljes berendezése, Sterilizátorok, fertőtlenítő készülékek és orvosi műszerek.

Tervvel és költségvetéssel díjtalanul szolgálunk.

9092



ÓVJÁK LÁBUKAT!

Mindentféle állapotok, különösen kellemetlen izzadás és talpégés eltűnik a Dr. HÖGYES-féle IMPREGNÁLT ASBESTTALP viselése által. — Párónként I. K 2.—, II. K 1.—, Legjobb és legbiztosabb segítség a lábak részére a Dr. Högyes-féle impregnált asbestbetéttalp aczélesuklóval. Párónként K 4.— Az aczélesuklóra egy impregnált Dr. Högyes-féle talp van feszítve, hogy a láb kellemesen és biztosan nyugodjon. A járás ruganyos és a járásnál való kitartás nagyobb lesz. Lúdtalpúaknak nélkülözhetetlen. Szétküldés utánvét mellett. Wien. I., Dominikanerbastei Nr. 21.



Erőt és Étvágyat ad Vial^{ad} Tonicus Bora

Hus. *mész-lactophosphatból* *chinahéj.*
ellőállítva.

L. & H. VIAL & UHLMANN, FRANKFURT A.M.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is szerencsés gondolat. Klinikusok, nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tabletta üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban. 4437

SZTOJKAI

LUGOS SÓS SAVANYÚVIZ

9136

Lugos, sós savanyúvíz, rekedtség, köhögés és nátha ellen hatásos gyógyszer. Cukorbetegségeknek speciális gyógyital. Megrendelhető a Magyar Ásványvíz Forgalmi és Kiviteli r.-t.-nál. Budapest. Telefon 162-84.

KONSTANTIN FORRÁS EMMA FORRÁS

minden katarrhust gyógyítanak, kapható az összes ásványvízkereskedéseknél és a Brunnendirektion Gleichenberg által. 9905

Idegbetegségeknél és neurastheniánál már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell”.

Diabetesesek számára a syrup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhidráttól menten állítatnak elő.

7408

Egy pilula egy kávéskanálnyi syrup leghatásosabb alkotórészeit tartalmazza.

Óvás! Kérjük az orvos urakat kifejezetten „Syrupus Colae comp. Hell” rendelni, mert egyes gyógyszerárakban önkényesen összeállított szert készítenek.

Az eladás minden gyógyszerárakban orvosi rendeletre történik. Nagy üveg 4 korona, kis üveg 2 korona 40 fillér. 1 doboz pilula 50 darabbal 2 korona 50 fillér.

Minták és irodalom ingyen G. HELL & COMP. Troppau-ból.

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markuszovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Scipiades Elemér szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bársony János: A gyermekágy ápolása. 785. lap.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A finomabb tüdőcsúcsvizsgálatról. 789. lap.

Picker Rezső: Tanulmány a húgyivarszervek bakteriális fertőző betegségeiről. 791. lap.

Steiner Pál: Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.) Adatok a Freyer-féle prostatesektomia kérdéséhez. 794. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Berend Miklós: A csecsemőhalálozás „magyar” okai; a csecsemővédelem eddigi eredménye és útja a jövőben. — *Lapszemle. Idegkórtan.* Raymond és Claude: A glandula pinealis daganatának körjelzéséről. — *Orthopaedia.* G. Denis Zsuzs: A pteralgia pathogenesise. — E. Payr: A merev ízületek műtét útján mozgathatóvá tételéről. — *Gyermekegészségügy.*

Hartung Pál: Vörheny 1915 esetében Marpmann-féle scarlatininnal elért eredményekről. — Nicoletopoulos: Szövődmények egy számarhurut-járványban és a járvány megszűnése meteorológiai okok következtében. — *Szülészet és nőorvos.* G. Schickel: A szülészet és nőorvos haladásáról az 1909. évben. — Krönig és Gauss: A Röntgen-kezelés hasznáról erősebb méhvérzés és myoma eseteiben. — *Bőrkórtan.* H. Paschke: A kozmetikáról. — *Röntgenológia.* Shuka: Röntgen-lelet gümőkóros gyermekek expirációs köhögése esetében. — Haudek: A hasüregdaganatok hóvátartozásának és minőségének megállapítása. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.* Crowe: Meningitis gyógyítása urotropinnal. Schilling: Szer idősült gastrosuccorhoea eseteiben. — Eppinger és Noorden: Szer ideges eredetű hasmenés ellen. 797—801. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 801. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 801. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 802—804. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyermekágy ápolása.

Klinikai előadás.

Irta: Bársony János dr., egyetemi tanár.

A gyermekágyas voltaképpen súlyosan sebesült s általában úgy is kezelendő. Az éppen szült női nemi részek jóformán mindenütt sebesek. Zúzott, szakadt sebeket találunk a vulván, hámszövetek között vannak a hüvelyben, több helyen beszakadt a méhszáj s a méhnyak nyálkahártyája. A méh belsejéről meg leválván a burkok a lepénnyel, az egész méhüreg egy összefolyó olyan sebet alkot, amelynek a lepény tapadása helyén az a sajátsága, hogy tágas vérbőlök kettészakadásából keletkezett. Mint seb ez utóbbi rokon más sebekkel, melyek a testen bárhol keletkeznek, de tőlük mégis nagyban különbözik. Ezt a sebet nem lehet bekötni, ez magát tisztítja, ennek a sebnak közvetlen szomszédja a nagy savós hártya, a peritoneum, s ha a seb nem tisztá, rövid órák alatt beszennyeződik, fertőzött lesz a has ürege is.

Az éppen szült méh. ha a szülés után megnyugszik s elernyed, a fenekével a köldökig ér fel s egy kilogramm súlyú. A mint mindenféle seb körül a testen és testben, úgy a méh üregében is a seb keletkezése után azonnal sarjadzás indul meg. A szakadt seb, ha összefeküdhöz, összekapaszkodik és per primam gyógyul, a zúzott seb körül meg a gyorsan kivándorló fehérvérsejtekből határ keletkezik, ez a határ magáról ledobja az életre képtelen zúzott szövetdarabokat s azonfelül védgát idegen invasiók, később odajutó fertőzések ellen. A vulva, vagina és méhszáj sebei ekként vagy per primam, vagy per secundam gyógyulnak. A méh tekintélyes sebe csak secunda intentio útján tisztítja meg magát, a megtisztult sebet azután hámszövet béleli, a hámszövetet pedig az üreg számára a méh mirigyeinek maradványai fogják szolgáltatni. A terhes állapot megszakadásával megszűnik az inger, mely a genitáliákban plethorát tartott fenn, összeesik, kisebbedik minden. Az izmok összehúzódnak, az erek szűkebbre vonulnak vagy el is záródnak, a vértől duzzadt részekből savó szívárog

ki s a méh üregéből kifolyik e véres savóval az a sok ledobott szövetrész, amely a terhes állapot istápolására túltengett s amelyre ez állapot megszűnése után ott már semmi szükség sincs; kiürül a hullóhártyának még bennmaradt része előbb véres, majd savós s utóbb fehér színű folyás alakjában, s ez az, a mit lochia-nak mondunk. A lochia természetesen legtöbb az első hét napon s azután mindinkább kevesebb abban a mértékben, amelyben tisztul a méh sebe; a harmadik hét végén a méh már kibélelte magát hámmal, ettől kezdve nem lochia többé, a mi a méhből kiürül; híg nyálkás folyás s nem más az ezután, mint az újonnan fejlődött s a rendesnél még mindig vérteltebb nyálkahártyának a terméke. Ez a folyás is gradatim kevesebb s az ötödik héten teljesen megszűnik, a hatodik héten azonban azokon, akik nem szoptatnak, ismét jelentkezik, de ez már a praemenstruális vérbőség folytán keletkezik s hat hétre megindul az első havi vérzés. E közben a méh folyton kisebbedik. A három napos 750, a hét napos 500, a két hetes 350, a három hetes méh még mindig 250 grammnyi s az első havi vérzés után éri ismét el a rendes nagyságát, a mikor 60 gramm s körtealakú. A méh a tizedik napon ereszkedik le a kis medenczébe, ekkor ott már elfér, mintegy ökölnagyságú, körülbelül olyan, mint a milyen három hónapos terhes korában volt. A lochia tömege az első hét alatt másfél kilót tesz ki; ez a detritus rendkívül alkalmas talaja a bakteriumoknak; a gyermekágy negyedik napján tele van mikroorganizmusokkal a hüvely lochiája, a méh ürege ekkor rendszerint még steril, a hét vége felé azonban itt is gyakran találhatni bakteriumokat; hogy nem okoznak minden esetben kárt, az abból magyarázható meg, hogy ez ideig a fentebb említett védgátat felépítette ellenük az organismus, a melyen keresztül törni csak akkor tudnak, ha vagy nagyon virulensek, vagy valamely erőszak megakadályozta az organismust a védő munkájában, vagy ha egy ilyen erőszak utóbb megsértette, elrönsolta a már felépített gátat. A mikroorganizmusok egyik fajtájának alkalmas talaja minden elhalt szerves szövetdarab, például placenta, burokmaradványok és a placenta leválása helyén visszamaradt gödrös területen, a megszakadt öblökben tapadó véralvadékok. Izmos és olyan méh, mely jól húzódik össze, úgy összeszorítja a tágult öblöket és az

izmok közt futó kitágult gyűjtőértörzseknek a legnagyobb részét, hogy a vérzést a szülés és alepény leválása után maguk az összehúzódások meg tudják szüntetni, a méh falában, az izomnyalábok közt ilyenkor véralvadékokat nem is találhatunk. Gyenge, vérszegény, kifáradt asszonyok rossz munkájú vagy hitvány falú méhe egymagában nem zárja el a vérző ereket, ezek méhének a fala tele van véralvadékokkal s ez a véralvadás felterjedhet a méhen kívül futó nagyobb értörzsekbe is.

A mint hogy a terhes változásokban részt vesznek a medence egyéb lágyrészei, éppen úgy lépést tartanak a méh visszafejlődésével a méh szomszédsága s a külső nemi részek. Leapad a vulva, előbbi alakját veszi fel a hüvely, ellentállóvá lesznek megint a gát és a medence fenekét bélelő lágy részek, izmok és izmos szalagok. A levator ani ismét feszes diaphragmát alkot, a két cardinalis szalag a derekánál fogva a középvonalba emeli a méhet, s hogy a diaphragma hüvelyi nyílásán elő ne csúszhasson, a testét előre buktatják a megrövidülő gömbölyű szalagok, mialatt a két lig. sacrouterinum hátra és fölfelé emeli a nyakat s ezzel rátámasztja a diaphragma hátulsó lapjára. Hat hét alatt visszajut az egész organismus oda, a honnan a naptár szerint tizenegyedfél hónappal előbb elindult, mégis annyi különbséggel, hogy valamivel fonnyadtabb a vulva és hüvely, a hasfalakon is meglátszik a terhesség nyoma, és azoknak, a kik táplálnak, dolgoznak az emlőmirigyek.

Lássuk most, hogyan ápoljunk egy gyermekágyas asszonyt: Kísérjük figyelemmel a hőmérsékét és az érverését. Fordítsunk gondot a diatájára, tisztaságára, kiválasztásaira és a nyugalomra. Szoptasson az asszony.

Hőmérsék: A gyermekágyas asszony különösen érzékeny minden befolyással szemben, mely az egészségét meg tudja zavarni. Ezt a zavart a hőmérő azonnal mutatja. Specifikus és vegetatív természetű kizsármíthatatlan betegsége az ilyen asszonyoknak az olyan láz, mely valamely fertőzéstől eredt. A szülés folyamata alatt jön létre legtöbbször a fertőzés. A heves fertőzés a szülést követő három 24 órában bizonyosan jelzi magát lázzal. Virulens baktériumok bevándorlására hirtelen emelkedő s állandóan magas hőmérsékét mutat a hőmérő; lassan emelkedő, alacsonyán lázas hőmérsékét inkább arra vall, hogy rothadást okozó csirák mérges termékeinek felszívódására reagál ily mérsékelt formában lázzal a szervezet; az alig pár tizedes állandó hőemelkedések azt a gyanút keltik, hogy mint hamuban a parázs, lappang a fertőzés s áruló tünet nélkül alattomosan végzik romboló munkájukat a mikroorganizmusok; a fertőzésnek ez a fajtája a gyűjtőerek útján terjed befelé, s addig, míg a megszakadt vérömlők alvadékaiban ül csak a fertőzés, a szervezet részéről nincs még reactio, a mint azonban felkúszik az erek falán azok belsejébe és ott is alvadást és roncsolást okoz, kiváltképpen, ha egy leszakadt megfertőzött thrombusdarabot a véráram magával ragad, rázóhídeggel fogja jelezni a rettenetes nagy bajt, halálos küzdelmet az emberi testnek a beleoltott ellenséggel szemben. A gyermekágyi láz ezen formája, a pyaemia által felkeltett rázóhídegek rendszerint az első hét végén szoktak jelentkezni. Látjuk néha teljesen nyugodt gyermekágyasnak is a 7—9. napján hirtelen felszökni a test hőmérsékét s az ilyen hirtelen hőemelkedést gyakran szintén hidegrázás vezeti be. Ez az előbbtől abban különbözik, hogy az elmúlt napok alatt a hőmérsék a rendesen egy tizedfokkal sem volt sohasem magasabb és a hőemelkedésig a pulsus is teljesen csendes és normális maradt. Ha a gyomor, a bél s egyéb szervek felől nincs olyan tünetünk, melyből a magas lázat magyarázni tudnók, akkor majdnem bizonyosan abból származik a szervezet reactiója, hogy a lochiák lefolyása a méh üregéből akadályozva van; éppen úgy, mint mikor eltömül egy gyenedő tályog, a felszívódásra emelkedik a test hőmérséke, de a mint szabad lesz ismét a lefolyás, azonnal helyreáll a régi állapot. Az ilyen lochiometra egyik főtünete, hogy hirtelen, máról holnapra elapad a gyermekágyi folyás. Itt azonban emlékezzünk arra, hogy szoptató gyermekágyasoknak kevés a folyása, ezeken a tejelválasztás elvonólag hat s a szervezet minden nedvét s zsírt felhasználja a tejproductióra. Ezeken kívül is van még egy formája a gyermekágyból keletkező láznak, a melyre meg az jellegzetes, hogy csak nagyon későn, akkor jelentkezik, mikor az asszony gond nélkül ápol 10—14 nap után, mert jól érzi magát; már minden veszedelmet elhárítottak gondol, mozogni kezd s felkel. Ezeket a későn jelentkező lázakat blenno-

rrhoeás asszonyokon látjuk. A diplococcusoknak nagyszerű talaja a vér, a lochiák savója, ebben lassan, figyelmeztető tünetek nélkül kúsznak felfelé a méh üregében, innen a tubákba, s addig, míg az asszony nem mozdul, nem érzi, nem tudja, hogy betegség garázdálkodik a nemi részeiben, mikor aztán felül vagy felkel, tehát többet mozog, hőemelkedés s az öleiben egyik vagy mind a két oldalon élénk fájdalmak fognak keletkezni. A gonorrhoeás peritonitis tünetei rendszeren későn fejlődnek ki, a láz állandó ugyan, de nem magas s a pulsus sem nagyon szapora. Az infectió kivétel más okból eredő accidentális láz s a belgyógyász hatáskörébe tartoznak, közülök a gyomorrontásból s a belek renyhe működése folytán keletkező lázakkal van még a leggyakrabban bajunk. Ezekről majd később fogok még szólni.

A mondottak szerint a hőmérő jelzi a gyermekágyas állapotát, mint az óra az időt, s mert minden, de kiváltképpen a fertőzéstől eredő betegséget könnyebb gyógyítani a legeslegkezdetén, mint napok múltával, mérnünk kell a gyermekágyas hőmérsékét a kritikus kezdő három nap alatt minden négy órában; ha sem a hőmérsék, sem az érverés semmi okot sem ad arra a gyanúra, hogy fertőzés történt, a gyermekágyas nyugalomra való tekintetből a mérések számát kettőre (délelőtt 8, délután 5 óra) redukálhatjuk. Nem hagyhatom megemlíteni nélkül, hogy a tankönyvek a szüléstől számítva két, rövid ideig tartó, néhány tizedes hőemelkedésről tesznek még említést, melynek azonban komolyabb jelentőséget nem tulajdonítanak; e hőemelkedések a 38 C°-ot nem szokták elérni, az egyik a szülésre következő 12. órában, a másik pulsus-emelkedés nélkül a gyermekágy 3—4. napján mutatkozik; az első a nagy izommunkára jelentkező reactio, úgynevezett izomláz volna, a másik meg a 3—4. napon nagyon sok és baktériumsűrű lochiának a még gyenge sarjadzáson át való felszívódásából támadna. Míg az első emelkedést azokon, a kik a reggeli órákban szültek s kiken az említett 12 óra egybeesik a hőmérsék délutáni élettani emelkedésével, csakugyan megtaláljuk, addig a gondosan ellátott tiszta gyermekágyban a második hőemelkedés nem, vagy csak kivételesen fog jelentkezni.

Érverés: A vérnyomás és az érverések száma szülés közben alig emelkedik; a szapora érverés itt is veszélyt jelent. Annál inkább így van ez a gyermekágy idején. A nagyon nyugodt fekvés, az izmok, a szervezet általános pihenője alatt leszál a pulsus szám 60—52, akár 44-re. Ezt a bradycardiát némelyek az izomnyalábok elzsírosodásának, illetőleg a nagy zsírfelszívódásnak akarják betudni; ez azonban nem egészen így van, tudniillik, ha felkeletjük ugyanazt az asszonyt, felszál a pulsus szám, ha meg mozdulatlanul fektetjük például a terhes asszonyt, a kinek közönségesen többet ver 80-nál perczenként a szíve, pár nap alatt ennél is leszál az érverések száma. Megjegyzendő tehát, hogy míg a terhes asszony 88 pulsus normális állapotot jelent, addig ugyanez a szám a gyermekágy alatt figyelemztet arra, hogy nincs okunk még a teljes megnyugvásra. Szülés közben körülbelül félliternyi vért veszít az asszony, egy liter vagy annál több vér veszítése után szapora a pulsus. A szív siet, hogy a vérkeringést fenn tudja tartani. Ha jelentősebb vérvesztés nem volt s a pulsus nem száll le, sőt száz fölé emelkedik, ez annyit jelent, hogy a vér rendes keringése akadályozva van, a szív erőlködik. Szülés vagy műtét után egyelőre ez az egyetlen jel árulja el, hogy véralvadék tömi el valamely nagyobb gyűjtőér lumenét. Nagy nyugalom mellett a thrombus odanő, szervül a vérér falán, időelött való nagyobb mérvű mozgás azonban alkalmat ad arra, hogy az egész vérrög, vagy belőle kisebb-nagyobb darab leváljon és a vérárammal tovairamodjék a szívre s onnan a tüdőbe, a hol mint embolia a nagysága szerint elzárja a tüdőnek néha tekintélyes részét s mert a szükséges oxygént a munkában maradt része a tüdőnek nem tudja felvenni, perczek alatt megfullhat az asszony. Már említettem, hogy gyenge, vérszegény vagy kifáradt méhű asszonyok gyermekágyában gyakrabban láthatunk vérrögeképződést; most még hozzátésem, hogy vérszegény (anaemia, chloraemia) asszonyok thrombusa tökérelyebb és nehezebben szervül. Ez az úgynevezett aseptikus thrombus abban különbözik az olyan thrombosistól, a mely a véreerek falán felkúszó infectio folytán keletkezik, hogy lázat nem okoz s hogy rendszeren egyoldali marad, míg a phlegmasia magas lázakkal jár s a heveny tüneteknek az egyik oldalon való lezajlása után minden ápolás ellenére is átesap a méh

másik oldalára. Ha már szólok e thrombosisról, meg nem állhatom, hogy mindjárt itt a therapiájáról is ne tegyek néhány szóval említést. Teszem ezt azért is, mert e betegség kifogástalan s szakszerű gondozás mellett is minden asszonyban, a ki szült, fejlődhet, s a legjobb sorban élő, kimélt, kényeztetett előkelőbbek közt szintúgy találkozunk vele, mint a szegények közt; s azért is, mert többször volt alkalmam látni mulasztást e téren s ennek a magyarázatát abban találok meg, hogy a thrombosis nyílt tünetei pompás tíz nap után a gyermekágyának 2—3. hetében jelentkezvén, maga a betegség már nem részesül olyan méltatásban, a melyet érdemel; teljesen jó közérzetben töltött 1—2 hetes gyermekágy után már nem féltik az asszony életét halálhozó meglepetésektől. A dolog természete szerint a legnyugodtabb fekvés, s ha az egyik végtag vizenyője elárulja a thrombosis helyét, az ez oldali végtagnak a felpolczolása és Priessnitzbe kötése lesz a terapia. E bepakolásnál el ne felejtjük, hogy a talpon ninesenek faggyúmirigyeink, itt az állandó vizes borogatás a hámoft macerálja s az ebből keletkező tűrhetetlen viszketés vagy égető érzés türelmetlenné teszi a beteget; a lábat magát tehát vagy nem pakoljuk be, vagy még helyesebben a talpat és ujjközőket a víz behatása ellen óvjuk zsiradékkal, például kenjük vaselinnel. A beteg active semmit se mozogjon. Az absolut nyugalom tartson még azután hetekig, legalább két hétig, a mikor a pulsus már teljesen normális; a fekvés idejére egyébiránt az is befolyással lehet, hogy mennyire apadt le a vizenyős végtag; meglehet, hogy 6—8 hétig szükséges a pulsus megnyugvása után fektetni az asszonyt. Az ilyen thrombusos láb járás után az esti órákban hónapokig, sőt évekig meg fog még duzzadni, addig tudniillik, míg a collaterális vérkeringés teljesen elegendő lesz; e duzzadás mérsékelésére ruganyos harisnyát viseljen a beteg. Végképpen hibás tehát az a terapia, a melyet e végtagduzzadások leapasztására pár évtized előtt magam is láttam követni: a massage vagy kenőcsök bedörzsölése inkább arra való voltak, hogy alkalmat adjanak emboliák keletkezésére.

Diaeta: Ha a szülés után megfigyeljük a gyermekágyasunkat, a legtöbbön azt látjuk, hogy két huszonnégy órára van szüksége, míg a szülés alatt kifejtett nagy izommunka után magát kipihen. A nagyon fáradt ember nem kíván étkezni. A nedvvesztés, izzadás után inkább szomjazik a gyermekágyas asszony. Én nem is adok az első két napon a gyermekágyasoknak csak folyadékot, tejet és levest. Nem pedig első sorban azért, mert a hogy mondom, a compact táplálékot maga sem kívánja, azután meg azért, mert ha mindjárt erősen táplálom, a tej elválasztása olyan rohamosan fog megindulni, hogy az emlők duzzadása folytán fájdalmakat okoz; mert a tapasztalás szerint a gyermekágyas kis diaetahibákra is könnyen s lázakkal reagál s ezek az úgynevezett gastrikus hőemelkedések a kritikus napok alatt megriasztathatnának s megzavarhatnának a gyermekágy lefolyásának a megítélésében, továbbá azért sem, mert a gyermekágyasnak most még semmi különös szüksége sincs erős táplálásra, a magzat 12 óráig a születése után még semmit sem fogyaszt, a 2—3. napon tanulja a szopást, kevéssel beéri s a sós colostrumra van neki most inkább szüksége, hogy a belei kitakarodjanak; s mindezekon felül, a mint még elmondom, a két első napon a méh nyugalmaért békében hagyjuk a beleket, s a kinek 48 óráig nem csinálunk széklet, annak a gyomrát se terheljük meg nagyon. A mérsékelt diaeta nem árthat a gyermekágyasunknak, a túlságos táplálás ellenben a kárára lehet. A harmadik, vagy ha az emlők túlságosan meg vannak duzzadva, a 4. napig tartson a folyadékra szorított diaeta. Ha már mozgatjuk a belet s elvonó hashajtókkal mérsékeljük az emlők dagadását, lassanként haladva előre, könnyen emészthető fehérjedús ételekkel tápláljuk az asszonyt, úgy, a hogy a már nem lázas reconvalescens fekvő betegeket szoktuk. Fennjáró szoptatóknak a tejtermeléshez legjobb a folyadékkal kevert vegyes táplálkozás; leányok, asszonyok általában kevés vizet isznak.

Tisztaság: A gyermekágyasnak bő kifolyása van. A folyás: vér, savó és szövettermélek baktériumokkal, ezek között genyedet okozó és rothadási csírák. A mint pang a folyás, a hüvelyben vagy a vulván s az ágyruhán tapadva a levegőn több ideig marad, bomlásnak indúl s kellemetlen szagot fog terjeszteni. A gyermekágyast naponta kétszer is, rendszeren a hőmérés idején, tisztába kell tenni s a külső nemi részeit le kell öblíteni. Azért, hogy minél kevesebb alkalmat adjunk a gyermekágy alatt a sebfertő-

zésre, meg hogy ne zavarjuk a szervezetnek önmagát rendező munkáját, a hüvelyt különös ok nélkül nem öblögetjük. Öblítjük olyankor, ha már a hüvelyben szagos lett a folyás, vagy előrelátásból akkor is, ha burokdarabok maradtak a méhben; az öblögetésekkel reméljük elejét vehetni a méh üregében a decompositionnak. Alacsony sugárral fél méter magasból fertőtlenítő oldattal öblítsük a hüvelyt; erős vizsugár a hüvelylochiát felverné a méhbe. A szegénygyakorlatban ne tegyünk semmit sem a szeméremrés elé, folyjon ki akadálytalanul a seb váladéka. Gazdagoknál a vulvára helyezett s többször váltott steril gaze-párnákkal foghatjuk fel a gyermekágyi folyást s ezzel mintegy védőkötezt tettünk a sebes csatornára, de meg valamennyire az útját álljuk annak, hogy a lochiák szaga a szobában szerteszét terjedjen; az egészséges gyermekágyas lochiájának is van valami sajátos jellegzetes kellemetlen szaga. A mosásokat mi kancsóból eresztett sugárral végezzük, a mosó kéz csak a vulvát, a czomb tövét s a gátat érinti, a lehorzsolts, sebes szeméremrésbe nem szabad nyulnia; a sugárral azonban a húgyeső nyílását mindig leveretjük; a nő húgyeső tágongó és rövid, a mikroorganizmusok könnyen felvándorolhatnak nemcsak a hólyagba, hanem az uretereken fel akár a vesékig. Hogy ez utóbbi súlyos szövődményeknek tőlünk telhetőleg elejét vegyük, óvjuk meg az asszonyt a cystitistől; már kifejlődött cystitis esetén a hólyag kezelése mellett fektessük félülő helyzetbe, emelt felső testtel; alacsonyan fekvő asszonyok cystitise kapcsán nagyon gyakran felkúszik a fertőzés a vesemedenczéig. A nemi részek tisztasága mellett gondoskodjunk egyéb tekintetekben is az asszony általános tisztaságáról. A kezeit naponta többször mosogassuk s nyomatékka figyelemztetgessük, hogy a nemi részeihez ne nyuláljon, nemcsak azért, mert ha beszenyezi a saját kezével a vulva sebeit, a mi minden óvatosságunk hiábavaló lesz, hanem azért is, mert a szoptatáskor az emlőit kénytelen fogdosni s lochiás kezeivel a bimbó hámfosztott helyeit inficiálhatja, sőt e közvetett úton megronthatja a magzat egészségét. Az egyébként legfigyelmesebb ápolás ellenére is látunk jómódú szülők újszülöttjein mérges természetű gastroenteritiseket keletkezni, pedig diaetahiba egyszer sem történt s az anyatej minden tekintetben kifogástalan jó; ezeket én csak a most említett módon tudom magyarázni. Legjobb, hogyha kivihető, ha a bimbójához nem nyulál az asszony.

Kiválasztások: A vizeléssel gyakran sok bajunk van. Az egyik asszonynak szokni kell a hanyattvizeléshez, a másiknak zúzott a vulvája s a húgyesőnyílás körül is repedések vannak, a zúzott seb környéke vizenyősen duzzadt, nyomja a húgyesövet, meg a sós vizelet égeti a sebet s az asszony visszatartja magát, nem akar vizelni; az is megtörténik sok terheesség vagy nehéz szülés után, hogy a hólyag fala mondja föl az első napokban a kívánt szolgálatot. Vannak, a kik mindenáron magára hagyják a hólyagot, mert félnek a csapolás következményeitől; tudniillik akárhogy megmossuk kívül a húgyeső nyílását, a baktériumokat a húgyesőből magából nem tudjuk kimosni s a csapoló eszköz, bármily steril volt is, baktériumokat tohat a hólyagba; ez csakugyan így is van. Azonban túlzásba se pro, se contra ne essünk. Ne csapoljunk derűre-borura; ha azonban arról győződünk meg, hogy a hólyag csakugyan nem tudja magát kiüríteni, meg kell csapolni; a nagyon megtelt hólyag fájdalmakat okoz s fel-tólván a méhet, akadályozza a visszafejlődésben s ez okból vérzés is indulhat; a retentio a gyermekágy első napjaiban kinozza többnyire az asszonyt. Hogy a csapolás élet valahogy elvegyem, én minden csapolás után közvetlenül a csapoló csövön át sebfeckendővel kimosom a hólyagot. A gyermekágyban szerzett cystitis nagyon kínzó s makacs, azonfelül lázaival zavarja a képet. Az ilyen cystitis chronikus formában évekig eltarthat.

A beleket két 24 óráig ne háborgassuk. A kit alkalmunk volt a szüléshez előkészíteni, annak a szülőfájdalmak megindulásakor beöntéssel kimostuk a belét. A most következő két-három napig gyengén, csak folyadékkal tápláljuk a gyermekágyas asszonyt, nincs ok hashajtásra s ezzel a méh nyugalma a megzavarására. Ebben az időben vonulnak egymás fölé a szétvongált méhizomnyalábok, ebben az időben a legrohamosabb a nemi részek reconstructiója s ebben az időben határolódnak el a felsebzett részek, de meg ebben az időben a legfáradtabb az egész organismus. Két 24 óra után először puhító

beöntéssel kimossuk a végbélben netalán meggyűlt váladékot s ettől kezdve minden 24 órában gondoskodunk székről. Ez azonban nem megy mindig könnyen. Asszonyok amúgy is rosszul szoktatják a beleiket s azonfelül ágyban fekve, a szülés után laza falú hasban még a közönségesnél is renyhébbek a belek. A hasprésnek ekkor még kevés hasznát vesszük. Elvonó hashajtó vizeket nem szívesen adunk nap nap után a gyermekágyasunknak, először, mert nem látjuk utánuk a kellő eredményt, másodszor, mert a belek felé elvonólag hatván, megapadhat a tej mennyisége. Az első alkalommal, a 3. napon tisztességes hajtás ricinusolajjal, azután valamely könnyebb hashajtó (rhenum, purgo) az esti órákban, hogy reggelre hasson, s szükség esetén reggel egy beöntés tisztán tartja az egész béltractust s útját állja a koprostasisnak. Ha régi bélsártömegek halmozódnak fel a tunya belekben, a pangás közben fejlődött mérges anyagok felszívódása folytán lázak keletkeznek s a felpuffadt belek e lázakkal együtt peritonitis gyanúját kelthetnek fel bennünk. A rendes székrülés ellenére fennálló székinger, a mely néha nagyon kínzó lehet, a rectumban visszamaradt ilyen kökeménynyé száradt bélsártól ered, az ilyen olajjal kell ismét felpuhítani, meg- esik azonban, hogy csak kézzel vagy eszközzel lehet széttörölni. Minden ürülés, székelés vagy vizezés után öblítsük le desinfienciával a genitáliákat; a vizelet táptalaj, a bélsár meg maga is tartalmaz baktériumokat.

Nyugalom: Az most a vitás kérdés, hogy fektessük-e, a hogy eddig tettük, vagy minél előbb felkeltsük-e a gyermekágyas asszonyt. Különös időket éltünk át pár évtized alatt mi is, orvosok. Számátalan új gyógyításmódot hallottunk az égis feldicsérni s alig pár év alatt ugyanazon szájából, ugyanazon tollból nagyon lebecsülni. Messziről, „Amerikából“ jött az az ajánlat, hogy a kit operáltunk, a mint operáltuk, bocássuk ki az ágyból, mert ha mozog, járkál, hamarabb s biztosabban gyógyul. Erre a mintára kidisputálják ma azt a gyermekágyast is a nyugalomból, a kinek elég ideje van arra, hogy feküdjék. Eddig, ha vad népekről vagy nagyon szegényekről olvastuk, hallottuk, hogy a szülés után mindjárt foglalkozniok kell, mert nincs ápolásuk, megsajnáljuk őket, ma meg — úgy látszik — nem a sajnálkozás, hanem az irigység fog el már bennünket. Ha megsebzett, beteg állatokat hajszolnak rakon- ezáltal utcai gyerekek, pirongatjuk őket, mi meg a nagyon meg- sebesült gyermekágyas asszonyt tudós szavakkal és suggestióval kicsaljuk az ágyból. Mindjárt most megjegyzem, hogy a jószán- dékot nem vonom kétségbe, de a kísérletek számadataiban a jó- szándéknál több hasznót a koránfelkeltésből nem tudtam találni. Még azok végeredményeiből is, a kiknek a statistikájában elfoglult- ságot lehet felismerni, csak annyi argumentumot tudtam kibön- gészni, hogy a koránfelkeltésre nem rosszabb a gyermekágyas jelene s jövője, mint a régi kezelésre. Lássuk, hogy a már eddig mon- dottak alapján van-e hát ratio a koránfelkeltésben? A gyermek- ágyas sebe nagy részben sarjadzással és nem varrás után per primam gyógyul; az első napokban a fellazult medenczefenek maga is visszafelzárkodik, az asszony álló helyzetében ezer grammot emel; a gyermekágyi betegségek közül csak a legvehemensabb fejlődik ki az első napokban, a pyaemiából vagy a gonorrhoeából keletkező gyermekágyi láznak 8—10 nappal később kapjuk a jeleit, azt meg senkiről sem mondhatjuk meg teljes bizonyossággal előre, hogy thrombosisa ninesen-e valahol s hogy e thrombusok mennyire tapadnak s nem törékenyek-e; szegény asszonyokon, a kik nem kimélhették magukat a gyermekágy alatt, eddig is gyakrabban találtunk egyformán lefolyó normális szülés után hüvely- falcsúszást vagy méhelőseést, mint a gazdagokon. Bennem mindig az elégedetlenség érzését keltette és kelti, hogy a klinikai ápolatokat helyszűke miatt a 8. nap estéjén fel kell már keltetnünk, hogy a kilenczedik napon elbocsátván őket, az újjak számára szabad ágyat nyerjünk. Sokat találok e szegények között, a kiket másnap ki- bocsátás helyett vissza kell fektetnünk. Én tehát nem akarván bizonytalan sorsnak kitenni a gyermekágyasomat, következőképpen szoktam rendelkezni: A szülést követő két napon feltétlenül legnyugodtabb fekvés; a méhlepény eltávolításakor először s azután két napig háromszor naponta ergotincseppek az izomnyalábok retractiójának biztosítására; a harmadik naptól nines már ergotinra szükség, de meg folyton adagolva az egész gyermekágy alatt, be- folyásolhatná a tej mennyiségét. Két nap múlva már többet mozog- hat az asszony, sőt ürülések felidézésével magunk is mozgathatjuk

már őket; oldalt azonban, bár már megengedem, nem tudnak feküdni; a 3—5. nap között leginkább feszülnek az emlők, az oldalfekvés fájdalmat okozza; a feszülés idejét, mely miatt nyug- talan az asszony, megrövidíthetjük elvonó középsős hashajtók adagolásával. Az ötödik napig megnyugszik, megpuhul az emlő és annyit választ el, a mennyit kiszopott a magzat; ettől fogva óva- tosan fordulhat az asszony, hogy azonban az oldalfekvéskor a kitágult laza hasfal mögött, a megnyúlt szalagokon puha környezet- ben nagyon is mozgékony méhnek támasztéka legyen, fűzzük be a hasat feszesen kötésbe. Én az első naptól a felkelés napjáig Priessnitzbe köttettem a hasat, ilyen kötés alatt jól fejlődnek vissza a terhesség alatt kinyújtott s szülés közben kifáradt hasfalak, nem fognak csüngni a gyomor és a parenchymás szervek s munkaképes marad a hasprés is. A kilenczedik naptól megkívánom, hogy gyak- rabban feküdjék oldalt az asszony, ebben az időben csúszik le a méh az előfok előtt, s oldalt fekvésben mintegy magától a helyére hajlik, nem kell a súlya ellenében hátulról előre emelni a szintén most regenerálódó gömbölyű szalagnak. Ha a hőmérsék és pulsus teljesen normális, ha semmi gyanúja sincs mélyebb thrombosisnak, fektessük ezentúl időnként felülőhelyzetbe a gyermekágyas asszonyt, e fektetéssel is előre tereljük a méh testét. A primiparákat 16 nap, a multiparákat 14 nap múlva szoktam felkelteni, ekkor már túl vannak minden komolyabb veszélyen, s a méh sem nehe- zedik nagy súlylyal a diaphragmájára. Hosszantartó mozdulatlan hanyattfekvés után gyakran látunk retroversiókat. Olyanokban, a kik többször s különösen nagyon gyorsan szültek, nem volt ideje az izomnyaláboknak, hogy retrahálódnak; ezt a mulasz- tást a gyermekágy első két napján erős utófájásokkal korrigálja maga a méh. Ezek a fájások maguktól elmúlnak s mert tulaj- donképpen szükség van rájuk, ne nagyon törökdödjünk a megszü- ntetésükre, az amúgy is alkalmazott Priessnitz suggestive hathat s ritkán szorulunk idegnyugtatókra. Az emlők okozta izgalmak a 2—3. napon kezdődnek, szoptatókon két napig tartanak s leg- feljebb pár tized hőemelkedéssel vannak összekötve. Az emlők felkötése, hogy ne vongálódjanak, állottvizes Priessnitz-borogatás, hashajtók és a szoptatás együtt jótékonyan hatnak és megrövidítik a fájdalmas időt.

Az emlőkből a szülést követő két-három nap alatt koratejet szopik ki a gyermek; e colostrumban sok a könnyen emészthető serumalbumin és a só, melynek a magzat bélműködésére van nagy befolyása. Az erőteljes magzat, a mint megkínálják vele, mindjárt az első alkalmakkor kiszopja az emlőt, belőle a sós colostrumot, erre kiürül a bélből minden magzatszurok, a mely pedig nagy- részben epealkotórészekből van összetéve. Az ilyen hamar és jól szopó újszülött nem kap sárgaságot s az első napok alatt mind- össze néhány grammot veszít a súlyából. Az erősen fejlődött mag- zat azonban szopás közben, kiváltképpen eleinte, a mig erőlködni- e kell, harapja a bimbót. A fogmedernylványokkal eszközölt harapás behatása alatt kis vérömlések támadnak itt-ott a bimbók felületén, melyekről a nyál s a tej lassan leáztatják a fedő hámsejteket; a hámfosztott terület érintésre fájdalmat is okoz, meg a szopások közti időben beszárad, s egy újabb harapásra megrepedvén a pörk, befelé terjedő sebet fog alkotni. Különösen szőke asszonyok bim- bója érzékeny külső befolyással szemben. A bimbó sebe szopáskor vérzik, könnyen beszenyveződik, kifelélyesedik. A fekélyek bak- teriumai bevándorolhatnak a mirigyesatornába vagy a nyirokereken át a mirigyfűrtök közötti szövetbe s parenchymás vagy interstitiális emlőgyulladásra adhatnak alkalmat, de meg bejuthatnak a magzat tápasatornába is és infectióból származott súlyos gyomor- s bél- zavarokat idézhetnek elő. E kellemetlenségek elkerülésére szoptatás előtt steril vagy felforralt vízzel, szoptatás után tiszta alkohollal vagy alkoholos vízzel (50%) mossa meg a bimbót, a ki ápolja az asszonyt. A hámfosztott bimbót desinfiens adstringens-oldattal (33% alkohol) többször mosogassuk s az oldatba mártott steril gaze-zal fedjük. A nagyon fájdalmas bimbót hagyjuk pár napig nyugodni; fekélyes bimbóból pedig egyáltalában ne szopják a mag- zat. Ha a bimbó gyógyításának ideje sokáig húzódnék és ez idő alatt megszűnnének működni az emlő mirigyei, elapadna a tej, akkor nem marad más hátra, mint dajkára bízni a gyermek táp- lálását. Lobos emlőt lobellenes módon, genyes gócot a sebészet szabályai szerint kell kezelni. Ennyire beteg emlőből nem szabad szoptatni.

A gyermekágyas rendkívül érzékeny s kis befolyásokra is lázakkal reagál. Meglepően gyakran találkozunk a gyermekágy alatt accidentális hőemelkedéssel; ennek ellenére, hogyha a hőmérő emelkedést mutat, tekintjük azt mindig a legkomolyabb szemmel s első sorban a nemi részeket vizsgáljuk meg gondosan s csak, ha itt nem találtunk elfogadható alapot a hőemelkedés magyarázására, keressük az okát a gyomorban, a bélben vagy egyéb szervekben.

Az egészséges gyermekágyasnak csak a két legelső napon véres a folyása. A ki tovább vagy ismételten vérzik, az nem egészséges. A vérzéscsillapító eljárások külön fejezetét alkotják a szülészetnek; ezekre, a vérzések aetiologiájára és terapiájára itt nem terjeszkedhetem ki. Minthogy azonban a legesetesebb gyermekágyban is a 8—10. napon gyakran látunk kisebb-nagyobb vérzést keletkezni, a normális gyermekágy terapiájának keretében is szükséges róluk pár szóval megemlékezni. Két okból vérezhet a gyermekágy alatt az olyan asszony is, a kinek az organismusában nincs a rendestől semmi eltérés s a kinek a szülése is teljesen hiba nélkül folyt le: 1. ha a méh nem fejlődik elég gyorsan vissza; ezt láthatjuk olyanokon, a kik nem szoptatnak; 2. ha a méh üregében vérhabarc, fibrinpolypus fejlődött; ilyet találhatunk azokon, a kik a gyermekágy első órái-napjaiban nyugtalanok voltak. Az első esetben a lochia mindvégig véres, inkább vékony vörsvirágás az, mint pozitív vérzés; a második esetre jellemző éppen a vérzés formája: minden előzmény híján egyszer csak a 8—10. napon erős vérzés indul. Mind a két esetben a méh nagyobb, mint a milyennek arra a bizonyos időre lennie kellene; azonban hiányos visszafejlődés esetén csukott a méh nyaka, míg polyp jelenlétében az ujjal át lehet járni. Ha a méh nagyobb a szokottnál s véres folyást ürít, mert nem fejlődött kellőképpen vissza, fektessük tovább is az asszonyt s adjunk a méhnek e pihentetéssel alkalmat arra, hogy a mulasztását kipótolhassa; az ergotin ilyenkor nagy segítségünkre van. Ha azonban véralvadékból képződött polypus akadályozza a méh visszafejlődését, akkor távolítsuk el a polypust mielőbb a méh üregéből; ezek a fibrintömegek rendszerint becsüngő deciduacsfatokra szoktak felrakodni s elzsirosodott nyálkahártyarészlet lévén a kocsánya a kis vérdaganatnak, ezt a puha kocsányt nagyon könnyű ujjal lehámozni. Hámozás előtt is, után is öblítsük ki szorgosan a hüvelyt és a méhet.

Mielőtt a gyermekágyasunkkal végképpen végeznénk, tartsunk felette még egy általános revisiót. A belső vizsgálat elengedhetetlen; a ki azt kimélethől vagy könnyelmű kedvességől elhagyja, mulasztását sok munkával fogja megfizetni s azonfelül szemrehányásban és korholásban lesz éveken át része. A felkelésre következő másnap vagy harmadnap vizsgáljunk. Bármennyire simán folyt is le a gyermekágy s ha alatta a hőmérsék és pulsus semmi jelét sem mutatta a thrombosisnak, kivételesen mégis megtörténhet, hogy nagyobb locomotióra, a felkelésre mutatkoznak ilyen tünetek. Az orvosi gyakorlat nap-nap után hoz újabb meglepetéseket s majdnem minden héten olvasunk vagy hallunk az irodalomban eddig elő nem fordult, feljegyzésre méltó újabb esetekről. Nehogy tehát az a vád érhesen bennünket, hogy a vizsgálatunkkal mi voltunk okai a visszaesésnek, legyünk óvatosak s annál is inkább várjuk meg, hogy mi befolyással lesz a felkelés az asszony állapotára, mert tünetnélküli, a kis medence ereiben létrejött rejtett thrombosit a vizsgáló ujjunk elmozdítva s ekképpen csakugyan okai lehetnének nehéz complicatióknak. Ha a méhtest elül a boltozatra fekszik s a méh nyaka a külső méhszájjal hátrafelé tekint, s ha a méh két oldalán a medence faláig nincs daganat, akkor mint egészségest, további kiméltre intve, magára hagyhatjuk az asszonyt; ha azonban kitér a méh teste a keresztcsont felé, tehát hátra van hajolva, állítsuk azt a rendes helyére s támogassuk gyűrűvel a teljes visszafejlődésig. Én a méhet tartó gyűrűt két hét múlva a bevezetés után felváltom; ekkor már kisebb gyűrű is fenntartja a méhet; nagy gyűrűk után tág marad a hüvely. Vizsgálat nélkül nem tudhatjuk, hogy a méh hátul van s főként azokon, a kik szoptatnak, a nem menstruáló kiesiny és kemény méh tünetet nem okoz s úgy hátraszokik, hogy hónapok múlva, a mikor ismét megindul az ovulatiót kísérő fluxio s ezzel párhuzamban öl és derékfájdalmak támadnak, már nagyon nehezen vagy műtét nélkül nem is sikerül a teljes correctio. A felkelő egészséges

asszony is az első napokban kellemetlen érzést panaszol, azt hiszi, hogy nemi részein át a hasából kicsúszik a méhe vagy a bele; mint mondja, úgy érzi, hogy elveszít valamit. Ez az érzés abból keletkezik, mert a hasfalak nem nyerték még vissza a megszokott feszes tartásukat, s megszűnik, ha pár hétre még övbe vagy kötöbe szorítjuk a hasat.

A nem szoptató asszony a szülést követő hatodfél-hat hét elteltével rendszerint megkapja a menstruációját. Az új nyálkahártyának ez első vérzése alatt reconvalescensként tekintse még magát s feküdjék az asszony; ennek elmultával egészséges s tehet, a mit tetszik. A szoptatók ritkán kapnak hat hét multán vérzést; a szoptatás igénybe veszi az egész organismust s míg az nem erősödik meg, nincs elég energiája új pete felnevelésére; ha egyik-másik pete eljut is az érettség magasabb fokáig, nem fejlődik ki a méh nyálkahártyájában a szokott vérbőség s nem vérzik az asszony. A hónapokra terjedő szoptatás nehéz, de a legnemesebb női kötelesség s általa nemesak a magzatnak, de az anyának is nagy a nyeresége. A szoptató asszonyok genitáliái fejlődnek vissza leggyorsabban és legtökéletesebben.

A finomabb tüdőcsúcsvizsgálatról.¹

Irta: *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr., egyetemi magántanár.

A tüdőgümőkór *korai diagnostikája* kétségtelen előfeltétele a betegség sikeres terapiájának. Diagnosisunk főalapja pedig ma is a fizikális vizsgálat lévén, ezt kellett az újabb idők orvostudományának mind tüzetesebbé, érzékenyebbé tenni, hogy a nagy czél-nak, a pulmonális tuberculosis korai felismerésének megfelelhessen. Nevezetesen sarkalatos követelménynyé vált a tüdőcsúcsok fizikális vizsgálati módszertanának minél intenzívebb kifejlesztése.

Ez főleg az *inspectio és percussio* tökéletesítése útján sikerült.

Általános szabály, hogy a szervezet az ő megbetegedett részeit kimélni igyekszik. Ezt a bámulatos automata-reflex-tüdkimélést vette észre *Turban*, midőn 1899-ben ráutalt arra a jelenségre, hogy a kóros tüdőfél oldalán a mellkas lélegző kitérései már a *baj kezdetén* csökkentek s ugyanez alapon magyarázható meg és válik értékesíthetővé az initiaális tüdőgümőkór diagnostikájában a *korai vállcsúcsstünet*.

Ez az általam először 1908-ban a washingtoni tuberculosis-congressuson ismertetett *vállcsúcsstünet (acromiális tünet)* abban áll, hogy a beteg közepesen mély belélegzése közben megfigyelve a vállcsúcs, az acromion mozgását, azt a megbetegedett vagy megbetegedni kezdő tüdőcsúcs oldalán *renyhébbnek, csökkentnek* tapasztaljuk. Egy *pontnak* a mozgási kitéréseit könnyebb tüzetesen megfigyelni, mint egy felületét, ez az acromiális tünet előnye az illető oldali mellkasfél visszamaradásának vizsgálata fölött. A mit az elülső mellkasfelszín kimozdulásának fokában még nem venne észre a szem, az oly csekély kimozdulási eltérés is feltűnik a velünk szemben álló, nagyjából vízszintes vállprofil mozgásán, főleg, ha ennek is egy fix pontját kell csak observálnunk, vagyis a vállcsúcsot kísérjük figyelemmel.

Természetes, hogy vállcsúcsstünete lesz a csúcsfibrosissal előttünk álló, már lefolyt apicális folyamattal bíró egyénnek is, ha erős kergesedés van a pleuraboltozaton, a mely a kulcsonttal merev, szalagos összeköttetésben levő első bordát a mellhártya útján a zsugorodó csúcsheghez rögzítette. Ilyenkor azonban a felső mellkasrészlet retractiójának az illető oldalon egyéb jelei sem fognak hiányozni. Ha ilyen mechanikai kulcsontlekötés nem forog fenn, akkor a *lefolyt tuberculosisban* az ép tüdőrészek akadálytalan inspiratorius tevékenysége az acromion rendes kimozdulásával is jár a lefolyt betegség oldalán, azaz *nincs* acromiális tünet.

Ellenben incipiens esetekben, a melyekben a gümőképződés lobingere az illető oldali tüdőfelet már igen *korán* reflectorius *kiméltre* készteti, az acromiális tünet *minden retractió jelenség nélkül* megjelenik s igen érzékeny figyelmeztető jelül szolgál arra nézve, hogy vajjon van-e egyáltalán valamelyik tüdőcsúcsnak baja s ha igen, hol keressük a megbetegedés székhelyét.

¹ Előadta a szerző a „Bács-Bodrogvármegyei Orvosi Fiókszövetség” tudományos szakosztályának 1910. évi május hó 15-én tartott ünnepélyes megnyitó ülésén Zomborban.

Mindenekelőtt tehát az acromiális tünetet keressük, s ha ez megtörtént, künn a gyakorlatban a többi oldallocalisatióra alkalmas megtekintési tüneteket akár figyelmen kívül is hagyva, mindjárt a percussióra térhetünk át.

A csúcs kopogtatása helyesen csakis a *halk percussio* elvének alapján lehetséges. A ki az apexeket a még ma sok helyütt divatozó középerős kopogtatással vizsgálja, az finom elváltozásokat alig fog konstatálhatni rajtuk. Kezdetben ugyanis az apró légtelen góczok között túlnyomóan ép tüdőszövet foglal helyet, melynek léghangja a csekély terjedelmű légtelen helyek hangmódosító befolyását elnyomja, elfedi. Minél halkabban kopogtatunk ugyanis, annál kisebb tüdőrézletet teszünk egyszerre vizsgálat tárgyává, annál inkább válik lehetővé, hogy a megvizsgált kicsiny tüdőcsúcs-részletben az ott esetleg helyet foglaló kóros gócz megváltozott percussió hangja érvényre kerülhessen. Kellő gyakorlat mellett, abszolút csendben kopogtatva, már csekély árnyalatok is észrevehetőek, úgy, hogy a két csúcs között már igen korai szakokban értékes percussiók különbség jelentkezik.

Még mielőtt rövidülés konstatálható volna, módosul a kopogtatási hang magassága. Egy árnyalattal *mélyebb*, valamivel később egy árnyalattal *magasabb* lesz a csúcs kopogtatási hangja a rendesnél, utóbb kifejezetten *dobos* színezetet ölt, végül előáll a határozott *rövidültség*. Hogy miért ezen sorban, azt a budapesti kir. orvosegyesületben 1909 március havában tartott előadásomban kifejtettem.¹

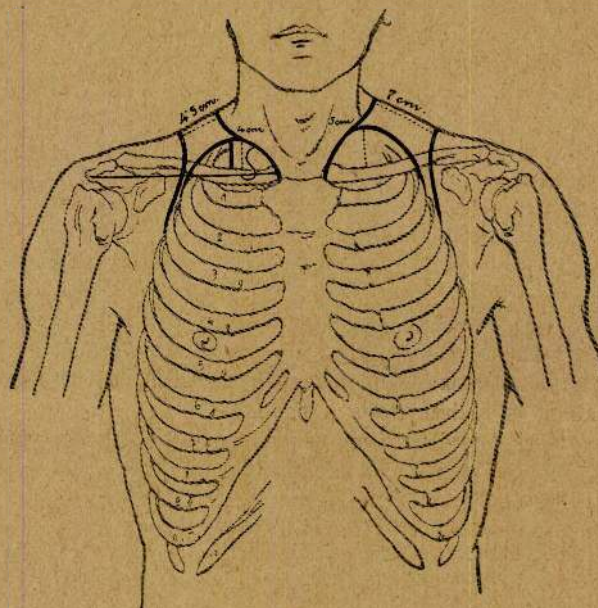
Hogy mit jelent mindezek konstatálásában a *halk percussio*, azt triviálisan is megvilágíthatom Krönig berlini tanárnak, egyik mestérének e téren, következő esetével. Egy orvoskollegája, a ki tuberculosisra gyanakodott önmagán, kereste fel, hogy megvizsgálta magát. Krönig halk percussiója oly feltűnő különbséget engedett hallani a két csúcs kopogtatási hangja között, hogy a jeles képzettségű orvos-patiens előtt nyilvánvalóvá lett a diagnosis s nem bíván még kellőleg akkor az initális baj gyógyíthatóságában, olyan hatást gyakorolt rá a vizsgálat ez áruló eredménye, hogy hirtelen előállott agyvelőanaemia folytán lefordult a székről, elájult. Krönig öntudatra keltvén collegáját, menten megvigasztalta. „Nem jó volt a kopogtatás” — úgymond —, „újra kopogtatom, most figyeljen ide!” S a még ma is szokásos középerős percussióval explorálta a két csúcsot — persze szándékosan helytelenül — újra. Rögtön eltűnt a feltűnő különbség a két apex hangja között s a kollega lelki egyensúlya helyre volt állítva: a Krönig által előírt gyógymódot mint egyszerű „Prophylaktiker”, „megelőzés céljából” folytathatta.

Szerencsére nem minden beteg iskolázott fülű orvos és a tüdőgümőkór initális eseteinek gyógyíthatóságába vetett hit örvendetesen terjedőben van. Ekként érhető, hogy például nekem magamnak nemcsak ily kellemetlenségem sem intézeti, sem magángyakorlatomban sohasem volt, hanem mindinkább tapasztalom, hogy a kezdődő tüdőgümőkór diagnosisát illetően az orvos teljesen nyílt és őszinte is lehet a beteggel szemben, annak és a gyógyításnak végtelen hasznára. Csak nemrég kellett egy igen kiváló képzettségű fiatal kartárson konstatálnom az egészen initális tüdőcsúcselváltozást. A fiatal ember a sokszor már igen korán jelentkező toxikus tuberculosos neurasthenia tipusos képét is adta. Mégsem haboztam az őszinteség alapján megmaradni, melynek szükségességét úgy a gyógyítás, mint a környezet prophylaxisának szempontjából már 1897-ben megjelent könyvem (A tüdővész sanatoriumi gyógyítása, M. Orv. Könyvkiadó Társulat, Budapest) egy külön fejezetében hangoztattam. Az eredmény e kritikus esetben is pusztán két, kissé izgatottabb kedélyállapotban töltött nap és két éjjelen nyugtalanabb alvás volt: azontúl pedig állandó megnyugvás. A fiatal kollega ezt kérdezés nélkül maga hangsúlyozta, kiemelve az előnyét, szemben az előző hetek folytonos gyanakvó bizonytalanságával, mely szakadatlan izgalom forrása volt számára. A mellett, ha az őszinteséget elmellőzőm, takargatni kellett volna a valóságot továbbra is s nem lesz vala lehetséges elérnem azt, a mit így elértem, hogy a kollega mindjárt önként kiemelte magát eddigi nagyrészt szobázó foglalkozásából s egy első rangú gyógyhelyen vállalt alkalmazást,

a hol jó levegőben és kellő kímélet mellett egyszersmind az egészsége helyreállításán is munkálkodhatik.

A finomabb csúcsvizsgálat második kelléke a *csúcs anatómiai viszonyainak* kellő figyelembe vétele. Ha a halk percussiónak abszolút czélszerűségét a tüdőcsúcsvizsgálat terén csak újabban ismerjük is fel a maga teljességében, ennek a hasznára már mégis régebben ráutaltak volt jeles orvosok (Weil, Penzoldt, Sahli, Turban). Az apexek anatómiai viszonyainak kellő tekintetbe vétele azonban merőben új keletű és főleg Krönig és Goldscheider berlini professorok nevéhez fűződik.

Goldscheider tanár megállapította a csúcs extrathoracális elülső felszínének frontális vetületét, mely egy a clavicula medialis fele fölött emelkedő tompa kúpot alkot s a középvonal felé betérjed a fejbícczentő két fejének tapadása alá (az általam „trigonum intercipitale”-nek nevezett árkoeskába a kulcsont szegycsonti vége felett), G. Krönig pedig megállapította a csúcsok függőleges vetületét keresztül a vállon a háti oldal felé s meghatározta a kezdődő tüdőgümőkór kimutatására oly nagy jelentőségű *hátulsó felső mediális tüdőhatár* vonalát. Nekem sikerült kimutatnom, hogy a Goldscheider-féle elülső frontális csúcsvetület nem egyéb, mint a Krönig-féle úgynevezett „hangzótérnek”, vagyis az apicális léghang elülső, felső és hátulsó projectiójának a mellkas elülső felszínére



Jobboldali kezdődő csúcsfolyamat. A tüdőcsúcsnak Goldscheider szerint kirajzolt elülső projectiója (a kulcsont felett kirajzolt tompa kúp) jobboldalt *alacsonyabb*, mint a bal oldalon. Jobboldalt a Krönig-féle „hangzótér” megszűkült (4.5 cm.) a baloldalihoz képest (7 cm.).

eső részlete, hogy tehát a két német bűvár lelete egymást harmoniásan kiegészíti.

A csúcs kopogtatása már most nem merül ki azzal, hogy mint ma még általánosan történik, a clavicula felett és a spina felett egyes *pontokon* összehasonlítólág pereutálunk, hanem megkivánja, hogy végig kopogtassunk (természetesen halkán) egy *területet*, mely a clavicula felett kezdődve szélesen a fejbícczentő medialis fejének tapadása és a kulcsont közepe között, felfelé és kifelé a vállra mindinkább keskenyedve halad (mint valami epaulette) s a vállon áthajolva ismét szélesedőleg megy lefelé a hátán, mediális szélével a harmadik dorsalis hátsigolyának tartva.

Ha ez a Krönig-féle, válszalagszerű „hangzótér” megszűkült, azaz nem mindenütt ad teljesen éles, nem dobos hangot, akkor *nem* normális a csúcs. Ha a hangzótér csak itt-ott koppantjuk meg s nem vizsgáljuk szélében-hosszában át, a közepén esetleg nyert léghang még nem zárja ki, hogy a „csúcsmező” szélei betegek. Különösen hátul a mediális tüdőhatár közelében gyakori az incipiens gümösödés, s ha elmulasztjuk a vonal mentén a tüzetes exploratiót, számtalanszor negatív lesz a vizsgálat eredménye ott, a hol már kimutatható, bár még kis terjedelmű, elváltozások vannak. Viszont az anatómiai viszonyok tekintetbe vételével megállapított léghangmezők, hangzótér pontos átvizsgálása, halk kopogtatás mellett,

¹ L.: *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkór fizikai diagnostikájáról. Budapesti Orvosi Ujság, 1909. 5., 6., 13., 14. és 16. szám.

szinte kizárja, hogy a csúsexploratio az egészen kis terjedelmű apicalis elváltozásokat is észre ne vegye (I. az ábrát).

Csak arról lehet szó, hogy a mi hangmódosító, nevezetesen tompító gócot találtunk, activ infectiosus granuloma, gümös burjánzás-e, vagy régi, obsolet csücsügümökör visszamaradt hegje? Ezt a nagyfontosságú kérdést már a kopogtatási hang színezete is segít tisztázni. A dobos színezet mindig inkább acut jellegű folyamat mellett fog szólni, mert legkivált ez adja meg a *szövetrelaxatióra* vezető feltételeket, hasonlóan ahhoz, mint azt a croupus pneumonia-ban tapasztaljuk. Tompulatot azonban adhat a heg is, többé-kevésbé intensívet, a szerint, hogy mennyire masszív fibrosis eredménye. Főleg ilyenkor szolgál segítségünkre a másik jelentős vizsgálati eszköz, a hallgatózás. Ha obliterált a csücsücirrhosis gyógyfolyamata közben a cicatrix területébe eső minden bronchus-ágacska, akkor teljes légzésahiány lesz felette, ha pedig egyes tüdőcsőágak ki-maradtak az obliteráló fibrosos processusból s közbevetett ép lebenykékhez még levegőt vezetnek, akkor sajátságos „ráspoló“ légzést hallunk a heg felett, mely (minthogy bizonyos fokig merevített falú csőben folyó légzés) hasonlít ugyan a bronchiális légzéshez, de ennél mélyebb, inkább zörejszerű, igen érdes. Ezt cirrhosisos csücsök felett sokszor megfigyeltem s hajlandó vagyok feltenni, hogy a kis bronchust helyenként összenyomó szomszédos hegyszövet azt több helyütt megszükiti, ezzel ürterét egyenlőtlen kaliberűvé teszi s innen származik az a különös alaplégzési hang, melyet a bronchiális légzéstől, vagy pláne az érdes respiriumtól megkülönböztetni némi gyakorlattal éppenúgy sikerül, mint a hogy nem tévesztjük azt össze a bronchopneumoniákat jellemző közösleges bronchovesiculáris „határozatlan“ lélegzéssel sem. A kóros zörejek közül a nedves szörtyögések acut folyamat mellett szólnak, ellenben száraz szörtyözrejek, bűgös obsolet csücsűfolyamat mellett is lehet jelen, mint a nem obliterált apicalis bronchuságak fennmaradt chronikus secundaer hurutjának kifejezése.

Legtöbbször eldöntik azonban a fenti kérdést már a tüdővizsgálattól független jelenségek: a hőmenet abnormitásai, előző haemoptoe és a tuberculotoxin felszívódása által létrehozott intoxicációs tünetek, melyeket kellő gyakorlat után a simplex neurastheniával alig tévesztünk össze, főképpen mióta *Hollós* dr. kartársunk azokra külön is reáirányította a figyelmet.

Ha mégis maradna fenn kétség, mindig rendelkezésünkre áll a legbiztosabb eljárás: a diagnostikai tuberculin-injectio, vagy ha ezt valamely okból nem lehet végezni, a kellő elővigyázattal (1%-os *Ruete-Enoch-tuberculin*!) szintén használható *Wolff-Eisner-Calmette*-féle körjelző reactio. De tapasztalásból mondhatom, hogy arra, hogy felnőttön minden apex-elváltozás konstataciója nélkül valamely diagnostikai reactio kiváltásához fogjunk, a csücsűexploratio mai fejlettsége mellett csak *elvéve kerülhet sor* s a csücsök *tüzetes fizikai vizsgálata a tüdővész korai felismerésének valóban alapvető oszlopává* lett.

Tanulmány a húgyivarszervek bakteriumos fertőző betegségeinek kórtanához.

Irta: *Picker Rezső* dr., volt egyetemi tanársegéd, műtőorvos, a húgyszervi bántalmak szakorvosa.

III.

A bakteriumok descendáló szaporodása.

Bakteriumok descendáló szaporodásán értem valamely retentiós gócból kiürített bakterium számbeli megszáporodását azon idő alatt, míg végighalad a retentiós góchoz tartozó levezető nyálkahártyatractuson.

A kórokozók ezen *számbeli megszáporodása* inkább a nem gonorrhoeás fertőzések esetében tüntethető fel, mivel itt kizárólag a bakteriumok rendkívüli száma (I. a II. táblán a 12. sz. ábrát) az, mely egyenesen mint mechanikai izgalom idézi elő azon elváltozást, a mely elég hatalmas postgonorrhoeás anatómiai elváltozások fennállása esetén teljesen utánozza az acut jellegű (szabad szemmel gonorrhoeának tekinthető) genyedet. E szaporodás egyes szakaszai úgy a mikroskopi praeparatumban, mint tenyésztési eljárással is kimutathatók. A megtekintés ezéjéből körözött culturák tisztán mutatják, mily bőséges tenyésztési eredményt szolgáltat az

elülső húgyeső váladékának egy kis (kacsnyi) részletecskeje, viszonyítva azon telepek számához, melyeket az I. vizeletrész azon jelentékenyen nagyobb czafatjából tenyésztettem ki, melyet a beteg az urethra elülső részének tisztára való öblítése után ürített. A massage útján nyert váladékból pedig teljes „leplek“ fejlődtek, melyek minden tekintetben a már vetített mikrophotogrammok makroszkopos hű érzékítői. Más esetekben pedig a massage útján nyert váladék aránylag kevesebb bakteriumot hoz magával, mint a mennyit a hátulsó húgyesőben foglalt váladékban a mikroskop mutat. A beállított praeparatumokon és a mikrophotographiakon ugyanazt ismerhetik fel. Az elülső húgyeső váladékában egész bakteriumtömegek s bakteriumokkal zsufolt genyesejtek, a retentiós gócz váladékában szétszórt csoportok láthatók, szabadon a genyesejtek között elrendeződve. A chronikus gonorrhoea (I. a II. táblán a 13. és 14. sz. ábrát) hasonló képet nyújt, de szembeszökő az, hogy a nyálkahártya genyes reactiója a gonococcusal szemben jelentékenyen gyengül. Erről egyrészt a phagocytosis el-elmaradása tanuskodik, másrészt pedig a gonococcusok párokból és kettős párokból álló sorokban és csoportokban való „zavartalan“ elrendeződése.

Mig tehát, mint említettem, a kórokozók *számbeli szaporodása* többnyire könnyebben demonstrálható nem gonorrhoeás fertőzésekben, addig e jelenség *kóros kihatása* világosabb a gonorrhoeás fertőzésben, éppen a gonococcusok szigorúan *pathogen* természeténél fogva. E hatás a férfi húgyesőében — melybe a húgy- és ivarszervek összes nyálkahártyarendszerei belé-szájadznak — a „peracut“ gyulladás klinikai képében nyilvánul. Ez komplikált esetekben a fertőzést követő 2—3 hét elteltével szokott megjelenni, vagyis a hátulsó húgyeső mirigyes függelékeiben fekvő jelentékeny gonorrhoeás infiltratumok oldódása után és az ezzel járó bő gonococceustartalmú váladék ürülése folytán. Ezen peracut gyulladás a rá jellemző, különösen bő, „el nem állítható“ kifolyásban, az elülső húgyeső összes mirigyes függelékeinek megduzzadásában, igen fájdalmas megmerevedésekben, chordában és véres-genyes secretióban nyilvánul. A húgyeső-nyálkahártya heves gyuladása folytán az urethrális mirigyek kivezető csöveinek nyílásai is bedagadnak, tályogok fejlődnek a nagyobb urethrális mirigyekben. (I. tábla, 1. és 2. ábra.) A mirigytályogok körül periglanduláris beszűrődések támadnak, ezek következménye pedig a penis bőrében futó nyirokerekek gyuladása és a lágyéki nyirokmirigyek fájdalmas lobos duzzadása. Ez által eltömődnek a nyirokutak, bekövetkezik a nedvkeringésben a pangás, a mi végül a penis bőrének és a praeputiumnak ismert vízenyős duzzanatához vezet. Különben is szűk praeputiumnál teljes phimosis fejlődhetik ki.

Ha ezen peracut gyulladás ideje alatt a vizelet diffuse megzavarodott s cystitisre utaló egyéb tünetek is jelentkeztek, valami-képpen még feltalálhatjuk magunkat, a mennyiben e kellemetlenségeket a hólyag megbetegedésére vezethetjük vissza és antisepsises kezeléssel enyhülést szerzünk.

Ha ezen „torlaszolás“ nagyobb mértékű és a mirigyek üregében képződött genyes váladék a lobosan beduzzadt kivezető-csatorna elégtelensége folytán kellő lefolyást nem talál, akkor ezen stadiumban könnyen előfordulhat, hogy a genyedés a mirigy üregének falát áttöri. Ekkor első sorban retroglanduláris phlegmone fog keletkezhetni a corpus cavernosum urethrae-ben, vagy e között és a corp. cavern. penis közötti laza szövetekben. Ha pedig a mirigyfal a bőrhöz közel van és vele összeforrt, ide fog perforálni a genyedés és előáll a sipoly. Ezen sipolyok hosszadalmasságát és nehéz gyógyíthatóságát pedig az urológiai és dermatológiai tan- és kézikönyvek egyhangúlag elismerik.

Az imént vázolt kórkép jelenségeinek egymásutánját, illetve az itt szereplő physikai okokat egy a természetből merített példával is igazolhatom: vizállásemelkedéskor a folyamrendszerekben beálló zavarokkal.³⁵

³⁵ Egy nagy folyórendszer főfolyója (a húgyeső = Duna) egy magasabb torkolású, hatalmas, erős sodrú mellékfolyóból (ondóhólyag = Inn vagy más nagy alpesi folyó) az ottani áradás következtében (nagy esőzés, tavaszi hóolvadás, igen nagy tömegű víz gyors lefolyása) erős mértékben árad. Egy lejjebb torkoló, kevésbé erős esésű mellékfolyó (Vág, Nyitra = Cowper-mirigy) ennél fogva sem a normális víztömegét, sem a valamely rendkívüli körülmény folytán megnövekedett víztömegét nem bírja a főfolyóba üríteni, mert ennek magasabb vizállása és erősebb, gyorsabb folyása a kisebb mellékfolyóba még a saját vizéből is *visszanyom*. Ennek folytán ebben a vizállás emelkedik és ha a normális

Ha azonban ezen idő alatt is tiszta marad a vizelet II. része, a mi gyakran előfordul még jól körülírt, per rectum tisztán tapintható prostatitis és spermatoecystitis eseteiben is, akkor könnyű a tévedés, s a fennálló felfogás értelmében a „rosszabbodást az alkalmazott gyógyszernek vagy a beteg észszerűtlen életmódjának” rováására írjuk, a ki utóvégre is nem tehet arról, hogy már a kezelés megkezdésekor, sőt esetleg már az előtt is, e később szükségképpen bekövetkező állapot előkészítő stádiumában volt. Izolált cowperitis esetén mindig így áll a dolog, mert ez bőséges váladékát csak az elülső húgycsőbe ömleszti s éppen ezért még igen erős elválasztás esetén se vezet a vizelet II. és III. részletének megzavarodására.

Egész sorozatát figyeltem meg a gonorrhoeáknak, legtöbbször oly eseteket, melyekben a betegséget csak a fertőzést követő 6. nap után vették észre, melyekben a klinikai tünetek jelentkezésekor a zavaros I. és a tiszta II. és III. vizeletrész mellett már a hátulsó húgycső összes függelékei gonorrhoeásan be voltak szűrődve, a nélkül azonban, hogy ez irányban panaszkodott volna a beteg, vagy hogy utalt volna erre valamilyen helyi tünet, a vizeleti inger fokozódása stb. Szerintem az egyetlen megbízható makroszkopi jel ilyenkor a *Donné-féle genypróba* (kalilúggal) pozitív volta a II. és III. vizeletrészlettel. Ez a vizsgálat könnyen kivihető és már évek óta értékes útmutatóul szolgál nekem arra nézve, vajjon megtámadott-e a prostata és az ondóhólyag. Ha azután másnap tisztára öblítjük az elülső húgycsövet, mielőtt még vizelt a beteg, akkor az első részlet már nyálkás lesz, esetleg kis csafatok lesznek benne és kifejezetten positive adja a genypróbát. Ismétlésekbe való bocsátkozás és untató kórtörténetek közlése helyett utalok az I. fejezet második kórtörténetére. (E. H. dr. esete.)

A spontan váladékból és az elülső húgycső tisztára való öblítése után ürített első vizeletrészletből nyert készítmények összehasonlítása gyönyörűen mutatja a bakteriumok, illetve a gonococcusok descendáló szaporodását.

A következő eset pedig példát nyújt arra, mint követik egymást a fennemlített tünetek belsőleg nyújtott antisepticumok ellenére is.

G. J., 21 éves, műegyetemi hallgató. Első fertőzés 1908 január 21.-én; a gonorrhoea kitörése február hó 5.-én. Kezdetől fogva ágyban feküdt, tejdiétát tartott, két héten keresztül naponként négyszer 2—2 gonosan-pilulát szedett. A betegség tünetei ezek ellenére rendkívül hevesek voltak; főleg a folyás volt igen bő, és egyszersmind a praeputiumnak egy a frenulum melletti menetének elgenyvedésére vezetett.

Február 10. Oedema praeputii, igen fájdalmas merevedések kíséretében; az inguinális mirigyek duzzadtak. Vizeleti ingere cseppet sem fokozott; egyetlen panasza a mictio alkalmával az, hogy a vizelet után székelési ingere támad. Ez a tünet február 8.-a és 10.-e között bántja. A gonosan további használata mellett 14 nap múlva Noffke-féle, argentum nitricumot tartalmazó bougiek-

mérték fölé emelkedett, nemcsak a rendes partot lépi át, de áttörheti a védőgátat is (perforál). A még lejjebb eső kisebb mellékfolyók (urethrális mirigyek — Rákospatak vagy Budapest csatornái) még erősebben érződik ezen torlaszolás és visszanyomás. Eltekintve attól, hogy tartalmaznak nem tudják a főfolyóba üríteni és ez saját vizét beléjük sorítja (mikor is a főváros pinczéit a víz elönti), a csatornák szennyes tartalma is pang, bomlik és a keletkezett bűz a lakásokban érzik, hol a clostet és szennyvízkiöntők lefolyói képviselik a visszafelé ömlő bomlási termékek felszívó rendszerét (az emberi szervezetben a nyirokutak). Ha tehát a lakásban bűzt érzek, ez nem csak azért lehet, mert talán a clostet rossz, de azért is, mert a lefolyás, a főfolyó vízállása medrének magasabbról jövő igen erős igénybevétele (megtelődése) által már annyira emelkedett, hogy „nem húzza le” a kisebb esésű lejjebb nyúló mellékfolyók vizét.

Ha ezen árvíz lefolyt, akkor már most a mellékfolyók ürülési viszonyaitól (esés) függ, mily gyorsan fog lefolyni a pangott és visszanyomott víztömeg a főfolyóba és hogy a kiöntéses területekből a gátakon keletkezett lukakon teljesen vissza fog-e folyni az ártérületeken elterült víz, avagy csak részlegesen. Ez utóbbi esetben pocsolyák maradnak vissza, melyek teljesen megfelelnek azon retentióknak, melyek nagy acut fertőzések klinikai lezajlása után a mirigyes adnexek végágaiban visszamaradnak. Leülepednek a corpusculáris részek és ezekre, miként a mirigyváladékokban a bakteriumok a genysejtre, ráakodik azon finom iszap, melyet az ilyen „megnyugodott” pocsolyák fenekén látunk.

Végre pedig a nagy árvíz lefolytával olyan csatornarendszerek, melyek még közepes vízállásnál torlaszoltak voltak, alacsony vízállás mellett megkaphatják az ürítésre szükséges nyomáskülönbséget és kiürülnek. Ezen esélyek egyszersmint illusztrálják a kánkó természetes gyógyulásának és megbékülésének esélyeit is.

kal való kezelés, egészen addig, míg 1908 márczius 9.-én kezelésembe került.

Két órás vizeleti szünet után enyhe nyomásra bőséges, sárga, genyes váladékot szorítok ki az orificiumból óriási mennyiségű gonococcusal. I. vizelet erősen zavaros, II. és III. kissé áttetsző, eczetsav hozzáadására teljesen feltisztul, mindkettő pozitív genypróbát ad. Az urethra anterior összes mirigyei duzzadtak és fájdalmasak, a jobb oldali inguinális mirigyek valamivel megnagyobbodottak és érzékenyek. A következő napon a pontosan keresztülvitt topikus diagnózis — öblítés és expressió módszeremmel — cowperitis gonorrhoea dextrát és spermatoecystitis gonorrhoea dextrát mutatott csekély objectív lelet alapján; az első mellett szólt különben is az anamnesisben említett, a mictio végeztekor beálló székelési inger. A gyógyulás igen gyorsan következett be. Utána az elülső húgycsövet megvizsgáltam és azt tapasztaltam, hogy az erős diffúz gyuladás maradványaképpen a dilatabilitás igen erősen (31 Ch!) csökkenve volt oly urethrában, mely egyéb dimenziói folytán határozottan azokhoz tartozhatott, melyek 40 Ch-re ágíthatók.

Ily esetekről azt mondja az „iskola” általánosan elismert és betartott szabály szerint, hogy be kell szüntetnünk minden helyi kezelést és hogy belső antisepticumok alkalmazása mellett gyuladás-ellenes kezelés, diéta, ágyban fekvés stb. segítségével be kell várunk a heveny jelenségek lezajlását; hogy mily eredménnyel, azt az említett példa mutatja, mely egyszersmind a gondosan „kiváló” gonococcus pusztító hatását is kellőképpen illusztrálja. Ezzel ellentétben én ilyen esetekben *kimeltes és óvatos activ beavatkozást* találok indokoltnak, melylyel sikerül a nagy kellemetlenségeket és panaszokat, melyeket a beteg a vázolt állapotból kifolyólag szenved: az igen bő, el nem állítható folyást, az örökös szennyeződést, a fájdalmas erectiókat, valamint következményeit, az álmatlanságot, a vérzést, phimost elűntetni, vagy legalább is lényegesen és igen gyorsan enyhíteni, miáltal a beteg által végzendő kezelés is veszít nehézkességéből és fájdalmasságából. E tünetek jelentkezésekor kitapintom a Cowper-mirigyben, a prostatában vagy az ondóhólyagban a retentiós gócot; genyes váladékának kiürülését óvatos massage-zsal elősegítem és a vele összefüggésben levő nyálkahártyatraectust a gonorrhoea átmeneti fertőzés állandósulásától azzal védem meg, hogy forrált vízzel és enyhe antisepticumokkal (kalium hypermang. 1:3000) átöblítem. A hólyagnak és a hátulsó húgycsőnek átlag elegendő a naponként egyszer végzett kimosás, míg az elülső húgycsövet a kórokozónak itt leginkább érvényre jutó descendáló szaporodása miatt maga a beteg tartja tisztán további két vagy három, kis fecskendő segítségével végzett albarginos (1:3000) befecskendéssel.

E kezelés hatása alatt a spontan folyás G. J. között esetében egyetlen egy átöblítés után megszűnt.

A már egy ízben (I. a II. fejezetben a 766. oldalon) említett diffúz spermatoecystitissel és prostatitissel járó eset: P., a ki 1909 január 20.-án jelentkezett, az általam észlelt leghevesebb fertőzések egyikének képét mutatta. Három nap óta állott már fenn a betegség. Rendelésem szerint két nap óta kis fecskendővel végzett albarginos befecskendezésekkel kezeli magát a beteg. Ennek ellenére bőségesen véres, sűrű a váladék, az orificium nagy mértékben bedagadt, a vizelet erős égetéssel jár, a pars anterior mirigyei spontan is fájdalmasak, erectio alkalmával a fájdalmak szinte elviselhetetlenek. Kiadós cocain-érzéstelenítés és vízöblítés után:

Január 23. Az első alapos átöblítést végzem kalium hypermanganicum-oldattal massage után; otthon naponként 4 befecskendezés.

Január 23. Valamivel kevesebb, most már vér nélküli váladék; massage, majd átöblítés.

Január 24. Erectiókor kisebbek már a fájdalmak, a folyás csekélyebb, a vizelet kevésbé zavaros, vizeleti ingere alig van; massage és átöblítés.

Január 25. Ugyanaz.

Január 26. Jelentékenyen megcsökkent a folyás, a beteg egész éjjel aludt. Vizelet I. zavaros, II. átlátszó.

Január 27. Ugyanaz.

Január 28. A húgycsőnyílás elé illesztett vattán alig észrevehető folyás, az erectio fájdalmassága megszűnt, a periglanduláris infiltratumok nyomásra még érzékenyek. Massage, átöblítés.

Január 30. Váladék csak nyomásra, az orificium urethrae teljesen normális, a periglandularis beszűrődések erectio alkalmával már csak csekély feszülést okoznak, spontán nem érzékenyek stb.

Ettől kezdve az abscedáló spermatoocystitis stb. kezelését a fenti séma szerint hólyaghurut és spontán folyás nélkül végezhettem el, jóllehet vizelet I. az ondóhólyag bő genyproductiója idején állandóan diffuse zavaros volt és csafatai az elülső húgyeső kimosása után, valamint a massage által kinyomott sok geny (naponta körülbelül 6 gm.) nagy mennyiségű gonococust tartalmaztak. Az elülső húgyeső nagy mirigyei is spontán ürítették a massage-kezelés végén gonococcusaikat. Ezen eredményt azért emelem ki, mert a szokott módszerekkel kezelt esetekben éppen ezen retentiós góczok azok, melyek fertőzése túl szokta élni az összes magasabban fekvő adnexek fertőzését. Nem egy esetben a betegség e felső góczokban való megszűnte után ezen aránylag kis mirigyek még soká szerepelnek mint a gonorrhoea „monumenta aere perennius“-ai s végleges gyógyításukra, melyet gyakran nem lehet elérni dilatációval és öblítéssel, nem ritkán operatív beavatkozás szükséges.

Első fertőzés eseteiben, a midőn a betegek a folyást a fertőzés után csak hosszabb időre veszik észre, bőséges váladékkal, duzzadt folliculusokkal, fájdalmas merevedéssel, érzékeny, lobos lágyék-mirigyekkel stb. jutnak kezelés alá s a hátulsó húgyeső mirigyes függelékeinek bántalmazottsága is azonnal objective megállapítható, a kórokozók tünetek okozása nélkül ascendáltak; csak descendáló szaporodásuk és a bakteriumok nagy tömege által előidézett genyes váladék váltja ki a betegség első subjectív jeleit. Ez nem mindig húgyesőfolyás. Nem egy esetet észleltem, hol a hólyaghurut volt a beteg által észlelt első klinikai jel. Míg gonorrhoeás esetekben e terminus a fertőzéstől számítva ritkán hosszabb 10—12 napnál, addig a nem gonorrhoeás fertőzésekben gyakran 3 heti, sőt még hosszabb időt látunk elmúlni, míg a bakteriumok száma a descendáló szaporodás során eléri azon fokot, hogy olyan genyes secretiót idéz elő, a mely teljesen megfelel klinikailag enyhe gonorrhoeának.

Ha ellenben oly betegekké van dolgom, kiknek már volt gonorrhoeájuk (mult légyen el azóta 2—3 év is), akkor azonnal az előttem mindenkor gyanús, magasabban fekvő, klinikailag megbékült és lappangó retentiós gócz objectív vizsgálatára térek át, különösen akkor, mikor kevés idővel a fertőzés után mutatkoznak a már többször említett heves tünetek: az igen erős folyás, az elülső húgyeső összes mirigyeinek fájdalomassága, régi, újból megnyílt sipolyok stb.

Ha régi exsudatumokat találok, mint körülírt érzékeny csomókat, egészben zsugorodott, összetöprökött, megkeményedett adnexumokat, terjedelmes, merev izzadmányokba beágyazott tályogokat s ha az ezen góczokból kifogástalanul nyert váladékokban, illetőleg a belőlük előállított praeparatumokban egy régi, már lefolyt s megnyugodott infectio histologiai és bakteriologiai képét (I. I. tábla 7—10. ábra) mutathatom ki, akkor az autoreinfectio diagnosisát állíthatom fel. Utóbbi t. i. oly heves klinikai jelenségekkel járhat, hogy felülmúlhatja valamely új megbetegedés legacutabb tüneteit is.

A histologiai és bakteriologiai kritériumok, a melyek alapján az ilyen elváltozások váladékaiból készült praeparatumokra kimondom, hogy régi, lappangva fennálló fertőzésből erednek, a következők: kevés, massagera spontán ürülő váladék kevés sejtes elemmel; sűrű csoportokban fekvő tömeges gonococcusok, melyek közt állandóan láthatók a gyengébb festődésről felismerhető degeneratiós alakok; a phagocytosis hiánya; finom, tonalszerű, rétegesen elrendeződött genysejtekből álló mirigyjáratok lenyomatai; igen apró, alig kis gombostűfejnyi genyrögöcskék, mirigydugaszocskák, melyeknek sejtes elemei fibrinbe vannak beágyazva s egy vonalban szabályos sorokban fekszenek egymás mellett és így rétegzett szöveti szerkezetet tüntetnek fel. Ez különösen akkor jellemző, ha sikerül a legfinomabb czafatokat óvatosan vékony rétegben szétterítenünk, a nélkül, hogy elszakítanók őket. E sejtsorokat jellemző esetekben sűrűn egymás mellett fekvő bakteriumhalmazokkal és rajokkal látom takarva s ezeket nevezem röviden „leplek“-nek (Überzugskultur, lásd az I. táblán a 8. ábrát). Más helyeken a gonococcusok az interstitiumokba, a sejtek közé terjednek be s körülveszik nemcsak az epithelsejteket, hanem a genysejteket is. Ismét más készítményeken csak az epithelsejteket látjuk elfedve a kórokozók

által (9., 10. és 11. ábra), míg a genysejtek szabadok és a mikrobák csak közéjük nyomulnak be. Vannak lenyomatszerű váladékok is, melyek főleg fibrinből állanak, ennek reczéi között kisebb-nagyobb gonococushalmazokat, 30—50 párból álló mikroculturákat láthatunk. A bakteriumoknak azonban csak egy kis része festődik erősebben, velük szemben a többit az „árnyék“ kifejezésével jellemezhetjük. Az utóbbiaknak meglehetősen jól megtartott konturjaik, de gyengén festődő testük van, úgy a mint azt régebb, 48 órán túl tenyésztett culturákból készített praeparatumokon észlelhetjük. Az apró, gyakran alig gombostűfejnyi genyrögöcskékben — melyekről tudjuk, hogy igen kis mirigytályogok lenyomatai — jól festett genysejtekben éppen maradt gonococcusokon (15. ábra) kívül leukocyták is láthatók, melyek maguk is duzzadtak és melyek szerkezete „fellazult“. E leukocyták jól kivehető, de mégis kissé elmosódott magstruktúrájának „hézagai“ többé-kevésbé jól festődő és ennek következtében még diplococcusnak felismerhető, vagy pedig duzzadt golyóként feltűnő képleteket találunk (15. ábra): intracellulárisan degenerálódó gonococcusokat. E viszonyok különösen szépen feltűntethetők a Pappenheim-Kristallovitcz szerint festett praeparatumokon, mert ezen festéssel a leukocyták magjai ibolyaszínben, az ép bakteriumok pedig éles konturokkal élénk pirosan tűnnek fel, ennek megfelelően a tönkremenő genytesteseké magvai elmosódott ibolyaszínű lebenyzettséget tüntetnek fel, a tönkremenő gonococcusok pedig átmeneteket mutatnak a telített vörösből (még felismerhető diplococcusalakok) a halványvörösig (nagy duzzadt golyók).

Az ilyen esetekben autoreinfectio alkalmával (többször erőltetett coitus, ritkábban pollutiók után) megjelenő húgyesőfolyásban néha óriási mennyiségű gonococcus található szabad halmazokban, oly helyek mellett, hol a gonococcusok bőven vannak phagocytálva. A gonococcusok nincsenek oly egyenletesen elosztva a praeparatumban, mint acut új fertőzések, hanem inkább nagyobb csoportokban, rajokban fekszenek.

B. J. dr. 1908 július 15.-én keresett fel. Első fertőzés 1905 szeptemberében, hat hónapig tartott hólyaghuruttal és állítólag pyelitissel is szövődött, utána még egynehányszor megindult a folyás — különösen coitus után —, mely eleinte 14, később 8 napig tartott. Utóbbi időben ily alkalmakkor 1—2 napig enyhe összetapadást észlelt csak. Második fertőzés állítólag négy nappal ezelőtt, váladék két nap óta, erősebb genyedés csak tegnap óta, ma a húgyeső már fájdalmas. A váladék oly bő, hogy egy óra alatt átszivárog a húgyeső elé illesztett vattán. Igen sok gonococcus. Vizelet I. sűrűn zavaros, II. és III. tiszta, az elülső húgyeső pars pendulájának középső és elülső harmadában néhány érzékeny infiltrátum. A húgyesőnyílás nem lobos. Megkísérlem elállítani a folyást 1^o/00-s albarginoldattal.

Július 16. Reggelig nincs váladék. 11 órától 3 óráig azonban a vattadugáson bő, zöldes váladék gyülemlik össze, ebben helyenként óriási tömegben gonococcusok. Az elülső húgyeső kimosása után vizelet I. kissé nyálkás, egy nagyobb és több kisebb czafatot tartalmaz. A vastag czafatban, mely fibrinbe ágyazott genysejtekből és epithelből áll, néhány helyen gonococcusok láthatók kis halmazokban s extracellulárisan fekvő kettős és négyes párokból álló sorokban; a kis czafatokban igen kevés sejtes alakelem, de több nagy, szabad gonococushalmaz látható; vizelet II. és III. tiszta, de adja a genypróbát.

A hólyag megtöltése után végzett rectális vizsgálat eredménye: jobboldalt csekély, baloldalt nagyobb puha prostata- és ondóhólyagduzzanat. Az ezután ürített I. öblítővizben kevés apró szálaeska úszik, melyekben részint szétszórva szabadon fekszenek a gonococcusok, részben pedig fibrinreczézetbe ágyazott, rosszul festődő egyedekből álló csoportokat tüntetnek fel (mikroculturák).

W. J. dr. 1908. évi október hó 9.-én keres fel. Első igen heves fertőzés állítólag 15 év előtt, azóta még kétszer volt igen heves gonorrhoeája. Öt nappal ezelőtt coitus, három nap óta igen erős folyás, állítása szerint ily ádáz folyása még első ízben sem volt; a húgyeső egész hosszában fájdalmas. A kifordított ajkú, duzzadt húgyesőnyílásból igen sok geny ürül nagymennyiségű intracelluláris és extracelluláris gonococcusal. Vizelet I. zavaros, II. és III. tiszta, az utóbbiakkal mégis pozitív a genypróba. A prostatából és ondóhólyagból már enyhe nyomásra világos váladék jelentkezik, melyben kevés geny és meglehetősen sok gonococcus

van. Ezután kevés sűrű genyes vizeletet ürít, ebben csafatok vannak, melyek gonococcusokat tartalmaznak.

Október 10. és 11. Daczára a kis feeskendővel végzett szorgalmas kezelésnek, még mindig nem állt el a folyás. A vizelet változatlan. Az ondóhólyagból massagera egészen világos, nyálkás, normális külsejű váladék nyerhető kevés genynyel és sok gonococussal; a kép igen hasonló volt az I. tábla 9. és 10. ábrájához.

Október 13. Két massage és hypermangan-öblítés után nincs több váladék, az elülső húgycső fájdalmassága is jelentékenyen csökkent.

Ugyanigy magyarázhatók azon esetek is, melyekben a prostata bakteriumtartalmú góczainak fokozottabb kiürülése után először hólyagpanaszok támadnak (pl. fertőzött prostatások időnként spontán jelentkező cystitis-rohamai mellett) és csak később jelentkezik a folyás. Ugyanigy hólyagpanaszokban nyilvánul a kórokozók descendálása a vesemedenczéből is, a mire a tuberculosus szolgáltathat általánosan elfogadott példát. Ugyanaz a descendáló szaporodás hozza létre a funiculitis beszűrődéses alakját is, mely mindig csak az acut epididymitis lezajlása után kerül megfigyelésre, a mikor a mellékherecsatornában keletkezett, továbbra is fennálló és nem egészen elzárt abscessusokból a kórokozók visszaszállítása megkezdődött, legyenek ezek akár gonococcusok, akár staphylococcusok, pneumococcusok, stb.

Az epididymitis és funiculitis időbeli egymás után való következésére önként szolgáltatják az adatokat oly betegek, kik recidiváló mellékhereregyladásban szenvednek, mert feltűnik nekik, hogy a fájdalmas megbetegedés csak az epididymitis hevesebb rohamaihoz csatlakozik. E betegség súlyosabb esetei okozzák azokat a hashártyaizgalmakat is, melyek súlyos mellékhereregyladások lefolyása után, sőt néha már a betegség tartama alatt is észlelhetők. Ily esetekben azután a végbélen át vizsgálatkor az egész funiculust, a meddig a peritoneum alatt halad, kisebb-nagyobb tömegű exsudatumba beágyazva találjuk.

B. A. 72 éves; évek óta teljes retentióban szenved fertőzött (diplococcus pneumoniae Fraenkel) prostata-hypertrophia, chronikus spermocystitis és recidiváló epididymitis mellett. Ilyen, az ondószinór gyorsan múló fájdalmasságával járó, több enyhe roham után 1906 január közepe táján mellékhereregyladás következtelt erős duzzanattal, fájdalmakkal és lázzal; ehhez pyokele járult. A funiculus spermaticus, melynek kezdeti részén éppen úgy, mint a mellékherében is több tályog képződött, gázcső vastagságyaira duzzadt meg s mint rugalmas, feszes, fájdalmas cső maradt meg, míg csak a pyokele s a mellékheré és funiculus összes abscessusainak megnyitása után 1906 február hó 16.-án a geny teljesen szabad lefolyást nem nyert.

Míg gonococcusokkal és staphylococcusokkal történt fertőzéskor a kórokozók descendáló szaporodását az esetek többségében erős *genyedés és folyás* jelzi, addig streptococcusok, bacterium coli, proteus és pneumonia Friedländer okozta fertőzés esetén, melyek az előbb említett két mikroba után az ivarszervek leggyakoribb fertőzői, a descendáló szaporodás *bakteriuriában és bakteriuriás cystitisben* jut kifejezésre.

Ezen két klinikai jelenség között, a kórokozók mennyiségét tekintve csak fokozati különbség áll fenn, éppen úgy mint a tiszta, de bakteriumtartalmú vizelet és a bakteriuria között. Ez könnyen kimutatható, ha az ilyen betegek által időről időre ürített, teljesen tiszta vizeletet sterilen felfogjuk és thermostatba állítjuk. Néhány óra múlva a tiszta, savanyú, normális szagú vizelet bouilloncultúrához hasonlóan megzavarodik, alkaliás vegyhatásúvá válik és bűzös lesz, ha például oly bakteriumról van szó, mely ammoniakális erjedést okoz.

A legjobban bevált *belső vizeletantisepticumok csak a bakteriumok descendáló szaporodását akadályozzák meg, de magukat a bakteriumokat nem ölik meg.* Bakteriuriában szenvedő betegek vizelete, ha egyszer ily szer használatára feltisztult, sterilen felfogva és thermostatba helyezve nem lesz bakteriuriássá, vagyis bouilloncultúraszerűvé, hanem tiszta marad; ellenben a nyálkában, mely belőle kiválik és az alakelemeket tartalmazza, több vagy kevesebb bakteriumtelep nő. Ez azt bizonyítja, hogy a vizeletantisepticumoknak *nem jut activ fertőtlenítő szerep.* Hatásuk abban nyilvánul, hogy meg-

gátolják a bakteriumok szaporodását a vizeletben, tehát tulajdonképpen csak symptomatikus. Hatásuk gyógyítóvá csak akkor válik, ha a bakteriumokat szállító retentiós gócz alkalmazásuk közben véletlenül teljesen kiürül és az antisepticum a levezető csatornákon és reservoirokon át kiválasztott kórokozók szaporodását és megtelepedését megakadályozza. A bakteriumok descendáló szaporodása egyszersmind a tudományos alapot nyújtja azon kérdés eldöntésére, vajjon a húgy- és ivarszervekben jelen volt fertőző megbetegedés bakteriologice meggyógyult-e vagy sem.³⁶ Ha oly beteget kell kezelnem, kinek húgy-ivarszerveiben pathogen bakteriumot mutattam ki mikroszkop alatt vagy cultura segítségével, csak akkor tekintem őt gyógyultnak, ha a nyálkahártyafelület antisepsis kezelésének elhagyásakor az összes mirigyes függelékek erélyes massage-a mellett, vagyis a descendáló szaporodás legkedvezőbb feltételeinek megadásakor, a bakteriumoknak e tünetnyen alapuló újra való megjelenése elmarad, tehát sem a *tenyésztésben*, sem a *mikroszkopi készítményben*, sem a *klinikai képen* nem találom *recidiva* jelét. Ennek a recidivának pedig bakteriologiai értelemben feltétlenül be kell következnie, ha az ismert retentiós góczok között bakteriumokat tartalmazók is vannak. Az *úgynevezett provokáló módszerek*, melyek a gonorrhoea gyógyulásának megállapításakor szokásosak, szintén csak arra szolgálnak, hogy a gonococcusok a retentiós góczokból a nyálkahártyafelületre kerüljenek s itt a szaporodásra alkalmat találjanak. Különösen a coitus condomatus alkalmas arra, hogy a különben elégtelenül ürülő ivarmirigyek váladékait nagy tömegben hozza a húgycső nyálkahártyájára. Ilyenkor a gonococcusok hirtelenül nagy mennyiségben kerülnek a levezető utakra. Ez által a betegség klinikai recidivája jön létre oly esetekben, melyekben ugyanazon bakteriumok *állandó*, de számbelileg *csekély jelenléte* erre nem volt elegendő.³⁷

(Vége következik.)

Közlés a kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr., egy. ny. r. tanár.)

Adatok a Freyer-féle prostatektomia kérdéséhez.

Irta: *Steiner Pál* dr., klinikai I. tanársegéd.

(Vége.)

VII. A prostatektomia értéke és eredménye.

A fentiekben vázoltuk mindazon szövödményeket, a melyek a beteget a műtét után közvetlenül és később még fenyegetik; ismertettük azt is, minő sors vár a betegekre, ha a műtét előnyeiben nem kívánnak részesülni. Összevetve mindezeket, jogos a kérdés, minő értéke és eredménye van a prostatektomiának, vajjon felér-e a vele elérhető eredmény a műtét veszedelmével? Freyerrel mondhatjuk, hogy a gyógyult esetekben az eredmény *„teljes és absolut”*. A betegek, bármily szakban végeztük is a műtétet, spontán tudnak vizelni, hólyagukat teljesen kiürítik, spontán vissza tudják tartani a vizeletet, katheterre többé nem szorulnak. Visszaesést én egy esetben sem észleltem; sőt ha a műtét után volt is egész kevés residuum, ezt az utóvizsgálatkor már nem talál- tam, tehát a műtét eredménye még javul is és a gyógyulás radikális és végleges. Nemcsak az angol iskola van így az eredményekkel megelégedve, hanem a francziák is a legnagyobb lelkesedéssel fejezik ki megelégedésüket; így *Leguen* azt írja, hogy minden alak meggyógyul, *Pauchet*, hogy soha sincs residuum, hasonlóan nyilatkozik *Carlier*, *Louveau*, *Lynn Thomas* az esetek 95-6 százalékában teljes gyógyulást észlelt. Ki kell emelnem, hogy a műtét nemcsak a helyi bajon segít, hanem az általános állapot is megjavul, a tápasatorna részéről jelentkezett zavarok elmúlnak, a betegek súlyban gyarapodnak, munkakedvüket visszanyerik és mind a legnagyobb hála és elismerés hangján szólnak és írnak a rajtuk végzett műtétről.

Ezen kitünő eredménynek tulajdoníthatjuk, hogy e műtétet

³⁶ *Picker Rezső*: Gonorrhoea és házasság. Orvosi Hetilap, 1908. Urologia, 2. szám.

³⁷ *Picker Rezső*: Klinikai tanulmány a gonococcusról. Orvosi Hetilap, 1908. 11. szám.

d) *A chronikus incomplet rekedés szakában hólyagdistensio nélkül fertőzéssel* 15 esetet operáltunk; 14 esetben acut rekedések sűrűn váltották fel egymást. Ezen szak absolute javálja a műtétet, valamennyi esetben előzetesen állandó katheterrel igyekeztünk egy relative jobb szakot létesíteni. Előzetes epicystostomiát nem végeztünk ezen esetekben, de a jövőben ezt gyakrabban óhajtjuk alkalmazni.

e) *A chronikus incomplet rekedés szakában hólyagdistensióval* 4 esetet operáltunk; ezen szak az, a melyben a katheterezés nagyobb veszedelemeket rejt magában, mint a műtét, különösen ha a műtét sebét, a hólyagot helyesen *Nicolich* szerint látjuk el.

4. *A műtét előtti szövődmények* általánosak és helyiek. A *tüdő* részéről emphysemával és idült bronchitissal 3 esetben, a *szív* részéről myocarditissal 1 esetben, a *vesék* részéről nephritis interstitialissal 1 esetben találkozunk. A *hólyag* részéről *kővel* 5 esetben volt a túltengés szövődve, 1—1 esetben 9—12 *kő* volt a hólyagban, 1 esetben a *kő* kis tyúktöjásnyi volt 50 gm. súlylyal. Prostata *kő* 2 esetben volt jelen.

5. *A hólyag sebének ellátása.* Nyolcz esetben elsődleges hólyagvarrást, 33 esetben nyílt kezelést alkalmaztunk.

6. *Az utókezelésben* az első 34 esetben *Freyer* szerint a gyakori hólyagöblítést végeztem, az utolsó 7 esetben nem öblítettem és kiemelendőnek tartom, hogy ezen 7 eset a legsimább gyógyulást adta.

7. *A műtét közben szövődmények* sem a hashártya visszatolásakor, sem az elülső hólyagfal megnyitásakor nem mutatkoztak. Azokban az esetekben, a melyekben súlyos periprostatis is volt jelen, a kihámozás nehezebb volt, de minden esetben sikerült. Profus vérzéssel, a mely még a prostata-nidus tamponálására se szűnt volna meg, egy esetben sem találkozunk.

8. *A műtét utáni közvetlen szövődmények* közül *utóvérzés* egy esetben nem a prostata nidusából származott, hanem már a műtét előtt és közben is megállapított hólyagvarixokból. Ezen utóvérzés adrenalinus hólyagmosásra szűnt. Egy esetben a 7. napon jelentkezett utóvérzés, ez is prompt megszűnt hólyagtamponadéra. Így elvérzéses halált egy esetben sem láttam. A *shock* gyakran jelentkezett eseteinkben, a betegeket a műtét még a kedvező esetekben is megviseli, de módunkban van ellene küzdeni és *shock*-ban egy beteget sem veszítettünk el. *Fertőzéssel* két esetben volt dolgunk, midőn is pericystitis phlegmonosa fejlődött ki, mindkét esetben elsődleges hólyagvarratot alkalmaztunk a műtétkor és a hasfal sebét is nagyban szűkítettük. A *vérkeringési szervek* részéről 1 esetben *phlebitist* láttunk, ez esetben periphlebitises tályog is képződött a bal m. adductor longus mentén, a mely megnyitásra gyógyult. Embolia, synkope egy esetben sem mutatkozott. A *légzési szervek* részéről 3 esetben észleltünk súlyos szövődményt, 2 esetben bronchopneumonia, 1 esetben emphysema súlyos bronchitissal jelentkezett. A *vesék* részéről 4 esetben heveny pyelonephritist észleltünk. A *tápcsatorna* részéről, de a műtétől függetlenül, egy esetben a duodenumban fekélyt állapíthattunk meg, a mely a hasúrba áttört. *Postoperativ psychosist* 3 esetben észleltünk manias jelleggel, ez 2 esetben transitorius volt. A *here* részéről aránylag gyakran láttunk szövődményt, 6 esetben jelentkezett here- és mellékheregyulladás. Ezek közül 4 esetben elsődleges hólyagvarrat történt, 2 esetben a gyulladás genyedésbe ment át, a mely tályognyitást tett szükségessé. A heregyulladások minden esetben zavar nélkül elmúltak, jelentkezésük a 19., 25., 26., 39., 50. és 60. napon történt, tehát aránylag későn a műtét után; kiemelendő, hogy 4 esetben elsődleges hólyagvarrás és állandó katheter kezdeti alkalmazása után jelentkezett a mellékheregyulladás.

9. *A műtét utáni későbbi szövődmények* közül sem *hólyag-sipolyt*, sem *utólagos köképződést* nem észleltünk. Az elsődleges hólyagvarrattal kezelt 8 betegünk közül 5 esetben sufficiens volt a varrat, ez esetekben az 5—6. napon a katheter eltávolítása után spontán vizeltek a betegek. A nyitva kezelt esetekben a 13—40. napon vizeltek a betegek spontán, leggyakrabban a 16—20. napon belül. Egy esetben, melyben a hólyagsipoly a 28. napon záródott, a sipoly időnként feltört, de az 5. hónapban véglegesen záródott és most már 1 1/2 év óta teljesen gyógyult. Tehát egy esetben sem vesicorectalis sipolyt nem láttam; többek közt a *Freyer-féle* műtétnek ebben is nagy előnye van a perineális methodus felett. A gyulladás rendszeren 4—6 hét után teljes.

Hasfali sérvet a műtét helyén egy esetben láttam teljes nyitvakezelés után, a sérv körülbelül 2 évvel a műtét után keletkezett. Ennek elkerülésére czélszerű lehet a műtétkor a hasfali seb felső részének szűkítése.

Húgycsöszűkülettel egy esetben találkoztam a hólyagnyak előtt, ez rendszeres tágitással meg volt szüntethető.

Vizeletcsurgást egy esetben sem észleltem, sőt azokban az esetekben is, a melyekben hólyagdistensio állott fenn, a melyekben állandó csurgás volt, a hólyag beidegzésében, a záróizom működésében semmi zavar sem maradt vissza. Éppen ezért nem lehet a műtét ellenjavallata a hólyag összehúzódó képességének megszűnése.

A sexuális életben sem mutatkozott zavar a műtét után. Azokban az esetekben, a melyekben a potentia coeundi és az ejaculatio a műtét előtt megvolt, a műtét után is zavartalanul fennáll.

10. *Az eltávolított prostaták* súlya 25—100 gm. közt változott, leggyakrabban 50 gm.-os prostatákat láttunk. A prostaták szöveti vizsgálata 39 esetben jóindulatú túltengést, 2 esetben rákot mutatott. Az eseteket histogenesis szempontjából *Veszprémi dr.*, kórboncolástani adjunctus volt szíves vizsgálni és nézetét a következőkben foglalja össze:

„Az öregkori prostatamegnagyobbodás a szöveti szerkezet alapján nem sorolható a valódi daganatok — adenomák — közé, de nem felel meg a hypertrophiának sem. Az elváltozás az ismert és jól jellegzett kórboncolástani folyamatok egyikébe sem illeszthető be teljesen s éppen ezért a folyamatot egyelőre a prostata sajátos, úgyszólván speciális öregkori, mindenestre kóros, de nem szükségképpen elváltozásának tekintjük, a nélkül, hogy ennek közelebbi okára vizsgálataink alapján reá tudnánk mutatni. Fogalomzavarok kikerülése czéljából helyesebbnek vélnők a prostata kérdéses elváltozását egyelőre boncolástaniilag *intumescencia senilis nodosa és diffusa* névvel jelölni.”

11. *A műtét közvetlen eredmény* méltatásakor leghelyesebb, ha a prostatatúltengés különböző szakai szerint tárgyaljuk:

a) *Chronikus teljes rekedés aseptikus hólyaggal:* e szakban operált 10 esetünk közül gyógyult 9, meghalt 1. Ezen esetben pericystitis phlegmonosa és cystitis diphteritica a műtét után 37 nappal okozta a halált. A többi 9 esetben a gyógyulás teljes volt.

b) *Chronikus teljes rekedés fertőzött hólyaggal:* e szakban operált 8 esetünk közül gyógyult 5, meghalt 3. A halál oka 1 esetben bronchopneumonia, 2 esetben pyelonephritis volt. A halál az első esetben az 5. napon, a másik 2 esetben a 3. illetve 54. napon következett be.

c) *A chronikus incomplet rekedés szakában hólyagdistensio és fertőzés nélkül* operált 4 esetünk mind gyógyult; ez a szak az, a mely a legjobb operációs eredményt adta.

d) *A chronikus incomplet rekedés szakában hólyagdistensio nélkül fertőzéssel* 15 esetben végeztünk műtétet, ezek közül gyógyult 10, meghalt 5. A halál oka volt: 1 esetben pericystitis phlegmonosa 15 nappal a műtét után, 2 esetben pyelonephritis 7—24 nappal, 1 esetben súlyos emphysema 12 nappal, 1 esetben perforált duodenális fekély 27 nappal a műtét után.

e) *A chronikus incomplet rekedés szakában hólyagdistensióval* operált 4 esetünk közül gyógyult 3, meghalt 1. Ez esetben a halál oka 5 nappal a műtét után bronchopneumonia volt.

Ezek szerint 41 operált esetünk közül gyógyult 30, meghalt 10. A halál oka volt:

pericystitis phlegmonosa	2 esetben
pyelonephritis	4 „
bronchopneumonia	2 „
emphysema	1 „
perforáló duodenális fekély	1 „

tehát localis szövődmény 6 esetben, távolabbi szövődmény 4 esetben okozta a halált. Vagyis összes 24.4% műtét halálozásunkból 14.4% esik a helybeli, 10% a távolabbi szövődményre.

12. *A műtét távolabbi eredménye* adja a műtét értékének helyes képét. Részben személyesen, részben levelezés útján igyekeztem meggyőződést szerezni gyógyult 31 esetünk sorsáról és igazán meglepéssel emelhetem ki, hogy a *Freyer-féle műtéttel* teljes gyógyulást érthetünk el. Jóindulatú prostatatúltengés miatt operált betegeink közül 2 halt el, egyik tüdőgyulladásban 1 évvel a műtét után, a másik előttem ismeretlen bajban, a mi tekintve,

hogyan koros egyénekéről van szó, nem csodálandó. A többi betegünk teljesen gyógyult, vizeletük rendes, sem fájdalomról, sem gyakori ingerről nem panaszkodnak, vizeletük „mint az egészséges emberek”, irták többen. Residuális vizeletet a személyesen utóvizsgált esetekben nem találtam, a potenciára kikérdezett betegek a műtét előtti status quoról referálhattak. A betegek hálátelt hangon irnak és az eredménnyel feltétlenül meg vannak elégedve. Kiemelendőnek tartom, hogy egy esetben 6 év előtt végzett *Bottini*-műtét után a prostatektomia hozott végleges gyógyulást, hogy egyik esetben, a melyben prostata- és ondóhólyagrak miatt végeztem ezen műtétet, a jelenleg 72 éves beteg, már 2 évvel a műtét után, maga végzi földmunkáját.

Igy eseteinken végigtekintve, látjuk, hogy 41 esetünk közt 27 már fertőzve került műtetre, csak 14 esetünkben volt a hólyag aseptikus. Míg tiszta eseteink közül csak 1, addig fertőzött esetek közül 9 halt meg; nyilván mutatják az esetek, hogy mennyivel kedvezőbb a prognózis azokban az esetekben, a melyekben másodlagos fertőzés még nincs és egyúttal útmutatás arra, hogy mely esetekben vállalkozhatunk nagy kilitással a gyógyulásra a műtetre. Tiszta eseteink között 70%, fertőzött eseteink között 33% volt a halálozás, vagyis közel ötször akkora, mint az aseptikus esetekben. Ez a kulcsa a jó gyógyulási eredményeknek. A fit fabricando faber elve, a műtét begyakorlása az eredmény szempontjából nem lesz kizárólag döntő, hanem igenis a műtét helyes indiciójában rejlik az eredmény kulcsa. Mióta szigorúbban követem és betartom ez elvet, a mióta a műtétet helyesebb, szabatosabb javallatok mellett végzem, javultak is az eredmények, a mennyiben az utolsó 10 operált eset közül csak 1 végződött halálosan. Ugyan-ezen idő óta azonban a betegek állapotát megfigyelő időszakban 5 beteget veszítettünk el műtét nélkül, ezek közül 3-at pyelonephritis következtében. Ha ezt látjuk, valamint azt, hogy operált eseteink közül 4 halt meg pyelonephritis következtében, joggal felmerülhet a kérdés, vajon nem volt-e már a műtét előtt is e baj jelen s vajon ezen halálok teljesen a műtét rovására irandó-e? Ezek a megfigyelések azok, a melyek alapján hangoztatom, hogy műtét előtt kellőleg mérlegeljük a betegek általános állapotát, jelesül a vesék állapotát, és ha ezen szempontot nem tévesztjük szemünk elől, akkor nemcsak a távolabbi, hanem a közvetlen eredmény is olyan lesz, a melynek alapján joggal sorolhatjuk a *Freyer*-féle műtétet a legjobb és legáldásosabb műtéteink közé!

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A csecsemőhalálozás „magyar” okai; a csecsemővédelem eddigi eredménye és útja a jövőben. Irta: **Berend Miklós** dr. egyetemi magántanár. Singer és Wolfner. 1910. 149 oldal. Ára 4 korona.

Ha nagy, országos érdekű intézményeink sikeres működését valóban szívünkön viseljük, ha azt akarjuk, hogy ezen intézményeink folytonosan fejlődjenek, tökéletesedjenek, akkor első sorban meg kell ismerkednünk hiányosságaikkal, fogyatékságaikkal.

Az állami gyermekvédelem oly nagyszabású nálunk, hogy a mint éppen *Berend* mondja könyvében, elbirja az igazságot, még akkor is, ha nem mindig hízogó.

Berend vállalkozott arra a nagy és nehéz feladatra, hogy összeállítsa a legnagyobb részletességgel Magyarország csecsemőhalálozási statistikáját, és rendkívül körültekintéssel feltárta az ország csecsemőhalandósági viszonyait.

Adataiból láthatjuk, hogy Magyarországon a termékenységi szám igen magas és csak Szerbia és Oroszország mul fel ebben bennünket, de a törvénytelen termékenységi számunk is a legnagyobb egész Európában. A törvénytelen gyermekek pedig tudvalevőleg a legveszélyeztetettebbek, mivel a mortalitásuk a legnagyobb. Kiderül a statistikából, hogy a gyermekhalálozás, a mely az utóbbi évtizedekben folyton javult, éppen az utóbbi években újra romlott. A csecsemők halálozási százaléka csak Ausztriában nagyobb $\frac{1}{10}$ 0/0-kal, mint nálunk. A születési és a csecsemőhalálozási arány összehasonlításából kiderül, hogy Magyarország szaporodása Olaszország és Svédország után a legkisebb Európában. A nagy termékenységet

lerontja a nagy halálozás és a mi a legszomorúbb, javulásról alig szólhatunk. Ha csak az 1903.-i évet hasonlítjuk össze az 1908.-i évvel, akkor öröndetes javulást tapasztalunk, de a mint *Berend* mondja, ez téves megfigyelés volna. Ugyanis a 90-es évek végétől kezdve a halálozás állandóan csökkent 1904-ig, a mely évben a gyermekhalálozási arányszámunk körülbelül olyan volt, mint a milyen általában a nyugateurópai államoké. De 1905-ben újra ijesztő visszaesés volt, a mely rosszabb viszonyokat idézett elő, mint bármikor az előző évtizedekben, azóta pedig, ha van is javulás, de az 1904.-i kedvező eredményeket nem tudtak elérni. A vég-eredmény pedig az, hogy az egy éven aluliak halálozási arányszáma 1904-ben 19.7% volt, 1908-ban pedig 20%. Az 1905.-i nagy halálozást az 1904.-i rossz termés okozta. Igen érdekesen fejtegeti *Berend*, hogy a midőn rossz a buza- és a rozstermés, romlik a magyar csecsemők halálozási arányszáma; ha rossz a burgonyatermés, akkor a tót csecsemők, ha rossz a kukorica-termés, akkor az oláh csecsemők pusztulnak a legnagyobb számmal.

A szaporodási arányszámot nemzetiségek szerint is összeállítja *Berend* és kimutatja, hogy a tót és a ruthén faj szaporodási arányszáma messze túlhaladja a magyarét. 1903-tól 1908-ig a magyar faj szaporodási arányszáma 11.2-ről 12.7-re emelkedett, a tóté 11.7-ről 13.2-re, a ruthéné 10.7-ről 16.8-re. Általában a ruthén faj csecsemő-mortalitása a legjobb, vagyis az ország legszegényebb lakosságáé, bizonyítva *Berend* azon tételét, hogy a csecsemő mortalitását nem a milieu, nem a pauperismus, de a szoptatás befolyásolja leginkább.

Egyáltalában nem egyforma vidékenként a veszélyeztetett kor. A Duna jobb partján például az egy hónapnál fiatalabb csecsemők pusztulnak el a legnagyobb számmal, ezen koron túl folyton javul a mortalitás és a 7 éves kor tekintetében ez a legjobb országrész. Vagyis itt a gyermekszámot tudatosan csökkentik. A Duna-Tisza közén, a Tisza-Marosszögön, a Tisza balpartján az 1 hótól a 2 éves korig a legveszélyeztetettebbek a gyermekek, míg a tótoknál, a ruthénéknél a 2—7 éves korig a legnagyobb a halálozás.

Igen feltűnő, hogy Budapesten a csecsemők legnagyobb része szopik és mégis oly nagy a halálozás, a mint *Berend* kimutatja 18% és nem 14.6%, a mint általában idézni szokták. A mint *Flesch* és *Schossberger*, *Berend*, *John Szidonia* kimutatta, Budapesten a csecsemők 94.6%-a szopik és mégis oly nagy a mortalitás. Ennek oka pedig az, hogy nálunk igen korán kapnak a csecsemők a szopás mellett más czélszerűtlen táplálékot, különösen pedig igen ártalmas a nálunk oly szokásos nádcukor, a piskóta, a kétszersült, a lisztpépek. Budapesten, a mint *Berend* kimutatja, a nyári hónapokban nem ugrik ki éles szögben a halálozási görbe, mint például Düsseldorfban vagy Drezdában, de ennek oka nem a jobb nyári mortalitás, de az igen nagy tavaszi, őszi és téli halálozás. Igen sok nálunk a decomponált csecsemő, a ki a hűvösebb hónapokban a légzőszervek hurutos bántalmaiban pusztul el. Ezen gyakori és súlyos decompositiót a czélszerűtlen hozzátáplálás okozza, a melynek előidézésében nem szerepel utolsó helyen a nálunk oly bőségen adott czukor. *Berend* felállítja a czukorártalom körképét.

A czukorártalom tünetei *Berend* szerint a szervezet víztartalmának rendkívüli labilitása, és ezzel kapcsolatban az erősen gyengült immunitás, a hajlam a parenterális fertőzésekre. Éppen ez az oka annak, hogy oly gyakoriak és súlyosak nálunk a hurutos infectiók, a melyeknek annyi csecsemő esik áldozatul. Eddig teljesen oszthatjuk *Berend* nézetét. De nem fogadhatom már el eszmenetet akkor, a midőn a heveny súlyingadozások és a hurutos fertőzések közötti összefüggést fejtegeti. Számos kórtörténetet közöl, a melyekből látható, hogy az osztályára felvett csecsemő a felvételt követő első napokban súlyából igen sokat veszített. Teljesen helyesen a diéta megváltoztatására vezeti ezt vissza. Az első napon a gyógyítás czéljából elrendelt tea-diétára igen nagy súlyesséssel reagáltak a csecsemők, még pedig annál nagyobb, minél idősebb volt a gyermek és minél hosszabb idő óta kapott mesterséges táplálékot. Feltűnő volt azonban, hogy 68 ilyen eset közül 38-ban pneumonia követte a súlyingadozást. *Berend* ezen súlyingadozásoknak aetiologiai szerepet tulajdonít és feltételezi, hogy „bármely okból hirtelen fejlődött súlykatasztrófák a súlyosabb táplálkozási zavart mutató csecsemőknél elősegítik vagy előidéznek a pneumonia fejlődését”. Hogy elősegítik azt, megjegyzés nélkül elfogadhatjuk, de hogy előidéznek, azt nem. A szerző *Bartenstein* és

Tada vizsgálataira hivatkozik, a kik kimutatták, hogy a csecsemők paravertebrális pneumoniáinál, a bántalom kezdetén, a megtámadott részekben rendkívül erős gyűjtőeres pangást, vérzéseket találunk, de baktériumokat nem, vagyis, „hogy a baktériumok e folyamatokban nem játszanak szerepet”. Berend az ő eseteiben kifejlődött pneumoniákat „pathológiás táplálkozási reakciónak” nevezi és a súlyingadozás folytán létrejövő vérkeringési zavarra vezeti vissza. Ha csak azt állítaná, hogy a súlyingadozás, a vízvesztés csökkenti a csecsemő ellenálló képességét és így fogékonyabb a fertőzésekkel szemben, úgy elfogadhatnók gondolatmenetét, de ő „parenterális pneumoniáról” szól és éles ellentétbe helyezi ezeket (85. oldal) a fertőzéstől eredő hevenyhurutos tüdőlobokkal. A paravertebrális pneumoniákat csak igen súlyos vérkeringési zavarral tudjuk megmagyarázni, a melyet szívgyengeség és az agycentrumokra ható toxikus befolyások idéznek elő. Az ilyen csecsemők súlyos eszméletzavarban szenvednek, pupillájuk szűkült, a garat-reflexük csökkent, végtagjaik hypertóniásak, míg Berend eseteiben mindezekről szó sincs.

A decomponált csecsemő immunitása erősen csökkent, az ilyen csecsemő vére felhígult, a teanap folytán sokat veszít súlyából. A mint már rég tudjuk, a koplaltatás erősen rontja a decompositiót és leszállítja az amúgy is rendkívül kis toleranciát, ily állapotban tehát a csecsemő még fogékonyabb a hurutos infectiók iránt, és a kórházi osztályon meg is kapja ezt. Ezen infectiónak a következménye a pneumonia. Sokszor elegendő valamely kisebb pharyngitis, a mely azután csakhamar descendál.

Nem fogadhatom el bizonyítéknak Berend Hertl nevű esetét sem, a melyben ő a pneumoniát „előre meg tudta jósolni”. Ha valamely 9 hónapos csecsemő a bécsi módosítású fehérjetejre és 100 gm. nyers íróra 2 nap alatt súlyban 1000 gm.-ot gyarapszik, akkor jogosan feltételezhetjük, hogy ennek a csecsemőnek a só- és vízkiválasztása, a circulatiója súlyosan sérült és azt a táplálékot, a melyre 2 nap alatt 1000 gm.-ot gyarapszik, súlyos insultusnak kell tartanunk. Azonkívül, a mint a 75. lapon közölt súlygörbe melletti felvételi státus mutatja, ennek a csecsemőnek a felvételkor bronchitise is volt, tehát a pneumoniát ezen bronchitis rosszabbodásának tulajdoníthatjuk, nem pedig „a só- és a vízanyagcsere eddig nem ismert szerepének a pathológiában”.

A hiányzó liszt-reactiót is a „magyar anamnesisnek és a mi speciális viszonyainknak” tudja be Berend és igen helyesen fel-említi, hogy ez nem a decompositio tünete, mivel oly csecsemők is, kik sohasem kaptak lisztet, így viselkedtek, ellenben 2 szénhydratra — első sorban malátalevesre reparálódtak. Ez természetes, de én részéről egészen másképpen magyarázom meg, mint Berend. E csecsemők súlyosabb egyensúlyzavarban szenvedtek, a Czerny-féle zsírártalomban, és a mint azt Czerny rég kifejtette, ezen csecsemők csak kétféle szénhydratra, még pedig csak a lisztre és malátára reparálódnak. A liszt-reactio kimaradása nem a cukor-, de a zsírártalom következménye.

Ha még azokat a pontokat akarom felsorolni, a melyekben nem értek egyet a szerzővel, felemlítem, hogy jó lett volna a táblák mellé bővebb magyarázatot adni, mivel például a 7. oldalon lévő I. tábla így részben nem érthető meg, és hogy nem helyeselhetem Berend néhány idegen szavát. A vérbesűrűsödést igen jól nevezhetjük exsiccationnak, de az anhydraemia vagy az anhydria nem megfelelő kifejezések.

Igen értékes részei a könyvnek azok a fejezetek, a melyekben Berend kifejti azokat a tennivalókat, a melyekkel csecsemővédelmünket tökéletesíthetjük.

Követeli a születés előtti csecsemővédelmet, kifejti, hogy a czéltudatos actio alapja egyedül az egyes országgrészek korhatár szerinti veszélyeztetési skálája lehet, mert nem mindegy, hogy Baranyában akarunk-e gyermekvédelmet csinálni, a hol az újszülött a veszélyeztetett, vagy Csanádban, a hol az 1 éven felüli gyermek halálózása a legnagyobb. Ajánlja a municipális csecsemővédelem szervezését, ajánlja, hogy a gyermekmenhelyek alakuljanak át nyílt intézetekké, létesüljön központi intézet, a mely a küzdelmet vezeti, és körülírja azt a módot, hogy miképpen védekezhetünk a tudatlanság és a babona ellen, a mely nálunk a csecsemő-ápolás és táplálás kérdéseiben oly nagy szerepet játszik, a mely sokban oka annak, hogy a nálunk oly gyakori szoptatásnak nincsen meg a védő hatása.

Berend értékes könyve határozottan forrásmunka; számadatait mások talán másképpen fogják csoportosítani és mást fognak belőlük kiolvasni, hisz a statistika oly fegyver, a melylyel többfelé lehet vágni, sőt vissza is lehet vele vágni, de azért mindenki, kinek hivatása kórházi anyagon a csecsemők nagy számát gyógyítani, bizonyítani fogja, hogy nálunk a szoptatás védő hatása alig észrevehető és az eredmény, a melyet az állami gyermekvédelem a csecsemővédelem terén elért, nem áll arányban az elköltött milliókkal. Mindenkinek, a kinek hivatása a csecsemővédelemmel való foglalkozás, foglalkoznia kell Berend könyvével is.

Heim Pál dr.

Lapszemle.

Idegkörtan.

A glandula pinealis daganatának körjelzéséről tartott előadást Raymond és Claude a párisi Akadémie de médecine-ben. Azt mondják a szerzők, hogy az epiphysis-daganat körjelzése gyakran elég könnyű, sőt korán is sikerülhet, a miért is van remény arra, hogy idővel a seborvost is érdekelje. E szerv pathológiájának ismeretében még a kezdeten vagyunk. Előbb a legnemesebb működések letéteményesének tartották, később visszfejlődőfélben levő szervnek nézték, most egyes esetekből az látszik, hogy az egyén psychés és physikai fejlődésére hatással van. Az epiphysis az agyvelő oldaláról a vena Galeni-ba ömlő gyűjtőerek találkozó pontján van, a két tractus opticus közt az aqueductus Sylvii és a 3. agykamara alatt, a corpus callosum alatt, az ikertelepek előtt. Ezen helyzetben az epiphysis a cerebrospinalis-folyadék és az erek közlekedési útja fölött uralkodik, megnagyobbodása tehát e tekintetben közlekedési akadály lehet. Ez okból hydrocephalus támad.

Raymond és Claude betege 10 éves fiú, a kin már 3 éve látszottak az agyvelődaganat tünetei. Érdekes, hogy 2 éven át semmi rosszabbodás sem mutatkozott állapotában, sőt időnként javult is a helyzet. Azután hirtelen előrehaladt a baj, hydrocephalus fejlődött, nystagmus támadt, azután a beteg megvakult. Ugyanezen idő alatt a gyermek elhízott, a szeméremdombon szőrök nőttek, a nemi szervek kicsinyek maradtak. A hydrocephalus előnyomulásával a végtagok megbénultak, az értelmi képesség elhomályosult, a gyermek aluszékony lett, az utolsó hónapokban lesoványodott és bronchopneumoniában meghalt. A boncolás kimutatta, hogy a koponya-csontok varrataikból kijöttek. Az agyalapon 4 cm. átmérőjű daganat ült, a mely a glandula pinealishól indult ki, azt teljesen tönkretette és a hypophysist kis lapocskává nyomta össze.

Marburg volt talán az első, a ki az adiposítást, a mely hasonló esetekben fejlődött, a glandula pinealisnak tulajdonította, minthogy a belső secretióval foglalkozó többi mirigy ép volt. Fröhlich mutatott rá arra, hogy az adipositas és a nemzőszervek kicsinysege a hypophysisdaganat tünete lehet. Marburg azt hiszi, hogy az adipositas a hypophysisdaganatokban is az epiphysis megbetegedéséből származik, minthogy ezt a szervet az ilyen daganat is nyomja. Ez a szerző kissé alap nélkül elmélkedik arról, hogy a bajt az epiphysis elválasztásának fokozódása okozza. Raymond szerint a nevezett mirigyes szervek okozzák a trophiás zavarokat, a nélkül, hogy közelebbről meg lehetne határozni, hogy melyiknek közülük van ebben szerepe és hogy milyen ez, túlságos vagy elégtelen működés, vagy más valami működés-zavar. Raymond esetében a fanosodás korai volt, az arczkifejzés korai fejlődésben volt, a nemi szervek pedig sorvadtak. Így úgy az elméletileg felvett túlműködés, mint akár a hypofunctio is okolható volna, tehát jobb, ha az ember nem von ilyen messzemenő következtetést. Raymond esetében a here kicsiny volt, a mellékvese ellenben inkább nagy és kérgében túlműködésre valló szöveti elváltozás volt észlelhető. Raymond ezért „pluriglandulás” zavarról beszél. Tehát az említett pluriglandulás zavar: adipositas, fejlődés-zavar különösen a nemi szerveken, koponyaiüregbeli nyomásfokozódással, gyermekekben a glandula pinealis daganatára utal. Acut hydrocephalus, aluszékonyosság kifejlődése fokozza a körjelzés valószínűségét, úgyszintén a kétoldali hemiplegia és nystagmus is. Ha ezt e körjelzést korán tudjuk felállítani, a mikor még nem fejlődtek ki a helyrehozhatatlan súlyos tünetek, meg fogjuk találni a seborvosi beavatkozás alapját. (Bulletin de l'Académie de médecine, 1910. 10. szám.)

Kollarits Jenő dr.

Orthopaedia.

A pteralgia pathogenesiséhez szolgál adattal G. Denis Zesas. A pteralgia (sarokfájás) elnevezés Duplay-tól származik (*πτερον* = sarok, *άλγος* = fájdalom). A bántalom oka nem egységes. Gyakran található a sarokcsont alatt savós nyálkatömlő, melyet Lenoir irt le bővebben. Duplay a fájdalmakat eme tömlő chronikus gyulladásának tulajdonítja, mely a húzamos megterhelés okozta nyomásból származik. Brousses és Berthier műtétkor mogoró-nagyságú, vastagfalú tömlőt talált, mely nyálkás folyadékot és rizstestecskéket tartalmazott. Berthier egy esetben a tömlő falában borsónagyságú csomót talált, mely elfajult idegből származott (interstitialis neuritis). Az ideg abnormális idegoszlásból került a tömlőbe. A bursitis lehet kankós, csúzos, köszvényes, traumás eredetű; Franke legtöbbször influenzának tulajdonítja. A bursitis azonban nem szerepelhet általánosan a sarokfájás okául. Gyakran osteophytaképződés a pteralgia oka, sokszor a sarokcsont tuberculum majusa van rendkívül meghosszabbodva s sarkantyúszerűen kiáll. Ez esetekben a Röntgen-felvétel adja meg a felvilágosítást.

Zesas betegén, a ki műtetre került, e felsorolt okok egyikét sem találta, hanem a sarok alatt kétfranknagyságú területen, a zsírpárnában szegényebb talpbőr alatt, merev diffúz szövetet talált, melynek kiirtása a fájdalom megszűnését eredményezte. Zesas a baj okát a zsírszövet chronikus gyulladásának és kötőszöveti elfajulásának tartja.

A pteralgia klinikus képe nagyon egyszerű: heves fájdalmak körülírt helyen a sarokcsont alatt álláskor és járáskor, a melyek leüléskor megszűnnek, bár néha kisebb fokban még akkor is megmaradnak. Főleg a munkásosztályhoz tartozó férfiakon jelentkezik a baj. A fájdalom gyökeresen csak műtéttel szüntethető meg, palliatív eljárások, mint puha alátét a sarok alá, a sarok tehermentesítése, csak ideig-óráig használnak. (Zeitschrift für orthopaed. Chirurgie, XXVI. kötet.)

Kopits dr.

A merev ízületek műtét útján mozgathatóvá tételéről értekezett E. Payr dr. (Greifswald) a „Deutsche Gesellschaft für orthopaed. Chirurgie“ IX. congressusán. A minden részletre kiterjedő, bő tapasztalatokon nyugvó munkát a következőkben összegezi:

1. Műtétkor nemcsak az ízületet alkotó képletekre, hanem a paraarticuláris lágyrészekre, az activ mozgatóapparatusra (izmok, idegek) is tekintettel kell lenni.

2. Beható figyelmet kell fordítani a merevséget okozó baj származására, természetére; lehetőleg pontos kórhonezolóstanai diagnosis állapítandó meg, valamint a műtét indiciói és contraindiciói is mérlegelendők. Minden ízületnek megvan a specialis prognosisa.

3. A műtét technikája tekintetében megkivánandó:

a) A merev ízület áttekinthető szabaddá tétele és megnyitása, mindazonáltal az activ mozgató képletek kímélése mellett.

b) Gondoskodás az ismét összenövés megakadályozásáról.

A tokszalag és a szalagberendezés a nagyfokú elváltozások miatt rendszerint nem rekonstruálható. Legezészerűbb az egésztest, a mennyire csak lehet, alaposan kiirtani, az ott levő idegvégződések eltávolításával az utókezelés kevésbé fájdalmas. Kísérletileg bebizonyult, hogy a teljes kiirtás után a tokszalag a paraarticuláris szövetekből, ha nem teljesen kórosak, az ízület használata következtében újra képződik. Az ízületi végek porézhiánya vagy csontos egybeforradása esetén bonyébból, zsírszövetből vagy izomból készített nyeles lebeny közbefektetésével új ízületet lehet alkotni. A kötőszöveti felületek egymáshoz surlódásakor nyálkatömlőszerű üregek képződnek, mint a milyent a természet is produkál pseudarthrosisok és nem reponált ficzomodás eseteiben. Interponálásra különösen alkalmasak az inhüvelyek, nyálkatömlők. Nyélnélküli lebenyek periostból vagy perichondriumból készíthetők. Egyéb nyélnélküli szövetet vagy idegen testet nem célszerű közbefektetni, mert izgalmat okoz, a minek következtében bő kötőszövetképződés indul meg.

4. Az újonnan képződött ízületi résznek tátongani kell. Utókezelésre nem elegendő az ízület megfelelő elhelyezése, hanem főleg korán kell activ mozgás-gyakorlatokat végeztetni, ez többet ér minden passiv mozgatásnál. (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für orth. Chirurgie. IX. Kongress.)

Kopits dr.

Gyermekorvostan.

Vörheny 1915 esetében Marpmann-féle scarlatininnal elért eredményekről számolt be Hartung Pál. Az eseteket

312 orvos különböző időben és helyen, könnyű és súlyos betegségben észlelte. A betegek közül 47 meghalt, a mi 2·4%-nak felel meg, levonandó volna pedig 3 haldokló állapotban kezelésbe jutott eset és 4 más eset, melyben gümös agyhártyagyulladás és tüdőgyulladás, továbbá egyéb ok miatt történt a halálozás. A vörheny általánosságban 5—25% halálozást okoz, a scarlatininnal történt gyógyítás tehát legalább 50% javulást mutat. Öt észlelt hatásatlannak találta a gyógyszert. Ezt a szerző úgy magyarázza, hognak vannak vörhenyszerű megbetegedések, a melyekben a scarlatinii csakugyan hatástalan. A kiütés ilyenkor a kanyarót utánozza és a szerző véleménye szerint nem is vörheny, hanem más, eddig ismeretlen kórokozótól származik, melynek felismerését a jövő vizsgálatoktól reméli. A scarlatinin annál jobban hatott, minél korábban alkalmazták, a hatás a láz és az érverés számának csökkenésében, az érverésnek teljesebbé válásában s a beteg közérzésének javulásában mutatkozott. Mellékhatást egy csalánkiütés kivételével nem tapasztaltak. Minden valószínűség szerint vörhenyyel fertőzött 2126 gyermeknél előrelátásból történt scarlatinin-kezelés után csak 68 gyermekben mutatkozott vörheny, de ezen esetek is enyhén folytak le.

Felvéve valószínű 20%-os megbetegedést, a vörhenynek 424 esetben kellett volna mutatkoznia. A 68 megbetegedést is úgy magyarázza a szerző, hogy a gyógyszert a lappangás utolsó idejében alkalmazták s az már csak a betegség lefolyására lehetett jótékony befolyással.

A vörhenyben való 5—25%-os halálozáshoz képest a scarlatininnal kezelteknél tehát a halálozás 2—2½%-ra szállott alá, mely eredmény mindenesetre feljogosít arra, hogy a vizsgálatokat a díjtalanul szétosztott scarlatininnal széles mederben folytassák. (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1910. 41. szám, 448. lap.)

Ajtós dr.

Szövődmények egy számárhurut-járványban és a járvány megszűnése meteorologiai okok következtében. Nicoletopoulos egy az 1895. év nyári hónapjaiban Vamvakouban (Görögország) észlelt pertussis-járványról emlékezik meg, melynek kapcsán szokatlan szövődmények támadtak a bél részéről. Ezen szövődmények, melyek gyakran súlyos tünetekkel jártak és végeredményben a bekövetkezett halál okaként szerepeltek, a következőkben nyilvánultak: Többnyire hosszabb idővel a számárhurut kitörése után lázzal (38—40 C°) kezdődő erős hasfájalmak jelentkezték, a nyelv erősen bevont, a légzés nyögő, a has erősen felfúvódott és nyomásra fájdalmas volt. Minden esetben hasmenés mutatkozott, mely semmiféle gyógyszerre sem szűnt meg. A máj megnagyobbodott és körülbelül 4 harántujjal haladta meg a bordaívet, a lép gyakran a köldök magasságában volt tapintható. A gyermekek nyugtalanok és álmatlanok a kínzó hasfájalmak miatt. A szerző ezen szövődmények előidézésével nem okolja sem a nyári meleget, sem pedig az esetleges étrendhibákat, hanem egyenesen a pertussis mikroorganizmusának tulajdonítja azokat. Ezen gondolattól indítva minden betegnek a baj kezdetétől fogva betölt, benzopapírt vagy salott adagolt és ezen időtől fogva hasonló szövődményeket nem észlelt egyik betegén sem.

Ugyanez a járvány a szerző leírása szerint 4 nap alatt nyomtalanul megszűnt, a mi hogy oly váratlanul történt, azt a szerző a légnyomási viszonyok hirtelen megváltozásának tulajdonítja. Hogy ez a körülmény dinamikai vagy kémiai hatásoknak, vagy az oxygen- és ozontöbbletnek, vagy talán a légköri villamosság változásának tulajdonítható-e, mindez ez idő szerint eldöntetlen kérdés. (Arch. de Méd. des Enfants, 1910. 7. szám.) Péteri dr.

Szüléset és nőorvostan.

A szüléset és nőorvoslást haladásáról az 1909. évben czimmel ir kritikait méltatást G. Schickel. A cikkből az alábbiakban közöljük a puerperális megbetegedésekről szóló részt. Az érdeklődést talán leginkább megérdemlik azok a bakteriologiai vizsgálatok, a melyek bizonyos streptococcusfajok haemolyzáló tulajdonságával foglalkoznak. Számos vizsgálat kiderítette, hogy haemolyzáló streptococcus egészséges terhes vagy vajúdo hüvelyváladékában nem található vagy csak fölötté ritkán (Kehrer, Zange-meister). A nem haemolyzáló streptococcus az esetek egyharmad részében található meg. A gyermekágyban már mind a két fajta elég gyakran

fordul elő; láz esetén a haemolyzáló gyakoribb, mint az ahaemolyzáló; a késői gyermekágyban történő nehéz infectióknál pedig majd mindig haemolyzáló streptococcusokat lehet kimutatni. De már a hüvelyváladék haemolyzáló streptococcusaiából a gyermekágyi láz tartamára, súlyosságára, prognózisára vonatkozólag pontos következtetéseket vonni nem lehet. Sokkal fontosabb a streptococcusok kimutatása a vérből, mely esetben mindig komoly és erős infectióról van szó. De meggyógyultak súlyos esetek, melyekben streptococust ki lehetett mutatni, és meghaltak olyanok, melyekben streptococcus (sem haemolyzáló, sem ahaemolyzáló) a vérből nem volt kitenyészthető; úgy, hogy ha a vérelet akár positiv, akár negativ, ebből még nem szabad prognostikai következtetést levonni. Az is előfordult, hogy a streptococcusok egy időre eltűntek és később megint ki lehetett őket mutatni. Fontos volna egy pontos klinikai eljárás megállapítása a streptococcusok virulentiájának megbíráására; de ez eddig nem sikerült. Fromme „Blutschwamm“-eljárása nem bizonyult eléggé jónak; Fromme másik eljárása (bouillon és lecithin keverékében a lecithin a virulens streptococcusok növekedésére állítólag gátló hatással bír) még felülvizsgálatra szorul. Fontos jelenség az, hogy a sokirányú vizsgálódások során annak a kutatása sem került el a figyelmet, hogy vajjon a szervezet minő védekezőmunkát folytat a bejutott csírákkal szemben? (Wright-féle opsoninmeghatározás, antitrypsinmeghatározás, stb.) (Münchener med. Wochenschrift, 1910. 16. és 17. sz.) Scherer.

A Röntgen-kezelés hasznáról erősebb méhvérzés és myoma eseteiben nyilatkozik Krönig és Gauss. Véleményük szerint nagy jövője van ennek az eljárásnak. Tapasztalásuk az 505 operative és 63 Röntgen-sugárral kezelt óriási esetszám alapján a következő: igen erős vérzés, myodegeneratio cordis, erős adipositas, catarrhus bronchialis esetén, tehát a hol a műteti beavatkozás eddig nagy kockázattal járt, Röntgen-nel könnyű lesz az asszonyokat kigyógyítani. Erős egyéneken persze mindig előnyösebb a műtetes beavatkozás, mert az utólagos tünetek az ovariumok bennhagyása esetén jelentéktelenebbek, mint a sugaras gyógyítással elért amenorrhoeában; de meg azután a Röntgenes gyógyítás igen drága és nagyon sok időt vesz igénybe. Mindazonáltal a Röntgen-kezelésnek a gynaekologiai gyógykezelés terén nagy fontosságot tulajdonítanak. (Münchener med. Wochenschrift, 1910. 29. szám.) Scherer.

Börkórtan.

A kozmetikáról tartott előadást H. Paschkis tanár (Wien). Az észszerű bőrápolásnak és kozmetikának alapja a mosdás. A mosdáshoz legalkalmasabb a lágy víz, tehát folyó- vagy esővíz. Az arcmosás reggel és este történjék, lehetőleg meleg vízzel. Felfrissítőleg hat a bőrre, ha a melegvizes mosás után nyomban jó hideg vízzel végeztetünk rövid lemosást. A melegnek és hidegnek alternáló alkalmazása néha jól beválik habituális arc-erythema eseteiben. Az arcmosáshoz nem alkalmasak szagosítóknak a különböző balzsamos szerek (például tolubalzsam, benzoë), mert eldugaszolják a faggyúmirigyek kivezető csöveit. Kellemes és tanácsos azonban a mosdóvízhez kevés kölni vizet adni. Az arcmosás után csak ritkán válik szükségessé a bőrnek bezsírosítása. Még leginkább szükséges ez kemény víz vagy rossz szappan használata után. Ilyenkor például az ungu. simplex teljesen elegendő. Más kenőcsre, pasztára nincs szükség. A kenőcsöt enyhe, centripetális kenéssel kell a bőrbe masszálni s utána vattával azonnal eltávolítani. Az utána következő puderezés ellen általában nem lehet kifogást emelni. Pudernek legjobb a talcumpor, de ennek a fénylő tulajdonságát enyhíteni kell zinkoxyddal vagy magnes. carbon.-mal. A fehér és rózsaszínű puderen keresztül a bőr mindig kékesen tűnik át, ezért jó kevés okkert is belekeverni. Állandó puderhasználat esetén szükséges, hogy az illető lefekvés előtt mindenkor eltávolítsa kenőccsel a pudert. Arc- és hónaljzadás ellen igen alkalmasak a borszeszes lemosások. A hónaljban hígított formalint (1:1—3) is alkalmazhatunk. Ezt a szappanos lemosás után néhány perczig kell csak használni. Utána kölni vízzel való leszárítás következik. A comedók rendszeren fiatal, vészegény, emésztési zavarokban szenvedő egyének arcán támadnak. A kinyomásuk nem mindig könnyű és bizonyos ügyességet igényel.

A kinyomást leghelyesebb este végezni. Ezt a procedurát azután melegvizes szappanos lemosás követi. A leszárítás után legjobb az arezot vagy kénes puderral behinteni, avagy kénes mixturával könnyedén bevonni (Sulf. praec., Glycer. aa 5.0, Aqu. caleis 50.0, Aqu. rosar. 100.0. Felrázandó); reggel lemosás. A rosacea, de még inkább az apró teleangiectasiák ellenében jól szokott beválni az elektrolysis vagy a scarificatio. Naevus flammeus eseteiben a szerző az elektrolysisnek és a radiumos sugarazásnak kombinált alkalmazását dicséri. Az elektrolysis csakis negativ legyen. Az egyes beszűrás $\frac{1}{2}$ —1 mm. mélyre terjedjen. 30 beszűrásnál többet nem ajánlatos egy-egy ülés alkalmával végezni. A bőr reakciója nem szokott nagyobb szabású lenni, ha csak 0.3—0.5 MA.-t alkalmazunk, s ha a tűt nem hagyjuk 20 másodpercznél tovább a bőrben. (Dentsche medizinische Wochenschrift, 1910. 37. sz.) Guszman.

Röntgenologia.

Röntgen-lelet gümőkóros gyermekek expirációs köhögése esetében. Stuka 25 esetben végzett vizsgálatai alapján azt találta, hogy az esetek legnagyobb százalékában nem csupán a hilusárnyék válik a nyirokmirigyek beszűrődése folytán sötétebbé, hanem e mellett a jobb, némely esetben a bal tüdő felső lebenye is a gümőkóros beszűrődés képét adja. Az ilyen tüdőgóc árnyéka egybefolyik a hilusárnyékkal s mint említve volt, gyakoribb a jobb felső, mint a baloldali felső lebenyen, ritkán azonban a jobb oldalon a középső lebenyre is fátolszerűen folytatódik.

A szerző vizsgálatait pillanatfelvételekkel eszközölte és a lairt jellegzetes képet egy éven felüli gyermekekről kapta. Egy éven aluli gyermekek tüdő- és hörgőmirigygümőkórja ritka. Egy évnél fiatalabb két gyermekben a kilégzési köhögést légmell, más esetben pedig a bifurcatio magasságában székelő sülyedékes hideg tályog okozta. (Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 5. szám.)

Hruby dr.

A hasüregdaganat hovatartozóságának és mineműségének megállapításában nagy szerepet játszik a Röntgen-vizsgálat. Haudek közöl egy 56 éves nőre vonatkozó esetet. A betegnek intermittáló láza volt, erősen lesoványodott, s hasának bal felében emberfejnyi daganat volt tapintható, mely az anamnesis szerint rohamosan növekedett. Belorvosi és vérvizsgálat alapján a diagnosztis rossztermészetű leukaemiás lép-daganatra tették.

Röntgenologusok elé a következő kérdést terjesztették: a daganat a gyomorral, a belekkel, avagy a léppel függ-e össze? Bismuth-pépes átvilágítás azt eredményezte, hogy a daganat sem a léppel, sem a gyomorral s valószínűleg a belekkel sem függ össze és a daganat felső része gáztartalmú, alsó felében pedig szabadon mozgó folyadék van. Ennek alapján kimondták, hogy a hasüregben folyadékkal és gázzal telt rendellenes üreg képződött.

Az operatio és később a boncolás igazolta a Röntgen-átvilágítás nyújtotta adatokat azzal a különbséggel, hogy az emberfej nagyságú sarcoma mégis a jejunummal függött össze, a daganatban képződött ür pedig egy nyílás útján a béllumennel is közlekedett, a honnét időnként bélnedv ömölhetett belé. Tehát mégis a Röntgen-vizsgálat adta meg a valósághoz legközelebb álló körjelzést. (Wiener klin. Wochenschrift, 1910. 1. szám.)

Hruby dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Meningitis gyógyítása urotropinnal. Crowe kimutatta, hogy a szájon át adott urotropin részben a liquor cerebrospinalisba választatik ki, s így a középponti idegrendszerben bakteriumölőhatást gyakorol. Ennek alapján prophylacticumnak ajánlotta meningitis cerebrospinalis epidemica ellen. Stockmayer meningitis purulenta 2 esetében gyógyításra is használta az urotropint és feltűnő jó hatását észlelte. (Allg. Wien. med. Zeitung, 1910. 4. és 5. szám.)

Idősült gastrosuccorrhoea eseteiben a diatának megfelelő rendezése mellett Schilling a következő gyógyszerrel használtatja fokozódó adagban: Rp. Argenti nitrici, Extr. belladonnae aa 0.15—0.2—0.25; Aqu. destill. 150.0. M. D. ad vitr. nigr. S. Naponként 3-szor fél evőkanálnyit $\frac{1}{2}$ borospohár vízben az étkezés előtt. (Therapeut. Monatshefte, 1910. 7. füzet.)

Ideges eredésű hasmenés ellen (ideszámitva a Basedow- és Addison-kór kapcsán fejlődött is) *Eppinger és Noorden jun.* jó eredménnyel használja az adrenalin a végbélben át. Tisztító klysmá után 20—30 csepp Parke Davis-féle adrenalin-oldatot fecskendeznek a végbélbe 250—300 cm³ meleg vízzel. (Internat. Beträge z. Path. u. Ther. d. Ernährungsstörungen, II. kötet, 1. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 43. szám. *Kubinyi Pál*: Mikor mondjuk ki a méhkről, hogy már nem operálható. *Alexander Béla*: Adatok a húgy-szervek x-sugaras vizsgálatához.

Orvosok lapja, 1910. 43. szám. *Barabás József*: Maltocol a gyomor és bélhuzam betegségeiben.

Budapesti orvosi újság, 1910. 43. szám. *Torday Ferenc*: A csecsemőkori emésztési zavarok kezelése a mindennapi gyakorlatban. „Gégészeti” melléklet, 2. szám. *Baumgarten Egmont*: Anaesthesin-coryfin és cycloform-coryfin.

Vegyes hírek.

Kinevezés. A székesfővárosi balparti közkórházakhoz *Gáll Géza* dr.-t alorvossá, *Bukó Sándor* dr.-t és *Deutsch Jenő* dr.-t pedig segéd-orvossá nevezték ki. — Pestmegye főispánja *Hacker István* dr. aszóni körorvost és *Csengeri Kálmán* dr. gödöllői magánorvost tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki.

A dr. Szenger Ede-féle alapítvány kamataiból való segélyezésre a budapesti kir. orvosegyesület a következő pályázatot hirdeti: Az alapítványtőkének 1200 koronát tevő egyévi kamatjövendelméből a) 400 korona nyomorral küzdő gyakorló orvosoknak, b) 400 korona valamely elhalt gyakorló orvosnak segélyre szoruló és ezt megérdemlő fiúárnyának, c) 400 korona valamely elhalt orvos szegényen maradt özvegyének és árváinak segélyezésére fordítatik. A segélyezendőek közül absolute elsőbbséggel bírnak a gyakorló orvosok és azok hátramaradt családtagjai, mindazon orvosok fölött, kik valamely rendes fizetéssel járó hivatalos állásban vannak vagy voltak, például hatósági orvosok, egyetemi tanárok stb. Elkerülhetetlen feltétel — a hagyományozó akarata értelmében —, hogy a segélyt elnyerő római katolikus, ág. evangélikus vagy ev. református hitvallású legyen. A kérvényezők közül csak azok vehetők tekintetbe, kik hiteles okmányokkal igazolják, hogy a kívánt feltételeknek megfelelnek. A folyamodások f. évi november hó 10. éig a a budapesti kir. orvosegyesület igazgató-tanácsához intézendők és az egyesület első titkárnak, *Blaskovics László* dr., Budapest, VIII., Szentkirályi-utca 51. címére bérmentett és ajánlott levélben küldendők. A borítékra irandó, hogy tartalma folyamodvány dr. Szenger Ede-féle segélyezésért.

Az orvosi továbbképzés nemzetközi bizottsága a berlini egyetem százéves jubileuma alkalmából a Frigyes császárné házában tartotta első teljes ülést. A bizottság a múlt évben Budapesten tartott XVI. nemzetközi orvosi congressus alatt alakult meg s elnökeül Waldeyer tanárt, főtitkárául Kutner tanárt választotta meg. A berlini ülésen tizenegy állam volt képviselve. A napirend legfontosabb pontja azon kérdőív elfogadása volt, melyet a központi bizottság a különböző államokba fog szétküldeni. E kérdőív az orvosok tanulmányi és szigorlati rendjéről, továbbá a gyakorlatra való jogosításról és az orvosi továbbképzésről kér adatokat. Ezekből gyűjtőmunka készül, mely az orvosképzésről és továbbképzésről az egyes államokban hű képet fog adni. A Frigyes császárné házában nemzetközi központi tudakozó irodát létesítettek, mely felvilágosítást fog nyújtani az érdeklődőknek az összes államok orvosképzésének s továbbképzésének ügyeiről. A magyar központi bizottság, melyet Zichy János gróf vallás- és közoktatásügyi miniszter alakított meg, a jövő hóban fogja megtartani első teljes ülést, s az elfogadandó program alapján már legközelebb megkezdik azon tanfolyamokat, melyek feladata, hogy a gyakorló orvosoknak, katonasorvosoknak és tisztis orvosoknak alkalmuk legyen ismereteiket kibővíteni és mélyíteni.

Megjelent. *Ónodi Adolf* egyetemi tanár munkája a látóidegnek és az orr melléküreinek összefüggéséről (adatok a nasalis látózavarok tanárához), a mely eddig német és angol nyelven jelent meg, legújabbban *Massei* fordításában olasz nyelven is a könyvpiacra került. — *Báró Korányi Sándor* dr.: Belorvostani előadások. Első évfolyam, II. sorozat. Budapest, Singer és Wolfner kiadása. Ára 6 korona.

Meghalt. *Liszky József* dr. körorvos 42 éves korában Abauj-szántón. — *J. Forster* tanár, a közegészségtan és bakteriologia rendes tanára a strassburgi egyetemen, 68 éves korában. — *Sydney Ringer* dr., valaha a belorvostan tanára a londoni University College-en, 76 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A lausannei egyetemen az üresedésben levő szemészeti tanszéket *S. Eperon* dr. rendkívüli tanár előléptetésével töltötték be. — *H. Steinert* lipcei magántanár rendkívüli tanárrá nevezték ki. — *Gussenbauer* tanárnak, az egykori jeles sebésznek emlékszóbrát október 16. án leplezték le a szülőhelyén, Ober-Vellachban, Karinthiában. Az ünnepi beszédet Eiselsberg tanár tartotta.

A legyek jelentőségéről a fertőző betegségek továbbvitelében érdekes kísérletes vizsgálatokat végzett *Graham-Smith* dr. A házi légy igen falánk állat; pár pillanat alatt nagymennyiségű eledelt tud elfogyasztani, melyet begyében halmaz fel, s melyből több napig táplálkozik. Ebből az következik, hogy a légy még több nappal az infectiosus anyag felvétele után fertőző lehet. A legyek által okozott fekete és barna piszok csak kis részben áll bélsárból, leginkább a légy hányadéka alkotja őket. A légy naponta csak négyszer defaecál, de sokkal gyakrabban hány. Hányásának az a célja, hogy ezzel feloldja a szilárd táplálékot, mert csak folyékony táplálékot tud felvenni. A teste felszínével a légy nem igen fertőz, mert alig ragad rá valami, s a mellett, mint ismeretes, folyton tisztogatja magát mechanikai úton. *Graham-Smith* dr. megvizsgálta, hogy az emberre nézve fertőző pathogen baktériumok (bac. typhi, b. enteritidis Gaertneri, b. tuberculosis, b. diphtheriae és vibrio cholerae) meddig maradnak meg a légyben. A typhus-bacillus még 2—6 nappal a felvétele után ki volt mutatható a légy ürülékeiben; a gümöbacillus három napig él a légy beleiben, a diphtheria-bacillus egy hétig, a cholera-vibrio két napig.

A jodlecithin *Richter* felette alkalmas oly esetekben, a melyekben hosszú időn át kell jodhatást kifejteni, mint asthma bronchiale, chronikus emphysema, arteriosclerosis, torpid luetikus megbetegedések esetében. Gyorsan szívódik fel a szervezetben. A jodlecithint a gyermek-praxisban ott alkalmazzák, a hol a mirigyek duzzanata és bizonyos diszcrassiss hajlam áll fenn. Ujabban 25 cgm. jodlecithintartalommal bíró jodlecithintabletták is forgalomba kerültek, az erősebb jodhatás kifejtése céljából.

Dr. Jakab-féle Sigetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnostika, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalkatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczögörbücsök.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyítók.

Elektromágneses intézet

Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javalkatok: álmatlanság, neurasthenia, neuralgiák, ischias, neurosisok, migraine, arteriosclerosis, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: *REH BÉLA* dr.

Orvosi laboratorium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika.

Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Ujtátrafüred Sanatorium

légszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágítás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospectus. Vezető főorvos: *Szontagh Miklós* dr. Egész éven át nyitva

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd.

Telefon 26—96. VI., Teréz-körút 27.

Tamássy Park-sanatoriuma Dunaharaszti-ban

(Budapestről villamosközlekedés). Külön osztály vérbaosok, bőrbetegek és légyszervi megbetegedésekben szenvedőknek. Főorvosok: *Deutsch Arthur* dr., dermatologus és venerologus, v. egyet. tanársegéd, *Stossmann Rudolf* dr., sebész, urologus, v. poliklinikai assistens.

Epileptikus betegek intézete BALF gyógyfürdőben.

Felvilágosítással szolgál *Wosinski István* dr., igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszterium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Widder Bertalan operateur testgyógyász (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19, Magyar-utca sark. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

Dr. Szili Sándor

v. egyetemi tanársegéd, Andrásy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, gőresői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rakóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDEY Dr. sanatoriuma.

Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbetegek és szülők részére.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület LXXIII. nagygyűlése 1910 október 14.-én. 802. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (1910 május 28.-án tartott XV. szakülés.) 803. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület LXXIII. nagygyűlése 1910 október 14.-én.

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyzők: Blaskovich László, Bálint Rezső.

1. Az elnök a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Nagygyűlés! Egyesületünk tagjai utolsó közgyűlésünk alkalmával megszavazták azon összegeket, a melyekre szükségünk volt, hogy egyesületi házunkat *Korb* építész úr tervei szerint a mai igényeknek megfelelőleg átalakítsuk. Az építész úr a nála megszokott pontossággal és gyorsasággal a terveket meg is valósította, úgy hogy daczára az átalakítás folyamán felmerült, előre nem látott nehézségeknek, nemsokára már új helyiségeinkben tarthatjuk meg rendes heti üléseinket.

Azonban igazán értékes orvosegyesületi működés csak ott lehetséges, a hol szorgalmas önálló tudományos bűvárkodás folyik. Az egyesület csak forum, a melyen bűvárkodásunk eredményeit közléstesszük, megvitatjuk, míg a munka a kórházi vagy a laboratoriumi adatok összegzéséből kerül elő és így egyesületünk tápláló gyökerei kórtermeinkbe és laboratoriumainkba nyúlnak le.

Az orvostudományi bűvárlat még sohasem folyt olyan élénken, mint mai napság. A bűvárok légiói dolgoznak tudományos gőcpontjainkban, bűvárlataik eredményeit az egyesületek, a congressusok és a szakajtó közegei százszorosan visszaadják, a kritika azokat valódi értékükre lezsaláltja vagy pedig teljesen érvényre juttatja és a bennük rejlő becses igazságot tudományos kincsesházunkban mint maradandót elhelyezi. A ki egy-egy nagy bűvárunk életét figyelemmel kíséri, meggyőződhetik felőle, hogy kutatásainak eredményeit rendesen nem a szerencsés véletlennek köszönheti, hanem hogy nagy tanulmányok, azokba való teljes elmerülés és akárhányszor egy egész élet megfeszített szorgalmának az árán csikarta ki a természettől azt az igazságot, a melylyel az emberiséget boldogította. Az ilyen természetű munkákhoz azonban nem elegendő az íróasztal és a könyvtár. Ezekhez a természettudományi vizsgálati módszerek eszközeivel felszerelt laboratoriumok kellenek és az egyszeri felszerelés még nem is elegendő, hanem a munka menete szerint folyton változó eszközökre és felszerelésekre van szükségük, szükségük van továbbá személyzetre és szükségük van mindennekfelett arra, hogy vezetőik anyagi gondoktól menten egész figyelmüket és minden egyéb munka alól felmentve, teljes munkaejük bűvárkodásuknak szentelhessék. Az ilyen intézetek berendezése azonban igen nagy költséggel jár és a szükséges dotációk az állam egyéb nagy igényei mellett annyira megterhelnek a költségvetést, hogy az állam mindezen igényeknek megfelelni képtelen. Más, nálunk sokkal gazdagabb országok sem képesek mindig erre. Még Angliában is megessik, hogy az állam nem tud megvenni egy becses gyűjteményt, a melyre a tudománynak szüksége volna és széjjel hordanák, ha a magánadakozás meg nem gátolná. A nagy angol lapokban minduntalan jelennek meg hirdetések, a melyek a közönséget értesítik, hogy valamely tudományos intézetnek egy drága eszközre vagy egy pavillonra volna szüksége, a mely egynehány ezer font sterlingbe kerül, a mire azonban fedezettel nem rendelkezik és adakozásra szólítja fel a közönséget. Alig telik el egy kis idő, már megjelenik a másik hirdetés, a mely a gyűjtést lezárja, mert a szükséges összeg hamarosan megkerült.

Mi sem vagyunk hijával nemesen gondolkozó egyéneknek, a kik összegyűjtött vagyonukat közszélokra hagyják és csak az utolsó hetek egynehány szenzációs végrendelete is bőven juttatott a társadalmi jótékonyágnak és a tudománynak is, de egészen kivételes ritkaság számba megy minálunk az, hogy valaki a természettudományi bűvárlatnak juttasson nagyobb összegeket és még nagyobb ritkaság, hogy az ilyen példa követőre találjon.

Megtakarított vagyonát az ember arra a célra hagyja, a melyet megszeretett. Abból, hogy közönségünk ily mostohán bánik

el a természettudományokkal, az következik, hogy nem szereti őket; meg vagyok róla győződve, hogy csak azért nem szereti, mert nem ismeri őket, mert nem tudja, hogy a természettudományok haladásán alapul az emberiségnek az a nagy haladása, a melynek a mindennapi életben valamennyien hasznát látjuk és mindinkább növekedő hasznát látjuk, ha betegség támadja meg a szervezetünket. Azonban ne csak a közönséget vádoljuk meg. Ebben az esetben talán magunkat sem menthetjük fel teljesen a vád alól, hogy mi nem törekszünk a közönséget a természettudományokkal és azok igényeivel annyira megismertetni, mint a mennyire szükséges volna, hogy vagyonának egy részét önként a tudomány iránti lelkesedésből és tiszteletből áldozza fel a természettudományok oltárára.

A míg tehát a természettudományi vizsgálatokat szolgáló magánadakozással nem lehetünk megelégedve és szükségesnek tartanók, hogy a közönséget a természettudományok és azok igényei felől bővebben informáljuk, addig orvosi rendünk e tekintetben meg lehet elégedve az állammal, a mely az utolsó években nagy összegeket fektetett be a tudományos orvosi bűvárlatnak szolgáló intézetekbe. Ezen intézetek egyikét tisztelt főnöke, tanítási módszerének ismertetésével, szíves lesz a mai estén a budapesti királyi orvosegyesületnek bemutatni és a midőn erre Jendrassik tanár urat felkérem, van szerencsém ezennel a mai nagygyűlést megnyitni.

2. Blaskovich László titkár felolvassa jelentését. Az „Orvosi Hetilap“-díj 200 koronáját *Molnár Béla* „Kísérleti vizsgálatok a gyomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött klinikai reflexiók“ című, a „Bókay János-jutalom-díj“ 200 koronáját pedig *Loránd Leó* „A lumbal punctio diagnostikai értéke gümös agyhártyalobnál, különös tekintettel a cerebroszpinális folyadék vegyi vizsgálatára“ című dolgozata nyerte el.

A Szenger Ede-féle titkos pályázatra dolgozat nem érkezett be. A két „Balassa-pályadíjra“ hirdetett pályázat szintén meddő maradt.

3. Bálint Rezső másodtitkár felolvassa a következő pályázati hirdetéseket.

I. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *Balassa-díjalap kamataiból* két, egyenként 600, azaz hatszáz korona pályadíjat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, még sehol nem közölt, magyar nyelven írt dolgozat jutalmazására. A pályamunkához zárt, jelíges borítékban a pályázónak sajátkezű névalírása, állása és lakáscíme melléklendő. Az e pályázaton résztvevő dolgozatok 1911. év május 31.-éig a budapesti kir. orvosegyesületbe a beküldés céljának megnevezése mellett beküldendő. E határidőn túl benyújtott művek tekintetbe nem vehetők. E pályázat eredménye az 1911. évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen hirdettetik ki, a nyertes pályamunkához tartozó jelíges boríték ez alkalommal bontatik fel. A pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik.

II. A budapesti királyi orvosegyesület a kezelése alatt álló „Orvosi Hetilap“ díjalap kamataiból 200, azaz kétszáz koronát tűz ki a boncz- vagy élettan körébe vágó legjobb eredeti cikk jutalmazására, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az „Orvosi Hetilap“ hasábjain 1906 június hó 1.-étől 1912 május hó 31.-éig terjedő 6 év alatt megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalomdíj az egyesület 1912. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadatni.

III. A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő Budapest Józsefvárosi Orvostársaság *Bókay János Emlék alapítvány kamataiból* 200, azaz kétszáz koronát tűz ki eredeti, önálló, magyar nyelven megírt, a gyermekkorban és gyógytan köréből vett dolgozat jutalmazására, a mely 1910 január hó 1.-étől 1911 december hó 31.-éig magyar szakfolyóiratban vagy önálló monographia alakjában megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalomdíj az egyesület 1912. évi október hó 14.-én tartandó nagygyűlésén fog kiadatni.

IV. A budapesti királyi orvosegyesület a kezelésében levő *dr. Szenger Ede-féle orvostudományi pályadíj-alapítvány kamataiból* Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvosok részére 1600, azaz ezerhatszáz korona pályadíjat tűz ki a következő pályakérdés megoldásának jutalmazására: „A budapesti typhus epidemiológiája.” (A typhusjárvány fellépésének okai és körülményei, terjedésének útai és módjai, tekintettel az ivóvíz, élelmiszerek és egyéb közvetítők szerepére.) A magyar nyelven írt pályamunkák 1912. évi május hó 31.-éig az orvosegyesület I-ső titkáranak a pályázat világos megjelölésével küldendő meg. A pályamunka mellé zárt, jelíges borítékban a pályázónak sajátkezü névalírása, állása és lakáscíme melléklendő. A megjelölt lejáratú időn túl beadott dolgozatok tekintetbe nem vétetnek. Pályázatra benyújtott pályamunka a pályázat elintézése előtt vissza nem vonható. A pályázat elintézése után a pályázatra beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. Jelen pályázat eredménye az 1912. év október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen hirdettetik ki, a pályázaton nyertes munkához tartozó jelíges boríték ez alkalommal bontatik fel és a pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik.

V. A budapesti királyi orvosegyesület a kezelésében levő *dr. Szenger Ede-féle orvostudományi pályadíj-alapítvány kamataiból* Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvosok részére 800, azaz nyolcszáz korona pályadíjat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, magyar nyelven írt, még sehol meg nem jelent dolgozatra. A pályamunkák 1911. évi május hó 31.-éig az orvosegyesület első titkáranak, a pályázat világos megjelölésével, a szerző nevének és lakásának megnevezésével küldendő meg. A megjelölt lejáratú időn túl beadott dolgozatok tekintetbe nem vétetnek. A pályázatra benyújtott pályamunka a pályázat elintézése előtt vissza nem vonható. A pályázat elintézése után a pályázatra beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. Jelen pályázat eredménye az 1911. év október 14.-én tartandó évforduló nagygyűlésen hirdettetik ki és a pályadíj a nyertes pályamunka szerzőjének azonnal kiadatik.

(Vége következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(1910 május 28-án tartott XV. szakülés.)

Elnök: **Purjesz Zsigmond.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

III. Ács Nagy István előadása: A tuberculosis-bacillusok kimutatása az áramló vérben.

A Stäubli-Schnitter-féle eljárással 5—5 cm³ vért dolgoztunk fel. A noniusos tárgyasztal alkalmazásával a megfestett vértüledék sav- és alkohol-álló bacillusait meg is számoltuk.

Vizsgáltunk összesen 24 esetet. Ebből 2 a II. Turban-Gerhardt-stadiumba tartozó tüdőtuberculosis negatív eredményt adott. A többi 22 súlyos tüdőtuberculosis, közöttük 5 tuberculosis miliaris, 10-szer mutatott pozitív véreletet.

Lefolyás szerint

- a 7 chron. tüdőtuberculosisban 2-szer,
- a 10 phthisis floridában 4-szer,
- az 5 tuberculosis miliarisban 4-szer

kaptunk bacillusokat a vérben.

Leszámítva az 5 tuberculosis miliarist, a boncsolások alapján localisnak vett 17 tüdőtuberculosis 6-szor adott pozitív eredményt.

A bacillusok száma

- a 2 pozitív tételű chron. tüdőtuberculosisban 2—25
- a 4 „ „ phthisis floridában 1—13
- a 4 „ „ tuberculosis miliarisban 3—90

között ingadozott.

Közbeeső számok:
21, 72

A kimutatás ante mortem mindig pár héttel, sőt egy esetben (chronikus tüdőtuberculosis) csaknem 2 hónappal előbb sikerült.

Vizsgálataink biztos ténye az, hogy a 17 localis tüdőtuberculosisban 6-szor kaptunk pozitív véreletet, mindig jóval ante mortem; a miből következik, hogy a bacillusok megjelenése localis tüdőtuberculosisban nem praemortális jelenség, mint azt eddig sokan hitték.

PÁLYÁZATOK.

5678/1910. kig. sz.

Csik vármegye felesiki főszolgabírói járáshoz tartozó **karczfalvi körorvosi állás** lemondás következtében megüresedvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetnek, s felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében szabályszerűen felszerelt kérvényüket **folgyó évi november hó 15.-éig** hozzám adják be annál is inkább, mert a később beérkezett folyamodványokat tekintetbe nem veszem.

Ezen körorvosi állással az alább részletezett javadalmazás van összekötve:

1. 2000 korona törzsfizetés.
2. 1000 korona fuvarátalány.
3. Vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.
4. Természeti lakás.
5. Halottkémleli díj 54 korona.

Megjegyzem, hogy a volt körorvos a Munkásbiztosító pénztártól évi 500 korona s a Balánbányai rézművek részvénytársaság Társulásától évi 2100 korona fizetést élvezett.

A közegészségügyi körhöz Csikszentdomokos, Csikszenttamás, Csikjenőfalva, Karczfalva, Csikdalfalva és Csikmadaras községek tartoznak, melyek állami út mellett 10 kilométer hosszban fekszenek, a melyeket a körorvos hetenkint egyszer tartozik beutazni.

A választást Karczfalva községházánál folgyó évi november hó 19.-én délután 11 órakor fogom megtartani.

Csikszere da, 1910. évi október hó 19.-én.

3-1

Bece Imre, főszolgabíró.

1640/1910. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria“-közkórházban üresedésbe jövő és havi előleges részletekben fizetendő 1200 azaz egyezerkétszáz korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és első osztályú élelmezéssel járadalmazott **kórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A törvényhatóság főispánja által kinevezendő alorvos köteles a kórházban lakni, magángyakorlatot az első segély esetét kivéve nem folytathat és állását csakis két havi felmondásidő eltelté után hagyhatja el.

Nős orvos kérvénye figyelembe nem jöhet.

A kinevezett alorvos tartozik állását f. évi december hó 1.-én elfoglalni.

Felhívom ennél fogva mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellőleg okmányolt kérvényeiket legkésőbb **f. évi november hó 19.** (tizenkilencedik) napjának déli 12 órájáig Szabadka sz. kir. város főispánja Purgly Sándor dr. úrhoz (Szabadka, Pest-szálloda-épület) annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező pályázati kérvények figyelembevételre nem számíthatnak.

Megjegyzem, hogy a mennyiben az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. részében minősített pályázó nem jelentkeznek, az egyévi gyakorlatra utasított, esetleg szigorlóorvosoknak a fenti határidőig benyújtott kérvényei szintén figyelembe fognak vétetni.

Szabadka, 1910. évi október hó 19.-én.

3-1

Bíró Károly dr., polgármester.

148.804/1910. VII-b) sz.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetnél kinevezés következtében megüresedett és a VII. fizetési osztály harmadik fokozatával járó évi fizetés és pótlék, valamint természetbeni lakás, fűtés és világítás javadalmazásával egybekötött **igazgató-főorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Felhívom a pályázni kívánók, hogy eddigi foglalkozásukat (curriculum vitae), szakképzettségüket, irodalmi működésüket, valamint életkorukat s ép és egészséges testi állapotukat igazoló okmányokkal felszerelt bélyeges folyamodványokat jelen hirdetés keltétől számított 4 azaz négy hét alatt a m. kir. belügy-ministeriumhoz annyiival is inkább nyújtsák be, mert később érkezett folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

Budapest, 1910. évi október hó 11.-én.

A minister meghagyásából.

Bölcs, ministeri tanácsos.

241/1910. ig. sz.

Békés vármegye közokmányozási osztályán egy **alorvosi és egy segédorvosi állásra**, valamint az elmebeteg-osztályon egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

Javadalmazás: a belgyógyászati osztály alorvosi állásánál évi 1400 korona, a belgyógyászati osztály segédorvosi állásánál évi 1200 korona, az elmebetegosztály segédorvosi állásánál évi 1600 korona képzénzfizetés és mindegyik állásnál első osztályú élelmezés, lakás, fűtés világítással.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványokat Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám **folgyó évi november hó 10.-éig** küldjék be.

Gyula, 1910. évi október hó 22.-én.

2-1

Békés vármegye közokmányozási igazgatója.

3455/1910. sz.

Alsófehér vármegye alvinczi járásában, Alvincz székhelylyel bíró közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. A kör a következő községekből áll: Alvincz, Csóra, Tartaria, Karna, Akmár, Szarakszó, Rakató, Borsómező, Poklos, Oláhdálya.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908: XXXVIII. t.-cz.).
2. 500 korona évi lakbér.
3. 300 korona évi fuvarátalány.
4. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles összes közsegeit havonta kétszer, előre megállapított napokon meglátogatni.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítéseket, eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi november hó 20.-áig** nyújtsák be, mert a későbbben érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás napját csak a pályázati kérvények beérkezése után fogom kitűzni.
Alvincz, 1910. évi október hó 6.-án.

3-2

Pongrácz, főszolgabíró.

4075/1910. sz.

Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **vingárdi körorvosi állás** Vingárd község székhelyével üresedésben lévén, arra pályázatot hirdetek.

Ezen közegészségügyi körhöz Vingárd, Oláhgyőr, Gergelyfája, Spring, Drassó és Kutfalva községek tartoznak.

A körorvos évi javadalmazása:

1. 1600 korona és négyszeri, egyenként 200 koronát tevő, a nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék.

2. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében megállapítandó lakás-pénz, esetleg természetbeni lakás, fuvar-, távolsági és látogatási díj.

A megválasztandó körorvos kézi gyógyszerész tartására fel lesz jogosítva.

Pályázók az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítéseket, élet-kort és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **1910. évi november hó 20.-áig** hozzám nyújtsák be, mert a később érkezőket figyelembe nem fogom venni.

A választás határidejét későbbre fogom kitűzni.

Vízakna, 1910. évi október hó 11.-én.

3-2

Szabó Lajos, főszolgabíró.

HIRDETESEK.

Pályázat segédorvosi állásra.

Abbaziai sanatoriumom részére egy a belgyógyászatban kellő jártassággal bíró segédorvost keresek. Legalább egy évi, valamely belgyógyászati klinikán vagy budapesti közkórház belgyógyászati osztályán töltött gyakorlat kimutatandó. Német nyelvben való tökéletes jártasság feltétel, francia nyelv ismerete kívánatos. Fizetés megegyezés szerint. Az állás azonnal elfoglalható.

Rövid curriculum vitae-vel ellátott ajánlatok mielőbbi szíves be-
küldését kérem.

59

Dr. Mahler Gyula.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

BAKTERIUM MENTES TERMÉSZETES ÁSVÁNYVIZ
Budapesti főraktár: Eötvös-utca 44. szám. Telefon 86-35.

RÁKOSPALOTAI SZANATORIUM. (Rákospalota, Árpád-utca 12.)

Egyedül, szakorvosok vezetése alatt álló gyógyintézet alkoholbetegek számára Magyarországon.

Gyógymódok: Fizikális-diaetetikai módszerek lelki befolyásolás, nevelés, testi munka. Napi ellátás gyógykezeléssel együtt 5 koronától felfelé. Felvilágosítást ad a sanatorium főorvosa, Stein Fülöp dr., kir. tanácsos, ideg orvos (Budapest, IV., Gróf Károlyi-utca 22), vagy az egyesület főtitkára Lányi Márton dr. (Budapest, I., Fehérvári-út 27.)
Nagy park és konyhakertészet. Asztalos- és könyvkötő-műhelyek.

Dr. Pajor új sanatoriuma

Budapest, VIII., Vas-u. 17.

7818

Belgyógyászati, diaetetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

Röntgen-laboratorium.

Bennlakó és bejáró betegek részére:

Külön női és férfi vízgyógyászati osztály.

Pneumatikus kamarák, inhalatorium.

Oxygen-, szénsavas-, villanyos fény- és kádfürdők.

Pöstyéni iszapkúra.

A pöstyéni iszap budapesti főlerakata.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és
köszvénynél, cukorbetegségnél, emésztési és
lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitűnő sikkerrel használtatik.
Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina)
fellépő vesebántalmaknál.



E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatása.

Kellemes ízű.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételű.

Különösen oly egyéneknek ajánlatos, a kik
ülő életmódjuk folytán aranyeres bántal-
makban, hasi vérbőségben, máj- és vese-
izgalomban vagy hűgysavas lerakódások-
ban, vesehomok és vesekövek képződé-
sében szenvednek.

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről
szóló bizonylatok és egyéb forrásleírások
ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Sal-
vatorforrás Vállalat,
BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

KONSTANTIN FORRÁS EMMA FORRÁS

minden katarrhust gyógyítanak, kapható az összes ásványvízkereske-
déseknel és a Brunnendirektion Gleichenberg által. 9905

PARIS 1908 GRAND PRIX ES ARANYÉREM

Z. NAGY ALBERT
GYÓGYSZERTÁRA

Tartalmaz emulsióban 50° csukamajolaját.
Szaga és íze kellemes, könnyen bevehető,
felbőgést és diarrhoeát nem okoz.

POTIO OL.JECORIS

Kapható az összes gyógyszerárakban.
Kísérleti minták díjmentesen allanak
rendelkezésre. Egy 600 grammos üveg
ára 4 K 75 f., próbauveg 2 K 50 f.

PARIS 1908 GRAND PRIX ES ARANYÉREM

GLÓRIA

TERMÉSZETES GYÓGYÁSVÁNYVIZ
GYERMEK BETEGSÉGNÉL SPECIALIS HÁZI GYÓGYSZER.
KIVÁLÓ SZÉNSAVMENTES ASZTALI VIZ!

Megrendelhető a
Magyar Ásványvíz
Forgalmi és Kivi-
teli r.-t.-nál Buda-
pest. Telefon
162-84.

Sanatorium Rekawinkel

Wien
közeliében

ideg- és kedélybetegek részére.

Pavillonrendszer.

Nagy kertek.

Az összes modern gymgymódok.

9333

Egész éven át nyitva.

Interurban telefon: Rekawinkel Nr. 2.