

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 szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bárony János: Három nehéz szülés. 169. lap.

Póór Ferencz: Közlés a székesfővárosi új Szent János-kórházból. A Kromayer-féle kénesókvarezlámpa radiotherapiái értéke. 172. lap.

Tornai József: Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. számú belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr. egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Adatok az angiosclerosis pathogenesisének tanához. 174. lap.

Gérlőczy Zsigmond: A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. 176. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czim-tára. — *Lapszemle. Belorvostan. Curschmann:* Haemorrhagiás exanthemával járó typhus-esetek. — *Mosler:* Polyserositis rheumatica. — *Elmekórtan. Quensel:* Az úgynevezett transcorticális motoros aphasia tünetesoportja. — *Gilbert Ballet:*

A psychosis periodica, kórtani tanulmány a maniáról. — *Sebészet. Mac Lean:* Az appendicitis aetiologiája. — *Hacker:* Új plastikai műtét pofadefectus eseteiben. — *Gyermekorvostan. Nobécourt és Paiseau:* A torticollis mint a gyermek-kori hastyphus ritkább kezdeti tünete. — *Plantier:* A Weill-tünet mint a gyermek-pneumóniájának első diagnostikai jele. — *Húgyszervi betegségek. Dubreuilh:* Leukokeratosis genitalis. — *E. Tikanadze:* Lőfegyver által okozott hólyagsérülés esetében a sebész beavatkozás kérdése. — *Karaffa-Korbul:* Pyonephrosis gravidarum. — *Enderlen:* A ductus deferens összevarrásának technikája. — *Börkórtan. F. Winkler:* A viszkető érzés létrejötte. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Stepp:* A töldővész gyógyítása. — *Rosenheim:* Neutralon. 180—183. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság 183. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 183. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 184—186. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Három nehéz szülés.

Irta: **Bárony János** dr. egyetemi tanár.

A sebészeti technika csodálatos fejlődése és a megismerése azoknak a tényezőknek, melyek a legtükéletesebb műtét eredményét is illuszióssá tehetik, mind több és több bátorsággal ruhazza fel azokat, a kik az emberi test betegségeit késsel szokták gyógyítani. Az anatómus a topographiára, a physiologus a szövetek szerkezetére és functióira, a pathologus a betegség okozta elváltozásokra, a hygienikus és a bakteriologus a káros hatásokra, az internista azokra a tünetekre tanít meg, melyekkel az élő test a káros hatásokra reagálni szokott. Tudásával annak, hogy milyen az egészséges s milyen a mi beteg, tudva azt, hogy a betegségnek miként álljuk útját a nélkül, hogy a beavatkozással ártalmára legyünk, tudva azt is, hogy a szövetek és szervek mennyire tudják eltérni a mit velük teszünk, csak természetes fejlődésül lehet tekinteni, ha ma már azt is meg meri próbálni a sebész, a mi előbb még az álmában sem forgott. Az agy, a tüdő, a szív, az erek sebészete, a betegen kiirtott testrészeknek újjakkal pótlása bámulatos képét veti a jövőnek. Mindannak, a ki eszközökkel véres úton gyógyít, chirurgus a neve; ily módon chirurgusok vagyunk mi, a szülészek is s ha az a vaskos törzs, a melynek tekintélyes ága a szülészet, szakadatlanul új és termékeny lombot hajt, lépést kell hogy tartsunk a fejlődés terén mi is a törzsünkkel, a melyhez tartozunk. Annak illusztrálásául, hogy ez csakugyan így történik, három nehéz szülést mondok el ezúttal s egyben veszem az alkalmat arra is, hogy őket összehasonlítva, belőlük tanulságokat vonjak le magamnak.

I. eset. 1286/1909. Sz. J.-né, 34 éves. VII. terhesség. 1909 október 8.-án este 8 órakor jött a klinikára. A multja érdekében: I. partus 10 év előtt rendesen folyt le, az ekkor született gyermeke ma is él; II. partus 8 év előtt perforatióval a budapesti bábaképezdében; III. partus 5 év előtt perforatióval a mi klinikánkon; IV. partus 4 év előtt szintén klinikánkon, harántfekvés, köldök-zsinórelőesés, lábrafordítás, extractio, az algid asphyxiás magzat

nem éleszthető fel; V. partus 3 év előtt a mi klinikánkon: előesett, nem pulzáló köldökzsinór, perforatio; VI. partus 2 év előtt: a mult tapasztalatai folytán hebstectomia a mi klinikánkon, a lábrafordítás kísérlete közben köldökkelőesés s a most már elhalt magzat perforatiója. Az asszony 147.5 cm. magas. Sp. il. 23.5 cm., Cr. il. 27.5 cm., Conj. ext. 18.0 cm., Conj. diag. 11.3. Egyaránt szűk medence. Conj. vera 9.3. A magzat II. koponyafekvésben. A méjszáj ujjnyi tág, a burok ép. Az anya mindenáron élő magzatot kíván s bármilyen műtétet elvállal, csak az a kikötése, hogy miután hét terhessége alatt eleget szenvedett, gondoskodjunk róla, hogy többé ne essék teherbe. A pubiotomiával nála egy izben már nem tudunk czélt érni, de meg sem ezzel a műtéttel, sem az extra-peritoneális császármetszéssel sterilizálni nem lehet a méhet, a választás tehát csak a régi császármetszésre eshetett. A feltételei ennek a műtétnek teljes mértékben megvoltak. Most még azt a kérdést kellett eldönteni, hogy a sterilisatiót hogyan hajtsuk végre. A conservativ császármetszés vérzéssel és sepsissel fenyegeti a műtött életét; mind a kettőnek a méh belső fala, leginkább a placenta tapadási helye a kiinduló pontja, a hol ez bentmarad, ott a jövő kiszámíthatatlan. A sterilizálás meg két úton történhet: vagy castratio útján, vagy tubaátmetszéssel; castratio után ovarium nélkül nincs értelme annak, hogy a megsebzett méh bajnak bentmaradjon; a tuba átmetszése, lekötése, a terhes, tehát vérbő genitáliákon a vérzésesillapítás, a tubacsonkoknak fedése a széles szalagokkal és mindez mind a két oldalon megnyújtja a műtét idejét s mert bennmarad a méh is, a közvetlen jövő mégis bizonytalan. Ez az asszony a mult idők alatt eleget szenvedett s joggal kívánhatta, a mit egyébiránt maga is kikötött, hogy olyan műtétet válaszszunk a gyógyítására, a melylyel ő is, gyermeke is biztosan életben marad s a mely után nem lehet többé a méhe részéről kitéve olyan veszélyeknek, milyeneken eddig többször keresztülment. Én tehát Chrobak-műtétet végeztem; pillanatok alatt künn volt az uterus; a csontot szokás szerint paquelinel égettem s hashártyával fedtem. A gyors műtét után az volt a subjectiv érzésem, mint a hogyan a legegyszerűbb myoma-amputációkor érezzük magunkat, hogy tudniillik sepsis nem fenyeget. Az asszony a legsimábban gyógyult s 3500 gm.-os leányával teljes egészségben

távozott el tőlünk. Időnként mind a kettőt látjuk, az anya maga táplál, bőséges teje van, a gyermek gyönyörű.

II. eset. 1367/1909. Sz. I., 20 éves. I. terhesség. 1909 október 21.-én este 7 órakor jelentkezik a szülészobára. Az asszony-leány 143 cm. magas. Sp. il. 24.0 cm., Cr. il. 26.0, Conj. ext. 16.5, Conj. diag. 9.5. Egyaránt szűk medenceze. Conj. vera 7.5. A magzat I. koponyafekvésben. A hüvely szűk, a méhszáj ujjnyi, a magzatvíz elfolyt. A promontorium könnyen tapintható. Másnap, október 22.-én, sűrű fájások közt délután 5 óráig a méhszáj 3 ujjnyira kitágult; a magzat szívhangjai jók, feje magasan a bemenet felett; az anya hőmérséke normális. A terhes leány élő magzatot kér; gyermekének apja feleségül veszi, ha a gyermekük élve születik meg. A primiparánál egy ujjnyi méhszájon elfolyt a magzatvíz s a hüvely is szűk; a 7.5 cm. conjugatus egyaránt szűk medencéjével szemben a várakozás semmi jót sem ígér; a burok 24 óra előtt már megrepedt, a fej most is mozgatható; ha a magzat elhal, vagy láz keletkezik, akkor nincs egyéb választás, mint egy kisebbítő műtét; a fordítás, mint prophylaxisos műtét, már elkésett; a magas fogókísérlet az adott viszonyok közt eltűnt méhszájnál is ellenjavalt; nem marad más hátra, mint a magzat érdekét is tekintetbe véve, kiválasztani a medencét tágító műtét s a császármetszés valamely fajtája közül azt, melyet emberi számítással az anyára nézve a legjobb kilátással lehet elvégezni. A pubiotomiára a medenceszűkülés fajtája és foka (egyaránt szűk, 7.5 cm.), meg az a körülmény is ellenjavalt, hogy a szűk hüvelyű leány most még először szül. Ezzel a műtéttel nagyon bizonytalan marad a magzat élete s majdnem bizonyosan súlyosan megsérül az anya. A hebstotomiáról ezek szerint a jelen alkalomból le kellett mondani. A régi császármetszés akkor kecséget jó kilátással, ha a szüléshez mintegy előkészülhetünk, ha a méh ürege a hüvely felől elzárt, a burok nincs még megrepedve s a hüvely is érintetlen, egészséges, tiszta, még csak meg sem volt vizsgálva. Továbbá a 20 éves, férjhez készülő leánynak a méhét csak életveszély miatt szabad kiirtani, nála még a sterilizálás sem jöhet számításba. A körülmények tehát csaknem kényszerítve egyirányba terelték a gondolatainkat s hogy az anya kívánságának megfelelő módon a magzatot élve kihozhassuk s az ő érdekét is tőlünk telhetőleg a szemünk előtt tartjuk, extraperitoneális császármetszésre határoztuk magunkat. Az indicatio mellett a műtét feltételei szintén adva voltak: a magzat s anya állapota, a hőmérsék és pulsus teljesen normális, a méhszáj bőven négy ujjnyira tágult, a nyak kihúzódott. A műtét, melyhez október 22.-én este 7 órakor fogtam, Latzko szerint folyt le. A hólyagot 150 cm³ bórsavoldattal megtöltjük. Egyenes metszés a középvonalban, a hashártyának jobbra-felé letolása tompán; egy helyen, a hol a hashártyát tamponnal nehezen sikerül letolni, egy kis ollócsapás kendermagnyi nyílást ejt a hasürege felé, ezt egy öltéssel azonnal bevarrjuk, a letolás ezután baj nélkül sikerül; a vékony, kihúzott nyakra alkalmazott hosszirányú metszés megnyitja a méhet: a fej előttünk van, a kigördítése azonban nehéz dolog; a II. koponyafekvésben, II. állásban elhelyezett magzat koponyája jobbra és hátra néz; balra és előre, oda, a hol a méhet feltárta a metszés, a homlok és az arez tekint; a fejre alkalmazott fogó kétszer is lecsúszik, míg végre arcztartásban mégis csak sikerült kihozni a fejet; a nyak sebe vérzett s vér folyt a méhből is; a nyakat érszorítóba fogva, a lepényt kihoztam s kitömtem a méhet; a tampon átütött, ergotin nem használt s csak adrenalinak a méh falába fecskendezésével tudtam urrá lenni a nagy vérzés felett; erre a méh, mint a kő, úgy megkeményedett; a kitömtött méhből kicsüngő végét a tamponnak a hüvelybe vezettem s a méh nyakát formalin-catgutttal egyesítettem; a nagy hasseb alsó zugából eredő parenchymás vérszivárgás csillapítására, de meg azért is, mert a hasseb a műtét lefolyása közben a hüvelyboltozattal a felvágott nyakon keresztül mégis csak összenyílt, ide is felülről tampon helyeztem be. A gyógyulás délutáni hőemelkedésekkel sokáig húzódott. A 27. naptól fogva hőemelkedések már nem jelentkeztek, a hasseb azonban e közben szétváltott; azt a gyermekágy 42. napján secundaer varrattal egyesítettem. Az asszony a 63. napon távozott tőlünk. Távozási statusként ez van feljegyezve: A hüvely balfelé kúpszerűen felhúzódik, legfelső pontján ujjhegynyi csatorna, mely a bimanuálisan tapintható méh irányában halad, tehát a nyakesatornának felel meg; a portio nem tapintható; a rendes nagyságú méhtest a hashegtől kissé balra,

elül foglal helyet. A születéskor 3130 gm. súlyú, 48 cm. hosszú, 34 cm. fejkörületű magzat eleinte soványodni kezdett; az anyjának kevés volt a teje, dajkával neveltük; súlyban gyarapodva, egészségesen vitte el az anyja.

III. eset. 1401/1909. H. J., 26 éves. V. terhesség. 1909 október 30.-án délelőtt 9 órakor jött a klinikára. I. partus 7 év előtt farfekvésben, halott magzat; II. partus 5 év előtt, 4¹/₂ havi vetélés; III. partus 4 év előtt farfekvésben, halott magzat; IV. partus 1¹/₂ év előtt farfekvésben, halott magzat. Az asszony 150 cm. magas. Sp. il. 24.0 cm., Cr. il. 28.0 cm., Conj. ext. 17.0 cm., Conj. diag. 10.7. Egyaránt szűk medenceze. Conj. vera 8.7 cm. A magzat II. tökéletes lábfekvésben. A méhszáj tűnőfélben, a burok ép. A lefolyt szülések mutatják, hogy a kedvező körülmények ellenére (mind a három magzat farfekvésben feküdt) sem sikerült a magzatot életben tartani, az asszony meg mindenáron kíván élő magzatot s ezért bármilyen műtétet kész kiállani. A magzat most is medenczefekvésben, kitűnő szívhangok, a láb mintegy benne a méhszájban; az asszony multipara, a burok ép, a méhszáj tűnőfélben. Azt hiszem, hogy megrendelésre sem lehetne a műtét feltételeit és indicatióit jobban összehozni; én tehát hebstotomiát végeztem. Bumm-tűvel subcutan vittem fel a drótot s a bal szeméremcsontot fűrészeltem át. A Bumm-tű hegyesebb mint a Döderlein-é és az utóbbinak van egy kampója is a fűrészt beakasztására, ez a tű nem mehet szorosan a csonton, a kampó meg a tű visszahúzásakor megakad és szakít. Az éles Bumm-tűnek az a nagy előnye, hogy alulról vezetve, szorosan a csonton, majdnem a csonthártya alatt mehetünk előre s azt hiszem, hogy ez a szorosan a csonton való felvezetés a műtét lényege, a vérzés kevesebb az ilyen tűvezetés folytán; ha meg a constrictor cunni is az extractio előtt szélesen átmetszünk, akkor a lehetősége meg lesz adva annak, hogy elül és felül a bemenet tájékán, a hol a csontvégek tátongni fognak, tárgulhat a hüvely s az erek is kevésbé fognak szétszakadni. Ebben az esetben például, a melyet leírok, vért nem vesztett az asszony. A műtét könnyen, simán folyt le s hasonló simán folyt le a gyermekágy. A műtét után körülbelül 3 cm.-nyire tátongó csontvégek lassan összenőttek. A fűrészelés helyén callus érezhető. A magzat születésekor 3775 gm.-ot nyomott, 51 cm. hosszúsággal és 36 cm. fejkörülettel. Az asszony a 16. napon kelt fel s a 24. napon gyermekével a legjobb egészségben hagyta el a klinikát.

* * *

A három eset felől gondolkodván, legelőször az a különös véletlen tűnik fel, hogy nálunk, a hol a szűk medencéknek az a fajtája és foka, mely nagyobb műtétekre adja az alkalmat, ritkaságszámba megy, egy hónapra (október 8.-án, 21.-én és 30.-án) halmozódott össze három olyan szülés, melynél typusos indicatiót találunk a corporális, a cervicális császármetszésre és a hebstotomiára. Mind a három esetben az anya kívánsága, hogy bármely műtét árán a gyermeke életben maradjon. Az első esetben, teljesen érintetlen genitáliákkal, a magzatra legkönnyebb módja a szülésnek a corporális metszés. A második esetben hosszabb vajudozás után a corporális metszés az anyára fokozva veszélyes, tehát már elkésett; a 20 éves asszonyon most már a császármetszésnek azt a módját kellett választanunk, melylyel neki legkevésbé ártunk s nem is csonkítjuk meg; mindkét ezélt szolgálta az extraperitoneális cervicális metszés; a hebstotomia ebben az esetben több okból ellenjavalt volt (I. partus, szűk hüvely, egyaránt szűk medenceze, 7.5 conj. vera). A harmadik eset meg úgy kínálja magát a hebstotomiára, hogy e műtét elől kitérni sem lehet.

A typusos feltételek s indicatiók közt hamar egymás után végzett három nagyobb műtét önkénytelenül is arra késztet, hogy felettük kritikát gyakoroljunk és őket összehasonlítsuk. Tagadhatatlan tény marad, hogy a legkönnyebb, legsimább s a magzatra is a legkedvezőbb műtét a régi császármetszés; a szigorú chirurgus kritikáját is ez a műtét állja ki legjobban; ennél a műtétnél a műtő ura a helyzetnek, váratlan meglepetések, melyekkel szemben tehetetlenül áll, nem vetődhetnek fel; az egyetlen incidens, a mely operálás közben zavarólag hathat, az atoniás vérzés, ezt pedig a legrosszabb esetben az erek leszorításával, amputációval biztosan és gyorsan lehet csillapítani. Ha a fertőzés ellen is tudnánk védekezni olyan bizonyosan, mint a hogy a vérzés felett uralkodni tudunk,

akkor valóban semmi ok sem volna másféle műtétek kigondolására. A műtét hátránya éppen az, hogy csak akkor kecsegtet teljes eredménnyel, ha úgy az endogen, mint az exogen fertőzés veszélye biztosan távol áll. Egy ilyen császármetszés után azonban a gyermekágy könnyű s a reconvalescentia ideje semmivel sem húzódik tovább, mint a rendes szülés vagy a legegyszerűbb hasmetszések után. A mi asszonyunk a 14. napon elhagyta az ágyat s eltekintve a narcosisnak alig számbavehető kellemetlenségeitől, szívesebben viselte el a műtét következményeit mint bármely gyermekágyát, tudniillik ő nála a cervixsonkból lochia sem ürült, s a mi különös megjegyzést érdemel, a méh és petefészkek eltávolítása semmiféle befolyással sem volt a tejelválasztásra, az asszonynak bőven volt az első naptól teje s maga táplálta s táplálja ma is a gyermekét.

A cervicális császármetszésről ennyi dicséretet nem lehet mondani. A műtét szövényes és a lefolyásában mindig bizonytalan. Az ide s tova már számtalan variációját három csoportba lehet beosztani. Az elsőbe azokat, melyek teljesen a hashártyán kívül folynak le; a másodikba azokat, melyeket intraperitoneális módon jóformán ugyanúgy végeznek, mint a régi császármetszést szokás, annyi különbséggel, hogy a metszés a méh alsó, passzív részén, főként a méh nyakán készíti a nyílást; a harmadikba azokat, melyek a hashoz varrt méh sebéen, mintegy fistulán keresztül fejezik be az elhúzódt szülést. A folytonos változtatás, javíthatóság alatt forrásban, átalakulásban levő műtétmódok közül csak annak van — nézetem szerint — igazán reális alapja, a mely tökéletesen a hashártyán kívül végezi a dolgát. A hashártyán keresztül felülről való átvágása a méh alsó szakaszának s ezzel a metszéssel a has üregének összenyitása a hüvelyboltozattal ellentmond mindannak, a mire eddig a császármetszéseknél, ide értve a Dührssen-operációt is, gonddal törekedünk. A terhesek tátongó hüvelyé sohasem tiszta s succulens, felpuhult állapota miatt nehezebben is lehet megtakarítani, mint például a nem terhes hüvelyt s ha még a hüvelyt és boltozatát tisztára tudni is surolni, a nyak kitisztogatása úgy, a hogy a has megnyitása előtt méltán elvárható, akár áll a burok, akár nem, s még kevésbé, hogyha már megrepedt, teljesen lehetetlen. A régi császármetszéseknél arra is ügyeltünk, hogy a belső méhszájra tapadó burokrészleteket ne a méhen ejtett nyíláson hozzuk ki, hanem letoltuk a hüvelyboltozatba, mert ez a burokrész a hüvely boltozata felől felkészült mikrobáktól már beszenyezett lehet és úgy a méh sebéen, mint a has üregét inficiálhatja. Az a feltevés meg, hogy a bemetszett passzív rész, a méh belső szája körül az arteria s vena uterinák gazdag érhálózata kevésbé vérzik, mint az izmos corpus, nem felel meg sem a méh anatómiájának, sem a megszokott élettani viselkedésének; ha a méh tonusa rendben van, akkor valószínűbb, hogy gyorsabban csillapul a vérzés a méh azon részén, a hol vastag izomrétegek húzódnak egymás mögé s össze, mint ott, a hol ez a retractio és a contractio már az anatómiai viszonyok szerint is sokkal hiányosabb; a placenta tapadási helye vérzik erősebben, de ez a hely megmutatja magát, ezt a területet a bemetszésre eddig sem választotta szándékkal senki sem. (Méh-repedéskor rendszerint a méh nyaka reped s ha a repedés nagyobb érágat szakított keresztül, bár kökemény a méhtest, mégis vérzik a seb.) Ha pedig atonia volna a vérzés okozója, akkor meg függetlenül a sebész helyétől, akár a corpuson, akár a nyakon vágjuk át, vérzeni fog a méh. Az az impressió, hogy az ilyen vérzés is inkább van a hatalmam hatáskörében, ha a seb fenn fekszik, a mikor az uterina felfelé futó ágait kell csak leszorítanom, mint mikor átvágva a nyakat, a lefelé futó ágakat is sietve el kellene látnom. A két főtényezőt, a fertőzés veszélyét és vérzést tekintve, e szerint nem tudom belátni, hogy intact esetben is, mert csak ilyenről lehet szó, előnye volna az intraperitoneális cervicális metszésnek a corporális felett. A transperitoneálisnak nevezett császármetszésnek annyiban megvan az értelme, hogy a has üregét védi a máris lázakat okozott, soká tartott szülés lefolyása közben szennyesnek supponált hüvelyboltozat és a méh nyaka kétes tartalmától. Ez a műtét azonban arra van hivatva, hogy a hőmérsék lázas jellege ellenére is a magzat érdekét tartsa a szem előtt. Még az esetben is, ha a lochiák vagy a vér vizsgálata vagy ezekkel együtt a klinikai kép már a szülés alatt bizonyossággal meg tudná mondani, hogy a vérmérgezésnek vagy a fertőzésnek enyhébb vagy erősebb foka előtt állunk, akkor is az anyával szemben túlhajtott istápolása a magzat érdekének lázas testen végezni a

császármetszés akármely módját; pedig sem a vérvizsgálat, sem a betegség képe nem ad a jövőre semmi felvilágosítást sem s legfeljebb csak valamely gyanúra jogosít a prognosist nézve. A transperitoneális császármetszést a szerzők lázak, bűzös magzatviz esetén hozzák javaslatba, az ilyen indicatio két lábra is sántít.

A harmadik módosítása a Frank-operációnak, az extraperitoneális császármetszés leginkább megállja a helyét. De itt is tegyük különbséget és válaszszuk el a lázas szüléseket azoktól, melyekben a hőmérsék is, az érverés is rendes, de a burok nem ép, vagy a szülőt már többször is vizsgálták. Az első variációra az a megjegyzésem, hogy eddig azt tartottuk s úgy is tanítottuk, hogy, minthogy a gyermekágyi láz nem egyéb mint sebláz, ha láz támad, sietve s akként kell befejezni a megindult vagy húzódt szülést, hogy minél kevesebb új seb keletkezésére adjunk a műtéttel alkalmat, mert minél több lesz a seb, annál nagyobb terület lehet megfertőzve. Az extraperitoneális császármetszés pedig ugyancsak nagy sebész és ez a seb éppen a hüvelyboltozattal, a külső méhszájjal, a méhnyakkal nyílik majd össze, tehát a szüléscsatornának azzal a részével, a hol a fertőzés történt s a honnan szokott a méh ürege felé is felfelé terjedni. Lázas szülés közben ez a nagy műtét akkor sem nyerhet létjogosultságot, ha a technikánk oda-finomodik, hogy biztosan és mindenkor le tudjuk tolni a hashártyát a nélkül, hogy megnyitnók a hasat. Másként áll a dolog ott, a hol a régi, az intraperitoneális, a corporális metszés már elkészült, de az infekciónak semmi nyoma sincsen. Ilyenkor jogunk van feltenni, hogy, ha ejtünk is sebet, kiváltképpen, ha a hasat nem nyitjuk meg, nem fogja talaját alkotni az a seb olyan fertőzésnek, mely általánossá s ezzel az organismusra halálössá válik. Az ilyen metszés körülbelül megfelel Dührssen vaginális császármetszésének, melyet általa bővítve felülről végezzük, a vaginális császármetszés pedig például eklampsia ellen a terhesség alatt, tehát még nem tárgult méhnyakkal szemben állandó helyet nyert a szülészeti operációk közt s normális hőmérsék mellett végezve, inkább a vérzéstől, mint a fertőzéstől félős. Az extraperitoneális cervicális császármetszésnek ez említett körülmények között azért is megvan az értelme, mert, ha csak lokálisan fejlődő incidensek momentan vagy utókövetkezményeitől van okunk tartani, jogunk van a magzat életére is minden tekintettel lenni. Nekem a hashártya leválasztása a Latzko módjára könnyen sikerült, a mérsékelt kitágított hólyag a tájékozódást megkönnyebbitette. A jövőre nézve az a benyomásom, hogy, ha a Solms tanácsa szerint (Berliner klin. Wochenschrift, 1909. 5. szám és Centralblatt f. Gyn., 1909. 51. sz.) alulról kezdjük a Dührssen-féle vaginális úton a műtétet s azután felülről Latzko szerint folytatjuk azt tovább, s ha a sebet ismét a Solms ajánlata szerint előbb felül s azután alul zárjuk, még pedig a paravesicális sebnak a hüvely felé irányított tamponálásával, tisztább s könnyebb lesz a munkánk, bizonyosabban meg tudjuk őrizni egyben a hashártyát, a sebgyógyulásra is több a garancia s ilyformán járva el, a gyógyulás idejét is megrovidíthatjuk.

A hebestomia a három műtétfajta közül a legkevésbé chirurgikus műtét. Ez olyan egyszerű, könnyű kivitelű műtét, mely nagygyá lesz azáltal, mert nincs a hatalmunkban. A szerencse pedig operációknál nem tartozhatik a feltételek közé. „Die Hebestomie ist und bleibt die Operation der unberechenbaren Verletzungen, wenigstens bei Erstgebärenden. Das ist mir immer unsympathisch gewesen“ stb., mondja Küstner tanár (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 34. sz.). És „es kommen hier die mannigfachsten und unglaublichsten Verletzungen vor“ mondja Schauta tanár (G. u. G. Gesellschaft in Wien, 1908 december 15.-i ülés). A vérzés már a fűrészelés közben, a szülés mikéntje, ideje és módja, a sérülések a magzat születése folytán, olyan kérdések, melyekre minden műtét más és más váratlan feleletet adhat s ezekhez a legnagyobb kérdőjel alatt marad a magzat élete, a melyért tulajdonképpen a nagy műtét történt. Műtétet csak akkor végezhetünk, ha az arra való felhatalmazásnak a birtokában vagyunk.

A most tárgyalt három nagy operációt majd mindig s az utolsót mindig csak a magzatért végezzük. Ebben a tekintetben pedig úgy áll közöttük a viszony, hogy a corporális császármetszéssel az élő magzatot bizonyosan élve, a cervicális által minden

valószínűséggel, a hebstotomia útján meg csak valószínűséggel tudjuk megigérni. Ennek a műtétnek a virágzó kora nem tartott sokáig, hogy azonban nem lázas, többször szülő asszonyok számára megmarad az armamentariumban, mutatja az az eset is, a melyet leírtam. A hogy említettem, azt hiszem, hogy főbenjáró prophylaxis a műtét kimenetelére, ha a hüvelyt alsó bemetszéssel jó mélyen feltárjuk s ha a hegyes tüvel szorosan a csonton, majdnem a csont szövetében haladunk körül és felfelé, mert a lágyrészeket, a clitorist s a pudenda ágait így óvhatjuk csak meg.

A három műtét jövőjét tekintve, azt hiszem, hogy művi therapiánk állandó kincsül marad továbbra is a Sönger-eszármetszés, függelékeként kisegítőnk leendő a Frank operációja, a hebstotomiából rövid uralkodás után „szükség-operatio“ lett. (v. Herff: Naturforsch., Stuttgart, 1906 szeptember 16.)

Közlés a székesfővárosi új Szent János-kórházból.

A Kromayer-féle kénesőkvarcslámpa radiotherapiái értéke.

Irta: **Póór Ferencz** dr., egyetemi magántanár.

A mióta a kilenczvenes évek elején *Finsen* epochális felfedezésével az ibolyántúli sugarakat bevezette a therapiába s ugyanakkor kiváló készüléket konstruált e sugarak alkalmazására, azóta a klinikai és laboratoriumi vizsgálatok egész tömege minden oldalról tisztázta és megerősítette az ibolyántúli sugarak *Finsen* által konstatált gyógyítóhatását, nagy szabotossággal megállapította e sugarak indicióit, s elismerve mindig *Finsen* felfedezésének korszakalkotó voltát, rámutatott egyszersmind készülékének hátrányaira is.

Az eredeti *Finsen*-készülék tetemes áramfogyasztása és komplikált volta mellett drágasága, nagy térfogata, a kezelés hosszadalmassága főleg lupus eseteiben, gátat emelt a *Finsen*-féle gyógyító módnak a mindennapi praxisban való elterjedése elé s használatát csak nagyobb, anyagiakkal bővebben ellátott intézetek, kórházak, sanatoriumok részére tette lehetővé s oly betegek részére, kik hónapokon át tartózkodhattak az illető városban, a hol a készülék alkalmazásban van.

Ezek azok a jogosulatlanok nem mondható kifogások, melyek az eredeti *Finsen*-féle készülék ellenében elhangzottak és kívánatosá tették egy olyan újabb készülék konstruálását, melynél az árammegtakarítás, a szénfénynél kevesebb költséget okozó fényforrás, az olcsóbb-előállítási ár, az egyszerűbb kezelhetőség mellett az ibolyántúli sugarakkal való gyógyítás sikere biztosítottak s — ha lehet — a kezelés időtartama is megrövidítették.

E czélok vezették *Lortet Genoud*-t módosításukban, továbbá a vasifény alkalmazóit, *Bangot* és *Strebel*t, *Kjeldsens*, *Broccat* és *Chatint*, *Lesliet* és *Piffardot* s a kénesőifényt felhasználó *Heraeus* és *Schott*-féle uviol-lámpa alkalmazóit, valamint az eredeti *Finsen*-készüléket módosító *Finsen-Reyn*-féle lámpa konstruálóját. A módosításokhoz fűzött várakozások azonban, mint ma már megállapítható, nem váltak be. Kivéve talán a közülük legszebb eredményeket adó *Finsen-Reyn*-féle lámpát, mely az eredeti *Finsen*-készüléket leginkább megközelítő eredményeket adott.

A sorozatban utolsó — but not least — *Kromayer* kénesőkvarcslámpája. E lámpában a fényforrás az *Arons* által 1892-ben felfedezett, s ibolyántúli sugarakban igen gazdag kénesőifény, melyet a villamos egyenáram a kvarccsal határolt légüres térben levő kénesőpárák átizzítása révén produkál; ezt az ibolyántúli sugarakat átbocsátó kvarczon és a vörös — hő — sugarakat elnyelő víztégen átbocsátva, *Kromayer* a *Finsen*-féle készülék helyettesítésére therapiái czélokra alkalmazta s eredményeiről első ízben 1906-ban referált.

Magának a készüléknek leírását *Kromayer* közlése részletesen adja s így erre csak röviden terjeszkedem ki. Az ökölnyi nagyságú készülékben egy Π alakú, szárainak felében kéneső tartalmazó kvarczosok van elhelyezve, melyet nikkelezett fémtok vesz körül egy 50 mm.-nyi, szintén kvarccsal fedett körkörös ablakkal. A hűtést eszközö ző víz a kvarczos és a fémtok között kering. Az egyenáram a kvarczon átvezetve a kénesőpárákat izzóvá teszi s az izzás zöldesfehér, intenzív — *Wetterer* szerint 1200—1500

gyertyafénynek megfelelő —, ibolyántúli sugarakban igen gazdag fényt produkál.

A therapiában — *Kromayer* útmutatása szerint — a mennyiben felületesebb hatás kifejtésére volna szükség, a lámpa a bőrtől körülbelül 10 cm. távolságra alkalmaztatik, míg ha a mélyebb hatást tartjuk javatnak, a lámpa kvareczablakát szorosan a bőrre kell szorítanunk, éppen úgy mint a *Finsen*-féle lencsét, hogy a bőr szövetét a lehetőséghez képest vértelenítsük, mivel, mint kísérletileg már rég igazoltatott, a vér a sugarak túlnyomó részét el tudja nyelni. Midőn mélyebb hatást akarunk elérni, kívánatos a rövidhullámú sugarak kizárása, minthogy azok a bőr felső rétegeit túlerősen izgatják s fájdalmas lobosodások, sőt nekrosis okai lehetnek oly prolongált expositionál, a milyent a bőr mélyebb rétegeire kiterjedő bőrmegbetegedések (például lupus vulg., epithelioma) megkívánnak. E rövidhullámú fénysugarak kizárása czéljából *Kromayer* oly vízzel ugyancsak átáramoltatott compressorokat alkalmazott, melyeknek különböző nagyságú ablakai *Schott*-féle ibolyántúli üvegből vannak, melyek tudvalevőleg a rövidhullámú sugarak túlnyomó részét elnyelik. Így a szövetek mélyebb rétegeibe hatoló, abszolút hideg, ibolyántúli, nagy hullámhosszú sugarak alkalmazását teszi lehetővé a *Kromayer*-féle kénesőkvarcslámpa.

Kromayer első közlésében lámpájának a dermatoterapia terén igen nagy jövőt jósolt, midőn azt lupus vulgaris, epithelioma, naevus vasculosus, alopecia areata, rosacea, eczema, makacs lueses affectiók, sőt heveny és idült gonorrhoea kezelésére ajánlotta.

Hogy az ilyen könnyen kezelhető, eléggé jutányos s a mellett a *Finsen*-féle eredeti készülékkel adequatnak — sőt azt therapiái hatásban felülmúlónak — hirdetett készülék gyorsan elterjedt, csak természetes. Minden irányban megindult a kísérletezések sora s az eredményeknek az eredeti *Finsen*-féle készülék, az uviol-lámpa, a *Lortet-Genoud*-féle, valamint a *Finsen-Reyn*-lámpa eredményeivel való összehasonlítása, úgy hogy ma már számos — habár egymással sokban homlokegyenest ellenkező — közlés tárgyalja a *Kromayer*-féle készüléket különböző szempontokból. E közléseket egyenkint felemlíteni, kritikailag méltatni nem czélom s így közülök csak azokkal foglalkozom, melyek az én therapiái eredményeimre vonatkozóba hozhatók.

Magam 1907 óta alkalmazom székesfővárosi új Szt. János-kórházi anyagomon a *Kromayer*-féle lámpát s így nem tartom teljesen feleslegesnek, ha tapasztalataimat, illetve therapiái eredményeimet közlöm.

* * *

Minthogy a sugaras gyógyításnak egyik legfőbb czélja a bőrtuberculosis, s ennek megjelenési alakjai között első sorban a *lupus vulgaris* gyógyítása, minden egyes rendszerű lámpa hatásának megítélésakor mindenekelőtt az e betegségre való hatása kerül szóba; igyekeztem tehát a *Kromayer*-féle készüléket ebben az irányban a legszigorubb kritikával alkalmazni. Első két esetemben néhányszor a fehér fényt alkalmaztam, azonban a mutatkozó túlerős, de mégis felületesebb reactio csakhamar arra kényszerített, hogy az átáramló vízbe *Kromayer* ajánlata szerint methylenkéket vegyitsek, midőn pedig a készüléket előállító gyár a kék compressorokat forgalomba hozta, állandóan azokat alkalmaztam, még pedig óvatosság szempontjából az első expositionál csak 10—15 percig, hogy a beteg esetleges idiosinkrasiája megállapítható legyen. Ha a reactio e megvilágítási tartam után nem mutatkozott túlerősnek, fokozatosan és ismételtén 40—50 percznyi expositionra is emelkedtem, mely alkalmazásnak — természetesen kizárólag a kék compressorral — a betegre nézve semmi hátrányos oldalát sem láttam. Megjegyzem, hogy ugyanazon bőrrészleten a következő expositiont csak az előző reactiójának teljes lefolyta (8—20 nap) után ismételtam. Így a beteg bőrrészlet ugyanazon helyén néha 5—6 sőt több megvilágítást is alkalmaztam. A gyógyulás lehető gyorsítása czéljából azonban a reactiót mutató bőrrészlettől 3—4 cm.-nyire új expositio történt még az előbb megvilágított hely reactiójának teljes lefolyta előtt is.

Kiváló eredményt értem el a *lupus vulgaris* ama alakjában, melyet *Unna* *lupus crustosus*-nak nevez. Ezekben az esetekben a pörköknek bőrvaselinnel való felpuhítása és eltávolítása után a fennmaradó erodált, eczemához hasonlító bőr különösen élénken reagál a kénesőifényre. Hat ily eset közül háromban sikerült kizárólag a fénykezeléssel teljes gyógyulást elérnem. (A „teljes

gyógyulást" természetesen úgy értelmezem, hogy a gyógyító mód befejezése után 3—6 hónap alatt kiújult göbök találhatók nem voltak.) Az első eset a megbetegedés nagyobb kiterjedése miatt — tenyérenyi lupus az arczfélén — azonban negyven 20—50 perces expositiót tett szükségessé a kék compressorral. Másik gyógyult esetemben a bal fülkagyló alulsó részétől ugyanazon oldal nasolabialis redőjéig áthúzódó lupus, az áll alatt egy másik, hosszukás, 3—4 cm. széles, 10 cm. hosszú scrophuloderma átmenő lupus-plaque volt jelen s itt 27, a fentihez hasonló időtartamú expositio hozta létre a gyógyulást ideális bőrheg hátrahagyásával. Harmadik gyógyult lupusosom orrán a fillérinyi plaque 16 expositio után gyógyult.

Sajnálatos, hogy lupus eseteiben a gyógyítás időtartamát a kvarc-lámpa sem tudja leszállítani s ily hosszú kezelés úgy az orvos, mint a beteg türelmét túlságosan próbára teszi, eltekintve attól, hogy nagyon kevés vidéki beteg teheti meg, hogy rendes, kenyérkereső foglalkozásától elvonva, hónapokat, sőt egy évnél is hosszabb időt töltsön a kórházban. E sociális okok miatt a fent említett lupus crustosusos betegek közül kettő, ámbár javulva, de gyógyulatlanul hagyta abba a kezelést. Hogy azonban kitartó és nem csüggedő kezelés mellett a *lupus vulgaris bizonyos típusai meggyógyíthatók kizárólagos kvarc-lámpakezeléssel*, arra bizonyosságot nyertem gyógyult eseteimben.

A gyógyulás időtartamának megrövidítése céljából a lámpakezelést később a paquelinezéssel egyesítettem. Erre legalkalmasabbak voltak azok az esetek, melyekben a lupus solitaer, elszórt göbökben mutatkozott. E disseminált esetekben a reactio lefolyta után a megvilágított területen a kóros részek — az ép bőr résznek a reactiótól előidézett élénkvrös színétől elütőleg — igen elective, mint fehér, fénylő, gombostüfejni-kölesnyi göbök mutatkoznak, melyek a paquelinrel vagy thermocauterrel igen könnyen eltávolíthatók. Így 10—15 izben való 20—50 perces megvilágítással és néhány paquelinezéssel relative gyorsan gyógyultak eseteim. Nyolcz ily disseminált lupus esetem közül 4 teljesen gyógyult, 3 javult, de a teljes gyógyulás előtt elhagyta a kórházat, míg egy esetben a gyógyult helyek mellett és a hegben nagy számban új göbök tűntek fel 3 hónapra a kezelés befejezése után.

Aránylag a legrosszabb eredményt adták az erős granulatiót mutató papillomatosus s subsequens beszárado, *Jadassohn* szerint „epidermizálódó“ lupusok. A papillomatosus, relative keményebb, összeállóbb consistentiájú lupusok közül 4 állott kezelésem alatt s ezek közül csak egyen értem el számbavehető eredményt, habár ezt sem mondhatom gyógyultnak, mivel a képződött hegben folytonosan újabb és újabb kiújulások mutatkoznak, ámbár eddig 41 megvilágításban részesült. De az összes lupusok közül a legrosszabb eredményt 2 lupus mutilans esetemben értem el, a melyekben a fénykezelést az eredmény abszolút hiánya miatt csakhamar elhagytam.

A tuberosus, elevált, helyenként kifeléyesedő alaknak, mely a leggyakoribb jelentkezése a lupus vulgarisnak, 11 esetében alkalmaztam a Kromayer-féle lámpát. Ezek közül 3 teljesen gyógyult (4—6 hónap óta nincs kiújulás) *kizárólag* a lámpa alkalmazására, míg 4-en lámpa + paquelin-, illetve pyrogallol-kezeléssel értem el eredményt; 6 beteg határozottan javulva, de nem gyógyulva, idő előtt abbahagyta a kezelést.

Összefoglalva a *lupus vulgaris* eseteiben a Kromayer-féle kénese-kvarc-lámpával (egyes esetekben gyorsítás céljából paquelinezéssel kapcsolatban) két év alatt elért eredményeimet, 32 *lupus vulgaris*os betegem közül 10 gyógyult (oly értelemben, hogy a gyógyulása óta eltelt 3—6 hónap alatt kiújult göbök nem mutatkoztak), 16 javult (azaz szépen hegesedett, de a hegben a távozáskor még több-kevesebb göb volt látható), 6-ra a fénykezelés úgyszólván semmi befolyást sem gyakorolt. A gyógyulás egy-egy kóros bőrészletnek 20—50 percig tartó kék compressorral való többször ismételt megvilágítása után állott be. A heg ideálisan sima, atrophiaszerű. A kezelési idő körülbelül egyezik az eredeti Finsen-készülékkel való kezelés idejével, tehát azt, hogy kvarc-lámpával a kezelés lényegesen megrövidíthető, tapasztalataim nem erősítik meg.

* * *

Tuberculosis verrucosa cutis 3 esetében, ámbár a megvastagodott szaruréteg túlnyomó részét előzőleg eltávolítottam, 40—50

perces expositióval sem tudtam számbavehető eredményt elérni. (Megjegyzem, hogy *Jadassohn* az eredeti Finsen-féle apparatussal sem tudott eredményre jutni!)

Lupus erythematosus 7 esetében volt alkalmam a kvarc-lámpát applikálni. Mind a 7 esetben a bőrmegbetegedés az arczon volt lokalizálva. Három esetben, természetesen atrophia hátrahagyásával, gyógyulást, két esetben részleges gyógyulást (tudniillik a plaqueoknak csak egy része gyógyult) érhettem el, míg 2 eset refractaer maradt. Valamennyi esetben a kék compressoriumot s 20—60 perces expositiót alkalmaztam egy-egy bőrészleten négy-öt izben is, a megelőző reactio lefolyta után. Feltűnt, hogy a gyógyult esetek régebbi, stationaer esetek voltak, míg azokban a hevenyebb *lupus erythematosus discoides*-esetekben, melyeket az élénkebb vörös szél mellett a relativ gyors terjedés is jellemez, a reactio kisebb volta mellett a gyógyulási hajlam is csekélyebb. Sőt a régen fennálló megbetegedés frisebb plaquejai nehezebben gyógyultak mint a régebbiek. Megjegyzem, hogy összes *lupus erythematosus* eseteimben az atyám, *Poór Imre* tanár által már a múlt század hatvanas éveiben ajánlott chinint rheummal adtam belsőleg, minthogy attól én is már előzőleg jó hatást láttam *lupus erythematosus* eseteiben. (Atyám s utána én is a következőképpen adagoltam: Rp. Chinini hydrochlor., Pulv. rad. rhei, Natrii bicarbonici aa 3.0 M. f. pulvis. Div. in dos. aequ. No. X. S. Naponta 2—3 port ostyában.

Alopecia areata 8 esetében a kvarc-lámpa a legkiválóbb eredményt adta, 10—15 percnyi fehér fényvel való, a reactio lefolyta után néhányszor ismételt megvilágítás mellett eseteim aránylag gyorsan gyógyultak, úgy hogy megerősíthetem *Behring*-nek, valamint *Schattmann*-nak azt az észlelést, hogy semmi más módszerrel oly gyorsan, kényelmesen és biztosan nem gyógyítható az *alopecia areata*, mint éppen a Kromayer-féle lámpával.

Hasonló szép az eredményem a *neurodermitis* (lichen simplex chrom. Vidal) 14 esetében, hol gyakran már egy-két erőlesebb 15—25 perces megvilágításra a bőr rohamos gyógyulása áll be. A *chronikus eczémák* erős felhámmevastagodással járó, makacs és megfelelő kenőcsös kezelés mellett is csak igen hosszú idő alatt gyógyuló esetei 2—3-szoros 10—30 percig tartó megvilágítás után feltűnő gyorsan gyógyultak, mint 18 esetem alapján meggyőződtem róla. A *rosacea* azon eseteiben, a melyekben a bőr intensív hyperaemiája inkább a legfelületesebb vérerek tágulásán alapszik s a gyógyuláshoz az erekben thrombusképződés és obliteratio szükségeltetik, kielégítő eredmény érhető el (kék compressor többszöri 20—30 perces megvilágítással), mint 5 esetben meggyőződtem. Azonban kozmetikai szempontból bizonyos esetekben az Unna-féle „Mikrobrenner“-nek vagy a scarificationnak előnyt kell adnom, mivel a kénese-fénymegvilágítás, különösen igen világos arczbőrű nőkön, meglehetősen intensív, s kozmetikai szempontból esetleg kifogásolható barna pigmentatiót okoz. Öt esetemben javulás volt konstatalható, míg két esetem (igen erősen tágult erek!) refractaer.

Nagy jövőt jósolhatunk a kvarc-lámpának a hajás fejbőr *seborrhoea*ja eseteiben, hol — különösen ha a türelmet erősen próbára tevő procedurákat vesszük tekintetbe, melyek e megbetegedés kezelésében ma is divnak — nyereséget jelent a kvarc-lámpa alkalmazása. Fehér fényvel 3—4 izben való 10—20 perces megvilágítás után gyors javulás áll be. A korpázás és hajhullás az esetek nagy részében, ha nem is véglegesen, de időlegesen megszűnik s a megvilágításnak néhány hónap múlva való megismétlése mellett a kozmetikai szempontból rettegett *alopecia seborrhoica* keletkezése elodázható. Kár, hogy nőkön a hosszú hajzat akadálya a lámpa sikeres alkalmazásának. A *seborrhoea capitis* 29 esetében a siker kielégítő volt. Természetesen a *seborrhoea*s *alopecia* azon esetei, a melyekben a hajtüszök atrophiaja is bekövetkezett már, mint minden kezeléssel, ezzel is daczolnak.

Végre *vitiligo* ellen — sajnálatomra csak egy eset állott rendelkezésemre — alkalmaztam a lámpát. A *vitiligo* a kézen volt s éppen erősen éktelenítő volta miatt keresett fel a beteg. *Buschke*, *Mulzer* és *Schattmann* ajánlatának megfelelőleg alkalmaztam a kénese-fényt s öt izben való megvilágítás után gyógyulás következett be.

A Kromayer-féle kéneseő-kvarcslámpát összesen 119 esetben használtam és pedig a következő eredménnyel:

	Esetek száma	Gyógyult	Javult	Változatlan
Lupus vulgaris	32	10	16	6
Tbc. verrucosa cutis	3	—	—	3
Lupus erythematosus	7	3	2	2
Alopecia areata	8	8	—	—
Neurodermitis	14	14	—	—
Eczema chronicum	18	18	—	—
Rosacea	7	—	5	2
Seborrhoea capitis	29	18	11	—
Vitiligo	1	1	—	—
	119			

Tapasztalataimat röviden a következőkben vonhatom össze:

A megvilágítás után a reactio 24—48 órával mutatkozik mérsékeltén fájdalmas fényerythema képeben. A reactio tetőpontját 3—5 nap alatt éri el kisebb-nagyobb exsudatiós hólyagokat provokálva, míg 10—20 nap alatt némi pigmentatio hátrahagyásával gyógyul. Nem oszthatom azoknak nézetét, a kik a kéneseőfény okozta reactiv gyuladást különösen fájdalmasnak, alig elviselhetőnek tartják. Összes betegeim e fájdalmat könnyen elviselhetőnek mondták. Éppen úgy nem találtam még többszöri megvilágítás után sem a pigmentatiót oly nagyfokúnak s intensívebbnek, mint az az ibolyántúli sugarak más készülékkel vagy más fényforrással való alkalmazása után is előfordul. S végre óvatos kezelés mellett — minden egyes betegen az expositio tartamát csak lassan fokoztam — nem láttam betegeimen azokat a fény okozta nekrosziseket sem, melyekről mások említést tesznek.

Tapasztalataim alapján a Kromayer-féle kéneseőkvarcslámpát mindazon esetekben alkalmazhatónak tartom, melyekben az ibolyántúli sugarak alkalmazása javallt. Behatására az alopecia areata, makacs neurodermitisek és száraz kemény chronikus eczemák, vitiligo feltűnő gyorsan gyógyulnak. A lupus vulgarist és erythematosust, esetleg más eljárásokkal kombinálva, előnyösen befolyásolja, sőt bizonyos esetekben gyógyítja s ha az eredeti Finsen-féle készüléket hatásában talán nem is múlja felül, de annyira megközelíti, hogy pótlására alkalmas. Előnye könnyű, nem komplikált kezelhetősége, más hasonló célú készülékekhez jutányosabb ára, kis térfogata, csekély áramfogyasztása s az, hogy az eredeti Finsen-lencsével hozzáférhetlen helyeken is alkalmazható.

Közlés a budapesti m. kir. tud.-egyetem I. számú belorvostani klinikájából. (Igazgató: Kétly Károly dr. egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Adatok az angiosclerosis pathogenesisének tanához.

Irta: **Tornai József** dr., klinikai II. tanársegéd.

Az angiosclerosis pathológiájának és pathogenesisének némely, ma még többé-kevésbé homályba burkolt kérdése az újabb időben igen sok vizsgáló szorgos kutatásának alkotja tárgyát.

A mióta Josué-nak sikerült nyulak aortájában, adrenalinak rendszeres bőr alá fecskendésével, az emberi angiosclerosisához némileg hasonló elváltozásokat mesterségesen felidézni, azóta ezen kísérleti utat igen sokan követték. Többen azonban, főképpen a legújabb idők kutatói közül, már nem csupán az adrenalin, hanem különféle más anyagokkal és módszerekkel is kísérleteztek. E helyen nem szándéksom az idevágó széleskörű munkálkodást részletesen ismertetni,¹ de megjegyzem, hogy több, igazán fáradságos munkánkunktól az angiosclerosis tanának eddig fel nem derített kérdéseire vonatkozólag igen értékes felvilágosításokat kaptunk.

Az angiosclerosis tana ma a klinikusokat is igen élénken foglalkoztatja és az utóbbi időben az angiosclerosisra vonatkozó újabb ismereteink alapján több különféle betegség lényegére is

¹ Ezen tárgyról részletes áttekintés nyerhető Kétly professornak „Über Arteriosklerose” című referatumban. A XVI. nemzetközi orvoscongressus kiadványa. Budapest, 1909.

világosság derült. (Kétly l. c.) Viszont az is általános ismert dolog, hogy bizonyos ártalmak, betegségek közvetve vagy közvetlenül előidéző okai lehetnek az angiosclerosisnak. Igy különösen a nephritistől tudjuk, hogy annak az angiosclerosis igen gyakori kísérő vagy követő társa. Ily esetekben bonezolás alkalmával még fiatal egyénekben is sokan (Ziegler, Fahr¹ Kétly és mások) igen nagyfokú, még a kisebb erekre is kiterjedő angiosclerosisist találtak.

A nephritis és angiosclerosis közötti összefüggésnek igen fontos kérdésével többen foglalkoznak. Vágyva várjuk a felvilágosítást különösen arra nézve, hogy melyek azon ártalmak és miképpen fejtik ki káros hatásukat az erekre, a melyek nephritis esetében az angiosclerosisist felidéznek.

Mind nagyobb hitelt nyer azon feltevés, hogy a vesebajosok szervezetében a vesének (és mellékvesének) kóros állapota és működése folytán benrekedt ártalmas anyagokban kell az ily esetekhez társuló angiosclerosis okát keresni. Az ezen kérdésnek legszorgalmasabb kutatói, Schur és Wiesel² által először kimutatott adrenalinemiát (és a chromaffin szöveteknek hypertrophiáját) azóta vesebajokban mások is megtalálták. Igy az adrenalinat nephritisben szenvedő egyének vérsavójában ki tudta mutatni Schur és Wiesel-en kívül Kaufmann és Mannaberg³, Goldzieher és Molnár⁴, Eichler⁵, Pal⁶, Comesati⁷ és Fraenkel⁸. A saját vizsgálataim során is egy-két nephritis-angiosclerosisban szenvedő betegem vérsavója a Meltzer-Ehrmann békaszem-reactiót kifejezetten adta.⁹ Megfelelő esetek bonezolása alkalmával egyéb elváltozások mellett a mellékvesék hyperplasiáját találtak: Schur és Wiesel¹⁰, Goldzieher és Molnár, Baduel¹¹, Comesati és mások. Schur és Wiesel vizsgálatai szerint veséjüktől megfosztott állatokban is kimutatható az adrenalinemia.

Egyébiránt a mellékvesék hypertrophiája nem éppen egyértelmű az adrenalin felszaporodásával, annál kevésbé, mivel a mellékvesék az adrenalinon kívül egyéb anyagot is termelnek. Igy, mint ismeretes, a cholin is a mellékvesék produktuma, a cholin pedig bizonyos hatás szempontjából, a mint azt Lohmann¹², Mansfeld és Kabdebo¹³ és mások állatkísérletek útján beigazolták, az adrenalinak éppen antagonistája. Azonban egyik-másik szerzőnek, különösen pedig Wiesel-nek vizsgálataiból kitűnt, hogy az idevágó esetekben a mellékvesének leginkább az adrenalin termelő velőállománya volt erősen felszaporodva. A cholin pedig a mellékvesének kéregsejtjei termelik.

¹ Virchows Arch., 195. kötet, 2. füzet.

² Schur und Wiesel: Über eine der Adrenalinwirkung analoge Wirkung des Bluteserums von Nephritikern auf das Froschauge. Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 23. sz. — Továbbá: Zur Frage drucksteigernder Substanzen im Blute bei chronischer Nephritis. Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 51. szám.

³ L. a bécsi es. kir. orvosgyógyesületnek 1907 május 31.-én tartott ülése jegyzőkönyvének idevonatkozó részét. Ref. Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 23. és 40. szám.

⁴ Goldzieher és Molnár: Beiträge zur Frage der Adrenalinämie. Wiener klin. Wochenschrift, 1908. 7. szám.

⁵ Eichler: Über die Adrenalinwirkung des Serums Nephrektomierter und Nierenkranker. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 46. szám.

⁶ Pal: Über das Vorkommen mydriatisch wirkender Substanzen im Harn. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 2. szám.

⁷ Comesati: Münchener med. Wochenschrift, 1908. 37. szám. — Továbbá: Über den Wert der Froschbulbus-Reaktion und einige Eigenschaften des Adrenalins. Archiv f. experim. Pathologie und Pharmakologie, 60. kötet, 3. füzet, 233. l.

⁸ Fraenkel A.: Über den Gehalt des Blutes an Adrenalin bei chronischer Nephritis und Morbus Basedowii. Archiv f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, 1909. 60. kötet, 6. füzet, 395. l.

⁹ Holott csupán angiosclerosisban szenvedők vérsavója ezen reactiót igen ritkán és gyengén adja. Meg kell azonban jegyezni, hogy ezen reactiót tulajdonképpen nem szabad az adrenalin specifikus reactiójának tartani, mert az enucleált békaszem mydriasisát az adrenalinon kívül, a mint azt újabban egyes szerzők (Ehrmann, Comesati, Watermann és Boddaert) beigazolták, még egyéb oly anyagok is kiváltják, melyek a vérben normálisan vagy véletlenül szintén előfordulhatnak. Igy a brenzkatechin, hydrochinon, salicylsav stb. De viszont tagadhatatlan, hogy a legkifejezettebb mydriasis az adrenalin idézi elő. Ha ugyanis a békaszem pupillája a vérsavónak ráceppentése után már néhány percz múlva vagy azon esetben is tágul (kiszélesedik), ha a próbát a savónak többszörös (1:5) hígításával végezzük, joggal felvehetjük, hogy a serum adrenalinat tartalmaz.

¹⁰ Schur és Wiesel: Wiener med. Wochenschrift, 1907. 14. sz. és Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden, 1907.

¹¹ Baduel: Rivista crit. d. Clin. med. 1908 augusztus.

¹² Lohmann: Cholin, die den Blutdruck erniedrigende Substanz der Nebenniere. Archiv f. Physiologie, 118. kötet, 3. és 4. füzet.

¹³ Mansfeld és Kabdebo: Az adrenalin-arteriosclerosis megátlása. Előadás a budapesti kir. orvosgyógyesület 1908 október 24.-én tartott ülésén.

A nyúl jelzése	A befecskendezésre használt anyag megnevezése	A kezelés tartama	A befecskendezések száma	A befecskendezett anyag összmennyisége	A bonczolás lelete	A nyúl teljes súlya grammokban	A kezelt nyúl szívének súlya grammokban	Hasonló súlyú ép nyúl	A kezelt nyúl bal szívkamarájának vastagsága milliméterekben	Hasonló súlyú ép nyúl	A kezelt nyúl jobb szívkamarájának vastagsága mm.-ekben	Hasonló súlyú ép nyúl	Jegyzet
IV. sz., tarka	Nephros. angioscl. vérsavó	32 nap	6	26 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aortában semmi változás	1700	5.30	4.25	6.2	4.1	3.1	3.0	—
III. sz., kis tarka	"	68 nap	11	61 cm ³	Balszív-hypertrophia. A leszálló aorta intimáján néhány sárgás zsíros folt	1275	4.61	3.16	5.1	3.6	2.4	2.3	—
VII. sz., szürke	"	62 nap	10	64 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aortában nincs elváltozás	1400	5.16	3.45	5.8	3.8	2.6	2.5	—
V. sz., szürke	"	65 nap	11	64 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aorta descendens intimáján sárgás foltok	1510	6.72	3.50	6.4	3.9	2.8	2.6	Vizeletben fehérje nyoma
VI. sz., tarka	"	63 nap	10	68 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aorta ívén egy, a descendens résznek kezdetén két aneurysmaszerű kistások	1605	6.45	4.10	7.1	4.0	3.2	2.7	—
I. sz., vöröses	"	76 nap	11	68 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aortában nincs változás	1480	6.23	3.48	6.0	3.9	2.7	2.5	A mellékvesék a rendesenél nagyobbak, gömbölydedek, velőállományuk duzzadt
VIII. sz., szürke	"	92 nap	12	80 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aorta descendens kezdetén hosszúkás, zsákszerű kiöblösödés és több apró vajsárga folt	2150	6.87	5.02	7.3	4.9	3.2	3.0	A mellékvesék nagyok, kemények. A vérsavó az Ehrmann-reactiót még 1:3 hígításban is adja
II. sz., vöröses	"	92 nap	12	80 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aortában nincs eltérés	2360	6.65	5.90	6.5	5.2	3.1	3.0	A mellékvesék nagyok, tömöttek. A vérsavó az Ehrmann-reactiót adja
IX. sz., tarka	Adrenalin 1:1000	60 nap	8	1.80 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aorta ívében kis tasakszerű aneurysma	1650	5.08	4.12	6.1	4.0	3.0	2.7	—
X. sz., fehér	"	82 nap	13	3.30 cm ³	Balszív-hypertrophia. Az aortaíven zsákszerű kiöblösödés	2290	7.35	5.30	6.6	5.1	3.2	3.0	A mellékvese hosszúkás, nem nagyobb mint rendesen
XI. sz., szürke	Egészséges egyének vérsavója	60 nap	8	60 cm ³	Semmi elváltozás	2280	5.25	5.20	5.1	5.1	3.0	3.0	A mellékvesék vékonyak, nem tömöttek
XII. sz., tarka	"	76 nap	11	30 cm ³	Semmi feltűnő	2370	5.81	5.90	5.3	5.2	3.1	3.1	A mellékvesék vékonyak, nem tömöttek

Már az elmondottak alapján is valószínű, hogy a legtöbb vesebajos egyén vére az adrenalin a rendesenél nagyobb tömörségben tartalmazza.

Hogy az adrenalinon kívül még más hasonló hatású anyag van-e az ilyen betegek vérében, ma még nincs eldöntve. Lehetséges, hogy maguk a beteg vesék is juttatnak a vérbe oly káros anyagokat, melyek az erek falát közvetve vagy közvetlenül sérelmezik. *Tigerstedt* és *Bergmann*¹ az állatok veséiből készített, általuk „renin”-nek elnevezett kivonattal, ha azt más állatok bőre alá fecskendezték, tartós verőeres nyomásemelkedést idéztek elő. Hasonló kísérlet-eredményt érték el ezen anyaggal *Vincent* és *Sheen*², valamint újabban *Bingel* és *Strauss*³. Az is kitűnt, hogy a renin is adja a békaszem-reactiót, csak hogy mydriasiszt kiváltó hatása az adrenalinénál sokkal gyengébb.

Az újabb kutatások alapján mind erősebb hitelt nyer azon feltevés, hogy a vérben felszaporodott adrenalin (és esetleg egyéb anyagoknak is) nagy szerepe van a vesebajosok angiosclerosisának felidőzésében. Ha ez így van, akkor a vesebajosok vérsavója éppen úgy használható az angiosclerosis pathogenesisének állatkísérlet útján való tanulmányozására, mint akárcsak valamely adrenalin-oldat.

¹ *Tigerstedt* és *Bergmann*: Niere und Kreislauf. Skandinav. Arch. f. Physiolog., 1908. VIII. kötet.

² *Vincent* és *Sheen*: Journal of Physiologie, XXIX. kötet.

³ *Bingel* és *Strauss*: Über die blutdrucksteigernde Substanz der Niere. Deutsches Arch. f. klin. Med., 96. kötet, 5. és 6. füzet, 446. lap.

Oly nephritisben szenvedők vérsavójával, a kiken az angiosclerosis klinikailag megállapítható volt, s a kik közül egyesekben később a bonczolás alkalmával is az érmegbetegedést igen kiterjedtnek találtuk, hónapokon át végezett állatkísérleteimnek szerény eredményéről óhajtok itt néhány sorban beszámolni.

Magától értetődik, hogy egyrészt az alkalmas, egymáshoz illő betegeknek nehéz összekeresése, másrészt pedig a kísérlethez használt anyagnak (betegek vérének) rendkívül becses volta miatt hosszú kísérlet-sorozatról nem referálhatok. Mindössze 8 házinyulat kezeltém nephritis-angiosclerosisban szenvedők vérsavójával, kettőt ellenőrzésképpen adrenalinmal, kettőt pedig egészséges egyének vérsavójával. Ezekon kívül több különféle testsúlyú nyúlra a megfelelő szerveivel méréseket eszközöltem, hogy így, összehasonlítás útján, az esetleges elváltozásokról ítéletet mondhassak. Ezen összehasonlító méréseim alatt figyelembe vettem a hasonló mérésekről *Hess*¹ és *Miesovitz*² által közölt adatokat, és pedig annál örömebbem, mivel a megfelelő adatok méréseimmel többnyire megegyeztek.³ A szív súlyát azonban rendesen csak in toto mértem, mivel a vérsavóval kezelt nyulak szívének rendszerint csak a bal kamarája volt hypertrophiás és így a szív súlygyarapodása egyedül ezen szív-rész hypertrophiájának volt kifejezője. *Ellenben pontosan megmértem*

¹ *Hess R.*: Künstliche Plethora und Herzarbeit. Deutsches Arch. f. klin. Med., 95. kötet, 5. és 6. füzet.

² *Miesovitz*: Über experimentelle Herzhypertrophie. Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 3. sz.

³ A kísérlethez használt állatok testsúlyát a belek kiürítése után vettem fel.

(mikrométerrel) a szívkamrák falának vastagságát. E célból a bal kamrát a legnagyobb domborulatán, a csücsktől a basisig vezetett merőleges metszéssel (gondosan vigyázva, hogy ferde metszést ne kapjak) nyitottam meg és a méretet szűrőpapírral jól leitatott szívfalon, a metszésvonal közepén (a kamara basisa és csücske közt középen)¹ vettem fel, még pedig a leölt állatok szívében lehetőleg a hullamerevség beállta előtt.

Az injectióra használt vérsavót venapunctio útján oly chronikus nephritisben szenvedő betegektől vettem, a kiken az angiosclerosisnak kifejezett klinikai jeleit találtuk és a kiken a vérvétel félig-meddig indikált is volt. A többi közt két férfinak hemiparesise is volt. (Az egyiket lassan fejlődött az, a másikon pedig kétszer ismétlődött apoplexiás insultus után maradt vissza.) A túlságosan gyenge betegeket természetesen békén hagytam. A hol szükségesnek találtam, a vérvétel után a szokásos konyhasós hypodermomoklyist is végeztem. Egy betegről egy-egy alkalommal 100–150 cm³ vért bocsátottam ki, és pedig egyenesen a steril centrifugáló üveghengerekbe.

Az injectiókat steril fecskendővel a nyulak fülvenájába vagy bőre alá adtam, legtöbbször mindjárt a centrifugálás után. Eleinte 2–3 izben minden nyúl 3–4, majd két izben 5, később minden alkalommal 10–12 cm³ tiszta vérsavót kapott. Hasonló adagokban, hasonló mennyiségű, egészségesektől vett vérsavót adtam az ellenőrzés céljából oltott nyulaknak is.

Kísérleteimről a mellékelt táblázat nyújt áttekintést.

Eredmény gyanánt közölhetem, hogy a nephritis-angiosclerosisban szenvedőktől vett vérsavóval kezelt valamennyi nyúlban a bal szívkamrájának kisebb-nagyobb fokú túltengését találtam. Ezenkívül némelyiknek az aortájában is találtam némi elváltozást. Egyeseknek — a hosszabb ideig kezelték közül — a mellékveséje igen duzzadt, gömbölyded volt és felmetszés után a velőállománya mintegy kifordult. Ezen utóbbi nyulak vérsavója a Meltzer-Ehrmann békaszem-reactiót adta.

Az adrenalinnal kezelt nyulak aortájában kis aneurysmaszerű kiöblösödést és ennek megfelelőleg a mediának többek által már részletesen ismertetett elváltozását találtam. Valamint Miesovicz,² úgy én is hypertrophiasnak találtam az így kezelt nyulak szívét is.

Ellenben nem találtam elváltozást azon nyulak szívében, melyeket egészséges egyén vérsavójával kezeltem (Hess). Ezekben tehát a fajidegen („artfremd“) serum, legalább az adott quantumban semmi elváltozást sem okozott.

Összintén szólva, kísérleteim megkezdésekor arra számítottam, hogy eljárásommal főképpen az erekben okozok elváltozást. De azért nem bánom, hogy az eredmény várakozásomhoz mérten igen csekély. Nem pedig azért, mert egyszerű kísérleteim is igazolják azon, mondhatni általános (bár egyesektől kétségbe vont) felvételt, hogy a valódi angiosclerosis felidézésében kell, hogy az erek hypertensiója is aetiologiai szerepet játszzék.

A minden esetben talált kifejezett balszív-hypertrophia bizonyítja, hogy a befecskendett vérsavó az erek tonusát tartósan fokozta (vasoconstrictiót váltott ki). Azt nem tagadom, hogy a serumban foglalt ártalmas anyagok toxin-hatásának is lehet szerepe az érfal-elváltozás keletkezésében³, de a vérnyomás-emelkedés (vagy a sűrű nyomásingadozás) jelentőségét sem engedhetjük lekicsinyelni.⁴ Valószínű — mint Kétly mondja —, hogy ezen kérdésben is a középúton kell az igazságot keresni. Az angiosclerosis felidézésében rendszeren úgy a toxinos behatás, mint a tartósan fokozott vagy gyakori ingadozásnak kitett vérnyomás is egyaránt érvényesül. Hisz tudjuk, hogy azon, nagyjából ismert endogen és exogen ártalmak, mérgek (köszvény, diabetes, nephritis, továbbá alcohol, nicotin, ólom stb.), melyek az angiosclerosis tanában beigazolt aetiologiai jelentőséggel bírnak, valamennyien magas vérnyomást vagy igen nagy nyomásingadozást okoznak⁵. Én például idősült nephritisben (alkalmam volt több száz esetet vizsgálni),

¹ A szívfal vastagsága — mint ismeretes — a szívcsücs felé fokozatosan fogy.

² Miesovicz: l. c.

³ Sőt azt tartom, hogy a kísérleti angiosclerosis némely (például adrenalin-arterionecrosis) esetében éppen ezen toxin-hatás érvényesül első sorban.

⁴ Ismeretes, hogy Biedl és Braun (Zur Pathogenese der experimentellen Arteriosklerose. Wiener klin. Wochenschrift, 1909. 20. sz., 709. l.) házinyulak aortáján feltűnő elváltozást idéztek elő, még pedig tisztán csak a vérnyomásnak rendszeres (a hasi aortának időközönként való összenyomásával felidézett) fokozásával, illetve mesterségesen kiváltott nagy nyomásingadozással.

⁵ Ezekon kívül azon anyagoknak is (adrenalin, digalen, chlorbaryum, ergotin stb.), melyeknek adagolásával sikerült állatok ereiben a sclerosishoz hasonló elváltozást előidézni, közös jellemvonása a vérnyomásnak emelése.

a mig kifejezett szívgyengeség be nem állt: rendszeren úgy a nyomásminimumnak, mint a nyomásmaximumnak szokatlanul magas értékeit kaptam.

Könnyen érthető, hogy a tartósan fokozott vérnyomás a rugalmas ereknek pusztulását siettet, különösen ha az érfalakat egyidejűleg toxinos ártalmak is rongálják. Hogy — mint az általános tapasztalat igazolja — a legtöbbször az aorta a székhelye a legkifejezettebb sclerosisnak, annak elfogadható magyarázata az, hogy az ártalom a kisebb ereknek tartós megszükülését, contractióját váltja ki, a mi viszont a szívre fokozott munkát ró: a vérnyomást jelentékenyen fokozza. A fokozott vérnyomás terhe pedig a legsúlyosabban a szívhez legközelebb eső érre (a melyben a vérnyomás különben is a legmagasabb), az aortára nehezedik és annak aránylag vékony izomréteggel bíró falát tartósan feszíti, állandóan rongálja.

Tagadhatlan, hogy sok esetben inkább a toxin-hatás érvényesül. Ugy vélem, hogy oly acut vagy subacut nephritis-esetekben is, a melyekben (még egészen fiatal egyének hullájában is) nagy fokú, a kisebb erekre is szétterjedő angiosclerosis találtatott (Kétly, Ziegler, Fahr), a toxinoknak, mérgeknek romboló hatása jutott leginkább érvényre.¹ Így az aránylag rövid idő alatt felidézhető adrenalin-aortanecrosis esetében is. A valódi angiosclerosis kifejlődése hosszabb időt igényel. Ezen esetben a mérgehatás nem oly vehemens. Itt, legalább az első időben, inkább a a vérnyomást fokozó hatás érvényesül.

Közlésem végére érve köszönetet mondok mesteremnek, Kétly tanár úrnak azon szíves támogatásért, melylyel nékem feladatom teljesítését megkönnyítette.

A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.

Irta: Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi magántanár, a sz. főv. Szt. László-kórház főorvosa.

(Folytatás.)

Vázoltam az előző részben az 1908-i budapesti typhus exanthematicus járványszerű kialakulása egyes phasisait és megemlítettem, hogy a betegség behurczolásának első százlaira a legszorgosabb kutatás ellenére sem lehetett reáakadni. A mikor alkalmam volt osztályomon az első, kétségtelenül exanthematicus-esetet felfedezni s azt mint olyant kideríteni, akkor már, mint az az ennek kapesán megindult nyomozásból világossá vált, egyes kórházi osztályokon több lefolyt eset volt ápolás alatt hetek óta részben typhus abdominalis, részben botulismus, részben sepsis vagy más diagnózissal, sőt néhány halálosan végződött esetben is már hetekkel azelőtt a betegség valódi lényegét fel nem derítő „sepsis“ szerepelt a halál oka gyanánt.

Ez a valóság a legjobban bizonyítja azt, hogy mekkora nehézséggel jár a typhus exanthematicus első eseteinek felismerése. Hozzátehetem nyomban azt is, hogy nemcsak az első esetek felismerése okoz nehézségeket, de a járvány kifejlődése mellett is a felette változatos körkép nem ritkán csak az anamnesis adatainak figyelembe vétele mellett avagy csak a betegség további lefolyásában, sőt éppenséggel csak lefolyása után engedi meg a pozitív, döntő diagnózist.

Mielőtt az észlelt 203 eset klinikai méltatásába fognék, nem lesz érdektelen, ha röviden foglalkozom magával a typhus szóval, mint a mely elnevezés még ma is egymástól aetiologice teljesen elkülöníthető betegségek megjelölésére szolgál. A latin typhus elnevezés a görög τυφος-ból ered; jelentése egy a stuporével, azaz a kábultság, bódultság kifejezésével. A régiek általában lázakkal, deliriumokkal, majd meg aluszékonysággal, kábultsággal járó állapotok megjelölésére használták a typhus szót és így a régiek typhusa nem volt mindig egy és ugyanazon betegség. Lehetett a betegség csakugyan typhus, de lehetett tüdőgyulladás, himlő, skarlát vagy más fertőző megbetegedés is; a fő az volt, hogy a beteg a typhusos állapot — a nagyfokú elesettség, bágyadság, eszméletlenség, aluszékonyság, majd meg izgatottság, deliriumok — felismerhető. Viszont igen

¹ Köztudomású, hogy ily alakú nephritisek a legtöbbször uraemiával végződnek, a mely állapotot pedig szintén nem lehet másnak, mint súlyos autointoxicationnak tartani.

sokszor azt a betegséget, a melyet a mai orvosok typhusnak ismernek, nem jelölték typhus elnevezéssel akkor, ha a beteg nem volt az imént körülírt typhusos állapotban. Érthető ebből, hogy a régi időkben észlelt „typhus”-esetek között sok lehetett olyan, a mely nem volt typhus, viszont az enyhén lefolyt és typhusnak nem tartott lázas megbetegedések között sok volt a valódi typhus. Fokozta a zavart az is, hogy például a halálosan végződött, leg-súlyosabb typhusos esetek némelyikében egyes járványok alkalmával jellegzetes elváltozásokat találtak a bélben és a bélfodormirigyekben, míg más járványok alkalmával ilyen elváltozásokat az elhaltak belső szerveiben nem találtak. Sőt voltak például Angliában járványok, a melyekben egyidejűleg észleltek olyan eseteket, a hol a boncsolás jellegző bélelváltozásokat mutatott, és olyanokat, a melyekben jellegzetes elváltozás nem volt. Akkor persze még nem tudták azt, hogy a typhust, a mely a bélben a jellegző elváltozásokat hozza létre, egészen más fertőző anyag okozza, mint azt, a melyben olyan elváltozások a bélben nem fejlődnek.

Ma már tudjuk, hogy a typhus elnevezéssel illetett sokféle betegség között csak háromra alkalmazzák a typhus jelzést és hogy mind a háromnak az előidézője más-más. Ez a három typhus: a *typhus abdominalis*, a *typhus exanthematicus* és a *typhus recurrens*. A typhus elnevezés tekintetében hosszú időközön át tartott fogalom-zavar azonban alighogy tisztulni kezdett, újabban megint mintha bonyolódni kezdene. A helyett ugyanis, hogy a *typhus* elnevezést csak egy, minden tekintetben karakterizált betegségre iparkodnék korlátozni az orvosi tudomány, azt látjuk, hogy a *para-typhusok* megjelölésével újabb zavart támaszt. A magam részéről nem helyeslem a betegségek olyatén elnevezését, hogy egyetlen közös symptoma alapján (például kábultság = typhus) különböző aetiologiai alapon álló betegségeket jelöljenek meg. Helyén valónak tartanám, hogy valamely nemzetközi orvosi congressuson ez irányban internationális érvényességű megállapodás jöjjön létre. Még inkább kivüláglik egy ilyen egységes elnevezésben való megállapodás szükségessége akkor, ha figyelembe vesszük azt, hogy egyes nemzetek ma is más-más betegségre használják a typhus elnevezést, úgy hogy a kevésbé járatosak előtt még ezen a réven is növekedik a zavar. A francziák például a *typhus* elnevezést a typhus exanthematicusra használják csupán, míg a typhus abdominalis náluk „*fièvre typhoïde*” néven szerepel; az angolok is ehhez az elnevezéshez szoktak („*typhus*” és „*typhoid fever*”), míg a németek a két typhust jelzőkkel különböztetik meg egymástól („*Abdominaltyphus*” és „*Flecktyphus*”), és ha jelzőt nem használnak, akkor *typhus* alatt hastyphust értenek, holott a franczia meg az angol — mint említettük — a minden jelző nélkül álló *typhus* alatt a typhus exanthematicust érti. Mi viszont szokva vagyunk ahhoz, hogy akkor, a mikor egyszerűen typhusról szólnunk, csak hastyphusra gondolunk.

Magának a typhus szónak eme magyarázata után szükségesnek tartom, hogy röviden emlékeztetükbe idézzem a typhus exanthematicus sémás kórképét, mert annak előrebocsátásával lesz csak mindegyikük előtt érthetővé az, hogy ama rendkívüli változatok mellett, a melyek úgy az egyes symptomák jelentkezése, mint azok intenzitása és egymáshoz való viszonya tekintetében észlelhetők, mennyire nehéz a typhus exanthematicus diagnózis.

A typhus exanthematicus rendszerint mintegy 8—14 napi incubációs időtartam után, de néha csak 4—5 napi incubatio után majd általános prodromális symptomákkal — fejfájás, szédülés, derékfájás, mellszorongás, tagfájdalmak, nagy bágyadtság, étvágytalanság, hurutos jelenségek stb. —, majd pedig jóformán minden prodroma nélkül meglehetősen hirtelen fejlődik ki. Borzongás, sőt gyakran többször ismétlődő hidegrázás kíséretében általános rosszulléttel kezdődik a betegség, a mely a vele járó nagyobb fokú bágyadtság miatt csakhamar ágyba dönti a beteget. Már a betegség legkorábbi időszakában feltűnik a nagyfokú bágyadtság s a tagoknak nem ritkán már ekkor észrevehető jelentékenyebb fájdalomassága, sokszor túlságos hyperaesthesiája. Sok beteg már betegsége kezdetén szokatlanul nyugtalan, egészen álmatlan. Szomjúságról, torkuk kiszáradásáról panaszkodnak, sőt nyeléskor fájdalmakról. Némelyik beteg rekedt is és izgatott száraz köhögés bántja. A conjunctivák gyakran már kezdetben is injiciáltak s így nem csoda, ha különösen kanyarjárvány idején, nevezetesen kisebb gyermekek, fiatalabb egyének ilyenféle rosszullétek kanyaró fejlődésére gyanakszanak. Csakhamar a hidegrázás után hirtelen magasra

szökik fel a test hőmérséke, a mely néha már az első avagy második napon is eléri a 40 C°-ot, e mellett a lép többnyire kisebb-nagyobb fokban megnövekszik. A pulsus száma rendszerint arányos a hőmérsék fokával és szaporább, nem úgy mint typhus abdominalisban szenvedőkön, a hol — mint ismeretes — a pulsus általában a hőmérsékhez viszonyítva ritkább, hacsak nem igen súlyos fertőzéssel állunk szemben, a mikor hasi hagymáz esetében is már kezdetben igen szapora lehet az. Többnyire magas continua láz mellett, a mikor az esti és reggeli hőmérsék között alig van 0.5 C° különbség, rendszeren a betegség 4—5. napján, de néha 2—3 nappal előbb vagy később megkezdődik a kiütés kitörése. A kiütés részben kerekded, részben szabálytalan alakú apró halvány-piros foltok alakjában a test különböző részein fejlődik. Néha oly esekély számmal jelennek meg a foltok, hogy csak figyelmes kereséssel akadhatunk rájuk, máskor megint oly nagy számmal láthatók azok, és oly nagyok, hogy igen könnyen összetéveszthetők a morbillivel. Leggyakrabban először a mellkas és a hát bőrén látjuk a foltokat, de néha már a beteg első megvizsgálásakor avagy kezdetől való észlelés mellett a kiütés kitörésének napján a tagokon sőt az arcon is észrevehetjük a foltokat. A foltoknak száma, az egyes testrészekben való megjelenésük sorrendje, a foltok alakja és jellege olyannyira változatos, hogy egységes típusról szólni nem lehet. Egyes esetekben alig van a testen több folt, mint a mennyi a jól kifejezett typhus abdominalis eseteiben látható, és különösen a mikor a foltok roseolaszerűek, a continua lázban fekvő beteg igazán a nagy gyakorlottságú orvost is kemény próbára teszi a diagnosis helyes megállapítása tekintetében. Gyakran a foltok nagyobb része, avagy csak egyike-másika erősen haemorrhagiás, apró bórallati vérzésektől livid színeződésű. Ezek a petechiák súlyosabb esetekben nagy számmal láthatók az egész testen szétszórtan, de különösen a lábszáracon. Nem ritkán az arcon is elég nagy számmal láthatók apróbb, legjobban a rubeolához hasonló foltok. A foltok fejlődésének ideje, fennmaradásuk időtartama ugyancsak változatos és a ki csupán a tankönyvekben leírt typhus szerint várja azoknak a megjelenését, kifejlődését és floritóját, sokszor fog csalódni. Itt nem terjeszkedem ki azokra az értékes megfigyelésekre, a miket e tekintetben volt alkalmam tenni, de majd eseteim részletes méltatásakor az exanthemákkal behatóbban fogok foglalkozni. A tankönyvek általában úgy írják le a foltok fejlődését, hogy azok mintegy 2—3 nap alatt érik el virágzásuk tetőfokát s mintegy 5—10 napig állanak fenn. A láz e közben állandóan magas, continua avagy continua remittens, az elesettség fokozódik, ámde a kezdetben előtérben álló apathiát kisebb-nagyobb fokú izgatottság váltja fel esendesebb avagy hevesebb deliriumokkal, sőt néha valóságos dühöngéssel. Súlyosabb esetekben egészen öntudatlanul fekszik az ágyában a beteg, félig nyitott szemmel, reszkető kezével ide-oda kapkod a levegőben, hol felkiált, hol meg csendesen mormol. A betegség kifejlődése idején és tetőfokán a tagok hyperaesthesiája némely esetben annyira fokozódott, hogy azok egyszerű érintésére is összerezzen a beteg és a czomboknak, lábszáraknak gyöngén való megfogása is fájdalmas kifejezést vált ki a különben eszméletlen beteg arcán. Ugyanekkor a lélekzöszervek minden különösebb elváltozása nélkül is nem ritkán jelentékeny dispnoét észlelünk a betegen. Különben a betegség tetőfokán a lélekzöszervek kisebb-nagyobb fokú hurutja, sőt azok gyuladása megszokott symptomája a betegségnek. Az ezzel kapcsolatos szövődmények: laryngitis, perichondritis, pneumonia, putrid bronchitis elég gyakran észlelhetők. Az érzékszervek részéről észlelhető symptomák közül leggyakoribb a nagyothallás. Mint szövődmények felemlíthetők: parotitis, kiterjedt decubitusok, nephritis stb. Ezekről szintén részletesen fogok még szólni.

A milyen változatos a betegség kezdetének és magaslati stadiumának képe, ugyanolyan változatos a defervescentia is. A mint azt számos eset felemlítésével illusztrálni szerencsém lesz, úgy a betegség tartama, mint az egyes symptomák visszafejlődése korántsem történik mindig a várt, typhusos módon, hanem igen különböző változatossággal. A súlyosabb és középsúlyos esetek lebontakozási típusa az, hogy a magas láz rendszerint 10—12 napi fennállása után gyors tempóban száll le a normális hőfokra, sőt az alá is. Néha a defervescentia oly kritikus, mint a pneumonia crouposa eseteiben, máskor ellenben, s ez gyakoribb, 24—48 óra alatt száll le a hőmérsék a normálisra és ismét máskor kissé

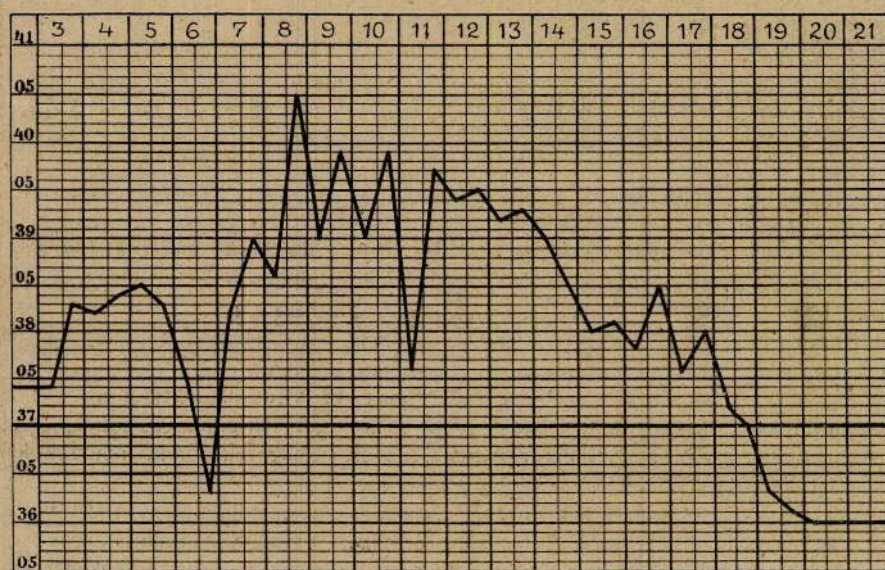
hosszadalmasabban remittáló avagy intermittáló lázgörbe fejezi ki a defervescentiát. Maga a defervescentia is változatos. Nem ritkán tartósabb sensoriumzavaroktól kísért avagy szövödmények folytán nyomban a lehevülés után újabb lázas állapot köszönt be, de jóindulatú járványok idején eléggé gyorsan erőre kapnak a betegek, sőt, a mi igen jellemző, nem ritkán a legsúlyosabb állapotból a defervescentia beköszöntésével teljes euphoriába jut a beteg, éhes és ágyából felkelni kívánczik. Ezzel szemben azonban elég gyakran tapasztaljuk azt is, hogy aránylag rövid ideig tartott betegség ellenére a lehevülés után még hosszú ideig jelentékeny bágyadság, gyöngeség marad vissza.

De talán eme általános kórképnél jobban érzékelhetem, a gyakorló orvos igényeinek megfelelőbben vázolhatom a betegség képét akkor, ha eseteim közül kiragadok egyet-kettőt azok közül, a melyeket az initiális szaktól kezdve volt alkalmam megfigyelni. Ilyen pedig volt elég, hiszen — a mint említettem — a betegekkel foglalkozók közül 15-en kapták meg a typhus exanthematicust.

Közlöm tehát egyik ápolónőnk, a 20 éves Szőke Vilma kórrajzát. (1. sz. láztábla.)

Az ápolónő a typhus exanthematicusban szenvedő nőbetegek pavillonjában teljesített szolgálatot. Április 14.-én kezdte magát

A betegség napja.



1. sz. tábla. Sz. V. 20 éves, kórházi ápolónő. A betegség kezdetétől észlelés alatt. A betegség 6. napján este mulékony súlyedése a test hőmérsékének. A betegség 11. napján este nagyobb remissio, azután lassú lépcsőzetes leszállása a láznak.

rosszul érezni; fázott, megromlott az étvágya, feje, háta és lábai fájtak. Mindjárt első panasza alkalmával meghőmérőzzük; délelőtt 37.4 C°, délután 38.4 C° a hőmérséke. Arra való tekintettel, hogy typhus exanthematicus betegeket ápol, már ez alapon erős a gyanunk. Április 15.-én reggel 38.2 C°, délután 38.4 C°. Bőrén semmi elváltozás, lépe normális. Ennek ellenére április 16.-án felveszszük a megfigyelő kórterembe.

Április 17.-én reggel 37.5, délután 36.3 C°. Jól érzi magát, sőt kéri, hogy engedjük őt ki, mert már semmi baja sincsen. Április 18.-án reggel 38.2 C°, délután 39.0 C°, közérzete jó, a bőrén semmi elváltozás.

Április 19.-én hajnalban két ízben hányt és gyakran van émelygése. Csakis a hátát fájlalja. A nyelve kissé bevont, de nedves. Gyakran köhécsel. A mellkas és a has bőrén mintegy 20 lencsényi és kisebb, a bőr felszíne fölé gyengén kiemelkedő halvány rózsaszínű folt, a háton mintegy 10 ugyanilyen folt, a czombokon néhány nagyobb folt. Hőmérséke e napon reggel 38.6 C°, délután 40.5 C°. Kétségtelenül megállapítván a typhus exanthematicus diagnózisát, betesszük a typhusosak közé.

Április 20.-án az exanthemák szaporodtak, roseolaszerűek és a karokon is láthatók. Csekély conjunctivitis; a nyelve kissé

szárazabb; mérsékelt bronchitis. A léptompulat a VIII. borda felső szélén. Több ízben hányásinger. Éjjel nyugtalan volt, pulsusa jó. Hőmérséke reggel 39 C°, délután 40 C°.

Április 21. Az exanthema az arczon, nyakon, kéz- és lábfejekon is megjelent, egyebütt pedig szaporodott; gyakori hányás, nyugtalanság. A pulsus eléggé telt, percenként 100—110 közt. A hőmérsék reggel 39 C°, este 39.9 C°.

Április 22. Status idem. Reggel 38.0 C°, este 39.7 C°. A karokon és czombokon, valamint a lábszárakon az exanthema jelentékenyen szaporodott. Állandó hányásinger.

Április 23. Reggel 39.4 C°, este 39.5 C°. Kedély-depressio; gyakran sir. Az exanthema változatlan, de az arczon több. A hányásinger tartós. Gyakran köhécsel. Éjjel delirál.

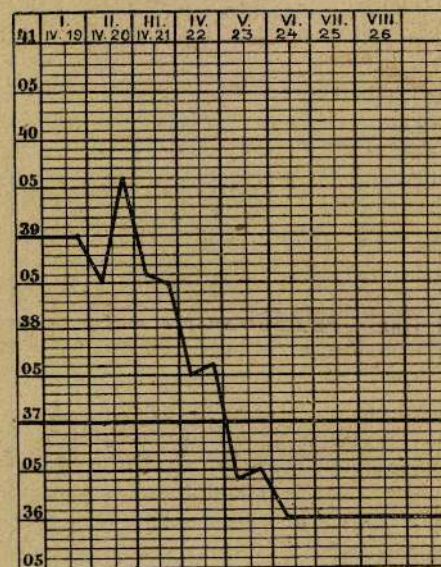
Április 24. Reggel 39.2 C°, este 39.3 C°. Kiterjedt exanthema; nagyfokú hyperaesthesia.

Április 25. Reggel 39.0 C°, este 38.7 C°. Az exanthema ma még élénk. A kedélydepressio fokozódott; apathiás, majd meg sokat sir. Ismét több ízben hányt.

Április 26. Reggel 38.0 C°, este 38.1 C°. Az éjjel először aludt nyugodtan. Az exanthema halványul; a nyelve nedvesebb.

Április 27. Status idem. A hőmérsék reggel 37.8, este 38.5 C°.

A betegség napja.



2. sz. tábla. B. Ö. dr. 25 éves, kórházi segédorvos. Enyhe, öt nap alatt deferveszkáló, abortív alak az exanthema protrahált fejlődésével.

Április 28. Közérzete jobb. A hőmérsék reggel 37.6 C°, este 38.0 C°.

Április 29. Az exanthema elhalványult; közérzete jó. Hőmérséke reggel 37.2 C°, este 37.0 C°.

Április 30. Teljesen jól érzi magát; bőre kissé korpázik. Hőmérséke reggel 36.3 C°, este 36.2 C°. E naptól fogva állandóan láztalan.

Május 9.-én gyógyultan távozik.

Ez a kórtörténet, melyet itt röviden összefoglalva a leglényesebb symptomák kiemelésével közöltem, igen hű képét adja a typhus exanthematicus jól kifejlődött typosus eseteinek; a mellett tanulságos arra is, hogy nem ritkán észlelhető a betegség első hetében sajátságos mélyebb súlyedése a test hőmérsékének, a mit egyes észlelők jellegzetesnek mondanak (a közölt láztáblán a betegség 6. napján).

Hogy azonban korántsem mindig ez a képe a betegségnek, annak feltüntetésére ide állítom egyik kórházi segédorvosunknak a kórtörténetét, a ki ugyancsak a typhus exanthematicusban szenvedők pavillonjaiban működött, mindjárt rosszullete első napján úgy a saját maga, mint az én orvosi megfigyelésem alá került. (2. sz. láztábla.)

B. Ö. dr. kórházi segédorvos *április hó 19.-e* óta érzi magát rosszul. Nagyon bágyadt volt és este hányt, a hideg nem rázta ki, tagjai fájtak. Hőmérséke *19.-én* délután 39°C , *20.-án* reggel 38.5°C , délből 39°C , este 39.6°C . Ezeken a napokon két-két ízben volt híg széke.

Április 20.-án reggel észreveszi, hogy mellkasa felső részén diffúz skarlátszerű erythemája támadt, a mely másnapra elhalványult. Délből a mellen, a hason, a háton, a karokon és a czombokon néhány aprófoltú exanthema. A léptompulat a VIII. borda alsó szélén kezdődik; a lép a bordaív alatt tapintható. Enyhe conjunctivitis. A nyelv bevont, elég nedves. Jó közérzet. Estefelé fejfájás.

Április 21. Reggel 38.6°C , este 38.5°C . Az elmúlt éjjel keveset aludt, nyugtalan volt. Status idem.

Április 22. Reggel 37.5°C , este 37.6°C . Nyelve erősen bevont. Status idem.

Április 23. Reggel 36.4°C , este 36.5°C . Éjjel már jól aludt, reggelre az exanthema elhalványult. Fejfájás. Gyengének érzi magát. Délből a háton három újabb exanthema. Ettől fogva láztalan. Érdekes, hogy a roseolaszerű foltok a láztalan idő alatt szaporodnak; így *24.-én* a háton 22 nagyobb roseola látható, a mellkas bőrén kettő. Közérzete teljesen jó.

Április 25.-én a foltok nagy része elhalványult, mindössze még 8 látható.

Április 27.-én újból friss eruptio teljesen láztalan állapotban. A testén 25—30, az előbbieknél kisebb, inkább rubeolához hasonló folt látható.

Április 28.-án a foltok nagy része elhalványult, *április 29.-én* pedig teljesen eltűntek a foltok.

Kartársunk esetében tehát a lázas állapot mindössze négy napra terjedt és az ötödik nap reggelén kritikus hőeséssel deferveskált. Az exanthema már betegsége második napján megjelent, de sajátos módon még nyolcz napon át újabb és újabb eruptiókkal a defervescentia idején is előtört. E mellett az egész idő alatt meglehetősen jól érezte magát, leszámítva a kezdeti bágyadtságot, az egy-két napi álmatlanságot s az itt-ott jelentkezett fejfájást.

Még korábbi szakban került észlelésünk alá az a betegünk, a ki a mi kórházi osztályunkon typhus abdominalis-szal állván ápolás alatt, az ugyanazon kórteremben előfordult exanthematicus-esetek folytán fertőződve, úgyszólván az incubatio ideje alatt is pontos orvosi megfigyelés alatt volt. A beteg kórtörténete és láztáblája különösen érdekes azért, mert a legelső hőemelkedéstől kezdve pontos feljegyzéseink voltak és mert a typhus exanthematicus-szal kapcsolatban — a mint azt az ismétlődő profus bélvérzés és a szerfölött lassú deferveskálás bizonyítja — újabb typhus abdominalis recidiva is folyt le (3. sz. láztábla.)

Mint közlésem elején említettem, hastyphusban szenvedő betegeink közül, noha az első eseteket a typhus abdominalis kórtermében fedeztük fel, akkor, a mikor már több napon át feküdtek ott, csak egyetlen egy kapta meg a typhus exanthematicust, és ez F. R.-né, 19 éves, esztergyósszegéd felesége. A kórtörténetét közlöm azért, mert ebben az esetben, mint kórházi betegen, a legelső jelenségeket is folytonos éber figyelemmel kísérhettük.

A fiatal asszony *január hó 6.-án* került be a kórházunkba már lefolyóban levő typhus abdominalis-szal, a mely recidivált. Betegségének azt a részét, a mely a hastyphusra vonatkozik, nem közlöm, csak onnét kezdve ismertetem, a mikor 11 napi láztalan időszak után, február 24.-én újból lázassá kezdett lenni. Ekkor osztályunkon kiütéses typhus-esetek már előfordulván, különös figyelemmel kísértük az állapotát.

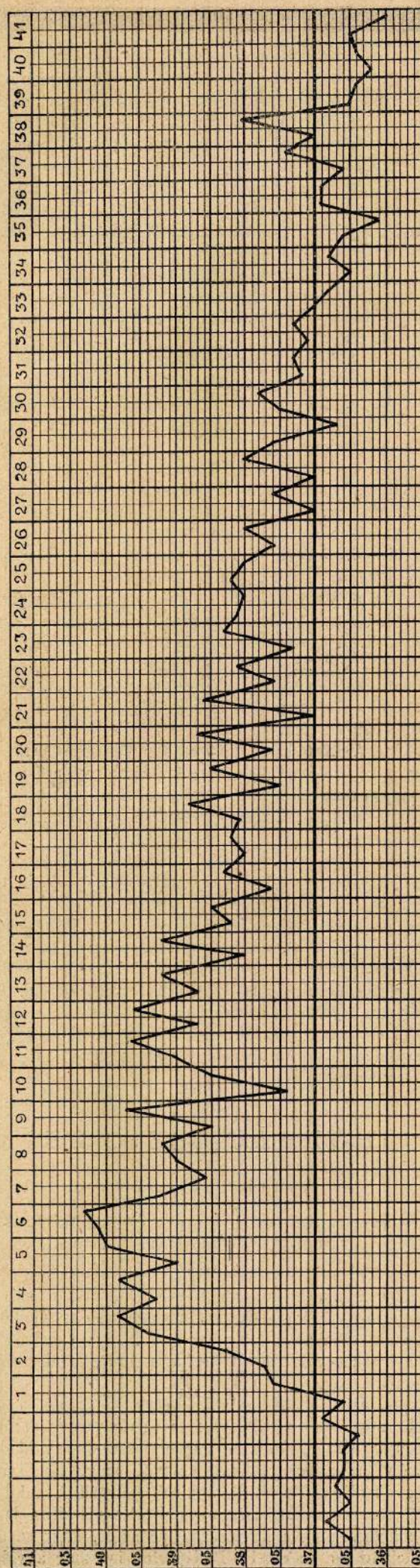
Február 24.-én a reggeli hőmérséke még 36.6°C volt, de estére már 37.6°C -ra emelkedett minden borzongás nélkül.

Másnap, *február 25.-én*, a hasán és a hátán összesen 7 elég fejlett roseolát láttunk, a léptompulat a VIII. borda alsó szélén, egy ízben híg szék; reggel a hőmérséke 37.7°C , este 38.3°C .

Február 26.-án a mellkason és a hason 10, a hátán mintegy 20 nagy roseola, a melyek a bőr felszínéről erősebben kiemelkednek, mindkét felkaron szintén van egy-két roseola. Éjjel köhög, a jobb tüdő alsó lebenyében hurutos zörejek. Négyyszer volt hasmenése, közérzete jó, sensoriuma teljesen tiszta. Ekkor már a hőmérséke reggel is 39.4°C , este 39.8°C .

Február 27.-én a hőmérséke reggel 39.3°C , este 39.8°C .

A betegség napja.



3. sz. tábla. F. R.-né 19 éves, esztergyósszegéd neje. Recidivával lefolyt typhus abdominalis követő 10 napi teljes láztalan állapot után kórtermen történt fertőzésből folyó typhus exanthematicus. A betegség 10. napján nagyobb hőszűnés, a mely valószínű az előző napi profus bélvérzés következménye. A hosszú lefolyás valószínűvé teszi, hogy a typhus exanthematicus mellett a typhus abdominalis másodszor is recidivált.

Délben a kiütések már nagy számmal láthatók, különösen a hátán, de a lábszáraikon, az alkarokon, valamint a kézfejekken is fejlődött egynehány roseola. A has nem puffadt, egy híg széket; pulsus szapora, kis hullámú. Kétségtelenné válván, hogy exanthematicus van, betesszük a typhus exanthematicus-betegek pavillonjába.

Február 28.-án a kiütés igen nagy mértékben szaporodott, száraz, izgatott köhögéssel panaszodik és gyakori hasmenése van. Hőmérséke reggel 39.0°C , este 39.8°C .

Február 29.-én már az arc, a láb- és kézfejek is tele vannak exanthemával; hőmérséke reggel 40.1°C , este 40.0°C . Magas láza és a kiállott typhus abdominalis ellenére is sensoriuma teljesen tiszta. Hasmenése megszűnt.

Március 1.-én a reggeli hőmérsék az előző napinál már csaknem egy egész fokkal alacsonyabb: 39.2°C , estére azonban még 40.3°C -ra emelkedett. Az exanthema változatlan. A beteg elesettsége fokozódott.

Március 2.-án a tüdők felett kiterjedt hurut, érdes légzés, száraz, ropogó szörtyzörejek. Hőmérsék 39.0°C , este 39.2°C .

Március 3. Négy izben bő véres széket. A beteg igen elesett, alig táplálkozik. A hőmérsék reggel 38.5 , este 39.7 . Az exanthema halványul.

Március 4.-én reggel 37.4 , este 38.5°C . (Nyilván a profus bélvérzés hatásaképpen beállott csökkenése a láznak.) A bélvérzés az alkalmazott beavatkozásokra (ergotin, opium, jeges borogatás) megszűnt. A pulsus igen kicsiny.

Március 5. Reggel 39.0°C , este 39.6°C . Közérzete valamivel jobb. Este újból két izben bő bélvérzés.

Március 6. Az exanthemák helyén csak halvány pigmentatio látszik. Somnolentia. A beteg nehezen hall. A hőmérsék reggel 38.7 , este 39.2 . A bélvérzés megszűnt.

A beteg a következő napokon mérsékeltbb lázas, de igen gyenge, sokat alszik. Március 22.-étől kezdve láztalan. Nagy éhségről panaszodik. Köhögése nem szűnik. A bal tüdőcsúcsban száraz, ropogó szörtyzörejek.

Április 14. A tüdőbeli folyamat mindkét csúcsra kiterjedt és minthogy a köpet is gyanús, köpetvizsgálatot végeztünk; a köpetben nagymennyiségben találunk Koch-féle tuberculosibacillust. Utólag édesanyjától megálljuk, hogy egy testvére 14 éves korában tüdővészben halt meg.

Minthogy a typhusa már lefolyt, további ápolás végett, hogy hozzátartozói látogathassák, a nagy mértékben elgyengült beteget áttesszük a Szt. István-kórházba.

Eme három kórtörténet ismertetését elegendőnek tartom arra, hogy a betegség fejlődésmenetét bemutassam; ellenben ha azt a számos variációt, a mely az egyes esetekben a kórkép kialakulásában észlelhető, kórtörténetek részletes ismertetésével akarnám felsorolni, föltötte hosszúra nyúlnék a referatummom. Ezekről a változatokról, úgy vélem, akkor adhatok legjobban áttekinthető képet, ha a typhus exanthematicus kórképének egyes főbb jellemző vonásait külön-külön méltatom.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Magyarország Orvosainak Évkönyve és Czimtára. Az Országos Orvos-Szövetség hivatalos kiadványa. Budapest, 1910. 374 8^o lap.

E könyv immár huszadszor hagyja el a sajtót, mi az ilyen irányú mű létjogosultsága, sőt nélkülözhetetlensége mellett tanusodik. Vannak azonban a könyvnek oly hiányai, melyek pótlása mulasztatlanul szükséges s hibái, melyeket orvostársaink érdekében fel kell fednünk.

Az ilyen czimtar első és alapfeltétele az *abszolút megbízhatóság*; de már maga az a mód, melyet a szerkesztőség ezen czimtar összeállításakor használ (tudniillik az orvosokkal magukkal küldeti be a személyi adatokat), sokkal kevésbé megfelelő, semhogy a végeredmény kielégítő lehetne: a kinek jól esik beküldi adatait, a kinek nem, azt a szerkesztőség nyugodt lélekkel kihagyja. Ugyanennek a felületességnek a következménye az is, hogy számos kartárs két helyütt is szerepel: Budapesten is, meg a vidéken is,

más neves egyén pedig egészen kimaradt a czimtarból. Gyakori eset az is, hogy valamikor budapesti orvos, ki különben évek óta már vidéken praktizál, még mindig a budapestiek sorában szerepel. A budapestiek között is igen sok a téves czim, illetve az évek előtti lakásczímek közlése. Sajnos, a katonasorvosok egy része még mindig kimaradt a könyvből. Egyébként e czimtar alapján a Pasteur-kórházat is hiába keresnék Budapesten.

A specialista kérdés nálunk még „noli me tangere”, éppen ezért én sem akarom valami nagyon bolygatni, de talán mégis különös, ha egy-egy kartárs *négy* szakban van felemlítve mint specialista. Azt is nehéz volna megérteni, hogy szerepelhet az Orvos-Szövetség aegise alatt megjelenő műben P. J. kartárs úgy, mint a „szemekből kórisme felfedezője” és a „krónikus betegségek” gyógyítója s önkéntelenül bizonyos hálát kell éreznünk a kiadó iránt, hogy az idén a „*vérgyógyítás feltalálóját*” czimtarából kihagyta.

A mű végén — mely ezen említett hiányoktól eltekintve igen ügyes beosztású — az összes magyar fürdőket megtalálhatja az olvasó; szerény nézetünk az, hogy jó lenne mindenütt a napi ellátás árát is feltüntetni s a fürdőhelyeket a gyógyjavakat alapján csoportosítani.

Pesti czimtarának idei kiadása különben határozottan jobb a tavalyinál s hiszszük, hogy a jövő évi még megbízhatóbb s így a bírálat is kedvezőbb lesz.

Halász Aladár.

Lapszemle.

Belorvostan.

Haemorrhagiás exanthemával járó typhus-eseteket ismertet *Curschmann* (Mainz). Olyan typhus-eseteket, a melyekben a betegség tetőfokán vagy végén részint toxikus, részint cachexiás jellegű haemorrhagiák jelentkeztek, ritkán ugyan, de azért ismételtelen leírtak. A szerző észlelte esetekben azonban a vérzéses exanthema a betegség elején mutatkozott; másrészt az esetei nem voltak nagyon súlyosak. Az esetek egy anyára és hat gyermekére vonatkoznak. A betegség hirtelen kezdődött, többnyire hányással, két esetben erős rázóhideggel. Valamennyi esetben már kezdetül súlyosan betegnek érezték magukat az illetők, részben aluszékonyak is voltak. 5 esetben tartós székrekedés volt és csak 2 esetben hasmenés. A láz valamennyi esetben úgy látszik hirtelen, 24 óra alatt érte el a tetőfokát és egy eset kivételével, a melyben erős remissiók voltak, a febris continua jellegét öltötte. Valamennyi esetben a betegség 2. vagy 3. napján hirtelen több-kevesebb kékesvörös, kendermagnyi—lencsényi folt jelent meg a mellen, a vállakon és a felkarokon; a hason csak 2 esetben volt egynehány. A foltok kifejezetten haemorrhagiás természetűek voltak és egyszerre, egy nap alatt képződtek. A diazoreactio csak az anyán volt erősen pozitív, 4 gyermekben állandóan hiányzott; egyébként az utóbbi időben meglehetősen sok typhus-esetet látott a szerző, a melyben a diazoreactio negatív volt. Az agglutinációs próba 2 esetben negatív volt. s itt is megjegyzi a szerző, hogy az utóbbi időben más öt typhus-esetet is észlelt negatív agglutinációs próbával. A szerző esetei főleg az elkülönítő kórjelzés szempontjából érdekesek, a mennyiben a kiütéses typhusszal összetévesztésre adhattak volna okot. Az elkülönítést azonban lehetővé tette az a körülmény, hogy az exanthema kezdettől fogva vérzéses volt, nem pedig — mint a typhus exanthematicusban — eleinte erythemás. Igaz ugyan, hogy typhus exanthematicus eseteiben is előfordulhatnak már kezdetül haemorrhagiás foltok, ez azonban elég ritka. Másfelől az általános benyomás is más volt: nem volt meg az a súlyos állapot képe, a melyet a typhus exanthematicus ad, a betegek nyugodtan feküdtek, nappal egyáltalában nem deliráltak, a gyermekek egy része játszadozott. Jelentős különbség volt a leukocyta magatartásában is: a leukocyta ugyanis erősen megkevesbedtek, a mi typhus exanthematicus esetén nincs meg, sőt némely szerző szerint ez utóbbi bajban a leukocyta többé-kevésbé megszaporodtak. Hogy valóban typhus abdominalis volt a megbetegedés, a mellett szólt az agglutinációs próbának pozitív volta 5 esetben, továbbá a typhus-bacillus kimutatása két beteg bélsarában, nemkülönben az is, hogy a valamivel később megbetegedett apa bonczolásakor typhusos fekélyek voltak találhatók a vékonybélben. Megjegyzendő, hogy az apán nem volt meg az initális vérzéses

exanthema, hanem csak a betegség 9. napján jelentkeztek — még pedig erős bélvérzéssel egy időben — meglehetősen nagy, véres-savós tartalmú hólyagok a háton és az ágyéktájon. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 8. szám.)

A polyserositis rheumaticáról szerzett tapasztalatait a következő pontokban foglalja össze Mosler: 1. Manapság aránylag gyakrabban észlelhetők pericarditis- és pleuritis-esetek, amelyek vagy súlyos izületesúz kíséretében fejlődnek, vagy pedig olyan egyénekben, akik csúsznak ugyan, de a kiken az ízületek megbetegedése nagyon is a háttérbe szorul. 2. A pleuritis és pericarditis hirtelen és együttesen jelentkeznek. 3. A súlyos zavarok (dyspnoea, orthopnoea stb.) a pericarditis síccá rováására irandók. 4. A pericarditis többnyire száraz marad, a pleuritis ellenben kétoldali mellhártyaizzadásmány képződésére szokott vezetni. 5. Az esetek egy részében a pleuritist és pericarditist endocarditis komplikálja. 6. Myocarditis valamennyi esetben megállapítható. 7. Még nagyobb mellfüri izzadásmány jelenléte esetén is többnyire punctio nélkül meggyógyul a pleuritis, tetemesebb kérgesedések képződése nélkül. 8. A pericarditis is meggyógyul klinice kimutatható következmények nélkül. 9. A myocarditis sokszor hosszú időt igényel a visszafejlődésére és sokszor marad vissza szívtágulat és általa feltételezett mitralis-elégtelenség. 10. A prognózis annál kedvezőbb, mennél inkább túl van a beteg a pubertás idején. (Berliner klinische Wochenschrift, 1910. 7. szám.)

Elmekórtan.

Az úgynevezett transcorticális motoros aphasia tünetcsoportját ismerteti Quensel. A harmadik homloki tekervény alapján levő körülírt góczmegbetegedés oly beszédzavarra vezet, amely nagyjában megfelel a Lichtheim és Wernicke által leírt „úgynevezett transcorticális motoros aphasiának”. Ezen megbetegedéseket a corticális vagy centrális aphasia részleges vagy visszafejlődőben levő eseteinek kell tekintenünk. A diffúz agyvelőmegbetegedések, különösen a senilis atrophias folyamatok, főképpen ha legerősebben a bal homlokkarély praefrontális területét támadják meg, oly beszédzavarra vezethetnek, melyek a transcorticális motoros aphasia képében nyilvánulnak. A mint ismeretes, ezen atrophias folyamatokban sohasem jelentkezik a transcorticális motoros aphasia izoláltan, hanem kisebb-nagyobb fokú transcorticális sensorius és annesias aphasia csatlakozik hozzá. A transcorticális motoros aphasiára jellegző a szószegénység és a beszéd lassúsága, de egyes szavak megmaradhatnak a beteg emlékezetében, a melyeket azután stereotypice ismét. Az utánabeszélés megtartott és az egyes tárgyak megnevezése is elég jól sikerül. E tünetcsoport nem magyarázható meg egyedül az intellectuális társítás hiányából. Legjobban olyképpen értelmezhető, ha a homloki agyvelőt mintegy az alsóbb és magasabb rendű motorokat szabályozó középpontnak tekintjük, amely szoros viszonyban van az érzés- és akaratjelenségek és az intellectuális társítási műveletek között fennálló kapcsolattal. (Monatschrift f. Psych. u. Neurol. XXVI. kötet, 1909. Ergänzungsheft, 259. lap.)

Goldberger.

A psychosis periodica, kórtani tanulmány a maniáról czimen ír Gilbert Ballet. A maniás megbetegedések (maniás excitatio vagy mania acuta) az esetek legnagyobb számában a psychosis periodica csoportjába tartoznak. Egy részük (mint pl. a degeneráltak maniás excitatiója) a debilisek psychosis periodicája csoportjába sorozható. Nem lehetetlen ugyan, hogy a túleröltetés, kimerülés maniás megbetegedést (mania simplex) vonhat maga után, de joggal állíthatjuk, hogy ezen esetek nagyon ritkák. Ezek alapján a prognózis szempontjából azon következtetésre jut a szerző, hogy ha fiatal férfi vagy nő maniás lesz, akkor a későbbi időszakban (évek múltán) újabb maniás vagy melancholiás megbetegedés várható. (L'Encéphale, IV. évfolyam, II. félév, 1909. 485. lap.)

Goldberger.

Sebészet.

Az appendicitis aetiológiájáról értekezik Mac Lean Tsing-tauban 4½ év alatt gyűjtött tapasztalatai alapján. Azonos klimatikusság mellett, ugyanazon fertőző betegségeknek kitéve, ugyanazon bélparaziták által molestálva a kínai mentes a fereg-

nyúlánylóból, míg az európai még gyakrabban betegszik meg, mint otthon. Tekintve, hogy a feregnyúlvány bonczolástani viszonyai a két fajon a legcsekélyebb eltérést sem mutatják, tulajdonképpen faji immunitásra kellene gondolni, ha nem volna ez ellen az a tapasztalat, hogy Európában sok kínain észlelték e megbetegedést. A feregnyúlványlób oka tehát a modern európai ember életmódjában keresendő s e tekintetben döntő fontosságú a táplálkozás kérdése. A japánok 1863-ig csaknem teljesen appendicitis-mentesek voltak s a mikor a húsevés elterjedt, kezdtek az appendicitis esetei szaporodni. Championniére szerint Franciaország azon vidékein, hol túlnyomólag vegetáriánusok az emberek, kevés az appendicitis, míg a legtöbb ilyen megbetegedés Észak-Amerikában s Hamburgban van, hol tudvalevőleg a legnagyobb a húsfogyasztás. A húsfogyasztás mértékével volna magyarázható az, hogy a férfiak gyakrabban szenvednek appendicitisben, mint a nők, valamint az a körülmény, hogy nem ritkán családi baj e megbetegedés. A túlnyomó húsevés káros következménye gyanánt fogható fel a makacs székszorulás s a colitis mucosa is; a hol tehát e zavarok a betegek anamnesisében előfordulnak, nem bírnak kóroktani jelentőséggel, hanem együttes jelenségét teszik a hús túlságos élvezetnek. (Mittheilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin u. Chir., 21. kötet, 1. szám.)

Makai.

Új plastikai műtétet ajánl pofadefectus esetében Hacker. Míg a nyak és mell bőrével készült egyéb plastikai eljárásoknál a kulcsesontnak megfelelő bőrresztlet az ereket bonczolástani viszonyainál fogva könnyen nekrotizál, addig az erek lefutását véve figyelembe Hacker, olyan képzőműtétet használ, melynél ez be nem következik. Lebényének nyele a szegycsont szélén van, a lebeny maga párhuzamosan a bordákkal a m. deltoideus elülső szélé felé fut. A eljárás nemcsak egyszerű nyálkahártyahiányok pótlására szolgálhat, hanem nyálkahártya- és bőrplastikára is. A lebeny csúcsának a pofadefectus felső szélén a mucosával való összenövése után átvágjuk a nyelet s a lebeny nyélresztletét a csúcs felé fordítjuk, miáltal a lebenyt, mint egy behajtott papírlapot, megkettőztük. Ezután a nyélresztletet a defectus felső szélének bőrresztelével egyesítjük. A második műtét alkalmával a megkettőzött bőrlebenyt az áthajtásnál átvágjuk s az alsó lapot a mucosával, a felsőt a bőrrel összevarrjuk. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 2. szám.)

Makai.

Gyermekeorvostan.

A torticollisról mint a gyermekkori hastypus ritkább kezdeti tünetéről emlékezik meg 2 eset kapcsán Nobécourt és Paiseau. Az egyik 8 éves leányra vonatkozik, a kin 8 nappal a kórházba felvétele előtt nagyfokú torticollis fejlődött. A fej erősen jobbra volt fordulva és a nyakizomzat merevsége olyan nagy volt, hogy meningitis cerebros spinalis kitörésétől lehetett félni, annál is inkább, mert nagy fejfájás, székrekedés, hányás is fennállott. A kórházba való felvétel alkalmával elesettség, meteorismus, lencsenyi roseolák, nagy lép, hörgőhurut, 40°-os láz voltak a legkiemelkedőbb tünetek. A serodiagnosis is typhus mellett szólt. A betegség rendes lefolyású volt, minden szövödmény nélkül. A másik eset 9 éves leány. Hét nappal a kórházba jövétele előtt elég erős torticollisban szenvedett. A typhus tünetei a kórházi tartózkodás első néhány napján még nem eléggé kifejezettek, de később mindinkább kibontakozott a typhus képe. A serodiagnosis is pozitív volt. Hasonló esetekről tesz említést Hutinel, Rilliet, Barthez stb. A typhust megelőző torticollist illetőleg ezen szerzők sem mondanak végleges véleményt, de valószínűnek tartják, hogy sem typhusos korai meningeális bántalmazottságról, sem heveny osteomyelitisről vagy typhusos izomlobról, avagy a csigolyák közti ízületek savós gyuladásáról nem lehet szó. (Bulletin de la société de pédiatrie de Paris, 1909 október.)

Vas J. dr.

A Weill-tünet mint a gyermekek pneumoniájának első diagnostikai jele. Plantier oly esetről emlékezik meg, melyben a Weill-tünet segítségével sikerült körjeleznie a pneumonia kezdetét. A Weill-tünet azon alapszik, hogy a beteg oldali mellkasfél kisebb légzés-kitéréseket végez mint az ép oldali. A kísérletet aképpen végezzük, hogy a bal kéz ujjait tenyéri oldallal a jobb subclaviáris árokba, a jobb kéz ujjait ugyanígy a bal subclaviáris árokba helyezve megfigyeljük a légzési kitéréseket; ily módon azt

fogjuk érezni, hogy az egészséges oldalon tartott kéz mintegy hullámmozgásokat végez, míg a beteg oldalon tartott kéz csaknem mozdulatlan marad. A tünet úgy a felső mint az alsó lebenyek gyuladásában érvényesül bir. A beteg 5 éves gyermek, ki addig teljesen egészséges volt. Három nap óta kedvetlen, rosszul érzi magát. Bemutatáskor a beteg elesett, sápadt. Testhőmérséke 38.9 C°, vakbél-táji fájdalomról panaszkodik. A tüdők felett hátul a jobb oldali fossa infraspinátában határozatlan légzés hallható. Elül jobboldalt kifejezett Weill-tünet van. A harmadik napon jobboldalt hátul felül hörge légzés és köhögéskor crepitáló zörejek észlelhetők. A Weill-tünet még minig kimutatható. A szerző a korai diagnosis szempontjából nagy jelentőséget tulajdonít a Weill-tünetnek. (La pédiatrie pratique, 1909 december.) Péteri dr.

Húgyszervi betegségek.

Leukokeratosis genitalis érdekes esetét észlelte *Dubreuilh*. Szerinte a férfi ivarszervén támadó leukokeratosis a rák előjelének tekintendő, bár nem fejlődik belőle mindig carcinoma. A bántalom nagyon ritka; a szerző az irodalomban csak 6 leírt esetet talált, kettőt pedig ő maga észlelt. Az aetiológia tekintetében kétségtelenül fontos szerepe van a luesnek is. A leukoplaqueok többnyire a fityma belső lemezén találhatók, könnyen vérzenek, kemény tapintatúak és gyakran kifehélyesednek. A plaqueok a belső fityma-lemez rugékonyságát korlátozzák, miáltal phimosis keletkezik. Lobos jelenségeket nem okoznak, fájdalom is csak akkor áll elő, ha a praeputium vongálódik. A prognózis ugyanolyan mint a többi praecarcinomas keratosisé. Az egyetlen therapia a műtét, vagyis a plaqueok erőlyes eltávolítása, kimetszés avagy thermakauter útján, esetleg circumcisio. Egy esetében a körülmetélés után a glanson levő plaqueokat Röntgen-sugárral sikerült a szerzőnek eltávolítani. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1909. 15. szám.) Drucker Viktor dr.

Lőfegyver által okozott hólyagsérülés esetében a sebészi beavatkozás kérdéséről értekezik *E. Tikanadze*. Az irodalomból számos esetet gyűjtött össze s egy saját esetéről is beszámol. A kórtörténetek szorgos tanulmányozása alapján a szerző az e fajta hólyagsérülést ugyanolyan súlyos beszámítás alá eső bántalomnak tartja, mint a hashártya sérülését. Ez okból, bár a beavatkozást sürgősnek véli, azt csakis olyan viszonyok között tartja megengedhetőnek, ha teljes felszereléssel és helyes asepsissel dolgozhatunk. Erre a célra nem alkalmasak tehát azok a rögtönzött tábori kórházak, hová a harc sebesültjeit első segélynyújtás céljából szállítani szokták. (Zeitschrift für Urologie, III. kötet, 9. füzet.) Drucker Viktor dr.

A pyonephrosis gravidarum elnevezés *Karaffa-Korbul* tapasztalatai szerint némely esetben teljesen jogos, mert vannak esetek, a mikor a pyonephrosis kétségtelenül összefügg a terhességgel. A terhesség ugyanis bőven szolgáltat alkalmat arra, hogy hydronephrosis keletkezzék, valamint arra is, hogy ez utóbbi fertőzőssé. A hydronephrosis tehát pyonephrosissá alakul át. A fertőzést leggyakrabban a bacterium coli commune okozza, de létrejöhet úgy ascensus, mint descensus útján is. A pyonephrosis gravidarum aránylag ritka betegség; a tünetei ugyanazok mint a másfajta pyonephrosisokéi. A prognózis expectatív therapia esetén úgy az anyára, mint a gyermekre elég kedvezőtlen, míg a sebészi beavatkozás a legtöbb esetben jó eredményt ad; ez utóbbi lehet nephrotomia és nephrectomia, a szerint, hogy mekkora részben alakult már át a vese genyes tasakká. Az említett műtéteket a terhesség alatt rendszerint jobban viselik el a betegek, mint a gyermekágyban; való az is, hogy az operatio következtében ritkán szakad félbe a terhesség. (Folia urologica, IV. kötet, 2. füzet.) Drucker Viktor dr.

A ductus deferens összevarrásának technikáját magyarázza *Enderlen*. Nem helyesli *Martini* eljárását, a ki a lumen fenntartása érdekében ezüstsodronyt vezetett a ductusba, melyet aztán tizednapra eltávolított. *Enderlen* szerint ez felesleges, mert állatkísérletekkel meggyőződött arról, hogy ha a varrat jó, illetőleg elég sűrű, a here sokszor ép marad (nem sorvad) és a ductus lumene is átjárható. Erről az ellenőrző szövettani vizsgálatok útján

akárhányszor meggyőződött. (Zeitschrift für Urologie, III. kötet, 10. füzet.) Drucker Viktor dr.

Bőrkórtan.

A viszkető érzés létrejöttét tanulmányozta kísérleti úton *F. Winkler* (Wien). A bőrnek különböző érzésségi minőségei közül pontosan csakis a nyomás-, a hő-, a hideg- és fájdalomérzés van tanulmányozva. A csiklandóérzés, valamint a viszketés tanulmányozása ellenben feltűnő módon el van hanyagolva, jóllehet mindkettő a bőrnek fajlagos érzése. A meglevő irodalom csak nagy óvatossággal vehető igénybe, mert a szerzők rendesen alig tesznek különbséget a csiklandóérzés, a viszketés és a hangyamászás között. Pedig a dolog úgy áll, hogy a viszketés és a csiklandóérzés élettani érzésségi kvalitások, a hangyamászás ellenben paraesthesia.

A viszketés kísérletes tanulmányozására alkalmas a macuna pruriens fonalaiból készült viszketőpor (Juckpulver), valamint a rezgő hangvilla alkalmazása, a melynek a rezgési száma 100-tól 1800-ig terjed. A rezgő hangvillának vagy egy vibrációs készülék toldalékdarabjának az alkalmazásakor először a vibrációs érzés támad, mely után egy érzéss nélküli intervallum (2—20") következik és csak ezután keletkezik az intenzív viszketőérzés. Hysteriás bőrzónákon, valamint mélyre terjedő hegeken, a melyeken a tapintó- és fájdalomérzés hiányzik, a viszketés nem jön létre. Szintúgy nem váltható ki a viszketés leprás és syringomyeliás betegekben sem, a kiknek megvan ugyan a tapintóérzésük, de hiányzik a fájdalomérzésük. Ha a bőrérzéseket kísérletesen szétbontjuk, megállapíthatjuk, hogy a viszketőérzés és a fájdalomérzés között sok a rokon vonás. A fájdalomérzés kirekesztése a megmaradó tapintóérzés mellett elérhető a Schleich-féle infiltrációval vagy kokainnak az ép bőrbe való elektrolysis bevezetésével. Kirekeszthető a tapintóérzés a megmaradó fájdalomérzés mellett akkor, ha a bőrbe saponint fecskendünk. Intermittáló galvános árammal mindkét érzés kirekeszthető. A három kirekesztési kísérlet közül az elsőben és harmadikban hiányzik a viszketés, a másodikban azonban megmarad.

A viszketés a hámmoz van kötve; nyílt seben a viszketés nem váltható ki. De lehetetlen a viszketőérzés kiváltása a hólyagok burkát alkotó hámon is; szükséges ugyanis, hogy azok a részek teljesen sértetlenek legyenek, a melyekben az intraepitheliális idegek fekszenek. Saponinbefecskendezés nyomán az észlelhető, hogy a fájdalomérzés és a viszketés egyidejűleg is fennállhat. Kétségtelen tehát, hogy daczára a rokon vonásoknak, melyek a fájdalomérzés és viszketés között fennállnak, bizonyos különbség a két érzés között mégis fennforog. A különböző típusú szabad idegvégződések közül némelyek a fájdalmat, mások ismét a viszketésérzést közvetítik. Valószínű, hogy a Merkel-féle tapintósejtek csakis a viszketőérzést közvetítik. A sebek behamosodásakor, a míg az idegvégződések még nem differenciálódtak, a fájdalmat és a viszketést közvetítő rostok között a különbség hiányzik. Lepra esetében a bőrérzések dissociációja a viszketés kiesésével veheti a kezdetét. Ilyenkor a fájdalomérzés még megvan. Bizonyos, hogy ez az adat is azon különbség mellett szól, mely a fájdalom és a viszketés között van.

A vérszegénység tett bőrrészen (suprareninnek elektrolysis bevitelére a sértetlen bőrbe) a viszketőérzés nem váltható ki. Szintúgy elfojtható a viszketés minden vértelenítő eljárással is (nyomás, statikus villamosság, lumbalis punctio stb.). A dörgölés és a vakarás sem más, mint nyomásos inger. A viszketőérzés szorosan összefügg a vasomotorok működése módjával. Vasomotorosan könnyen izgatható bőrön könnyen jönnek létre társérzések, melyek csak az egyik testfélre szorítkoznak. Az úgynevezett reflexes viszketés, valamint a neurogen viszketés is csak vasomotoros eredettel bír. (Archiv für Dermatologie und Syphilis, 99. kötet, 1—2. füzet.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tüdővész gyógyítására *Stepp* a mentholt ajánlja bedörzsölés alakjában. 30—40%-os mentholkenőcsöt használ, a melyet legjobban az Unna-féle eucarinnal — mint kenősalapanyaggal — készíttetni. (Ilyen mentholkenőcs különben *ceromentum* néven tubusokban készen is kapható). Az 1. napon a hátnak bal oldalát, a 2. napon a jobb oldalát, a 3. napon a mellet, a 4. napon a bal

ezombot, az 5. napon a jobb ezombot kell bedörzsölni, mindannyiszor 10 percig. A kedvező hatás 2—3 hét múlva szokott jelentkezni. Ez eljárás hónapokon át folytatandó. (Nürnbergi orvosegyet. ülése 1909 október 21.-én. Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 1. szám.)

A **neutralon** nevű aluminumsilicat-készítményről, a melyről nemrégiben már megemlékeztünk, *Rosenheim* és *Ehrmann* szintén dicsőítően nyilatkoznak; különösen gyomornedv-túltermelés makacs eseteiben érték el vele jó eredményt. Tapasztalataik szerint legjobban $\frac{1}{2}$ —1 kávéskanálnyi mennyiségben 100 gramm vízben bevétetni $\frac{1}{2}$ —1 órával a nagyobb étkezések előtt, naponként 3-szor. Szagtalan és víztelen volta miatt a betegek szívesen veszik be ezt az új szert, a mely kellemetlen mellékhatásokat, főleg a bél részéről, nem okoz. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 3. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1910. 2. füzet. *Pándy Kálmán*: Az alkoholos elme- és idegbajokról.

Gyógyászat, 1910. 9. szám. *Korányi Sándor*: Az idült diffúz vesebetegség diatézis kezelése. *Ormós Béla*: A gümőkóros fertőzésről, annak elhárításáról s a baj gyógykezelése irányelveiről.

Orvosok lapja, 1910. 9. szám. *Halász Henrik*: A helyes lélegzésről és annak előnyeiről. *Chudovszky Mór*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 9. szám. *Siklóssy Gyula*: A látás élességének megvizsgálása. „Urologia” melléklet, 1. szám. *Feleki Hugó*: Az orthocystoskopiáról. *Drucker Viktor*: A húgysavas diathesis terapiájához. *Remete Jenő*: 1. Hólyagpapilloma operált esete. 2. Korai prostatahypertrophia ritkább esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Szilágyi János* dr.-t Marosvásárhelyt az államvasutakhoz orvosi tanácsadónak, *Olavszky Viktor* dr. nagysomkúti járásorvost, *Grasser József* dr. csákvári kórházi orvost, *Plesch János* dr. rajeczfürdői fürdőorvost, *Heinrich Adolf* dr. trencséntepléci fürdőigazgatót és *Gallia Rezső* dr. trencséntepléci fürdőorvost tiszteletbeli megyei főorvossá, *Kovács Mór* dr. nagysomkúti körorvost tiszteletbeli járásorvossá, *Weisz Áron* dr. hajduhadházi orvost államvasúti pályatorvossá nevezték ki.

Választás. *Singer Mór* dr.-t Enesén körorvossá választották.

Lichtenberg Sándor dr.-t a strassburgi egyetemen a sebészet magántanárává habilitálták. Lichtenberg dr. pályáját a budapesti II. sz. anatómiai intézetben kezdte, azután a sebészetre adva magát, Heidelbergben töltött Czerny tanár oldalán több évet s jelenleg a strassburgi sebészeti klinika tanársegéde.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába tagdíjat fizettek: 1906—1909-re: Lipscher Mór Komárom 16 K-t; 1910—1914-re: Bleyer Márk, Halmi és Göbel Alajos Szatmárnémeti; 1908—1910-re: Hajós Béla, Békéssy Gyula, Hajdu Imre Budapest, Barok Samu Erzsébetfalva, Csáky Károly Podolin 12—12 koronát; 1907—1909: Welwart Adolf Korpona 12 K-t; 1909—1910-re: Kovács S. Endre, Márton Imre, Ludwigh Endre, Dzián Kálmán, Radó Lipót, Faj Aladár, Szántó József, Schütze József, Kronberger Adolf, Zakariás Simon, Hunyady János, Pécsy János, Unterberg Adolf, Andreánszky Jenő, Csáp Miklós, Dohány Lajos, Hunwald Antal, Asztalos Kálmán, Strosser Gyula, Vizi Henrik 8—8 K-t; 1910—1911-re: Stankovich Géza Jász és Lövy Jakab Mohács 8—8 K-t; 1908—1909-re: Duchon János, Világhy Károly és Alföldi Béla 8—8 K-t; 1909. évre: Vécsey Gyula, Hajnik Emil, Ormos Béla, Révész Árpád Békéscsaba, Messinger Károly, Sváleg Gyula, Maár Mihály, Laky Fülöp Békéscsaba, Messinger Károly, Sváleg Gyula, Maár Mihály, Laky Fülöp, Uhrik Gyula, Roth Alfréd, Várady László, Morelli Gusztáv, Török István, Szigeti Lajos, Istók Barnabás, Kórodi Kálmán, Tanczer Ernő, Lugosi István, Faller Gusztáv, Rosenberg Soma, Láng Ignác Budapest, Spányi Géza, Czákó Zsigmond, László Adolf, Nagy Sándor 4—4 K-t. — 1910-re befizettek: Mosonyi Albert, Kollár Kamil, László Elek, Baum Ignác, Czoniczer Márton, Hazslinszky Hugó, Hieronymi Géza, Epstein Manó, Fürst Zsigmond, Fülöp Jakab, Frenreisz Ferencz, Geyer József, Zahler Emil, Uhl Gyula, Tóth Gyula, Szalay Béla, Szabó Mihály, Révész Gyula, Rajnai Béla, Rónay Gusztáv, Paczka László, Prajzák Adolf, Moravcsik Ernő, Marikovszky György, Budai Mór, Apáti Károly, Barabás Arnold, Berger József, Schmidt Imre, Téry Ödön, Dóczy Imre, Korein Adolf, Steiner József, Kollár Lajos, Lőte József, Friedler Ernő, Bogdanovics Milos, Jármay László, Liebermann Emánuel, Bakó Sándor, Boytha József, Bugsch Gusztáv, Balogh Dezső, Dieballa Géza, Doctor Károly, Erőss Gyula, Györgyi József, Kern Géza, Szirtes Alajos, Szerb Zsigmond, Székely Ádám. Budapest, 1910. március 1.-én.

Katona József dr., pénztáros.

Meghalt. *Hintz Henrik* dr. királyi tanácsos, a Ferencz József-rend lovagja, az országos egészségügyi tanács rendkívüli tagja, bártfai fürdőorvos 55 éves korában február 28.-án. — *Scheiber Lipót* dr. monostorszegi községi orvos február 12.-én 46 éves korában. — *F. Cerasi* dr., a Gazetta Medica di Roma alapítója és szerkesztője. — *A. Serratos* dr., a montevidói egyetemen a symptomatologia tanára. — *C. Gioffradi* dr., a nápolyi egyetemen a belorvostan magántanára.

Kisebb hírek külföldről. A greifswaldi egyetemen a nőorvostan rendes tanárává *P. Kroemer* dr. berlini magántanárt nevezték ki. — *Rockefeller*, az ismert new-yorki milliárdos 40,000 márkát juttatott a nevét viselő intézet útján Ehrlich tanárnak Frankfurtban, vizsgálatainak támogatására. — Berlinben kórházat szándékoznak alapítani női bajsok részére, kizárólag női orvosi személyezettel.

A III. nemzetközi physiotherapiál congressus (március 29. étől április 2.-áig) magyar bizottsága március 1.-én tartott ülésének határozatából felkéri az érdekelt egyesületeket és intézményeket, hogy képviselőiket úgy a magyar bizottságnál, mint az idő rövidsége miatt már egyenesen a párisi szervező-bizottságnál is (*Dr. A. Vaquez*, 27. Rue du Général-Toy) sürögősen jelentsék be. A congressuson való részvételüket kilátásba helyezték: *Bókay Árpád*, a magyar bizottság elnöke, *Tóth Lajos* min. tanácsos, mint a kormány képviselője, *báró Müller Kálmán*, *báró Korányi Sándor*, *Grósz Emil*. E congressus után április 7.-étől 10.-éig fogja tartani üléseit ugyancsak Párisban a francia gyakorlóorvosok III. congressusa, a mely érdekes rendi és orvosnevelési kérdésekkel foglalkozni (honorariumok, kurzusok, kórházi administratio, szabad orvosválasztás, orvostanhallgatók számának megszorítása, orvosok syndikatusa, orvosi oktatás stb.). Az érdeklődőknek Vámosy Zoltán dr. titkár (VIII. Üllői-út 26.) szívesen megadja a kellő felvilágosításokat.

A pellagráról. E betegségről még mindig az a legelterjedtebb nézet, hogy a romlott kukorica okozza a benne képződő toxinok vagy benne fejlődő bizonyos baktériumok útján. 1905-ben *L. W. Sambon* dr. ezzel szemben azt a nézetet fejtette ki, hogy a kukoricának semmi köze sincs a pellagrához, hanem hogy protozoonok okozzák, a melyek a simulium nevű szunyogfajta csipése útján jutnak emberre és állatra. Sambon arra hivatkozik, hogy semmi összefüggés sincs a pellagra elterjedése s a kukoricatermesztés közt: előfordul kukoriczánküli vidékeken is s másfelől éppen olyan helyeken hiányozhat, a hol a kukorica teszi a nép főtáplálékát. A betegség tünetei és a vele járó kóros elváltozások egészen a protozoon-okozta betegségek (syphilis, álomkór) típusát tüntetik fel, s e mellett éppen úgy, mint ezek, arsenikumra javulnak. A pellagra elterjedése teljesen azonos a simulium-félék geographiai elterjedésével. Sambon dr. nézetét már igen sok szerző, többek közt Babes tanár Bukarestben is elfogadta. Londonban most előkelő orvos-tanárokból és orvosokból álló bizottság alakult, mely pénzt gyűjt arra, hogy Sambon dr. tudományos expedíciót szervezhessen valamely a pellagra által erősen sújtott vidékre. (British medical Journal, 1910 február 5.)

Az idegrendszer anyagszerkezetének emelése közvetlenül az idegszövetekre, közvetve az egész test táplálására kedvezően hat vissza. Ez alapon magyarázható a természetes glycerophosphatnak, a lecithinnek antineurosos és testsúlygyarapító hatása. Gyermeknek rachitise és scrophulosisa ellen télen a lecithines csukamájolaj, oleum jec. as. c. lecithino Richter, nyáron a lecithin granulée Richter, felnőttek idegesége és lesóványodása ellen a Richter-féle lecithin- és bromlecithin-tabletták ajánlhatók. Azokban az esetekben, a melyekben a jód adagolása indokolt, a jódlecithin válik be jól. Ujabbban a jódlecithint arteriosclerosis eseteiben kiváló sikerrel alkalmazzák.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diatézis, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

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

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógyimódot.

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. VAS BERNAT, Poliklinika.

Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

Tamássy Park-sanatoriuma

DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézet orvos: **Somossi Lajos** dr. Alkohol-, morphiom-, nicotinelvonás.

Orvosi laboratórium és cukorbeteg tele-antiajának meghatározása

Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—26.

Elektromágneses intézet

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA BUDAPEST, VÁROSLIGETI FASOR 13—15.

Felvételeknek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. Szili Sándor

v. egyetemi tanársegéd, Andrassy-út 55. Tel. 157—71. Vegyi, gőresői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reaction) orvosi laboratóriuma.

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (V. rendes tudományos ülés 1910 február 5.-én.) 184. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai, 185. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1910 február 5.-én.)

Elnök: Schaffer Károly. Jegyző: Rotter Henrik.

A Basedow-kórrol.

Dalmady Zoltán: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Holzwarth Jenő: A Basedow-kór operatív kezelését jogosultnak tartja. Dollinger tanár megbízásából bemutat egy 14 éves leányt, a ki 1909 május hónapja óta Basedow-kóros. Felvételekor (ez év januárjában) exophthalmus, tremor, tachycardia (pulsus 154). Január 17.-én Dollinger tanár strumectomiát végzett rajta. Kétoldali kisökölnyi strumájából egy-egy darabot vett ki, összesen 142 grammot, és annyi maradt vissza, a mennyi a normálisnak megfelel. A beteg állapota lényegesen javult: az exophthalmus kisebb, a pulsus-szám 100—120, a táplálkozás is javult, az éjjeli izzadás, nyugtalanság megszűnt. Teljes gyógyulás várható.

Dollinger Gyula: A Holzwarth által bemutatott esethez pótlólag megjegyzi, hogy a javulás nem egyedül a strumectomiának tudható be, hanem annak is, hogy előzőleg az art. thyroidea superior, inferior és imát is lekötötte, mi által a megmaradó pajzsmirigy táplálkozása tetemesen csökken.

Biró Gyula: Specifikus tuberculosis-kezeléssel gyógyulást ért el egy nőbetegén, a kin a Basedow-kór minden tünete megvolt: exophthalmus, tachycardia, tremor, izzadás, lesóványodás; struma nem volt. Ezen beteg 210 cgm. Koch-tuberculinra 39°-os hőemelkedéssel reagált. Anamnesisében többszörös súlyos haemoptoe fordult elő.

Második esete: Nőbeteg, ki jobboldali csúshurut és haemoptoe miatt fordult hozzá. Nagyfokú izzadás, tremor, a pajzsmirigy jelentékeny túltengett, tachycardia 120—150 között mozgó pulsus-számmal, álmatlanság. Hat heti specifikus kezelés után az összes subjectív tünetek elmúltak. A tremor, izzadás, álmatlanság teljesen megszűnt. A tachycardia és struma egyelőre változatlan.

Vermes Mór: Az előadó Möbius elméletét elveti, serumától eredményt nem látott. Ennek ellenmondanak Haskovecz és mások állatkísérletei. Ha nem is minden tünetet, de a tünetek jó részét a glandula thyroidea hypersecretiójára lehet és kell visszavezetni, a nélkül, hogy a terheltséget tagadásba vennők.

A vérnyomás fokozódására a szülő már a múlt évben rámutatott. A Basedow-kóros vérében a mellékvese hatóanyaga fokozott mértékben van meg, és erre vihető vissza a Basedow-kórosoknak az Addison-kórban szenvedőkéhez hasonló bőrszíneződése. A pankreas jó hatása a Basedow-kórosok hasmenésére bizonyos antagonizmusból magyarázható a glandula thyroidea és pankreas működése között; a pankreas kiesését pótolja a pankreas-adagolás.

A magaslati kúrát Stiller-en kívül Kéty is ajánlotta. Csakugyan sok esetben jó az eredménye.

Az előadó nem szólt a Röntgen-kezelésről, a melynek pedig a Basedow-kór ellen jó a hatása.

A Möbius-serumot a szülő használta nálunk először és ha gyógyulást nem is, de határozott javulást látott tőle.

Kéty Károly: A Basedow-kór tarka és sokszor nem egyező tünetei ismeretese és magyarázatukban a szerzők egységes megállapodásra jutottak. A lényege a bajnak azonban kemény dió, és az előadó helyesen nem is akart belebocsátkozni a fejtegetésébe. A tünetek sokszerűségét és az újabb leírt tüneteket is felsorolta, ezért elismerés illeti.

A múlt század hatvanas-hetvenes éveiben nagy irodalma támadt a kérdésnek, mely akkor új volt. Nagy munka jelent meg „sympathicus-betegség” cím alatt, és ebben a Basedow-kór is fel volt sorolva.

Felvették, hogy az exophthalmus és a struma sympathicus-bénulásos tünet, míg a tachycardia sympathicus izgatás következménye. De ezen ellenmondás miatt e nézetet elhagyták. Azóta sok nézet merült fel, így a bántalom központiséga (agybántalom) is. Újabban intoxicatióval, hyperthyreoidismussal magyarázzák a bajt. És sok szól e nézet mellett, főként a sebészi úton elért eredmény. És lehet, hogy ezen az úton betekintést nyerünk majd a betegség lényegébe.

A mi a therapiát illeti, nagy tapasztalat alapján azt kell mondanom, hogy kimagasló hatása van, ha csak átmenetileg is, a galvanotherapiának; a sympathicus nyakdűzeira alkalmazzuk az anodot.

A tachycardia már az áram behatása alatt 10—15 érveréssel ritkul. Ezért sohasem mulasztom el alkalmazását. A tachycardiának hatalmas szere a tinctura veratri viridis recens, melynek már 3—4 cseppje leszállítja a szívösszehúzóerő számát.

Donath Gyula: Ha a Basedow-kórban figyelembe vesszük a carotisok erős pulsatióját, a pajzsmirigyen a surranást, hajlandók vagyunk felvenni, hogy az általános vérnyomás mindig fokozott. Ez azonban nem áll, mert számos vérnyomásmérés, melyet éveken át saját betegeimen, valamint Korányi és Kéty tanár urak klinikáin végeztem, azon ered-

ményre vezetett, hogy a betegek nagyobb részében az általános vérnyomás ugyan fokozott, kisebb részében azonban nem mutat elváltozást, s egy még kisebb részében határozottan csökkent. — Egy másik megjegyzésem a gyógyításra vonatkozik: Midőn a Rókus-kórházi ideg-ambulatoriumot vezetem, a mindkét oldali nyaki sympathicus resectióját végeztettem, a többi közt egy nagy fokban Basedow-kóros betegen azon időben, mikor a strumectomia még nem szerepelt. Ezen betegen az összes tünetek lényegesen javultak. Különösen a tachycardia, a hyperhydrosis, az exophthalmus javult, azonkívül a struma zsugorodott és kemény lett; én is hajlandó vagyok, mint az előadó, a struma keményedésének kedvező prognostikai jelentőséget tulajdonítani. Végül egy elméleti megjegyzést teszek: Midőn Möbius ismeretes és most általánosan elfogadott teoriáját felállította, kerestem, vajjon ha hyperthyreoidismusról van szó, kimutatható-e a vizeletben fokozott jód-kiválasztás. Ámbar nagymennyiségű vizeleteket dolgoztam fel, jódot a legérzékenyebb methodusokkal vagy egyáltalában nem, vagy csak nyomokban tudtam kimutatni. Ebből azt kellett következtetnem, hogy a Basedow-kórban nem lehet felvennünk valamely normális belső secretio fokozódását, hanem egy kórosan elváltozott secretum erősebb kiválasztását kell feltételeznünk. Ezen felfogást később maga Möbius is elfogadta.

Fischer Ernő: Némikülözi az előadásban a Basedow-betegség Röntgen-therapiájának méltatását, vagy legalább is tárgyalását. Ezen kérdést nemrég igen bőven tárgyalták a bécsi orvosegyesületben, a mikor is a sebészek, főleg az Eiselsberg-iskola, támadást intéztek a pajzsmirigy röntgenézése ellen, mivel ez a pajzsmirigy körül heges összenövéseket okoz és ezzel a később esetleg szükségessé váló műtétet megnehezíti. Ezen még be nem bizonyított tényssel szemben vegyük azonban tekintetbe a legkiválóbb röntgenológusok tapasztalatait, a melyek szerint a Röntgen-kezelés a Basedow-kór kezelésének egyik fontos és hathatós eszköze.

Földi Ottó: 5—6 esetet észlelt a 17. sz. helyőrségi kórházban, melyek látszólag a gümőkór és a Basedow-kór közötti összefüggésre utalnak. Valamennyi beteg bosnyák-hercegőz katonája volt, a kik tudvalevőleg rendkívül érzékenyek a gümőkóros fertőzés iránt; az észlelt esetekben is eleinte gümőkóros jellegű mirigyek jelentek meg a nyakon s csak később mutatkoztak oly tünetek, melyeket a Basedow-kórra jellegzetesnek tartunk. A hozzászóló azon nézetet vallja, hogy a két bántalom közötti összefüggés inkább a mirigynagyobbodással járó anatómiai elváltozásokon alapszik, mint közös okozaton.

Scharl Pál: Az előadó nézetét a Basedow-kór és tuberculosis közt összefüggésről mindenben a magamévá teszem. A felszólalások során azonban szóba került a Basedow-kór mint gümös eredetű megbetegedésnek a gümőkór elleni immunizálással történt gyógyítása. 1906-ban hívta fel Spengler a figyelmemet a Basedow-kór gümös eredetére; azóta 72 esetet volt alkalmam látni, melyben a tuberculosis kimutatható nem volt. Ezek közül 7 esetben, melyek gümőkórra a leggyanúsabbak voltak, probatív tuberculin-oltást is végeztem, mind a 7 esetben negatív eredménnyel.

A mi a therapiát illeti, csak néhány esettel rendelkezem, de a Hollós által ajánlott I. K., melyet Bandelier és Roepke, valamint a saját tapasztalataim alapján is teljesen közbömbösnek tartok, a Basedow-kór eseteiben is hatástalannak mutatkozott.

Winternitz Arnold: Négy esetet operált, ezek között egy igen súlyos volt. Az általános tünetek már 1—2 nap múlva enyhültek és pedig tartósan.

Manninger Vilmos: A sebészi eredmények a közvetlen kiváltó okról experimentális bizonyossággal állapítják meg, hogy az a hyperthyreoidosis. Ez rontja a szívet, a megromlott szív nem bírja el az operációt. A szólnak egy súlyos esete operációra meggyógyult. Az operatio után 1—2 napig még súlyosak a tünetek, de ha a beteg ezt kiállta, egy csapásra megjavulnak az összes súlyos tünetek. Nehéz annak megítélése, hogy melyik eset gyógyul nyugalomra, melyiket kell operálni. Talán segít ennek eldöntésében az előadó említette zörejek figyelembe vétele.

Farkas Márton: A Basedow-kór aetiologiája nem egységes és így a therapiája sem. Ez mozaikszerű: sebészi, villanyozás, belső kezelés, magaslati kezelés, hydrotherapia, és mindegyikkel van fényes eredmény. A mi a hydrotherapiát illeti, 3/4 óráig alkalmazza a bepakolást és nem a szívhűtőt, hanem inkább a nyakhűtőt alkalmazza.

Dalmady Zoltán: Köszöni a hozzászólásokat és csak néhány ellenvetésre kíván reflektálni. Nem tárgyalhatta az egész Basedow-kórt, eltekintett az elméletektől, a laboratoriumi vizsgálatoktól és főként a saját gyakorlatában szerzett tapasztalatairól számolt be.

A Möbius-féle elméletet nem utasította vissza, csak a serumot nem tartja sem elméleti alapon, sem gyakorlati tapasztalatok alapján alkalmasnak.

Möbius azt mondja, hogy a pajzsmirigy beteg első sorban; az bizonyos, hogy a legtöbb tünetet a pajzsmirigy okozza; de a szülő tagadja, hogy a Basedow-kór nem más, mint hyperthyreoidosis, mert nem lehet valamennyi tünetet erre visszavezetni.

A pankreással való antagonizmust osztja. Hogy a pankreas-készítmények jók, az tapasztalati tény.

A magaslati klíma a legjobb, a mit a betegnek ajánlhatunk, de nem lehet tőle mindent várni.

A tüdő-alteratio oka néha az, hogy a kulescsont feletti árkokban pseudolipomaszerű duzzanat van. A lesóványodás és hizás sajátosan változik, helybeli fogyás és hizás ismételt előfordul, így a kulescsont felett is, és ez tévedésre adhat alkalmat. Hasonlóképpen a szakgatott légzés is tévedésre adhat okot.

A hydrotherapiában a szülő is a nyak hűtését helyezi az előtérbe.

A szív functiovizsgálatáról.

Tornai József: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VII. Szakosztály. Sebészet.

(Folytatás.)

III. A rákbetegség gyógyítása.

G. Meyer (Berlin) utalt az orvosok együttműködésének fontosságára a rák elleni küzdelemben. Hangsúlyozta, hogy a leg-sürgősebb feladat egy jó, egységes statistikának felállítása a rák elterjedéséről és gyakoriságáról az összes országokban, a különböző nemek és fajok, valamint életkor és foglalkozás szerint. Ilyen statiska csak az összes kulturállamok valamennyi orvosának közreműködése mellett volna szerkeszthető. Súly helyezendő a korai körjelzésre, miért is az orvosok képzésekor és továbbképzésekor a rákbaj diagnostikájának kimerítő oktatására tekintettel kellene lennünk. Mindazon gyógykísérletek, melyek eredményre vezettek, egybe-gyűjtendőek. Ezen feladat szintén csak az orvosok közreműködése mellett valósítható meg.

Fischer Aladár (Budapest): Az emlőmirigykről és annak műtéti kezeléséről, úgyszintén a műtéti kezelésnek eredményeiről szólt. Az előadó 65 esetében az operatív halálozás 0 volt. Három év után eseteinek 37,5, öt év után pedig eseteinek 36,3% a volt recidivamentes.

Hüll H. (Budapest) azon technikát ismertette, melyet a rákos gyomor kiirtásakor követ; hogy a beavatkozás időtartamát meg-rövidítse, Fischer műszerrel *gyomorvarrógépet szerkesztetett*; a gépet be is mutatja. 21 pylorotomizált betege közül a műtét folytán csak egyet vesztett. 20 betege per primam gyógyult.

IV. A csontok és ízületek sebészete.

Mac Ewen (Glasgow) értékes szövettani megfigyelésekkel szolgált a csontregenerációról és a callusképződésről.

Fischer Ernő (Budapest) egyszerű és praktikus kötések demonstrált a felkar és alkar, úgyszintén a patella törései számára.

Holzwarth (Budapest) a *Dollinger-féle járóköteket és járó-gépeket* mutatta be; ismertette azok technikáját, úgyszintén azon eredményeket, melyeket az I. számú sebészeti klinikán velük elértek.

Az ízületek sebészete három rapport vezette be; mind a három az ízületek sebészi gümőkórjával foglalkozott. Elő-ször is **Klapp** (Berlin) a *sebészi gümőkór konzervatív kezeléséről* szólt. Hangsúlyozta annak szükségességét, hogy a helybeli kezelés mellett a szervezetnek általános roborálására is nagy gondot fordít-sunk. A konzervatív kezeléstől szerinte akkor várhatjuk a legjobb eredményt, ha kedvezők a helybeli viszonyok (két-, könyök- és lábízületi tuberculosis) és kedvezők a mellett a külső körülmények (fiatal kor, alkalmas hygienés feltételek, kedvező szociális állapot stb).

A sebészi gümőkór operatív kezelést igényel, ha az általános állapot máris súlyosan szenvedett (nephritis, amyloidosis, phthisis, bétuberculosis folytán); vagy ha a helybeli gőcz az egész szervezetet veszélyezteteti (hosszantartó genyvedések, vegyes fertőzés); vagy ha a hosszú konzervatív kezelés után elérhető functionális eredmény nem volna jobb azon eredménynél, melyet műtéttel érhetünk el. És javult végül a műtéti eljárás mindenféle extracapsuláris és extraarticuláris gőcz, úgyszintén sequester-képződés eseteiben.

Lange (München) a csont- és ízületi gümőkór orthopaediai kezelését védelmezte referatumban.

Az orthopaed kezelésnek legfontosabb tényezői az ízület rögzítése és tehermentesítése. **Lange** kifejtette ezen elv gyakorlati

keresztülvitelét a különböző csontok és ízületek gümőkórja esetében és kötések, valamint gépeket demonstrált a technikának könnyebb megértése céljából. Rendszeres konzervatív kezelés mellett esetei-nek 95%-ában ért el gyógyulást; kellő kezeléssel, az ízületeknek hosszantartó rögzítésével orthopaed készülékekben az ízületek zsugorodását is elkerülhetjük. Rövid ideje fennálló zsugorodásokat redresszállással kell gyógykezelnünk, régebbi contracturák fennforgá-sakor választhatunk a redressement és osteotomia között.

Ludloff (Breslau) a csont- és ízületi gümőkór operatív gyógy-kezelését fejtegette. **Ludloff** tanulmányozta **Eiselsberg**, **Garré**, **Miku-licz** és **Küttner** idevágó anyagát és azon eredményre jutott, a melyre **Kocher** a bruxellesi nemzetközi sebészcongressuson:

„Az operatív beavatkozás indiciója és technikája változik az ízület és gőcz szerint.“ A csípő- és kéztőízület gümőkórját lehetőleg conservative, a térd- és ugróízületek gümőkórját pedig lehetőleg operative kezeljük.

A 10%-os jodotorm-glycerin injectiója **Ludloff** szerint az alsó végtagsontok és -ízületek gümőkórjában éppen olyan hatástalan, mint a Bier-féle pangásos kezelés.

A *discussionban* **Murphy** (Chicago) saját klinikai tapasztalatairól számolt be az ízületi gümőkór conservatív és sebészeti kezelésé-ben; nézetei lényegükben egyeznek az előadók nézeteivel.

Wein Manó (Budapest) *Marmorek-féle antituberculosis serum-mal* elért eredményeit ismertette. 41 pontosan észlelt betege közül 17 gyógyult, 24 javult. A gyógyult esetek közül 20%-ban a gyógyulás véglegesnek volt mondható. A Marmorek-féle serummal gyógyultak a tuberculin ellen éppen olyan érzéketlenek, mint minden egészséges egyén. Ha tuberculin-injectio után lokális reactio jelentkezik, folytatnunk kell a Marmorek-kezelést addig, míg a gyógyulás végleges.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

5030/1909.

A lemondás folytán megüresedett szakcsi **körorvosi állás**ra ezennel újabb pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázni óhajítókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám 1910. évi március hó 30.-áig annál is inkább nyújtsák be, mert a határidő után beérkező pályázatot figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában meg-állapított 1600 korona kezdőfizetés.

A lakás- és látogatási díj kérdése jogerős határozattal rendezve még nincs.

A község 700 korona lakásbér fizetésére vagy megfelelő természetbeni lakás szolgáltatására lett kötelezve. A véghatározat azonban még nem jogerős.

Az orvosi körhöz Szakcs székhelyen kívül ez idő szerint Kocsola, Koppány-szántó, Nak, Lápató és Várong községek tartoznak, összesen 9479 lakossal.

A választás határnapját később fogom megállapítani és közölni.

D o m b o v á r, 1910. február 25.-én.

A főszolgabíró.

582/1910. sz.

Az almáskamarási **körorvosi állás**ra pályázatot hirdetek.

A kör két községből áll. Almáskamarás mint székhely és a hozzá 2 és fél kilométernyire fekvő Nagykamarás.

A körorvos fizetése az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona törzsfizetés, a törvény értelmében kijáró ötödéves korpótlék, a vármegyei szabály-rendelet értelmében megállapított 400 korona lakbér (vagy természetbeni lakás), 160 korona fuvarátalány és a látogatási díjak nappal egy korona és 60 fillér, éjjel ennek kétszerese. A körorvos kézi gyógytáji jogot kaphat.

Pályázni szándékozók felhívtnak, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi április hó 15.-éig** küldjék be.

E l e k, 1910. évi február hó 25.-én.

Mladin Miklós, főszolgabíró.

585/1910. sz.

Bihar vármegye margittai járásához tartozó széplaki egészségügyi körben, a melyhez ez idő szerint Széplak, Bályok, Almás, Szoldobágy, Felsőábrány, Szélt-álló, B.-Terebes, Bártfalva, Szunyogd, Lúki, Dúzsér, Kohány, Déda, Csehtelek, Bisztraújfalú, Bozsaly, Papfalva, Almászeg, Bodonos, Középes, Almászeghuta, Vár-viz, Verzár, Baromlak és Szocset községek tartoznak, a lemondás folytán meg-üresedett **körorvosi állás**ra pályázatot hirdetek s a pályázni óhajítókat felhívom, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám **1910. évi április hó 10.-éig** annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket tekintetbe venni nem fogom. A választás napját később fogom kitűzni. Az állás javadalmazása: 1600 kor. és 4 ötödéves 200 kor.-s korpótlék. A látogatási és távolsági díjakat meg-állapító vármegyei szabályrendelet jóváhagyás alatt áll. Megfelelő lakbér megállapítása folyamatban van. Fuvarátalány ez idő szerint 655 kor. Végül megjegyzem, hogy ezen igen terjedelmes kör előnyösebb beosztása szintén jóváhagyásra vár, mely új beosztás mellett a kör kényelmesen ellátható lesz.

M a r g i t t a, 1910. évi február hó 28.-án.

Balásházy Iván, főszolgabíró.

819/1910. kig. sz.

Udvarhely vármegye homoródi járásához tartozó XVII. orvosi körben a **körorvosi állásra** pályázatot nyitok; a kör székhelye: Homoródszentmárton. Nyilvános gyógyszerárakkal. A körorvos fizetése: 1600 korona évi fizetés, 500 korona fuvarátalány és 240 korona lakbér; szabályrendeletben megállapított rendelési és beteglátogatási díjak és helyben halottkémlési díjak; felhívom azon orvosdoktor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi április hó 1-ig** adják be.

Oklánd, 1910. évi február hó 23-án.

2-

Szabady, főszolgabíró.

30/1910.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál lemondás folytán megüresedett kórházi **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: évi 1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt, 1 koronás okmánybéllyel ellátott folyamodványukat nagyságos Ambrus Sándor úrhoz, Békés vármegye alispánjához címezve, hozzám **f. évi március hó 18-áig** nyújtsák be.

Megjegyzés: Az állás április hó 1-én foglalandó el, pályázó orvostudorok hiánya esetén az állás 1 évi kórházi gyakorlatos orvossal is betölthető, miután a kórháznak erre jogosultsága van.

Békéscsaba, 1910. évi február hó 27-én.

Remend Elek dr., közkórházi igazgató.

681/1910. sz.

A losonci kerületi munkásbiztosító pénztár, Losoncz székhellyel egy újonnan szervezett 2000 korona évi javadalmazású **állásra** pályázatot hirdet; az állás ideiglenes.

Az orvostudori oklevéllel és az eddigi orvosi működést igazoló okmányokkal, vagy ezek hiteles másolataival felszerelt pályázati kérvények a losonci kerületi munkásbiztosító pénztárnál **1910. évi március hó 14. napjának déli 12 órájáig** nyújthatók be.

Az igazgatóság által megválasztott orvos az érvényben álló orvosi egyezséget elfogadni és magára nézve kötelezőnek elismerni köteles.

Egyéb felvilágosítást a pénztár főorvosa nyújt.

Kelt az igazgatóság 1910. évi február hó 27-én megtartott üléséből.

Losoncz, 1910. évi február hó 28-án.

Losoncz Sándor, igazg. elnök.

Biszkup Lajos, titkár.

804/1910. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában Tiszaistvánfalva községben **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi készpénzfizetés s a községtől külön 800 korona évi rendes pótlék. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított 500 korona lakpénz, látogatási, rendelési, műteti, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlési és hűsvégdíj díjak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi április hó 1-éig** nyújtsák be.

Újvidék, 1910. évi március hó 2-án.

3-1

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

1065/1910. sz.

Hunyad vármegye marosillyei járásában levő 46 községből csoportosított marosillyei egészségügyi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Négyezer ötévenként 200-200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlékkal emelkedhet 1600 korona évi fizetés, jóváhagyás alatt álló vármegyei szabályrendelet szerint 600 korona évi lakbér és 900 korona évi úti átalány, közigazgatási úton bevezethető rendelési, műteti, beteglátogatási és távolsági díjak, vasúti és fuvar költségek, orvosi bizonyítványkiállítási díj, oltási díjak, végül beveny fertőző betegségek esetén fertőzött községek gyakoribb látogatása alkalmával természetbeni fuvar, esetleg fuvar, valamint távolsági díj.

Megválasztott esetleg vasúti pályatorvossá is kineveztetik.

Székhely: Marosillye.

Megjegyzem, hogy a kör felosztása tervben van, s ha végrehajtatik, megválasztott a körből kikapcsolt községek miatt korpótlást nem kívánhat és ez irányban igényt sem támaszthat.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi március hó 22-én d. u. 5 óráig** nyújtsák be, a később érkezőket nem veszem figyelembe.

A választás napját később fogom kitűzni.

A választásig, ha megfelelő pályázó jelentkezik, az állást helyettesítés útján is betölthető.

Marosillye, 1910. évi február hó 20-án.

3-2

A főszolgabíró.

HIRDETESEK.

:: 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:

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 hugysavas 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.

MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ

BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

űdit, gyógyít. : : : Kapható mindenütt.

Budapesti főraktár: VI., Eötvös-utca 44. Telefon 86-35.

NERALTEINUM

(Para - aetoxyphe-nyl - amido-natrium metan-sulfonatum).

Longe optimum Antipyreticum, Analgeticum, Antineuralgicum et Antirheumaticum sine ullo effectu venenoso, in aqua solubile. In pulvere et tabuletis à 0.5 gm. (lagen. orig.) Dosis: 0.5-3 pro die. Lepetit, Dollfus & Gansser, Milano □ Wien, IX/2

Pyocyanase

mint bakteriumölő, hártya- és lepedékoldó szer ajánlatos a legkülönbözőbb fertőzések és lobok ellen.

Első sorban helyi kezelésre alkalmazzák és therapeutice és prophylaktice rendkívüli eredménnyel alkalmazzák.

Alkalmazási hatáskör: **belgyógyászat, sebészet, nőgyógyászat, fülészeti, szemészeti, bőr- és nemi betegségek, fogászat stb.**

Nagy irodalom rendelkezésre.

Csomagolások: 10 ampullát tartalmazó dobozokban à 1 cm³, 4 ampulla à 2 1/2 cm³, 2 ampulla à 5 cm³.

Üvegek à 10, 50 és 100 cm³. — Pyocyanase-Spray.

Kapható minden gyógyszerárban.

SÄCHSISCHES SERUMWERK UND INSTITUT FÜR BAKTERIOTHERAPIE DRESDEN.

Neuronal

(Bromdiaethylacetamid D. R. P.) Ártalmatlan **hypnotikum**,
bevált **sedativum**, **antiepileptikum** és **analgetikum**.

Neuronaltabletták à 0.5 gm.

Kalle & Co. A.-G., Biebrich a. Rh.

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltó-intézet BUDAPEST,
VI., Teréz-körút 31.

Pontosan szállít kitűnőnek ismert, biztos fogamzású

himlőnyirkot

bő adagolásban a régi mérsékelt árakon. Tömeges oltásra: 8 fillér
egyenként. Ugyanott beszerezhető: kitűnő hatékonyságú

diphtheria-serum.

Igazgató-orvos: Dr. SZÉKELY ÁDÁM.

★ ★

Telefon.

★ ★

Sürgőnyszim: PÁPAY oltó-intézet.

Amidoazotoluol

Medicinale „Agfa“

Sebfelületeken a bőrképződést előidéző **hathatós alkatrésze a**
„Skarlatina R“-nek, a „Skarlatina-R-kenőcs“ előállításának pótlásul ajánlott

„Skarlatina-kenőcs“

új előírás szerint.

Minták és irodalom kívánatra.

ACTIEN-GESELLSCHAFT FÜR ANILIN-FABRIKATION.

PHARMACEUTISCHE ABTHEILUNG.

BERLIN S. O. 36.

„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.



A Zoltán-féle csukamájolaj

íz- és szagnélküli,

kapható minden gyógyszerertárban.

8231

Tinctura Ferri Athenstaedt

alkalimenes vassaccharatum borszerű oldatban: 0.2% Fe. Valamennyi világországban, mint az anaemia és chlorosis souverain gyógy-szere ismeretes.

Eredeti 1/2 kilogrammos üvegnek ára 3 korona.

Mintát és irodalmat díjmentesen küldenek a gyárosok:

ATHENSTAEDT & REDEKER, Hemelingen Bremen

Kapható a gyógyszerertárakban vagy a magyarországi főraktárban:

DR. ROSENBERG SÁNDOR gyógyszerész, BUDAPEST.

„Csillag” gyógyszerertár, VIII., Rákóczi-út 39 (József-körút sarok).

A „MAGNET” név és gyári jegy törvényesen védve.

Készítményeink állandó kiállítása: Berlin, NW, Luisenplatz 2-4, Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen.

Epileptikus

betegek intézete Balf-gyógy-fürdőben. Fővilágosítással szolgál Wostuki István dr. igazgató-tulajdonos. Vagyontalan betegek a nagym. m. kir. belügyminisztérium előzetes engedélye alapján az országos betegápolási alap terhére vétetnek fel.

Dr. Pajor új sanatoriuma

Budapest, VIII., Vas-u. 17.

Belgyógyászati, diätetikai, sebészeti és bőrgyógyászati osztályok 70 betegszobával.

Röntgen-laboratorium.

Rennlakó 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 fölerakata.

MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: Édeskuty L.-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácsen.

7065

Sanatorium „Rekawinkel”

7423

Helyközi telefon Rewinkel 2.

a nyugati vasút mentén, ideg- és kedélybetegek részére. Pavillon-rendszer, valamennyi gyógytényező, egész éven át nyitva



„Nyilkör” védjegy.

„Rodagen” specifikus gyógyszer, morbus Basedowii ellen.

„Atoxyl” egy majdnem méregtelen arsenkészítmény, minden terhes mellékület nélkül.

„Hydrargyrum Atoxylicum” arsen- és higanytartalmú készítmény, a syphilis kezelésére.

„Sidalin” specifikum köszvény és rokonbajok ellen.

„Escalin” pastillák bél- és gyomorvérzések ellen.

„Escalin” suppositoriumok haemorrhoidális vérzések ellen.

„Lanolinum puriss. Liebreich”

„Lanolinum pur. Liebreich anhydricum” ismert tisztaságban kenőcsbázisnak.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE A.-G., Berlin-Charlottenburg.

Vezérképviselő Magyarországra részére:

WACK KERESZTÉLY, Budapest, IV., Gerlóczy-utca 2. szám.

Irodalom díj- és bérmentesen.

„Bayer”

CONTRATUSSIN

„Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR** Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerertárban kapható.

Kiváratra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen

Idegbetegek családiás jellegű otthona.

Dr. Batizfalvy-féle

SANATORIUM és VÍZGYÓGYINTÉZET

Budapesten, VII., Aréna-út 82. szám.

Fennáll 50 éve (alapított 1859-ben), 1908-ban a modern

igényeknek megfelelően átalakítva és berendezve.

GYÓGYESZKÖZÖK: Vízgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamos fényfürdő, hőfürdő. Napfürdő. Villamosítás (galván-, farado-, Franklin-áram). Massage (diätetikus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Gimnastika. Hízlató és soványító gyógmódok. Kötő ellátás, mérsékelt áruk. Állandó orvosi felügyelet. Gondos ápolás. Kiváló tisztaság.

Vízgyógykezelésre bejáró betegek is felvétetnek.

Dr. Ullrich Gyula, vezető főorvos.

Telefon 15-35.

Kiváratra prospektus.

HYDROPYRIN

! AZ INFLUENZA SPECIFICUM !
! ANTIPYRETICUM !
! ANTINEURALGICUM !

RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁRA BUDAPEST, X.,

ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-bén.

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 szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Müller Kálmán: Az abdominális arteriosclerosis. 187. lap.

Róth Miklós: Közlés a magy. kir. tudomány-egyetem III. sz. belklinikájáról. Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. egyet. tanár. Vervizsgálatok morbus Basedowi eseteiben. 189. lap.

Falta Marcell: Új hangvillatúnet. 190. lap.

Gerlóczy Zsigmond: A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. 192. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Ferenczi Sándor: Lélekelemzés. Értekezések a psychoanalysis köréből. — W. M. Bayliss: Das Wesen der Enzym-Wirkung. — Lapszemle. Általános kórtan. Gaza és Marchand: Calcinosis interstitialis. — Belorvosok. Schichhold: A csúzos betegségek tonsilláris kezelése. — Bethge:

Adatok a meningitis cerebrospinalis epidemica gyógyításához és megelőzéséhez. — Sebészet. M. Madlener: A sebészi varratok anyagának kérdése. — Pfister: A traumák után beálló csontosodások ismerete. — Szülészet és nőorvosok. Boris: Extraperitoneális császármetszés. — Venerés bántalmak. R. Bauer és A. Hirsch: Adat a Wassermann-féle reactio lényegéhez. — Brieger és Renz: Chlorsavas kalium használata a syphilis serodiagnózisában. — Fizikai és diétikai gyógyításmódok. Faber: A hideg fürdők után mutatkozó fehérjevizelés. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Boesch: Zincopyrin-gaze inoperabilis méh-rák eseteiben. — Bresgen: Merck-féle perhydrol régi fulgenyedés eseteiben. 195—198. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 199. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 199. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 200—204. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az abdominális arteriosclerosis.¹

Irta: Müller Kálmán dr. tanár.

Az arteriosclerosis irodalma igen kiterjedt. Ezen irodalom igen részletesen tárgyalja úgy kórbonczolástani, mint klinikai szempontból a nagyerek, szív, agy, vesék és végtagok ereinek sclerosisát.

Azonban sem az arteriosclerosis tárgyaló monographiákban, sem a tankönyvekben nem találjuk a *gyomor-bélhuzam erein támadó sclerosis* fontosságának, előfordulása gyakoriságának megfelelő méltatását, hanem csak az utóbbi évek sporadikus közleményeiben; pedig ezen localisatio fontossága az utóbbi évek tapasztalatai alapján kétségtelen.

Potain még 1899-ben „üres lap“-nak mondotta az aortitis symptomatológiáját. Egy pár év előttig a hasüreg ereinek kórbonczolástani és klinikai viszonyaira még sokkal inkább alkalmazhattuk ezen kifejezést, így például a hasüri szervek ilyenmü elváltozásait Edgren csak általánosságban említi fel. Szerinte egyes gastrikus jelenségek, nevezetesen: epigastriális fájdalmak, mellkasbeli nyomás, felbőfögés, hányásinger és hányás (ezek arteriosclerosis eseteiben igen gyakoriak) alig vannak az arteriosclerosis direct összefüggésben, hanem ezen tünetek összessége csak egy általános ideges állapot részletjelensége. Krehl azt állítja, hogy a gyomor részéről részben toxikus alapon, részben reflectorice a n. vagus útján számos szív-tünet kiváltható. Szerinte valószínű, hogy arteriosclerosisosak, különösen olyanok, kiknek szíve erre disponált, dyspepsiák után angina-szerű állapotba juthatnak. „Angina subdiaphragmatica“ esetét ritkán látta.

Schrötter említést tesz ugyan a gyomor és bél arteriosclerosisáról, de főleg csak az a. mesaraica thrombosisát és emboliáját tárgyalja. Ő azt hiszi, hogy a bél részéről jelentkező tünetcsoport — az „arteriosclerosisos bélkép“ — gyakoriságát illetőleg csak a szív, a vese és az agy elváltozásai után következik. Csupán a

bélarteriák sclerosisának megfelelő klinikai képről egyáltalán nem tesz említést. Azok az alakok, melyeket ő leír, határozottan nem ide tartoznak.

Romberg még tartózkodóbb álláspontra helyezkedik. Vonatkossával Örtner-nek később említendő esetére, a visceralis arteriosclerosisról csak annyit jegyez meg, hogy a gyomor-béltractus, mivel súlyosabb fokú arteriosclerosis ritka, csak néha okoz zavarokat.

Huchard tanulságos művében az arteriosclerosis ubiquitásáról szól és a mi álláspontunkhoz már sokban közeledik. „Gastrite interstitielle“, „gastrite scléreuse“ elnevezéssel erőteljes ember kórtörténetét tárgyalja, melyben arteriosclerosisos elváltozásoknak tulajdonít szerepet. „Angine à forme pseudogastralgique“ név alatt pedig kimerítően tárgyalja egy aortitis chronicában szenvedő ember gyomor-zavarait.

Az „aortite abdominale“ tüneteivel foglalkozik Teissier is. Újabbban histologiai vizsgálatok alapján Hasenfeld hangsúlyozza, hogy a hasüri szervek sclerosisa sokkal gyakoribb, mint azt általában hiszik, sőt ő tovább is megy, a mennyiben a hasi zsigerek sclerosisát tekinti az arteriosclerosisos szívhypertrophia főokának. Nagyszámú vizsgálata alapján igen gyakorinak találta a zsigeri arteriák sclerosisát Kümmel is. Az aorta nagyfokú elmeszesedése szerinte csaknem mindig együtt jár a zsigeri arteriák kisebb-nagyobb fokú sclerosisával.

Ha körültekintünk, csekély számmal bár, de találunk az irodalomban oly közléseket, melyek a *gyomor-béltractus ereinek anatomicus bebizonyított arteriosclerosisos elváltozásairól* szólnak. Így Merkel már 1866-ban közöl esetet, melyben általános arteriosclerosis mellett ulcus duodenale volt jelen thrombosisal.

Később Gallard ismertette a gyomorarteriák aneurysmásváltozásai miatt bekövetkezett halálos vérhányás két esetét. Az első eset 28 éves fiatal emberre vonatkozik, kinek két nappal a kórházba való felvétele előtt heves fájdalmak voltak az epigastriumában, ezután hirtelen ismételtén vért hányt; ez két napig állandóan ismétlődött és halálos kimenetelű lett. A bonczolás alkalmával a felszálló aortában csekélyfokú elmeszesedést találtak; a hátulsó gyomorfalon pedig egy kis erosiót s ennek fenekén kis szürkés csapot, mely egy aneurysmaszerűen kitágult arteriában foglalt helyet.

¹ A XVI. nemzetközi orvos-congressuson tartott referaturn.

Gallard másik esetében 51 éves, emphysemás beteg szerepel, a ki hirtelen vért hányt és véres széket ürített. A gyomortáj nyomásra nem érzékeny, gastrikus tünetek hiányoznak az anamnesisben. A beteg 2 nap múlva hirtelen meghalt. A gyomor hátulsó falán kölesnyi erosio, melynek alapján egy kis verőér aneurysmaszerű tágulatában kicsiny véralvadék volt. Ide tartozik *Sachs* esete is: 79 éves férfi, a ki ismételt szívdobogással és gyomorvérzésekben. A boncolás alkalmával a kis hajlás közelében egy kis submucosus arteria miliaris aneurysmájának repedése volt látható. *Mouisset* két esetében, a hol általános arteriosclerosis mellett belfékélyek voltak a bélarteriák sclerosisa mellett, látható ezen folyamat hatása a bél táplálkozási viszonyaira: „Les modifications anatomiques — mondja *Mouisset* — résultent des troubles de nutrition, qu'il serait logique de designer sous le nom d'arteriosclérose de l'intestin.“

Bizonyos súlyt helyeznek *Carriere* tapasztalataira; ő néhány, gastralgiaiban szenvedő szívbajos egyén boncolásakor endarteritis chronica proliferans talált a gyomorban. Itt tehát az élőkben gastralgia állottak fenn és post mortem anatómiai ok gyanánt endarteritis volt kimutatható. Ezzel igen tanulságosan állítható ellentétbe egy 38 éves munkás esete (*Hirschfeld*), kinek évek hosszú során át volt ismételt vérhányása. A közbeeső időkben ellenben sem gyomorfájsái, sem egyéb gyomortünetei nem voltak. A belső szerveken semmi rendellenesség sem volt kimutatható. A 13—14. gyomorvérzés alkalmával a beteg meghalt. A boncolat alkalmával nem találtak sclerosist sem az aortában, sem a többi nagy érben. Csak a gyomor hátulsó falában volt egy gombostűfejnyi thrombus egy kis submucosus arteriola megpattant aneurysmaszerű tágulatában. A metszeteken a megpattant aneurysma közelében aneurysmaszerűleg tágult erek voltak láthatók.

Másrészt elég számos bizonyítékunk van — s a mi szempontunkból éppen ez fontos — az érfalak szövettani sclerosisos elváltozásai mellett. Így *Schwyzer* 54 éves férfi esetét írja le, kiben a gyomorverőerek nagyfokú elmeszesedése volt jelen és *Buday* közöl bonczjegyzőkönyvet, mely 46 éves, gyakori vérhányásban szenvedő és vérhányás következtében elhunyt férfira vonatkozik, a kinek a halálát, illetve a halálos vérzést a gyomorverőerek nagyfokú (fekélyt elő nem idézett) elmeszesedése okozta (arteriosclerosis majoris gradus arteriarum coronariarum ventriculi).

Éppen ilyen meggyőző *Lewin* közlése, melyben arteriosclerosisos fókék okozta halálos gyomorvérzés két igen alaposan átvizsgált esetéről számol be. Ő azt állítja, hogy a gyomor ereinek nagyobb fokú sclerosisa nyilvánvalólag akkor is előfordul, ha az aortában és a többi arteriában csak igen kis fokú elmeszesedések vannak s ezért erre boncoláskor különös figyelem fordítandó. *Cheinis*, a ki a gyomorbéltractus arteriosclerosisának német, angol és francia irodalmát részletesen ismerteti, szintén ezen álláspontot foglalja el, a mennyiben hangsúlyozza, hogy nincs szükségképpen általános ér-elmeszesedéshez kötve az e helyeken előforduló ér-elmeszesedés. A közölt és a hozzájuk hasonló esetek ismerete sok úgynevezett idiopathiás haematemesisnek adja meg a magyarázatát. Ő úgy vélekedik, hogy a gyomorarteriák sclerosisa által okozott vérzések sokkal gyakoribbak, mint az a közölt esetek számához mérten felvehető.

Nem ritkák az olyan *klinikai* közlések, melyek a szív koszorú-erőereinek anatómiailag kimutatott sclerosisa mellett az *abdominális* tünetek dominálását hangsúlyozzák. Oly esetek ezek, melyekben a gyomor, illetőleg bél részéről jelentkező tünetek nem a helyi vér-elváltozásoktól, hanem a koszorú-erőerek sclerosisától függnének.

Huchard — mint már említettük — az ily eseteket, melyek külön csoportot alkotnak, „angine de poitrine à forme pseudo-gastralgique“ cím alatt közli.

Pal esetében is a 32 éves napszámosnak csak gyomorbélzavarai voltak, a beteg erős fájdalmak és hányás közepette hirtelen meghalt. A boncolás alkalmával nagyfokú endarteritis chronica deformans találtak a szív koszorú-erőereiben és az aortaiben egészen a pars thoracicaéig. A szív nem volt nagyobb, a billentyűk épek voltak. A gyomorban és bélben semmi kóros sincs, az abdominalis arteriák csaknem teljesen változatlanok.

Ezzel ellentétben az utóbbi években oly eseteket is figyeltek meg, melyekben az életben fennállott gyomorbélpanaszok oka az *abdominális* arteriák sclerosisában volt fellelhető.

Igy *Markwald* gyomor- és béltüneteket észlelt tipikus cardialis asthmarohamokkal egyidejűleg. A boncolás a szív koszorúereinek sclerosisán kívül a truncus coeliacus és ágainak nagyfokú elváltozását is kiderítette. *Schnitzler* 55 éves nőbetegén is csak has-tüneteket észlelt. Az illető 4 év óta székrekedésben és rohamoszerű heves hasfájdalmakban szenvedett. Karlsbadi kúra, tejdiéta és más therapiás beavatkozások eredménytelenek voltak. Bélpassage-zavart vettek fel és ezért laparotomiát végeztek, de az epehólyag és belek közti laza összenövésen kívül mást nem találtak. A fájdalom-rohamok a műtét után továbbra is fennállottak, és a beteg fekete pépes széket ürítve után meghalt. A boncoláskor az a. mesaraica obliterációját találták.

Kaufmann és *Pauli* klinice hasonló, de boncolással nem ellenőrzött eseteket közölnek, melyekben azonban a gyomor- és hasfájdalmak mellett a szív- és nagy erek elváltozásaiával kapcsolatban szívdobogás és légszomj is fennállott. A kórképen azonban kifejezetten a gyomorbélpanaszok uralkodtak.

Többé-kevésbé hasonló jellegűek *Breuer* és *Neusser* esetei.

Egyrészt a részletes leírás és a kórboncolástani lelet, másrészt az esethez fűzött érdekes értelmezés miatt behatóbb méltatást érdemel *Ortner* egy esete. 55 éves erdészről van szó, a ki 2 éve beteg. Meleg fürdő után a köldök körül nagy fájdalmak keletkeztek, melyek nem voltak kölikaszerűek, minden étkezés után 2—3 órával ismétlődtek és különösen a jobb oldalon feszülő érzéssel jártak együtt. Ezen feszülő érzés a betegnek kellemetlenebb volt, mint maga a fájdalom. Egyidejűleg gyakori felbőfögés és nehézlégzés volt jelen. A fájdalmak 2—3 óra hosszat állottak fenn, tehát az étkezés utáni 4—5 óráig és ekkor majdnem teljesen megszűntek. A betegség kezdete óta székrekedés áll fenn. A bélsárnak feltűnően kellemetlen szaga volt. E tünetek 3 havi fennállás után 1 évig teljesen szüneteltek. Ezután csekély megszakításokkal újra jelentkeztek és gyakran ismétlődtek. A beteg vizsgálatokor minden szerv egészségesnek bizonyult. Étkezés után a colon ascendensnek és transversumnak meteorismusa állapítható meg fokozott peristaltika nélkül; a rekesz lefelé helyeződött, erős légszomj és jelentékeny cyanosis állott be; a beteg intensív feszülést érzett hasában, e mellett a köldök körül erős égető fájdalmakról panaszkodott. Nyomásra az egész has, de főleg a vakbél tája érzékeny. Erős felbőfögés. Beöntésre bűzös székletét. Belfűfűvás kóros változást nem derít ki. A leírt tünetek napról napra, néha nagyon is hevesen ismétlődtek. Laparotomia alkalmával semmi kóros elváltozást sem találtak; két nappal ezután a beteg sepsises hashártyalobban meghalt. Boncolási lelet: endoarteritis chronica aortae thoracicae et abdominalis. Az aa. coronariae ventriculi, mesaraica superior et inferiornak még legkisebb ágai is tátongók, erősen elmeszesedtek. Az epikrizisben *Ortner* erősen hangsúlyozza, hogy ezen elváltozások közül az a. mesaraica superior atheromatosisára helyezendő a főszű. Ezen esetet azért közöltem itt kissé részletesebben, mert kórképe az abdominális sclerososis sok tipikus tünetét mutatja.

Buch szintén közöl munkájában több klinice végig észlelt, de nem boncolt esetet „arteriosclerosisos hasfájás“ elnevezés alatt. Az ő eseteiben is a gyomor- és béltünetek dominálnak, de többnyire a szív- és nagy erek részéről is mutathatók ki elváltozások. Az esetek főleg 40—50 éven felüli egyénekre vonatkoznak; a hasfájdalmak rohamoszerűen jelentkeznek és a köldök alá lokalizálhatók. A rohamok gastralgiaiknak felelnek meg, egy-két perczig, félóráig vagy akár tovább is tartanak. Kiváltó okként többnyire testi megerőltetés szerepel, némely esetben hanyattfekvés, kedélyizgalom, oly momentumok tehát — s ezt különösen hangsúlyozzuk — melyek stenocardiás rohamokat is kiválthatnak. Egyes esetekben voltak is valóban stenocardiára emlékeztető tünetek (asthma, cyanosis, retrosternális fájdalom).

Warburg esetében a colon ascendens és transversum puffadása volt szembeötlő. A fájdalmak főleg a jobb oldalon és étkezés után jelentkeztek. Makacs székrekedés, kifejezett myocarditis. Ezen eset úgy *Ortner* esetéhez, mint *Rosengart*-nak csupán klinice megfigyelt esetéhez hasonló. Ezen esetben éveken át fájdalmas korgás, iz nélküli felbőfögés, meteorismus, has- és keresztáji fájdalmak állottak fenn. Kezdetben a szív felett kóros elváltozás nem volt kimutatható. Három év múlva a mellkasban nyomás érzése jelentkezett, a mikor már a szívtágulást is megállapíthatták. A leírt has-tünetek mellkasbeli nyomás kíséretében minden testi megerőltetés után jelentkeztek.

tetés és lelki izgalom után ismétlődtek. A kórjelzés akkor vált bizonyossá, mikor évek múlva angina pectoris roham támadt.

Jaquet is közöl [még ugyanazon évben (1906)] klinikai megfigyeléseket, melyeket aetiologice az előbbiekhöz hasonlóan értelmez. Egyik esetében claudicatio intermittensre emlékeztető tünetekhez időnként jelentkező, a hátgerinczre kisugárzó hasfájdalmak társultak. Néhányszor véres szék mutatkozott; a radialisokon stb. arteriosclerosis tünetei voltak jelen. Jaquet leírása szerint a kórkép meg lehetőszen változatos, a fájdalmak rohamszerűek, néhány percig vagy akár néhány óráig tartók, az epigastriumra vagy a köldök köré lokalizáltak; jellegük görcsös vagy égető, szűró vagy feszülő, majdnem sohasem kölikaszerű, az étkezések idejétől és az ételek minőségétől csaknem teljesen függetlenek; néha azonban puffadást okozó ételek (káposzta), valamint testi megerőltetés és kedélyizgalom által kiválthatók. Az epigastriális kríziseket néha hányás kíséri, mely tünet csaknem állandó. Ezen tünetesoport főleg idősebb egyénekben található, kiken egyéb arteriosclerosisos jelenségek is vannak. Az epigastriumban és a köldök felett gyakran objective is kimutatható a hasi aorta nyomásérzékenysége. A n. sympathicus végágai, ha hozzáférhetők, nyomásra igen fájdalmasak. A has-tünetek vagy magukban, vagy stenocardia és asthma cardiale tüneteivel együtt, vagy váltakozva jelentkeznek.

Minél több ilyen esetet van alkalmunk részletesebben megfigyelni, annival több különbségre akadunk az egyesek között és annál inkább kíváncsiak, hogy ezen különbségeket helyesen értelmezhesük.

Ezt például Perutz is bizonyítja, a ki „abdominális arteriosclerosis és vele rokon állapotok” több klinikai esetét közli és ezeket 3 csoportba osztja. Az első csoportba azon betegek tartoznak, kiknek fájdalmai a stenocardiás fájdalmakhoz hasonlitanak. Ezért nevezi Baccelli ezen állapotot „angina abdominalis”-nak (Perutz). A legtöbb eset ezen csoportba tartozik. A betegek főképpen rohamokban jelentkező görcsös fájdalmakról panaszkodnak, melyek az epigastriumból indulnak ki. A fájdalom oly erős, hogy járásközben meg kell állniok, sőt még le is kell miatta ülniök; olyan érzésük van, mintha gyomrukát vasmarokkal nyomná össze vagy facsarná. A gyomortájon kellemetlen lüktetést éreznek, elhalványodnak, elszédülnek és ájulásszerű érzés környékezi őket. A fájdalom néha a szív, a bal kar vagy a lapoczkák felé sugárzik ki szívzorongással és légszomjjal kapcsolatban. Tehát a valódi stenocardiás rohamhoz hasonló, de topographice dislocált kép. Kérdésünkre a legtöbb beteg állítja, hogy a fájdalmak az ételek minőségétől és mennyiségétől, de az étkezés idejétől is függetlenek, ellenben, hogy különféle testmozgásnál, lépcsőjárásakor, hanyattfekvésben jelentkeznek. Más esetekben ismét a fájdalmak bő étkezés, puffasztó ételek evése után támadnak. Néha hányás is követi őket. A székletét változó. Úgy az első, mint a második csoportbeli betegek egy részének naponként normális és kiadós széke van, másoknak pedig renyhe, szabálytalan. A második csoport esetei kizárólag csak a fájdalmas rohamok csekélyebb hevességében különböznek. Inkább a felhas-tájjra szorítkoznak, hiányoznak az érrendszerre utaló világos vonatkozások, a szívzorongás és a félelem. A fájdalom égető vagy szűró, néha csak nyomásérzés jelentkezik.

Végül a harmadik csoportban a béltünetek lépnek előtérbe: görcsös fájdalmak a hasban, a bélmozgások szünetelése, meteorismus.

(Vége következik.)

Közlés a magy. kir. tudomány-egyetem III. számú belklinikájáról. Igazgató: báró Korányi Sándor ny. r. egyet. tanár.

Vérvizsgálatok morbus Basedowi eseteiben.

Irta: Róth Miklós dr.

Kocher tett figyelmessé azon vérelváltozásokra, melyek a morbus Basedowi kórképét kísérik. Ezen elváltozások főleg abban állanak, hogy rendszerint a fehérvérsejtek kiskókú megkevesbedése mellett a kvalitatív vérképben eltérések mutatkoznak. A kis lymphocyták, valamint a nagy mononuclearis leukocyták megsaporodnak a polynuclearisok rovására. A vörösvérsejtek száma a rendesnek megfelelő, sőt néha annál valamivel magasabb, a haemoglobin mennyisége azonban csökkent. Az esetek nagy részében eosinophiliát is talált. Caro Kochernek ezen leletét megerősítette. Szorosabb értelemben vett Basedow-esetekben, a kis lymphocytákat s a nagy ovális, gyengén festett maggal, s nem granulált, gyengén basophil protoplasmával bíró mononuclearis leukocytákat együttesen számítva, 30—50%-ot talált a megfelelően megkevesbedett polynuclearisok mellett. Frust Basedow-alakokban 24—25%-ot tett ki a kettő együttesen, ezen esetekben azonban a mononuclearisok mutatkoztak feltűnő nagy számmal. Noorden klinikájáról Gordon és Jagic szintén leírták, 16 esetben vizsgálva, ezen elváltozásokat.

A vérkép ezen elváltozásait a morbus Basedowi theoriája alapján a pajzsmirigy hyperfunctiójából próbálták megmagyarázni. A lymphocytosis oka a pajzsmirigysecretum chemotaxisos hatása volna. Howald és Kocher a pajzsmirigy állományában valóságos lymphocyta-halmazokat talált, s a lymphocytosist — mint Naegeli is — a chronikus bántalom sajátos reakciójának tekinti. A reactio létrehozásában a pajzsmirigy hypersecretiója játszsza ugyan a fő szerepet, de e mellett szerepe van a betegek általános lymphaticus constitúciójának is. Caro kísérletileg is elfogadhatónak tette a thyreotoxikus theoriát; különben egészséges, normális kvalitatív vérképpel bíró egyéneknek huzamosabb időn át thyreoidea-tablettákat adagolva, 25—35%-ra szaporodtak a lymphocyták.

A vérkép ezen elváltozása úgy diagnostikailag, mint különösen Caro szerint prognostikailag is nagy fontosságú. Főleg a „forme fruste”-ök eldöntésekor, a thyreogen palpitatio felismerésekor játszhat lényeges szerepet. Mert a milyen egyszerű a kifejezett Basedow-kór diagnosisa, éppen olyan nehéz sok esetben a nem kifejezetté. A prognosist illetőleg pedig főleg a kis lymphocytákat túlsúlyban mutató eseteket tartják súlyosabbnak.

Klinikánk Basedow-kóros betegein rendszeres vérvizsgálatot végezve, azokat az elváltozásokat, melyeket az említett szerzők leírtak, ugyancsak megtaláltam. Vizsgálataimban lehetőleg törekedtem arra, hogy hasonló körülmények között menjenek végbe. A quantitativ viszonyok szempontjából, hogy az esetleges emésztési leukocytosist kizárjam, a vérvételt reggel, vagy nagyobb étkezés előtt a reggeli órákban eszközöltem. Meghatároztam minden esetben Fleischer-Miescher szerint a haemoglobint is. A fehérvérsejtek kvalitatív viszonyainak megállapításakor legalább 500 fehérvérsejtet számoltam.

A kifejezett Basedow-kóros esetek a következők voltak:

Eset	Név és kor	Haemoglobin %-ban	Vörösvérsejt	Fehérvérsejt	Polynuclearis		Lymphocyta		Mononuclearis		Eosinophil	
					rel. %	absolut	rel. %	absolut	rel. %	absolut	rel. %	absolut
1.	F. S.-né, 43 é.	10.2	3.690,000	4400	38.3	1685	46.3	2037	11.8	519	3.6	159
2.	B. J., 21 éves	12.6	4.420,000	8080	47.7	3816	40.7	3256	10.6	848	2	160
3.	G. S.-né, 34 é.	14.2	3.800,000	6400	65.2	4172	30.1	1926	2.3	147	2.4	155
4.	D. S., 65 éves	11.1	4.260,000	4140	53.4	2157	35.6	1438	9.1	467	1.9	78
5.	D. H., 45 éves	10.4	3.730,000	6800	60.0	4080	16.8	1142	21.4	1455	1.8	122
6.	M. S.-né, 50 é.	15.8	4.970,000	4160	71.6	2877	17.3	716	10.8	458	1.2	49

Ezen eredmények körülbelül megegyeznek Kocher, Caro, Gordon és Jagie eredményeivel. A haemoglobintartalom rendszerint csökken, a vörösvérsejtek száma aránylag nagy és mérsékelt leukopenia található. Míg három esetben a lymphocytáknak relative és absolute is nagy száma feltűnő, addig a másik háromban feltűnő a mononuclearis leukocyták nagy száma. A lymphocytosis

mellett mononucleosis is előfordul. Eosinophiliát egy esetben sem találtam.

Három esetben alkalmam volt, hogy meggyőződjem arról is, milyen elváltozást szenved a vérkép, ha a morbus Basedowit lázas betegség komplikálja. E három esetet külön táblázatba foglaltam össze:

Eset	Név és kor	Haemoglobin Fleischer- Mischer sze- rint %o-ban	Vörösvérsejt	Fehérvérsejt	Polynuclearis		Lymphocyta		Mononuclearis		Eosinophil	
					rel. %	absolut	rel. %	absolut	rel. %	absolut	rel. %	absolut
1.	Zs. K., 46 éves	10.6	3.980,000	4240	45.7	1938	40.3	1709	12.6	534	1.4	59
6 hét múlva erős bronchitis, 3 nappal ante mortem		9.6	3.450,000	6080	70	2856	12.8	522	16.8	685	0.4	17
2.	R. J.-né, 36 é.	9.4	3.960,000	4040	52.6	2125	41.7	1685	4.2	169	2.5	101
Pneumonia, 40° láz		9.6	3.670,000	6120	63.8	3905	24.6	1505	10.2	624	1.4	86
3.	S. K.-né, 45 é.	9.7	4.250,000	7200	58.6	4219	38.7	2787	1.6	115	1.1	79
Streptococcus-angina, 39° láz		9.8	4.110,000	8120	75.6	6138	17.7	1437	6.0	487	0.7	58

Az első esetben a betegnek a vérvizsgálat után 6 hétre erős bronchitise támad 38—39° temperaturával. Az ezen állapotban végzett vérvizsgálat a fehérvérsejtek jelentékeny szaporodását mutatta. A kvalitatív vérképben a polynuclearisok lépnek előtérbe, s a rendellenes állapotra csak a mononuclearisok nagyobb száma utal. Ugyanezt észleltem másik két, kezdődő pneumonia és streptococcus-angina miatt erősen lázas morbus Basedowi esetében is.

Az első két beteg meghalt. Érdekes talán felemlíteni, hogy a boncoláslelet mindkét esetben thymus persistens s általában nagyobb nyirokmirigyeket említ, a mi talán arra utal, hogy a kvalitatív vérkép változásában a lymphaticus constitutio nem kis szerepet játszhat.

Vizsgálataim másodsorban a Basedow-kór „forme fruste”-jeit illetik. Eseteimet a következő táblázatba foglaltam össze:

Ki nem fejezett Basedow-esetek.

Eset	Név és kor	Haemoglobin Fleischer- Mischer sze- rint %o-ban	Vörösvérsejt	Fehérvérsejt	Polynuclearis		Lymphocyta		Mononuclearis		Eosinophil	
					rel. %	absolut	rel. %	absolut	rel. %	absolut	rel. %	absolut
1.	Cs. J.-né, 52 é.	11.6	3.940,000	4040	51.3	2072	41.8	1688	4.7	190	2.2	90
2.	V. L.-né, 27 é.	12.4	4.520,000	4000	60	2400	35	1400	3.5	140	1.5	60
3.	K. S.-né, 54 é.	12.6	4.090,000	8040	59.5	4783	33.1	2663	5.8	466	1.6	129
4.	W. J., 27 é.	13.6	4.950,000	8800	62.8	5526	32.1	2824	2.2	194	2.9	256
5.	H. F.-né, 34 é.	10.4	4.120,000	6400	64.9	4153	30.2	1933	2.7	173	2.2	141
6.	S. S.-né, 48 é.	13	3.710,000	8120	64.4	5229	28.4	2306	4.5	366	2.7	219
7.	V. K., 20 é.	14.6	4.490,000	8800	69.4	6107	27.2	2393	3.1	273	0.3	27
8.	L. O., 18 é.	9.8	4.210,000	7400	68.7	5084	26.1	1931	3.9	289	1.3	96
9.	Sz. E., 17. é.	14.6	3.450,000	8200	76	6332	22.1	1812	1.1	90	0.8	60

Az utolsó eset kivételével, hol struma, csekély tremor s tachycardia volt jelen, s a hol a vérkép eltérést nem mutatott, a többi nyolcz esetben gyenge mononucleosis mellett megtaláltam többször a relativ és absolut lymphocytosis is. A vérkép többi részét illetőleg is megerősíthetem az említett szerzők ez irányú leletét.

Végeredményeim tehát a következők:

1. Morbus Basedowi eseteiben az esetek legnagyobb részében vérelváltozások találhatók, melyek abban állanak, hogy a haemoglobintartalom csökken, a vörösvérsejtek száma nem változik vagy valamivel nagyobb s leukopenia mellett lymphocytosis és mononucleosis található.

2. Lázás intercurrentis betegségek ezen vérképet megváltoztatják, a mennyiben a fehérvérsejtek száma emelkedik, a lymphocytosis csökken s a polynuclearisok ismét előtérbe lépnek. Mononucleosis azonban ilyenkor is található.

3. A „forme fruste”-öknek diagnostikai megkülönböztetésében a kvalitatív vérvizsgálat fontos segédeszköz.

Irodalom. 1. Kocher: Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowi mit Beiträgen zur Frühdiagnose und Theorie der Krankheit. (Archiv für klin. Chirurgie, 1908. LXXXVII. kötet, 2. füzet.) — 2. L. Caro: Blutbefunde bei Morbus Basedowii und bei Thyreoidismus. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 39. sz.) — 3. J. Gordon és V. Jagie: Ueber das Blutbild bei Morbus Basedowi und Basedowoid. (Wiener klin. Wochenschrift, 1908. 46. szám.)

Új hangvillatünet.

Irta: **Falta Marczel** dr., szem- és fül-orvos Szegeden.¹

A hallószerv működésének vizsgálatára többféle módszer áll ugyan rendelkezésünkre, melyek a diagnostica szempontjából sok értékes adatot nyújtanak, de azért elég távol állunk még attól, hogy minden esetben biztos eredményt szolgáltatnának a fül megbetegedésének minőségére és székhelyére nézve.

A hallásviszonyoknak hangvillával való vizsgálatakor egy oly

¹ Előadott a XVI. nemzetközi orvoscongressuson.

tünetet észleltem, a mely nézetem szerint egyik-másik irányban hasznosnak fog bizonyulni.

Az acut otitiseknek csaknem minden esetében, ritkábban az idültékben, pulzáló fülzörejek vannak jelen. Ezen zörejek folytán a hangzó hangvillát a betegek nem hallják egyenletesen, hanem a pulzálás rhythmusának megfelelően váltakozva gyengébben, majd erősebben. A pulzálás pillanatában ugyanis a hangvilla hangja tompábban hallatszik, a pulzálási szünetek alatt pedig normálisan. A hangvilla ezen percipiálását *hullámos hangzásnak* neveztem el. Pulzáló fülzörejek jelenlétében úgy a csontvezetésnél, mint a légvezetésnél megvan a hullámos hallás. Erősen hangzó hangvilla mellett nem vehető ki oly tisztán, mint a hangvilla elhangzásának a vége felé. Elég ritkák az olyan esetek, melyekben a betegek önként jelzik a hullámos hangzást. Rendesen rá kell terelni a figyelmeket. A betegek intelligenciájától és zenei hallásától függ, hogy könnyebben vagy nehezebben sikerül-e. De minden esetben, melyben pulzáló fülzörej van, sikerül. Főleg arra kell a betegeket felhívni, hogy a hangvilla hangzásának vége felé figyeljenek erősebben.

Hogy a hangvilla csakugyan hullámosan hangzik és hogy a hullámzást a pulzáló fülzörejek idézik elő, arról úgy szerezhetünk meggyőződést, hogy a beteg ujjával a hullámzó ütemeket utánóztatjuk. Ellenőrzésül a vizsgáló a radialist tapintja és ha a beteg ujjmozdulatai egybeesnek a radialis pulzálásával, ez biztos jele a hangvilla hullámos hangzásának.

Mindaddig, a míg a pulzáló fülzörej jelen van, a hangvilla hullámosan hangzik. Ha mindkét fülben van pulzáló fülzörej, akkor a fejesontvezetésnél mindenütt és mindkét fül előtt is jelen van a hullámos hallás. Ha azonban csak az egyik fül beteg és ebben van a pulzálás, akkor, ha ezen fül csontvezetése hosszabb, a csontvezetésnél mindenütt, az egészséges csecsnyújtványon is, és a légvezetésnél csak a beteg fülön van hullámos hallás. Oly esetben, melyben a pulzáló beteg fül csontvezetése rövidebb, csak ezen fül csecsnyújtványán és ennek környékén van a csontvezetésnél hullámos hallás, szintúgy ezen fül légvezetésénél, de az egészséges fülön sem a csontvezetésnél, sem a légvezetésnél nincs.

Ismert dolog, hogy pulzáló fülzörej eseteiben a carotis óvatos compressiója folytán ezen zörejek igen sokszor szünetelnek; a mely esetekben ezen compressio folytán beállott a pulzáló zörejek szünetelése, ott a hangvilla hullámos hangzása is megszűnt. Erről oly módon győződhetünk meg, hogy a hangzó hangvillát a csecsnyújtványra helyezve, komprimáltuk a carotist.

A hullámos hallás minden hangvilla segítségével konstataálható, de a tapasztalat azt mutatta, hogy a betegek legkönnyebben a középhangú hangvillák használatakor hallják meg. Legalkalmasabbnak találtuk ezen kísérlethez az A hangvillát.

Néhány kóresetet ismertetek röviden:

I. S. B. adófőtiszt négy hét óta fülbajban szenved, éjjel nem tud aludni a nagy fájdmaktól. Jelenleg a bal fül genyed, a processus igen érzékeny, pulzáló fülzörejek, otit. med. acut. A hangvillát a beteg és az egészséges fül processusán, a beteg fül előtt és a Weber-féle kísérletnél balra hullámosan hallja, az egészséges fül előtt egyenletesen.

II. Z. H. könyvelő. Tegnap óta fáj a jobb füle. Kezdődő otitis media. A fülben sziszegést érez, lüktetést nem. A hangvilla mindenütt egyenletesen hangzik. A 7. napon lüktetést csak időközönként érez, de a hangvillát már folyton hullámosan hallja. Paracentesis. A paracentesis után két nappal már csak erős figyélésre volt a hullámos hallás kimutatható, harmadnapra már éppen nem, lüktető fülzörej nincs. Negyednapra a perforatio behegedt.

III. D. H. levélhordó. Jelentkezése napjának reggele óta fáj a jobb füle. Kezdődő otitis media, a fülben zúgás, de lüktetés nincs. A hangvilla hangja egyenletes. Másnap lüktető suhogás, a hangvilla hullámosan hangzik, rákövetkező éjjel spontán ruptura.

IV. B. F. zenész. Bal füle 6 nap óta kissé fáj, 3 nap óta véres-savós váladék folyik; eleinte csak sziszegést hallott a fülében, de tegnap óta, miután máshol a dobhártyanyílást tágitották, lüktető suhogást is érez. Mint zenész, kitűnő zenei hallással bírt és a hullámos hallás minden hangvillával jól kimutatható volt, a csontvezetésben úgy a beteg, mint az egészséges oldalon, a légvezetésben csak a beteg fül előtt. A perforatio behegedése után még két napon át gyenge lüktető zörejt érzett, ekkor még a hangvilla

is hullámosan hangzott, azután megszűnt úgy a lüktetés, mint a hullámos hallás.

V. A. F. kömives. Négy év előtt létráról leesett, akkor beteg volt, jobb füléből vérzett, azóta ezen fülén semmit sem hall. Ugyanez a fül négy nap óta fáj. Kezdődő otitis media, erős lüktetés a fülben. A csontvezetés erősen rövidült. A hangvilla hullámos hangzása csak a beteg fülön mutatható ki úgy a csont-, mint a légvezetésben. A Weber-féle kísérletnél a hangvilla egyenletesen hangzik bal felé.

VI. L. E., földmives neje. Recidiváló catarrhus cavi tympani et tubae mindkét oldalon. A jobb fülben olyan kopogást érez, mint mikor a szív erősen lüktet. Csak a jobb oldalon mutatható ki a hangvilla hullámos hangzása úgy a csont-, mint a légvezetésben. Légbefúvás után a kopogás megszűnik, mire a hangvillát is egyenletesen hallja. Két nap múlva a kopogás visszatért, vele együtt a hangvilla hullámos hangzása is.

VII. F. J. asztalos. Már öt év előtt is kezelésem alatt állott egy ideig mindkét fül sclerosisa miatt. Jelenleg az a panasza, hogy fülének olyan zúgása van, mint a vérlökés és ha nehezebbet dolgozik, oly erősen érzi, hogy munkáját abba kell hagyni. Ezen esetben a Rinne nagy mértékben negatív volt, a csontvezetés rövidült. A hangvilla hullámos hangzása mindkét fülön csak a csontvezetésnél volt észlelhető, a légvezetésnél nem.

Ezen esetekből látható, hogy ha pulzáló fülzörej van jelen, bármilyen fülbántalomnál is, a hangvilla hullámosan hangzik.

Ha azt keressük, vajon van-e ezen tünetnek némi gyakorlati jelentősége, erre a kérdésre igenlő feleletünk. Az egyoldali fülbajokban a csontvezetés meghatározása gyakran ütközik nehézségekbe, éppen úgy akkor is, ha mindkét fül beteg, de különböző mértékben. Az egyoldali fülbajban, ha ez a csontvezetés hosszabbodásával jár, nem tudjuk a másik, egészséges oldal csontvezetését pontosan megállapítani, mivel nem tudjuk biztosan, melyik füllel hallja a beteg az egészséges fül csecsnyújtványára helyezett hangvillát. Már most, ha a beteg fülben pulzáló fülzörej van, a hangvilla hullámos hangzása csalhatatlanul jelezni fogja a beteg fül csontvezetésének tartamát, és a mi főleg fontos, azt, hogy a fej különböző helyeire tett hangvillát melyik fül hallja. Ha az egészséges oldal csecsnyújtványára helyezzük a hangvillát és a vizsgált egyén azt hullámosan hallja, tisztában lehetünk azzal, hogy a beteg fül percipiál.

Ha az egyoldali pulzáló zörejekkel jelentkező megbetegedésben a másik fül hallása is csökkent, akkor is segédkezet nyújt a hullámos hangzás figyelembe vétele a nem pulzáló fül betegségének megállapításában. Ugyanis, ha a csontvezetés ezen fülön hosszabb, de hullámos hangzás van, akkor tudjuk, hogy ez a hosszabbodás a másik pulzáló fülre vonatkozik.

Olyan esetben, melyben egy chronikus betegségben szenvedő fülben támad az otitis media acuta, mint azt az ötödik kóresetben láttuk, ha pulzáló fülzörej is van jelen, ennek figyelembe vételével megállapíthatjuk, hogy a labyrinthus meg volt-e támadva vagy nem. Mert az egészséges oldal processusára helyezett hangvilla egyenletesen fog hangzani, ha a beteg fül csontvezetése rövidült, a miből azt látjuk, hogy a beteg oldalon a labyrinthus, illetőleg a hangtelfogó készülék is meg van támadva. Ellen esetben az egészséges oldalon is hullámosan hallatszik a hangvilla, a mi arra mutat, hogy a beteg oldalon a labyrinthus egészséges.

A Weber-féle kísérletnél is igen gyakran bizonytalanok, ingadozók a betegek bemondásai. Ha pulzáló fülzörej van jelen az egyik fülben, akkor igen könnyű a Weber-féle kísérlet végzése, mivel, ha a homlok közepére vagy valamely más helyére tett hangvillát a beteg hullámosan hallja, azonnal tudhatjuk, hogy a hallás a pulzáló fül felé lateralizált. A hangvilla egyenletes hangzása azt mutatja, hogy a nem pulzáló fül felé lateralizált, a mi, ha ezen fül egészséges, a pulzáló fül labyrinthusbántalmára mutat.

Előfordult az is, hogy a pulzáló fülzörejt a beteg már nem érezte, de a hangvilla még mindig hullámosan hangzott. Vagy, mint a II. kóresetben látjuk, a pulzáló zörejt csak szakgatottan, percek mulva jelentkezik, a hangvilla azonban folyton hullámosan hangzik.

Ezen hangvillatünetet a therapiában eddig csak annyiban értékesítettem, hogy ha acut otitis mediánál a hullámos hangzást a hangvilla erős hangzásakor is jelzi a beteg vagy ha azt mondja,

hogy a hangot igen hullámosan hallja, a paracentesisrel nem várok. Ilyenkor rendszerint nagy feszülés alatt áll a dobhártya és paracentesisre a secretum erős áramban tódul kifelé.

A hangvilla hullámos hangzásának magyarázatát egyszerűen azzal adhatjuk, hogy a pulzáló fülzörej a systole pillanatában a hangvilla hangját részben elnyomja, ha szabad mondani, túllármázza, a diastole alatt pedig a hangvilla normálisan percipíálódik, mivel a zörej a fülben szünetel. Ezen feltevést az is bizonyítja, hogy sok esetben az erősen hangzó hangvillát a beteg egyenletesen hallja és csak a hangvilla hangjának gyengülésekor jelentkezik a hullámos hangzás, a midőn a pulzáló fülzörej már elég intenzív a hangvilla hangjának eltompítására.

A mondottakból tehát kitűnik:

1. Olyan fülbántalmakban, melyekben a fülben pulzáló zörejek vannak, hullámos a hallás.
2. A hullámos hallás segítségével egyoldali fülbántalmakban határozottan megállapítható a beteg fül csontvezetésének tartama.
3. Ha mindkét fül beteg, de csak az egyikben van pulzáló fülzörej, megállapíthatjuk a két fül csontvezetése között levő különbséget.
4. Ha otitis media acutában a hangvilla erősebb hangzásakor is hullámosan percipíálódik, megejtendő a paracentesis.

A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.

Írta: **Gerlóczy Zsigmond** dr. egyetemi magántanár, a sz. főv. Szt. László-kórház főorvosa.

(Folytatás.)

a) Az incubatio tartama és a betegség tegelő symptomái.

Nem lévén ismeretes az 1908-i typhus exanthematicus keletkezésének kiinduláspontja, de sőt a kórházi osztályokról hozzánk került esetekben sem sikerülve nyomára jutni az illető osztályokon ápolt első eseteknek, az incubatio tartamára vonatkozóan egyenes tapasztalásunk nincsen. A typhus exanthematicusban szenvedők körül hivatásosan elfoglaltaknak ugyan elég nagy száma fertőződött (10 ápolónő, két szolga, egy orvos, egy fűrdőszasszony és egy fertőtlenítő), de ezen esetek egyikében sem lehetett megállapítani azt, hogy melyik napon történt a fertőzés. Viszont a főváros területéről beszállítottak betegségük különböző szakaszában kerültek be a kórházba, s így az egy családban előfordult újabb megbetegedésekre vonatkozóan csak approximative lehetett megállapítani azt a különben számos észlelőtől meghatározott tényt, hogy a typhus exanthematicus incubatio időszaka 8—14 nap között ingadozik.

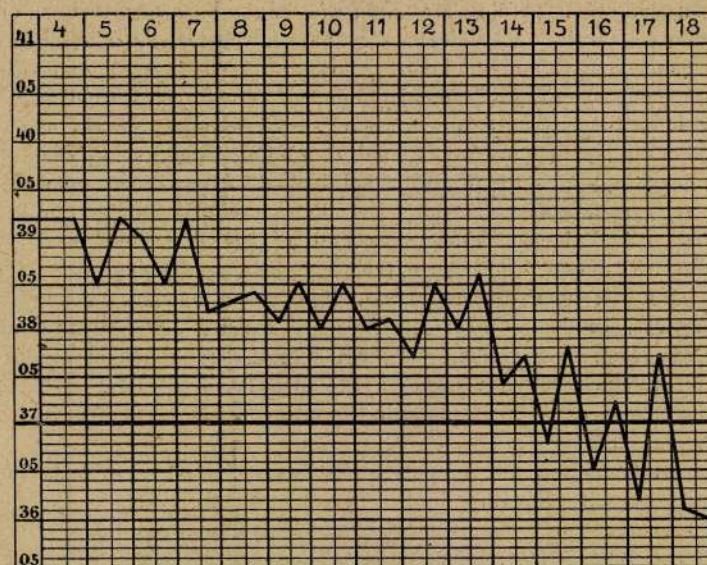
Pontos számadatokat nem közlök arról sem, hogy milyen symptomákkal vette kezdetét a betegség; mert hiszen az esetek túlnyomó többségében alacsony értelmiségű emberek voltak a betegek, a kiknek a betegség kezdetére vonatkozó bemondásaik sokszor a már a kórházba hozataluk alkalmával is kifejezett sensoriumzavaruk miatt sem voltak megbízhatók. Mégis meg lehet állapítani azt, hogy a betegség általában meglehetősen rohamosan fejlődik, s hogy a betegek subjectív panaszai rendszerint a betegség voltaképpeni kitörését alig egy-két nappal előzik meg. Hosszasabban elhúzódó prodromális időszak inkább kivételesnek mondható. A főbb panaszok: borzongás, hidegrázás, fejfájás, derékfájás és tagfájdalmak, égető tüzeség érzése a szemben, émelygés és hányás, mellszorongás és általában érzeti bágyadság. Némely esetben, köztük olyanokban is, a melyekben minden tekintetben jól kifejezett volt a körkép, igen feltűnő volt a beteg jó közérzete. Nem egy beteg volt olyan, a ki arra a kérdésre, hogy mióta beteg, azt válaszolta, hogy egyáltalában nem érzi magát betegnek; pedig igen magas láza és typosus exanthemája volt, egyike-másika néhány nap múlva a legsúlyosabb alak kifejlődése mellett meg is halt.

b) A test hőmérsékének magatartása.

Kétségtelenül a diagnosis szempontjából legjelentősebb symptomája a betegségnek a **láz**, helyesebben szólva a test hőmérsékének magatartása, a mely bár nem egységes típusú, de szerfölött nagy változatossága mellett is sok oly jellemző tulajdonsággal bír, hogy szinte pathognomoniás értékű. A láz csaknem kivétel nélkül borzongással, sőt kifejezett hidegrázással kezdődik, és a mint

az a mi eseteinkben is észlelhető volt (l. 1., 2., 3., 4. sz. táblázat), meglehetősen gyorsan felemelkedik a test hőmérséke az eset súlyossága vagy kevésbé súlyos volta szerint csakhamar 39 és néhány tized fokra, sőt 40 és néhány tized fokra is, a mely fokról a reggeli órákban a betegség elején alig néhány tized foknyira

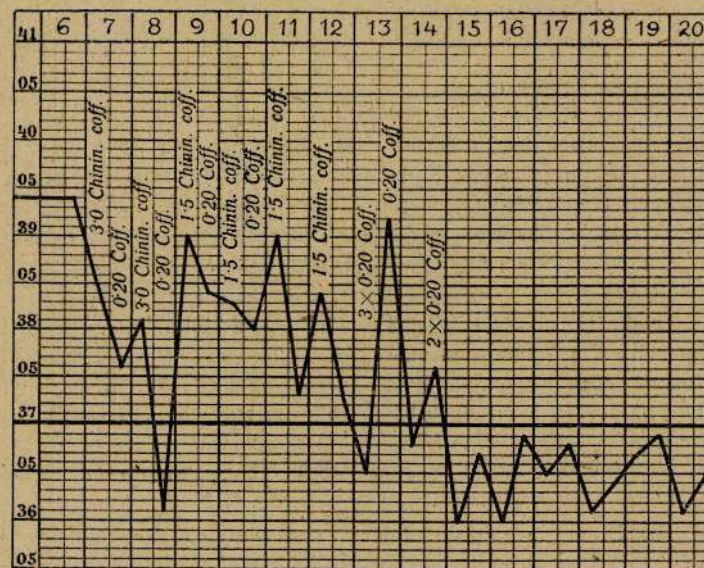
A betegség napja.



4. sz. tábla. H. A. 18 éves, kórházi ápolónő. Felvétetett márczius 25.-én. Viszonylag alacsony hőmérsékkel lefolyó középsúlyos alak, négy nap alatt lépcsőzetesen leszálló hőmérsékkel.

száll le. Kivételesen észlelhető az is (a mint azt Lebert és Wunderlich is megemlíttette), hogy a betegség első hetének vége felé jelentékenyebb, de mulékony hőcsökkenés mutatkozik. Közölt láztábláink közül az 1., 5., 6. és 7. számúban jól észrevehető ez a hőcsökkenés, a mely két esetünkben (1. és 5. tábla) az esti órákban köszöntött be.

A betegség napja:

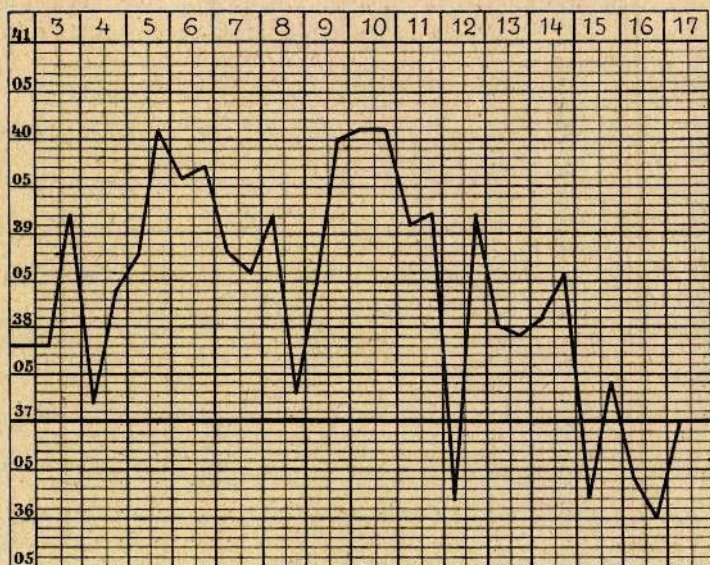


5. sz. tábla. K. E. 42 éves, cseléd. Felvétetett márczius 25.-én. Elég súlyos haemorrhagiás alak. A 7. napon este nagyobb hőemelkedés, a 13. napon praekritikus hőemelkedés után gyors defervescencia.

Egyébként az első hét normálisan lefolyó esetekben nem szokott ilyen remissziókat mutatni, valamint nem szokott különösebb hőemelkedéseket sem feltüntetni. Az ingadozások fel- vagy lefelé a későbbi napokban jelentkeznek s mint a kritikus hőleesést közvetlenül avagy napokkal előbb megelőző hőmérsékváltozások

praekritikus hőemelkedéseknek vagy praekritikus hőcsökkenéseknek felelnek meg. (L. 5. sz. tábla.) Ez a hőingadozás néha több napon át is tart. (L. 6. és 7. sz. tábla.) A láz lebontakozása, a lehevülés — defervescencia — módja és tartama is felette változatos. Majd

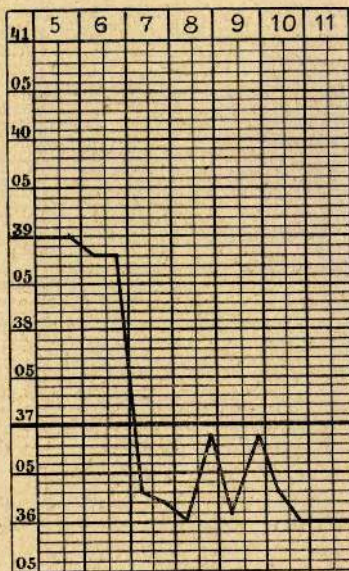
A betegség napja.



6. sz. tábla. E. V. 48 éves, napszámosnő. Felvétetett márczius 21.-én. Szerfelett ingadozó hőmenet. 4. napon reggelre fejlődő exanthema mellett jelentékenyebb remissio, az 5. napon bővebb exanthemakitörés magas hőemelkedéssel; többszörös reggeli intermissio, megszakítva magas hőemelkedésekkel.

hirtelen következik az be, alig egy napig tartó kritikus hőleeséssel (l. 8. és 9. sz. tábla), majd 2 nap alatt (l. 5. sz. tábla) vagy 3 nap alatt (l. 2. sz. tábla), avagy lassabban, lépcsőzetesen (l. 1. és 4. sz. tábla).

A betegség napja:

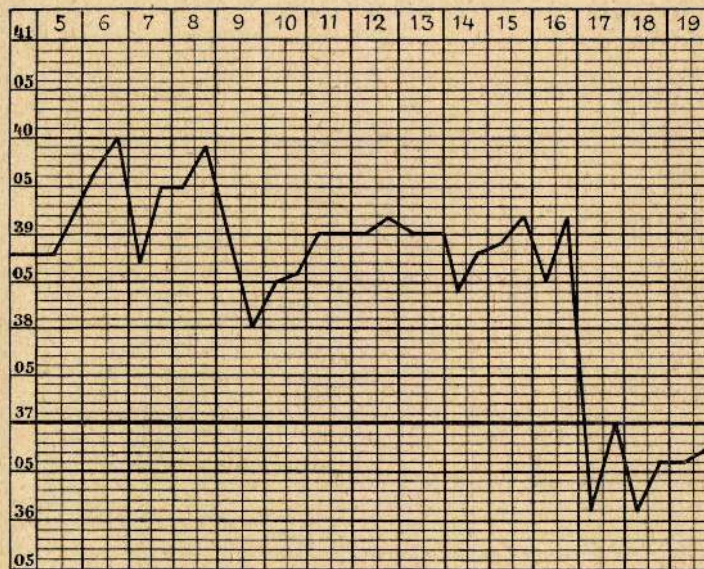


7. sz. tábla. K. T. 2 éves, cigányzenész gyermeke. Felvétetett márczius 22.-én súlyos eclampsiával, mely után jelentékenyebb hősüllyedés; exanthema alig volt. Praekritikus hőingadozás után a betegség 11. napján kritikus hőleesés.

Egyébként a mi 148 gyógyult esetünkre vonatkozóan a következő táblázatot állítottam egybe, a mely áttekinthető képét adja annak, hogy a betegség hányadik napján és milyen módon köszöntött be a defervescencia.

Defervescencia a betegség hányadik napján?	A láz leszállása a normális testhőfokra				
	24—36 órán belül	48 óra alatt	3 nap alatt	4 nap alatt	több nap alatt
3. napján	1	1	—	—	—
4. "	1	1	—	—	—
5. "	1	—	1	—	—
6. "	1	1	—	—	—
7. "	5	3	2	—	—
8. "	1	1	—	—	—
9. "	3	1	2	—	—
10. "	6	4	1	1	—
11. "	6	1	3	1	—
12. "	4	4	—	—	—
13. "	7	3	3	1	—
14. "	7	3	1	3	—
15. "	7	3	3	1	—
16. "	12	4	8	—	—
17. "	13	4	5	1	2
18. "	10	2	5	2	1
19. "	7	2	2	2	—
20. "	4	1	2	1	—
21. "	2	—	2	—	—
22. "	2	—	—	2	—
23. "	1	—	—	—	1
24. "	1	—	—	—	—
25. "	3	1	1	1	—
26. "	—	—	—	—	—
27. "	1	—	—	—	1
28. "	1	—	—	1	—
29. "	1	—	—	1	—
30. "	—	—	—	—	—
31. "	—	—	—	—	—
32. "	1	—	—	1	—
33. "	—	—	—	—	—
34. "	1	—	—	—	1
Ismeretlen	32	17	12	3	—
Complicatio miatt a defervescencia nem állapítható meg	6	—	—	—	—
Összesen	148	57	53	22	4

A betegség napja.



8. sz. tábla. K. A.-né, cigányzenész 20 éves neje. Felvétetett márczius 21.-én igen sűrű haemorrhagiás exanthemákkal, élénk deliriumokkal. A betegség 9. napján este jelentékenyebb remissióval és a 17. napon kritikus hőleeséssel lefolyó alak.

Látjuk ez összeállításból, hogy 148 gyógyult esetünkben a defervescencia leggyakrabban a betegség 10—20. napja között következett be, és pedig 83 esetben, a gyógyult esetek 62·8⁰/₀-ában. Ha pedig még közelebbről óhajtjuk meghatározni a defervescencia beköszöntésének időpontját, azt látjuk, hogy a 16. és 18. nap között következett az be leggyakrabban, és pedig 35 esetben,

a mi az összes esetek 23·6⁰/o-ának felel meg. Ez az összeállítás is tehát azt bizonyítja, hogy a typhus exanthematicus lázas időszaka leggyakrabban mintegy 16—18 napig tart. Elég gyakori azonban az, hogy 13, 14 vagy 15 napig tart csupán a láz, míg 20 napnál hosszabb tartama kevesebbszer észlelhető. Ellenben a 15 napnál rövidebb ideig tartó lefolyás gyakoribb. Ha nem is minden esetben volt talán teljesen megbízható a beteg bemondása, de megközelítően elfogadható adatok voltak azok, a mennyiben a betegség kezdete gyanánt megjelölt időpontot mindenkoron parhuzamba állítottuk a status praesenssel s ha a beteg megbízhatósága iránt zavartságánál fogva kételyeink támadtak, a betegség kezdeti időpontját mint „ismeretlen“-t vettük föl. A mint a közölt összeállításban látható, 32 esetben ismeretlennek vettem föl a defervescentia beköszöntésének napját azon egyszerű oknál fogva, mert a bemondás a betegség kezdetére nézve nem volt megbízható.

A defervescentia, a láz leszállása legtöbbször gyorsan, 24—36 órán belül következett be és pedig 57 esetben, 48 órán belül 53 esetben, három nap alatt bonyolódott le a láz 22 esetben, négy nap alatt 6 esetben; négy napnál tovább tartott a lehevülés folyamata 4 esetben. Hat esetben nem lehetett megállapítani a voltaképpeni defervescentiát valamelyes szövődmény miatt, a mi a lázas állapotot fenntartotta. A betegek egy része a defervescentia után nyugodt álomba merül, mérsékelt, de nem ritkán profus izzadás jelentkezik és a közérzet sok esetben bámulatosan gyorsan jóra fordul. Máskor megint a defervescentia ellenére is izgalmi jelenségek észlelhetők a középponti idegrendszer részéről, avagy napokon át tartó stupiditas. Ismételten észleltünk olyan eseteket is, a hol éppen a defervescentia alatt fejlődött csupán ki a psychés zavarodottság. Ezekről a jelenségekről, példák fölhozásával, az ideges symptomák méltatásakor még szólni fogok.

A hőmérsék maximumára vonatkozó észleléseimből a következő összeállítás nyújt áttekinthető képet:

A hőmérséklet maximuma	Gyógyult esetekben	Elhalt esetekben	Összesen
37·1 C ⁰	—	1	1
37·4 C ⁰	—	1	1
38·2 C ⁰	—	1	1
38·3 C ⁰	—	2	2
38·4 C ⁰	—	1	1
38·5 C ⁰	1	—	1
38·6 C ⁰	2	—	2
38·7 C ⁰	—	1	1
38·8 C ⁰	—	1	1
38·9 C ⁰	—	—	—
39·0 C ⁰	5	2	7
39·1 C ⁰	4	2	6
39·2 C ⁰	4	2	6
39·3 C ⁰	4	—	4
39·4 C ⁰	4	3	7
39·5 C ⁰	9	3	12
39·6 C ⁰	9	1	10
39·7 C ⁰	8	1	9
39·8 C ⁰	14	7	21
39·9 C ⁰	5	1	6
40·0 C ⁰	13	4	17
40·1 C ⁰	12	5	17
40·2 C ⁰	17	4	21
40·3 C ⁰	6	1	7
40·4 C ⁰	6	2	8
40·5 C ⁰	4	4	8
40·6 C ⁰	1	1	2
40·7 C ⁰	—	2	2
40·8 C ⁰	—	—	—
40·9 C ⁰	—	1	1
41·0 C ⁰	—	1	1
A betegség előrehaladott stadiuma miatt megállapítható nem volt	20	—	20
Összesen	148	55	203

Ebből az összeállításból azt olvashatjuk ki, hogy az esetek túlnyomó részében, 203 eset közül 166-ban (81·7⁰/o-ban) a test hőmérsékének maximuma 39 C⁰—40·5 C⁰ között volt; a legmagasabb hőfok, a mit észleltünk, 41 C⁰ volt és hogy 40·6 C⁰ hőmérsék-

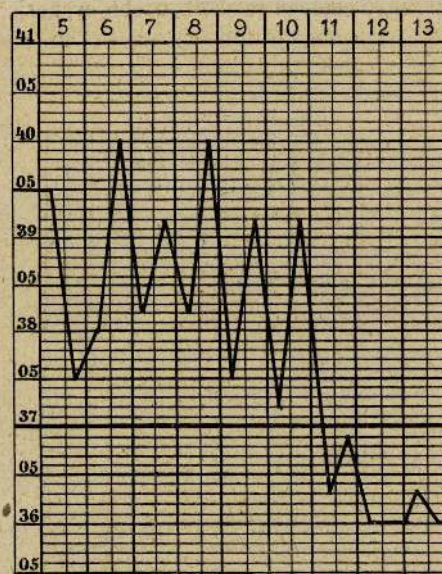
nél magasabb temperatura gyógyult esetekben nem fordult elő. Prognostikai szempontból tehát azt a következtetést vonhatom le eseteimből, hogy 40·7 C⁰ hőmérsék mellett gyógyulásra kilátás már alig lehet (legalább a mi két esetünk meghalt); de 40·6 C⁰ és 40·5 C⁰ is olyan hőmérsék, a mely az életet már nagyon fenyegeti, a mi ilyen eseteinkben 50⁰/o volt a mortalitás. 40·4 C⁰ maximumnál már csak 25⁰/o volt a mortalitás, 40·3C⁰-nál pedig csak 14·3⁰/o.

A halál az esetek többségében a lázas stadiumban következett be, de volt elég számmal olyan eset is, a melyben a halál a láztalan időszakban köszöntött be. 55 elhalt esetünkben az utolsó hőmérés adatai a következők voltak:

36·0 ⁰	2 esetben	38·5 ⁰	1 esetben
36·4 ⁰	1 „	38·6 ⁰	3 „
36·6 ⁰	1 „	38·8 ⁰	2 „
36·7 ⁰	1 „	38·9 ⁰	1 „
37·0 ⁰	1 „	39·0 ⁰	4 „
37·1 ⁰	2 „	39·1 ⁰	1 „
37·2 ⁰	1 „	39·2 ⁰	2 „
37·3 ⁰	1 „	39·5 ⁰	5 „
37·4 ⁰	2 „	39·6 ⁰	1 „
37·5 ⁰	1 „	39·9 ⁰	1 „
37·6 ⁰	1 „	40·2 ⁰	1 „
37·7 ⁰	1 „	40·4 ⁰	1 „
37·9 ⁰	1 „	40·5 ⁰	1 „
38·1 ⁰	1 „	40·7 ⁰	1 „
38·2 ⁰	2 „	40·9 ⁰	1 „
38·3 ⁰	4 „	41·0 ⁰	1 „
38·4 ⁰	3 „		

A halálosan végződött 55 eset közül 20 esetben 39-en felül (39—41 C⁰ között) volt a test hőmérséke közvetlenül a halál előtt, de volt 16 olyan esetünk, a hol a halál 38 C⁰ alatti hőmérsék mellett (36—37·9 C⁰) következett be, nem ritkán a kritikus defervescentia keretében.

A betegség napja.



9. sz. tábla. J. J. 13 éves, eseléd fia. Felvétetett április 20-án számos exanthemával. Igen enyhén, kritikus hőleeséssel hét nap alatt lefolyt abortív alak.

c) A szív működés illetőleg a verőér lőkés magatartása.

Kétségtelen, hogy minden fertőző betegségben nagy jelentőségű és prognostikai szempontból lényeges momentum a szív működés magatartása. A verőér lőkésnek éber ellenőrzése tehát a typhus exanthematicusban szenvedő betegeken oly követelmény, a melynek lelkiismeretes pontossággal kell eleget tennünk. Hiszen specifikus gyógyításmódját nem ismervén a typhus exanthematicusnak, az orvos csak symptomatikus gyógyító beavatkozásokra szorítkozhatik. Már pedig a typhus exanthematicus eseteiben valóban nagyon

sokszor kell az orvosnak erélyesen beavatkoznia, éppen a szív-kellő működése érdekében. Talán egy fertőző betegségben sem találkozunk a szív-működés erélyességében olyan, szinte meglepetés-szerűen beálló változásokkal, mint a typhus exanthematicusban. Nem egy esetben tapasztaltuk, hogy a betegség kezdetén teljesen erőteljes szív-működés milyen gyorsan veszíti energiáját, sőt arra is volt tapasztalásunk, hogy szinte váratlanul következett be szív-hűdés folytán a halál.

55 elhalt esetünk közül csak 21-ben volt már kezdetből fogva nagyobb fokú szívgyengeség jelen, míg 34 esetben kezdetben kielégítő volt a szív működése, és csak később vált aggályossá, még pedig eléggé gyorsan, sőt egy-két esetben hirtelen állott be a végzetessé vált szívgyengeség. Megemlítek ezek közül egy-néhányat:

L. J., 45 éves, napszámosnő, láza 39.4°C -ról elég gyorsan, $1\frac{1}{2}$ nap alatt 37.2°C -ra csökkent. A defervescentia idején néhány óra alatt kifejlődött szívgyengeség jelenségei mellett meghalt. Betegsége kezdetén, sőt a lázas időszak további lefolyásában is elég jó volt a pulsusa.

A. A., 40 éves napszámosnőnek ugyancsak elég jó pulussal indult meg a betegsége, a mikor az egyik estén 38.4°C -ról reggelre 39.9°C -ra és délután 40.1°C -ra emelkedett a láza, s e közben hirtelen meghalt.

Ugyancsak hirtelen halt meg K. J., 58 éves, ácssegéd, a ki hozzánk február 28.-án került a dologkórházból már részben halványuló exanthemával, 38.8 — 39.2°C hőmérsékkel, elég jó pulussal. Március 2.-án délután 2 órakor 38.4°C hőmérsék mellett a beteglátogatás alatt előtűnt hirtelen, görcsös vonaglások között, mintegy 2 perc alatt meghalt.

Hirtelen halt meg G. R., 50 éves, napszámosnő is, a ki március elsején kiterjedt exanthemával, 38.2°C hőmérsékkel került be a kórházunkba, s a kinek maximális hőmérséke 39.4°C volt s a ki complicatióképpen a kritikus defervescentia után 4. napra parotitist kapott, mely csakhamar elgenyedt.

De a gyógyult esetek között is nem egy volt olyan, a melyben a szívgyengeség imminens veszedelemmel fenyegette a beteg életét. Nagyobb fokú szívgyengeség gyógyult eseteink között 20 volt, ezek közül négy esetben jelentékenyebb cyanosis, hűvös tagok.

Tanulságul arra, hogy a folytonos éber figyelem mellett idejében alkalmazott észszerű beavatkozással mit tehetünk, röviden ismertetem egyik igen súlyos esetünket.

P. nővér, 33 éves, a ki kórházunkban a typhus abdominalis betegsége kórtermében működve, az ott előfordult legelső, tévesen „botulismus”-nak tartott esettől inficiálódott, február hó 14.-én este hidegrázással betegedett meg. Előzőleg már pár nappal előbb rosszul volt, fájt a feje és hányás-ingere volt. Február 15.-én délután 38.4°C . Február 16.-án kipirult arc, a jobb tüdő felett hurutos zörejek, a jobb csúcs felett tompulat és gyenge hörgei légzés, a jobb alsó lebeny felett a hónaljvonal felé pleurális zörejek; a léptompulat normális; gyakori hányás-ingere. Február 19.-én a has bőrén lencsényi és nagyobb, szabálytalan alakú, rubeolára emlékeztető foltok. Hőmérsék 38.7°C . Február 20.-án a test bőrén mindenütt, még az areolák is igen sok apró rubeolaszerű folt; nagyfokú hyperaesthesia, elesettség; a lép kissé megnagyobbodott. Nehéz lélekzés, nagyfokú gyengeség. Este 39.3°C hőmérsék. Kámfor-injectio több ízben. Az esti órákban hűvös tagok, filiformis pulsus. Meleg begöngyölés, két kámfor-injectio. Egész éjjel nagyfokú szívgyengeség és dyspnoë. Több kámforinfectio után a lélekzés nyugodtabb, a pulsus megjavult és rhythmusosabb. Február 21.-én reggelre ismét igen gyötrő dyspnoë, a pulsus alig tapintható. Erős conjunctivitis. Az exanthema halványul. Gyakori hányás. Február 22.-én váltakozva hol könnyebben érzi magát, hol meg ismét fenyegető szívgyengeség. Február 23.-án hajnali 3 órakor hirtelen rosszabbodás, tagjai még térdén felül is hidegek. Nyugtalan, hol kiabál, hol meg esendés deliriumban van, ajkai cyanosisosak. Hőmérséke reggel 38.7°C , este 38.8°C . Február 24.-én a pulsus javult; este 38.3°C -ról február 25.-én reggelre 37°C -ra száll le a test hőmérséke, a sensorium tisztul; a pulsus még kihullámú, szapora. Február 26.-án ismét cyanosisos; apathia. Coffein-injectio. Február 27.-én az exanthema nyomai még láthatók. Március 1.-étől lényegesen jobb a közérzet, nyelve nedvesedik. Mintegy 8—10 napon át a bőr erősen korpázik. Március

12.-én már eléggé megerősödött arra, hogy a testvérek lakosztályába vonulhat vissza mint üdülő. Ezután még sokáig gyenge volt ugyan, de igen súlyos állapotához viszonyítva elég gyorsan összeszedte magát.

A verőerőkés magatartásáról szólva, meg kell még említenem azt, hogy némely esetben felette retardált, felette lassú volt az, nevezetesen a reconvalescencia időszakában. Különösen eklatáns példáját adta ennek K. A., 17 éves, napszámos, a ki május 11.-étől június 3.-áig feküdt az osztályunkon. Egyébként enyhébben lefolyt exanthematicus üdülő szakaszában, két nappal a kritikus hőleesés után jó közérzet mellett feltűnő bradycardiája kezdődött, percenként 60 érlökéssel, a mely 9 napon át változatlanul így volt és csak azután tért a korának megfelelő érlökés-szám felé.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Ferenczi Sándor: Lélekelemzés. Értekezések a psychoanalisis köréből. Budapest, 1910. Szilágyi Béla bizománya. 93 lap, 8°.

Ára 2 korona 80 fillér.

Freud előszavával ellátva látnak napvilágot Ferenczi értekezései, a melyek mint cikkek elszórtan jelentek meg. A tanítvány mesterének, Freud-nak „evangelium”-át magyarázza és példákkal illusztrálja. Freud az öntudatra nem jövő psychés működéseinek bonczolásával érdemet szerzett magának, de a magyarázatai az idegességnek ilyen az öntudatból erőszakosan kiküszöbölt psychés mozzanatokból, a traumából való levezetése sok oldalról találkozott heves ellentmondásra. Azok az orvosok, a kik tudatosan törekedtek a psychés traumát elfelejtetni a beteggel és ezzel jó eredményt értek el, csodálkozni fognak, hogy Freud hónapokon át tartó psychoanalissal feltúrja a már feledésbe ment mozzanatok, vagy talán vélt okozati mozzanatok, és ha hosszú, napi 1 óráig is eltartó ülésekkel meggyőtri a beteget s gyógyulást ér el, ezt szuggerálásnak tartják. Sőt az is szuggerálás, a mikor a beteg elhiszi neki, hogy a felnőtt korban mutatkozó szorongásérzése attól van, mert gyermekkorában genitális-psychés trauma érte. Az orvos a beteget, a beteg az orvost szuggerálja. E gyógyulások a leírásokban semmivel sem látszanak jobbnak, mint a milyenek a felejtető eljárással elért eredmények. Sőt nem kevesen láttak eseteket, a melyekben a lélekelemzés rosszabbította a beteg állapotát. Kétségtelen azonban, hogy associációs kísérletekkel a beteg olyan gondolatait hozhatjuk napfényre, a melyeket az eltitkolni akar. E ténynek hasznát veszik azok is, a kik Freud tanítását egyébként elvetik.

Az idő majd el fogja dönteni, hogy mi a maradandó értékű Freud munkájában, ki fogja rostálni belőle a selejtet. A rövid ismertetésnek nem lehet célja az egész tanítás megbeszélése és bírálata, hiszen „az új psychologia művelőit nem tartóztatja fel munkálkodásukban ellenfeleiknek harci lármája”.

A lélekelemző Ferenczi sikertelen eseteiről azt írja, hogy a balsiker nem a módszer rovására írható, hanem hogy ő azt ilyenkor rosszul alkalmazta. Ez olyan szerénységnek és odaadásnak tanújele, a mely mindenképpen csak rokonszenves lehet. Az eleven, lelkesedéssel megírt könyv szellemes magyarázataival, a melyből a tárgyban való őszinte hit tükröződik vissza, igazán élvezetes olvasmány és mint ilyent ajánljuk azoknak, a kik a psychoanalysis és álommagyarázás titkait még nem ismerik. Kollarits Jenő dr.

Das Wesen der Enzym-Wirkung von W. M. Bayliss. Deutsch von Karl Schorr. Dresden, 1910. Verlag von Theodor Steinkopff.

Rövid, alig 80 oldalra terjedő könyv, mely azonban ily kis terjedelemben is több értékeset és érdekeset mond, mint sok más kötetekre terjedő munka, mely hasonló tárgyról szól. Bámulatos gazdaságossággal dolgozik a szerző, hogy ily szűk helyen elmondhassa mindazokat a kísérleti tényeket, fogalmakat, feltevéseket, a melyek jelentőséggel és fontossággal vannak az enzimek megismerésére. A könyv előadások gyűjteménye, de azért nincs előadások alakjában megírva, hanem tartalmi összefüggés alapján tíz fejezetre

oszlik. E fejezetekben szó van azokról a physico-chemiai elvekről (katalysis, a kémia egyensúlytana, kolloid-kémia), amelyek leírására felhasználhatók, szó van még az enzimek sajátosságairól, előállításukról, a szervezetben való előfordulásuk módjáról és egyéb, az enzymerkérdéssel összefüggő dolgokról. Mindez oly módon történik, hogy az olvasó a szóban levő fogalmakat nemcsak úgy odavetve kapja, hanem azoknak igen ügyes, könnyen érthető definióját és magyarázatát; különösen értékes a szerzőnek ez a kiváló tulajdonsága a fizikális kémiai elvek érthetővé tétele szempontjából. Itt a szerző valóban mesteri munkát végez, a mennyiben az összes szóba jövő elvek definióját, magyarázatát, levezetését oly könnyed modorban, oly világosan adja, minden különösebb matematikai apparátus nélkül (a hol ez elkerülhetetlen, ott pár szóval az illető matematikai művelet lényegét elmondja), hogy a matematikailag nem képzett is meg tudja közelíteni a physico-kémiai elveket, sőt általánosabb belátást is nyer arra nézve, hogy mily hálásak a fizikai kémia módszerei a biológiai kutatásban.

Goldberger Jakab.

Lapszemle.

Általános kórtan.

Calcinosis interstitialis esetéről referált *Gaza és Marchand* a leipzig-i orvosegyesület 1909 november 23.-i ülésén. Rendkívül ritka baj, melyről az irodalomban alig találunk említést (csak 3 esetet közöltek). A 17 éves fiúnak fokozatosan majdnem minden ízülete és végtagja megmerevedett, a nélkül, hogy e közben láza vagy rheumás fájásai lettek volna. A merevséget az izmok tapadási végén végződött vastag csomók okozták. Az egész test (kivéve az arcz) bőrében és a bőr alatt kicsiny, akár lencsényi csomók képződtek, melyeknek megfelelően a bőr elsovadt. A has körül ez a beszűrődés egész páncélt alkotott. A Röntgen-felvétel kimutatta, hogy ezek a csomók mészlerakódások. A meszes csomók később ellágyultak, a bőrön áttörtek és másodlagos úton nagyfokú genyedés támadt, mibe a beteg mihamar belepusztult. A tályogok tartalmában levő szemcsés törmelék mészsókat (legnagyobb részben phosphor-savas, kisebb részben szén-savas meszet) tartalmazott.

A bonczolás alkalmával mészlerakódást találtak főképpen az izomfasciákban, inhuvelyekben, izomközi kötőszövetben, bőralatti kötőszövetben, ízületi tokzszalagban. Legkifejezettebb volt a meszesedés a mellen és a hason oldalt, a jobb ezombon, a bal térd-izület és a könyökizületek táján. A másodlagos úton támadt genyedés miatt a czomb, a has és a mellkas bőre nagy kiterjedésben levált az izomzatról. A tejfölszerű genyes folyadékban sok mészszemcse és nagyobb rögökből álló törmelék volt.

Marchand szerint a folyamat az izomfasciák szomszédságában levő bőralatti kötőszövetben kezdődik, a mely ugyan még lágy, de szürkéssárga, majdnem kocsonyásan vizenyős, benne mikroszkop alatt ugyan még megtartott, lágy, de már elhalt, sűrűn egymásmellé helyezett fénylő mészszemcséktől áthatott kötőszöveti kötegeket látunk. Ezek a részek később szilárdabbá, asbetszerűvé lesznek, még kifejezett bennük a rostos szerkezet, de a rostkötegek már mereveket, törékenyek, mikroszkop alatt áteső fényben erős fénytörésük miatt sötétnek, rásó fényben fénylő fehérnek látszanak. Végre egészen szilárd, egymással összefüggő érdes lemezek képződnek, a melyek egymásmellé helyeződve, gyakran tenyéryninél is nagyobb kiterjedésben fehér, morzsalékony, több mm. vastag réteget alkotnak, a mely szoros összefüggésben van a fasciákkal s az izomközi sövetekbe is belétejed.

A czomb alsó részén, a n. ischiadicus burkában is lehetett mészlerakódást találni, míg ezzel szemben az erek nem voltak meszesek. Nagyon szembevető volt az elváltozás a könyökizületek körül, a hol a mészlerakódás a fasciákról a biceps és brachialis alsó részletére is reáterjedt. A csontok lényegesen sorvadtak voltak (megfelelően a Röntgen-képeknek), tömött állományuk megvékonyodott, a spongiosa gerendái ritkultak. A csontvelőben a myelocyták száma megnagyobbodott. A belső szervek közül csak néhány hörgői és több fodorbeli nyirokesomó volt meszes. Míg amazok meszes-sajtos nyirokesomókhoz hasonlítottak, ezekben a mész a bél felé tekintő szélükön rakódott le, a miből azt kell következtetni, hogy a bélből a chyluserek útján került oda. Mikroszkop alatt itt is amorph mészszemcséket találtak, de ezenkívül sugaras szerkezetű kristályokat

(sphaerokristályok) is. A mészsók mindenütt savval pezsgés közben oldódtak, kénsav behatására gipszkristályok képződtek. A mész kioldása után a kötőszöveti rostok jól látszóttak. A meszes tömegek szomszédságában gyuladással beszűrődés volt, melyről azonban nem lehet eldönteni, mennyiben a meszesedés és mennyiben a másodlagos fertőzés következménye.

A kórszármazását illetőleg a bajnak — úgy látszik — semmi köze a myositis ossificanshoz, mert ebben valóságos csont képződik kötőszövetből, esetleg porcos előstadiummal. A calcinosis interstitialis inkább általános, alkati betegségnek képét nyújtja, a mészanyagcsere általános zavara, a mely még leginkább a köszvényhez hasonlít. A baj lényegére vonatkozólag az eddigiek alapján még csak teoriát sem állíthatunk fel. Elsődleges csontsorvadásra és metastasisos mészlerakódásra nem lehet gondolni, mert a sorvadás csak oly fokú, hogy azt az inaktivitásból jól lehet magyarázni. (Münchener med. Wochenschrift, 1910. 2. sz.)

Belorvostan.

A csúzos betegségek tonsilláris kezeléséről ír *Schichhold*. A mandulagyulladás és az ízületű közötti összefüggésre már közel három évtizede reáirányították a figyelmet, de csak néhány évvel azelőtt utalt rá *Gürich*, hogy a mandulák árkaiban és gödreiben nagyon sokszor van geny felhalmozódva, a mely azután a mandula gyuladása alkalmával a keringésbe jut és ízületűt okozhat. Csúzos betegségekben, főleg pedig azokban, a melyek minduntalan kiújulnak, mindig gondolnunk kell genyfelhalmozódásra a mandulákban, a melyek kezelésével azután a csúzos betegség kedvezően befolyásolható. Ennek a kezelésnek gyökeresnek kell lennie, a mandulákat lehetőleg teljesen kell eltávolítani, a mi *Gürich* szerint olyan módon történik, hogy a genyet tartalmazó gödröket felhasítjuk, hogy a geny kiürülhessen, azután pedig még annyi bemetszést végzünk, hogy conchotommal a mandulát könnyen eltávolíthassuk. Ezen úgynevezett tonsilláris kezeléssel az ízületek megbetegedésén kívül a szövődmények is kedvezően befolyásolhatók. A szív belső hártájának és izomzatának gyuladása csak az esetben gyógyítható meg ilyen módon, ha még nem régóta áll fenn s ha még nem okozott tetemesebb szöveteleválást, a miből következik, hogy az ízületű tonsilláris kezelése lehetőleg korán fogatósítandó. Végül még arra is utal a szerző, hogy a tonsilláris therapia más oly betegségekre — első sorban vesegyuladásokra — is kedvező hatású lehet, a melyek mandulagyuladással járnak.

Curschmann tanár nagyjából hozzájárul ahhoz, a mit a szerző a tonsilláris kezelés fontosságáról mond. A többi között mint régi tapasztalatát említi, hogy a tonsillitis nagyon sokszor a kiinduláspontja a heveny vagy félheveny, többnyire haemorrhagiás nephritiseknek, a mely néha csaknem közvetlenül csatlakozik a mandula gyuladásához; a mandulák gyökeres operatív kezelésével a nephritis gyorsan és véglegesen meggyógyítható. Olyan esetekkel is találkozott, a melyekben a gyakran ismétlődő ízületűzrohámok kapcsán fejlődött billentyűbaj és endocarditis a manduláknak erélyes galvanocaustikai kezelésével kedvezően volt befolyásolható. Egyébként még megjegyzi a szerző, hogy az úgynevezett kryptogenetikus septicaemia esetei nagyon meg fognak kevesbedni, ha nagyobb alaposággal fogják vizsgálni a mandulákat. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 6. szám.)

Adatok a meningitis cerebrospinalis epidemica gyógyításához és megelőzéséhez. *Bethge* egy árvaház 166 lakója között 9 meningitis cerebrospinalis-esetet látott. A Kolle-Wassermann-serum intralumbális injectiójára valamennyi beteg meggyógyult. Az árvaház lakói közül 60-nak az orrgaratjában sikerült a meningococcust megtalálni. Az elpusztítására irányult kísérletek alkalmával kiderült, hogy elsőrendű követelmény az orrgaratban levő bőséges nyálkának az eltávolítása 1%-os konyhasóoldattal, irrigator segítségével. mérsékelt nyomás mellett. A kipróbált szerek (pyocyanase, serum, protargol, perhydrol) közül legjobbnak bizonyult a perhydrol, a melynek 3%-os oldatát öntötte kis kanna segítségével az egyik orrnyílásba, a mikor is a fej ferde tartása mellett az oldat a másik orrnyíláson kifolyt s ily módon átöblítette az orrgaratfűrt. Ha erős adenoid vegetatiók vannak az orrgaratban, üvegfeeskendőtt kell használni az öblítésre. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 2. szám.)

Sebészet.

A sebészi varratok anyagának kérdését legutóbb M. Madlener (Kempton) fejtegette. Kiindul Kuhn (Cassel) ismert nézetéből az abszolút steril catgut gyártásáról. Eddigél a catgutot a hegedűhúrhoz hasonlóan gyártották s csak utóbb csirtalanították antisepticumokkal. Kuhn szerint a sebészetben használt catgutot ab ovo sterilén kell készítenünk, a mely követelmény teljelen indokolt is. Ezzel azonban a catgut nagyon megdrágul. Madlener a catgut nagy hátrányát tudja be, hogy gummikeytyűvel történő műtétekkor a catgut az ujjak közt könnyen csúszik, kellő erővel nem csomózható. Azonkívül a catgutfonal duzzadásával a csomó meglazulhat. Catgutot csak ott használ, a hol fel nem szívódó fonalak körül idegen test képződhetik, vagy a hol, például üregekben, a fel nem szívódó fonalak eltávolítása nehézségekbe ütközik. Madlener csodálkozik azon, hogy a sebészek közül sokan a fel nem szívódó fonalakról annyira félnek. Teljesen Kocher álláspontját osztja, a ki genyes esetek kivételével műtétei alkalmával az összes lekötésekhez és varratokhoz selymet használ. Az asepsises műtétek fonalgyenyedésének elkerülésére Madlener szerint két körülményre kell tekintettel lennünk. Nem elegendő először az, hogy a varróanyag pusztán asepsises legyen; a varróanyagot antisepticumokkal is kell impregnálnunk. A második és még fontosabb követelmény pedig, hogy a használt fonal kalibere lehetőleg kicsiny legyen; a Turner-selyemből legfeljebb 3—4-es számút, a Vömel-selyemből 2—3-as számút használjunk.

Madlener a selyemnél is alkalmasabb varróanyagot ismert meg az úgynevezett Ramie-czérnában. Ezen czérnát indiai növényrostból nyerik, húzási ellenállása dynamometerrel mérve sokkal nagyobb az eddigi varróanyagokénál és mivel ennek folytán vékonyabb fonalakat használhatunk, mint a megfelelő erősségű selymfonalakból, ezen újfajta fonalaknak begyógyulása is biztosabb. A Ramie-fonalak háromféle erősségben kerülnek forgalomba; a 0-s számú czérna bélvarratokra és serosavarratokra szolgál, az 1-es számú a legtöbb lekötés és varrat céljának felel meg, a 2-s számú Ramie-czérna pedig a nagy vérerek lekötésére és oly varratokra alkalmas, melyek nagyobb feszülés alatt állnak. A Ramie-czérnát sublimatoldatban tartjuk. Madlener 757 esetben tanulmányozta ezen új varróanyagnak használhatóságát; tapasztalatai szerint a Ramie-czérna a legjobban beváló varróanyag, még fertőzött seb esetén is. (Zentralblatt für Chirurgie, 1910. 1. szám.) Gergő.

A traumák után beálló csontosodások ismeretéhez szolgált adatokat Pfister. Különböző traumák után elég gyakran lehet a térdtájék Röntgen-képén a belső csontbűtyök mellett keskeny csontárnyékokat látni, melyeket Stieda és Vogel a közvetlen erőművi behatás vagy a megfeszült izmok húzása által lerepesztett csontlemezeknek tart. Tekintve, hogy az idetartozó Röntgenfelvételek rendszeren több héttel a trauma után készültek, saját eseteiben pedig közvetlen a sérülés után nem volt semmi parostális árnyék látható s csak az 5—6 hét múlva készült felvételeken mutatkozott gyenge árnyék, mely későbbi átvilágításokkor folyton erősödött: Pfister nem látja bebizonyítottat, hogy ezen árnyékok lerepesztett csombesontérszövetek volna. Pathologiai megfontolások alapján e jelenség magyarázatára a törés nélküli callusképződés új körfogalmát veszi fel. Idetartoznának tehát mindazon csontosodások a peri-paraostális, izomközi és más szövetekben, melyek kivétel nélkül tompa erőművi behatásokra, csonttörés és külső seb nélkül jönnek létre s a melyek egy fokozódott növekedési periódus után többnyire jelentékenyen visszafejlődnek. (Archiv f. klin. Chirurgie, 89. kötet, 4. füzet.) Makai.

A pajzsmirigyátültetés kérdését illetőleg végzett Salzer kísérletes vizsgálatokat. Nagyszámú, lelkiismeretesen végzett állatkísérlete alapján megállapítja, hogy a pajzsmirigytől megfosztott szervezetbe gyorsabban és jobban gyógyul be a pajzsmirigy, mint a normálisba. A hasfalakra implantált pajzsmirigyreszletek jól működnek, a colloid kielégítő mértékben jut a lymphutakba s a vascularisatio e helyen legalább is oly jó, ha nem jobb, mint a normális helyen levő mirigyben. (Archiv f. klin. Chirurgie, 89. kötet, 4. füzet.) Makai.

Szülészet és nőorvostan.

Extrapertoneális császármetszés czímen tartott előadást Bovis reimsi tanár. Az új eljárást Frank német gynaekologus hozta

három év előtt javaslatba. Az ő eljárása abban áll, hogy megnyitva a peritoneális redőt, ezt úgy varrta vissza a műtét további lefolyásában, hogy a méh alsó segmentuma a has üregéből ki volt rekesztve.

A szerző ezt suprasymphysialis szülésnek nevezte. Számos módosítása van a műtétnek. Ezek közt főleg a Latzko eljárása érdemel figyelmet: ő Pfannenstiel szerint harántmetszéssel kezdi a műtétet, szétválasztja az egyenes hasizmokat és a retroperitoneális zsírszövetbe hatol. A hólyagot, melyet előbb 150 gm. vízzel tölt meg, rendszeren jobbra kitérve találja; ennek bal oldalán kerül a vesico-uterinalis excavatio. Innen a vesico-uterinalis redőt felfelé tolja. Ezt lepraeparálva, szabaddá teszi a méh alsó szakaszát, melyet körülbelül 12 cm. hosszú bemetszéssel a középvonalban megnyit. A magzatot eltávolítva, zárja a méhet és hasfalat. A szűk-séghez képest drainez. A műtét könnyű és vérzés alig van említve az egész irodalomban. A magzat kifejtése néha nehéz s azért különféle fogókat szerkesztettek. Némelyek a hólyagot nem töltik meg a műtét előtt. Mások, például Döderlein, nem a középvonalban, hanem oldalt nyitják meg a méhet. Itt azonban könnyen lehet megsérteni az uretert. Ismét mások harántul metszik át a méhet.

Bumm a műtét előnyeit abban látja, hogy harántmetszéssel nyitja meg a hasfalat, hogy a műtét alatt nem lesz megnyitva a has ürege és végül, hogy a varrás a vékony méh alsó szakaszán könnyebb, mint a vaskos méh fundusán. A műtétet szerinte még fertőzött esetekben is lehet végezni. Ilyenkor sokan mégis félnek tőle; Martin, Krönig stb. szerint a hashártya jobban tud védekezni az infectio ellen, mint más lágyrész, például a pelveocelluláris szövet. Ezek a pelveocelluláris infectiók néha halálosak. Éppen ezért lázas, inficiált szülőnőknél ezt a műtétet sem szabad végezni, legfeljebb basiotripsiót vagy pubiotomiát.

Egészen véve a műtét kevésbé veszélyes, mint a császármetszés. 122 ilyen műtét közül 6 végződött halálosan, a mi 5%-nak felel meg. Az eredmények napról napra javulnak. A császármetszés után Hofmeier szerint 10% a mortalitás; Schauta szerint ugyan csak 3-4%, de ne feledjük, hogy császármetszést fertőzött esetekben nem végzünk. Ajánlja az új műtétet nem fertőzött és kétes esetekben; ilyenkor concurrál a császármetszéssel, de biztosan inficiált esetekben ezt a műtétet sem szabad végezni. A műtét kárt is okozhat, így első sorban a hólyag sértése útján. A Döderlein-féle oldalmetszés meg az uretert sértheti. Komoly következménye a műtétnek, hogy a méh alsó szakaszán heg marad a műtét után, ez pedig a következő szülésekkor repedésre vezethet. Még rosszabb a dolog akkor, ha a gyógyulás nem per primam történt, mert akkor nagyobb hegek keletkeznek. Eddig csak néhány esetben észleltek ilyen szülés után bekövetkezett új terhességet és szülést. Minthogy 30%-ban genyeddéssal gyógyulnak az esetek, a műtét után cervico- vagy ventrofixatio észlelhető, mely a méhnyakat nagyon magasan rögzíti. Ez azután még inkább komplikálja a szülést. Spontan repedés fejlődik a következő szülések alkalmával.

Tehát a műtét sokat ígér ugyan, de keveset fog beváltani a hozzáfűzött reményekből. A fertőzött eseteket például már törölni kell a sorozatból. Ha a műtét sebe nem per primam gyógyul, annyi kellemetlenség fog belőle származni, mint annak idején a ventro- és vaginofixatiókból. Az új műtétet tehát fenntartással szabad csak elfogadnunk. (Semaine médicale, 1910. 4. szám.)

Lovrich József dr.

Veneréas bántalmak.

A Wassermann-féle reactio lényegéhez nyújt adatot R. Bauer és A. Hirsch (Wien). Miközben a Wassermann-féle seroreactionnak klinikai jelentőségét egyre több oldalról világítják meg a különböző vizsgálatok, addig a reactionnak lényege és mechanizmusa máig is még homályban van. A szerzők vizsgálataikat egy a diagnosis szempontjából nehezebb eset kapasan indították meg. Az illető betegnek a seruma teljes Wassermann-reactiót adott, egyben azonban a vizelete sok fehérjét tartalmazott. Miközben a szerzők a veséknek lueses elváltozására gondoltak, egyúttal a serumhoz hasonlóan a vizeletet is vizsgálták a Wassermann-féle reactióval. A vizelet teljesen kifejezett pozitív reactiót adott. Erre Bauer és Hirsch a vizelettel végzett Wassermann-reactionnak egész kérdését újabb vizsgálatnak vetették alá. Ezzel a kérdéssel eddig csak Blumenthal és Wile, valamint Höhne foglalkozott. A szerzők

vizsgálata 43 nem lueses egyéntől származó normális vizeletre, 37 pozitív serumreactiót adó lueses egyéntől származó normális vizeletre, 32 fehérjében gazdag vizeletre és 5, pozitív seroreactiót adó betegről származó fehérjetartalmú vizeletre vonatkozott. A serologiai és kémiai vizsgálatok a következő eredményre vezettek. A nem lueses egyének vizelete — akár fehérjementes, akár fehérjetartalmú — a Wassermann-reactiót sohasem adja. Az ilyen vizelet részben teljes haemolysist ad, részben pedig öngátlást mutat (Eigenhemmung), mely a vizelet fokozott aciditásától ered és neutralisációval azonnal megszüntethető. Negatív reactiót ad a syphilitikus egyénektől származó vizelet is, ha fehérjementes. Sőt negatív a Wassermann-féle reactio akkor is, ha a vizelet lueses egyéntől származik és fehérjetartalmú, de a fehérjetartalma a 2⁰/₁₀₀-t nem haladja meg. Az erősen fehérjetartalmú és lueses betegről származó vizelet ellenben határozott pozitív reactiót ad. A haemolysist gátló tényezők a vizelet globulinfractiójával függnek össze. A vizelet globulinjai komplet Wassermann-reactiót adnak, ellenben ugyanazon vizeletnek albuminjei ugyanazon adagban és koncentrációban alkalmazva teljes haemolysist eredményeznek. Úgy látszik, hogy a syphilitikus betegek vizeletében a pozitív Wassermann-reactio akkor jöhet létre, ha a globulinok elegendő mennyiségben jutnak a vizeletbe. Nem tudják azonban a szerzők megállapítani azt, hogy szükséges-e azonkívül az is, hogy a vese vagy annak véreire luesesen elváltozottak legyenek. (Wiener klinische Wochenschrift, 1910. 1. sz.)

Guszmán.

A syphilis serodiagnosisában felhasználta a chlorsavas kaliumot Brieger és Renz (Berlin). A mióta ismerjük a Wassermann-féle reactiót, a vizsgálók egy része állandóan azzal foglalkozott, hogy a seroreactiohoz szükséges egyes, elég komplikált komponenseket egyszerűbbekkel helyettesítse. A szerzők vizsgálódása különösen arra irányult, hogy az amboceptort egyszerűsítsék. Ez az amboceptor Wassermann előírása szerint eddig úgy készült, hogy házinyulakat előzetesen birkavérsejtekkel kezeltek. A különböző szerves redukáló anyagokkal (di- és tri-hydroxybenzolok) végzett vizsgálatok nem adtak kielégítő eredményt. Ezek a házinyúl vérsérumból készült amboceptort (haemolysin) nem tudták a reactióban pótolni. Alkalmassnak erre a célra csakis a kalium chloricum bizonyult, mely mint véroldó anyag általánosan ismeretes. A szerzők idáig 65 serumot vizsgáltak a reactiónak ezen módosításával. Ezt a módosítást olyképpen végezték, hogy a többi alkotórész változatlan meghagyása mellett az amboceptort hig (1:150) physiolog. konyhasós kalium chloricum-oldattal pótolták. A nyert eredményt állandóan ellenőrizték az eredeti Wassermann-eljárással. Mindkét vizsgálati sorozat az eredményében tökéletesen egyezett. A szerzők az eddigi tapasztalásuk alapján tehát azt állítják, hogy a Wassermann-féle seroreactio végzésekor a haemolysin elég jól pótolható a chlorsavas kaliummal. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1909. 50. szám.)

Guszmán.

Fizikai és diaetikai gyógyításmódok.

A hideg fürdők után mutatkozó fehérjevizelés. Faber (Kopenhága) a veseműködést illetőleg érdekes megfigyeléseket tett 11 olyan esetben, a melyben az illetők 40—50 mp.-ig 0 fok körüli hőmérsékű tengervízben úsztak. A vizelet közvetlen a fürdés előtt valamennyi esetben teljesen rendes, a fürdés után 26—30 perczel pedig valamennyi esetben rendellenes volt. A 11 közül 3 esetben ilyenkor a vizeletben fehérjét ugyan nem, hanem hyalin hengereket és néhány vörös- és fehérvérsejtet talált. A többi 8 esetben fehérjét is talált (kettőben csak nyomokban) és a hyalin hengereken kívül szemcséseket is. Utóbbiakat egy-két esetben oly nagy számmal, mint a mennyi még súlyos vesegyulladás esetén is csak ritkán található.

Ezen eredményeket ellenőrizendő, a hideg fürdőknek ilyen irányú hatását 18 olyan esetben is megfigyelte, a melyekben a 0—1 C fokos vízben nem sportolás szempontjából, hanem csak azért fürödtek, mert az illetők utána jól érezték magukat. Az esetek egyikében az illető mindig 4—6 percig szokott a hideg vízben fürödni; teszi ezt azért, mert erre apróbb rosszullétei megszűnnek. Ez a többiektől eltérően mindig hideg levegőn szokott felöltözködni. Bőre a fürdés után részben élénkpiros, részben szederjes szokott lenni és csak lassan melegszik meg. A többi

csak 8—42 másodpercig fürdött, ez esetekben a reactio gyorsabban mutatkozott s az illetők bőre hamarabb melegedett fel. Ezen 18 eset közül kettőben már a fürdés előtt kiürített vizeletben is volt fehérje és henger. Faber valószínűnek tartja, hogy ezen nephritis az előző hideg fürdőtől ered. (A szerzőnek ezen véleménye későbbi fejtegetéseivel ellentézik.) A többi 16 közül 8 esetben csak a fürdés után talált fehérjét a vizeletben, a legtöbbet, 2⁰/₁₀-ot annak a vizeletében, a ki 4—6 percig fürdött volt. A fehérjevizelés a legtöbb esetben azonnal a fürdés után, 1—2 esetben azonban csak hosszabb idővel, 1¹/₂—1¹/₂ órával utána mutatkozott, de valamennyi esetben 3—4 órával a fürdés után megszűnt. A fehérje a legtöbb esetben serumalbumin volt. Hengereket az esetek 52⁰/₁₀-ában talált.

Hasonló tapasztalásokat — bár kisebb számú esetben — mások is tettek. Rem-Pucci például 10 perces 13 C fokos fürdőre is észlelt fehérjevizelést. Winternitz az albuminuria okát a bőr véreinek összehúzódása következtében keletkező vérnyomásemelkedéssel és az ezzel együttjáró transsudatióban látja. Faber észlelései ezt a feltevést nem erősítik meg, mert az albuminuria az ő eseteiben többnyire csak a bőr véreinek kitágulása után mutatkozott. Igaz ugyan, hogy a fehérjevizelést ezek ellenére mégis a vérnyomás változásai okozhatják, mert tudott dolog, hogy a test mélyebb részeinek s főképpen a veséknek véreire a bőr ereivel váltakozva szoktak összehúzódni illetőleg kitágulni és hogy a vérnyomás ez okból akkor is fokozott lehet, a mikor a bőr véreire ki vannak tágulva. A fehérje-kiválasztást és cylindruriát a bőr véreinek kitágulása alkalmával a vesékben esetleg keletkező stasis is okozhatja. De ez sem nagyon valószínű, mert az észlelt esetekben a fehérjevizeléssel együtt a diuresis is fokozott volt. Rem-Pucci az albuminuriát ez esetekben a secretorius beidegzés zavarai magyarázza. Ha a szerző az említett jelenségek okát mai ismereteink alapján nem is bírja megmagyarázni, észlelései alapján — kivált mivel az albuminuria az ő eseteiben mindig gyorsan keletkezett és éppen oly hamarosan el is maradt — a hideg fürdőkre mutatkozó fehérjevizelést nem tartja pathológiának, hanem csak működési zavarnak tekinti. Már csak azért is, mivel a vesék ez esetekben éppen oly kevésbé károsodtak tartósan, mint akár az orthostatikai vagy sportalbuminuriánál (Monatshefte für die phys.-diät. Heilmethode, 1909. 12. szám.)

Lenkei V. D. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Inoperabilis méhrák eseteiben jó eredménnyel használják újabban Herff tanár osztályán a zincopyrin-gazet, a mint erről Boesch értesít. A zincopyrin a chlorzink és az antipyrin kettős sója; kevésbé erősen edz, mint a tiszta chlorzink, ennek folytán a mérgezés veszélye kisebb, másrészt pedig az edzés okozta fájdalommasságot az antipyrin csökkenti. A zincopyrin-gaze használatmódja a következő: a rákos részletek alapos kikaparása után az erősebb vérzés megakadályozása végett xeroformgaze-zel tamponáljuk a krátert. 24 óra múlva eltávolítjuk a xeroform-tampont és körülbelül 8 nappal később zincopyrin-gaze-zel kitöltjük az üreget, de csakis ezt, nehogy ép szövetet ok nélkül károsítsunk. Ezután 2—3 vattagolyóval rögzítjük a tampont. Ha a tampon és a hólyag meg végbél között vékony a réteg, 12 óra múlva, ha vastag, 24 óra múlva eltávolítjuk a vattagolyókat meg a tampont és a sebet magára hagyjuk. Erős, száraz, fehéres színű pörk képződik, mely néhány nap alatt vérzés nélkül leválik (ágyynyugalom mellett!), jól sarjadzó krátert hagyva vissza; ennek a váladéka sokkal vízenyősebb, a bűz erősen csökken, a vérzés szűnik, a fájdalmak kisebbednek. 10—14 napos időközökkel még 2—3-szor megismételhető a zincopyrin-gaze alkalmazása s ilyen módon elég hosszú ideig tartó euphoriát érhetünk el. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1910. 2. szám.)

Régi fülgennyedés eseteiben Bresgen kitünő eredménnyel használja a Merck-féle perhydrolt: Rp. Perhydrol 2.0; Aquae destillatae 28.0. Ezen oldattal, a melyet felesleges előzőleg langyossá tenni, csaknem teletöltjük a hallójáratot naponként 1—2-szer; 10 perc múlva kifolyatjuk az oldatot s csak a fülkagylót töröljük meg vattával, a hallójáratba azonban nem hatolunk; a legközelebbi beöntésig laza vattával zárjuk el a fület. (Therapeutische Rundschau, 1909. 41. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 10. szám. *Fischer Ignác*: A „moral insanity” klinikai és forensikus szempontból. *Ormós Béla*: A gümőkóros fertőzésről, annak elhárításáról s a baj gyógykezelése irányelveiről.

Orvosok lapja, 1910. 10. szám. *Moskovitz Ignác*: A orr-garatúri hurutok észszerű gyógykezeléséről.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 10. szám. *Réczey Imre*: Narkologia és anaesthesia.

Vegyes hírek.

A budapesti orvosi körországos segély-egylete pénztárába tagdíjat fizettek: Siklóssy Gyula, Schiff Kálmán, Selley József, Réczey Imre, Mihajlovich Miklós, Walla Béla, Vas Sándor, Fekete Gábor, Mladin Péter, Pozsgay Lajos, Gonda Péter, Szkirpán Ambrus, Pechán László, Kádár Antal, Steiner Simon, Petz Lajos, Veres Pál, Tóth Imre, Wagner György, Bayer Sándor, Jendrassik Ernő, Kollarits Jenő, Káldor Bertalan, Csapodi István, Bernolák József, Bergsmann Ignác, Balkányi Vilmos, Kaiser Károly, Donogány Zakariás, Dolecskó János, Dahasi Márton, Fried Sámuel, Fejér Sándor, Göllner Aladár, Wisinger Frigyes, Winternitz Arnold, Zsigmondy Zoltán, Körmöczy Zoltán, Kéty László, Kubinyi Pál, Schwartz Márton, Schrödt Antal, Steiner József, Sulkovsky József, Steinberger Armin, Stähly Ignác, Reitzer Mór, Papp Károly, Purjesz Ignác, Polgár Emil, Nádroi Béla, Moskovitz Ignác, Lovrich József, Büchler Antal, Révész Vilmos, Herczeg Lajos, Csillag Zsigmond, Kovács Soma, Kratochvilla János, Kincs Miksa, Himler Izsó, Hetényi Imre, Herczogh Arnold, Braun Sándor, Welwardt Simon, Dumitreanu Ágost, Darvas Sándor, Dalnoky Viktor, Eisler Hugó, Flesch Nándor, Fuchs Dávid, Fuchs Sándor, Feleki Sándor, Goldstein Adolf, Göbel József, Groszmann Arthur, László Mór, Eisler Miksa, Hoffenreich Mór, Hudomel József, Walkó Rezső, Antal Ilés, Kerekes Ödön, Takács Márton, Szikszay Sándor, Sebestyén Ödön, Somogyi Lajos, Spitzer Armin, Rajnai Mór, Pálffy Ignác, Pollák Mór. Budapest, 1910. március 1-én. *Katona József* dr., pénztáros.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület január hónapban 1082 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 810 szállítást végzett, 186 esetben mint mozgóorvosság szerepelt és 27-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A január hónap működési főösszege tehát 2105.

A budapesti egyetem I. számú nőklinikáján február hónapban 182 szülés folyt le (93 először szülő, 89 többször szülő); a született magzatok száma 182 volt, még pedig élő 164, halott 12, macerált 6; érett 160, kora 14, éretlen 8; fiú 107, leány 72, kérdéses nemű 3; törvénytelen 83, törvénytelen 99; a gyermekágyasok közül 5 halt meg (1 eklampsiá, 1 placenta praevia, 3 súlyos fertőzéssel szállított be). A nőbetegosztályon 76 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 107 esetben vették igénybe; a műtétek száma 73 volt.

A freiburgi egyetem orvosi fakultása felterjesztést intézett a badeni kormányhoz, melyben a korhatár behozatalát kéri az egyetemi tanárokról, legelőször pedig az orvosi fakultás klinikai tanáira nézve.

Meghalt. *Doby Zsigmond* dr., városi és kórházi alorvos Nagy-Károlyban, március 5-én, 78. évében. — *J. W. Taylor* dr., a nőorvos-tanára a birminghami egyetemen, számos jeles szakközlés szerzője, február 26-án, 59 éves korában. — *A. Bordier* dr., a grenoble-i orvosi iskola igazgatója; *E. Dayot* dr., régebben a sebészet tanára Rennesben.

Kiseb hírek külföldről. A párisi egyetem orvosi fakultása az üresedésben levő belorvostani rendes tanszékre első helyen *Widal*-t, második helyen *P. Teissier*-t, az általános kórtani tanszékre első helyen *Achard*-t, második helyen *Marfan*-t jelölte. — Az erlangeni egyetem nőorvostani tanszékére *L. Seitz* müncheni magántanárt nevezték ki. — *Leber* tanár, a nagyhirű heidelbergi szemorvos, 70. évét betöltötte. — A londoni Kings College-en *D. Waterston* dr.-t (Edinburgh) az anatomia tanárává nevezték ki. — *Rein* dr., a nőorvos-tanára Szt.-Pétervárott, nyugalomba vonul. — Rendes tanárok lettek: *Jakubowitsch* dr. Odessában (nőorvos), *Tschagowez* dr. Charkowban (gyógyászat), *J. R. Young* Philadelphiában (orthopaedia), *Grandis* dr. (élettan) és *Fabris* dr. (kórbónczolás) Genuában, rendkívüli tanárok: *Schatilow* dr. Odessában (beldiagnostika), *Jochmann* dr. (belorvos) és *F. Müller* dr. (gyógyászat) Berlinben.

Frankfurtban a bíróság két orvost szabadságvesztés terhe alatt kötelezett arra, hogy betegük bajáról a patients tiltakozása ellenére is tanuvallomást tegyenek. A két orvos a vallomást megtagadta s csak az utolsó perczben létrejött egyezségnek köszönheti, hogy fogságba nem került.

Párisban az orvosok zenekart alakítottak, melynek az első hegedűstől a nagy dobosig csakis orvosok a közreműködő tagjai. A zenekar szervezője Raoul Blondel dr. nőorvos és egyetemi orvoskari titkár, a ki maga is tehetséges zeneszerző.

A charleroi-i (belgium) törvényszék egy üveggyári munkásnak, a kinek a vonat egyik karját összezúzta, 105,084 frank kártérítést ítelt meg, számba véve, hogy a munkásnak havi 600 frank keresete volt. A brüsszeli főtörvényszék az ítéletet megerősítette.

Chopinról. 1910 február hó 22-én ünnepelte a zenevilág a lengyel származású klasszikus zeneszerző, Chopin születésének századik évfordulóját. Chopin 1849-ben élte delelőjén, 38 éves korában halt meg gümőkó-

roban; e betegsége már 1838-ban vette kezdetét, midőn George Sand, a híres és excentrikus írónő társaságában Mallorca szigetén, Valldemosában, egy egykori karthausi klastromban töltötte a telet. A mellékelt rajz Chopin kezét tünteti fel a Magyar Nemzeti Múzeum tulajdonában levő



Chopin keze.

márványmodell nyomán. E kézen mintha kifejezésre jutna Chopinnak betegesen érzégszerű egyénisége és zenéje. Feltűnő az ujjak rövidege, a mi tudvalegőleg kezdetben gátolta is Chopin kiterjedtebb fogások vételében a zongorán. Ezért egy kis gépezetet is készítettett az ujjak szét-feszítésére, s ezt még éjjel is rajta hagyta a kezén. B. J.

Az anyák figyelmébe az orvos rendszerint a legnagyobb körültekintést a gyermek elválasztási időszakában ajánlja. Ma már rendszerre válik ez idő-tájt a **Phosphatine Falières** tápszer meghonosítása, mert könnyű emészthetőségénél és nagy táperezénél fogva pótolhatatlan lesz e készítmény.

„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. — Kíváncsiak prospektus.

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

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

Consecutív neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzadmányok esetében. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos **Dr. VÁNDOR DEZSŐ.**

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

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

Orvosi laboratórium és cukorbeteg toleranciájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

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

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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 a 1 kiló

LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Budapesti kir. Orvosegyesület. (VI. rendes tudományos ülés 1910 február 12.-én.) 200. l. — A Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai. (I. előadás 1910 február 8.-án; II. előadás 1910 február 15.-én; III. előadás 1910 február 22.-én.) 202. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIII. bemutató szakülés 1909 december 15.-én.) 202. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 203. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1910 február 12.-én.)

Elnök: Friedrich Vilmos. Jegyző: Entz Géza.

Idegen test eltávolítása a dobüregből.

Rejtő Sándor: J. G., 8 éves leányka, január hó 29.-én játszás közben a jobb fülébe czipőzsinórkarikát dugott, melynek kivételét édesanyja, majd két kartársunk kísérelte meg. Az eredmény az volt, hogy mikor a beteget január hó 31.-én először láttam, az idegen testet a dobüregbe beékelve találtam. Megkísértem narcosisban a kifeeskendézést, a horoggal kiemelés, de sikertelenül. Műtéthez kellett folyamodnom. A fülkagyló mögött, a kagyló tapadása vonalában bemetsztem, a fülkagylót és a porcos külső hangvezetőt leválasztottam, a lágyszöveteket félrehúztam, de a karika nem jött ki. Kénytelen voltam a csontos hangvezeték hátulsó felső falának mediális végén — a mint a Stake-műtét alkalmával teszszük — a csontból néhány millimétert levésni, a mire az idegen testet könnyen kivethettem. A seb per primam 6 nap alatt benőtt, a dobhártya helyén ma hegek láthatók, genyedés nincs. A hallás nagyon megkárosodott, mert a beteg suttogó beszédet csak 25 cm-ről hall a jobb fülén.

A gümőkóros intoxicációk.

Hollós József: A lappangó gümös góczok a szervezet autoimmunitását és egyszersmind méregérzékenységet okoznak. Utóbbival szemben a szervezet különböző toxikus tünetekkel reagál, melyeket az előadó következőképpen csoportosít:

Fejfájás, szédülés. Alvás-zavarok, Vasomotoros és hőmérsékletzavarok. Izzadásra való hajlam. Fáradtságérzés, gyors kifáradás. Izgékonyosság, idegesség. Gyomor-zavarok. Szokványos székszorulás. Menstruációs zavarok. Basedow-kór.

E tünetek megállapítását és egységesítését több mint ezer eset specifikus kezelése kapcsán végezte; a tünetek mesterséges intoxicációk kiváltásával is elő voltak idézhetők és pedig úgy a vaccinatiók az isotoxin alkalmazásával, mint a Spengler-féle Immunkörper-kezeléskor nagyobb adagok befecskendezésével vagy bedörzsölésével. A mesterségesen kiváltott toxikus tünetek a toxin megkötésével könnyen megszüntethetők. A gümőkór a kezdődő intoxicációs szakban specifikus kezeléssel könnyen és véglegesen meggyógyítható. Az intoxicációs tüneteket sokszor anaemia, neurasthenia, hysteria és különféle neurosisok jelenségének tekintik s így e tünetek aetiológiájának tisztázása úgy tudományos, mint gyakorlati szempontból egyaránt fontos. Basedow-kóros esetei kapcsán, a melyek Immunkörper-kezelésre prompt reagáltak és meggyógyultak, felállítja e betegség gümőkóros eredetének tanát. A toxikus tünetekkel nem járó tüdővész az immunitás hiánya miatt rossz prognosztis ad, ezek azok az esetek, a melyek a specifikus kezelést is rossz hírbe hozták. Az intoxicációs tünetek folytonos szemmel-tartása alkotja a specifikus kezelés irányítóját.

Rajnik Pál: Az előadó gümőkóros intoxicációk elnevezés alatt egy tünetcsoportot sorol föl; e tüneteknek szerinte közös eredete a gümőkóros fertőzés. Hogy ezen föltevés mennyiben felel meg a valóságnak, arra jelenleg nem terjeszkedem ki, mert nem ismerem Hollós beteganyagát és így csak egy mellékkörülménnyel foglalkozhatom, a mely elég fontosnak tetszik nekem arra, hogy ezen előadás keretében a tárgyat némileg megvilágítsam. Hollós az ő gümőkóros intoxication alapuló tünetcsoportját Spengler-nek egyik anyagával, a Spengler által inaugurált és Hollós által kifejlesztett módszerrel kezelte, gyógyította, sőt az esetek igen nagy számában meggyógyította. A ki ismeri a gümőkórt és a tüdővést, lehetetlen e szó fölött „meggyógyult”, csak úgy simán elsiklania. Azt hiszem, hogy nem mondok nagyot, ha ki merem jelenteni, hogy ha Hollós föltevésai és eredményei objectív vizsgálattal csak tízedrésze is beigazolódnak, a tüdőgümőkór kérdése hatalmas lépéssel jutott megoldása felé.

Hollós a Spengler által inaugurált I. K. anyagot használta percutan bedörzsölések alakjában.

Az Erzsébet-sanatoriumban két irányban folynak kísérletek. Nevezetesen el kívánjuk dönteni első sorban ama vitás kérdést, hogy az ú. n. I. K. az emberi és állati szervezetre differens vagy indifferens szer-e? E kérdés körül 1908 óta kis vita fejlődött. Herzberg indította meg, a ki az I. K.-t mint a tuberculosis souverain gyógyító specifikumát dicsérte. Utána Dresdner is így nyilatkozott. Weicker és Baudelier, valamint Roepke, úgyszintén Simon ennek ellenében lesújtó kritikát gyakorolt és az I. K.-t physiologiai konyhasóddal mondja egyenrangúnak ártalmatlanság, de hatás tekintetében is. Ez irányban tett kísérleteim még folynak, tehát végleges véleményt még nem mondhatok, csak annyit, hogy 1909-ben 24 esetben alkalmaztuk betegeinkre az I. K.-t, de javulást csak egy esetben láttunk; de ezen egy esetben sem tudnám az eredményt határozottan az I. K. javára eldönteni. A szerrel beoltott betegeinkre specifikus reakciót soha sem láttam. Másik irányú kísérlet-sorozatunk már befejezést nyert. A kérdés az volt, hogy az I. K. a bőrre és a bőrbe dörzsölve felszívódik-e és kifejti valamelyes hatást? Világos, hogy valamely gyógyszer értékét úgy határozhatjuk meg, ha figyelemmel kísérjük ama kémiai és fizikai elváltozásokat, a melyeket az illető szer saját tulajdonságai alapján a szervezetben kifejti. A tuberculinok és serumok a szervezetbe subcutan bevive határozott reakciót tudnak előidézni. Ha tehát ezen szer e differens hatását subcutan alkalmazva kifejtjük, akkor percutan alkalmazva csak akkor állíthatom, hogy hatott az anyag, ha ugyanezen tüneteket tudom észlelni. Ezen gondolatmenet alapján intézetünk 25 betegén végeztem kísérleteimet. Mind a huszonötön részint a tüdőelváltozás, részint a köpetvizsgálat alapján a tüdőgümőkört positive megállapítottuk. A kísérleteket akként végeztük, hogy e 25 betegnek bedörzsöltük az alkar hajlító oldalába a rendelkezésemre álló következő anyagokat: I. K., T. SBE, PTO, Denys- és Beranek-anyag. Kis adagokkal kezdtük és folytattuk 50, sőt 150 mgm.-ig.

A végső következtetésem ez: 1. Az I. K. subcutan alkalmazva teljesen ártalmatlan szer, positiv gyógyhatását nem tapasztaltam. 2. Percutan alkalmazva, úgy a mint azt Hollós adja, határozottan teljesen hatástalan és kizártnak tartom, hogy az előadó említette gyógyeredmények e kezelés folyamánai volnának. 3. A felsorolt ötféle tuberculin a bőrön keresztül egyáltalán nem jól szívódik fel és így teljesen hatástalan.

Hogy miért nem szívódik fel a tuberculinok és az I. K. közönséges oldata a bőrön keresztül, azt egyelőre eldönteni nem tudom. Úgy vélem, hogy ugyanazon elbírálás alá tartozik ezen körülmény, mint pl. a morphiump vízes oldatának vagy a morphiump-kenőcsnek percutan adagolása, a melyről tudjuk, hogy teljesen hatástalan.

Természetesen ugyanily hatástalannak kell tekintenem amaz eljárást is, melyet Spengler alkalmaz, t. i. a vattára cseppentett tuberculinok a bőrre rögzítését (ú. n. fixációs eljárás), valamint PTO-nak percutan alkalmazását. Meg kívánom még jegyezni, hogy az esetben, ha Hollós az általa ismertett tünetcsoportnak gümőkóros eredetét azzal kívánja dokumentálni, hogy a tünetek a percutan kezelésre elmúltak, úgy az általam előadottak alapján ezen állítását sem fogadhatom el való gyanánt.

Így tehát Hollós a tuberculosis gyógyításának nagy és ismeretlen területén nem igazi oázishoz, hanem csalóka déliáhhhoz ért.

Bíró Gyula: Miként egyéb fertőző betegségek, scarlatina, gonorrhoea stb. kapcsán, úgy a gümőkór kapcsán is jelentkeznek toxikus tünetek nemcsak az idegrendszer területén, hanem az izületekben is. Tuberculosis polyarthritist gyanítja forog fenn, ha egy sokizületi csúsz minden kezeléssel dacol, főképpen a salicyl, illetve készítményei hatás-talanok; ha remissiók elő is fordulnak, csakhamar jön a recidiva avagy exacerbatio.

A kórboneczolástani kép egyszerű lobos elváltozásokat mutat a nélkül, hogy a tuberculosisra jellegző elváltozások, sajtosodás, csonttályog stb. volnának jelen. Hiszen itt toxinhatásról van szó, a mely csupán lobos izgalmat avagy egyszerű lobtüneteket okoz, a mi hyperaemiában, savó kiválasztásban, a porcz fényvesztettségében nyilvánul.

A specifikus kezelés fényes eredményei is feljogosítanak a baj specifikus eredetének felvételére.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Teljesen egyetértek Hollós kartárssal abban, hogy a tuberculosis toxinja az idegrendszert nem hagyja érintetlenül. Rávetet bennünket a phthisises neurasthenia felvételére már az analógia is. Tudjuk, hogy minő kifejezett idegrendszer-zavarokkal járhat a typhus, a pneumonia, az influenza, mely utóbbinak egyenesen nervosus alakját is megkülönböztetik. S az idegrendszer-tünetek az említettem heveny fertőző bajokban is korán megjelenhetnek, nemkülönben a rekonvalescentiára is kiterjeszkednek: az influenzát pl. melancholia követheti, a typhus pedig olykor súlyos neurastheniát hagy maga után, amely hónapokig, sőt évekig elgyötri az egyént. A tüdőgümőkór kórképében a már kezdetben mindinkább mutatózó „idegességet”, a mely mellett ilyenkor még a disponáló anaemia sincsen még jelen, évek óta az initális tünetek közé sorozom. A közérzet, a vasomotoros functiók, a szív működés s a gyomor- és bél működés zavarait magam is a toxikus praephthisikus „neurasthenia” számlájára írtam, sőt a betegség folyamán egyre növekvő idegrendszeri izgékonyság hatását a hőmértet is megfigyeltük, volt segédem, László dr. azokat „psychikus hőemelkedések” czímen le is írta.

Schütz Aladár: A Spengler-féle Immunkörper (I. K.) hatása tapasztalatom szerint a tuberculinéhoz hasonló. A subcutan befecskendés helyén bőrgyulladás, 39 fokos és nagyobb láz, a kóros mirigyekben, a csontokban és a szemben gőczreakciót láttam. A láz és gőczreakció csak 1000–10,000-szeres, a helyi reakció különösen gyermekeken már 100,000-szeres és nagyobb hígításoknál jelentkezik. A gőczreakciók nem véletlenek, hanem specifikusok, mert a kóros szövetekben az 1–2 napig tartó gyulladás mindig az oltásokat követi néhány napon belül, s mindig csak nagyobb adagokra jelenik meg. Így pl. keratitis vasculosa egy esetében (18 éves leány), a melyben mirigy-tuberculosis is volt, Goldzieher osztályán 2 év előtt több hónapon át ismételtén adtunk 0.1 mgm. tuberculin; nagy láz és mirigyreakciók mellett a szem fokozatosan és lényegesen javult. 1 1/4 év előtt az I. K.-kezelést is megkísérletem.

Az 1000-szeres hígításnál az oltást követő 1–2 napon át többször szemfájás, érzettség volt jelen. 10-szeres hígítású 1 cm³ az egyik szemben érzettséget, majd egy hétig tartó phlyktaenát váltott ki. Tíz nappal később 0.2 cm³ 10-szeresen hígított I. K. befecskendését követően a másik szemben erős érzettség és friss corneális infiltrátum jelentkezett. Három hét múlva újból 0.1 mgm. tuberculin negyednap jelentkezett, 6 napig tartott érzettséget váltott ki mindkét szemben. A további I. K.-kezelésnél a 10-szeres hígítások használata után majd mindig néhány napig tartó gőczreakciók mutatkoztak a szem részéről. A nyakmirigyek részéről nagy I. K.-adagokra ismételtén jelentkeztek gőczreakciók. Mellekesen jegyzem meg, hogy míg a beteg az 1000–10,000-szeres hígítások befecskendése mellett hét hónap alatt negyedfél kilót fogyott, nyáron 3 hó alatt kezelés nélkül a vidéken 1 kilót, az 5 hó előtt megkezdett I. K.-bedörzsölés mellett eddig a városban további 3 kilót gyarapodott, mirigyei eltűntek, corneális homályai lényegesen tisztultak.

Az I. K. mindezek dacára nem azonosítható a tuberculinall, mert benne genyibakteriumok ellen is vannak védőanyagok, s a reakció talán részben nem is a tuberculosis jelenlétét jelzi, hanem a genykeltő baktériumok által okozott elváltozások reakciója.

A mondottak alapján az I. K. hatásossága bebizonyított, mert physiologiai konyasóoldattal hasonló elváltozásokat provokálni nem lehet. Az I. K. a gyógyításra nézetem szerint sok tekintetben alkalmasabb, mint a tuberculin, mert egyrészt nem veszélyes, másrészt a subjectív tüneteket sokszor gyorsabban szünteti meg, mint a tuberculin. A milliós és 100,000-szeres hígítások semmi kellemetlenséget sem okoznak, a nagyon érzékeny vagy exsudatív diathesisben szenvedő gyermekek kezelése, mint Hollós is említi, 100,000–10,000-szeres oldatok bedörzsölésével kezdhető meg. A bedörzsölés eredményességét úgy lehet magyarázni, hogy az I. K. a bedörzsölés révén mechanice a bőr porusaiba préseltek. 1000-szeres hígításoknál erősebbeket befecskendésre többé nem alkalmazok.

Eseteim nem annyira manifest és florid lefolyásúak, hanem túlnyomólag occult vagy chronikus lefolyású subfebrilis esetek voltak. Első sorban az étvágytalanság, a fejfájások szűnnek meg, az alvás megjavul, többször rohamos súlygyarapodás jelentkezik, a köhögés ritkább lesz. A hőmérséklet, mely a kezelésig egy foknál nagyobb napközi kilengéseket, reggeli 37.5 fokos maximumokat adott, 37° alá süllyed, napi 2–3 tized foknyi hőkülönbségek mellett.

A kezelés hosszú időt vesz igénybe és az I. K.-ra áll ugyanaz, mint a tuberculinra és minden egyéb tuberculosis-gyógyszerre, hogy t. i. 1. a subjectív tünetek megszűnése nem bizonyítja a gyógyulást, mert hosszabb-rövidebb időre újból rosszabbodás mutatkozik; 2. roncsolt szövetek restitutióját ad integrum a kezeléstől nem várhatjuk és 3. a kezelést több éven át étlapesszerűen kell folytatni, tekintet nélkül arra, hogy vannak-e kóros tünetek.

Kovács József: Régen ismert dolog, hogy a lokális elváltozás mellett a szervezet általános sérülése is megvan. Mai ismereteink szerint ezt intoxicációval hozzák összefüggésbe. Ez gyakran hamarabb manifestálódik, mielőtt a lokális megbetegedés felismerhető volna. Ezen tünetek értékesítendőek, mikor valamely tüdőbeli elváltozásról meg kell állapítani, hogy gümőkóros-e vagy nem. A szülő már régebben kifejtette, hogy súlyt helyez az általános tünetekre.

Azonban nagy nehézséget okoz az, hogy ezen általános tünetek más bántalomban is meglehetnek, ezért a gyanúnál nem mehetünk tovább. Az előadó ezen úgy iparkodik segíteni, hogy tuberculin-injectióval próbálja a diagnosit megállapítani és egyúttal a jelenségeket is eltüntetni.

Azonban ma már a serodiagnosissal eljárás sem mutatja mindig, hogy az intoxicációs tünetek gümőkórosak-e vagy nem. Ha az előadó therapiai eredményei áttekinthetők a nehézségeken, a kérdés sok mással együtt el volna döntve. Azonban az intézetében végzett elég sok vizsgálat az I. K.-ról azt mutatta, hogy száz beteg közül kettő volt olyan, a ki kedvezően volt vele befolyásolható. Ezzel azonban a specifikus therapiáról nem akar a szülő ítéletet mondani, mert az ésszerűen végzett tuberculin-kezelés egyes alkalmas esetekben kedvezően befolyásolja a folyamatot.

Detre László: I. K.-val nem kísérletezett. Az intoxicációk tanát, eltekintve a Basedow-kórtól, aláírja. A Charité-rendelőben elég sok kezdődő gümőkórosat lát és elhivatja a család összes tagjait, végigvizsgálja őket a cutan reakcióra, az általános tünetekre és a hőmérsékletre vonatkozólag és való, hogy egy manifest beteg mellett van egy-két olyan egyén, a ki nem tudja magáról, hogy beteg, de ebéd után 37.1–37.3° hőmérséklet van és egyéb praetuberculosis-tünet is észlelhető rajta.

A kezdődő esetek intoxikálva vannak, ennek a kifejezője a méreg-érzékenység, a cutan érzékenység, mert a bakteriolyisinek, albuminolyisinek feloldják az antigént és a szervezetre reaszabadítják. Feltétlenül igaz tehát, hogy a szervezet túlérzékenysége az immunitással kapcsolatban van, de csodálja a szülő, hogy az előadó ennek a további consequentiáit

nem vonja le. Mert előre meg lehet mondani, hogy hol lesz eredmény, hol nem. Ha friss esetben nagy cutan reakciót kap, ez jó eset, melyben eredményt lehet elérni. Ha nem reagál, akkor bakteriolyisinek nincsenek, vagy elvesztett a szervezet érzékenysége, és ezek az esetek akkor érzik magukat legjobban, ha 1/100000 mgm.-ot kapnak. Ezek nem javulnak tuberculinra. A melyek nagy reakciót mutatnak, azok nemcsak tuberculinra, nemcsak I. K.-ra, hanem sanatoriumban, semmittevés mellett jó levegőn stb. mindenütt jól érzik magukat, ha az ember kivonja őket az infectio köréből és jó hygienés viszonyok közé kerülnek.

Ha az I. K.-ra vonatkozólag előadottak igazak, akkor Hollósnak nagy az érdeme, és kíváncsok, hogy klinikai anyaggal bíró orvosok utána vizsgálják; racionális therapia sarjadjhatik belőle.

Hahn Dezső: Hogy lokális gümőkóros gőczok a szervezet általános infectiója útján az idegrendszer részéről sajátosságok, néha súlyos betegség-számba menő tünetcsoportokat válthatnak ki, arra érdekes példát látunk a vesegümőkór kezdeti szakában. A vesében még alig vannak számbavehető elváltozások és a hólyag részéről mégis súlyos tünetek állanak elő. Gyakori vizezésinger, kínzó tenesmus, kristálytiszta vizelet és ép hólyag mellett a „Reizblase” typusos képe. Ezeket az eseteket régóta ismerik és a hólyag reflex-neurosisra néven írták le. Ez a tudományosan hangzó elnevezés alapjában semmit sem mond. Ez a urológiai diagnosztikai módszerek tökéletesbedésével majdnem minden ilyen esetben elváltozás mutatható ki a vesében. A kóros gőcz eltávolítása után teljes gyógyulás áll be. Erre az érdekes analógiára akartam föl hívni a figyelmet.

Kovács Aladár: A tüdőbeteggondozó intézetben az I. K.-gyógykezelést több dysmenorrhoeás nőn megkísérleltük, de eredménytelenül. Tuberculosis egyéb eseteiben az I. K. sokszor oly momentan hatást mutat, a hőmérséklet oly feltűnő eséssel éri el a normálist, mint a croupus pneumonia krízisében; de az esetek legnagyobb számában az I. K. teljesen hatástalannak látszik.

Scharl Pál: Az I. K.-ról bebizonyították, hogy indifferens és a szülő is mondhatja, hogy semminemű hatást sem vált ki sem beteg, sem egészséges emberen. Ha tehát az I. K. ilyen magasztalásával az orvosi publikumot megint csalódásba viszzük, ezzel csak ártunk. A tuberculin-kezelést a szülő pártolja.

A Basedowot illetőleg a szülő 72 esetet látott és 7 esetben, melyekben haemoptoe is volt, nem kapott probatorius tuberculinra reakciót. Ezt mérvadónak tartja.

Pertik Ottó: A klinikai és therapiai része a dolognak a szólótól távol áll, de maga az előadás kórbölcseletani és pathologiai szempontból gondolatokat ébreszt és a vizsgálatok rendszerezőbb folytatására hívja fel a figyelmet. Gümőkór mellett gyakori a sclerosis glandulae thyroideae. Poncet tisztán pathologiai szempontból keresi az okozati összefüggést a tuberculosis toxin és a glandula thyroidea között. A gl. thyroidea elsődlegesen nem betegszik meg gümőkórosan, még ha általános miliáris gümőkórba esap is át a baj, akkor is ritka a gl. thyroidea gümőkórja. Van tehát szöveti immunitás a gümőkórral szemben és érzékenység az immunitás iránt. A szövetbeli immunitás együtt jár nagy érzékenységgel a toxinok iránt. Hogy ezek a toxinok kétségtelenül szerepet játszanak a gümőkóros intoxicációban, az a szülő előtt kétségtelen. A klinikai tünetek nagyrészt ennek tulajdonítandók. A priori senki sem kételkedik, hogy az elterjedt fokozatban nagy skálát mutató, individualis tág határok közt ingadozó toxinok elsőrangú factorrá alakultak ki. Ha a boncsoló gümőkóros hullákban sokkal gyakoribban talál gl. thyroidea-gyulladásos vagy izületelváltozásokat, nehéz helyzetben van, vajjon gümőkórosnak tartsa-e azokat.

Indokoltnak és lelkiismereti dolognak tartja, hogy olyan izületelváltozásoknál, a minőket Bíró említett, melyek a szokásos salicylkezelésre progrediálnak, a gümőkóros intoxicációt számbavegyük.

Poncet két állítást kockáztatott meg. Felveszi, hogy a tuberculin toxinja sclerosisos elváltozásokat és a pajzsmirigy hámlásának elfajulása folytán insufficienciát okoz, mely a csontszövetben azon elváltozásokat létesíti, melyeket habitus phthisicus néven ismerünk.

Másik állítása, hogy a compensációs adenoma is toxinhatás lehet. Ezen dolgokra hogy felhívta a figyelmet az előadó, elismerés illeti meg. Legnagyobb higgadtságra, objectivitásra van szükség, és az a limine vagy a priori való elutasítások indokolatlanok. A kinek kételye van, az gondosan végezze kísérleteit, dogmás eredményekre nem lehet hamarosan számítani.

Görbékben jutottunk a tuberculin értékéhez is, és így kell tovább is haladnunk. Az I. K.-t tovább is kell tanulmányoznunk. A gümőkór toxinjainak további tanulmányozása gyümölcsöző és üdvös lehet.

Kéty László: A Basedow-kórt illetőleg csatlakozik Scharlhoz. A Calmette-reactio a szülő eseteiben nem volt pozitív és így az összefüggést a Basedow-kór és a tuberculosis közt nem fogadja el. Hogy I. K.-ra javul a Basedow-kór, az semmit sem bizonyít, mert e baj javul tinctura veratri viridisre is, magaslati, tóparti, tengerparti kúrára is. A mint azt Jendrassik helyesen kifejtette, és ebben a hysteriára emlékeztet.

Az I. K.-t nem fogja kipróbálni, mert megbízható szerzők szerint oly indifferensnek látszik, hogy megpróbálni semmi célja sincs.

Hollós József: Pertik tanár hozzászólása után alig volna valami hozzáténni valóm; minden szavát magamév teszem. Mégis néhány felszólalást nem hagyhatok szó nélkül. A könyvemben és előadásomban megállapított irányban és módszerrel minden gyakorló orvos végezheti az Immunkörper-kezelést és ellenőrizheti az előadottakat. S ha sikerül a mondott tüneteket I. K.-val megszüntetni, a miben nem kételkedem, hamarosan ki fog derülni: 1. hogy a jelzett tünetek valóban az intoxicatio tünetei, 2. hogy az I. K. specifikus hatású. Itt komoly tényekkel állunk szemben s mindenkinek módjában van állításaim valódiságáról közvetlenül meggyőződnie, a ki nem sajnálja a fáradságot, hogy beteg-

anyagomat Szegeden áttekintse. Az I. K.-nak nemesak injectióval, de kizárólag bedörzsölésével is sikerült a láz oldódását és a bénulások teljes eltűnését előidézni. Sajnos, hogy a kezelést sokan egész helytelenül folytatják, így persze nem lehet eredményt elérni. Detre tapasztalatait magam is megerősíthetem: a toxikus, tehát immunitással bíró betegek igen erős pozitív cutan reactiót adnak; kivétel a Basedow-kór; ennek okát ma még nem tudom; mindazonáltal Basedow-eseteim gümőkóros eredete kétségtelen. Kétly László véleménye alapján azt kellene hinni, hogy a Basedow-kór egyike a legkönnyebben gyógyítható betegségeknek, holott éppen ellenkezőleg áll a dolog. Hogy Kovács Aladár a dysmenorrhoeát nem tudta meggyógyítani, ennek oka csakis a kezelés helytelensége lehet; ezzel szemben pl. Bandelier és Roepke tankönyvük legújabb kiadásában megerősítik és elfogadják ebbeli fölfogásomat.

A Budapesti Orvosi Kör sorozatos előadásai.

Elnök: Papp Samu. Jegyző: Mohr Mihály.

(I. előadás 1910 február 8.-án.)

Az idült diffúz vesebetegségek diéta kezelése.

Korányi Sándor: A vesebetegségek diáetetikája az utolsó évtizedekben lényeges átalakuláson ment keresztül. Ez az átalakulás abból indult ki, hogy a vesebetegség a szervezetet mint egészet „milieu intérieur“-jének megváltoztatása útján veszélyezteti. Ennek bekövetkezése előtt a betegnek táplálkozásában sokkal több szabadság adható, mint a mennyit eddig adtak, bekövetkezése után pedig az orvos feladata nem oly egyszerű, mint a hogy hitték. A compensatio szakán túl haladt esetben a vese elveszti alkalmazkodó képességét az anyagcsere minőleges és mennyileges ingadozásaihoz. Ha tehát a táplálást nem alkalmazzuk a megmaradt veseműködéshez, retentióra kerül a sor. A sóretentio vízretentióra, a nitrogentartalmú anyagcsere-termékek retentiója súlyos autointoxicációra vezet. E retentiók megelőzése a vesebetegségek diáetetikájának célja, a mi azonban csakis úgy érhető el, hogy a beteg vizeletének analysisére alapítjuk az elrendelendő diétát. Minthogy minden beteg vese másképpen működik, a veseinsufficiencia eseteiben rendelő diétának is esetről esetre változnia kell. Ebből érthető, hogy olyan állandó összetételű diéta, mint a milyen az absolut tejdiéta, legfeljebb az esetek kis részében felel meg a célnak.

(II. előadás 1910 február 15.-én.)

Az epeutak lobjáról és orvoslásáról.

Imrédy Béla: Első sorban kifejti, hogy az epeutak gyulladását túlnyomó részben bakteriumok, ritkábban mérgek idézik elő, melyek vagy a vérerekből, vagy a belekből jutnak az epeutakba. Ezután áttér az epeutak gyulladását jelző sárgaság keletkezésének ismertetésére és azon végkövetkeztetésre jut, hogy a sárgaság többnyire az epe pangásának következménye. Némely esetben azonban a sárgaság a májsejtek működésének megváltozása (paracholia) folytán is létrejöhet. Majd a cholangitisek egyes alakjainak ismertetésével foglalkozik, nevezetesen az icterus katarrhalissal, melyet nézete szerint a belekből a papilla Vaterin bevándorolt bakteriumok idéznek elő. A cholangitisek orvoslását illetően hangsúlyozza, hogy a cholangitiszerekbe vetett nagy remény eddig nem vált be, mert a choledochus záróizmának nagy erejét a fokozott epeelválasztással nem lehet leküzdeni. Mindezeknél fogva az orvos a cholangitis gyógyításakor az eddig divott eljárásokra van utalva.

(III. előadás 1910 február 22.-én.)

A bélpathologia néhány kérdéséről.

Lévy Lajos: A bélphysiologia újabb haladásának vázlatos ismertetése után rámutat arra, hogy a bél diagnostikai vizsgálata három új eljárással bővült: a rectoromanoskopiával, a Schmidt-Strassburger-féle úgynevezett functionális béldiagnostikával és a belek Röntgen-vizsgálatával.

1. A rectoromanoskopia az S romanum kórtani jelentőségét igazolta.

2. A Schmidt-Strassburger-féle eljárással sikerült egy sajátos tünetesoportot fölismerünk, a functionális erjedéses dyspepsiát, melynek lényege az, hogy a vékonybél szénhidratemésztőképesége csökkent. Therapiája szénhidratmentes vagy kevesebb szénhidratot tartalmazó diéta.

3. A belek Röntgen-vizsgálata a bél mozgásaira vonatkozó ismereteinket lényegesen megváltoztatta.

Ezután áttér a bél-atonia megbeszélésére. Tünetei közül kiemeli a chorde cholique-ot, a stercorális diarrhoeát, az atóniások gyomorpanaszait, a flatulentiát és az autointoxicációs tüneteket. Hangsúlyozza a chronikus székrekedésnek mindig atóniás eredetét és indokolja abbéli nézetét, hogy a chronikus obstipatio úgynevezett spasmusos alakja és a francziák úgynevezett „entéro-typhlocolite“-ja a béltonia tünetesoportjába tartozik.

Rámutat a téves appendicitis- és hasi arteriosclerosis-diagnosisek gyakoriságára és kimutatja, hogy ily esetekben legtöbbször béltoniával van dolgunk.

A béltonia therapiájában a megfelelő diéta kezelését tartja a legjobb eljárásnak. A különféle gyógyító eljárások közül a Fleiner-Ebstein-féle olajkúrát, a has masszálását kézzel és a Schmidt-féle regulin adagolását emeli ki.

Végül figyelmeztet a divatos hashajtók és a nagy tömegű, úgynevezett magas beöntések czéltalan, sőt káros voltára.

Közkórházi Orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1909 december 15.-én.)

Elnök: Weiss S. G. Jegyző: Körmöczy Emil.

Testszínre taetovált heg.

Csillag Jakab: Taetoválással két esetben lehet dolgunk: egyszer a már meglevőnek eltávolítását kívánhatjuk tőlünk, máskor viszont alkalmunk lehet e művelettel kozmetikai hibát alkotó defectusokat fedni.

Már betaetovált festéket ez idő szerint, sajnos, más módon eltávolítani nem tudunk, mint hogy az azt magába záró szövetet is elpusztítjuk vagy kiirtjuk.

A mi a defectusoknak taetoválás útján való fedését illeti, mint ilyet ismerjük a corneális hegek taetoválását a szemészetben és a cheilo-plastika utáni taetoválást a sebészetben. Sokkal kevésbé ismert azonban az, hogy pigmenthiányos bőrterületeket testszínre, illetőleg a köztakaró rendes színéhez hasonló színűre taetoválhatunk.

Az ehhez szükséges festék-keveréket Paschkis ismertette 1892-ben. A kénsavas baryumból, mint fehér alapszint adó festékből, azután kevés sárga okkerből, minimális vörös okkerből, esetleg cinnoberből vagy karminből, ritkán nyomokban ultramarinből is álló festéket alaposan eldörzsölve vízzel péppé keverjük, e pépet a taetovándó területre kenjük és az ecetszerű taetováló tűcsoporttal betaetováljuk.

Alkalmask az ily műveletre első sorban a köztakarónak veleszületett színtelen pigmenthiányos területei (leukopathia congenita partialis), azután a vérszegény, pigment nélküli hegek; a vitiligós pigmenthiányos szigetein a köztakarónak, melyek folytatlagos terjedésre hajlamosak, továbbá a még hyperaemiás hegeken nem érünk célt a taetoválás e módjával.

A művelet, csak annyiban nem sikerülhet mindjárt az első kísérletre, hogy a kapott szín vagy világosabb a szükségesnél, vagy sötétebb. Az előbbi esetben sötétebbel, az utóbbiban világosabbal taetoválunk utána, míg a kellő színárnyalatot megkapjuk.

A művelet kellő tisztasággal dolgozva, alig jár valami kockázattal.

A bemutatott eset 20 év körüli nő, kinek a bal felkarján levő két tallérnyi nagyságú oltás-hegje közül az egyiket másfél hó előtt taetoválta a bemutató az elmondott módon.

Összehasonlítva a taetovált és nem taetovált heget a környező ép bőrrel, látható, hogy míg az első inkább csak szöveti szerkezetének másnemű volta által, addig az utóbbi fehér színével is lényegesen elüt attól, úgy hogy itt a testszínre való taetoválás művelete teljesen sikerültnek mondható.

Szokatlan szövödmények kíséretében támadt gyógyult agytályog.

Krepuska Géza: Heveny genyes dobüreglob kapcsán keletkezett, operative gyógyult temporo-sphenoidális agytályog esetét mutatja be. Az agytályog teljesen tünet nélkül fejlődött és csak a gyorsan jelentkező comatosus állapot tette gyanússá az esetet agytályog esetleges jelenlétére, mert az egész klinikai kórképből

inkább genyes agyhártyagyulladásra lehetett volna következtetni. Az agy punctiója döntötte el a kérdést. Az agyműtétet megelőzőleg a heveny dobüreg-genyedés és állsont mögötti lobos beszűrődés miatt végzett csecsenyűtvány-műtét alkalmával a koponyaüreg belsejének a megbetegedésére semmiféle gyanus jel sem találtatott, ellenben kifejlődött egy az állsont mögött ülő mély tályog, a mely az agy-tályog megnyitásaig jelentkezett csekély és rendetlen hőemelkedéseket teljesen megmagyarázta. Az agytályog műtete után a sima gyógyulást zavaró hőemelkedések egy utólagosan körjelzett garatmögötti, helyesebben „peritubaris” tályog által okozottak, melynek genyes tartalma szokatlan módon a tubán át ürült a dobüregbe napokon keresztül a nélkül, hogy a dobüregben jelentkező ezen genyedés eredetére nézve eleinte kellő magyarázatot lehetett volna adni. A bemutatott esetben feltűnő a nagy kiterjedésű agytályognak tünetek nélkül való fejlődése és szokatlan azon két szövödmény, mely egy retromaxillaris és peritubaris pharyngeális tályog alakjában zavarta a kórképet. Még ily kétségbeejtő esetekben is eredmény érhető el a megfelelő és idején végzett beavatkozással.

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VII. Szakosztály. Sebészet.

(Folytatás.)

V. Az agyvelő és idegek sebészete.

Hildebrand (Berlin) a kisagy sebészetéről adott kimerítő referatutumot.

Műteti beavatkozás tárgya lehet kisagy-tályog, -daganat és hydrocephalus. *Hildebrand* méltatta a diagnostikai nehézségeket, melyek főleg a pontos localisatio tekintetében vetődnek fel; vázolta az elkülönítő körjelzés nehézségeit a különböző daganatok, sőt a különböző kórfolyamatok között s végül a műtét technikáját fejtegette.

A beavatkozást 2 szakaszban végzi; nagy occipitális bőrperiosteum-csontleányt készít; a hozzáférhetőség így a legkényelmesebb.

Hildebrand 20 kisagy-cystát operált; a műtét folytán meghalt 1 beteg. Tuberculomák miatt 20-szor avatkozott be; a műtét halálozás 11 volt. A kisagy-daganatok műtéve adja a legrosszabb eredményt.

Borchardt 101 idevágó esetet gyűjtött össze; 62 esetben tumort nem találtak, 39 esetben pedig a műtét igazolta a diagnoszt. Ezen 39 beteg közül 22 közvetlenül a műtét folytán halt meg; a betegek egy része collapsusban, másik része a légzőcentrum megsértése folytán pusztult el. Azonkívül a betegek nagy contingense pneumoniának esett áldozatul.

Fedor Krause (Berlin) az epilepsia sebészeti kezeléséről értekezett. *Genuin epilepsia* miatt 12 esetet operált; 1 beteg teljesen gyógyult, 4 javult, 7-en semmi eredményt sem látott. *Jackson-féle epilepsia* 38 esetében elért eredményei kivétel nélkül jók voltak.

Harvey Cushing (Baltimore) acromegaliában a hypophysis részleges kiirtásával ért el feltűnő javulást.

Eiselsberg (Wien) 5 hypophysis-műtétet végzett. Egy esete sepsisben pusztult el, többi esetében jó volt az eredmény még akkor is, ha a malignusnak látszó hypophysis-tumort csak részben irtotta ki. Hasonló tapasztalatot *Hildebrand* (Berlin) is tett.

Doyen (Páris) eszközt mutatott be, melylyel intracranialis endoscopia végezhető. Az eszköz főleg a ganglion Gasseri megkeresésére alkalmas, bevezetését a fül mögött készített trepanációs nyíláson át végzi. Trigemínus-neuralgia eseteiben egyébként a ganglion Gasseri megkeresése után nem a dúcot irtja ki, hanem a trigemínusnak a törzsét vágja át.

Dollinger (Budapest) 25 esetben végezte a ganglion Gasseri kiirtását; szintén czélhoz vezetőnek tartja csupán a trigemínusgyök átvágását. Utolsó idevágó eseteiben pusztán ezt végezte és eredményei éppen oly jók, mint a Gasser-dúc kiirtása után.

Technikailag ezen műtét ugyanannyi gondosságot, anatómiai tájékozottságot és tapasztalatot tételez fel, mint a Gasser-dúc kiirtása, a mely felett azonban megvan az az előnye, hogy vele el lehet kerülni azt a vérzést, mely a sinus cavernosusból származik és a dúc eltávolítását nyomon követi. További előnye

az ideggyökátmetszésnek a Gasser-dúc kiirtása felett az, hogy a plexus caroticusból a Gasser-dúc közvetítésével a szemgolyóhoz menő sympathiás ideget a Gasser-dúc bennhagyásával érintetlenül meghagyjuk, minek folytán a pupilla rendes beidegzése sértetlen marad.

Spitz (Graz) azon haladásról beszélt, melylyel a sebészet a periferiás idegek sebészete terén dicsékedhetik. Bénulásoknak hosszú sorozatát idegplastikával kezelte és idegimplantációkkal sok esetben a végtag teljes használhatóságát érte el. Szép eredményeit vitetett képeken demonstrálta.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Az ercsii uradalomban az uradalmi orvosi állás üresedésbe jutott s ezennel ez állás betöltésére pályázatot hirdetünk. Negyven éven ahi keresztny orvosok, a kik hosszabb kórházi vagy egynehány évi orvosi gyakorlattal bírnak, felszólítanak, hogy folyamodványukat, valamint az eddigi működésükről szóló bizonyítványukat legkésőbb **f. évi márczius hó 15.-éig az Uradalmi Számtartóshoz, Ercsibe** nyújtsák be. Az állás feltétlenül f. évi április hó 1.-én átveendő. Kézpénzfizetés: mint a gróf úr ö. Meltósága házi orvosa 2000 korona és mint uradalmi orvos 3600 korona, összesen 5600 korona, természetben szabad lakás, valamint váró- és rendelőhelyiség. Magángyakorlat meg van engedve, ha ez által a grófi család vagy az uradalom hátrányt nem szenved. Német nyelv tudása kívánatos.

Ercsi, 1910. évi márczius hó 4.-én.

Uradalmi Számtartóság.

1224. sz.

A vrdniki m. kir. köszénbányahivatalnál üresedésbe jött **bányaorvosi állásra** ezennel pályázat hirdetnek.

Az állás javadalmazása: évi 2900, kétezerkilencszáz korona fizetés, természetbeni lakás, évi 200, kétszáz korona fűtési átalány, évi 600 hatszáz korona lótarási átalány, valamint természetben kiszolgáltatandó évi 56 métermázsza széna és évi 61 hektoliter zab.

Pályázni kívánók tartoznak magyar honosságukat, feddhetetlen előéletüket, eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket felettes hatóságuk, illetve közszolgálatban nem állók az illetékes politikai hatóság útján a vrdniki m. kir. köszénbányahivatalhoz **1910. évi márczius hó 31.-éig** beterjeszteni.

Csak oly pályázók kérvényei fognak figyelembe vétetni, kik a sebészetben is jártasak és előnyben részesülnek, kik a magyar, német nyelven kívül valamely szláv nyelv bírást is igazolják.

Budapest, 1910. évi márczius hó 4.-én.

A m. kir. állami szénbányák központi igazgatósága.

140/1910. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati közkórházánál megüresedett **osztályorvosi állásra** (belgyógyászati) pályázatot hirdetnek.

A pályázóktól belgyógyászati szakismeret megkívánatik.

Javadalmazás 2000 korona fizetés és 420 korona lakbér.

Az állás nyugdíjra jogosít.

A pályázni szándékozók az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket méltóságos Bartal Aurél Pozsony vármegye főispánjához címelve, **1910. évi márczius hó 25.-éig** hozzám nyújtsák be.

Nagyszombat, 1910. évi márczius hó 8.-án.

Nagy Pál dr., kórházi igazgató, főorvos.

729/1910. sz.

Bars vármegye verebélyi járásához tartozó alsópéli közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A körhöz 14 község tartozik, részben tótajkú lakossággal.

A körorvos javadalmazása: kezdődő törzsfizetés 1600 korona, négyzeri, egyenként 200 koronát tevő, nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegye törvényhatósági bizottsága által megállapítandó lakáspénz és a hivatkozott törvény 21. és 22. §-ai alapján ugyancsak az előbb említett bizottság által szabályrendeletileg megállapítandó úti átalány és látogatási díj.

Felkérem mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi április hó 1. napjáig** hivatalomhoz nyújtsák be, mert a később érkezett kérvényeket nem veszem figyelembe.

A választás hatánapját később fogom kitűzni.

Végül tudatom, hogy a megválasztandó körorvos kérelmére a kézi gyógyszerértartása is engedélyeztetni fog.

Verebély, 1910. évi márczius hó 1.-én.

Nedeczky, főszolgabíró.

671/1910. sz.

Bars vármegye verebélyi járásához tartozó oljai közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot nyitok, ennél fogva felkérem mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi április hó 1.-éig** hivatalomhoz nyújtsák be, mert a később érkezett kérvényeket nem veszem figyelembe.

A körhöz 10 község tartozik, nagyjórészben tótajkú lakossággal.

A körorvos javadalmazása: kezdődő törzsfizetés 1600 korona, négyzeri, egyenként 200 koronát tevő nyugdíjba is beszámítandó ötödéves korpótlék, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében a vármegye törvényhatósági bizottsága által megállapítandó lakáspénz és a hivatkozott törvény 21. és 22. §-ai alapján ugyancsak az előbb említett bizottság által szabályrendeletileg megállapítandó úti átalány és látogatási díj.

A megválasztott körorvos kérelmére kézi gyógyszerértartása is fog engedélyeztetni.

A választás hatánapját később fogom kitűzni.

Verebély, 1910. évi márczius hó 1.-én.

Nedeczky, főszolgabíró.

819/1910. kig. sz.

Udvarhely vármegye homoródi járásához tartozó XVII. orvosi körben a **körorvosi állásra** pályázatot nyitok; a kör székhelye: Homoródszentmárton. Nyilvános gyógyszerértartással. A körorvos fizetése: 1600 korona évi fizetés, 500 korona fuvarátalány és 240 korona lakbér; szabályrendeletben megállapított rendelési és

beteglátogatási díjak és helyben halottkémlési díjak; felhívom azon orvosdoktor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat hozzám **f. évi április hó 1-ig** adják be.

Oklánd, 1910. évi február hó 23-án.

2-2

Szabady, főszolgabíró.

804/1910. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában Tiszaistvánfalva községben **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi készpénzfizetés s a községtől külön 800 korona évi rendes pótlék. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított 500 korona lakpénz, látogatási, rendelési, műteti, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlési és hűsvágási díjak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi április hó 1-éig** nyújtsák be.

Ujvidék, 1910. évi március hó 2-án.

3-2

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

1065/1910. sz.

Panyod vármegye marosillyei járásában levő 46 községből csoportosított marosillyei egészségügyi **körorvosi állására** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: Négyezer ötvenként 200-200 korona nyugdíjba beszámítandó korpótlékkal emelkedhető 1600 korona évi fizetés, jóváhagyás alatt álló vármegyei szabályrendelet szerint 600 korona évi lakbér és 900 korona évi úti átalány, közigazgatási úton bevezethető rendelési, műteti, beteglátogatási és távolsági díjak, vasúti és fuvar költségek, orvosi bizonyítványkiállítási díj, oltási díjak, végül heveny fertőző betegségek esetén fertőzött községek gyakoribb látogatása alkalmával természetbeni fuvar, esetleg fuvar, valamint távolsági díj.

Megválasztott esetleg vasúti pályorvossá is kineveztetik.

Székhely: Marosillye.

Megjegyzem, hogy a kör felosztása tervben van, s ha végrehajthatik, megválasztott a körből kikapcsolt községek miatt kárpótlást nem kívánhat és ez irányban igényt sem támaszthat.

Felhívom azokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **f. évi március hó 22-én** d. n. 5 óráig nyújtsák be, a később érkezőket nem veszem figyelembe.

A választás napját később fogom kitűzni.

A választásig, ha megfelelő pályázó jelentkezik, az állást helyettesítés útján is betöltöm.

Marosillye, 1910. évi február hó 20-án.

3-3

A főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, húgyhólyag - bántalmaknál és kösvénynél, 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.

Kelelmes 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 húgysavas 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.



MUSCHONG-BUZIÁSFÜRDŐ BUZIÁSI PHÖNIX ÁSVÁNYVIZ

űdit, gyógyít. Kapható mindenütt.
Budapesti főraktár: VI., Eötvös-utca 44. Telefon 86-35.

Extractum = Chinae = NANNING

Javallatok:

Vérszegények étvágytalansága.
Görvélőkórosok és tüdőbajosok étvágytalansága.
Heveny és idült gyomorbajok.
Láz és sebláz betegségek.

Ideggyomorhurut.
Gyomoratonia.
Alkoholikusok.
Hyperemesis gravidarum.
Icterus-bántalmak.
Hg.- és Jodkali-dyspepsia.

Megbízható!

Bevált!

Olcsó!

Magán-, betegpénztári és szegénygyakorlat részére:

Dr. H. Nanning, China-művek, Den Haag, Hollandia.

Dr. Pajor új sanatoriuma Budapest, VIII., Vas-u. 17.

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.

Xeroform

Teljesen méregtelen sebhintőpor.

Ingermentes, sterilizálható, kiszáradó, erős desodorans, nagy epithelt képző erővel. A sebszövetek képzését csökkenti, miáltal a fertőzési veszélyt alábbszállítja. Különösen előnyös száraz kötések részére. Ritka kötésváltás. Specificum nedves eczemát, ulcus cruris és égési sebeknél.

Novargan

Izgalommentessége folytán erősebb oldatokban különösen az acut gonorrhoea kezelésére alkalmas.

Irodalom és minták díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^rEGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Soporulosia, Chlorosis, Rachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

Kórházi, egyleti csomagolás 1.50.



MALTOCOL LEGOLCSÓBB
LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FANÉJSÁVAS (METOL) MALÁTASZÖRBPEN
7% KAL.SULFÓ. GUAJAC. 2% CALC.ES NATR. GLYCEROPHOSFOR.
1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

MARBERGER GYULA UJPEST, VÁCI-UT 23.

irodalom és minta ingyen.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Sz32

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvétetnek benlakók és bejárók. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villamos fényfürdők. — Szénsavas fürdők. — Diatetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelése, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15-39. — Prospektus.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

GYÓGYINTÉZET ALKOHOL ELSZOKTATÁSÁRA.

Rittergut Nimbsch a Bober, Sagan mellett (pr. Schlesien) — Absolute kényszer nélkül! Szép erdőségi tartózkodási hely, Szilézia legegészségesebb vidékén. Prospektusok postafordultával bérmentve.

Orvosi vezető: Dr. LERCHÉ egészségügyi tanácsos.

7320

MARGIT GYÓGYFORRÁS

(BEREGMEGYE)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó hatású még akkor is, ha vérzések esete forog fenn.

Megrendelhető: Édeskuty L.-nál Budapesten és a forrás kezelőségénél Munkácson.

7065

Stettler-féle Kefir-Ferment-Tabletták.

Kifogástalan kefirtej saját legolcsóbb készítésére legjobban beválnak a valódi orosz

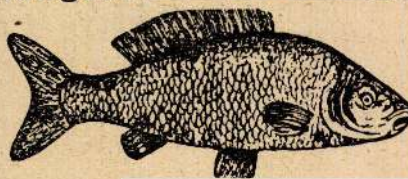
Stettler-féle Kefir-Ferment-Tabletták.

Egy 72 liter kefirtej részére elegendő doboz ára 2.50 kor. Gyógyintézetek részére a tabletták 1000-kénti csomagolásban is kaphatók. Terjedelmes prospektusok és minták orvosok részére díjmentesen a vezérképviselőség által:

8858

Dr. Fried. Herzig, Wien, IX., Liechtensteinstr. 87.

Dunai és tengeri HALAKAT,



valamint Humar, Langusza, Scampi stb. szállít
WEINBERGER VILMOS,
Budapest, V., Halcsarnok,
Deák Ferencz-tér.

TELEFON 91-85.

A Zoltán-féle csukamájolaj

íz- és szagnélküli,

kapható minden gyógyszerárban.

8281

Idegbetegségeknél és neurastheniánál

már 1900 óta legjobb sikerrel alkalmaztatik

Syrupus Colae compos. „Hell”.

Diabetesesek számára a syrup helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhydráttól 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 gyógyszerárban 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.



ÁRA
EGYÜVEGNEK —
3 KOR.

„NEUROLIN BALLA”

SYR.
HYPOPHOSPH.
POLYBROMAT

A LEGMEGBÍZHATÓBB IDEGCSILLAPÍTÓ ÉS ZSÖNGÍTŐ GYÓGYSZER.

FŐBB JAVALATOK: ÁLMATLANSÁG; HYSTERIA, ANAEMIA, NEURASTHENIA ≈
HYPOCHONDRIA, MELANCHOLIA, CHLOROSIS, RACHITIS, EPILEPSIA. □□□

ADAGJA: NAPONTA 3-SZOR EGYEVŐKANÁLLAL KEVÉS VÍZBE V. SZÓDAVÍZBE, ÉTKEZÉS KÖZBEN.
KAPHATÓ MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN.

EGYEDÜLI KÉSZÍTŐ: BALLA SÁNDOR GYÓGYSZERTÁRA HÓDMEZŐVÁSÁRHELY. =

RENDELÉS:
R_p NEUROLIN
BALLA
LAG. ORIG.
IRODALOM
ÉS MINTA
INGYEN.

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 szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Molnár Béla: Kísérletes vizsgálatok a gyomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött reflexiók. 205. lap.

Navratil Dezső: Közlés a budapesti kir. magyar tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár, udv. tanácsos.) Egy dilatációs gastroskop modelljének ismertetése. 208. lap.

Müller Kálmán: Az abdominális arteriosclerosis. 208. lap.

Gerlóczy Zsigmond: A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. 211. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. S. Seligmann: Der böse Blick und Verwandtes. — **Hans Wossidlo:** Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen. — **Lapszemle. Belorvosan. O. Hess:** A máj viselkedése idült pericarditis esetén. — **Sebészet. L. Burghardt:** Kísérletek az intravenosus narcosisal. — **F. König:** Szabad autoplastika defectusok záráására. — **Momburg:** Az alsó

testfél mesterséges vértelenítése. — **Gyermekorvosan. Flexner és Lewis:** Poliomyelitis epidemica majmokon. — **Neumann J.:** A nagyobb tuberculin-adagok hatása. — **Húgyszervi betegségek. Kapsammer:** A pyelitis. — **Victor Pauchet:** Az ondóutak kiirtása ivarszervi gümőkór eseteiben. — **Venerés bántalmak.** Milyen feltételek mellett engedhető meg a syphilises egyéneknek a házasság? **Kisebb közlések az orvostudományról. Sydney H. Hall:** Az eustenín használata arteriosclerosis eseteiben. — **Baedecker:** Aperitol. — **Eichler és Latz:** Ovogal. 214—218. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — **Gyógyászat.** — **Orvosok lapja.** — Budapesti orvosi újság. 218. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 218. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 219—222. lap.

Melléklet. Knoll & Co. „Styptol-Knoll“ prospektusa. — Scheuble R. dr. és Hochstettner A. dr. „Novojodin“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kísérletes vizsgálatok a gyomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött klinikai reflexiók.¹

Irta: **Molnár Béla** dr., gyakornok a budapesti tudományegyetem III. számú belklinikáján.

A gyomor secretiós munkájára vonatkozó ismereteink nagy részét Pawlow-nak és iskolájának köszönhetjük. Őt megelőzőleg 50 évvel Blondlot „Traité analytique de la digestion“ című munkájában ugyan már a helyes hasonló nyomon halad, de részben a megfelelő kísérleti berendezés hiányán mulott, hogy a kérdést a maga egészében fel nem dolgozta. Megtörtént az az érthetetlen dolog, mely már annyiszor megtörtént és meg fog történni más esetekben is, hogy Blondlot ideái feledésbe merültek. Kivüle Heidenhain szolgáltatott értékes eredményeket, nevezetesen ő volt az, ki először hangoztatta annak a fontosságát, hogy a gyomor secretiós működését az egyes különféle tápszerekre vonatkoztatva tegyük vizsgálatunk tárgyává. Pawlow megjavította az addig hiányos methodikát és ezzel lehetővé tette, hogy a gyomor secretiós munkája felőli fogalmaink tisztuljanak. A körülmények nem engedik, hogy e helyen Pawlow genialis kísérleteivel bővebben foglalkozzam. Csak emlékeztetni kívánok azon classikus kísérletre, melyet oesophagus-sipolylyal ellátott gyomorsipolyos kutyán végzett. A kutya húst kapott enni, azonban a megrágott étel nem került a gyomrába, hanem az oesophagus-sipolyon kiesett s a gyomor mégis igen jelentékeny secretiót tüntetett fel. Hasonló jelentőségű az a lelet is, melyet Bidder és Schmidt talált először, hogy a gyomornedvelválasztás már az étel pusztá megtekintésére is megindul. Pawlow megállapította, hogy az ilyen gyomornedvelválasztás psychés momentumon alapszik; az ilyen gyomornedvet étvágy-nedvnek vagy psychés nedvnek nevezte el. E psychés gyomor-

nedvelválasztás oly törvényszerű állandóságú, hogy physiologiai folyamatnak tekinthető. Pawlow szerint ezen étvágy-nedv a tulajdonképeni megindítója a gyomornedvelválasztásnak, melyet azután egyes kémiai anyagok által provokált reflectorius izgalom tart fenn. Chigin, Pawlow munkatársa, az étvágy-nedvet gyújtó nedvnek nevezte el, azon hasonlatra gondolva, melyet az emésztés processusának megindítása és a teli kályhának meggyújtása között állított föl. Ilyen kémiai anyagok, melyek reflectorice is tudnak gyomornedvelválasztást produkálni, Pawlow vizsgálatai szerint a víz és a hús kivonatanyagai. A táplálék mechanikusan egyáltalában nem tud gyomorsecretiót előidézni. Pawlow véleménye szerint a gyomor egész secretorius működése ideges alapon megy végbe és kivéve a psychés secretiót, reflectorius úton folyik le. Pawlow tehát az ideges alapú izgalmat azon értelemben tartja egyedül lehetőségre, hogy eltekintve a gyomornedvelválasztás psychés phasisától, mely különben a normális nedvelválasztás megnyitója, a secretio további lefolyását szerinte reflectorice szabályozza az érző gyomor- és béliidegeknek az az ingerülete, melyet a gyomorbélüregben lévő kémiai anyagok váltanak ki. Midőn tehát Pawlow kémiai secretióról beszél, ez alatt kifejezetten egy reflectorius úton kiváltott secretiót ért, melynél egy kémiai anyag az érző végkészülékekre hat és ezáltal a secretiós reflex ingerévé válik. Mivel a secretiónak ezen úgynevezett kémiai phasisa a kétoldali vagotomiától független, azt hiszi róla Pawlow, hogy a nagy sympathicus közreműködésével kell létrejönnie.

Engem az a kérdés foglalkoztatott, hogy mennyire lehetne kémiai anyagoknak subcutan injectiója által a gyomornedvelválasztást befolyásolni; Eddins-nek azon megfigyeléséből indultam ki, hogy úgy atropinozott, mint pedig normális állatnál sósavas pylorus-nyálkahártyakivonatnak intravenosus injectiója gyomornedvelválasztást tud kiváltani.

A berlini egyetem pathologiai intézetének kísérletező biologiai osztályán Bickel tanár ajánlatára kutyáknak a hús extractiv anyagait (Liebig-húskivonatot vízben oldva és az oldatból 10 cm.-t) fecskendeztem be subcutan és megállapíthattam, hogy az injectio hatalmas nedvelválasztást von maga után.

Dolgozatomban kísérleti részét ugyan annak idején berlini tartóz-

¹ A budapesti kir. orvosegyesületben 1909 november hó 13.-án tartott előadás nyomán.

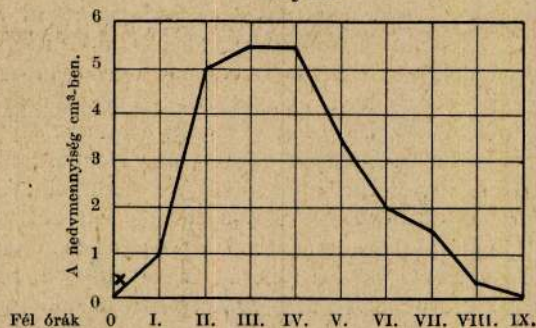
kodásom alatt előadtam a Verein für innere Medizin egyik ülésén és azt Orth tanár a porosz kir. tudományos akadémia előtt is ismertette, de mivel a gyomor secretió mechanizmusának kérdése és annak klinikai vonatkozásai tudtommal még nem alkották egyetemenkben discussio tárgyát, azt hiszem, talán helyén való, hogy e kérdéssel e helyen is foglalkozunk.

Kísérleteimet különböző két módszer szerint Bickel tanár által operált kutyákon hajtottam végre. Egyrészt Pawlow-féle, másrészt Heidenhain-féle vakzsákkal ellátott kutyákon. Mindkét fajtájú operatio lényege az, hogy úgynevezett nagy gyomrot és kis gyomrot készítenek. A nagy gyomor nem más, mint a megkisebbitett azelőtti gyomor, míg a kis gyomor az abból készített vakzsák, melyet nyitott végével a hassebbe varrnak. A vakzsákba vezetett és csappal ellátott cső segítségével a kis gyomor által elválasztott nedvet tetszésszerűen időközönként foghatjuk fel.

A Pawlow szerint operált, gyomrovakzsákkal ellátott kutyákon a normális innervatio és mindkét gyomornak ideges összeköttetése a maga teljes épségében megmarad, mivel a kis gyomornak a nagy gyomortól való elválasztása csakis a nyálkahártyának átvágásával jár. A submucosa és serosa azonban sértetlen összeköttetést alkot a két gyomor között és így az azokban futó idegek is épségben maradnak. Az ilyen kísérleti berendezés a normális viszonyoknak felel meg, mivel a kis gyomor ugyanazon idegbefolyások alatt áll, mint a nagy gyomor.

A Heidenhain szerint operált kutyákon mások a viszonyok. Ezeket a gyomrovakzsák úgy készül, hogy a gyomorfundusból egyszerűen egy darabot levágnak és bevarrják. Ezen vágás által természetesen mindazon extragastralis idegrostok, melyek a cardia felől kisugározva az egész gyomor felett elhúzódnak, szintén átvágatnak és így módon ezen idegrostok a kis gyomorra nézve elvesznek. Bickel nyomán ezen idegeket egyszerűség kedvéért gyomrovagusnak nevezhetjük, a mikor is függőben marad még a kérdés, vajjon ezen idegek nem tartalmazznak-e a vagus-rostokon kívül a nagy sympathicushoz tartozó rostokat is. A Heidenhain-féle vakzsákot természetesen csak olyan extragastralis idegek innerválják, melyek a cseplesztől tartanak feléje. Először azon kísérletek közlésébe fogok, a melyeket a Pawlow szerint operált kutyákon végeztem.

„A“ kísérlet a „fekete“, Pawlow szerint operált gyomrovakzsákos kutyán.



× = húskivonat subcutan.

„B“ kísérlet a Pawlow szerint operált gyomrovakzsákos „fekete“, kutyán.

I d ő	A nedvmennyiség cm³-ekben
8,00—8,30	0
8,30—9,00	Liebig-húskivonat subcutan
9,00—9,30	1
9,30—10,00	10
10,00—10,30	8
10,30—11,00	10
11,00—11,30	2
11,30—12,00	1
12,00—12,30	0.5
	0

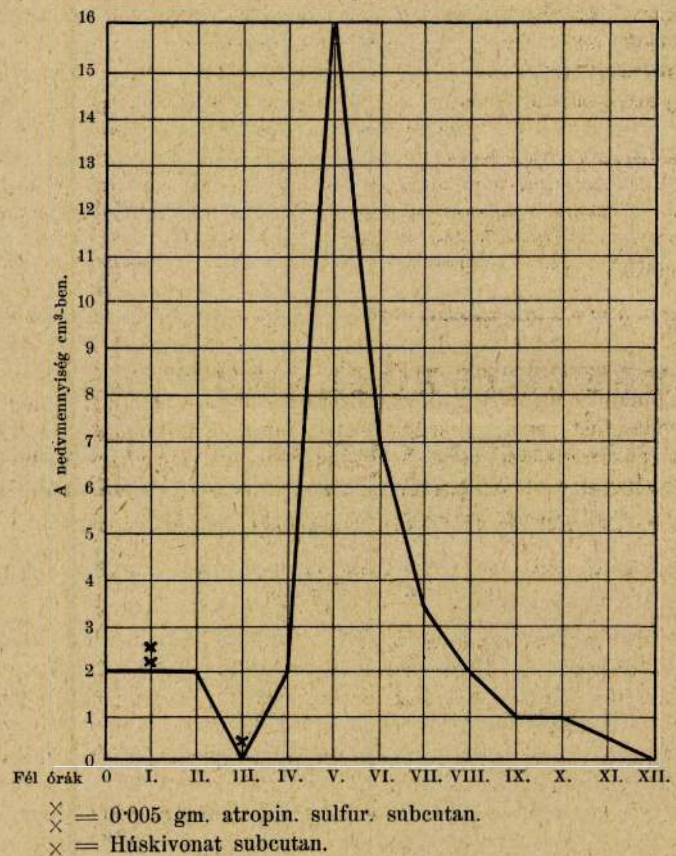
A Liebig-féle húskivonatnak subcutan injectiójakor úgy járunk el, hogy az egyenlő mennyiségű húskivonathoz és aqua dest.-ből

készült oldatból 10 cm³-t fecskendeztem be egyszerre. Az oldatot melegítéssel sterilizáltam. Az injectiókor ugyanis, hogy a tályogképződés elkerültesse, sterilen kell eljárni. A mint a secretió görbék mutatják, módomban állott a húskivonat anyagának subcutan alkalmazásával hatalmas gyomornedvelválasztást előidézni. A secretio az injectiót követő első 30 percen csak nagyon minimális és a görbe csak a második 30 percen mutat meredek ugrást. Hangsúlyozni akarom a secretio módjának ezen sajátosságát, mert a mint később látni fogjuk, a Heidenhain szerint operált kutya már alapjában véve is egészen más jellegű secretiót tüntet fel.

Mivel, a mint ismeretes, az atropin a secretiónak bénulását hozza létre, módunkban áll a secretió idegek szerepét az adott esetben tanulmányunk tárgyává tenni.

Az állatnak 0.005 gramm atropin. sulfur.-ot adtam subcutan és midőn egy óra múlva beállott a secretió idegek bénulása, a Liebig-húskivonathoz a szokott dosist fecskendeztem be subcutan. Az eredmény a következő volt: a secretió görbe jellegét, melyet a húskivonat subcutan alkalmazása után nyerünk, az atropinózis nem változtatja meg.

„C“ kísérlet a „fekete“, Pawlow szerint operált gyomrovakzsákos kutyán.



× = 0.005 gm. atropin. sulfur. subcutan.
 × = Liebig-húskivonat subcutan.
 × = Húskivonat subcutan.

Mivel a secretió idegek bénulása ellenére is tudtam a húskivonat subcutan alkalmazásával gyomornedvelválasztást előidézni, ebből már valószínűséggel következtethetjük, hogy a secretió idegek nem vesznek részt azon gyomornedvelválasztásban, a mely a subcutan húskivonat-injectio után támad. Hogyha helyes az az előrebocsátott feltétel, hogy az atropin mindenekelőtt az extragastralis secretió idegeket bénítja, észleletemből az a következtetés vonható le, hogy speciell ezen extragastralis secretió idegek a subcutan adagolt húskivonat után a fent leírt módon támadó gyomornedvelválasztásban nem vesznek részt. A subcutan bekebelezett extractiv anyagok így módon már csak vagy magukat a mirigysejteket, vagy pedig az intragastralis sympathicus fali fonatát tudják izgalomba hozni.

Ezek után áttértek azon kísérletek közlésére, melyeket a Heidenhain szerint operált kutyákon hajtottam végre. Ezen állatokon az extragastralis secretió idegek meg vannak kevesbedve, mert a kis gyomor készítésekor a gyomorfallal in toto átvágjuk és ezáltal a falban futó idegrostok is megszakadnak folytonosságukban.

A mint ismeretes, Pawlow szerint operált gyomrovak-

zsákkal ellátott kutya éhgyomorra nem tüntet fel secretiót és a táplálékfelvétel után támadó gyomornedvelválasztás is teljesen befejeződik 5—10 óra múlva. Másképpen viselkednek azonban a Heidenhain szerint operált gyomorvakzsákkal ellátott kutyák. Ezek folytonos gyomornedvelválasztást mutatnak, azaz éhgyomorra is secernálnak. Többször három napon keresztül is éhezettük a kutyákat és még ily állapotban is minden alkalommal megállapíthattam a folytonos secretiót. Heidenhain két kutyájának csak egyikén észlelt ily folytonos nedvelválasztást, azonban csak az operatiót követő első napokban. A mi kísérleti állatainkon azonban állandóan észlelhetők ezt a folytonos gyomornedvelválasztást.

Egy az operatiót 4¹/₂ hóval túlélő kutyán is alkalmam volt észlelni, hogy éhgyomorra is secernál.

Ezen tények legegyszerűbb és legplausibilisebb magyarázatukat Bickel tanár felfogásában nyerik, a mely szerint egy Heidenhain szerint operált gyomorvakzsákos kutya gátlási mechanizmusa nem mehet physiologiás módon végbe, mert az operatio sajátossága folytán az extragastrialis idegrendszer quantitativ sérülést szenvedett és e mellett a gátló rostok sokkal nagyobb veszteséget szenvedtek. Hypothesisesen felvehetjük, hogy a vérpályában keringő kémiai anyagok állandó ingert gyakorolnak a gyomor elválasztókészülékére. Az inger eredménye a nedvelválasztás, ez azonban physiologiás körülmények között discontinuus. Ezen discontinuitásnak az a feltétele, hogy az extragastrialis idegrendszer útján secretiót gátló befolyások közölgessenek, a melyek a mirigyeknek a vértől fenntartott izgalma elnyomják. Feladata azonban ezenkívül az idegrendszernek, hogy az ideges gátlást megszüntesse és helyére excitosecretorius ingereket küldjön. A természetét nem ismerjük ezen secretiót gátló befolyásoknak, melyek felvétele szerint a gyomormirigyeknek a beltől fenntartott izgalma elnyomják; lehetséges, hogy a mirigyműködésnek ezen gátlása is részben a vérben levő kémiai anyagok által van feltételezve.

A mirigyingerlő kémiai anyagok táplálékfelvétel után mindenestre nagyobb mennyiségben keringenek a vérben, azonban bizonyára az éhgyomrú állat vérpályájában is jelen vannak. A Pawlow szerint operált éhgyomrú gyomorvakzsákos kutyán semmiféle gyomornedvelválasztást sem veszünk észre, mert physiologiás gátlóképessége sértetlen és ennek segítségével a gyomormirigyek izgalma elnyomhatja. A Heidenhain-féle gyomorvakzsákos kutyán azonban az operatio következtében főleg az extragastrialis gátlórostok szenvedtek veszteséget, a mely körülmény abban nyilvánul, hogy az ilyen kutya éhgyomorra is elválaszt gyomornedvet, mivel gyomormirigyének izgalma, mely a vérpályával keringő kémiai anyagok által tartatik fenn, az elégtelen és hiányos gátló berendezés nem tudja elnyomni. A Heidenhain-féle éhgyomrú gyomorvakzsákos kutyán tehát a depresso-secretorius izgalma az excito-secretoriusokkal szemben háttérbe szorulnak. Ha tehát most a Heidenhain-féle kutyán az excitosecretorius idegeket atropinnal megbénítjuk, akkor érvényre juthat a gátlórostoknak eddig elnyomott functiója és a secretio szünetel. Ezen felvétel helyességét a kísérlet is illusztrálja.

„D“ kísérlet az október 30.-án Heidenhain szerint operált „barna“ kutyán. Kísérlet december 16.-án éhgyomorra.

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
8,30—9,00	0,5
9,00—9,30	0,5
9,30—10,00	0,5
10,00—10,30	0,5
10,30—11,00	0,3
11,00	0,005 gm. atropin. sulf. subcutan
11,00—11,30	nyomok
11,30—12,00	0, a gyomornyálkahártya alkalikus
12,00—12,30	nyomok
12,30—1,00	0,3

A kísérleti adatokból kitűnik, hogy a Heidenhain szerint operált gyomorvakzsákos kutya a per os történt táplálékfelvétel után is abnormisan viselkedik.

„E“ kísérlet. Heidenhain szerint október 8.-án operált „fehér“ kutya. Október 20.-i kísérlet éhgyomorra. Az első félóra végén 200 gm. húst kap.

Idő	A szabad HCl dimethylamido-azobenzollal szemben	Az összaciditás phenolphthaleinnal szemben	A pepsintartalom Fuld edestin methodusa szerint	A nedvmennyiség cm ³ -ben
1. óra	62,5	97,5	250	6,0
2. „	110,0	117,5	250	6,5
3. „	105,0	112,5	250	10,0
4. „	122,5	132,5	250	10,5
5. „	122,5	132,5	200	11,0
6. „	120,0	127,5	200	13,5
7. „	105,0	112,5	320	7,5
8. „	107,3	112,5	320	8,0
9. „	117,5	125,0	500	10,0
10. „	100,0	114,0	320	5,0
11. „	70,0	80,0	500	2,0
12. „	75,0	90,0	320	6,0
13. „	85,0	100,0	320	3,5

A mint ismeretes, a Pawlow szerint operált gyomorvakzsákos kutya a táplálékfelvétel után rendszeren 6—10 órán keresztül választ el gyomornedvet, ezután a nedvelválasztás teljesen szünetel. Ezzel ellentétben a Heidenhain-féle kutyán tett per os kísérlet azt mutatja, hogy a gyomornedvelválasztás még 13¹/₂ óra után sem mutat hajlamot arra, hogy szüneteljen. Azon veszteségek folytán, melyek az operatio alkalmával főleg a gátlórostokat érték, a Heidenhain-féle kutyának ily módon kárt szenvedett idegrendszere nem tudja feladatát teljesíteni, a mennyiben nem tudja elnyomni a szokott időben és a szokott módon a gyomormirigyeknek a vér által fenntartott izgalma. A Heidenhain-féle gyomorvakzsákos kutyán kiesett tehát a működése azon extragastrialis idegrostoknak, melyek a cardia felé tartva, onnan az egész gyomor felett szétsugároznak. Az idegeket Bickel nyomán egyszerűség kedvéért gyomorvagusnak neveztük. A mint a kísérleteinkből következtethetjük, egyes rostok ezen gyomorvaguson kívül is fekszenek és így jutnak a kis gyomorhoz, a mennyiben az izló és szagló idegeknek intensiv izgatása mégis némi fokozódását a secretiónak tudja maga után vonni.

„F“ kísérlet. Deczember 3.-i kísérlet éhgyomorra a Heidenhain szerint operált „barna“ kutyán.

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
11,00—11,15	0,5
11,15—11,30	0,4
11,30—11,45	0,5
11,45—12,00	0,5
12,00—12,10	Hússal izgatjuk
12,00—12,15	0,4
12,15—12,30	0,5
12,30—12,45	Nyomok
12,50—1,05	A nyelvet chininoldattal nedvesítjük meg
1,05—1,20	0,2
1,20	0,2
1,20—1,35	A nyelvet chininoldattal nedvesítjük meg
1,35—1,50	0,4
1,50	0,4
1,50—2,05	A nyelvet eczettel nedvesítjük meg
2,05—2,20	1,5
2,20—2,35	1,4
2,35—2,50	0,8
2,50—3,05	0,7

„G“ kísérlet. Deczember 5.-i kísérlet éhgyomorra a Heidenhain szerint operált „fehér“ kutyán.

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
10,00—11,15	0,5
11,15—11,30	0,2
11,30—11,45	0,0
11,45—12,00	1,6
12,00—12,15	0,6

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
12,15—12,25	Hússal izgatjuk
12,25—12,30	0,6
12,30—12,45	0,2
12,50	A nyelvet chininoldattal nedvesítjük meg
12,50—1,05	1,8
1,05—1,20	Nyomok
1,20	A nyelvet chininoldattal nedvesítjük meg
1,20—1,35	0,5
1,35—1,50	Nyomok
1,50	A nyelvet eczettel nedvesítjük meg
1,50—2,05	1,0
2,05—2,20	3,0
2,20—2,35	0,8
2,35—2,50	0,7
2,50—3,05	0,7

A mint a kísérletekből látható, kevésbé intensív ingerek még nem tudják a secretioemelkedést maguk után vonni, azonban az intensív inger, a milyen a nyelvnek eczettel való megnedvesítése, habár kis, de mégis kifejezett fokozódást tudott létrehozni.

(Folytatása következik.)

Közlés a budapesti kir. magyar tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár, udv. tanácsos.)

Egy dilatációs gastroszkop modelljének ismeretése.¹

Közli: *Navratil Dezső* dr., műtő, klinikai rendelő orvos.

Négy év óta foglalkozom a felettébb nehéz, de érdekes kérdés megoldásával, tudniillik egy dilatációs gastroszkop készítésével.

Sok fáradságos kísérletezés után végre sikerült oly eljárást kieszelnem, a melylyel a cardiát mintegy forintnyi nagyságra tágitani a nélkül, hogy a látóteret az esetleges tágitó karok elfednék.

E műszerrel a *Mikulicz, Rosenheim, Kölliker, Ch. Jackson, Kelling, Stieda-Löhning, Kausch* stb. által ismertett eljárásoktól eltérő alapon iparkodtam a gastroszkopia felettébb fontos kérdését megoldani; mivel nem indirecte vagy directe kis kaliberű cső segítségével, hanem directe, lehetőleg nagy látótérrel, a cardia dilatálása útján óhajtottam a gyomor belső falát demonstrálhatóvá tenni.

Véleményem szerint a gastroskopiát csakis az esetben fogjuk használható módszerré tenni, ha annyira tökéletesítjük, hogy vele nemcsak magát a kóros elváltozást látjuk meg, hanem a pontos diagnosis felállítására szükséges kórszövettani vizsgálat céljából a próbaexcisiót is megejthetjük igénybevételével. Azon topographiai alap, hogy a cardiát élő egyénben 4 cm.-nyire is tágitani, a nélkül, hogy a környéki nagy ereket legkevésbé is összenyomnók, vagy a környéki idegeket esetlegesen vongálnók, vezetett rá engemet a dilatációs gastroszkop eszméjével való foglalkozásra.

Az általam szerkesztett dilatációs gastroszkop modellje röviden leírva a következő:

A műszer áll egy 65 cm. hosszú aczélesőből, a melynek kalibere 13,4 mm. és külső mérete (a cső falát is beleszámítva) 15,0 mm. E cső három egyenlő körszeletre van felfűrészelve, de csak 62 cm. hosszban. Ezen aczélesőben egy másik sárgarézeső van, a melynek kalibere 11,4 mm. s külső mérete (a cső falát is beleértve) 13 mm. E cső szintén három egyenlő körszeletre van darabolva, de csak 55 cm. hosszúságban. Az ekként 3 részre felfűrészelt külső cső mindegyik szeletének belső felületén, annak alsó, középső és felső részén, nem egy szintben, hanem spirálisan, nehogy a látóteret kissebbítsük, 3, tehát összesen 9 két mm. vastagságú ékalakú — csúcsával a felső nyílás felé néző — sárgarézslap van odanittelve.² Ezen ékeknek megfelelően a belső cső szeletei mind-

egyikének két oldalán, nem egy síkban, egy-egy, tehát összesen 6 ékalakú bevágás van készítve akként, hogy ha a belső csövet a külsőben lefelé toljuk, e bevágások a külső cső belső felületén alkalmazott ékek szélein elcsúszva, a külső cső fokozatos nyitását eszközölik, és ekként a külső cső alsó nyílását 3 cm. kaliberűvé tágitják. A külső csőre egy 16 mm. kaliberű s a cső hosszának megfelelő, 3 mm. vastagságú paragummi-burkolat van szerelve, a mely egyrészt a külső csőszeleteket összetartja, másrészt tágitás utáni záraskor a cardia nyálkahártyájának esetleges becsipetését is teljesen meggátolja. A belső csőnek a külsőben lefelé eltolását egy a műszer végén alkalmazott csavarral eszközölhetni, a melyen még két kis kar is van, hogy ily módon a csavaraskor kis erővel könnyen fokozható tágitást is lehessen kifejtetni.

A műszer felső végére, éppen úgy mint a rectoromanoszkopra, egy kupát is helyezhetünk, melyre üveglap van beköszörülve; ennek segélyével a műszert légmentesen elzárhatjuk akként, hogy a kupa alatt levő kis csőveeskén át — a mely a műszer belső üregével közlekedik — a gyomrot felfújhatjuk. A műszer alsó végén kis *Valentin*-lámpácska van elhelyezve, a mely a látóteret teljesen jól megvilágítja.

A műszer alsó nyílásán, nehogy a szerelésre használt paragummi-burkolat a műszernek a bárzsíngon át való betolása alkalmával esetleg visszahúzódjék, minden egyes körszeletnek megfelelőleg egy-egy fémlapocska van alkalmazva akként, hogy segélyével a gummicövet a műszer alsó végéhez biztosan odaerősíthetjük.

Ajánlatos azonban ezen eljárásnál is, a mint ezt a gastroskopiával foglalkozó szerzők közül többen teszik, a vékony gummicövet az éles fogsortól megvédeni kemény gummi-piéce segélyével.

E műszert hullán alkalmazva, igen jól bevált. A gyomorból majd ötkoronás darab volt látható, sőt a jobbról-balról való benyomkodással még nagyobb darab is vált demonstrálhatóvá.

E vizsgálat után a hullát felboncolva, kitűnt, hogy bár a hullának felettébb kis szája volt s a cardián tyúktojásnyi gümőkóros mirigy is feküdt, mely előbbi körülmény a műszer bevezetetését felettébb megnehezítette, ez utóbbi meg a cardia tágitását is erősen gátolta, mégis ezen beavatkozás folytán a garat, bárzsíng, cardia és gyomor nyálkahártyájának legkisebb sérülése sem fejlődött.

Előn e modellt ily nyers állapotban még nem próbálhattam ki. Értkezésbe léptem ezért külföldi műszerészekkel, hogy e gastroszkopot műszerészileg tökéletesítsék. Ez irányú eredménytelen kísérletezések után *Brünings*-hez fordultam, kit felkértem, hogy ismert genialitását e műszeren is alkalmazva, tökéletesítését és az élön való használhatóságát elősegítse.

E műszer modelljét azért voltam bátor bemutatni, mert ezen tágitó eljárás az irodalomban teljesen ismeretlen, és talán más szervek diagnostikájában vagy terapiájában is mint előnyös vizsgáló illetőleg tágitó eljárás jelentőségre tehet szert.

Mielőtt rövid közlésemet befejezném, legyen szabad *Dollinger* ő méltóságának köszönetet mondanom azon érdeklődésért, a melyet műszerem szerkesztése közben nem egy ízben tanúsítani szíves volt.

Az abdominális arteriosclerosis.¹

Irta: *Müller Kálmán* dr. tanár.

(Vége.)

Ezen itt kimerítően tárgyalt klinikai tünetek *pathogenesisét* illetőleg a különböző szerzők véleménye különféle; *Weber* a verőérmeményedéssel elváltozott szervekben jelentkező fájdalmat vérergöresnek tartja. Szerinte a stenocardia a coronariák göresös összehúzódásával létrejött coronaralgia. Éppen így érkölikának tartja a leirt fájdalmakat *Nothnagel*, tanítványa *Breuer*, valamint *Kaufmann* és *Pauli* is.

Neusser szerint vannak stenocardiák, a melyek abdominális képet mutatnak, a míg a szív részéről jelentkező fájdalmak ilyenkor a háttérben maradnak. Ezt a tapasztalati tényt bizonyára sokan igazolhatják. Az *angina pectoris gastralgica* ezen alakjaiban a fájdalmak vagy a processus xiphoideus táján vagy a gyomorgödörben vannak, vagy a gerincoszlop, vagy a máj felé sugárzanak ki, ájulással, hideg verejtékekkel járnak és ha a kar vagy a váll felé az irradiatio hiányzik: gyomorfekélynek, gyomorhurutnak, entero-

¹ Bemutatott a Budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztályának 1909 május 13. án tartott ülésén.

² Erre a technikai műveletre magyar szó nincs. (Nittelés alatt értjük az odaforrasztást, de egyúttal átfúrását két tárgynak, s e fúrt lukba tett szög lealapácsolását mindkét végén.)

ptosishoz, neurastheniához stb. tartják, míg a beteg hirtelen synkope közben meg nem hal. Ha a gyomorgöresök bő étkezés után jelentkeznek, akkor a rohamok relativ rövid tartama vagy más rudimentaer irradációs jelenségek vagy pedig az ezekkel változó, tipusos angina pectoris rohamok avagy az aorta és más arteriák sclerosisának jelei vezethetnek bennünket helyes diagnózishoz. És hogyha a koszorú-érerek elmeszesedése a myocardium ischaemiája következtében reflectorice eddig még ismeretlen módon nagyfokú gyomor- és bélzavarokhoz vezethet, ezek a hasi aortának vagy elágazódásainak elmeszesedésénél sem meglepők. Ki kell zárunk természetesen mindazon gyomor-bélmegbetegedéseket, melyek arteriosclerosisos szívinsufficienciák folytán a hasfűri szervek pangásos tüneteiként jelentkeznek és itt csak azokat az eseteket vesszük figyelembe, a melyekben az érlelmeszesedés egyenest a hasi aortának vagy elágazódásainak falát éri. Ezen tünetek pathologiai magyarázatát Neusser mindig csak azon körülményben keresi, hogy az illető szerv éppen a fokozott működés szakában a vérerek betegsége folytán kevesebb vérrel van ellátva. Éppen úgy, a mint a szívizom ischaemiája stenocardiás rohamot vagy a musculus gastrocnemius claudicatio intermittens okoz, a gyomorbéltractus arteriosclerosisos ischaemiája egyszer mint enteralgia, másszor pedig mint intermittáló bélparesis jelentkezik. És hogyha az ily módon megbetegedett bélnek fokozott munkát kell végeznie akár az emésztési folyamat, akár a peristaltika fokozása folytán (hashajtók, karlsbadi kúra stb.), akkor a beteg azon veszélyben forog, hogy a kólikák is és meteorismus is akár a bélszűkület vagy elzáródás kórképéig fokozódhat és a bélelekben thrombosis is jöhet létre. Schnitzler is az arteriosclerosisos erek spasmusa folytán fennálló elégtelen vérellátás (ischaemia) következményének tekinti a fájdalmakat és azokat „intermittáló anaemiás dysperistaltiká“-nak nevezi.

Érdekesen tárgyalja a betegség tüneteit Ortner. Az ő esetében — mint már említettük — mindig akkor támadtak a leg súlyosabb tünetek, mikor a belek munkája a legnagyobb volt (3—5 órával az étkezés után). A meteorismus mindannyiszor ismétlődött, valahányszor a belek fokozottabb működése vált szükségessé, vagyis a bélmotilitás zavarai éppen akkor jelentkeztek, mikor a bélizomzatnak fokozottabb munkát kellett végeznie. Ezen tüneteket Ortner is az alsó végtagokon megfigyelhető claudicatio intermittenshez igen hasonlóan tartja, a melyet annak idején Charcot irt le először. Tudvalevőleg Charcot szerint ezen jelenség oka az arteriosclerosisos, a következményes ischaemia és a végtagizomzatnak motorius gyengesége, párosulva az érző és mozgató idegek functionális elváltozásával.

Erb szerint a claudicatio intermittens tünetesoportjának előidézésében a vérerek elváltozásán kívül még a vérerek idegeinek elváltozásai is szerepelnek éppen úgy, mint Ortner is hangsúlyozza, hogy a vasomotorius idegek elváltozása csatlakozik az erek és idegek arteriosclerosisos ischaemiájához. Az ő véleménye szerint a bél periodusos ischaemiája a claudicatio intermittenssel egyértelmű kórképhez vezet, tudniillik a fájdalmas, részleges meteorismushoz. Hivatkozik e tekintetben Bókay kísérleteire, melyek szerint az anaemia a bélmozgásokat csökkenti vagy teljesen meggátolja, és Kader újabb vizsgálataira, melyek szerint a bél ischaemiája kezdetben fokozott peristaltikával, később pedig a bélizomzat hűdésével jár. Pal mellékvesekivonattal végzett kísérletei a bélelek szűkülését és a bélnek ezt követő elernyedését mutatták. Ennek alapján Ortner azt hiszi, hogy a vérerek szűkülése és valamely vasomotorius okból eredő ischaemia eleinte esetleg rövid ideig fokozott peristaltika után a bélizomzat elernyedéséhez, illetőleg tökéletes hűdéséhez vezet. Krehl is azt hiszi, hogy a meteorismus keletkezésének főoka a béltonus csökkenése és a bélágazoknak tökéletlen felszívódása, tehát a bélcirculatio zavara. Ortner tehát az ő esetében a rendszeresen jelentkező lokális meteorismust a bél ischaemiájából magyarázza. Azt a körülményt, hogy ezen meteorismus az ő esetében csak a vékonybelekben, a felhágó és a haránt remésén jelentkezett, a lehágó részen pedig hiányzott (annak ellenére, hogy a bonczoláslelet szerint az a. mesaraica inferior is elmeszesedett volt) azzal magyarázza, hogy az a. mesaraica superior működésében végarteriának kell tekintenünk, tehát betegsége kórtüneteket okoz, míg ellenben az a. mesaraica inferior területe bő collateralisai miatt ilyen zavarokat nem szenved.

Mint említettük, a leírt tünetek fejlődésében Ortner a vaso-

motorius idegeknek is fontos szerepet juttat. Szerinte az emésztés által kiváltott inger az elmeszesedett erekben nem activ tágulást, hanem ellenkezőleg, activ összehúzódást vált ki, mely ezután ischaemiát és ennek során lokális meteorismust és bélparesist okoz. A fájdalmakat eléggé megmagyarázza az az inger, a melyet az ischaemia az érző idegekre gyakorol. Az általa oly behatóan tárgyalt eme kórképet „dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis“-nak nevezi.

Előbb említett munkájában Buch is kimerítően foglalkozik ezen betegség pathogenesisével. A fájdalmakat azonban másképpen magyarázza mint a többi szerző. Különösen azt vonja kétségbe, hogy a vasomotorius göresök fájdalmasak. Mert a hasi arteriosclerosisos minden esetben azt találta, hogy nem a hasi aortára gyakorolt nyomás fájdalmas, hanem hogy a n. sympathicus ágyéki fonatának nyomási fájdalma úgy helyét, mint minőségét tekintve, a minden egyes esetre jellemző spontán fájdalmakkal tökéletesen azonos; sőt hogy ugyanazzal a nyomással az egyes esetekre jellemző irradációkat is kiválthatjuk. A n. sympathicus nyomási izgatásával tehát utánozhatjuk és kiválthatjuk a fájdalmakat, a miből világosan következik, hogy nemcsak a nyomási fájdalomnak, hanem a spontán fájdalomnak is az ágyéki sympathicus a székhelye a praevertebralis idegfonatokkal, a plexus coeliacus — aorticus — superiorral együtt, vagyis tehát, hogy: „az arteriosclerosisos hasfájás az ágyéki sympathicusnak neuralgiája.“

Ezen fájdalmak okát Buch az elmeszesedett erek szomszédságában rendszerint fennálló lobos folyamatokban keresi. Az elmeszesedés tudniillik rendszerint periarteritis jár együtt és például az aorta periarteritise könnyen terjed át a sympathicus plexus aorticusára és ez által okozza a nyomás-érzékenységet és a fájdalmat. A ganglia semilunaria hasonló ilyen lobos folyamatoknak még inkább ki vannak téve, mert ezeket az a. coeliaca eredésénél az aortával mindkét oldalon meglehetősen erősen kötőszövet köti össze. Ezenfelül még ismerjük a vasa nervorum arteriosclerosisos elváltozásait is. Mint Buch állítja, hasonló elváltozások úgy a hasüreg idegein, valamint a praevertebralis plexusokon is előfordulhatnak. Azonkívül még az idegfonatok keringési zavarait is figyelembe veszi, mint az elmeszesedés közvetlen következményeit. Szerinte ezen utóbbi körülmény eléggé megmagyarázza azt, hogy a fájdalmak leginkább testi megerőltetés után támadnak. A szív-működés tudniillik ilyenkor fokozott, míg a nem rugalmas sclerosisos bélelek ürtere változatlan marad, holott rendes viszonyok között éppen ezen erek szabályozzák tágulásukat a vérnyomást. Így azonban az idegfonatok véreire felé jelentékeny fluxio irányul, melynek következtében ezen idegfonatoknak az állandó fluxio által feltételezett latens hyperalgesia csakugyan neuralgiává válik.

A leírt kólikás rohamokat szerinte azonban másképpen is lehet magyarázni: a secretorius sympathicus dúczok az arteriosclerosisos idegínger következtében a mellékvesékben fokozott működést és ezzel fokozott adrenalinelválasztást idéznek elő, miáltal a legkisebb bélverőerek göresösen összehúzódnak. A zsigeri erek eme görcse a sympathicus ágyéki fonatában collateralis fluxiót és ennek következtében fájdalmakat okoz.

Említettük már, hogy Buch a hasi arteriosclerosisos kórképet egyszerűen „arteriosclerosisos hasfájásnak“ nevezi.

Körülbelül hasonló felfogással magyarázza Grossmann is egy nemrégén megjelent munkájában azon fájdalomrohamokat, melyek arteriosclerosisos eseteiben hirtelen testi megerőltetés után támadnak. Ő azt hiszi, hogy ezen fájdalmakat a sympathicus idegfonatait ellátó kis erek okozzák. Ezen kis erek perivascularis elváltozásokat mutatnak, melyek a sympathicusidegek dúczaira is áttérjednek, és ezeknek lobosodását okozzák. Ha ezen erek valamely testi megerőltetés hatása alatt kitágulnak, akkor a hasi sympathicus idegdúczait ingerlik, mely inger többé-kevésbé heves fájdalmakban jut kifejezésre.

A vázolt tünetek támadásában különben Pal is szerepelteti a sympathicus határkötegeit. Ha a Gärtner-féle tonometerrel a leírt állapotokban (éppen úgy ólomkólikák gastrikus kríziseiben) rövid időközökben ismételt méréseket végzett, azt találta, hogy roham közben a vérnyomás átmenetileg néha 100—150⁰/o-kal is emelkedik. Szerinte kevésbé fontos az elért nyomás abszolút magassága, mint inkább a nagy relativ ingadozás. Az a körülmény, hogy a vérnyomás acmeja és a roham tetőpontja egy időbe esik,

továbbá, hogy amylnitrit vagy helybeli elvonók a nyomás csökkentésével csökkentik vagy azonnal megszüntetik a rohamot is, vezette *Pal-t* arra, hogy a rohamot kiváltó elsődleges mozzanatot az ereken az oldalnyomás-növekedésben keresse. Az ő vizsgálataiból kitűnik, hogy a bél arteriosus ellátásának felfüggesztése annak nemcsak mozgásaira hat gátlólag, hanem secretorius és felszívódási működésében is zavarja. Az ebből eredő zsonghiány, illetőleg a meteorismus azután csak mechanice szintén megnehezíti a szív munkáját és növeli a vérnyomást.

A kórkép magyarázatában *Warburg* teljesen *Ortner* álláspontján van, éppen úgy *Rosengart* is. Éppen úgy mint *Neusser*, ő is hangsúlyozza, hogy sok esetben lényege sokáig homályos marad, míg egyszerre egy stenocardiás roham világot derít rá.

Jaquet a pathogenes magyarázatok két körülményre fektet súlyt: a fájdalmakra és ezek rohamszerű jelentkezésére. Ez az utóbbi szükségessé teszi, hogy a mesenterialis erek területén jelentkező érgörcsöt vegyük fel s ez által a claudicatio intermittenssel valóban meg van adva az analogia. *Carrière* is hangsúlyozza, hogy olyan szívbetegségeken, kiknek arteriosclerosis van, functionális zavarok „à type gastralgique” előfordulhatnak. Az arteriosclerosisos gyomortüneteket ő is az angina pectorissal és claudicatio intermittenssel hasonlítja össze: „il s'agit d'une véritable claudication intermittente de l'estomac”.

Ugyanezen hasonlatot használja *Schwyzer* is azon szívbetegségeknél, amelyeknél a gyomorpanaszok tárgyalásakor, kiknek arteriosclerosis van és a gyomorpanaszok állnak előtérben.

Perutz azt hiszi, hogy a szóban forgó állapotokat nagyrészt a hasüreg ér- és idegkiszármazékaiban lejátszódó folyamatok idézik elő. Szerinte bizonyos, hogy arteriosclerosis eseteiben az erek boncsolástani elváltozásán kívül a hasba lokalizált ezen fájdalmak létrehozásához vasomotorius folyamatok is feltétlen szükségesek, a mint hogy azokat a claudicatio intermittensnél *Erb* is felvette. Így tehát ezen állapotokban arteriosclerosis mellett hasi vasoneurosis is szerepelhet.

Minkowski is foglalkozik a gyomorbélpanaszok megfejtésével. Az ő véleménye szerint az emésztő szervek zavarait: nyomás a máj- és gyomortájon, teltség érzése és különösen étkezés után terhes felbőfűgés és flatulentia, szorulásra és meteorismusra való hajlam, mindazt részben legalább a mesenterialis erek sclerosisa okozza azzal, hogy a gyomor- és bélfal vérrel csak tökéletlenül láttnak el.

* * *

Természetes, hogy ilyen változatos, sokféle betegségre illő és gyakran előforduló kórkép kórjelzése nehéz. Mind a mellett a közölt casuistica alapján mégis inkább és gyakrabban fogunk ily természetű gyomorbélpanaszok esetén ezen eshetőségre gondolni, ha a vázolt gondolatmenetet szemünk előtt tartjuk. Ha a mondottakat kellően figyelembe vesszük, kétségen kívül sok úgynevezett „gyomorbélneurosis” fog az eddigi kórjelzések sorából kimaradni.

Sürgősen kívánatos — mondja *Kuttner* —, hogy ezen betegséget a jövőben több figyelemre méltassuk mint eddig. Ezen eseteket többnyire hibásan véleményezik; a kórjelzés eddig többnyire ideges gastralgia, dyspepsia vagy epekövök stb. állapít meg és magától értetődik, hogy a kezelést is ezek szerint alkalmazzák, a mi a betegnek nemcsak hogy nem használ, hanem többnyire még árt is.

A kórjelzés megállapításában, ha nem is döntő, de legalább is figyelemkeltő jelentőséggel bírnak egyes kóroktani körülmények. Lues, visszaélés szeszszel, de főleg dohánynyal, mint anamnestikus adatok csaknem mindig kimutathatók. A betegség többnyire előhaladottabb korban (az ötvenes évek körül), nagyrészt férfiakon támadt. Tudvalevőleg az arteriosclerosis ezen kornak a betegsége. Más szerveken megállapítható arteriosclerosisos elváltozások megkönnyítik a kórjelzést. Vagy kisméretű szívelégtelenség van jelen feltűnő pulzuskülönbséggel álló és fekvő helyzetben, vagy pedig szédülés, fejfájás és az emlékezet gyengülése állapítható meg (*Windscheid*-féle syndroma). Másrészt pedig a leírt has-tünetek előjelei is lehetnek az általános sclerosissnak (*Rosengart*).

Nem lehet figyelmen kívül hagyni *Hasenfeld* azon észrevételét sem, hogy a zsigeri ereken kifejezett sclerosis jelei lehetnek jelen a nélkül, hogy akár a tapintható verőereken, akár az aorta

ascendensen vagy az agy-ereken ugyanilyen elváltozások volnának jelen; másrészt pedig a zsigeri erek nagyfokú megbetegedésével rendszerint a hasi aorta és az a. iliaca communis hasonló természetű megbetegedése jár együtt.

Teissier szerint a radialisban és a pediacában fennálló vérnyomáskülönbség bizonyos jelentőséggel bír. Míg rendes viszonyok között tudniillik az a. pediacá vérnyomása a radialisénál körülbelül 20 mm.-rel alacsonyabb, addig az aorta rekesz alatti részében előforduló zavaroknál vele egyenlő vagy akár 20—40 mm.-rel nagyobb is.

A tünetek alapján érdekesen fejtegeti *Minkowski* a differential-diagnosist nehézségét a gyomor-bélarteriák sclerosisa és az ideges bajok kórképe között: A többször említett tünetek az illető szervek egyszerű functionális „ideges” bajaihoz annyira hasonlóak, hogy az érrendszer kezdődő elmeszesedésnek a gyakorlatban annyira fontos megkülönböztetése a tisztán neurastheniás állapottól felette nehéz lehet. Ennek oka pedig az, hogy keletkezésük módját tekintve, a neurastheniás és az arteriosclerosisos zavarok között bizonyos analogia áll fenn. Mert a hogy a keményedés a hiányos vérrellátás okán az illető szerv korai kifáradásához, tehát munkaképességének csökkenéséhez vezet, úgy a neurasthenia is, melynek lényegét az „ingerlékeny gyengeség”-ben keressük, a szerveknek rendellenesen fokozott ingerlékenységén kívül, azoknak a nagyobb ingerlékenység folytán csökkent munkaképességében nyilvánul. Ehhez járul még egyrészt azon körülmény, hogy a keményedés okozta zavar a vérrellátásban alkalmas arra, hogy a központi idegrendszerben olyan elváltozásokat idézzon elő, melyek a neurasthenia alapját teszik, vagyis hogy az arteriosclerosis neurastheniát hozhat létre. Másrészt pedig a neurasthenia is az által, hogy vele jár a véreregeknek rendellenes ingerlékenysége és kifáradása, éppen úgy, mint a keményedés, a vérereknek a szervek változó szükségleteihez való hiányos alkalmazkodóképességét vonhatja maga után és ezáltal elősegítheti az értonus túlgyakori és mértéken felüli ingadozásait, az erek sclerosisos elváltozásainak kifejlődését, vagyis ily módon a neurasthenia elmeszesedéshez vezethet.

Jogosan hangsúlyozza *Lewin*, hogy azon körülmény, hogy a gyomorérelmeszesedés kórboncolástani önállósággal bír, a mi viszont a betegség klinikai önállóságát is feltételezi, jelentékenyen megnehezíti a kórjelzést, mert az általános elmeszesedés hiánya éppen-séggel nem zárja ki valamely gyomorbaj arteriosclerosisos jellegét. A gyomorarteriosclerosis kórjelzése egyelőre még nehéz feladat, mert a vérhányást kivéve, ezen betegség többi tünete még kevésbé ismeretes és nehezen állapítható meg, habár alig vonható kétségbe, hogy a gyomor ereinek keményedése még vérhányás nélkül is annak működésére visszahatás nélkül nem maradhat. Nagyon valószínű, hogy öregebb emberek bizonyos gastralgiainak és „gyomorgörcsei”-nek anatómiai alapját éppen a gyomor arteriosclerosisa-ban kell keresnünk.

Differentialdiagnostikai szempontból természetesen a legkülönbözőbb gyomor-bélbajokat kell figyelembe vennünk. Kétségtelen, hogy első sorban az „ideges gyomor-bélbajok” tág mezején kell alapos rendet csinálnunk. De a közölt esetekben az is kitűnik, hogy adott esetben gyomorfekélyre, hyperaciditásra, epekövekre, vakbélgyulladásra, bélpassage-zavarokra, ureterkövekre stb. is kell gondolnunk.

Ha mindenkor fontos, hogy helyes kórjelzést állapítsunk meg, úgy ez az itt kérdéses esetekben még nagyobb fontossággal bír. A mióta tudniillik ilyenfajta panaszoknál az egyes szerzők a hasi arteriosclerosisra is figyelemmel vannak, azóta a megfelelő gyógyeljárás is csaknem minden esetben kisebb-nagyobb sikerrel járt. Ha teljes gyógyuláshoz természetesen nem is eshet szó, ezért az mégis igen fontos egy olyan kórképnél, melynek legtöbb esetében eddig kétes értékű vagy teljesen hatástalan tüneti kezelésre voltunk utalva.

Kaufmann, Pauli, Breuer, Neusser, Buch, legújabbban *Oser* és *Akin* hangsúlyozzák, hogy eseteikben azon szerek (nevezetesen: kalium jodatum, diuretin, agurin), melyek egyébként elmeszesedésnél alkalmaztatnak, kitűnő hatással voltak. *Lauterbach* a jodkészítményektől nem látott eredményt és hatásosabbnak tartja a theobromint. Igaza van *Jaquet*-nek, mikor azt mondja, hogy a helyes kórjelzésnek nemcsak klinikai értéke, hanem nagy gyakorlati jelentősége is van. Általános az a tapasztalat tudniillik, hogy ezen esetekben a narcoticumok (opium, belladonna) hatástalanok, míg

ellenben az elmeszesedésnél alkalmazott szerek jó hatásúak. A jodkaliumon kívül a következő szert ajánlja: Kalii nitrici 48·0. Natrii nitrosi 2·0. M. exactissime, f. pulvis. DS. Reggelenként éhgyomorra egy pohár vízben késhegynyi bevenni.

Olyan esetekben, melyekben a diuretin már nem használt, *Pal* a rhodannatriumnak jó hatását látta 1—3 gm. napi adagokban. Éppen ezért értéktelőséget a nitrátokat is alkalmazza. A nagy nyomást *Pal* szerint a morphium nem csökkenti; ezélszerű a morphium-atropin-keverék vagy az atropin illetőleg eumydrin egyedül. *Perutz* szerint különösen enyhébb esetekben nagy jelentőségű a physico-diaetás kezelés. Félfürdők, ledörzsölések, szénsavas fürdők jól hatnak a vérnyomásra, a szívizommunkára és a vérelőszárra. A diéta könnyen emészthető legyen, az ételek nagy mennyiségét az erek megterhelésének elkerülésére le kell szállítani, izgató hatása miatt a húsleveseket korlátozzuk, esetleg időnként egészen eltiltjuk. A székrekedés és puffadás ellen massage-zsal és elektromos kezeléssel küzdhetünk. Hatásukat nem annyira a bélizomat közvetlen befolyásolásában kell keresnünk, hanem inkább azon a kerülő úton, hogy a vérelőszárra és vérkeringést általában szabályozzák. *Pal* angina abdominiszerű állapotokban a farádós áram hatására a fájdalmak enyhülésével együtt a vérnyomás csökkenését is észlelte. Ezen bajok kezelésében *Buch* a massage-t igen jelentős tényezőnek tekinti és *Huchard* azt mondja: „a hasmassagenak igen kedvező hatása van mindarra, a mit én *abdominális szívnek* neveznek. Ez alatt pedig a kapu rendszerét és a vena cava inferiort értem, melyekben súlyos plethorás tünetekkel járó olyan nagy venosus pangás állhat be, a mely ellen a digitalis hatástalan.”

Perutz a beöntéseket is felemlíti. A mint *Cramer* kimutatta, a beöntések a bélpanasz megszüntetésével a vérnyomást alászállítják és így a szív és erek munkájának kedvezőbb feltételeket teremtenek.

* * *

Az elmondottak alapján fejtegetéseink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze: a gyomor-béltractus arteriosclerosis elég gyakori; mindenesetre gyakoribb, mint azt eddig a bonczolók és klinikusok hitték. Tünetei igen sokféle; némely vonásukban egyes szervi gyomor-bélbántalmakhoz hasonló, sokban pedig azon körképhez, melyet eddig a gyomor-bélneurosisok közé soroztak. A körjelzés aránylag könnyebb, ha a fájdalomrohamok a szív és a nagy erek elváltozásaival vannak összekötve. Biztossággal nem dönthető még el, vajjon a fájdalmakat közvetlen érgöres avagy sympathicus-neuralgia okozza-e? A betegség férfiakban határozottan sokkal gyakoribb, mint nőkben. A betegség tüneteit vérértágítók kedvezően befolyásolják.

Kitűnik a mondottakból, hogy a gyomor-bélbetegségek egy nagy csoportja ellen, ha azokat helyesen különböztetjük meg, nagyobb sikerrel küzdhetünk ezentúl, mint eddig.

A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.

Írta: *Gerlóczy Zsigmond* dr. egyetemi magántanár, a sz. főv. Szt. László-kórház főorvosa.

(Folytatás.)

d) Az *exanthema*. A typhus exanthematicus körképének legjellemzőbb symptomája az *exanthema*, a mely annyira hozzátartozik a betegség kardinális tulajdonságaihoz, hogy úgyszólván minden nyelven már annak elnevezésében is szerepel. Kétségtelennek kell azonban tartanunk azt, hogy a typhus exanthematicus minden kiütés nélkül is lefolyhat. Ezt a legtöbb észlelő megemlíti és habár lehetséges, hogy az ilyen „sine exanthemate” esetekben is volt *exanthema*, csak hogy nem került az orvos szeme elé, mégis a magam részéről sokkal gyakoribbnak tartom a „sine exanthemate” typhus eseteket, mint a sine exanthemate skarlát eseteket. Különösen gyakori lehet az egyes enyhébb járványokban (mint azt most, 1910-ben van alkalmunk tapasztalni).

Eseteinkben az *exanthema* túlnyomó többségben a typhus abdominalis roseola kiütéséhez és a rubeola apró rózsaszínű foltjaihoz hasonlított, némely esetben a foltok sűrűn egymasmellé sorakozva a bőrnek éppen olyan tarkázott, márványozott külsőt adtak, mint a minőt a morbillis betegeken látunk, máskor megint nagyobb fol-

tok elszórtan lepték el a bőrt, kivételes esetben pedig egészen a scarlatina apró pontszerű kiütéséhez hasonlított a kiütés. Volt több olyan esetünk is, a melyben a kiütés a test némely részén rubeolaszerű volt, másutt morbillihez hasonló, avagy olyan, a hol roseolák rubeola avagy skarlatinaszerű kiütésekkel váltakoztak. Egy-két kétségtelenül typhus exanthematicus esetben kiütést egyáltalában nem láttunk, a mit hajlandó vagyok akként magyarázni, hogy a kiütés oly rövid ideig állhatott csupán fenn, hogy észlelésünk alá nem jutott, bár minden kiütés nélkül lefolyó esetekről több észlelő tesz említést. A kiütés többnyire csak a mellkason, a hason, a törzsökön és a tagokon volt látható, de elég szép számmal voltak azok az esetek is, a melyekben az arcon is typosos exanthema jelentkezett. A kiütés több esetben helyenként haemorrhagiássá vált és egészen kivételesen mindjárt kezdetől fogva is haemorrhagiás volt, sőt egyenesen petechiákból állott.

Részletesen csoportosítottam a különböző alakú exanthemák szerint az észlelt eseteket, hogy megtudjam, vajjon a kiütés minősége szerint lehet-e valamelyes prognostikai következtetést vonni.

Összeállításom szerint volt:

	Összesen	Gyógyult	Meghalt
Roseolaszerű kiütés	65	51 = 78·4%	14 = 21·6
Rubeolaszerű kiütés	54	41 = 75·9%	13 = 24·1
Morbilliszerű kiütés	22	10 = 45·4%	12 = 54·6
Papulosus különálló	12	9 = 75·0%	3 = 25·0
Skarlátszerű kiütés	5	1 = 20·0%	4 = 80·0
Roseola morbilli alakúval	2	1 = 50·0%	1 = 50·0
„ rubeola „	8	7 = 87·5%	1 = 12·5
„ skarlatina „	1	1 = 100·0%	— —
„ urticaria „	1	1 = 100·0%	— —
Rubeola morbilli alakúval	8	6 = 75·0%	2 = 25·0
„ skarlát „	2	2 = 100·0%	— —
Szeplőszerű halvány foltos-zottság	4	4 = 100·0%	— —
Petechiás kiütés	2	2 = 100·0%	— —
Már lefolyt voltánál fogva (?) kiütést nem észleltünk	17	12 = —	5 —
	203	148	55

Ebből a kis összeállításból azt a következtetést lehet levonni, hogy a skarlatinához hasonló exanthema prognostikai szempontból kedvezőtlennek mondható, a mennyiben, bár csak öt ilyen esetünk volt, azok mindegyike igen súlyos körkép mellett jelentkezett. A skarlatszerű kiütéses öt beteg közül 4 halt meg (80·0%) és csak egy gyógyult meg (20·0%), ez is igen súlyos lefolyású volt. Azt látjuk továbbá, hogy a morbilliszerű exanthema is kedvezőtlen prognosztis nyújt, az ilyen exanthemásoknak több mint a fele (54·6%-a) meghalt. Legkedvezőbb lefolyást mutattak azok az esetek, a melyekben a testen roseola és rubeolaszerű kiütés vegyesen volt észlelhető. Ezek között a halálozási arányszám csak 12·5% volt. A tisztán roseolaszerű exanthemások halálozási arányszáma 21·6% és a tisztán rubeolaszerűké 24·1%.

Mint említettem, az exanthema sok esetben haemorrhagiássá alakult a betegség előrehaladásával. Úgy tapasztaltam, hogy legtöbbször a kiütés fennállását követő 5. vagy 6. napon vált haemorrhagiássá az exanthema.

Összesen 71 esetben vált haemorrhagiássá a kiütés és hogy a kiütés haemorrhagiás átalakulásából feltétlenül rossz prognosztis mondani nem lehet, azt bizonyíthatom abból, hogy a 71 haemorrhagiás kiütéses eset közül 48 meggyógyult (67·6%) és 23 halt meg (32·4%).

Úgy tapasztaltam, hogy általában ott vált leggyakrabban haemorrhagiássá az exanthema, a hol az arcon is volt kiütés. A 203 beteg közül, levonva azt a 17-et, a hol kiütést nem láthattunk, összesen 84 esetben volt az arcon is kiütés. Ez tehát a 186 kiütéses esetre vonatkoztatva 45·1%-nak felel meg, vagyis az összes betegeknek csaknem a feleszámában láthattunk az arcon is kiütést.

A kiütés magatartására vonatkozóan érdekes változatosságot észlelhetünk. Míg ugyanis egyes esetekben a kiütés vonatottan tört elő és kifejlődésének tetőfokát csak napok alatt érte el, addig más esetekben úgyszólván szemünk előtt egy-két óra alatt igen ki-

terjedten ellepte az egész testet. Nem egyszer megtörtént, hogy az érdeklődő kartársaknak avagy hallgatóimnak mutogattam a tipusos friss eseteket, és alig egy-két óra múlva ismét másoknak mutogatva ugyanazt a beteget, a kiütés kiterjedésében jelentékeny változást vehettem észre. De megfordítva, megtörtént az is, hogy a bemutatott tipusos kiütés 2–3 óra múlva nyomtalanul eltűnt, majd ismét néhány óra elteltével újból megjelent. A kiütésnek ezen viselkedését utóbb kétes esetekben mint diagnosztikai szempontból a typhus exanthematicus mellett döntő jelenséget tekintettem.

Máskor a kiütés, különösen az olyan, a mely haemorrhagiássá vált, hosszú időn át látható volt a bőrön. Így nem ritkán 14 nap múlva is felismerhető volt, sőt volt vagy 10 esetünk, a melyben 3 hét múlva is jól meg lehetett ismerni az exanthemát. Egy esetünkben az exanthema jelentkezése után csak 28. napra tűnt el, egy esetben pedig 5 hétig volt látható. Az exanthema elmúlását gyakran a bőr erősebb korpázása, sőt a felhámnak nagyobb fokú hámlása követte. Erősebb hámlást 17 esetben észleltünk.

Mint említettem, sok esetben láttuk azt, hogy a kiütés újszólván óráról órára változott. Eltűnt olyan testrészekről, a melyeken röviddel azelőtt látható volt, és megjelent olyan testrészekben, a hol azelőtt a bőrön semmit sem láthattunk.

Igen érdekes példája a kiütés gyors eltűnésének M. Gy., 64 éves napszámos esete, a ki április 12.-én vétetett fel osztályunkra. Két nap előtt kirázta a hideg, ugyanakkor hányt. Felvételekor reggel 8 órakor a testén mindenütt, de különösen a mellkas és a hát bőrén nagyszámú apró rubeolaszerű exanthema látható, ugyanilyen a czombokon és karokon is igen nagy számmal észlelhető. A léptompulat a VIII. borda alsó szélén. Hőmérséke reggel 8 órakor 37.9 C°. Délután 5 órakor, bár a hőmérséke 39.7 C°, az exanthema *sehol sem látható*. Nagyfokban izgatott, miért is hálós ágyba kell tennünk.

Április 16.-án erős izzadás. Láza különben már előtte való napon sem volt. Voltaképpen az anamnesis szerint mindössze 4 napig tarthatott a láza, mert már 15.-én reggel 36 C° volt a hőmérséke. Az egyébként egészségesnek látszó és jól táplált beteg az egész idő alatt, még két hét múlva is, igen gyengének érezte magát.

A kiütés — a mint említettem — rendszerint a mellkas és a has bőrén, a háton és a tagokon szokott előfordulni, valamint elég gyakran az arcon is, nem ritkán elszórtan látni lehet egyes roseolaszerű foltokat a kéz- és lábfejekben, valamint a kéz- és lábujjak dorsalis felszínén, de hogy a tenyéren és talpon is előforduljon, azt csak egy esetben volt alkalmunk látni, és pedig B. K., 23 éves napszámosnő, a kinek tömördek exanthemája volt mindenütt s a kinek a tenyere és talpa is tele volt igen élénk foltokkal.

Mint érdekes körülményt megemlítem, hogy hat hetes szopós gyermekével együtt hozták be, a kit kiütéses stadiumában is szoptatott, és ugyancsak 3 napig már beteg, sőt exanthemásan szoptatta gazdája gyermekét is. Egyik gyermek sem betegedett meg. Ezzel ellentétben több esetben, még pedig súlyos symptomákkal járó esetekben exanthemát nem láttunk, illetőleg csak elszórtan egyet-kettőt.

Ilyen volt: Özv. N. L.-né, 68 éves eseléd, a ki 1908 márczius 22.-én került be a kórházba. Három nap óta beteg, hányt és a hideg kirázta. A bőre élősködők okozta csipésektől erősen pigmentált és talán ezért nem láthatunk rajta jellegzetes kiütést. A léptompulat normális.

Márczius 23.-án. A beteg rendkívül sokat hány, hőmérséke este 39.4 C° és bár a hátán látható két roseolaszerű folton kívül egyéb jellegző kiütés nem látszik a bőrén, tekintettel arra, hogy lázas és hogy az Alföldi-utcai menedékhelyről hozták, kétségtelenül typhus exanthematicusnak tartjuk.

Diagnosisunkat igazolta egyrészt a későbbi izgatottság, másrészt a láznak kritikus leesése.

Ugyancsak alig volt exanthemája

K. T., 2 éves gyermeknek, a kit szintén márczius 22.-én hoztak be a kórházba.

A kis gyermek otthon nem hányt, csakis arról vették észre, hogy beteg, mert forró volt a teste. Fölvétele alkalmával, délután 1 órakor 39.5 C° a hőmérséke, mellén és hasán mindössze három roseolaszerű folt látható. A léptompulat a VIII. bordán kezdődik. Alighogy elhelyezték a kórtermen, fél óra múlva eclampsia

roham fogta el a gyermeket, tagjai meghűvösödtek, ajkai cyanosissá lettek és az érzékését alig lehetett tapintani. Délután 4 órakor a hőmérséke is leszállott 37.5 C°-ra.

Másnap reggel 38 C°, este 40 C° a hőmérséke. Exanthema nincs.

Márczius 24.-én conjunctivitisen kívül egyéb változás nem vehető észre; reggel 38.2 C°, este 39.2 C° volt a hőmérséke.

Márczius 25.-én reggel 38.2 C°, este 40.1 C° volt a hőmérséke.

Márczius 26.-án reggelre a hőmérséke 37.5 C°-ra szállott alá, de este még 39.3 C°-ig emelkedett.

Márczius 27.-én reggel 37.2 C°, este 39.3 C°.

Márczius 28.-án reggel 36.3 C°, este 36.9 C°. Ettől fogva láztalan.

A kis gyermek testén a fölvétel napján észlelt három roseolaszerű folton kívül semmi kiütés sem jelentkezett; az egész idő alatt apathiásan feküdt az ágyában és ha édesanyját előtte való napon egészen tipusos körképpel be nem hozzák osztályunkra, alig mértük volna azonnal a láz és eclampsia, meg a 3 roseola alapján typh. exanthematicusnak tartani. Utólag persze a láz viselkedése és a kritikus defervescencia is igazolta, hogy az volt.

Sok exanthema mellett feltűnő jó közérzettel folyt le a betegsége G. F. 42 éves gyári művezetőnek, a ki márczius 24.-én került be az osztályunkra, s a ki már 8–10 nap óta volt beteg.

Márczius 19.-én kirázta a hideg, a feje fájt és szédült, márczius 18.-án reggel még a munkásokkal érintkezett, azokat kifizette. Fölvételekor este 38.2 C° hőmérsék mellett az egész testén igen kiterjedt rubeolaszerű kiütés látszik, nyelve bevont, conjunctivitis van. A léptompulata a VIII. borda felső szélén kezdődik. Kiütése márczius 21.-én jelent meg, először az alkarokon és kézfejekben, utóbb egyebütt is. A kiütés másnap még szaporodik és a lábfejekben haemorrhagiás. Láza már 25.-én leszállott 37.4 C°-ra és 27.-én 36.4 C°-ra. A kiütés április 4.-ére elhalványult, de azokon a testrészekben, a hol haemorrhagiás volt, még hosszabb időn át erősen pigmentált maradt a bőr. A betegség egész lefolyása alatt jól érezte magát.

e) A lép magatartása a typhus exanthematicusban szenvedő betegeken korántsem olyan szabványos, mint a hasi hagymázban szenvedőkön és — legalább az én eseteimben — egyáltalán nem állítható párhuzamba a fertőzés súlyosságával.

Az osztályunkra már láztalan állapotban bekerült, tehát újszólván lefolyt eseteket leszámítva, 191 typhusos beteg közül 46-nak nem volt megnagyobbodva a lép, vagyis az esetek 24%-ában léptumort konstatálni nem lehetett, ellenben 145 esetben (76%) a lép megnagyobbodását a léptompulat határainak kikopogtatásával megállapíthattuk, sőt ezek között 35 volt olyan (18.3%) a kin a megnagyobbodott lép a bordaív alatt kitapinthatott. Sajátságos, hogy éppen az elhaltak között nagyobb százalékban találtunk olyant, a kinek az egész idő alatt a lép megnagyobbodva nem volt, a mennyiben az 55 elhalt közül 20-nak (= 36.3%) a lép észlelésünk egész ideje alatt normális volt. A kiken a lép megnagyobbodását kimutathattuk, azok közt is kevesebb számban voltak olyanok, a kiknek jelentékenyebb léptumoruk volt. Így 2 volt olyan, a kinek a léptompulata a VI. borda alsó szélén kezdődött, 22 volt, a kinek a VII. borda felső szélén, 30, a kinek a VII. borda alsó szélén kezdődött; 59 volt, a kinek a léptompulata a VIII. borda felső szélén és 32, a kinek a VIII. borda alsó szélén kezdődött.

f) A középponti idegrendszer és az érzékszervek részéről észlelt jelenségek.

A typhus exanthematicus körképében jelentékenyen előtérbe lépnek az idegrendszer részéről észlelhető symptomák, oly annyira és oly gyakran, hogy a typhus exanthematicust a typhus abdominalissal kapcsolatban a régi orvosok a „febris nervosa“ névvel illették. Itt is ki kell emelnünk azonban azt, hogy valamint egyes esetekben az exanthemáknak gyér száma, esetleg teljes hiánya szinte ellentétbe kerül a betegségnek exanthematicus elnevezésével, úgy nem ritkán, különösen enyhébb jellegű járványok idején, a febris nervosa elnevezés legkevésbé sem volna találó. Sok esetben a betegnek egyáltalában nincsenek panaszai, nem fáj semmije és a test érintése sem vált ki semmiféle fájdalmasságot. Kétségtelen

azonban, hogy az esetek nagy többségében már a legelső panasz éppen az idegek mentén támadt fájdalmas érzésekben nyilvánul meg. 148 gyógyult esetünk közül 68 beteg kórelőzményi adatában találjuk meg a *fejfájást*, mint a betegség kezdetét jelző symptómát ($=45.9\%$) és 76 betegében a *tagfájdalmakat* ($=51.3\%$). Az elhalt esetekre vonatkozóan ezen subjectív panaszon alapuló symptomát az előfordulása gyakorisága tekintetében nem értékesíthettük, mert azok közül többen már eszméletlen állapotban kerültek be osztályunkra. Ellenben a tagok *hyperaesthesia* különösen a halálosan végződött esetekben feltűnően nagyobb számarányban volt észlelhető, mint a gyógyulásra fordulóban. Míg ugyanis az 55 elhalt beteg között 22-ben volt nagyobb fokú hyperaesthesia ($=40\%$), addig a 148 gyógyult eset között csak 28-ban ($=18.9\%$). A *sensorium* kisebb-nagyobb zavara, *izgatottság*, *sopor*, *apathia*, *agrypnia* váltakozva volt észlelhető. Természetesen eme symptomák intenzitása adja voltaképpen magának a betegségnek esetenként a súlyosabb avagy kevésbé súlyos jellegét, és így érthető, hogy megint relative gyakrabban észlelhetjük az idegrendszer részéről ezeket a jelenségeket a halállal végződött esetekben, mint a gyógyultakban. Ebből egyszersmind következik az, hogy a prognózis szempontjából az idegrendszer részéről észlelhető jelenségeknek nagy értéket kell tulajdonítanunk. *Nagyobb fokú izgatottságban* illetőleg zavart *sensoriumban* volt a 148 gyógyult beteg között 61 ($=41.2\%$), az 55 elhalt közül pedig 32 ($=58.1\%$); *sopor*, *apathia* a 148 gyógyult eset között 56 ($=37.8\%$) és az 55 elhalt eset között 14 ($=25.4\%$) volt. Ebből azt lehet következtetni, hogy az *apathiás állapotban*, *csendes soporban fekvő beteg* — *ceteris paribus* — inkább nyújthat reményt a gyógyulásra, mint az *izgalomban levő*.

A *sensorium* zavartsága rendszerint a betegség tetőfokán jelentkezik, de nem ritkán már a kezdetén is észrevehető; nem tart okvetlenül lépést a láz magas hőfokával, mert igen gyakran aránylag alacsonyabb hőmérsék mellett is igen kifejezetten uralkodik az egész körképben, sőt nem ritkán a psychés zavarok a hőmérsék csökkenésének idejével esnek egybe. Természetesen alkoholistákon jelentkeznek a legkifejezettebben és néha oly mértékben s oly vehemenciával, hogy a beteget dühöngésében alig sikerül megfékezni. Egy 43 éves férfibetegünk (K. recte B. János vasesztergályos) például egészen váratlanul oly hirtelenül ugrott ki az ágyából, hogy alig sikerült az ápoló személyzetnek őt megakadályozni abban, hogy a szemközti levő ágyban fekvő beteget, a kire a szó szoros értelmében rávetette magát, meg ne fojtsa. Ez az izgatott betegünk különben igen sok exanthemával, közöttük számos petechiával, betegségének 13. napján, a kezdődő defervescencia idejében meghalt.

Positív diagnosisunkat némely esetben a többi symptoma elmosódottsága mellett éppen a nagyfokú izgalmi jelenségek alapján tehettük meg. Különösen érdemes felemlitenünk egy napszamos, *Sch. G.* esetét, a kin a typhus exanthematicus diagnosisát kiütés nélkül is positive megállapíthattuk, s a kin az igen gyér számú kiütés csak jóval későbbben jelentkezett. Ezt a beteget a hatósági orvos *április hó 11.-én* reggel 8 órakor az Alföldi-utcai menedékhelyről küldte be osztályunkra megfigyelés végett, mert lázas volt. A beteg kórelőzményi adatai arról szólnak, hogy hányt, jobb oldalán szúrást érez, hasát, fejét fájlalja, álmatlan. A nyelve kissé bevont, de eléggé nedves, bőrén jellegzetes elváltozást látni nem lehet, csak mellkasa jobb felső részén van három halvány piros folt. A léptompulat a VIII. bordán kezdődik.

Április 14.-én a beteg feltűnően izgatott, nem lármázik ugyan, de csendesen mormog. Azt mondja, hogy semmi baja sincs, haza akar menni. Hőmérséke reggel 38.9°C , este 39.3°C . Délután 5 óra tájban 3-szor is kiszaladt az ágyából. Folytonosan azt beszéli, hogy ha ő 21 krajczárért vértisztító pilulákat vehetne és 3—4 órán át a gőzfürdőben ülhetne, egyszerre meggyógyulna. Estefelé az izgatottsága egyre fokozódik, dühösen fenyegetőzik és magában beszélget. Noha kiütése nincs, kétségtelennek tartjuk az exanthematicust és azért áttesszük a megfigyelésből a typhusosakhoz.

Április 18.-án a hasán mintegy 10 halvány rózsaszínű roseola. Hőmérséke már előtte való napon reggel 37.2°C -ra szállt le és ma reggel csak 36.6°C . Ma már kissé nyugodtabb; azonban állandóan nagy fejfájása van és álmatlan. Csak veronallal sikerül 3—4 órai alvást biztosítanunk.

A további napokban is, egész *április 27.-éig*, kisebb-nagyobb mértékben még zavart, de már nem annyira izgatott és csak csendesen delirál.

Érdekes *D. József* 20 éves napszamos esete is, a kit *április 15.-én* vettünk fel a megfigyelő pavillonba.

A beteget a hatósági orvos az Alföldi-utcai menhelyből 38.3°C láza miatt küldte be. Nem érzi magát betegnek, csak a gyomrát fájlalja. A nyelve bevont, bőrén semmi elváltozást sem látunk.

Április 18.-án délután egyszerre nagy mértékben izgatottá vált, össze-vissza beszélt, rémképeket látott, folyton azt látta, hogy a kórterem ablakain emberek néznek be és ő rá leselkednek, majd megint, hogy a gázlámpásra felmászott egy ember és folyton ő rá néz. Ekkor a láza a reggeli 38.1°C -ról délután 4-kor hirtelen 40.2°C -ra emelkedett. Hányás-ingere van.

Április 19.-én délben már annyira izgatott, hogy hálós ágyba kell tennünk. Bőrén semmiféle elváltozás sincs, a lép. tompulata a VIII. borda alsó szélén. Reggel 39.6°C , este 39.8°C . Bal heréje duzzadt.

Április 20.-án reggel 38.5°C , este 40.1°C . A bal vállán két lapos nagyobb roseolaszerű folt, a czombok valamint a kézfejek bőre livid márványozottságot mutat. A czombok érintésre rendkívül érzékenyek. Mérsékelt hurutos jelenségek, a köpet sárgás és kissé véresen tingált, olyan, a minőt számos typosus esetben észleltünk. Az epididymitis nem blennorrhoeás eredetű és noha az eddigi esetek egyikében sem észleltük mint szövödményt, ezt is a typhus körképéhez tartozónak vettük. Ezek alapján most már betesszük a typhusosak körtermébe. Délben borzong, ugyanakkor a bal arczfélén néhány piros folt látszik. Dyspnoé.

Április 21. A bal arczfélén, a törzsök jobb felén néhány roseolaszerű folt látszik. A nyelve kissé száraz, kisfokú conjunctivitis. Ma már nyugodtabb. Dyspnoéja még jelentkezik; a czombok még mindig hyperaesthesiások.

Április 22. Kritikus hőleesés. Az epididymitis visszafejlődően. Roseola mindössze három látható.

Április 28.-án az epididymitis teljesen visszafejlődött, teljesen jól érzi magát.

Ezekkel a heves izgalmi jelenségekkel szemben éles ellentétben állanak azok az esetek, a melyek a legnagyobb fokú apathiával haladnak feltartóztatlanul az exitus lethalis felé.

Ezen eseteknek egyik eklatáns példáját szolgáltatotta *P. Ferenczné*, 53 éves, ácssegéd neje, a kit *április hó 10.-én*, körülbelül betegsége 6. napján vettünk fel a kórházba 39.3°C hőmérsékkel, igen erős conjunctivitis-szel, nagy fejfájással. A mellkas és a hát bőre halvány foltoktól pigmentált. Az egész idő alatt mérsékelt láz mellett, a mely már a felvétele után való naptól kezdve a 38.6°C -ot nem haladta túl, a legnagyobb fokú apathiában, somnolentiában fekszik, mozdulatlanul mint egy darab fa. Egy szót sem beszél, vizeletét, székeletét maga alá bocsátja, az ételt, a mit adnak, gépiesen megeszi. Néhány nap mulva az os sacrum felett tenyérnyi decubitus támad, *április 22.-én* reggel az előző esti 38.3°C -ról 36.0°C -ra száll le a hőmérséke, a mely mellett a szív működés ereje hanyatlik. Aznap este is láztalan, 36.8°C a hőmérséke, de már 23.-án reggel megint 38.5°C , 24.-én reggelre pedig 39.5°C s délután $1\frac{1}{2}$ -kor meghalt.

A *sensorium* nagyfokú zavarodottságából *tartós elmezavar* fejlődött ki *V. Mária* 36 éves mosónőben, a ki 1908 márczius 23.-án került be a kórházunkba. Hat nap óta beteg, kirázta a hideg, hasmenése volt, mindene fáj. Felvételekor, esti 11-kor, a test hőmérséke 39.0°C . Az esti világitásnál röviden csak annyit jegyeztünk be róla, hogy az egész testen morbilliszerű exanthema látható.

Másnap, *márczius 24.-én*, figyelmes vizsgálatnál az arcot erősen kipirultnak, a conjunctivákat nagyfokban belőveltnek találjuk, és a mellen és hason halvány rubeolaszerű, a glutaeusokon pedig skarlátszerű exanthemákat látunk. A lép tompulata a VII. borda alsó szélén kezdődik. A tüdők felett diffus hurut. A nyelv bevont, száraz, a pupillák tágak. Reggel 39.4°C , este 39.5°C .

Már ezen az éjszakán nyugtalanul aludt.

Márczius 25. Általános nagyfokú hyperaesthesia, erős conjunctivitis, a *sensorium* zavart.

Márczius 26.-ától fogva a *sensorium* egyre zavartabbá válik,

igen élénk, zajos deliriumok. Az exanthema márczius 29.-én már meglehetősen halvány. A beteg alig táplálkozik. A szájába erőltetett folyadékot sem nyeli le.

Április 3.-áig jóformán semmit sem evett és nagyfokú izgatottsága miatt gyomorszájából át sem táplálhattuk. A pulsus a mellett relative elég jó. Igen hangos deliriuma van. Sokat pöröl a szomszédaival, gyakran nagy hangon énekel és nem ritkán trágár beszédeivel megbotránkoztatja a környezetét. Éjjelenként sem alszik. Hol veronalt, hol meg bromidiát vagyunk kénytelenek neki adni, hogy egy-két órára csönd legyen a kórteremben. A deliriumok márczius 30.-a óta, a mikortól kezdve már teljesen láztalan, még sokkal élénkebbek. Április 6.-ától kezdve bár erőszakkal, kissé több táplálékot tudunk vele bevétetni. Április 10.-én a jobb glutaeuson tenyérszerű abscessus megnyitása. A vizeletben nyomokban fehérje. A beteg április vége felé már állandóan zavart, józan pillanata jóformán nincs is; igen vig kedélyű, folytonosan dalol, sokat nevet, majd meg a betegekkel pörlekedik. Varró Mária név alatt vettük fel a kórházba, a mikor sensoriuma még nem volt zavart, most azt mondja, hogy ő Schwarz Regina. Ruhái közt utólag csakugyan egy erre a névre szóló eselédkönyvet találtunk. A mikor megkérdezzük, hogy milyen vallású, azt mondja zsidó, máskor röviddel utána megint azt mondja, hogy római kath. és hogy nem Schwarz Regina, hanem Varró Mária.

Minthogy abbéli reményünk, hogy majd csak fokozatosan lecsöndesedik és sensoriuma megtisztul, kilátás nélkül valónak látszik, április 29.-én a megfigyelő osztályra való szállítását kérjük. Ez okból 10 napra egy egészen tiszta kórteremben izoláljuk.

Május 6. Igen jókedvű és nagyon boldognak érzi magát, nem cserélne a világ legboldogabb emberével sem, mert felmagasztalódott, már nem lány, hanem asszony, az Isten feleségévé lett és tőle megfogamzott és Lajos nevű kis fia lett.

Május 7.-én a szerencsétlen leányt elszállítottuk az elmebetegek megfigyelő osztályára. Sajnos, további sorsáról értesülésünk nincs.

Tartós deliriumokkal folyt le H. J.-né, 32 éves, házmaster neje a betegsége, a ki mintegy 18—20 napig tartó, nem túlságosan magas hőmérséklet mellett fennálló lázas állapotában állandóan zavart volt; továbbá H. F.-né 54 éves napszámosnő, a kinek mintegy két heti lázas állapota után a láztalan időszakban még három hét múlva sem volt tiszta a sensoriuma.

Élénk deliriumokkal, derült kedélyhangulattal folyt le K. A.-né, cigányzenész 20 éves feleségének a betegsége, a ki lázas állapotában felette sokat énekel.

Az érzékszervek részéről észlelhető jelenségek sorában a hallás zavarai voltak leginkább szembevetőek. A súlyosabb esetekben kisebb-nagyobb fokban szenvedett a hallás élessége; tartósabb nehézhallást 17 esetben észleltünk. Otitis media suppurativa 6 esetben fordult elő, ezek közül egy halálos volt; a processus mastoideus elgyenyedését két esetben észleltük.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

S. Seligmann: *Der böse Blick und Verwandtes*. Ein Beitrag zur Geschichte des Aberglaubens aller Zeiten und Völker. 2 Bände. Mit 240 Abbildungen. Verlag von Hermann Barsdorf, Berlin W. 30. 1910. Ára: 12 márka.

Oly könyv, a mely bevezetesképpen 71 lapon át tárgyanak előző irodalmát sorolja fel, minden komoly olvasóban már eleve is bizalmat fog ébreszteni maga iránt. S ezt a munka csakugyan meg is érdemli. Végtelen szorgalommal, szinte odaadó szeretettel gyűjtötte össze a szerző mindazokat az adatokat, melyek a babonának egyik legrégibb s még a jelenben is legelterjedtebb formájára vonatkoznak, tudniillik a „szemmel való verésre“, erre a supponált titokzatos erőre, mely a rosszakarók és irigyek szeméből árad elevenekre és holtakra, rendkívüli ártalmakat okozván nekik.

Mi sem bizonyítja jobban a szerző alaposságát, mint hogy kutatásait egyenesen a hieroglyphás feliratokon kezdi, ó-indus és perzsa vallásos könyveken, arab regegyűjteményeken, a koránon,

a biblián, a talmudon, a kabbalán, az ó-északi saga-irodalmon át folytatja egész a jelenkorig, mely ellenére minden kulturának, még mindig nem tudott felszabadulni a babonának ezen alakja alól.

A szorgalmas szerző 10 fejezetbe osztotta be a nagy anyagot: 1. A szemmelverés fogalma és lényege. 2. Előfordulása és elterjedése. 3. Azon lények, melyek szemmel vernek. 4. A szemmelverés elsajátításának okai és eszközei. 5. Autofasciatio. 6. Lények és tárgyak, melyek a szemmelverésnek ki vannak téve. 7. Diagnostika. 8. Gyógyszerek. 9. Védőszerek. 10. Feltevések. Magyarázatok.

Mindezen fejezetek még alfejezetekre oszlanak s a szöveghez a képeknek érdekes és bőséges anyaga van mellékelve. A 2. kötet végén egy 50 lap terjedelmű gondos név- és tárgymutató foglal helyet.

Melegen ajánlhatjuk az érdeklődők szíves figyelmébe a felette érdekes, kulturtörténeti adatokkal tele munkát.

Györy.

Hans Wossidlo: *Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen*. Zweite umgearbeitete Auflage mit 54 Textabbildungen und 8 teils farbigen Tafeln. Leipzig 1909. Verlag von Georg Thieme. Ára: 12 márka.

A kankót és szövődményeit tudományosan tárgyaló tankönyvekben és kompendiumokban nincsen hiány. Az újonnan megjelenő ilyen művektől tehát jogosan várhatja az olvasó, hogy lehetőleg tökéletesek legyenek és a tudomány mai álláspontján álljanak, mert csak így lehet létjogosultságuk. Nagy mértékben megfelel ennek a követelménynek Wossidlo-nak, a nagy gyakorlatú berlini urologusnak előtünk fekvő műve, a mely 6 év után a második kiadást most érte el. A könyvet jellemzi a tárgynak gondos, klinikai észlelésen alapuló csoportosítása, a megírás alapjául szolgáló nagy tapasztalás és a jóleső élénk és gördülő stílus. Mindezek a tulajdonságok már az első kiadást is jellemezték. Eltérést a jelen kiadásban — az urologia újabb haladásának eléggé pontos figyelembe vételén kívül — különösen a therapiás részek tárgyalása folyamán találunk. Ismeretes, hogy Wossidlo régebben az acut kankó kezelésében alkalmazott Janet-féle eljárás ellen kifogást emelt. A szerző azóta, hogy Janet maga is változtatott a kissé sablonos abortív kezelési eljárásán és a heveny kankónak individualizáló kezelésére tért át, most már gyakran alkalmazza ezt az eljárást, a melytől alkalmas esetben igen szép eredményeket látott. A mű, a melyen meglátszik, hogy a szerzője Oberländer-nek, az urethroszkopia és a vele kapcsolatos dilatációs kezelés hirdetőjének a tanítványa, 33 fejezetben tárgyalja az anyagot. Új az irrigációs urethroskopiáról szóló fejezet, a melyben a Goldschmidt-féle közvetlen fényforrású húgyesővizsgálatnak instrumentariumát, kivitelét és klinikai előnyeit találjuk részletesen ismertetve. Egy-egy új fejezetben nyertek továbbá helyet a kankós szűkületek és a végbélkankó is. A szövegközötti ábrák, valamint a mű végéhez csatolt színes táblák számban gyarapodtak, a húgyeső urethroszkopos képei azonban kissé nyers kivitelűek és nem is nagyon természetesen sikerültek. A mű, a melynek szép kiállítása a jónevű kiadócéget dicséri, az urológiai szakma iránt érdeklődő orvosnak bizvást ajánlható.

Guszmán.

Lapszemle.

Belorvostan.

A máj viselkedése idült pericarditis esetén című dolgozatában O. Hess (Göttingen) rámutat arra, hogy a szívburokösszenövés rendszeren a májnak jellegző elváltozását vonja maga után, a mely a máj megnagyobbodásában s recidiváló bőséges ascites keletkezésében nyilvánuló, izoláltan a vena portaere kiterjedő keringési zavarban áll.

Ezen körképek első csoportjába azok az esetek tartoznak, melyekben az idült szívburokgyulladás és a máj elváltozása a polyserositis chronica részjelensége (Curschmann-féle Zuckergussleber), tehát inkább egymás mellé rendelt, mint egymástól függő jelenségek. Ezeket az eseteket az utolsó másfél évtized irodalma teljesen tisztázta, a szerző nem is foglalkozik velük.

A második csoportot a gyermekkori latens pericarditis tuberculosa chronica esetei alkotják. Klinikailag nagy májduzzanatban, gyorsan visszatérő hasvízkórban, pulusszaporulatban és a vena cava superior területére szorító csekélyfokú idült keringési zavarban nyilvánulnak. Ezzel szemben nincs keringési zavar

a vena cava inferior területén, nincsen dyspnoë, a szív physikai vizsgálata semmi rendellenességet sem mutat. A bonczolástani kép a következő: a szív vastag (sokszor 1—2 cm.), sajtos tömegtől van körülveve, rendesen sem kitágult, sem túltengett, a pleurán és peritoneumon idült gyuladás jelei hiányoznak; a májban nagyfokú pangás, esetleg kötőszövet-szaporodás. A körkép kifogástalan magyarázatát eddigelé még nem adták. Mindenesetre a szívburok-összenövést kell a májváltozás direkt s egyedüli okának felvenni.

A harmadik csoportba tartoznak az idült pericarditisnek főképpen a gyermekkorban előforduló esetei, melyek klinikailag az előbbiekhöz nagyon hasonlítanak, anatómiailag azonban abban különböznek, hogy a májban sajátságos kötőszövet-szaporodás van jelen. A máj nagy és szívós (cirrhose cardiaque hypertrophique), a centrális vénákból kiinduló, egymással összefüggő, sugaras elrendezésű kötőszöveti kötégek hatják át a máj állományát (foie inverti). A máj ezen elváltozását az idült keringési zavar egyedül nem magyarázza meg; egyes francia szerzők ezenkívül a májnak egyidejű gümőkóros, de nem csomóképződésében, hanem diffus kötőszövet-szaporodásban nyilvánuló fertőzését veszik fel.

Hess az idült pericarditis s a májváltozás viszonyának kiderítése céljából állatkísérleteket végzett. Kutyákon bordaresectio és jodinjectio segítségével szívós szívburok-összenövéseket tudott előidézni. A szívburoknak a mellkas falához varráásával sikerült olyan összenövést is létrehozni, a mely már az élőben a systolés behúzódnak által kimutatható volt. Kísérleteinek eredménye: A részleges belső vagy külső összenövésnek semmi különös befolyása sincs a keringésre. A szívburok tökéletes összenövése egyes esetekben klinikailag rejtve maradt, más esetekben főképpen a májra és a v. portaere kiterjedő, ismét máskor egyedül azokra szorítózkodó keringési zavart okozott. Az egyik állatban, a mely klinikailag nem mutatta a pangás jelenségeit s a melyet a műtét után 5 hónappal leölt, olyan májcirrhosis keletkezett, a milyen az említett harmadik csoport eseteire jellemző.

Ezek a kísérletek összhangzásban vannak az emberben talált viszonyokkal s igazolják azt a feltevést, hogy a májváltozást a szívburok-összenövés okozza. Úgy a kísérletek eredményeiből, mint az emberi kórtanból világos, hogy idült pericarditis esetén nagy vérmennyiséget foglalhat magába a máj, a nélkül, hogy a szervezetben másutt pangás mutatkoznék. Nagyon régi gondolat az, hogy a máj nagy vérbefogadó képességénél fogva tehermentesíteni tudja a jobb szívet és a centrális vénákat. A májnak ez a működése nemcsak a vér kifolyásának megnehezítésében, hanem a májvenák útján történő, vérrel való telődésében is áll. Hogy a májba vér juthat a vv. hepaticae útján, azt már Cl. Bernard bebizonyította; még bizonyítóbb Arlnikow kísérlete, a ki kimutatta, hogy Eck-féle fistula készítése után a v. femoralisba befecskendezett különböző anyagok a májba jutnak, még mielőtt a verőeres vérkeringésbe kerültek volna. A máj szabályzó működését bizonyítják onkometriai vizsgálatok is, melyek kimutatták, hogy acut cardialis pangás előidézésekor a máj térfogata erősen megnagyobbodik, a többi hasüri szervé pedig kisebbedik. Gilbert és Villaret szerint a májnak ez a működése részben független az általános keringéstől s a máj szövetének sajátos képességén is alapszik. Véleményüket kísérletekkel támogatják. Leölt állaton egyszer a v. portae, máskor a vv. hepaticae útján fecskendeztek hig festett gelatinát a májba. Azt találták, hogy ha közvetlenül a halál után csinálták a kísérletet, a festéket az első esetben a centrális vénákban, a másik esetben a lebenyek szélén lehetett találni, tehát mindegyik esetben a másik érrendszerbe jutott a keringés szünetelésének ellenére is.

Mindezekből már most Hess azt a véleményt szűri le, hogy a májnak említett izolált keringési zavarát idült pericarditis esetén (különösen a II. csoportba tartozó eseteket érti) mint szabályozó folyamatot, a szívnek és a nagy vénák területének tehermentesítését kell felfognunk. Ez a folyamat pótolja a szívnek a keringési zavart kiegyenlítő (szívtágulásban és túltengésben nyilvánuló), szabályozó képességét, a mely ilyen esetekben hiányzik, mert a szívnek merev tömegek által való körülzárása miatt nem jöhet létre. Jóllehet tehát a májduzzanat és az ascites a decompensatio jele, ilyenkor mégis mint kedvező kiegyenlítési jelenségeket kell felfognunk, mert ilyen módon a betegek nagyon sokáig életben maradnak s általános pangási tünetek csak közvetlenül a halál előtt mutatkoznak. (Münch. med. Wochenschr. 1910. 2. sz.)

Sebészet.

Az intravenosus narcosisal kísérletezett *L. Burghardt* (Würzburg). Burghardt kísérleteket végezett aether és chloroform intravenosus adagolásával és azon okoskodásból indult ki, hogy így a légzőszervek megkerülésével az általános bódítás veszélyeit csökkenti. Kísérleteit állatokon kezdte; chloroformmal telített physiologiai konyhasóoldatokat fecskendezett be intravenosusan. A szervezet a narcosis elbirta. Burghardt ezután aetherrel végezte kísérleteit; az aethernek előnye az, hogy vízben könnyebben oldódik, mint a chloroform. Az 5%-os aetheroldatot a kísérleti állatok jól tűrték, a 10%-os oldat ellenben veszélyesnek bizonyult. Az állatokon végzett pozitív eredményű kísérletek után Burghardt emberen kezdte meg az intravenosus narcosis. Az eljárás technika egyszerű, azonos a közönséges konyhasó-infúzióéval. 1000 cm³ konyhasóoldathoz 50 cm³ tiszta aethert öntünk s a folyadékot addig rázzuk, míg az aether teljesen feloldódott. Az altatáshoz szükséges aetheroldat mennyisége gyermekeken 200—250 cm³ (megfelel 10—12.5 cm³ tiszta aethernek); felnőtt egyénekben a teljes anaesthesiahoz körülbelül 500 cm³ aetheroldat kell (ez 25 cm³ tiszta aethernek felel meg). Nőkön az altatáshoz szükséges mennyiség valamivel kisebb, átlag körülbelül 320 cm³ (= 16 cm³ aether). Az anaesthesia körülbelül 8—10 percczel az infusio megkezdése után köszöntött be. A narcosis tartama változó; többnyire a műtét egész tartama alatt cseppenként kellett a narcoticumot adagolni. Az anaesthesia így órák hosszan át is fenntartható. Múlt természetű haemoglobinurián kívül Burghardt egyéb kellemetlenséget az intravenosus narcosis után nem észlelt. Burghardt 41 esetben kapcsán az intravenosus aethernarcosis az általános bódítás legveszélytelenebb és legkellemesebb módszerének mondja. Ezen altatás indicatiói általában ugyanazok, mint az általános narcosiséi; feltétele azonban a legpedánsabb asepsis. Kedvező feltételek mellett az intravenosus narcosis előnyösebb 1. oly betegeken, kiknek a légző- és vérkeringési szervei nem egészen normálisak; 2. a fej- és nyak-műtétek végzésekor, a mikor a narcosisal a műtét absolute nem zavarjuk s 3. oly betegeken, kik határozott idiosyncrasiával viseltetnek a narcoticumok belégzése ellen. (Münchener med. Wochenschrift, 1909. 46. sz.) *Gergő.*

Defectusok zárására az úgynevezett szabad autoplástikát ajánlja *F. König* (Altona). Üregek (hasüreg, húgyhólyag stb.) zárásakor néha olyan nagy a falzat defectusa, hogy az egyszerű varrat eredménye bizonytalan és az üreg biztos zárása csak sebészi plastikával lehetséges. A legegyszerűbb eljárás *König* szerint ilyenkor az, hogy a szövethiányt valamilyen kocsnynélküli, tehát szabadon áttűtetett szövetdarabbal töltjük ki; az áttűtetett szövetdarab a hiány szélein 1/2—1 cm.-rel érjen túl. Az áttűtetésre legalkalmasabb a periosteum, a fasciák, esetleg a vérerek falzata. *König* a hiányok kitöltésének ezen módját sikerrel kísérlete meg hasfal-sérv eseteiben a hasi pólya erősítésére, továbbá hólyagvarrat és húgycső-plastika alkalmával. Az eredmények igen kielégítőek voltak. (Deutsche med. Wochenschrift, 1910. 4. szám.) *Gergő.*

Az alsó testfél mesterséges vértelenítéséről értekezik *Momburg* 34 gyűjtött eset kapcsán. Eljárása, melynek szigorú betartását feltétlenül szükségesnek tartja, a következő. Ujjnyi vastag, 1—1 1/2 meter hosszú gummicövet a rugalmasság lassú fokozásával csavarunk a beteg dereka köré, a medenczelapát s a bordaív közt; minden túra után ellenőrizzük a czombverőér lüktesét, a mely ha megszűnt, minden további túra felesleges és veszélyes. Négy túránál többet sohasem alkalmazott, legtöbbször elég volt kettő. Ezután mindkét czombon és lábszáron még egy-egy lezorító gummipólya alkalmazandó, hogy a derék körüli gummicső levétele után fokozatosan iktathassuk be ismét az alsó testfelet a vérkeringésbe. Az ezen eljárás mellett végzett műtétekkel feltűnő az altatásra elegendő chloroform csekély mennyisége. A szív-működés zavarai a lezorításkor sohasem észleltettek, a cső levételekor néha semmi elváltozás sincs, néha rövid ideig tartó pulsus-kisebbedés vagy dicrotus van jelen. Egyes esetekben a pulsus alig érezhető, filiformis lett, de szívizgatókkal és konyhasóinfúziókkal mindig sikerült a fenyegető tünetek megjavítása. A beleket illetőleg azok sértetlensége egy 2 óra 20 perczig tartott lezorítás után a sectio révén teljes határozottsággal meg volt állapítható. A

fájdalmas sensatiók, a melyek néha észlelhetők, megfelelnek az Esmarch-féle pólya alkalmazásakor keletkező kellemetlenségeknek s nagyobb jelentőségük alig van. (Archiv für klinische Chirurgie, 89. kötet. 4. füzet.)

Makai.

Gyermekorvostan.

Poliomyelitis epidemica majmokon című czikkükben Flexner és Lewis a következőket állapítják meg: A virust betegről a majom gerincezelejébe oltva, az állat megbetegszik; a beteg majomból vett virussal azután a majmoknak egész sorozatát lehet beteggő tenni. Ugyanilyen az eredmény, ha az oltást nem a gerincezűrbe, hanem a vérpályába, a peritoneális ürbe vagy a kötőszövetbe végezzük. A vírus glycerinezeve vagy Berkefeld-szűrőn megsűrve sem veszti el hatását. A vírus valamennyi szervben megvan, mert ha a betegségben elhullott állat szerveiből készült emulsiókat, vagy a beteg állat vérének más egészségesbe oltjuk, ez megkapja a bajt. A helybeli laesio, a mely az oltások helyén képződik, nem fertőz. A vírus maga rendkívül ellentálló, a gerincezelelő soká megtartja fertőző képességét, nem árt neki sem a hideg, sem a rothadás, sem a kiszáradás. Mivel a filtrált emulsiók is azonos hatásúak, bakteriumok jelenlétét ki kell zárni és a virust toxinos természetűnek kell felfennünk. A majmok fertőzése 40^o/o-ban halálos. Ha a fertőzött és a paralyistól eltekintve már meggyógyult állatot újra fertőzték, az állat egészséges maradt. Az egy órán át 55—57^o-on, vagy félórán át 60^o-on tartott vírus éppen úgy hat, mint a friss. Tehát nem inaktiválható. Majmokon kívül más állatot fertőzni eddig nem sikerült. Az elhalt majmok gerincezelejében talált elváltozások azonosak az emberben található elváltozásokkal. (Journ. of the American Medical Association, 1910 január 1.)

Bókay Zoltán dr.

A nagyobb tuberculin-adagok hatásáról számol be Neumann J. A szerző előadásában első sorban egy kísérletét említi, melynek czélja a gyermekeknek adható legnagyobb tuberculin-adag megállapítása volt. Egy négy éves, lesoványodott, elgyengült, gümőkórral erősen terhelt gyermekén végzett gyorsan előrehaladó tuberculinoltásokat. Az első adag $\frac{2}{10}$ mgm. volt, majd számos erősebb reactio után kilencz hét alatt öt mgm.-ig emelkedett s újabb hat hét alatt már reactiók nélkül 25 mgm.-ig. Ezután fokozatosan eljutott fél gm.-ig. A kezelés alatt a gyermek szinte szemmel láthatólag javult s a kezelés végén a legjobb állapotban hagyta el a kórházat.

Ellentétes álláspontra helyezkedik a szerző Engel és Bauerral, kik a tuberculin-adagolást gyorsabb tempóban csinálják, hogy elérjék a lehető legmagasabb reaction nélküli fokot és csak e magas adagokat tekintik gyógyítóknak. Mert ha csakugyan van párhuzam a tuberculinérzékenység és az immunesttermelés között, akkor helytelen ezt az érzékenységet a gyors adagolással hamar elpusztítani.

Az adag fokozásának kérdése azonban összefügg azzal a kérdéssel, hogy mit tekintünk reactionnak, azaz a tuberculinérzékenység kifejezőjének. A hőmérsék változásai erre elegendő támpontot nem nyújthatnak, mert nem lehet belőlük következtetést vonni azokra a reactionokra, melyek a megbetegedés helyén mennek végbe s melyek néha vitális fontosságúak is lehetnek, a menyiben például egy — valószínűleg mediastinális mirigy tuberculosishoz szenvedő — gyermekén a helyi reactio, talán a légutak nyomása folytán, aggasztó dyspnoés jelenségeket váltott ki. Ugyancsak a helyi reactio folytán beállott vérbőségnek és duzzadásnak tulajdonít szerepet spondylitis egy esetében a tuberculinkezelés idejével egybeeső gerincezagyhűdés létrejöttében is. Ha e két alkalommal kisebb adagokat alkalmazott volna, a reactio is kisebb lett volna s a fenti tünetek mértéke sem érte volna el e magas fokot. Találkozott kísérleteiben 2^o-ot is kitevő hirtelen hőmérsékcsökkenéssel, egy alkalommal pedig négy éves gyermekén más ok nélkül erectiókat látott.

Észleleteiből általában azt a tanulságot vonja le, hogy a gyermekek több tuberculin-t bírnak el, mint a mennyit eddig adagolni mertek, de azért adódik alkalom, mikor e nagyobb adagok közvetlen veszélyt is hozhatnak. A gyermekek nagy tuberculinérzékenysége az első adagok nyújtása után hamarosan megszűnik. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 5. szám.)

Kabdebo dr.

Húgyszervi betegségek.

A pyelitisről Kapsammer a budapesti nemzetközi orvoscongressuson tartott referáló előadásában következőképpen nyilatkozott: Az izolált pyelitist, vagyis a medenczeleobnak azt az alakját, midőn a pyelon a szomszédos veseszövet nélkül betegedett meg, egyedül csakis boncz-szöveti alapon lehet körjelezni. A pyelonephritis keletkezését illetőleg a haematogen fertőzést kell általánosan szabálynak tekintenünk. Pyelonephritis egyén vizeletében elég gyakori a colibacillus is, de ez még nem jogosít arra, hogy minden esetben őt tartsuk az igazi kórokozónak. Kapsammer szigorúan megkülönbözteti a *pyonephrosis primaer* és *secundaer* alakját. A primaer pyonephrosis tünetei a következők: első a genyedés és csak ezután következik a vesemedence tágulása, az ureter rendesen szűkebb, sőt rövidebb is, a másik vese compensációs hypertrophiája hiányzik. A secundaer pyonephrosisban a pyelon tágulása megelőzi a genyedést, az ureter rendesen tágabb és hosszabb is, legtöbbször már a másik vese is hypertrophiás. Azok a körülmények, hogy idült esetekben a pyelon részéről igen gyakran nem találunk semmiféle tünetet sem és hogy legtöbbször a secundaer hólyagtünetek állanak előtérben, egyrészt az urogen, ascendens fertőzés rendszerességének hamis tanát, másrészt pedig a therapiás nihilismust eredményezte. A hólyagtenesmusval járó kólikaszerű rohamok leginkább acut ureterelzáródásra, míg a tenesmus nélküli rohamok acut medenczeefeszülésre jellemzők. Pontos diagnoszt csak az ureterkatheterismus adhat; ez utóbbi azonban csak azt mutatja meg nekünk, hogy melyik a beteg oldal; de hogy mennyire terjedt már e bántalom a veseszövetbe, és hogy milyen súlyos a betegség, arról viszont az újabb vesefunctionális vizsgálati módszerek elég alaposan tájékoztatnak minket. A therapiát ugyancsak az ureter-katheterismus igen hathatósan támogatja, bár ez utóbbit mindig igen szabatos javulatok alapján szabad csak végeznünk. (Zeitschrift für Urologie, IV. kötet, 1. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Az ondóutak kiirtásáról ivarszervi gümőkór eseteiben ír Victor Pauchet. Aránylag elég rövid idő, vagyis alig másfél év alatt 5 férfibetegén volt kénytelen az ivarszervi gümőkór gyógyítását sebészi beavatkozással megkíséríteni; a műtétek eredményéről illetőleg az operálás módjáról a következőkben számol be. Nem is olyan ritka eset, hogy a mellékherék, az ondóvezető erek, az ondóhólyagok és a prostata valamennyien együtt már mind beleestek a gümőkóros folyamatba, ilyenkor az egyetlen észszerű eljárás az, hogy ezeket a szerveket mind ki kell irtani. A castratio ugyanis nem fogja többé a többi szerv spontán gyógyulását eredményezhetni. A szerző ezt a radikális műtétet egy ülésben, de 3 irányból, úgy mint a lágyéktájra, a herezacskóra és a gáttájra történt bemetszésekkel végzi. A szerző igen érdekes közlésében először is behatóan ismerteti az ő sebészi eljárását, másodsorban részletesen tárgyalja azon anatómiai leleteket, melyekhez a műtét nyomán jutott, végül pedig e műtétek eredményéről számol be. Mind az öt esetben tökéletes gyógyulást ért el. A szerző szerint igen csekélyek a műtét közvetlen veszélyei, de csak úgy, mint bármelyik gümőkór miatt végzett műtét után, úgy itt is később általános tuberculosis (acut tüdő-, miliaris tuberculosis, meningitis tuberculosa) támadhat. A műtét után húgypólyok fennmaradhatnak ugyan, de ezek rendesen néhány hónap alatt begyógyulnak. A sebek begyógyulása után a betegek közérzete rendszerint feltűnően javul. Ez esetben, ha az egyik herét meghagyhattuk, a betegnek megmarad a potenciája is, bár a nemzőképességét elvesztette. (Annales des malad. des org. génitourinaires, 24. sz.)

Drucker Viktor dr.

Venereás bántalmak.

Milyen feltételek mellett engedhető meg a syphilitikus egyéneknek a házasság? E kérdésre a nevesebb külföldi syphilidologusok egy részének a válaszát már a közel múltban ismertettük e rovat hasábjain. Most folytatjuk ezt az ismertetést, de csak azokra a válaszokra térünk ki, a melyek a legismertebb szakemberektől erednek.

Gaucher (Páris) csak az átlagos, közép súlyosságú syphilisre tér ki. A levest legszívesebben sublimatos pilulákkal (naponta 0.02 gramm) kezeli. Követeli, hogy a beteg 4 évig kezelés alatt álljon s ezalatt még akkor is végezzen kúrát, ha nincs is lueses

tünet. A kezelés menetét elég sablonosan ajánlja. Az első évben az első kezelés 2 havi pilulás kúrából áll, mely után 2 havi szünet következik. Ezután mindig 1 havi pilulás kúra után 2 havi szünetet rendel. A 3. évben 3 havi pilulás kezelés után mindig 3 havi szünet következik. A 4. év folyamán 1 havi kúrára 6 hónapig tartó szünet esik. Ha a szünetes időben is vannak tünetek, akkor természetesen ugyancsak kényszerűs kezelésre kerül a sor. *Gaucher* a házasságot csak az 5. év végén vagy a 6. esztendő elején engedi meg s azt is csak akkor, ha előzetesen már legalább is egy esztendeig tünetmentes volt a beteg.

Hallopeau (Páris) a spirochaetavizsgálathoz is köti a házassági engedélyt. Véleménye szerint az engedély megadása előtt szükséges, hogy a betegnek a vérét és a spermáját spirochaetákra megvizsgáljuk. Az utóbbi vizsgálatot különösen akkor követeli, ha a here is bántalmazva volt. Positív pallida-lelet esetén a házasságot legalább 7 hónapra ki kell tolni. A házasság előtti utolsó kúrát nemcsak kényszerűs és jodkalival végezteti, hanem kombinálja atoxyllal is.

G. Thibierge (Paris) a házasságot orvosi szempontból megengedi, ha a következő feltételeknek tettünk eleget. 1. Az infectio ideje legalább 4 évre terjed vissza. 2. Legalább 2 év óta a lueses tünetek teljesen hiányzanak. 3. A kényszerűs kezelés legalább 2 éven át folyt és pedig rendszeresen és elegendő magas adagokban. *Thibierge* ezt a tanácsát csak úgynevezett könnyű és középsúlyos syphilis-esetekre vonatkoztatja. Azokban a súlyosabb esetekben, a melyekben egyrészt a recidivák egyre visszatérnek, másrészt pedig az idegrendszer és a belső szervek is megbetegedettek látszanak, a kezelésnek erőteljesebbnek, az észlelési időnek pedig hosszabbnak kell lenni. A syphilises nők még szigorubb orvosi kezelést és felügyeletet igényelnek. Kíváncsú ezért, hogy az infectio ideje és a házasság között legalább 6 esztendő álljon, hogy a tünetmentes állapot már 4 éve tartson és hogy végül a rendszeres antilueses kezelés is 4 évig tartott legyen. *Thibierge* is szükségesnek tartja, hogy a házasságot közvetlenül megelőzően a lueses egyén még egy kényszerűs kúrát végezzen.

Mendes da Costa (Amsterdam) nagyon fontosnak tartja ugyan a sokáig és rendszeresen végzett antilueses kúrát a gyógyulás és a házasság szempontjából, de azért még nagyobb súlyt helyez a jó általános egészségi állapotra. Megtiltja a házasságot a következő esetekben: 1. ha a lues legalább is nem 4 esztendő, 2. ha az első 2 esztendő után a lueses egyén egészségi állapota nem tökéletesen kielégítő, 3. ha a recidivák a 3. évben is még egyre ismétlődtek vagy súlyosabb alakban jelentkeztek és az utána következő 5—10 éven át a beteg általános testi jóléte tökéletesen zavartalan nem volt.

De Amicis (Nápoly) néhány igen rossz tapasztalás alapján meglehetősen szigorúan kezeli a házasság kérdését. A következő szempontoknak a figyelembe vételét követeli: 1. A lues legalább már 5 esztendősen legyen. 2. A kényszerűs és jodos kezelés ezen idő alatt kielégítő legyen. Recidivának pedig legalább már 4 év óta nem szabad mutatkoznia. 3. Az 5. évben mirigyduzzanatok már ne legyenek kimutathatók.

Welander (Stockholm) az intermittáló kezelésnek a híve. A kúrák és szünetek tartamát nem lehet sémásan előre meghatározni, mert tekintettel kell lennünk a kényszerűsnek a szervezetben való remanentiájára, továbbá a kezelési eljárás minőségére. A leghatásosabb kezelés tapasztalása szerint az oldhatatlan sókkal végzett injectiók kúra. Még ezzel a leghatásosabb eljárással is szükséges azonban, hogy a kezelés az utolsó tünet után is még legalább 3 évig tartson. A házasságot csak akkor engedi meg, ha a kezelés legalább 4 évig tartott, az utolsó tünet óta pedig legalább 2 esztendő telt el. A lueses nők házassága még szigorubb feltételekhez van kötve. Minthogy a házastárs fertőzése még ilyen nagy vigyázat mellett sem zárható ki tökéletesen, leghelyesebb, ha az orvos a betegét az esetleges bajokra figyelmezteti.

Lesser (Berlin) a beleegyezését adja a házassághoz, ha a lues tartama legalább 5 esztendősen s ha ezalatt az antilueses kezelés kifogástalanul végeztetett.

Blaschko (Berlin) véleménye szerint nem lehet az orvos feladata, hogy a házasságot megengedje vagy megtiltsa. Az orvos a betegnek csak a szakértője és tanácsadója lehet. A syphilises egyének a házasságra való rátermettsége a következő 3 körülmény alap-

ján szenvedhet csorbát: 1. a fertőző képessége miatt, 2. azon lehetőség miatt, hogy beteg utódokat hoz létre, 3. a csökkent életképessége miatt. Az első ponthoz *Blaschko* a következő tanácsát fűzi. Határozott engedélyt a házasságra az orvos sohasem adjon, mert bizonyos esélyek a lueses egyének házasságában mindig előfordulhatnak. Legjobb, ha kijelenti, hogy az infectio utáni 5—6. éven túl a fertőző képesség a minimumra szorul, s így a patiens dolga, hogy ezt az aránylag igen csekély eshetőséget magára vállalja-e a házasságkötéssel. A második pontra nézve *Blaschko* tapasztalása azt mutatja, hogy a bajnak az utódokra való átvitelére nézve az esélyek sokkal gyorsabban szűnnek meg, mint például a házastárs fertőzésének az esélye. Átlagosan már 2—3 esztendő után. Ez a 3 év tehát a minimum, a melyen túl a lueses egyén házasságot köthet. A harmadik pontra nézve figyelembe kell venni, hogy a lueses egyének halandósága általában nagyobb, mint a többi emberé. Ezt a „túlhalandóságot“ („Übersterblichkeit“) *Blaschko* számokban is igyekszik kimutatni. Mindezek alapján vannak olyan lueses egyének, a kiknek fokozott a felelősségérzetük és lemondanak a házasság gondolatáról. Az ilyeneknek vigasztalóan mondhatjuk, hogy a nagyvárosi életben akárhány nem lueses egyén más úton is megszerezheti a csökkent vitalitását. A gyakorlatban azt találjuk, hogy aránylag igen kevés bajt okoz az a patiensünk, a ki az infectio utáni 4—5. évben lép házasságra. Persze szükséges ilyenkor, hogy az illető legalább 2 év óta már tünetmentes legyen és különben is ép ér- és idegrendszerrel bírjon. *Blaschko* érdekes fejtegetése közben igen helyesen utal arra is, hogy mennyire hibás, ha olyan nagy különbséget teszünk a házassági engedély és általában a nemi érintkezéshez való concessio között. Jogilag és erkölcsileg a tilalom kérdése mindenkor ugyanaz marad az extramatrioniális nemi érintkezésre nézve is.

Neisser (Breslau) azon a véleményen van, hogy a lueses egyének erkölcsi kötelességévé kell tennünk, hogy a jövődöbéli házastársának tudtára adja a betegségét. Minthogy a lueses egyén mégis csak bizonyos risicóval lép a házasságba és esetleges súlyosabb bajok későbbben is jelentkezhetnek, a melyeknek terhe nagy mértékben sújtja a feleséget is, csak jogos az a követelmény, hogy a nő ezekről az eshetőségekről már a házasság előtt némiképpen tájékozva legyen. Olyan esetben, a melyben külső ok nélkül a terhesség megszakad, az asszonynak az antilueses kezelése még akkor is felette indokolt, ha a luesnek klinikailag nyomát sem találjuk rajta. A házassági engedély megadásának kérdésében *Neisser* a *Wassermann*-féle seroreactionnak is juttat bizonyos szerepet. A házasságra a legrövidebb terminus a befejezett három esztendő. Feltétlenül szükséges, hogy az utolsó secundaer jellegű recidiva és a házasság között legalább 1—2 esztendei tünetmentes idő álljon. Tertiaer jellegű recidivák esetén nem szükséges ez a szigorú követelmény, de azért kíváncsú ilyenkor is, hogy a lueses egyén a házasság előtt még néhány kiadós kényszerűs-arsenes kúrát végezzen. Mindenkor fontos, hogy a luest kezdettől fogva a legerélyesebben kezeljük, még pedig 3—4 éven keresztül rendszeresen, intermittáló módon. A kezelés álljon kényszerűs, jodos és arsenes kúrák kombinálásából. (*Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*. 1910. X. kötet, 9. füzet.) *Guszman*.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Arteriosclerosis eseteiben *Sidney H. Hall* az eustenin használatát ajánlja, mint a mely 51% theobromint és 43% jodnatriumot tartalmaz. $\frac{1}{2}$ gramm adagokban rendelkezhető, háromszor naponként. (*Medical Press and Circular*, 1909. 3679. sz.)

Aperitol. Idült székrekedés eseteiben elég gyakori, hogy a bél bizonyos részeiben görcsös összehúzódás van, a közbeeső részekben e miatt a béltartalom felhalmozódik, e részek kitágulnak és atoniássá válnak. Ilyen esetekben tehát czélszerű lehet két olyan szernek a kombinálása, a melyek közül az egyik a belet megnyugtató, a másik pedig a belet izgató hatású. Ilyen combinatio az aperitol, a mely egyrészt mint megnyugtató hatású alkotórészt valerianasavat, másrészt mint izgató hatású komponens phenolphthaleint tartalmaz. *Baedecker* tapasztalatai szerint idült székrekedés eseteiben ezzel a szerrel sokszor nagyon jó eredményt érhetünk el. Fájdalmat még olyanoknak sem okoz, a kik a legenyhébb

hashajtók használata után is hasfájást kaptak. Nagy előnye állítólag az is, hogy a megszokásától nem kell tartani, sőt ellenkezőleg, az adag nagyságát lassanként csökkenteni lehet, a nélkül, hogy a hatás elmaradna. (Zentralblatt für die gesamte Therapie, 1909. 11. füzet.)

Az ovogallal, a mely nem más, mint marhaepe összekötése tojásfehérjével, már mások is végeztek részint állatokon, részint emberen kísérleteket, a melyek e szernek epehajtó hatására utaltak. Újabban *Eichler* és *Latz* a berlini egyetem poliklinikájának laboratóriumában szintén kísérletezett az ovogallal; az eredmény teljesen megerősítette mások eredményeit, úgy hogy az ovogal csakugyan ajánlható mindazon esetekben, a melyekben az epeelválasztás fokozása kívánatos. (Archiv für Verdauungskrankheiten, XV. kötet, 5. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1910. 1. füzet. *Vámossy Zoltán*: A máj-nuclein alkaloid kötő képességéről. *Mansfeld Géza*: Narkosis és oxigenhiány. *Molnár Béla*: Kötnek-e complementet a praecipitáló savók nem specifikus alkoholos kivonatokban. *Molnár Béla*: Illó zsírsavak az ember vizeletében.

Gyógyászat, 1910. 11. szám. *Inrédy Béla*: Az epeutak lobjáról és orvoslásáról. *Uhl Gyula*: A hivatalban alkalmazott nők megbetegedéseiről.

Orvosok lapja, 1910. 11. szám. *Tolnai Bertalan*: A fogfájásról.

Budapesti orvosi újság, 1910. 11. szám. *Bodon Károly*: Néhány szempont a cukorbetegségek kóroktana és kezelése köréből. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Nádory Béla*: Genitalis vérzések a terhesség, a szülés és a gyermekágy idejében. *Hollaender Jenő*: Az élő magzat perforációja a vallási felfogással és jogi gyakorlattal szemben.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Bartos György* dr.-t a belügyminister a szombat-helyi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosává nevezte ki. — *Kiray Arisztid* dr. szepesváraljai orvost Szepes vármegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Megbízás. A belügyminister *Heinrich Béla* dr.-t a rimaszombati állami gyermekmenhely igazgató-főorvosá, *Kertész Béla* dr.-t a szombat-helyi és *Fodor Ödön* dr.-t az aradi állami gyermekmenhely másodorvosi teendőinek ellátásával bízta meg.

Választás. *Schönfeld Manó* dr.-t Mátyásföldön, *Ascher Kálmán* dr.-t pedig Fehérgyarmaton községi orvossá választották.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetem orvosi karán. Megválasztottak: Az I. sz. nőklinika: *Wenczel Tivadar* dr. I. tanársegédnek, *Avarffy Elek* dr. poliklinikai tanársegédnek, *Horváth Mihály* dr. II. tanársegédnek, *Csuhány János* dr., *Scherer Sándor* dr., *Szénágy József* dr. díjas gyakornoknak (valamennyi újraválasztás). A II. sz. nőklinika: *Scipiadés Elemér* dr. adjunctusnak. A III. sz. belklinika: *Királyfi Géza* dr. díjas gyakornoknak, *Bárony Tivadar* dr., *Ország Oszkár* dr., *Engelsmann Ernő* dr. gyakornoknak. A szemklinika: *Guth Antal* dr. és *Rosenfeld Miksa* dr. díjas gyakornoknak. Az elme-klinika: *Winter Ferenc* dr. díjas gyakornoknak (újraválasztás). A gyógygyógyászati intézet: *Peregi István* gyakornoknak. A száj- és állorvosi intézet: *Faiszl Ferenc* dr. díjas gyakornoknak (újraválasztás). A bőrkórtani intézet: *Levitzky Károly* dr. gyakornoknak (újraválasztás).

Utazási ösztöndíj. *Scherer Ferenc* dr. az 1910/11. tanévre 2000 koronás Schordann-féle utaztató ösztöndíjat nyert.

A tiszti orvosi vizsgát Budapesten legközelebb április 18-án kezdik. Az előkészítő tanfolyam március 21-én veszi kezdetét a belügyministerium egészségügyi intézetében (Budapest, I., Országház-utca 30). Bővebb felyilágosítást nyújt *Kaiser Károly* dr., belügyministerium.

Az „Orvosi Gyógyház” Franzensbadban úgy mint tavaly, az idén is f. é. május havában 10 ingyenhelyre pályázatot hirdet. Ezen ingyen-helyek szabad lakásra, ingyenes gyógykezelésre stb. jogosítják fel az orvosokat és családtagjaikat. Pályázók legkésőbb f. é. április hó közepéig fordulhatnak a fent nevezett egyesület elnökségéhez Franzensbadban.

Nemzetközi tuberculosis-congressus. Jövő évben tartják Rómában a nemzetközi tuberculosis-congressust; elnöke: *G. Baccelli*, főtárgya: *Ascoli J. Khuen-Héderváry Károly* gróf, a belügyministerium vezetésével megbízott miniszterelnök felhívta a kir. orvosegyesület tuberculosis-bizottságát, hogy alakítsa meg a nevezett congressus magyar nemzeti bizottságát. Ez a bizottság a napokban alakult meg, még pedig elnök lett: báró *Müller Kálmán* dr., alelnök: *Bókay J. dr.*, *Dollinger Gy. dr.*, *Fáy A. dr.*, *Havas A. dr.*, *Hutyra F. dr.*, báró *Korányi S. dr.*, *Liebermann L. dr.*, *Magyarovits M. dr.*, *Preis H. dr.* és *Tóth L. dr.*, jegyző: *Jassniger Károly* dr. és *Szegedi-Maszák Elemér* dr., pénztáros: *Irsay Artúr* dr.

A budapesti orvosi kör országos segély-egylete pénztárába tagdíjat fizettek: *Noel Jakab*, *Lichtmann Samu*, *Baumhorn Armin*, *Weisz-*

baum Samu, *Weisz Jakab*, *Cserháti Mór*, *Bodon Károly*, *Demkó Béla*, *Fejér Gyula*, *Fábián Béla*, *Parkas Elemér*, *Groák Ernő*, *Weisz Ferenc*, *Adler Alajos*, *Szász Hugó*, *Schmidt László*, *Rosenberg Jenő*, *Reichenfeld Márk*, *Ofner Oszkár*, *Neuwirth Gusztáv*, *Nádas Lipót*, *Mátrai Gábor*, *Minich Károly*, *Mayer Árpád*, *Hirtenstein Leó*, *Királyfi Armin*, *Jacobi József*, *Dévai Mór*, *Dach Sándor*, *Dénes Mihály*, *Engel Gusztáv*, *Gadány Lipót*, *Adler Zsigmond*, *Wahrmann Simon*, *Villányi Béla*, *Schatz Róbert*, *Schwarz József*, *Sági Lajos*, *Pólya Jenő*, *Kosztka Emil*, *Planer József*, *Nagy Albert*, *Bartha Gábor*, *Gebhardt Ferenc*, *Detre László*, *Maros Mór*, *Ötvös József*, *Feleki Sándor*, *Hámorszky Oszkár*, *Olariu Valér*, *Jászi Ferenc*, *Klasz Pál*, *Zemplén vármegyei orvos-gyógyszerész-egylet*, *Kádár Gyula*, *Kirz Mór*, *Székely Dezső*, *Kovács Bálint*, *Keith Károly*, *Markovich Sándor*, *Pécsvárady József*, *Papp Gábor*, *Steiner Ignác*, *Schwarz Alajos*, *Eöördögh Oszkár*, *Kun Izidor*, *Póka Dezső*, *Schwarz Sándor*, *Köszter József*, *Pásztor Dezső*, *Hertzka Adolf*, *Bátori Dániel*, *Abt Alfréd*, *Baltazar Géza*, *Braun Gyula*, *Blum Róbert*, *Clementis Géza*, *Czobos Károly*, *Dragits Imre*, *Disida Sándor*, *Deutsch József*, *Erdős Emil*, *Engel Ignác*, *Fodor Aladár*, *Feles Adolf*, *Ferenecz Ignác*, *Fischer Miksa*, *Frommer Ignác*, *Gáli Adolf*, *Goldman Béla*, *Gergő Samu*, *Görgényi Károly*, *Jánossy Gyula*, *Klinger Zsigmond*, *Gélyi Dezső*, *Kerekes István*, *Kenessey Aladár*. Budapest, 1910. március 1-én.

Katona József dr., pénztáros.

Kisebb hírek külföldről. *Senator* tanár, címzetes r. tanár és a belorvosi poliklinika igazgatója Berlinben, nyugalomba vonul. — A Sunlight-szappan gyártója *W. H. Lever* azt a 102,000 fontnyi összeget (2,448,000 korona), a melyet kártérítés fejében a sajtóbírósg ítélete alapján a Daily Mail című újságtól kapott, a liverpooli egyetemnek adományozta. — A Bollinger tanár halálával megüresedett müncheni kórboneczolástani tanszékre *M. Borst* tanárt nevezték ki Würzburgból.

Meghalt. *Pflüger* tanár, a világhírű bonni physiologus, e hó 16-án, 81 éves korában. — *Ogata* dr. Osakában, 67 éves korában. Az elhunyt Japán egyik legjelesebb orvosa volt; ő alapította az osakai orvosi tanintézetet s a japán Vörös-kereszt egyesületet.

Lapunk mai számához **Knoll & Co.** ludwigshafeni cég „**Styptol-Knoll**” című prospectusa van csatolva.

Mai számunkhoz a **Dr. Scheuble R.** és **Dr. Hochstetter** vegyi gyárának (Tribuswinkel Baden mellett, Alsó-Ausztria) „**Novojodin**” című prospectusa van mellékelve.

A jodlecithin Richter újabban a már forgalomban lévő **0-10 jodlecithin-tartalmú** pilulákon kívül mint **Tablettae Jodlecithini Richter 0-25** is forgalomba kerül Peritz dr. vizsgálatai (Münchener medizinische Wochenschrift, 1910. 6. szám) kimutatták, hogy a lues toxinjai a szervezet lecithinjét megkötik és a szervezetet lecithinben szegénynek teszik. Kitűnően válik be ilyen esetekben a jodlecithin Richter, mert egyrészt a szervezet lecithinszegénységét pótolja, másrészt kifejti az antilueses hatású jod tulajdonságait. Arteriosclerosis eseteiben mint prophylacticum válik be jól a jodlecithin Richter. Rendelési forma: Pilulae Jodlecithini Richter 0-10, vagy Tablettae Jodlecithini Richter 0-25.

Dr. Jakab-féle Ligetsanatorium

Budapest, VI., Nagy János-utca 47. sz. (A Városliget közvetlen szomszédságában.) Diéta, diagnosztikus, physikotherapiás sanatorium.

Budapesti ZANDER-gyógyintézet

VIII., Múzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javalatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szivbajok, bronchialis asthma (villamos fény-fürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgörbülések.

Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

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

Tamássy Park-sanatoriuma

DUNAHARASZTIBAN, Pestmegye. Intézet orvos: **Somossi Lajos** dr. Alkohol-, morphi-, nicotinelvonás.

Orvosi laboratórium és cukorbetegyek tolerantiájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogen-tér). Telefon 26-96.

Elektromágneses intézet Budapest, VII., Városligeti Fásor 15. sz. Gyógytényezők: D'Arsonval-, Elektromágnes-, Sim-soidal-, Galvan-, Farad-, Franklin-, Leduc-áram. 4 cellás villanyfürdő. V. forróleghűs. Vibr. massage. Prospectus. Vezető orvos: **RÉH BÉLA** dr.

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

Dr. GARA GÉZA, Meran. SANATORIUM. PROSPECTUS.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1910 márczius 24.-én.) 219. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (VII. rendes tudományos ülés 1910 február 19.-én.) 200. l. — Szegedi Orvos-egyesület. (1909 október 13.-án tartott szakülés.) 221. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 221. lap.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1910 márczius 14.-én.)

Elnök: **Entz Géza.**

Jegyző: **König Gyula.**

Orvosi érdekű tárgy volt:

Ónodi A. levelező tag „A koponyaüregek és az agy-nak feltárása az orrüregén át” című monografiájának bemutatása. Az érdekes és gyakorlatilag fontos kérdés orvosi részét más helyen fogja ismertetni, itt csupán bemutatja sebészeti-boneztani készítményeinek fényképfelvételeit és idevonatkozó vizsgálati eredményeit, melyek boneztani alapját alkotják a koponyaüreg megnyitásának az orrüregén át, az agyvelő egyes részei feltárásának és az exploratív agypunctiónak. A homloküregek viszonyát a homloklebens domborulatához és alapjához, valamint az ikéből viszonyát az agyvelő alapjához, a chiasma területéhez és a hypophysishez illusztrálják ábrái. Az eddig észlelt 90 nasális eredetű agytályog eset közül, minthogy nagyobb részük csak a bonezasztalon lett kimutatva, a homloküregeken át való beavatkozással eddig 9 eset lett meggyógyítva; a hypophysis daganatai nasális úton az ikéből megnyitásával eddig 11 esetben lettek eltávolítva, több szerencsésen gyógyult esettel. A chiasma területében levő genyfelhalmazódás egy esetben lett kiürítve, a beavatkozás eredménye a vakság megszűnése volt, de öt nap múlva meningitis támadt. Az extra- és intradurális genyfelhalmazódások, az agytályogok, a hypophysis-daganatok és az idegen testek megközelítését, kiürítését és eltávolítását az orr melléküregein át, valamint ezen sebészeti beavatkozások boneztani alapját tartalmazza monografiája, melyet 100, felerészben színes ábra illusztrál és mely egyidejűleg német és angol nyelven is megjelenik.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1910 február 19.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Rotter Henrik.**

Az elnök az ülést megnyitva, a többi között a következőket mondja: A mint méltóztatnak tudni, azon tudósok, a kiket a Nemzetközi Orvoscgressus alkalmával levelező tagokul választottunk, levélben köszönték meg az őket ért megtiszteltetést. Brauer tanár azonban személyesen óhajtott megjelenni és székfoglaló előadást tartani, a mely ajánlatát az igazgató tanács örömmel fogadta. A midőn ezért Brauer tanárt körünkben őszintén üdvözlöm, kérem legyen szíves bejelentett előadását megtartani.

A tüdőbetegségek sebészi orvoslásának tudományos elvei, javalatai és eredményei.

Brauer Ludolf levelező tag (Marburg): A tüdőbetegségek sebészi kezelésének határterületét három eszme állította új világításba: a nyomáskülönbségre alapított eljárás, a tüdőcollapsus-gyógymód és a Freund-féle tan a mellkas operálásáról a légzés-típus megváltoztatása végett. Ezen eszmék a diagnostikai eszközök szaporodtával megvetették az új fejlődés alapját.

Előadásának első felében a tudományos részzel foglalkozott. A diagnosis megállapítása végett gyakorlatilag átvették a fizikai vizsgálómódokat és a Röntgen-vizsgálatra igen nagy súlyt helyeztek. Ez utóbbi különösen jó szolgálatot tett a tüdő magjának felismerésében, a mely a mélyebb rétegek fizikai vizsgálatának útjában álló 2—3 cm. vastag tüdőköpenytől megkülönböztetendő. A Röntgen a lefolyt, inactiv folyamatokat, a vastagabb hörgők bántalmait, a mediastinális daganatokat pontosan jelzi (különösen a stereoskopos felvétel) és szigorúan ellenőrzi a többé-kevésbé subjectív fizikai vizsgáló methodusokat. A vizsgálat leletét kiegészíti a tüdőbonezolás technikája, mely a tüdő retractióját lehetetlenné teszi az által, hogy a mellkas megnyitása előtt beledugott parafadugó

körül lekötjük a tracheát, a jobb szívkamarából kifeeszkendezzük az art. pulmonalison át a tüdőt és formalinnal rögzítjük in situ a szervet.

Kitér ezután a tüdőoperációk veszélyeire. Ezek közé tartozik a köpetaspiratio, a tüdővérzés, a mellhártyafertőzés, a tüdősipoly, főként a hirtelen halált okozó légembolia és az operálás okozta pneumothorax. Ez utóbbin segít a Sauerbuch ideája, a nyomáskülönbségre alapított eljárás. És pedig vagy a mellkas felett a légkörinél alacsonyabb, vagy a légutakban a légkörinél magasabb nyomás hozatik létre. Az előadó inkább a magasabb légnyomás mellett van. A légnyomáskülönbségre alapított eljárás a tüdősebszetben jobb feltételeket hozott létre, főként egyszerűbbé tette a sebészi eljárást. A másik új elv a tüdőbetegségek gyógyítása tüdőcollapsussal, mely a collabált és nyugvásba hozott tüdőben létrejött megváltozott épületi viszonyokat észleltudatosan használja fel gyógyító folyamatok megindítására és fenntartására.

Három tényezőn alapszik a hatás. Először feszteleníti és nyugalomba hozza a tüdőt. Ezáltal megváltozik a beteg tüdő vérkeringése és pedig vérpangás áll elő. Nem áll elő azonban általános vérkeringési zavar, mert a másik tüdőben még bőven van hely az összes vérmennyiség számára és így a jobbszív nem terheltetik meg.

Hasonlóképpen a nyirokáramlás is kisebb fokú. A nyirokáramlás kisebb foka vagy megállása folytán a felszívódott toxinok és csirák helyben maradnak és nem hurezoltatnak szét az egész szervezetben.

Hat a tüdőcollapsus a köpet kiürülésére is. Meggátolja a köpetpangást és köpetszétesést. A köpetaspiratio, mely a folyamat továbbterjedésére igen nagy befolyással bír, nyugodt tüdő mellett elmarad.

Harmadik tényező az a lehetőség, hogy a kóros tüdőrézlet zsugorodhatik, a mit eddig a szilárd mellkasfal meggátolt.

Legjobban és legkevésbé veszélyes módon hozzuk létre a tüdőcollapsust és hozzuk nyugalomba a tüdőt az által, hogy pneumothoraxot idézünk elő. A légzés mechanizmusát operative befolyásolta Freund tanítványaival együtt. Eredményeivel, melyek emphysema és tüdőtuberculosis eseteiben kiválóak, alább foglalkozunk.

Ezután méltatja a Killian-féle bronchoskopiát.

Előadásának második részében a gyakorlati eredményekkel foglalkozik. Tumorok könnyen hozzáférhetők. Idegen testeket bronchoskopiával lehet és kell eltávolítani. A pneumotomiához csak akkor nyúlunk, ha másként nem férünk hozzá, vagy ha már genyedés indult meg. De előbb mindig meg kell kísértetni az enyhébb eljárásokat. Ezek közé tartozik annak meggátolása, hogy idegen testek mélyebbre hatoljanak, a mit főként az erőszakos belégzés idéz elő. Tehát nyugodt légzést kell létrehozni, ha másképpen nem, erősebb morphiomadag befecskendezésével. Ezután meg kell próbálni kiköthetőt az idegen testet. A felső testet erősen súlyesztjük, hogy a tüdő önműködőleg tisztuljon. Ez genyedő tüdőfolyamatokban is végrehajtható.

Bronchostenosis eseteiben az egyszerű drainage felmondja a szolgálatot, Killian dilatációt vagy intubációt ajánl.

A nem specifikus tüdőgenyedések közül a heveny tüdőgenyedés és tüdőangraena gyakran spontán gyógyul, a mennyiben a váladék a bronchusokon át kiürül; de néha nem gyógyul belorvosi úton és ilyenkor a tüdő alsó lebenyében készített széles tüdősipoly igen jól beválik.

Tüdőtályog esetén, ha a belorvosi kezelés csütörtököt mond, a pneumotomiától nem kell visszariadni.

Tüdőangraena esetén még inkább javult az operálás; a sebészi eredmények nagyon biztatók, az igen fontos lokalizálás azonban nehéz.

Az idült tüdőgenyedések közül a bronchitis putrida, az idült tályogok, a hörgő-tágulatok és a tüdőöszök gyakran javulnak a sebészi beavatkozással. Szóba jöhet: 1. tüdőcollapsus, pneumothorax

és bordacsonkolás, 2. bronchiális fistula bordaresectióval vagy a nélkül, esetleg a kóros gócz széthasogatása, 3. jókora tüdőesonkolás, esetleg az előbbi eljárásokkal kombinálva.

Kimerítően foglalkozik azután az előadó a mellkas behorpasztásával és ennek eredményeivel.

A kiterjedt egyoldali tüdőtuberculosis az, a melyben a tüdőcollapsus-therapia főként érvényre jut és pedig mindkét formája: a pneumothorax és az extrapleurális thoracoplastica. A pneumotomiának a tüdőtuberculosis, főként pedig a cavernák ellen semmiféle haszna sincs. Szükséges a pneumothorax akkor, ha a pontosan észlelt és kezelt beteg semmi más módon nem gyógyítható. Őva int a korai operálástól. Jogosult a beavatkozás, ha a másik tüdőben activ vagy kiterjedt folyamatok nincsenek. Kivihető a műtét, ha kiterjedt összenövésnek nincsenek.

A kedvező befolyása a légmellnek abban áll, hogy a vérkeringés és a nyirokkeringés lassul, majdnem pang és így a toxin helyben marad, a szervezet tehát mérgegtelenítettik.

Esetek illusztrálják az eljárás helyességét. Sikere az eljárásnak attól függ, hogy milyen pneumothoraxot sikerül létrehozni. Spengler és a szerző eredményei 40 esetben, melyet ők operáltak, a következő: 45%-ban igen jó az eredmény, 17%-ban jó az eredmény, 15%-ban elégséges, 15%-ban „elégtelen” volt az eredmény és 71/2% (3 eset 40 közül) meghalt.

Az extrapleurális thoracoplastica csakis mellhártyaösszenövés esetén javalt. Friedrich így hajtja végre. A Schede-féle thoracoplastikai metszés a 2—10. bordát szabaddá teszi, ezeket subperiostálisan reszekálja, iparkodik a mellhártyát sértetlenül megtartani, lehántja a periosteumot, eltávolítja a bordaközi izmokat és idegeket. A széles sebet azután lebenynyel fedi.

Eredményei azonosak a pneumothoraxéival, de az eljárás sokkal veszedelemesebb.

A pneumothorax-therapiát a belorvos is üzheti, az extrapleurális thoracoplastica ellenben teljes sebészeti iskolázottságot követel.

A tüdőemphysemát Freund szerint úgy orvosoljuk, hogy a csontos mellkason való beavatkozással (egyik vagy mindkét oldalon reszekáljuk a 2—6. bordát) a légzés-typust megváltoztatjuk és így a légzés-mechanizmust functionálisan befolyásoljuk, míg kezdődő phthisis esetén az első bordaporc átmetésével a felső mellkasnyílást bővítjük és mozgóvá tesszük.

Emphysema eseteiben az eredmények biztatók, kezdődő phthisisben ellenben ezen kezelés ellen komoly aggályai vannak.

Okolicsányi-Kuthy Dezső: A mesterséges pneumothorax létesítése, mint az egyoldali súlyos tüdőgümőkórosok jelentékeny megjavítására alkalmas eljárás, csakugyan minden figyelmünket megérdemli. Első halálára persze elidegenítő, hogy légmellel gyógygyezielből létesítsünk akkor, midőn meg voltunk szokva a tüdőtuberculosis komoly, sőt aggasztó szövödményének tekinteni.

Amde a tudomány haladtával látszólag szilárd elvek is megváltoznak. Ki hitte volna például néhány évtizeddel ezelőtt, hogy az exsudatív serofibrinózus pleuritist, mely a tüdőgümőkór folyamán beköszönt, valamikor még jó szemmel fogjuk nézni, nem fogjuk a lefolyást zavaró szövödménynek tekinteni, sőt hogy egy olyan tapasztalt phthiseoterapeuta, mint Spengler, így fog írni: „Es fehlt uns nach eine erprobte und gefahrlose Methode, um in den Fällen, in denen sich kein Exsudat bildet, ein solches serofibrinöser Natur im richtigen Augenblicke hervorzurufen.”

A ki látott rosszindulatú activ tüdőgümőkórosokat közbejött izzadmányos mellhártyagyulladás kapcsán szinte megfordulni, a malignitáshoz hovatovább a teljes benignitásba átesni, mint azt magam úgy intézeti, mint magángyakorlatomban láttam, az nagyon méltányolni fogja Spengler idézett szavait. Hasonlóképpen nincs okunk a tapasztalatok szaporodtával immár a természetes pneumothoraxot sem ab ovo kellemetlen szövödménynek tekinteni. Olyanforma kellemes meglepetéssel szolgált e részben az újabb idők pontosabb klinikai észlelése, mint a minőt a gümőkór gyógyíthatóságának kérdésében annak idején a kórboncztan szolgáltatott, a midőn figyelmeztetett a tuberculosis gyógyulékonyására. A phthisises légmellesek gondosabb és tartós megfigyelése igazolta, hogy a természetes pneumothorax nemcsak megjavítja a beteg állapotát, de gyógyhajlamot is ébreszt fel ott, a hol nem mutatkozott.

A természet tehát önként megadta, mint már annyiszor, a directívát az embernek: ráutalt a főképpen egyoldali tüdővész-esetekben elég kiméletesen fejlődő pneumothoraxnak nemcsak veszélytelenségére, hanem hasznát hozó voltára.

Benedict Henrik: Hozzászólásom a művi pneumothoraxra vonatkozik. Úgy találtam, hogy az előadó a fény és az árnyék elosztásakor nem élt kellő tárgyilagossággal. Példátlán önmegtagadással mindenütt

az eljárás árnyékoldalait, a javulatok ritkaságát, az esetleg előforduló szövödményeket emelte ki. A véletlen szerencse úgy hozza magával, hogy ezt a képet optimista értelemben korrigálhatom. S minthogy Brauer szerint a művi pneumothorax kérdésében az egyes esetek részletes tárgyalása egyszersmind az eljárás legjobb kritikája, 2 esetről referálok, melyben a művi pneumothorax javulatát fölláttattam és melyben Brauer — miután indicatiómat hosszabb észlelés után helybenhagyta — marburgi magánklinikáján a műtétet végezte is. A betegek azóta folyton szemem előtt vannak, a szükséges utántöltéseket is többnyire én végzem.

Az első esetben a beavatkozás egyenesen életmentőnek mondható. A 23 éves asszonyon 6 hónappal első gyermeke születése után a leghevenyebb tünetek közt tör ki a tuberculosis. Rövid idő alatt az egész bal tüdő destruálva van, kis cavernák képződnek, a köpet állandóan óriási mennyiségű bacillust tartalmaz, rugalmas rostokkal. Másfél évi davosi tartózkodása alatt a lázak esőknek, de nem szűnnek, s míg a jobb tüdőszárny ép, addig a bal tovább romlik. 4 héttel a művi pneumothorax után a beteg láztalan. A miút az azóta lefolyt két év alatt többször meggyőződhettem, a beteg állandóan láztalan és bacillustermentes, csak reggel van kevés köpete. A pneumothorax teljes. A beteg tüdő ökölmekkoraúsra zsugorodott. A nitrogen utántöltése minden akadály nélkül ambulanter végezhető s a mellürben uralkodó nyomás: többlet állandóan néhány mm. Hg. A beteg, ki a tél néhány hónapját Davosban tölti, két év óta kb. tíz kilót hízott. Néhány hónap előtt be-szüntették a pneumothoraxot.

A második esetben nem ment a dolgoz ennyire simán. De éppen ez mutatja, mennyi kitartás kell a beteg és az orvos részéről, ha ezt a kezelésmódot következetesen akarják véghezvinni. A 35 éves férfiban már 6 éves folyamat állott fenn, mely baloldalt egy közbejött s zsugorodással végződött mellhártyaizzadásmány után csekély csúcsrövidüléssel végződött, míg a jobboldali folyamat lassan haladt s két év előtt erősen fokozódván, az alsó lebenyt is megtámadta. Minthogy félévi sanatoriumi tartózkodás után sem mutatkozott javulás, műtetre határozta el magát.

A javulat kissé kétesnek mutatkozott, mert a baloldali folyamatot csak bizonyos valószínűséggel mondhattuk inactívnak s mert a jobboldali folyamat hosszú tartamát tekintve, nem látszott biztosnak, hogy a pleurafürt szabadnak fogjuk találni. Mégis tekintve az eset haladó természetét s a mindenről felvilágosított beteg ritka akaraterjét, Brauer tanár elvégezte a műtétet. A tüdő a csúcson és a diaphragma mediális részén némileg odanőtt, de a nitrogénköpeny oldalt s a mediastinum felől mindenütt három ujjnyi vastagságban körülvette a tüdőt. A beteg láztalan lett, köpete, mely előbb 80—100 cm³ volt naponta, 15 cm³-re kevesbedett, bakteriumok csak minden harmadik vizsgálatkor voltak csekély számmal kimutathatók. A negyedik utántöltéskor beállott az a szövödmény, melyre az előadó szerint az esetek 50 százalékában el kell készülnünk: izzadmány fejlődött, mely hat hétig nőtt, majd rohamosan visszafejlődött, összenövéseket hagyott vissza, melyek a pneumothorax megújítását rendkívül megnehezítették. Jelenleg a pneumothorax a mellkas felső részét foglalja el, az összenövések meg vannak repesztve, s a mellkas alsó részében megtaláljuk az immár nagyon kicsiny, lassan növe, szabadon hullámzó izzadmányt. Időnként lecsapoljuk az izzadmány egy részét s helyébe nitrogént fúvunk. A beteg láztalan, foglalkozását végzi, igen kevés köpetet ürít, kevés bakteriummal; a bal oldal teljesen nyugodt, változatlan. A beteg jól táplálkozik, hizik.

Ezek után nem fognak csodálkozni, ha a módszerrel nagyon rokon-szenvezek. Nem kételkedem, hogy nem egy elveszettnek látszó tüdővést fog visszaadni az életnek és a társadalomnak.

Dollinger Gyula: 14 éves leányt mutat be, a kin 1/4 esztendő előtt baloldali kiterjedt tüdőtuberculosis miatt tüdőcompressiót végezett. A beteg bal tüdejét a tuberculosis majdnem egész kiterjedésében infiltrálta, a mint azt a bemutatott Röntgen-kép mutatja, míg a jobb tüdőben csak kevés elszórt gócz volt. A beteget Jendrassik tanár klinikájáról küldték hozzá. Engel tanársegéd a bal 4. bordaközben a hónaljvonalban talált x-sugaras átvilágításkor olyan helyet, a melyről fel lehetett tételezni, hogy itt nem lesznek pleurális összenövések és azért a hozzászóló e helyen helybeli érzéketlenítésben a mellkast megnyitotta és 500 köbcentimeter nitrogént fújt be, melyből mintegy 200 köbcentimeter kijutott, míg a többi a mellkasban maradt. A kis seb per primam meggyógyult, a kiköpés kevesbedett, majd megszűnt, a lázas hőemelkedések teljesen megszűntek és a leány, a ki a befűvés előtt olyan gyenge és halavány volt, hogy még a kis operatív beavatkozás is kockázatnak látszott, gyorsan erősödött és a műtét óta, vagyis három hónap alatt nyolcaddfél kilogrammot hízott. Dollinger a tüdőtuberculosis ezen compressió gyógykezelése és a tuberculosis izületeknek teljes nyugalomba hozatala között analogiát lát. A tuberculosis izületek gyógykezelése azóta kecséget jó eredménnyel, a mióta a beteg izületet teljes nyugalomba helyezi. Ugyanezt teszi a mesterséges pneumothorax a tuberculosis tüdővel. Még megjegyzi, hogy a bemutatott esetben csak egyszer fújt be nitrogént. A nitrogen itt nem alkotott hólyagot, a melyet x-sugaras átvilágításkor látni lehetett volna, mert valószínű, hogy az az összenövések laza sejtes kötőszövetében vékony rétegekben oszlott szét, a melyeket a tuberculosisosan infiltrált tüdőn keresztül meglátni nem lehetett.

Brauer L.: Vannak esetek, melyekben a rostos összenövések miatt hólyagot nem kapunk, de emphysema jön bennük létre és a tüdőt mégis összenyomja és nyugalomba hozza.

A dosisa a kezdetben pungálható léghólyagnak 0.5—0.75 liter, később lehet még belepungálni. Az időpontot, hogy meddig végezzük ezt, nem lehet előre megállapítani.

Elnök: Tisztelt Kartárs Úr! Van szerencsém önnek az egyesület köszönetét tolmácsolni azért, hogy levelező taggá tör ént megválasztá-

tását azzal honorálta, hogy ilyen nagy útra vállalkozott és nekünk előadást tartott. Fokozzák köszönetünk nagyságát azon gyakorlatilag nagyfontosságú eredmények, a melyeket tudományos búvárlataiból levont és melyeket az imént elhangzott világos, mesteri előadásában velünk közölt. Fogadjon nagy fáradságáért és azon barátságos rokonszenvért, a melyet ezzel irányunkban kimutatott, leghálásabb köszönetünket.

Szegedi Orvos-Egyesület.

(1909 október hó 13.-án tartott szakülés.)

Elnök: Faragó Ödön.

Jegyző: Berger Mór.

Boros József dr.: Előrehaladott tubáris terhesség sikerrel műtött esete.

L. E., 35 éves nőbeteg, ki első ízben július 5.-én vétetett fel a kórházba, menstruációját 14 éves korában kapta meg először; ez azóta rendszeresen jelentkezett két terhességet kivéve, a mely 14 és 12 évvel ezelőtt rendes szüléssel végződött. Pár hónapja veszi észre, hogy a hasában fájdalmak vannak, melyek kezdetben hetenként 1—2-szer jelentkeztek s pár napig tartottak; május 2.-a óta két hétig folytonosan fájdalmak voltak s ezen idő alatt egyik vidéki bábaképezdőben állítólag elvetélt s utána még egy ideig fájdalmakat érzett. Az abortus után állapota javult, menstruációja újból jelentkezett, itteni kezelőorvosa azonban hasában daganatot vett észre, melyet petefészkek-tömlőnek tartott s emiatt operálás végett a kórházba utasította, a hol a következő állapotot találtuk:

Az emlők duzzadtak, nyomásra colostrum távozik, a linea alba festékes, az alhas bal oldala elődomborodó s itt egy gömbölyű, sima felületű, a köldökgig érő, emberfej nagyságú térfogatnagyságú érezhető, a mely kissé mozgatható. A vagina, a portio fel lazult, puha. Kombinált vizsgálatkor az alhasi daganat a méhvel teljesen összefüggőnek bizonyul, tőle nem különíthető el, a daganat kemény, sima felületű, de pontosabb vizsgálat ez irányban nem végezhető, mert a beteg a fájdalom miatt feszíti a hasát.

Mindezek a tünetek rendkívül gyanússá teszik a terhesség jelenlétét, a mi azonban sehogy sem állott összhangzásban a beteg azon állításával, hogy ezelőtt két hónappal elvetélt, holott jelenleg a daganat legalább is 6 hónapos terhességnek felelt meg. Magzati szívhangokat nem hallottunk, magzatmozgásokat a nő nem érzett, éppen ezért a várakozásra határoztuk el magunkat s a műtétet egyelőre elhalasztottuk.

Augusztus 8.-án újból jelentkezett a beteg osztályomon, daganata azóta állandóan egy állapotban van, fájdalmak azonban időközönként felkeresik, még pedig oly mértékben, hogy a beteg szabadulandó tőlük, sürgeti a műtétet. Augusztus 14.-én oly heves fájdalmak támadtak a gyomortájon, a milyenek azelőtt még nem voltak, úgy hogy morphin-injectiót kellett adnunk. A következő napokon fájdalmak ismétlődtek.

A megfigyelés adatait összevetve, teljesen biztos diagnoszt nem tudtunk megállapítani, úgy hogy a diagnoszt alternative myomára vagy terhességre tettük; a rendkívüli fájdalmakat, melyekben a beteg időnként szenvedett, akképpen magyaráztuk, hogy azok vagy a myoma eseteiben többször tapasztalt s az ureterek időnkénti compressiója következtében beálló fájdalmaknak felelnek meg, vagy pedig terhesség esetében a méhen kívül fejlődő petezsák körüli peritonitises folyamatok eredményei.

1909. augusztus 24.-én műtét morphin- (0.01 gm.) chloroform- (15 cm³) narcosisban. Bemetszés a symphysis és köldök között a linea alában. A daganat a nagy csepleszszel és a fali peritoneummal lapszerint összenőtt. Kigördítése csak úgy sikerül, hogy a metszést a köldök magassága fölé egy ujjnyira meghosszabbítjuk. A kigördítés és az összenövés leválasztása után a tömlőszervi daganatnak helyenként kemény, másutt félig kemény részletek tapinthatók (mint elmeszesedett dermoid cysta esetében), a daganat rendkívül vérezékeny. A ligamentum latumot Dechamps-tüvel lekötve és átmetszve, a méh fundusának bal oldaláról könnyen leválik a csaknem férfitenyérynél területen lap szerint odatapadt daganat. A méh férfikölnyénél nagyobb, fala vaskos, puha, egyenetlen tapintatú. Az eltávolított daganat felmetszése alkalmával egy a VII. hónapban levő, nyomás folytán eltorzított, élő magzat emelhető ki. A köldök-

zsinór lekötése után a magzat légzik, de hangot nem ad, $\frac{3}{4}$ óra múlva az élesztési kísérletek ellenére úgy a légzése, mint a szív-működése kimarad. A magzatburkoknak a méhvel érintkező fele alkotta a placentát.

A daganat eltávolítása után visszamaradt, nagyobbára parenchymás vézést — keresve sem találtunk nagyobb eret — teljesen csillapítva, a hasfalat 3 étageban zártuk (peritoneum-varrat tova futó catgut-tal); 1 liter physiologiai konyhasóoldat intraabdominálisan, elsüllyesztett silk, collodium-kötés.

Szeptember 2.-án varratkiszedés, a lefolyás láztalan, a beteg szeptember 18.-án gyógyultan hagyta el a kórházat.

(Folytatása következik.)

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VII. Szakosztály. Sebészet.

(Folytatás.)

VI. A mellkasi szervek sebészetét

Ceccherelli (Parma) nagy rapporttal vezette be a mediastinális tumorok körjelzéséről és kezeléséről. Előadásának foglalata a következő:

1. Mielőtt a mediastinális tumorok igen veszélyes műtéteinek indicatióját felállítjuk, diagnostikai módszereinket a legalapossabban ki kell merítenünk, hogy a tumor kiterjedéséről és természetéről már a műtét előtt pontosan tájékozódhassunk; ha a műtét nem volt a lehető legradikálisabb, a tumor a legrövidebb idő alatt recidivál.

2. A mediastinum anticum tumorai közül a legjobb prognoszt azon tumorok műtete szolgáltatja, melyek csontból indulnak ki s a melyek bordák vagy a sternum resectiójával egész terjedelmükben eltávolíthatók.

3. A mediastinum posticum daganatai közül aránylag legkedvezőbbek az oesophagus újképletei. A legalkalmasabb behatolás Ceccherelli szerint úgy történik, hogy a jobb thorax hátulsó felén osteoplastikus resectiót végzünk; az oesophagusból egész 3 cm. hosszú darabot irthatunk ki, a nélkül, hogy a lumenek egyesítése nagyobb akadályba ütköznék. Az oesophagus kiterjedtebb részeinek resectiója azonban vagy oesophagoplastikát, vagy gyomorsipolyképzést, vagy egyéb palliatív eljárásokat tesz szükségessé.

VII. A sérvek sebészetével

első sorban Tavel (Bern) foglalkozott; referatuma a gyermekek sérveinek kezelését ölelte fel. Tavel kimerítően tárgyalta a sérvek különböző alakjait, azoknak anatómiáját, valamint a különböző műtéti eljárásokat. Kritikáját azon körülmény tette alapossá, hogy majdnem valamennyi módszert maga is megpróbálta.

A műtét indicatiója szerinte mindig fennáll. Nyolcz napos újszülöttet is operált. Inguinális sérv esetében 350-szer, köldöksérv esetében pedig 105-ször operált. A köldöksérv műtétét Tavel úgy végzi, hogy a sérvnek felső szélén harántul bemetsz, a sérvtömlőt a köldökhegnek kiméltése mellett kiválasztja, a heges sérvnyakat körkörösén bemetszi, a nélkül azonban, hogy a peritoneumot megnyitná; a sérvtömlőt ezután torquálja, reponálja, distális részét eltávolítja és végezetül a sérvkapu széleit harántirányban egyesíti; a műtétet csomós bőrvarrattal fejezi be.

Lucas-Championnière (Páris) igen nagy lágyéksérv eseteiben, esetleg igen kövér egyénekben a funiculus spermaticus részekét, miáltal a hasfalnak restructiója tökéletesebb. A mestérségesen készített lágyéksatorna feltételezte locus minoris resistentiae így elesik.

Hücl Erő (Érsekújvár) a Kocher-féle sérvműtétnek módosításáról értekezett. A műtét módosításának lényege: igen rövid bőrmetszés és a sérvtömlőnek elhelyezése Kocher-hez hasonlóan, de „hegnélküli bőr alatt“. A műtétet Schleich-féle érzéstelenítés mellett végzi. 70 esetében a beteg életkora 2—90 év között ingadozott; a gyógyulás átlagos ideje 14 nap volt; recidívát egy esetben sem tapasztalt.

Spitz (Graz) Bassini-műtét után gyermekeken gyakran észlelte a heréknek felhúzódnását. Köldöksérv eseteiben magát a köldököt nem távolítja el.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

83/1910. éh. sz.

Bihar vármegye közkórháza elnebe'eg-osztályánál egy **segédorvosi állás** lemondás folytán megüresedett.

Ezen megüresült s főispáni kinevezés útján betöltendő évi 1400 korona fizetés, valamint lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen segédorvosi állásra gyakorlati orvosi évtűket töltő orvos urak is pályázhatnak.

Felhívom pályázni óhajtó urakat, hogy Bihar vármegye főispánjához címzendő pályázati kérvényeiket okmányokkal együtt hozzám **f. évi márczius hó 25.-éig** adják be.

Nagyvárad, 1910. évi márczius hó 15.-én.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

1087/1910.

Heves vármegye pétervásárai járásához tartozó Parád, Badony, Reesk, Mátradereske, Mátraballa, Mátramindszent, Szuha, Dorogháza, Maczanka és Nagybátöny községekből állóparádi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtó orvostudorokat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **f. évi márczius hó 29.-éig** nyújtsák be.

A választást f. évi márczius hó 31.-én délelőtt 10 órakor a kör jelenlegi székhelyén Parád községében fogom megtartani.

A körorvos javadalmazása 1600 korona fizetés, 200 korona úti átalány. A körorvos tartozik kerületét kéthetenként egyszer beutazni, s az ez alkalommal jelentkező betegeknek díj nélkül, a házaknál látogatásoknál pedig 80 fillér díj mellett rendelni. A kerületek rendezése mielőbb bekövetkezhetvén, azon esetben a kerülethez tartozó községek apasztása áll be.

A mennyiben a körorvos az uradalmi orvosi állást is elnyeri, az uradalomtól 3000 korona javadalmazásban részesül.

Pétervására, 1910. évi márczius hó 7.-én.

Drisnyey Béla, főszolgabíró.

6094/1910. sz.

A budapesti m. kir. állami gyermekmenhely sebész osztályán a **segédorvosi állás** 2400 korona évi fizetés és teljes ellátás javadalmazása mellett azonnal betöltendő.

Pályázatok oklevélmásolattal, esetleg eddigi szolgálatról szóló tanúsítvány-nyal a m. kir. belügyminiszterhez címezve, a menhely igazgatójánál **f. évi márczius 31.-éig** adandók be.

Budapest, 1910. évi márczius 11.-én.

Szana Sándor dr., kir. tanácsos.

a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója.

1065/1910. sz.

A Körösladány községnél lemondás folytán megüresedett **nem ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvények a **f. évi április hó 11.-éig** adandók be hozzám.

Az állás javadalma: évi 1400 korona fizetés, 500 korona lakáspénz s a törvényesen megállapított rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Szeghalom, 1910. évi márczius hó 9.-én.

2-1

Csánki Jenő, főszolgabíró.

804/1910. kg. sz.

Bács-Bodrog vármegye újvidéki járásában Tiszaistvánfalva községben **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi készpénzfizetés s a községtől külön 800 korona évi rendes póték. Továbbá a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított 500 korona lakpénz, látogatási, rendelési, műtét, távolsági díjak, természetbeni fuvar. A szabályrendeletileg megállapított 40 fillér halottkémlesi és hűsvégdíjak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám **1910. évi április hó 1.-éig** nyújtsák be.

Újvidék, 1910. évi márczius hó 2.-án.

3-3

Nikolits Izidor, főszolgabíró.

HIRDETESEK.

:: 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.

Kelelmes izü.

Teljesen tiszta.

Könnyen emészthető.

Vasmentes.

Állandó összetételü.

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

Orvosi szakvélemények, gyógyeredményekről 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

üdít, gyógyít. :: :: Kapható mindenütt.

Budapesti főraktár: VI., Eötvös-utca 44. Telefon 86-35.

Neurolin Balla

(SYR. HYPOPHOSPH-POLYBROMAT)

A LEGMEGHATÁROTT IDEGCSILLAPÍTÓ ÉS ZSÓNGÍTÓ GYÓGYSZER.

FŐBB JÁVALATOK: ÁLMATLANSÁG, HYSTERIA, ANAEMIA, NEURASTHENIA, HYPOCHONDRIA, MELANCHOLIA, CHLOROSIS, RACHITIS, EPILEPSIA.

RENDELÉS: R. NEUROLIN BALLA LAG. ORIG.

ADAGJA: NAPONTA 3-SZOR EGY EVÖKANÁLLAL KEVÉS VÍZBE V. SZÓDAVÍZBE, EVÉS KÖZBEN.

ÁRA EGY ÜVEGHEK 3 KORONA.

KAPHATÓ MINDEN GYÓGYSZERTÁRBAN.

IRODALOM ÉS MINTA INGYEN.

EGYEDÜL KÉSZÍTŐ: **BALLA SÁNDOR** GYÓGYSZERTÁRA ==
HÓMEZŐVÁSÁRHELY.

JENCS-féle „APHTOL“

Haemorrhoidal-kúpok és kenőcs.

Eljárás: Aranyér, végbélfájdalmak és aranyérsomók ellen.

Kipróbálva, bámulatos hatásának bizonyult minden esetben. Fájdalmakat és vérzést azonnal szünteti, a csomókat eloszlatja.

1 doboz kúp ára 5 kor.

1 tégly kenőcs ára 3 kor.

JENCS VILMOS „Fekete Medve“ cz. gyógyszerháza
Budapest, II. kerület, Fő-utca 27. — Telefon 30-89.

NERALTEINUM

(Para - aetoxyphe-nyl - amido-natrium metan-sulfonatum).

Longe optimum Antipyreticum, Analgeticum, Antineuralgicum et Antirheumaticum sine ullo effectu venenoso, in aqua solubile.
In pulvere et tabulietis à 0.5 gm. (lagen. orig.) Dosis: 0.5-3 pro die.
Lepetit, Dollfus & Gansser, Milano □ Wien, IX/2

Pyocyanase,

biológiai készítmény — nem vegyi desinficiens.

Pyocyanase mint bacteriumölő, hártya- és lepedékoldó szer ajánlatos a legkülönbözőbb fertőzések és lobok ellen. Első sorban helyi kezelésre alkalmazzák és therapeutikusan a következő betegségeknél különösen jó eredménnyel alkalmazzák:

A bőr- és nyákhártya fertőző megbetegedéseinél.

Belgyógyászat:	Fülészet:	Nőgyógyászat:
Vörheny-anginák, Anginák, Pharyngitis, Diphtheria. A légutak hurutos folyamatai, Hökhurut, Influenza, Nátha, A nyálkashártyák gyulladásai, Szénaláz, Orr- és torokbajok.	Otitis media. Szemészet: Conjunctivitis, Könytömlőlobok, Szarúhártyalobok és szövödményei. Fogászat: Pyorrhoea alveolaris, Stomatitis, Melléküregfolyamatok.	Lobos folyamatok, Gonorrhoea. Bőr- és nemi betegségek: Gonorrhoea, Eczemák. Sebészet: Tályogok, Panaritiumok, Ulcus cruris, Phlegmonék.

Kivonatok a nagy irodalomból kívánatra rendelkezésre állanak. Erre vonatkozó kívánalmaknál kérjük a különösen érdeklő betegségeket jelezni. —

Csomagolások:

1 karton = 10 ampulla à 1 cm ³	1 üveg à 10 cm ³
1 „ = 4 „ à 2 ¹ / ₂ „	1 „ à 50 „
1 „ = 2 „ à 5 „	1 „ à 100 „

Pyocyanase-Spray.

Kapható minden gyógyszerárban.

Sächsisches Serumwerk und
Institut für Bakteriotherapie, Dresden.

Pyocyanase-osztály.

ERZSÉBET KIRÁLYNÉ. SÓSFÜRDŐ

újonnan átalakítva április 1-én nyílik meg.

Kitűnő gyógy-eredmények főleg női bajoknál.

Elő- és utóidényben mérsékelt szobaárak. Villanyos közlekedés Budapest-Kelenföld. Bővebbet egyszersmind a Király-keserűvizre nézve is a fürdőigazgatóságnál.

Legtisztább, legkényelmesebb bedörzsölési kúra.

MERCUROCRÈME

sec. Dr. Rosenberg.

Bedörzsölés 3-5 percig. Nem piszkítja a fehérneműt. Zsírtalan és szagnélküli.

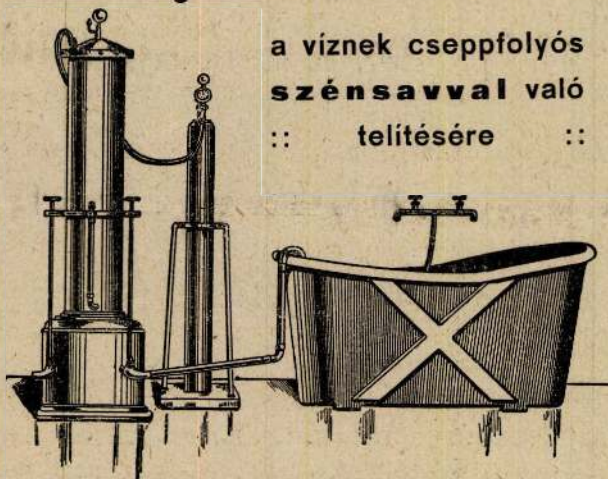
Új csomagolás:

Mercurocrème **mite** 1 csomag à 10 dob. à 3 gm. 22 1/2% Hg = 2 gm. 33 1/3% Hg.
 Mercurocrème **normale** 1 " " 10 " " 3 " 33 1/3% Hg.
 Mercurocrème **forte** 1 " " 10 " " 3 " 33 gm. 50% Hg = 5 gm. 33 1/3% Hg.

Régi csomagolás:

1 graduált tubus à 33 gm. 33 1/3% Hg. Minden csomag ára 2 kor.
CSILLAG-GYÓGYSZERTÁR Budapest, VIII. kerület, Rákóczi-út 39. szám.
 József-körút sarok.

Szénsavfürdő - készülékek



a víznek cseppfolyós
szénsavval való
 :: telítésére ::

Dr. Wágner és Zársai Egyesült Gyárak mint betéti társaság
 Budapest, IX. ker., Tinódy-utca 3,
különlegességi gyártmánya.

A legtöbb fürdőhelyen, szanatóriumokban és igen sok magánlakásban bevezetve.

!!! Számos elismerő levél !!!

Tessék a 439. számú illusztrált ismertetést kérni.

Serravallo

Kina-bora vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.

Egészségügyi kiállítás Wien, 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem. Legmagasabb kitüntetés.

Többszörösen kitüntetve. — Több mint 6000 szakvélemény.

Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve kapnak. J. Serravallo, cs. és kir. udv. szállító, Triest-Barcola.

Phosphatine Falières



a gyermek legkiválóbb tápszere, már a hatodik hónaptól kezdve, különösen az **elválasztás időszakában**, már könnyű emésztetőségénél fogva is.

A fogzást :: megkönnyíti és biztosítja a csontrendszer fejlődését.

Kapható a gyógyszertárakban.

Magyarországi főraktár: **ZOLTÁN BÉLA** gyógyszertára Budapesten, hol kísérleti anyag az orvos urak részére rendelkezésre áll.

Orvosi műszereket,

modern rendelő- és műtőszoba-berendezéseket

letelepedő orvosok részére, a legmagasabb igényeknek is megfelelő praecisiós gyarmányokat, elegáns és legszolidabb kivitelben **kívánatra részletfizetés vagy évi számlára szállít**, esetleg orvosi műszereket megtekintésre is küld

Keleti J. orvosi műszergyáros

8751 Budapest, IV., Koronaherczeg-utca 17.

Legújabb árjegyzék ingyen és bérmentve.

A Zoltán-féle csukamájolaj

íz- és szagnélküli,

kapható minden gyógyszertárban.

8281

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltó-intézet BUDAPEST, VI., Teréz-körút 31.

Pontosan szállít kitűnőnek ismert, biztos fogamzást

himlőnyirkot bő adagolásban a régi mérsékelt árakon. Tömeges oltásra: 8 fillér egyénenként. Ugyanott beszerezhető: **kitűnő hatékonyságú diphtheria-serum.**

Igazgató-orvos: **Dr. SZÉKELY ÁDÁM.**

★ ★

Telefon.

★ ★

Sürgőnyczim: **PÁPAY oltó-intézet.**

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 szerkesztésében.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Dollinger Béla: Közlés a budapesti magyar kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.) A myositis ossificans progressiváról. 228. lap.

Bauer Lajos: Közlés a székesfevárosi Szt. Margit-kórházból. A gyermekkori pneumococcusarthritisekről. 225. lap.

Molnár Béla: Kísérletes vizsgálatok a gyomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött reflexiók. 228. lap.

Gerlóczy Zsigmond: A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban. 230. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Theodor Meyer: Theodorus Priscianus und die römische Medizin. — **W. Peyerl:** Über den Einfluss der Heissluftbehandlung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und langedauernder Ruhigstellung. — **Lapszemle. Belorvostan. Moynihan:** Az appendix megbetegedése által feltételezett dyspepsia. — **Minkowski:** Diabetes insipidus. — **Lüthje:** Diabetes mellitus. — **Noorden:** A gastropstosis gyógyítása. — **Elmekórtan. R. Charpentier** és

P. Courbon: „Le puérilisme mental“ és a személyiség visszafejlődése. — **E. W. Nathan:** Az imbecillisek associációs vizsgálata és ennek diagnostikai használhatósága. — **Sebészet. Neuber:** Az inhalációs narcosisok. — **E. Bircher:** Az epilepsia operatív kezelése. — **E. Graefenberg:** A narcosis veszélyei kisebbített vérkör mellett. — **L. Simon:** Antitoxin „Höchst“-tel kezelt súlyos tetanus-esetek. — **Szülészet és nőorvostan. Opitz:** A gyermekágyasok korai felkelése. — **H. Albrecht:** Az intravenosus collargoltherapia. — **Börkórtan. Rubens:** A kanyaró befolyása a psoriasisra. — **Fülörvostan. W. Uffenorde:** Az otogen általános fertőzés pathogenesise. — **Herbert Tilley:** Hallható fülzúgás. — **Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Martin:** Arthritis urica. — **Mendelsohn:** Szer szívtáji fájdalmak ellen. — **Kucera:** Collargol használata tüdővész eseteiben. 233—237. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 238. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 237. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 238—242. lap.

Melléklet. Richter Gedeon „Gyógyszerkülönlegességek“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti magyar kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A myositis ossificans progressiváról.

Irta: **Dollinger Béla** dr., egyetemi tanársegéd.

A myositis ossificans progressiva (magyarul: csontosodó izomgyulladás) lényege a test izmainak lassú, progressív, feltartóztathatlan megcsontosodása.

E megbetegedést először **John Fieke** és **Robert Copping** észlelte 1740-ben, utánuk 1742-ben **Bertrand**i megfigyelései következtek. Mindazonáltal az első pontos leírás **Rodgers** newyorki tanártól származik (1833). A valóságos csontszövet jelenlétét **Testelin** és **Dambressi** állapította meg. **Virchow** e kórt az osteomákhoz sorolta és osteoma multiplex néven írta le. A myositis ossificans progressiva nevet először **Dusch** használta, de ez csak **Münchmeyer** dolgozatának megjelenése után (1869) ment át a közhasználatba. Ez érdekes betegség homályba burkolt aetiológiájával és tüneteivel már régóta sokan foglalkoztak, így például: **Podarszki**, **Florschütz**, **Gibney**, **Mosetig**, **Helferich**, **Partsch**, **Uhde**, **Simpson**, **Nissim**, **Lépine** és a magyar **Pintér** (Würzburg 1883). Az egész irodalomban mindössze 60 oly eset van leírva, melyre pontosan ráillik a myositis ossificans progressiva körképe. Az esetek zöme Észak-Német- és Angolországban fordult elő. Az első magyar származású esetet **Bókay János** tanár mutatta be a budapesti kir. orvosegyesületben (1889), ugyanott mutatott be egy esetet 1894-ben **Hochhalt** tanár és egy esetet 1909-ben **Péteri** és **Singer**.

Az általam a budapesti kir. orvosegyesület 1909. évi XXI. rendes tudományos ülésén bemutatott eset minden tekintetben tipusos myositis ossificans progressiva esetnek mondható és éppen ezért részletesen ismertetem az esetet.

* * *

K. N., 8 éves, máramarosszigeti fiúcska a klinikára felvételét 1909 augusztus 31.-én. A fiút anyja a klinikára azon panasszal hozta, hogy véletlenül vették észre fél év előtt, hogy a gyermek egyes izmai csontkeménnyé válnak. A szülők e megbetegedést hüléstől származtatják. A gyermek rendes szülés útján jött a világra és anyjának második fia. Bátyja állítólag gümös csigolyagyuladásban szenvedett, szintúgy egy apai nagybátyja is, mindketten meggyógyultak és jelenleg egészségesek. A gyermeket mindig jól táplálták, annál is inkább teheték ezt, mivel az apa falusi mészáros.

A korához képest elég okos és élénk fiúcska mérsékelten fejlett és kissé gyengén táplált. A csontrendszer kifejezett caput quadratum rachiticumon kívül annyiban mutat eltérést, hogy mindkét láböregujj igen feltűnően mikrodaktyliás és valgus állásban van. Az izomzat gyengén fejlett, a bőr alatti zsírszövet kissé megfogyott. A termet a test felső részében kissé előrehajló, a mellkas lapos, a has előre domborodik. Közlebbi megtekintéskor látni, hogy a fiú a fejét jobbra és előrehajlítva tartja, ennek oka az, hogy a bal fejbizcszentő izomtól mediálisan, a szegycsont markolatának felső szélétől az állcsúcs felé egy férfihüvelyknyi, vastag, csontkemény köteg halad. A köteg felső vége ki nem tapintható, mert már a pajzsporc magasságában sem birunk közé és az állkapocs közé ujjunkkal behatolni. A kötegnek befelé kissé concav felszíne nem sima, hanem mintegy gyűrűzetes, nagyjában laposan hengerded. A kissé jobbfelé tölt tracheától a köteg jól elkülönül és a nyelési mozgásokat kis mértékben követi. E csontos köteg egészben a musculus sternothyreoideusnak felel meg. Hátra a nyakon, a középvonaltól kissé balra, a fej előrehajlításakor egy kisujnyi kemény köteg feszül ki, mely a protuberantia occipitalis externától 2 cm.-nyire lefelé húzódik és a musculus trapezius egy nyálbájának felel meg. A IV. hát-csigolya magasságában, közvetlenül a jobb lapoczká belső szélé mellett, attól teljesen elkülöníthetőleg egy piramisalakú, jókora mogorónyi csontkemény bütök tapintható, melytől az V. háti csigolya tövisnyúlványa felé ferdén be- és lefelé egy kisujj vastag 2-5 cm. hosszú csontkemény köteg halad, mely a musculus trapezius egy elcsontosodott részletének felel meg. Baloldalt a lapoczkataraj magasságában a bal scapula felső szélén egy jól elkülöníthető kismogorónyi csontkemény bütök van, mely a gerince-

oszlop felé diffuse szétterülő lapos csontos lemezbe megy át és szintén a musculus trapezius lefutásának felel meg. A musculus sacrospinalis alsó részlete különösen üléskor szembetűnő, kisujjnyi, laposan kiemelkedő, kemény, szívós köteggé alakult át. Jobboldalt a hátulsó hónaljredő alsó széle mutatóujjnyi vastagságban csontkemény köteggé alakult át, melynek a felkarsont felé eső széle mogorónyi büttyökben végződik. Baloldalt a hátulsó hónaljredő alsó széle hasonló viselkedést mutat azon különbséggel, hogy hátra és lefelé a lapoczká csúcsának irányában V-alakúlag egymástól körülbelül 30 foknyira divergáló két tollszár vastag ágra oszlik, melyek körülbelül 2-5 cm. hosszúak és élesen végződnek. E mindkét hónaljban kitapintható megkeményedések a musculus latissimus dorsi és a musculus teres major pamatainak felelnek meg. A bal musculus bicepsnek rövid feje kisujj vastag, laposan hengerded, egyenetlen göcsös szélű, csontkemény köteggé alakult át, mely a könyökizület extenzióját 110 fokon túl nem engedi. A bal felkar kifelé való rotálásakor a felkar és a kulcsont közötti zugban, a nagy mellizom rostozatának irányában egy nagyjában Δ -alakú, 5 koronásnyi, egyenetlen göcsös szélű és felszínű, csontkemény lemez van beiktatva, mely a felkarnak a hátulsó csontköteg által amúgy is akadályozott abductioját mindössze alig 40 fokra redukálja.

A beteg szabad szemmel látható elváltozásokat az 1. szám alatti fénykép-felvétel is mutatja.

Igen tanulságosak a betegről felvett X-sugaras felvételek, melyek közül a fontosabbakat a 2. és 6. számú másolatban mellékelem.

A 2. számú X-sugaras kép a beteg nyakáról és thoraxának legfelső részéről készült dextrosinistralis irányban. Ezen képen jól látható a bal musculus sternothyreoideus és musculus sternohyoideus elesontosodásából származó hüvelykujj vastag csontléc árnyéka, azonkívül kivehető azon csillag alakú lapos csontos lemez árnyéka is, a mely a bal musculus latissimus dorsi és musculus teres major izompamatainak részben való elesontosodásából eredt.

A 3. számú ábrán, mely ventrodorsalis irányban vett fel, a bal musculus latissimus dorsi és teres major csillagszerű elesontosodása még tisztábban látható. Jobboldalt valamivel mélyebb csontléc árnyékát látjuk, mely a hónaljredővel párhuzamosan halad a thorax közepétől a jobb felkarsont felső harmadának alsó határához. Ez az utóbbi köteg, mint fentebb említettem, szintén ki volt tapintható és részben a jobboldali musculus latissimus dorsi, részben ugyanezen oldali teres major elesontosodásából keletkezett. A musculus sacrospinalis elesontosodása szintén kifejezett árnyékot adott ezen X-sugaras képen.

A jobb és a bal hónalj tájékáról még tüzetesebb felvételeket is készítettem külön-külön. Az X-sugaras képen látható tanulságos viszonyokat másolatban a 4. és 5. számú ábrán mutatom be.

Az X-sugaras képek közül a legtanulságosabb volt a lábáról dorsoplantaris irányban készült felvétel, melynek másolatát a 6. számú ábra adja.

A mint ezen képen látható, mindkét lábnak második-ötödik ujja a kornak megfelelő rendes epiphysis-tagoltságot tünteti fel. Mindkét hüvelykujj azonban a valgicitáson kívül a csontosodásnak oly anomáliát mutatja, melyeknek szabatos magyarázata nehézségekbe ütközik. Mindkét öregujj lábközépcsontjának basalis epiphysise rendes, de a diaphysis distalis végén nem látjuk a capitulum metatarsi rendes alakját, hanem jobboldalt igen jól, baloldalt kevésbé jól kivehetően distalis epiphysist látunk az öregujj metatarsusának környéki végén. A jobboldali distalis epiphysis koczká alakú és külső oldalán ferdén lecsiszolt, baloldalt az I. metatarsalis csont distalis epiphysise nagyjában hasonló a jobboldalihoz, de a I. metatarsus diaphysiséhez odanőtt.

Mindkét öregujj első perce csenevész, az X-sugaras kép pusztán egy diaphysis csontot mutat, mely belső oldalán izesül az öregujj fejecének imént említett ferde területével és a melynek megfelelőleg az első csontja alul és belül szintén rézsutosan lecsiszolt. Mindkét hüvelykujj valgus állását a metatarsus-fejecs és első percz ferde izesülése okozza.

Mindkét öregujj második phalanxa szintén csak diaphysisból áll, basalis epiphysisképzést az első phalanx viszonyaihoz hasonlóan itt nem látunk.

* * *

A myositis ossificans progressiva aetiologiájában még sok ellentétet nézetet találunk. A régebbi időkben az izmok rheumatismusára gondoltak (*Testelin* és *Dambresi*). *Lang* syphilises eredetűnek vélte a betegséget. *Münchmeyer* az izmok chronikus gyuladását okolta. Hereditás az eddigi esetekben nem volt kimutatható. *Eichhorst*, *Haym* és *Nicoladoni* gerinczagy-bántalmak mellé sorozza, szerintük az atrophía musculorum progressivához és a pseudo-hypertrophias paralysishoz hasonló kórképről van szó. E nézet mellett *Kaufmann* azon körülményre figyelmeztet, hogy tabesben és syringomyeliában a sokszoros izomcsontosodás nem ritka tünet. *Recklinghausen* és *Ziegler* a kötőszövetes részeknek bizonyos vele-született csonttermelő képességet (diathesis) tulajdonít. Szerintük valamilyen általános dispositio folytán periosteális csontszövet keveredik a többi kötőszövet közé és ott kifejlődik. *Virchow* ezen diathesis fogalmát kiterjeszti oly helyekre is, melyeknek semmi közük sincs sem a csontokhoz, sem az izmokhoz, például a bőr-alatti kötőszövetre.

Stempel a mesenchyma hibás differenciálódásának tulajdonítja ezen túlesontosodás keletkezését. Ezen esetekben kiváltó okként szülési vagy intrauterin trauma szerepelne (*Pincus*), ugyanezen kiváltó okot a csontképző diathesis hívei is elismerik.

L'Ombredane megemlíti, hogy e bántalom aetiologiájában valamelyes szerepe van a nagy nyomornak és a rossz tápláléknak; az esetek nagy része csakugyan szegénysorsú környezetből került elő.

* * *

A myositis ossificans progressivában valóságos csontszövet fejlődik, mely makroszkopice csak a durvább gerendázatában tér el a rendes csontszövettől és a callosus csonttömeghez hasonló. A csontosodás a legkülönbözőbb szöveteket támadhatja meg, majd az izmok kötőszöve, majd az inak és fasciák csontosodnak meg, maguk az izomrostok rendszerint kimaradnak az ossificatióból és a megcsontosodó kötőszövet nyomása folytán sorvadnak. A csontosodás vonatkozhatik magára a valóságos csontra is, az ily esetekben a kórkép alig határolható el a multiplex exostosisoktól. Maga az újonnan fejlődött csontszövet teljesen a periosteális csontfejlődésnek felel meg. A csont fejlődhet burjánzó sarjszövetből úgy direct, mint indirect módon. *Münchmeyer* e betegség következő 3 szakát különböztette meg: I. A megtámadt izom vagy izom-csoport megdagad és fájdalommal válik, a környező kötőszövet oedemás lesz. II. A duzzanat visszafejlődik a kötőszövet hyperplasiája és az izomsejtek eltűnése kíséretében. III. A kötőszövet porcos átmenet után megcsontosodik.

Recklinghausen-nek a strassburgi muzeumban őrzött készítményén jól láthatók a különböző alakokban megcsontosodott izmok. A hátan legtöbbnyire sík, csipkézett oldalú lapok képződnek. A csigolyaívek és tövisnyúlványok csontthidak által köttethetnek össze. A hosszú izmokban rendszerint hengerded csontok képződnek. Ezenkívül még a legkülönbözőbb zeg-zugos és ágas-bogas csont-alakokkal találkozhatunk.

* * *

E betegség rendszerint a csecsemőkorban kezdődik, vagy a gyermekévekben. A *Pintér* által összegyűjtött 22 eset közül 15 eset kezdődött 15 éven alul és csak 7 eset azon felül, de egy eset sem kezdődött 20 éven felül. *Kümmel* egy esetben már 14 napos csecsemőn észlelte a baj kezdetét. A folyamat, a mint azt a fentebb leírt esetben is tapasztaltuk, a szülőktől észre nem véve kezdődik és csak már számos izom megcsontosodása után vették észre annál is inkább, mivel fájdalmak, kivéve az I. szakot, nem mutatkoznak. Némely esetben ugyan a szülők traumát emlegetnek előzményként. A betegség egyes szakait hetek, hónapok és évek választhatják el. Betegemen például a folyamat mindenütt a III. szakban van és újabb rohamot a két hónapi klinikai megfigyelés alatt nem észleltünk. Így a betegség 10—15 évig is elhúzódhat. A csontosodás rendszerint a nyakon, a tarkón és a hát-izmokon kezdődik, majd a felső és alsó végtagok, végre a törzs következik. Ritkábban csontosodnak meg a has-izmok. Állandóan kimarad a csontosodásból a nyelv, a garat, a gége, a szív, a rekeszizom, a gáttájék és a sphincter izomzata. Némelykor a megcsontosodott izomtömegek annyira megfeszítik az őket borító bőrt, hogy nagy

kiterjedési bőrelhalások és decubitusok támadnak, melyek tályogképződésre vezetnek. A megcsontosodott izmok gyakran szögletben rögzítik az ízületeket és különféle contractura-alakok állanak elő például a könyökizületben vagy a csípőizületben. A folyamat lassan haladva megtámadja a rágóizmokat és a képződő csont-hidak mozdulatlaná változtathatják az alsó állcsontot is, e miatt súlyos táplálkozási zavarok állhatnak elő. Végre az összes ízületek működése megszűnhetik és a mint azt Ziegler nagyon jól jellemzi: „Der Körper wird zur unbeweglichen Bildsäule“. A mellkas izmainak megcsontosodása után légzési nehézségek és különböző tüdő- és légzőszervi bántalmak támadhatnak (például igen gyakran tüdő-tuberculosis), ezek okozzák a beálló halált. Mindazonáltal Tatum közölt egy állítólag gyógyult esetet. (Holmes Coote, A System of Surgery, 536. lap.)

E betegség prognosisa tehát, a mint láttuk, szinte reménytelen.

A myositis ossificans progressiva kórképének igen érdekes és a hereditas mellett szóló tünete az, melyről legelőször Helferich és Zoega von Manteuffel értekezett. Ez a legtöbb esetben előforduló tünet ugyanis a láb öregujjának deformitása, mely abban áll, hogy az öregujj microdactyliás és valgus-állásban van. Hasonló deformitást észleltek már a kéz hüvelykujjain is. E microdactylia és valgus deformitas anatomiai okául különböző nézetek vannak forgalomban. Egyesek az első phalanx hiányának tulajdonították a microdactyliát, e nézet azonban nem egészen találó, mivel az esetek túlnyomó részében, így esetemben is, az összes phalanxok megvannak. Zoega von Manteuffel szerint az esetek legnagyobb részében az I. és a II. phalanx közti ankylosisról van szó, melyhez egyidejűleg elgörbülés is társul. Esetemben, a mint láttuk, mindezekből teljesen eltérő képet nyertem.

* * *

Az elkülönítő kórjelzés nem okoz nehézséget, legfeljebb az I. szakban az izom duzzadtsága és pseudofluctuatiója ejtethet tévedésbe, a bántalom azonban csakhamar több izomcsoportra terjed és ezek mind csontosodnak. E helyen említem meg, hogy gyakran észleljük az izommegcsontosodásnak egy másik, izolált alakját. E kórkép azonban úgy világos aetiologiájánál, valamint jóindulatú körlefolyásánál fogva teljesen elkülönítendő a fentiekben vázolt kórképtől. Ezen betegség a circumscrip myositis ossificans és lényege az, hogy egyszeri vagy ismételt kisebb traumák után egyes izmokban csontosodás képződik, vagyis a kötőszövet egy bizonyos izgalom folytán csonttá alakul át. Közismertek például a katonák úgynevezett gyakorlat-csontjai a felkar musculus deltoideusában, melyek a puskagyakorlatoktól származnak, vagy például az úgynevezett lovas-csontok a czomb adductoraiában. Egyszeri trauma, például lórugás után a czombban szintén észleltek ily csontképződést.

A korai kórjelzés szempontjából mindenesetre érdekes Pincus azon megjegyzése, hogy esetleges kezdődő myositis ossificans progressivára a microdactylia hívhatja fel a figyelmet, egészséges gyermekekben ugyanis az ily microdactylia igen ritka.

* * *

A myositis ossificans progressiva eddigi terapiája nem vezetett célhoz. Megpróbálták már a kéneső és a jodkali adagolását, egyesek villamoszással és fürdővel próbálkoztak meg, természetesen eredménytelenül. Kümmel és Hawkins az erősen zavaró megcsontosodott izomtömegeket kiirtották, magától értetődően tisztán a mechanikai akadályt akarva így eltávolítani.

Nem is valószínű, hogy ily lokális beavatkozással lehetne segíteni a bajon, a vegyi úton ható gyógyszerekkel való gyógykezelés célszerűbbnek ígérkezik.

Újabban a circumscrip myositis ossificans kezelésében állítólag szép eredményeket értek el a fibrolysin alkalmazásával, illetőleg befecskendezésével (Groskurth), éppen ezért a leirt beteg gyógykezelésekor első gondolatunk a fibrolysin befecskendezésére és annak felszívó hatására irányult, sajnos azonban betegünk szülei semmiféle gyógykezelésbe sem egyeztek bele és így ezen tervünk meghiúsult.

Irodalom. Bókay J.: Budapesti kir. orvosegyesület évkönyve. 1889. — Boks: Myositis ossificans progressiva. Berliner klinische Wochenschrift, 1898. — Busse und Blecher: Myositis ossificans. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1904. 73. kötet. — Cahen: Über Myositis ossificans. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1890. 31. kötet. — Duplay et Reclus: Traité de chirurgie, 1890. I. kötet, 779. lap. — Eichhorst: Virchows Archiv, 1895. 139. k. — Gerber: Über Myositis ossificans progressiva. Dissert. Würzburg, 1875. — Helferich: Ärztl. Intelligenzblatt. München, 1879. 45. szám. — Kaufmann: Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, 1901. 1022—1023. lap. — Kocher: Encyclopädie der gesamten Chirurgie, 1903. II. kötet, 159. lap. — Koths: Jahrbuch der Kinderheilkunde, 1884. XXI. kötet. — Kümmel: Myositis ossificans progressiva. Archiv für klinische Chirurgie, 1883. 29. kötet, 615. lap. — Lang: Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden, 1895. — Le Dentu et P. Delbet: Nouveau traité de chirurgie, 1890. I. kötet, 779. l. — Lexer: Myositis ossificans. Archiv für klinische Chirurgie, 1895. 50. kötet. — Mays: Virchows Archiv, 1878. 74. kötet. — Mosetig: Wiener medizinische Wochenschrift, 1879. 39. szám. — Münchmeyer: Über Myositis ossificans progressiva. Zeitschrift für ration. Med., 1869. XXXIV. k., 9. l. — Péteri és Singer: Myositis ossificans progressiva esete. Orvosi Hetilap, 1909. LIII. kötet, 3. szám. — Podarzi: Wiener medizinische Zeitschrift, 1873. 22. szám. — Pinter: Dissert. Würzburg, 1883. — Péhu et Horand: Myosite ossifiante progressive. Gaz. des hôp., 1905. 140. szám, 1671. lap. — Pincus: Myositis ossificans. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1887. 44. kötet, 179. lap. — Rodgers: Ossification du tissu musculaire. Anal. Gaz. med., 1834. 347. lap. — Rabek: Myositis ossificans progressiva. Virchows Archiv, 1892. 128. k. — Recklinghausen: Prot. des Unterelsäss. Ärztevereins, 1894. január 25.-i ülés. — Stempel: Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chir., 1898. III. kötet. — Testelin et Dambressi: Rhumatisme terminé par l'ossification des muscles. Gaz. méd., 1839. 170. sz. — Tatum: Holmes Coote: System of Surgery, 536. lap. — Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Berlin, 1865. II. kötet. — Ziegler: Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, 1906. 317. lap. — Zöllinger: Ein Fall von ausgedehnten pathologischen Verknöcherungen. Dissert. Zürich, 1867.

Közlés a székesfővárosi Szt. Margit-kórházból.

A gyermekkori pneumococcusarthritisekről.

Közli: **Bauer Lajos** dr. gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

A Fränkel-Weichselbaum-féle diplococcus pneumoniae által okozott fertőzéseknek igen érdekes részét alkotják azon bántalmak, melyekben a megbetegedés a különböző ízületekben lokalizálódik. Ezen ízületi lobos bántalmak különösebb érdeklődést csak az utóbbi években keltettek, a mint az idevágó észleletek különböző oldalról szaporodtak. A pneumococcusok természetéből folyik, hogy az általuk okozott ízületi megbetegedések a fertőző alapon létrejött többi ízületi bántalomtól a lefolyást, a terapiát, de a prognostikát tekintve is lényegesen különböznek. És bár a pneumococcusarthritis is, mint a fertőzésen alapuló legtöbb ízületmegbetegedés, rendszerint valamely előző bántalomhoz csatlakozik, mégis annyiban is különbözik a többi fertőzésen alapuló arthritistől, hogy önállóan is támadhat, vagyis anélkül, hogy valamely pneumococcus-megbetegedést a szervezetben előzetesen ki lehetne mutatni. A bántalom kétségen kívül a Fränkel-Weichselbaum-féle diplococcus pneumoniae-nak valamely ízületben történt megtelepedése által idéztetik elő, minthogy éppen ezen coccusoknak kimutatása biztosítja a diagnoszt.

Ismert dolog, hogy a pneumococcusok által létrehozott megbetegedések nagy számmal különösen gyermekeken fordulnak elő; mint az utóbbi évek tapasztalatai mutatják, éppen a gyermekek, különösen pedig a fiatal gyermekek ízületei tartoznak első sorban azon helyek közé, melyek élénk dispositióval bírnak a pneumococcusok letelepedésére. Sőt Dudgeon és Branson annyira mennek, hogy közleményüket a következő conclusióval zárják: A fertőzőes arthritisek aetiologiáját az első fél évtizedben a pneumococcus monopolizálja. Herzog szerint ezen tapasztalat a fiatal gyermek csontrendszerének sajátos növekedési viszonyaiban leli magyarázatát. Neumann ugyanis kimutatta, hogy a gyermekek csontvelőjében a hajszálerek tágabbak, mint a legkisebb arteriák, ez okból ezen helyeken a véráram meglassodik; Lexer szerint különösen lassú a véráram azon capillaris-kacsokban, melyek a diaphysisek felől a porcos felület felé futnak. Már most Herzog szerint könnyen lehetséges, hogy a vér- és nyirokárám által felvett csírák ezen lassúbb véráramú helyeken megtelepszenek, sőt tovább is fejlődhetnek és lobot, illetve genyedést okozhatnak.

A pneumoniákhoz csatlakozó ízületgenyedésekben kétségtelen-

nül a pneumonia volt a primaer gócz, melyből a pneumococcusok a vérpályákon tova vitetve, az ízületekben a metastasist létrehozták, és pedig nemcsak a lobáris, hanem a lobuláris pneumoniákhoz csatlakozó ízületgyenedésekben is, mert *Weichselbaum* szerint ezen folyamatok is legnagyobbbrészt pneumococcusok által okoztatnak. Sőt *Luzzato* egy influenzajárvány alkalmával tett észleletei alapján azt állítja, hogy 3 éven aluli gyermekekben sohasem talált *Pfeiffer*-féle influenzabacillust, hanem valamennyi esetben kizárólag pneumococust.

Hogy a vírus tovavitelében a különböző szervekbe a vérpályák, illetve a nyirokpályák játszzák a főszerepet, az ma már alig szenved kétséget, habár nem is lehet minden egyes esetben kimutatni az élő pneumoniás vérben a pneumococcusokat. *Sello* például 48 pneumoniás beteg vérében csak 12 esetben talált pneumococust. *Kinsay* vizsgálatainál 25 élő pneumoniás közül 19 esetben positiv eredményt ért el. *Casati* ellenben azt állítja, hogy a pneumococcusok a megbetegedés második napjától kezdve keringenek a vérben. A vizsgálatok néminemű ellentmondását megmagyarázza azon körülmény, hogy a pneumococcus kimutatásához megfelelő nagy mennyiségű vér szükséges és ez különösen gyermekeken nehezen vihető ki. Ezért a vizsgálat negativ eredménye nem bir kellő bizonyító erővel. A hullából vett vérben pedig a pneumococcusok gyorsan elpusztulnak.

Wandel vizsgálatai alapján azt találta, hogy lezajló, vagy már visszafejlődött pneumoniában a pneumococcusok sokkal nagyobb számmal találhatók a nyirokmirigyekben, mint magában a tüdőben és hogy a duzzadt nyirokmirigyekben a pneumococcusok jól megtartják genyfejllesztő tulajdonságaikat. Valószínű, hogy valamint a nyirokmirigyekben és egyéb helyeken, mint a lépben, a májban, sőt a savós hártályakon, úgy az ízületekben is nagyobb számmal rakódnak le pneumococcusok a vérpályákon odavitetve, a melyeken olykor minden megmagyarázható ok nélkül is, esetleg külső okok hatása folytán genyedéseket idézhetnek elő.

A pneumococcusarthritisek legnagyobb része tehát pneumoniával kapcsolatosan szokott mutatkozni, és pedig vagy közvetlen csatlakozik a pneumoniához, vagy pedig a pneumonia lezajlása után csak napok, hetek múlva jelentkezik. A *Pfisterer* által az irodalomból összegyűjtött 41 esetben és az általa észlelt 7 esetben, tehát összesen 48 pneumococcusarthritisek közül 29 esetben talált előző pneumoniát, 19 esetben előző pneumonia nélkül fejlődött a bántalom. Megjegyzendő, hogy ezen 48 eset közé nemcsak az úgynevezett „tisztá” arthritis-esetek vannak felvéve, vagyis nemcsak azon esetek, a melyekben a folyamat csupán az ízületekre lokalizálódott, hanem az irodalomban található összes, pneumococcusok által létrehozott ostitis-, periostitis- és osteomyelitis-esetek is, vagyis azon esetek, a melyekben nem csupán maga az ízület, hanem a csontok is bántalmazva voltak. (A terminológiára nézve teljesen elfogadom *Herzog*-nak ajánlatát, mely szerint a hasonló ízület-bántalmakat, a melyekben tehát az ízület megbetegedése uralkodik a képen és a melyekben úgy sem tudjuk előzetesen megállapítani a csontok bántalmazottságát, illetve, hogy a csontok bántalmazottsága primaer vagy secundaer volt-e, közös szóval, pneumococcusarthritis névvel jelöljük). Megjegyzendő még, hogy a fenti 48 eset nemcsak gyermekekre, hanem az irodalomban található összes esetekre, vagyis felnőttekre is vonatkozik.

Herzog három pneumococcusarthritis-esete közül kettőben előző protrahált lefolyású bronchopneumoniát talált.

Az utolsó három év alatt alkalmam volt a Szt. Margit-kórházban három pneumococcusarthritis-esetet észlelni, a mely esetek közül az elsőt 1908-ban be is mutattam a budapesti kir. orvosegyesületben.¹ Ezen első esetemben az arthritis tünetei a protrahált lefolyású pneumonia crouposa lezajlása után négy hét múlva mutatkoztak. Az út tehát a pneumococcusoknak az ízületbe jutásához kétségkívül a tüdőből vitt keresztül.

I. eset. N. J., 18 hónapos gyermek. *Pneumonia crouposa lobi inf. et sup. lat. dextr. Pneumococcus-coxitis lat. sin. Arthritomia. Empyema thoracis lat. utr. Gyógyulás.*

1907 május közepén került a beteg első ízben a Szt. Margit-kórház gyermekorvostani rendelésére. A vizsgálat a jobb alsó tüdőlebenyben rostonyás tüdőlobot derített ki, mely később át-

terjedt a jobb felső lebenyre is. A lehevülés május hó utolsó napjaiban következett be.

1907 június hó végéig a gyermek teljesen egészséges volt, a mikor ismét láz mutatkozott. Az ekkor történt vizsgálatkor a tüdők felett eltérés nem található, ellenben feltűnik, hogy a bal alsó végtag behajlításakor a csipőizület tájéka érzékeny, ezenkívül az inguinális hajlatban levő mirigyek megnagyobbodottak és igen érzékenyek. A tünetek csakhamar fokozódtak úgyannyira, hogy a betegnek a kórházban történt bemutatásától számított 8—10 nap alatt teljesen kifejlődött a coxitis suppurativa képe: a bal alsó végtag mozgása igen fájdalmas, az egész csipőizület tájéka erősen megduzzadt, kifejezett fixálás a végtag passiv mozgásakor, a bal sulcus femoralis elsimult, sőt a glutaéalís tájon, a melyben fluctuatio is érezhető. A műtétet július hó első napjaiban *Pólya* dr., kórházunk sebésze végezte. A glutaéalís tájon történt mély bemetszésekkel feltárta az elgenyedt ízületet s onnan körülbelül másfél decziliternyi genyet távolított el. Szorgosan átvizsgálva az egész ízületet, a csontokban vagy porcokban semmiféle defectus nem volt észlelhető.

A geny bakteriologiai vizsgálatát *Minich* dr. végezte, a következő lelettel: „A vizsgálatra küldött véres genyben a közönséges methylenkék- és fuchsin-festékekkel bakteriumot kimutatni alig lehet, azonban a Fugent-féle gentianaibolya-fuchsin-methylenkék festő eljárással közepes számú diplo- és kettős diplococcusok mutathatók ki benne, a melyek halvány rózsaszínre festődő tokkal vannak körülvéve, s alakjuk, nagyságuk, elrendeződésük szerint mindenképpen pneumococcusoknak felelnek meg.”

A seb a rendes drainezésre körülbelül három hónap alatt tökéletesen behegedt. A később ismételt történt megvizsgáláskor az alsó végtag úgy active, mint passive jól behajlítható és kinyújtható, a járás teljesen szabad, rajta semmi abnormitás sem vehető észre.

1907 november havában ismét az ambulantiára került a kis gyermek lázas állapotban, erősen nyögő légzéssel. A háton a tüdők felett mindkét oldalt talált intensiv tompulatok miatt végzett proba-punctio alkalmával genyet kaptunk, a melynek kulturális vizsgálata rövidebb-hosszabb lánczokba szedődő, tokkal bíró diplococcusokat mutatott.

Dieulafoy-féle aspirátorral mindkét mellkasból eltávolítottuk a genyet, a mellüregek többé nem teltek meg gennyel és a beteg teljesen meggyógyult.¹

Mindenesetre érdekes az arthritisnek a pneumonia teljes lezajlása után hetekkel történt keletkezése. A mint az irodalomban leírt, pneumoniához csatlakozó arthritisek statistikájából látom, az ilyen későn keletkező arthritis a ritkaságok közé tartozik.

Pfisterer statistikájából kitűnik, hogy az általa észlelt és az irodalomban összegyűjtött 22 esetben, pneumoniák kapcsán a következő időben észlelték a pneumococcusarthritiseket:

a pneumonia első 9 napjában	14-szer
„ 10—16. napjáig	7-szer
„ után 9 héttel	1-szer

Herzog két esetében az arthritis jelentkezésének az időpontja nincs pontosan megadva, de a kórtörténetekből az tűnik ki, hogy még a pneumonia fennállása idejében mutatkoztak a coxitis symptomái.

Pfisterer is azon nézetben van, hogy olyan esetekben, a melyekben az arthritis és a pneumonia között huzamosabb idő folyt le, a pneumococcusok már a tüdőlob fennállása idejében az ízületbe kerültek, a folyamat azonban valamely okból latens maradt. Hogy később az ilyen ízületben, a melybe pneumococcusok fészkeltek be magukat, beáll a genyedés, arra nézve *Pfisterer* nagy súlyt helyez egyéb momentumokra is, különösen a traumára. Ide vonatkozólag ugyancsak észleltem egy esetet, a melyről azonban később lesz szó.

Most nézzük tovább azon eseteket, a melyekben előző pneumonia nélkül támadnak a pneumococcusarthritisek. Ide első sorban azon esetek tartoznak, a melyekben az arthritis után bizonyos idő múlva támad a pneumonia. Ilyen eset összesen 5 van említve az irodalomban. *Herzog* esetében 14 nappal az ízület megduzzadása után mutatkoztak először a pneumonia tünetei.

¹ 1908 márczius 7.-én tartott rendes ülésen.

¹ Ezen esetet bővebben közöltem a „Gyógyászat” 1908. évi 13. számában.

Ezen eset öt hónapos csecsemőre vonatkozik. *Boulloche* öt éves gyermek, *Simontini* kilencz éves leányon, *Oliva* nyolcz éves gyermek és *Finkelstein* tizenhárom éves fiún észlelt pneumococcusarthritist mellett utólag támadt pneumoniát. Ezen és hasonló esetek azért is különösebb figyelmet érdemelnek, mert felvetődik azon kérdés, hol, mely úton történt a pneumococcusok bejutása a szervezetbe? Vagyis azon esetben, ha nem a tüdő-kön keresztül történt az infectio, mely szervek szolgálhatnak a pneumococcusoknak bemeneti kapu gyanánt? Hivatkozunk *Luzzato*-nak fentebb említett vizsgálataira, melyek szerint influenzajárvány kapcsán támadó bronchitisekben csupán pneumococcusokat talált. A szerzőknek egy nagy része a tonsillákat jelöli meg azon kapunak, a melyen át a pneumococcusokkal való fertőzés megtörténhet a nélkül, hogy pneumonia is fejlődne. *Cagnoni* esetében a pneumococcus-infectio kapuja gyanánt conjunctivitis szerepelt. *Uckmar* esetében pneumococcus által létrehozott stomatitis után látott arthritist fejlődni. *Bíchat* és *Göpfert* szerint az egyszerű angina catarrhalis elégséges arra, hogy a pneumococcusok bejuthassanak a szervezetbe, annyival is inkább, mert a pneumococcusok sok egészséges egyén szájában is előfordulnak. *Nathan-Larrier* egy esetében a pneumococcus-infectio által okozott genyedés a nyúlajkműtétkor alkalmazott szűrtesatornából indult ki. Hogy pneumococcus-peritonitis ugyancsak oka lehet pneumococcusarthritistnek, azt a *Hagenbach-Burckhardt* által leírt eset is bizonyítja.

Különösen fontos forrása lehet a pneumococcusarthritiseknek a gyermekekben, különösen pedig a fiatal gyermekekben gyakran észlelhető otitis media suppurativa. Ezen bántalomnak az előidézője gyanánt gyakran a pneumococcus említettik. Sőt *Netter* szerint gyermekekben a pneumococcusoknak bejutási kapuja 65%-ban az otitis és csak 26%-ban a pneumonia. *Zaufal* és *Moos* szerint az otitis media után jelentkező sziklacsonthelyedések leginkább pneumococcusok által idéztetnek elő. *Blecher* egy esetében, a melyben az otitis media — a czombesont alsó harmadán keletkezett — osteomyelitissal komplikálódott, mindkét megbetegedési helyen ki tudta mutatni a pneumococust. *Hartmann* olyan csecsemőkön, a kiken semminemű klinikai tünet sem utalt középfülmegbetegedésre, 85%-ban talált középfülbántalmat. Ugyancsak a pneumococcusoknak primaer localisatiója gyanánt az otitis mediát említi *Spittas* és *Blecher*.

A pneumococcusoknak a szervezetbe, illetve az egyes izületekbe való bejutásukhoz, a mint látjuk, nagyon sok behatolási kapuk van és így könnyen megmagyarázhatók azon esetek, a melyekben előző pneumonia nélkül arthritisek keletkeznek.

A következő esetünk ugyancsak a mellett szól, hogy a pneumococcusarthritist bemeneti kapuja a középfül lehet.

II. eset. *F. J.*, 16 hónapos gyermek. Otitis media suppurativa. Pneumococcus-coecitis. Arthrotomia. Gyógyulás.

1908 október 20.-án mutatták be első ízben a Szt. Margit-kórház gyermekorvostani rendelésén. A gyermek szülei előadása szerint, a bemutatást megelőzőleg három nappal hirtelen betegedett meg nagy lázzal, többszöri hányással, heves deliriumokkal. A gyermek már a megbetegedés éjjelén is, de a következő napokon is gyakrabban a jobb füléhez kapdosott; a lázak tovább is fennállottak, valamint a nyugtalanság is, míg a megbetegedéstől számított két nap múlva észrevették a szülők, hogy a gyermek jobb füléből bő zöldes-sárgás-véres váladék ürül.

Bemutatáskor a különben teljesen normálisan fejlett gyermek jobboldali fültájéka in toto érzékeny, a fülkagyló meghúzására a gyermek jelentékeny fájdalmakkal reagál. A torok tiszta. A nyakmirigyek kissé infiltráltak és érzékenyek. Fültükörrel való vizsgálatkor az egész füljárat bő, genyes váladékkal fedett, melynek letisztítása után szembetűnik az erősen infiltrált dobhártya, alsó-elülső negyedén mintegy gombostűfejnyi defectussal.

A következő napokban a gyermek teljesen láztalan, a fülből a genyes kifolyás csökkent, az étvágy sokat javult, míg október 28.-án ismét 39.2 C° láz jelentkezik, melynek okát a középfülüreg állapota nem magyarázza. A lázak a következő napokon is tartanak, de ekkor már feltűnt a jobb csípőizület tájékának érzékenysége és duzzanata. A gyermek jobb alsó végtagját állandó flexióban tartja, ezen végtagját active nem mozgatja, passiv mozgatóskor a csípőizület tájékán intensív fájdalmak mutatkoznak.

Október 31.-én már igen erős duzzanat mutatkozik az egész csípőizület tájékán le egészen a femur alsó harmadáig, a duzzanat fölött a bőr pirosas elszíneződést nem mutat, a gyűjtőérhálózat azonban kifejezett, az inguinális hajlatban a mirigyek erősen megnagyobbodtak és érzékenyek, sőt már a trochanter tájékán kifejezett fluctuatio is érezhető.

November 1.-én a gluteális tájék fölött, elül a lágyéktájon, sőt a czomb felső harmadán is kifejezett oedemás jelenségek. A nélkül, hogy a köztakaró valamelyes pirt mutatna. Az inguinális mirigyek erősen beszűrődtek és érzékenyek. A gyermek éjjelenként nyugtalanul alszik, fájdalmasan sír; az étvágya minimális. Láz: 39.5 C°. Műtét. Arthrotomia, elül contra-aperturával, mely alkalommal körülbelül 2 deciliternyi sűrű, zöldes-sárgás geny ürül; csont vagy porcz a műtétkor lecsupaszítva sehol sem található. Drainage után kötés.

November 10. A műtét óta a beteg láztalan, az izület egész környéke tetemesen lelohadt, a secretio minimális. A közérzet, az étvágy teljesen jó. Az alsó végtag passiv mozgatóskor fájdalmat a beteg úgyszólván alig jelez. Kezdődő sarjadás, a drainage-t beszüntetjük.

November 20.-án a váladék minimális. A gyermek active is kezdi mozgatni alsó végtagját.

Mikroskopi illetve kulturális vizsgálattal úgy a középfülből származó genyben, mint a coxa-izület váladékában diplococcus pneumoniae mutatható ki.

December 20.-án a sebnyílások teljesen behégedtek. A gyermek ismét kezd járni. A végtag sem activ sem passiv mozgatóskor nem érzékeny.

Ezen esetben a pneumococcusarthritist bemeneti kapuja minden valószínűség szerint a középfül volt, a honnan a pneumococcusok a véráram útján jutottak a szervezetbe.

A pneumococcusoknak valamely izületbe történt bejutásával tehát meg van az alkalom adva arra, hogy az izületben genyedés keletkezzék és bár valószínűnek kell tartanunk, hogy különösen pneumonia kapcsán a véráramban keringő coccusok elég gyakran bejutnak a különböző izületekbe, feltűnő, hogy pneumococcusarthritisekkel mégis aránylag olyan ritkán találkozunk. Úgy látszik tehát, hogy az izületben jelen levő pneumococcusokon kívül még bizonyos egyéb momentumok is szükségesek, a melyek közrehatására a genyedés az izületben beáll. Ilyenek kell tekintenünk a traumát. Annyival is inkább, mert vannak az irodalomban jól megfigyelt esetek, melyekben pneumonia után történt trauma folytán, a gyermeknek már a teljes reconvalescentiájában, úgyszólván teljes egészséges állapotában bekövetkezett trauma után keletkezett a pneumococcusarthritist.

Ismeretesek viszont esetek, a melyekben előző pneumonia nélkül támadt pneumococcusarthritist, látszólagosan trauma által előidézve, a mely körülmény a mellett szól, hogy a pneumococcusok már előzetesen az izületben tartózkodtak és a trauma folytán megváltozott szövetek (talán meggyengültebb szövetek) tették alkatmássá a coccusokat a gyorsabb szaporodásra, illetve a genyedés létrehozására. *Pfisterer* esetében egy éves, teljesen egészséges gyermek járás közben elesett. Két nappal azután a jobb vállizületben duzzanat keletkezett, mely a következő napokban még növekedett; ezzel arányban a fájdalmasság és a láz is fokozódott annyira, hogy az esés után mintegy hét nap múlva a vállizület egészen a deltoides alatti részig nagyfokú beszűrődést mutatott a nélkül, hogy a köztakaró színében elváltozás mutatkozott volna, az acromion feletti részben pedig fluctuatio volt érezhető. Műtétkor az izületből nagy mennyiségű geny távozik, melyben a mikroskopi vizsgálat kizárólag nagyszámú, tokkal bíró diplococcus lanceolatust mutat.

Fischer és *Levy* esetében 1 1/4 éves gyermekben, székrel való leesés után 4 nappal a bal váll tájékán erős duzzanat keletkezett a scapulától a humerus alsó harmadáig kiterjedőleg, mely felett csakhamar fluctuatio is mutatkozott. Incisio. Az eltávolított nagy mennyiségű genyből tiszta pneumococcuscultura volt nyerhető.

A traumát illetőleg hasonló véleményen van *Netter*, *Widal*, *Herzog* és *Zuber* is. Ez utóbbi pneumoniásokon a coffeininjectiók helyén keletkezett subcutan abscessusokban pneumococcusokat talált.

Idevonatkozólag észleltem egy pneumococcusarthritis-esetet, melynek fejlődése és a trauma között okozati összefüggés látszik fennforogni.

III. eset. K. L., 15 hónapos gyermek. *Pneumonia catarrhalis lobi infer. dextr. Pneumococcus-cocitis.*

Egészséges szülőktől származó gyermek. 1909 június 2.-án mutattatott be első ízben a szt. Margit-kórházban. Szülei panaszzák, hogy a gyermek három nap óta köhög, lázas.

Jelenállapot: Jól fejlett és jól táplált gyermek. Vizsgálatkor az összes szervek normálisnak látszanak, csupán a jobb alsó tüdőlebeny felett hátul mutatkozik eltérés, a mennyiben körülbelül a VI. bordától lefelé mérsékelten tompult a kopogtatási hang, hallgatózáskor hörghi alaplégzés mellett bő zörejek hallhatók. A láz $38.2^{\circ}\text{C}^{\circ}$. Diagnosis: *Pneumonia catarrh. lob. inf. dextr.*

A tüdőlob lefolyása nagyon protrahált volt. Még június 28.-án is fennállott részben a tompulat, mely mellett nedves zörejek bőven voltak hallhatók. A lázak esténként még $37.8-38.2^{\circ}\text{C}^{\circ}$ között variáltak. Július 5.-én végre a gyermek teljesen láztalan volt; mellkasa felett sem volt objectív lelet észlelhető. A gyermeket gyógyultnak nyilvánítottuk.

Július 14.-én ismét a kórházba került a gyermek azon panaszszal, hogy két nap óta járáskor erősen biceg és jobb alsó végtagját fájlalja. Vizsgálatkor a jobb alsó végtag mozgatható csakugyan erősen fájdalmas, különösen a végtag behajlításakor, valamint kinyújtásakor. A csípő-izület tájéka az ellenoldalihoz viszonyítva kifejezett duzzanatot mutat. A beteg hátán fekvéskor jobb alsó végtagját állandó flexióban tartja. Láz $38.1^{\circ}\text{C}^{\circ}$. A tüdők felett eltérés nincs.

Kérdőzködésünkre az anya előadja, hogy a gyermek mintegy hat-hét nappal ezelőtt játszás közben a lépcsőről leesett és az esés után már két nappal kezdte fájditani jobb alsó végtagját.

A következő napokban a tünetek mindinkább fokozódtak, s ezzel arányban a gyermek közérzete fokozatosan rosszabbodott. erős éjjeli nyugtalansággal, álmatlansággal, étvágyesökkenéssel.

Július 22.-én az egész csípőizület tájéka, valamint a csomó felső harmada igen erősen megduzzadt, kissé vizenyős, az inguinális hajlat, valamint a jobboldali perineum vidéke erősen kitöltöttnak látszik. Az inguinális mirigyek nagyfokban infiltráltak és érzékenyek. A megduzzadt részek felett a köztakaró színében eltérést nem mutat, csupán kifejezett gyűjtőérhalozat látható. A jobb alsó végtag állandó flexióban. A gyermek a végtag bármilyen passzív mozgathatóságának élénken ellenszegül, mert a végtagnak legcsekélyebb mozditása is rendkívül heves fájdalmakat okoz. A gluteális tájékon, különösen pedig a trochanter belső oldalán kifejezett fluctuatio érezhető. Punctióval sűrű, zöldessárga genyet kapunk, melynek mikroszkopi vizsgálata kizárólag Fränkel-Weichselbaum-féle diplococcus pneumoniae mutat.

A gyermeket a szülők ezután nem hozták el többé a kórházba és tudakozódásunk ellenére sem tudtuk fellelni. A gyermek további sorsát nem ismerem. Ismerve azonban az anamnesist és az izületből nyert geny mikroszkopi vizsgálatának eredményét, nem lehet kétség a felől, hogy ezen eset is pneumococcusarthritis volt, a melyet hogy a közbejött trauma kifejlődni segített, valószínűnek látszik.

(Vége következik.)

Kísérletes vizsgálatok a gyomornedvelválasztás physiologiai és pathologiai mechanizmusáról és azokhoz fűzött klinikai reflexiók.

Irta: **Molnár Béla** dr., gyakornok a budapesti tudomány-egyetem III. számú belklinikáján.

(Folytatás.)

Ezek után azon kísérleti eredményeimet akarom közölni, a melyeket ugyanazon kutyákon per os adagolt húskivonat után nyertem. A kutyáknak gyomorszonda segítségével adtam 20 gramm Liebig-kivonatot 40 gramm vízben oldva.

A secretiós görbék mutatják, hogy a húskivonanyagok a per os történő adagoláskor is jelentékeny gyomorsecretiót idéznek elő.

„H“ kísérlet. Deczember 9.-i kísérlet éhgyomorra a *Heidenhain* szerint operált „fehér“ kutyán.

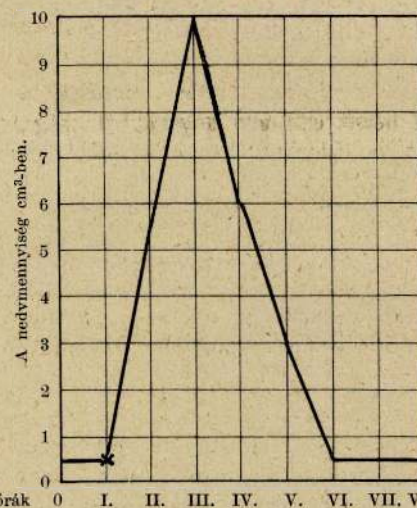
I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben	A szabad HCl	Az össz-aciditás	A pepsin
8,00—8,30	0.5			
8,30—8,30	Húskivonat per os			
8,30—9,00	1.5			
9,00—9,30	5.0	110	130	125-szörös
9,30—10,00	1.5			
10,00—10,30	1.0			
10,30—11,00	0.5			
11,00—11,30	0.5			

„I“ kísérlet. Deczember 9.-i kísérlet éhgyomorra a *Heidenhain* szerint operált „barna“ kutyán.

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben	A szabad HCl	Az össz-aciditás	A pepsin
8,00—8,30	0.5			
8,30—8,30	Húskivonat per os			
8,30—9,00	5.0			
9,00—9,30	3.5	80	125	125-szörös
9,30—10,00	1.5			
10,00—10,30	0.5			
10,30—11,00	0.5			
11,00—11,30	0.0			

A *Heidenhain*-féle kutyáknak subcutan is adtam húskivonatot, és mint a secretiós görbék mutatják, azt az érdekes tényt konstataáltam, hogy ezen kísérleti állatok secretiomódja más, mint a *Pawlow* szerint operált kutyáké.

„Y“ kísérlet. Deczember 5.-i kísérlet éhgyomorra a *Heidenhain* szerint operált „barna“ kutyán.



× = húskivonat subcutan.

„L“ kísérlet. Deczember 7.-én a „fehér“ kutyán éhgyomorra.

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
8,00—8,30	0.5
8,30—8,30	Húskivonat subcutan
8,30—9,00	10.0
9,00—9,30	13.0
9,30—10,00	8.5
10,00—10,30	4.0
10,30—11,00	2.0
11,00—11,30	1.0
11,30—12,00	1.0

„M“ kísérlet. Deczember 7.-én a „barna“ kutyán éhgyomorra.

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
8,00—8,30	0.5
8,30—8,30	Húskivonat subcutan

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
8,30—9,00	12,0
9,00—9,30	11,5
9,30—10,00	11,0
10,00—10,30	9,0
10,30—11,00	4,0
11,00—11,30	1,0
11,30—12,00	0,5

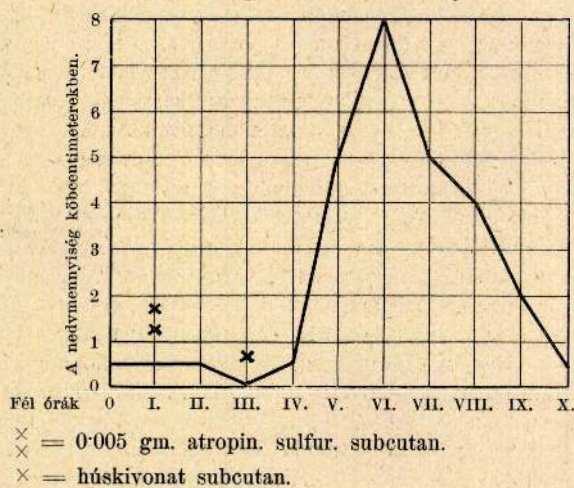
A mint a secretiós görbék mutatják, a Heidenhain szerint operált kutya a subcutan húskivonat-injectio után már közvetlenül is hatalmas secretiót tüntet fel.

A mint azt a Pawlow-féle kutyákon végzett és már közölt kísérletekből tudjuk, az első félórán csak igen minimális secretió keletkezik és a secretiónak tulajdonképpen emelkedése csak a második félórán válik észrevehetővé. A Pawlow-féle kutyáknak ideges apparatusa sértetlen, a mirigyeknek a vér által fenntartott izgalma (vérizgalom) ellene dolgozik a secretót gátló idegek működésének, az idegeknek ezen gátló befolyását azonban csak lassan tudja legyőzni, a mely körülmény a secretio módjában olyképpen nyilvánul meg, hogy a nedvelválasztás az első félórán csak egészen minimális és emelkedést csak a második félórán mutat.

A Heidenhain-féle kutyákban a secretiót gátló idegek működése azonban elégtelen, ennek következtében ezen csekély befolyást a mirigyek vérizgalma könnyen legyőzheti; ezen körülmény a secretio módjában olyképpen nyilvánul meg, hogy a húskivonatnak subcutan injectiója után azonnal hatalmas gyomornedvelválasztás indul meg. Ez a lelet bizonyítja egyúttal azon már előbb említett feltételt is, hogy az éhgyomrú Heidenhain-féle kutya supersecretio continuája az által van feltételezve, hogy az átvágott secretiót gátló idegek elégtelen működése nem tudja a mirigyeknek valószínűleg állandóan jelenlévő normális vérizgalmát elnyomni. Hogyha már most a Heidenhain-féle kutyákon a mirigyek vérizgalmát kívülről bevitt extractív anyagokkal még fokozzuk, akkor a depresso-secretorius idegműködésnek elégtelen volta még eklatánsabb módon jut napfényre.

Atropin segítségével a Heidenhain-féle kutya excitosecretorius idegeit is megbénítottam s a kutyák ily állapotában tanulmányoztam a húskivonat subcutan injectiójának hatását a secretióra.

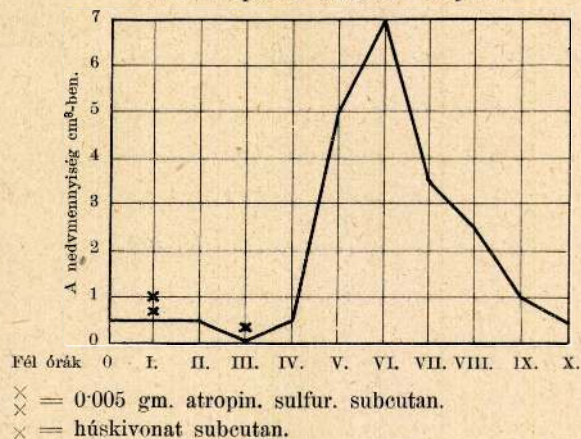
„N“ kísérlet. A december 14.-i kísérlet éhgyomorra a Heidenhain szerint operált „fehér“ kutyán.



A secretiós görbéből már első pillanatra megláthatjuk, hogy az előzőleg atropinozott Heidenhain-féle kutya a húskivonat subcutan injectiója után úgy viselkedik, mint a nem atropinozott Pawlow-féle kutya.

Mindkét fajta kísérleti állatban a secretio az injectiót követő első félórán támad. A nem atropinozott Heidenhain-féle kutyán azonban már közvetlenül az injectio után, tehát már az első félórán is hatalmas gyomornedvelválasztás indul meg. Az atropinozott Heidenhain-féle kutyának excitosecretorius idegei bénultak és ez

„O“ kísérlet. Deczember 14.-iki kísérlet éhgyomorra a Heidenhain szerint operált „barna“ kutyán.



által az excitosecretorius és a még némileg meglevő gátló működésekre egymásra való kölcsönös hatása oly módon esik el, hogy a secretiót gátló befolyások mintegy szabaddá válva előtérbe lépnek, mely körülmény a secretio módjában abban nyilvánul meg, hogy a secretio csak később indul meg, miután a gyomormirigyek vérizgalma a depresso-secretorius idegek gátló működését fokozza.

„P“ kísérlet. Deczember 12.-én a „barna“ kutyán éhgyomorra.

I d ő	A nedvmennyiség cm ³ -ekben
8,00—8,30	0,5
8,30—9,00	Húskivonat subcutan
9,00—9,30	6,0
9,30—10,00	0,005 gm. atropinum sulfuricum subcutan
10,00—10,30	10,0
10,30—11,00	8,0
11,00—11,30	5,0
11,30—12,00	3,0
	1,0
	0,5

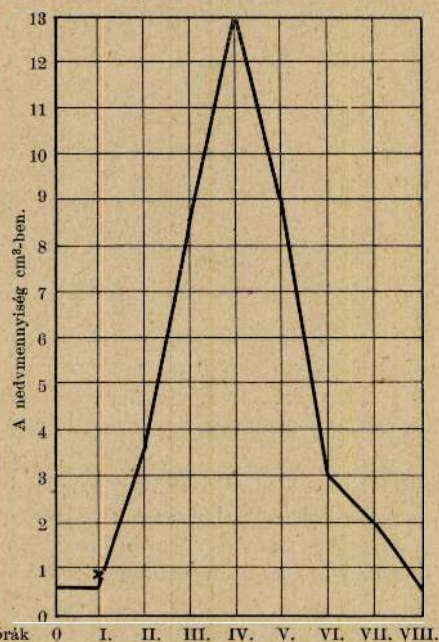
Egyik kísérlet továbbá azt mutatja, hogy ha a secretio már megindult, azt az atropin már nem befolyásolja.

Mindeme leletek annak felvételére készítettek, hogy a gyomormirigyekre vonatkozólag az izgalomnak két különböző módja van. Az első az extragastralis idegrendszer (nervus vagus, valószínűleg a nagy sympathicus is) útján megy végbe, a másodikat a vérkeringés közvetíti, mely körülménynél azonban még eldöntetlen marad, vajjon az ingerlő ágens egyenesen az elválasztó sejtekre hat-e be, vagy pedig e hatás az intragastralis sympathicus fali fonata közvetítésével jön-e létre. A kémiai, a vérkeringés útján közvetített secretio valószínűleg folytonos; fölvehetjük, hogy a vérpályában keringő kémiai anyagok állandó ingert fejtenek ki a gyomor secretiós készülékére. Az inger eredménye a nedvelválasztás, ez azonban physiologiai körülmények között discontinuus.

Ezt a discontinuitást az okozza, hogy az extragastralis idegrendszer útján secretiót gátló befolyások közöltetnek, melyek a mirigyeknek a vér által fenntartott izgalmát elnyomják. Feladata ezenkívül azonban az idegrendszernek, hogy ez ideges gátlást megszüntesse és hogy helyére excitosecretorius ingereket küldjön, melyek azután a vérkeringéshez adódnak hozzá. Valószínű, hogy a kémiai secretio alája van rendelve az ideges secretio mechanizmusának.

Kérdés már most, hogy milyen természetűek ezen kémiai anyagok. Edkins ilyen természetű anyagokat a gyomor nyálkahártyájában talált és a Liebig-féle húskivonatban ki tudta mutatni jelenlétüket. Azonban más készítményekben is megtalálhatók, mint például a panopeptonban. Ezen készítmény a húsnak és búzának enzimhatás útján nyert emésztési productumait tartalmazza. 40 cm³ panopepton 10 cm³-re bepároltam és e mennyiséget fecskendeztem be subcutan; a per os kísérletekben a bepárolt 10 cm³-t 40 cm³ aqua dest.-val töltöttem föl.

„R“ kísérlet. Február 13-i kísérlet éhgyomorral a Heidenhain szerint operált „barna“ kutyán.



× = Panopepton subcutan.

„S“ kísérlet. December 13-án éhgyomorral a „barna“ kutyán.

I d ő	A nedvmennyiség cm³-ekben
8,00—8,30	1:0
8,30—9,00	Panopepton per os
9,00—9,30	7:5
9,30—10,00	2:5
10,00—10,30	2:0
10,30—11,00	0:5

A mint a secretiós görbén látható, a panopepton subcutan injectiója élénk gyomornedvelválasztást indít meg. A secretio módja elvben ugyanaz, mint a Liebig-féle húskivonat után. Általában nagyon is valószínű, hogy a kémiai ingerlő anyagok, melyek a secretiós készülék vizsgálmánál kérdésbe jönnek, utolsó vonatkozásukban a táplálékból, illetve annak hasadási termékeiből származnak.

Ezen kívül még oly irányban is végeztem kísérleteket, hogy megtudjuk, miképpen viselkedik a többi emésztő mirigy az extractiv anyagoknak subcutan alkalmazására. Ezen kísérleti eredményekre e helyen természetesen nem térhetek ki, csak felemlitem, hogy ép idegrendszerű bélsipolyos kutyákon nem találtam secretio-fokozódást, míg átvágott mesenterialis idegekkel bíró kutyán a hatás igen jelentékeny.

A pankreasnedv- és epeelválasztást a húskivonat subcutan alkalmazása lényegesen fokozta. A pankreasnedvelválasztás tekintetében a kísérleti eredményt különösen hangsúlyozom. Baylis és Starling vizsgálatai szerint a pankreasnedvelválasztás normális ingere a secretin, mely anyagot a gyomornedv sósava készíti a duodenumban lévő prosecretinből. Baylis és Starling-nak sikerült is duodenumnyálkahártya sósavas kivonatának intravenosus befecskendezésével a pancreas-secretiót fokozni.

A mi kísérleteink azt mutatják, hogy ezt extractiv anyagok subcutan injectiójával is el tudjuk érni. O. Fürth és V. C. Schwartz vizsgálatai pedig azt mutatták, hogy a secretinhatás tulajdonképpen részben cholinhatás. Masurkievitz pedig azt találta, hogy magának a pancreas-nedvnek intravenosus befecskendezése is fokozza a pancreas-secretiót.

Mind e lelet valószínűvé teszi, hogy azon kémiai anyagok, melyek a pancreasnak a vér útján történő izgalma szóbajöhetnek, végeredményben a táplálékból illetve annak hasadási termékeiből származnak.

A pancreasra vonatkozó ezen kitérést azért tettem, mert

egy klinikai kérdés van vele szoros vonatkozásban. Midőn a báró Korányi professor vezetése alatt álló klinikán 50 különféle beteg gyomornedvét a Boldyreff-Volhard-féle olajreggeli után trypsin-tartalmára quantitative megvizsgáltam, azt találtam, hogy éppen azon esetek mutatják a legnagyobb trypsinértékeket, melyekben a gyomornedvelválasztás nagyon le volt fokozva.

Cohnheim kutyákon azt az érdekes megfigyelést tette, hogy a gyomornedvelválasztás teljes hiányának ellenére a pankreas nedvelválasztása nemcsak, hogy zavartalanul ment végbe, de még fokozott is volt, úgy hogy a kutyát a compensatio ily foka mellett az emésztés tekintetében egészségesnek kellett tartania.

A klinikai tapasztalás többszörösen tanítja, hogy az achylia gastrica minden tünet nélkül is lefolyhat. Ez a sajátságos dolog teljesen érthetetlen, ha tisztán csak a secretin által előidézett pankreasizgalomra vagyunk tekintettel. Hiszen fel kell vennünk, hogy az achylia gastrica következtében a secretinképződés a minimumra, ha nem nullára süllyedt és a pankreasnedvelválasztás mégis fokozott. A pancreasra vonatkozólag tehát más ingereknek kell szóbajönniük. Azon felvételünk alapján, mely szerint a pancreasnak a vér útján történő izgalma szoba jövő kémiai anyagok végső vonatkozásukban a táplálékból, illetve hasadási termékeiből származnak, talán felvehetjük, hogy ezen esetekben a pancreasnedvelválasztásnak ingerül részben éppen maga a pancreas által feldolgozott táplálékanyagok, illetve azok hasadási termékei szolgálnak. Ezen felvétel szerint tágabb értelemben szinte azt mondhatnók, hogy a pancreas részben saját maga is tud az izgalmaról gondoskodni.

(Vége következik.)

A kiütéses typhus Budapesten 1908-ban.

Irta: **Gerlóczy Zsigmond** dr. egyetemi magántanár, a sz. főv. Szt. László-kórház főorvosa.

(Folytatás.)

g) A légzőszervek részéről észlelt jelenségek.

A typhus exanthematicus már a kezdeti időszakban kisebb-nagyobb fokú katarrhalis symptomákkal jár. A lélekzőszervek hurutja egyenesen hozzátartozik a betegség symptomáihoz. Nem egy beteg még mielőtt az exanthema kitörési időszakába kerül, oly annyira, izgatottan köhög, hogy különösen kanyarójárvány idején, ha hozzá még fiatal egyénről, pláne gyermekről van szó, a tracheobronchitis gyanút ébreszt kanyaróra. Ezért valahányszor nagyobb fokú izgatott köhögéssel fiatalabb egyén került az észlelésünk alá, mindannyiszor gondosan megvizsgáltuk a beteget arra is, ninesen-e a kanyaró eruptiós időszakában. A kanyarónak exanthemás időszaka szerencsére oly élesen karakterizált, hogy a gyakorlott szemű orvos ebben a tekintetben alig tévedhet. Typhus exanthematicus eseteiben a nyálkahártyákon semmiféle foltot, exanthemat nem látunk, legfeljebb csekély hurutos belöveltség az, a mit a garat nyálkahártyáján észrevehetünk, de igen sokszor a legkínzóbb, izgatott köhögés jelenlétében is teljesen normálisnak látjuk a garat képleteit, még csak kisebb fokú belöveltséget sem veszünk észre rajtuk. Sokszor már a betegség kezdetén kifejezett rekedtség konstatalható, a mely azonban csakhamar enged, máskor ellenben a rekedtség fokozódik és csak a defervescencia bekövetkezésével, a reconvalescencia időszakában lassan, fokozatosan szűnik meg. A rekedtség különben a kezdeti időszakban könnyen vezethet téves diagnózisra is, különösen, ha kisebb gyermekek észlelhetők, a mikor is a croup laryngis kórképét utánozhatja. Egy ilyen esetünk volt nekünk is, *F. István* 19 hónapos kis gyermek, a kit február hó 26-án, betegsége nyolczadik napján hoztak be a kórházba a kiütéses typhus minden symptomájával. Betegsége későbbi folyamán oly nagy fokban rekedtté lett a hangja s oly nehezzé vált a lélekzése, hogy már-már intubáláshoz készültünk. A légzés később megjavult ugyan s műtéti beavatkozás nem vált szükségessé, a gyermek azonban bronchopneumoniában elpusztult. A boncoláskor talált ulcus laryngis és perichondritis megmagyarázta a stenosisos symptomákat.

Kiterjedtebb bronchitist 91 esetben észleltünk, pleuritis siccát 4 esetben, pleuritis exsudativa purulentát 1 esetben, pneumoniai in vivo 7 esetben.

Hogy a typhus exanthematicusban szenvedők *dyspnoéját* nem a léleklző szervek elváltozásai idézik elő csupán, azt kétségtelennek tartom. A *dyspnoé* ugyanis nemcsak a súlyos esetekben van meg, hanem a középsúlyos, sőt enyhe esetekben is és pedig nagyon sokszor már a betegség korai szakában, úgy hogy részemről ezt a symptomát pathognomonistikus értékűnek vagyok hajlandó kijelenteni. Ez a *dyspnoé* kétségtelenül toxikus alapon előálló tünet. Eseteink közül 53-ban észleltünk *dyspnoét* és pedig a 148 gyógyult beteg közül 23-ban ($= 15.5\%$) és az 55 elhalt beteg közül 30-ban ($= 54.5\%$). Eme számadatokból azt lehet következtetni, hogy a *dyspnoés* jelenség, különösen ha tartósabb, kedvezőtlené teszi a prognosist.

h) Az emésztőszervek részéről észlelt jelenségek.

A mikor a typhus exanthematicus-esetek egyidejű előfordulásával a typhus exanthematicus és a typhus abdominalis között való differentiális diagnosit continua-lázak és nagyobb számú roseola mellett nehéz megállapítani, legnagyobb segítségünkre jöhetnek az emésztőszervek részéről észlelhető jelenségek. Nagyobb fokú meteorismus, jellegzetes borsólészerű ürülék, az ileocecalis táj praedomináló érzékenysége sokszor minden kétségen felül megállapíthatóvá teszi a typhus abdominalis diagnosit. Ámde nem ritkán nehézségek állanak elő itt is. Mert egyrészt a typhus abdominalis lefolyhat híg, jellegzetes székelések nélkül, állandóan formált faecessekkel, másrészt megint typhus exanthematicus eseteiben tartós hasmenés lehet jelen, helylyel-közzel mérsékelt meteorismussal, ileocecalis érzékenységgel, sőt kivételesen bélvérzéssel is. A kiütéses typhus-esetek jelentkezésének első heteiben volt egy ilyen eklatáns bélvérzésünk. Egy anya két kis gyermekével került az osztályunkra typhus abdominalis diagnositával. Úgy az anya, mint gyermekei magas continua-lázakkal, csekély számú, de a typhus abdominalisban megszokottnál több roseolával valóban a typhus abdominalis diagnositát engedte megállapítani. Diagnositunkban különösen nem kételkedtünk akkor, a mikor az anya egy napon bélvérzést kapott. Mikor azonban néhány nap múlva úgy az anya, mint két gyermeke szinte egy napon kritice deferveskált, a lázgörbe egészen megfelelően a typhus exanthematicus leontakozásának, Widal-reactiót végeztünk, s mind a három beteg reactiója typhus abdominalisra negatív volt. Egyébként tudjuk, hogy az autopsia nem ritkán derít ki a béllyákhártyán ecchymosisokat, vérzéses góczokat. 203 esetünk közül különben 70 esetben tartós obstipatio volt jelen, 26 esetben pedig tartós diarrhoea. A többi eset a bél működése tekintetében minden felemlítésre méltó jelenség nélkül folyt le. Hányást 95 esetben jegyeztünk fel. A hányás kétségtelenül toxikus jelenség gyanánt fogható fel.

A nyelv az esetek túlnyomó többségében vaskos fehérsárgás-barna lepedékekkel bevont és többnyire száraz. Állandóan nedves nyelvet az egyébként is jó prognosist adó esetekben láttunk. 29 olyan esetet jegyeztünk fel, a melyben a beteg nyelve állandóan nedves volt, ezek közül csak egy halt meg.

i) A húgy- és ivarszervek részéről észlelt jelenségek.

Az a fárasztó munka, a mely egy ilyen óriási izgalmat keltő betegség terjedése alkalmával a kórházi orvosokra hárul, szinte lehetetlenné teszi, hogy minden irányban pontos feljegyzéseket tegyünk. Különösen nehéz volt a dolgunk nekünk, a kik igen kevés orvossal voltunk kénytelenek a tömérdek teendőt elvégezni. Abban az időben, annak ellenére, hogy a kórház igazgatósága a legnagyobb előzékenységgel és késedelem nélkül teljesítette előterjesztéseimet az orvosok létszámának szaporítására, nagyban kellett éreznünk az orvoshiányt, mert igen nehezen akadt vállalkozó. Ekként a vizeletvizsgálatokat rendszeresen, nap-nap mellett nem végezhetjük s az arra vonatkozó bejegyzéseink is hiányosak lévén, csak általánosságban emelhetem ki azt, hogy számos esetben volt több napig tartó albuminuria, itt-ott haemorrhagiás nephritis.

Öt esetben tartós vizeletretentio miatt a lázas állapot idején állandóan katheterrel kellett eltávolítanunk a beteg vizeletét.

Mint érdekes szövödményt említem itt fel azt az esetünket, a melyben epididymitis társult a typhus exanthematicushoz. Ez D. J. 20 éves napszámos esete, a kinek kórtörténetét az ideges izgalmi symptomák felemlítésekor részletesen ismertettem s a ki

körülbelül betegsége 6—7. napján baloldali mellékheregyuladást kapott. Az epididymitis blennorrhoeás eredete teljesen ki volt zárható és 10 nap alatt tökéletesen visszafejlődött. Curschmann is említ egy esetet, a mely ugyancsak 10 nap alatt fejlődött vissza.

Gravida-betegünk öt volt. Ezek közül 3 meggyógyult, 2 meghalt. A 3 gyógyult eset közül az egyik hat hetes foetust abortált, a másik kettő megtartotta a magzatát. Ezek egyike az V., a másika a VI. hónapban volt terhes. Mindkét elhalt gravida terhességének III. hónapjában volt és az abortus után csakhamar meghalt. Úgy látszik eme öt eset is azt bizonyítja, hogy a terhesség korai időszakában a graviditást a typhus exanthematicus megszakítja.

j) Egyéb szövödmények.

A typhus exanthematicushoz csatlakozó egyéb szövödmények sorában első helyen kell említenünk a *decubitusokat*, a melyek súlyos esetekben szokatlanul gyorsan és szokatlanul mély kiterjedésben állanak elő. Hét ilyen súlyos *decubitusos* betegünk volt (a 203 esetre vonatkoztatva 3.9%), a kik közül 4 meggyógyult, 3 meghalt. Oly gyorsasággal fámadtak ezek a *decubitusok*, a minővel például typhus abdominalisban szenvedők között nem szoktunk találkozni s oly mélyreható szövetroncsolással jártak, hogy tenyérnyínel nagyobb területen lemeztelenített csont állott előttünk. Egy gyógyult esetünkben nagy *glutacalis tályog* fejlődött, egy elhalt betegünk halálát pedig az állszöglet alatt fejlődött nagy tályog sietette; a lábszár kiterjedt *phlegmoneját* láttuk egy esetben, *erysipelast* pedig két esetben (az egyik meghalt).

Gyakori szövödménynek kell tekintenünk a *parotitist* is, a mely 203 esetünkben 7-szer fordult elő ($= 3.9\%$); a parotitisek közül 6 meggyógyult és csak egy halt meg. A typhus exanthematicussal kapcsolatosan támadt parotitis mind a hét esetben elgenyedt. Két esetben kétoldali volt a parotitis, öt esetben pedig csak egyoldali.

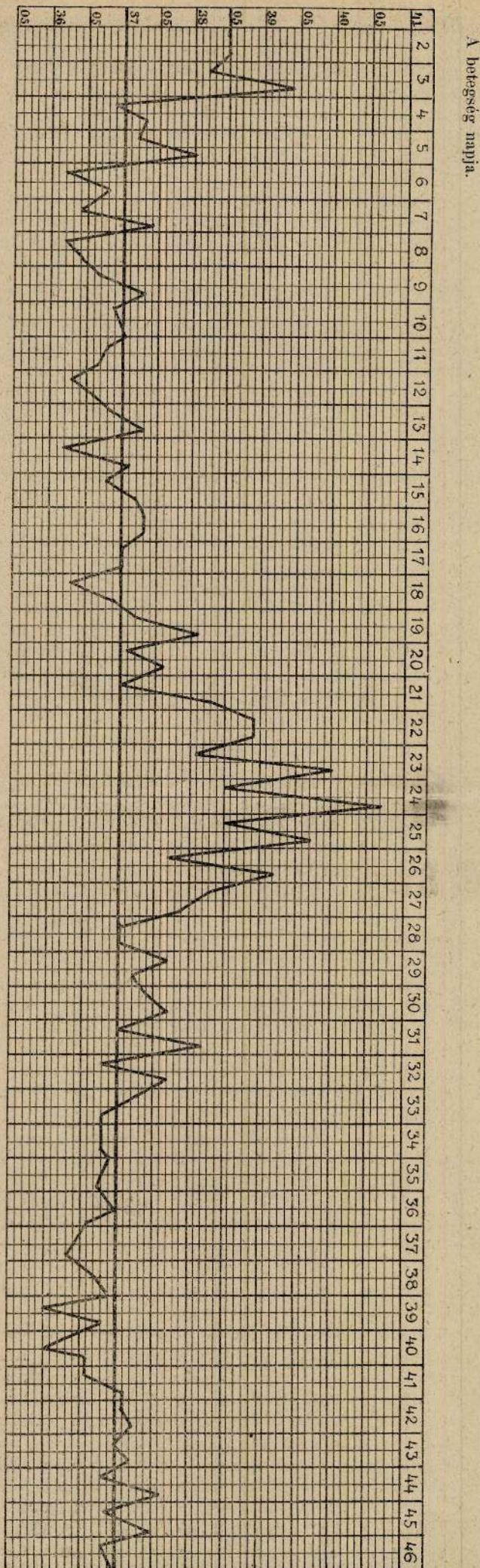
Recidiva.

A typhus exanthematicus az abdominalistól abban is eltér, hogy míg az utóbbiban recidivák gyakoriak, addig az előbbiben felette ritkák. Murchison maga egész bizonyossággal recidivát nem észlelt, Buchanan 5000 esetében csak egy recidiváról tesz említést, míg Curschmann 1878-ban aránylag kicsiny typhus exanthematicus beteganyagában két kétségtelenül megállapított recidiváról tesz említést.

Nekem ugyancsak két recidivaesetem volt, a melyet éppen ritkaságánál fogva itt megemlítek.

Az egyik: V. J., 15 éves, napszámosgyerek, a kit márczius hó 25.-én vettünk fel. Előtte való napon hányt, a hideg kirázta, feje, hasa, tagjai fájnak. Arcán, mellén, hátán és a karjain néhány roseolaszerű exanthema. A léptompulat a VII. bordán, a lép a bordaív alatt jól kitapintható. Hőmérséke este 11 órakor 38.5°C (lásd a 10. számú láztáblát). Márczius 29.-étől kezdve láztalan s az exanthemái elhalványultak. A baloldali praeauricularis táj érzékeny. Április 3.-án a bőrön csekély korpázás. Április 8.-án a baloldali parotisa kissé duzzadt. Ekkor a hőmérséke 37.3°C . A tüdők felett az egész idő alatt mérsékelt hurutos zörejek. Április 11.-éig egészen jól érezte magát. Ekkor reggel a hőmérséke 37.2°C , este 38.1°C . Április 15.-én rosszul érzi magát. Előtte való este hányt és sokat köhögött. Diffus bronchitis. A mellkason, hason és háton, valamint a karokon és ezombokon a régebbi exanthemák után való pigmentatio mellett 1—2 friss roseolaszerű folt látható. Hőmérséke reggel 38.1°C , este 40.1°C . Április 16.-án a kiütés mindenütt jelentékenyen megsaporodott, a nyelve száraz, e napon este 40.8°C a hőmérséke. Ekkor már igen rosszul van, sokat hány, nagyon elgyengült, a pulsusa szapora, kicsiny, könnyen elnyomható. Április 17.-én kisfokú *dyspnoé*. A további napokon jelentékeny hyperaesthesia és igen gyakori hányás. Erős salivatio, nagyon száraz nyelv és kiszáradt torok, a mi miatt folytonosan krárog. Szemei becsettek, a *dyspnoé* mindinkább fokozódik és csak április 22.-én szűnik meg. E napon megnyitjuk a bal füle mögötti mogyorónyi hullámzó tályogot. Április 23.-án már megtűri a jégbehűtött italokat. Eddig mindent kihányt. A hányás egészen csak május 1.-én szűnt meg. Attól fogva lassú reconvalescentia és május 18.-án gyógyultan hagyja el a kórházat.

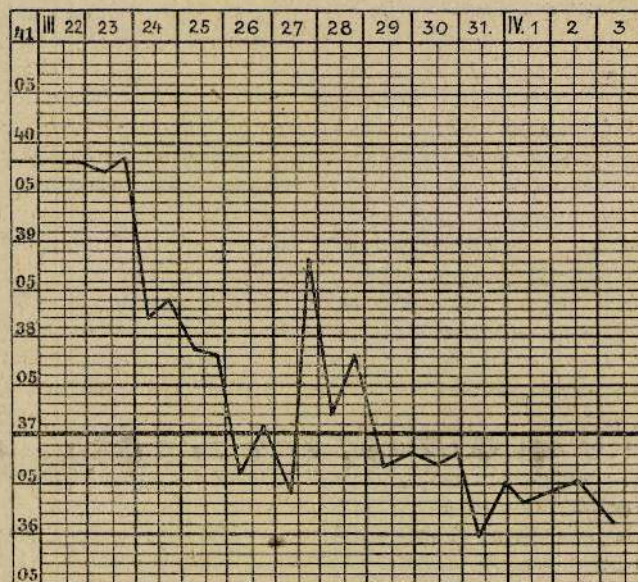
10. sz. tábla. V. J. 15 éves, napszámosfü. Felvételt márczius 25.-én. Enyhe abortív alak, igen súlyos recidívával.



A másik recidivaeset érdekes azért is, mert a kiütés első ízben csak a defervescencia beköszöntése után jelentkezett s mert a recidiva az első megbetegedés kritikus hőleesése után való három hét múlva jelentkezett. Az igen érdekes eset a következő:

P. J., 24 éves mészárossegédet a sok typhus exanthematicus-eset miatt hírhedté vált Párkány-utczai 1429. sz. házból hozták be hozzánk 1908 márczius 22.-én. Az előző napokon abból a házból több beteget szállítottak be hozzánk. Ezek hozzátartozóit azután, sőt az egész ház népét, a tiszti főorvos rendeletére egyéni fertőtlenítés végett a központi fertőtlenítőbe szállították. Betegünket is márczius 21.-én odavitték. A mikor onnét hazaért, már rosszul érezte magát, kirázta a hideg és gyakori hányás-ingere volt. A felvételi irodában esti 10 órakor is hányás erőltette. Oldalszúrásról és tagfájdalmakról panaszkodik. Hőmérséke 39.8°C . Nyelve bevont, elég nedves, a torok belövelt (erős dohányos), a mellkas és hát bőrén halvány rózsaszínű márványozottság látszik (nem exanthema, hanem inkább a levetköztetéstől származó fázás jele). A léptompulat normális.

A betegség napja.



11. ábra.

A betegnek márczius 24.-én és 25.-én az orra vérzett, ez utóbbi napon délután 1 órakor bőségesen hányt, miután előzőleg folytonosan hányás-ingere volt. Márczius 26.-án a vizeletében kevés fehérje. Április 3.-ára a vizelet tiszta. A láza márczius 29.-ére kritikusán leszállott. Kiütést ezideig egyáltalában nem lehetett látni. Április 4.-én, a háton elszórtan 8 piros foltoeska látható, április 5.-én a mellkason is van néhány, a háton és vállon pedig egy-kettővel szaporodott. Április 7.-én a foltok elhaványultak. Április 8.-án teljesen jó közérzettel hazabocsájtjuk. (L. a 11. sz. láztáblát.)

Április 21.-én, tehát 13 nappal utóbb a beteget újból be-
szállítják hozzánk. Elmondja, hogy újabban 17.-e óta beteg, a mikor is kirázta a hideg és a feje fájt.

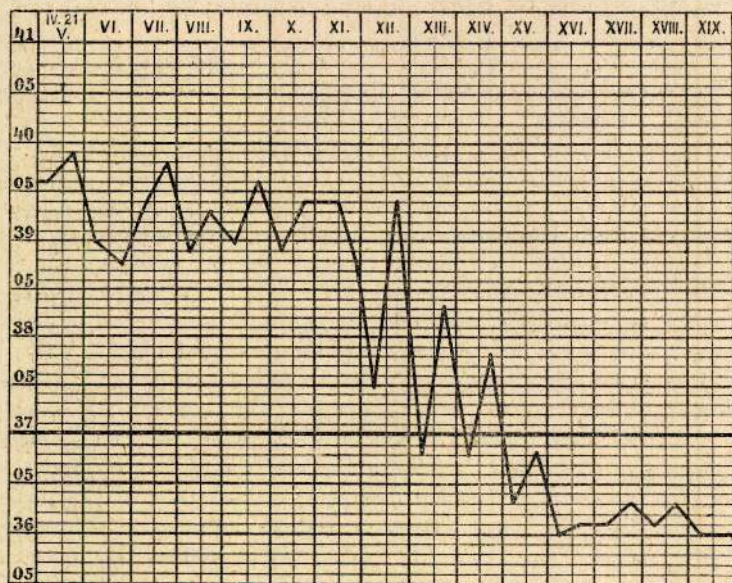
Felvétele alkalmával délelőtt 11-kor 39.6°C hőmérsék mellett az egész testen mindenütt typosos, elég kiterjedt roseola-szerű exanthema. A nyelve bevont, igen száraz, a léptompulat a VIII. borda alsó szélén kezdődik. Szédülésen és nagyfokú szomjúságon kívül, minthogy hányás-ingere most nincsen, a közérzete — a magas láz ellenére — most jobb mint az első alkalommal volt. Este 40°C -ra emelkedett a láza.

Április 22.-én az exanthema igen kiterjedt, az arczon és a kézfőkön is látható, csupán a lábszárakon és a lábfejekön nincs. Erős conjunctivitis. A láza a tegnapihoz képest csökkent (l. a 12. láztáblát). A vizeletben kevés fehérje. Pulsusa elég jó. Délelőtt 11-kor hirtelen rendkívül izgatott lett és papot kívánt. Mire a tisztelendő hozzájött, már a kérdéseire nem válaszolt, hanem zavartan tekintett maga elé. Délután a nyugtalansága fokozódott; azt hitte, hogy meghalt és mindenkivel bizonyítani akarta, hogy nem él. Az ápoló-

nőket és a később melléje rendelt betegőrzőt ütlegette. 1 gramm natr. brom.-ra nyugodtabb lett és éjjel is elég jól viselkedett.

Április 24.-én bár a sensoriuma zavart, de külön betegőrzőre már nincs szükség, mert nyugodtan viselkedik. Gyakori hasmenés, egyszer hányt.

A betegség napja.



12. ábra.

Április 25.-én a sensoriuma már tiszta.

Április 26.-án az exanthema elhalványul, a nyelv nedvesebb.

Április 27.-én ismét gyakran hányt.

Április 29.-én reggelre kritikus hőleesés. Ettől fogva harmadik napra láztalan, a közérzete is fokozatosan jobb és a hányása is teljesen elmaradt. Május 6.-án gyógyultan hagyja el a kórházat.

Újból való megbetegedés.

Hogy a typhus exanthematicusnak egyszer való átszenvedése nem nyújt feltétlenül biztonságot az újabb infectio lehetőségével szemben, tehát, hogy tartós immunitást nem ad, arra vonatkozóan már felemlítettem egyik ápolónőnk (Német Mari) esetét, a ki 1908-ban súlyos kiütéses typhust állott ki, s a reá következő évben ismét megkapta az ápolására bízott betegből a kiütéses typhust.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Dr. med. et jur. Theodor Meyer: Theodorus Priscianus und die römische Medizin. (VI + 352 lap). Verlag von Gustav Fischer in Jena. 1909. Ára 7 márka, kötve 8 márka.

A két névtárs neve ezután szorosan egymás mellett fog emlegettetni az orvostörténelemben. Mert Theodorus Priscianus mindaddigéig igen mostoha elbánásban részesült a történetírók részéről. Őt kellő világításba helyezni, munkáit érdemük szerint méltatni, Theodor Meyer-nek sikerült először.

A könyv bevezetése a római gyógyászatnak a Priscianus-t megelőző korát tárgyalja, a mikor valamennyi családnak megvolt a maga gyógyítással foglalkozó szolgálja, a „servus medicus”, a ki háziszerekkel gyógyította a beteg családtagokat, többek közt Cato Censorius receptkönyve szerint. Röviden szólva, a népies gyógyászat járta mindaddig, míg Caesar polgárjogot nem adományozott az összes bejövő külföldi orvosoknak. A római földön virágzásnak induló gyógyászat tudvalevőleg a görögnek volt csupán egy epizódja s itt, a római földön bontakoztak ki a különféle systemák a régi humoral-pathológiával szemben. A sokféle rendszer mindegyikéből a legjobbat, a legértékesebbet kihámozni s belőlük

egy új harmoniás rendszert felépíteni a nagy eclecticusnak: Galenusnak sikerült először.

Galenus-t követőleg léptek fel a compendium-írók s ezek közt Th. Priscianus is. Munkásságának súlypontja a IV. és V. század forduló éveire esik.

Munkái közül fennmaradtak az „Euporiston faenomenon”, mely a külső betegségeket írja le a capite ad calcem, míg a „Logicus” a belső s a „Gynaecia” a női bajokat. A negyedik könyvnek megmaradt fragmentuma fejfájás és epilepsia ellen használatos néhány szerről szól.

Orvosi gondolkodásának alapja a methodikusok iskoláján nyugszik; a bonczolástan és élettan hiányzik, a kóroktant csak mellékesen tárgyalja. A különböző betegségek leírásai különböző értékűek, de néha igen pontosak. A therapiában az a főelve, hogy a beteget mindenekelőtt általános kezelésnek kell alávetni, főleg diatás és hygienés eljárásokkal, azután kerülnek sorra a különféle külső agensek (nap-, homok-, vízfürdők, borogatások), majd az egyéb beavatkozások (ledörzsölések, testgyakorlások, psychés gyógyítás stb.) s végül jó egy sereg speciális gyógyításmód, melynek mindegyike vagy tüneti, vagy localis pathologiai indicatión nyugszik.

A pathológiát és therapiát körülményesen ismerteti Meyer, az euporistont pedig szószerinti fordításban közli, azonban az eredeti szöveg melléklése nélkül. Azt hisszük, hogy a fordításhoz még a philologusok is hozzá fognak szólani.

Mindenesetre értékes munkával állunk szemben, mely a jenai egyetem nemrég rehabilitált docensének becsületére válik. György.

W. Peyerl: Über den Einfluss der Heissluftbehandlung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und langedauernder Ruhigstellung. Bühl (Baden), Druck der Aktiengesellschaft Konkordia, 1909.

A szerző a forró légfürdőknek az ízületi merevségekre gyakorolt hatásáról értekezik. A heidelbergi sebészeti klinikán sok alkalma volt a traumás törések és distorsiók utáni ízületi merevségek kezelését tanulmányozni és tapasztalatai révén azon eredményre jutott, hogy a massage és mobilizálás mellett nagy jelentősége van a Bier-féle activ hyperaemiának, azaz a forró légfürdőknek. Ezen nézetének bizonyítására 10 esetet ír le részletesen. Valamennyi esetben traumás sérülés fixáló gyógykezelése után a szomszédos ízületekben merevség támadt, mely már 2—3 forró légfürdő után tetemesen megjavult. A megmerevedett ízületeket hetenként háromszor egy óra hosszat teszi ki a Bier ajánlotta, e célra szolgáló faszekrény 130—150 C° hőmérsékletének, ezenkívül enyhe masszaget és mobilizálást is végez a kóros ízületekkel. A szerző ezután részletesen ismerteti azon elváltozásokat, melyek valamely ízület hosszabb rögzítése esetén előállanak. Mindezen elváltozások leg-hathatósabb gyógyszerének az activ hyperaemiát, azaz a forrólégkezelést tartja. E gyógyeljárásnak három nagy előnye van: 1. A fájdalomcsillapító hatás, mely már az első forrólégfürdő után is előáll. 2. A felszívó hatás. 3. Az inaktivitás folytán elsorvadt szöveteket vérrel tápláló hatás. A szerző egyes makacs esetekben ezen activ hyperaemiát a passiv pangásos hyperaemiával kombinálta és ily módon is jó eredményeket ért el. Dollinger Béla dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az appendix megbetegedése által feltételezett dyspepsiáról ír Moynihan. Szerinte elég gyakori, hogy az appendix megbetegedése valamelyes gyomorbajra utaló tüneteket okoz. Ezen „appendiculus dyspepsiának” több alakja van, közülük legfontosabb az, a mely a gyomorfelekély képét utánozza, de a fájdalomnak jelentkezése és az étkezés közötti összefüggés nem oly szabályszerű ilyenkor; néha véreset is hány a beteg, noha a műtét alkalmával a gyomor teljesen rendesnek bizonyul, csak a pylorus-részének görcsös összehúzódása tűnik fel. Más esetekben az étkezések után kellemetlen érzésről, felfúvódottságról, határozatlan fájdalomról, időnként kólikáról, hasmenésről és szívdobogásról panaszkodnak. A mi a szóban levő esetekben az appendix elváltozását illeti: proximális részében sokszor vékony és halvány az appendix, a vak-

béllel összenőtt, vagy a fossa iliaca-ban rögzített. Distális vége tágult, megvastagodott, concrementumokat vagy purulens folyadékot tartalmaz. Falzatában mikroskopi vizsgálattal régi gyulladásos elváltozások mutathatók ki. (British medical journal, 1910 január 29.)

Diabetes insipidus eseteiben *Minkowski* szerint mindenekelőtt eldöntendő, vajon a fokozott húgyválasztás elsődleges-e, vagy csak a kórosan fokozott szomjúság feltételezte túlságos vízfelvétel okozza, vagy pedig úgy az egyik, mint a másik csak kísérő jelensége valamilyen más bajnak. A diabetes insipidus-esetek egy részében valószínű, hogy a vesének bizonyos működés-zavarával állunk szemben, a mely miatt nem tudja a vizeletet koncentrálni. A koncentrálóképeség ezen hiányossága főleg a konyhasóval szemben van meg, kisebb fokú a húgyanyaggal meg más sókkal szemben. Ezekben az esetekben a konyhasóban és nitrogenben szegény diéta tetemesen csökkenti a szomjúságot és a polyuriát. Ha azonban a koncentrációképeség megvan, a therapiában legfontosabb a vízbevitel korlátozása. A lues alapján fejlődött esetekben antilueses kezelés foganatosítandó. (Therapie der Gegenwart, 1910. 1. füzet.)

A diabetes mellitus kór- és gyógytanához szolgáltat adatokat *Lüthje* a „Therapie der Gegenwart“ ez évi 1. füzetében megjelent cikkében. Tapasztalatai szerint a vaschlorid-reactio negativ volta esetén még az esetben sem fenyegető a veszély, ha az acetón-reactiók erősen pozitívak. A meddig hús-zsirdiéta mellett a vizelet cukormentes, az összes savkiválasztás (acetecetsav és β -oxyvajsav) nem ölt veszedelmes méretet; ha azonban hús-zsirdiéta és acidosis mellett ezukor választatik ki, az ésszerű kezelés az ammoniak, acetón és β -oxyvajsav quantitativ analysise nélkül már nem lehetséges. A mi a zabkúrát illeti, tapasztalása szerint a zabkeményítőt jobban tűri a diabeteses szervezete, mint a többi keményítőfajtát.

A gastropstosis gyógyításáról ír *Noorden*. Mindenekelőtt kerülendő a gyomor megterhelése bőséges táplálékkal. A gyomor gyorsabb kiürülhetése céljából a főétkezések után fekvőhelyzetet kell elfoglalni. A gyomorizomzat tonusának fokozására strychninnel, physostigminnel vagy pilocarpinnal tehetünk kísérletet. Nagy jelentőségű az általános neurosis állapot javítása is. A gyomor emelésére két mód áll rendelkezésünkre, még pedig a támasztó kötések alkalmazása és a hasüreg zsírjának megszorítása hízlalókúrával. Hízlalókúrával kezelt 9 esetben a pylorus-résznek tetemesen feljebb szállása volt megállapítható a Röntgen-átvilágítással. A támasztó kötések használata után az objectív lelet változatlan maradt ugyan, subjective azonban tetemesen javult a betegek állapota. (Therapie der Gegenwart, 1910. 1. füzet.)

Elmekörtan.

„Le puérilisme mental“ és a személyiség visszafejlődése czímen értekezik *R. Charpentier* és *P. Courbon*. A puérilisme mental kórképét 1903-ban írta le Dupré. A kórképre jellegző, hogy a szellemi képesség oly fokra csökken, a milyen fokú a gyermekekben szokott lenni és sajátos viselkedésben, mimikában, beszédben, gyermekes kívánságokban, cselekedetekben, játékokban, bizalmatoskodásban nyilvánul. A puérilisme mental vagy körülírt agyvelőbántalmak (agyvelődaganatok, agyvelőtályogok) folytán, vagy hysteriás, senilis alapon fejlődhetik. Az utóbbi esetben Dupré „le retour à l'enfance des vieillards“-ról beszél.

A szerzők szerint a puérilisme mentalnak 3 alakját különböztetjük meg: 1. Puérilisme confusionnel; 2. puérilisme dementiel és 3. puérilisme constitutionel. 1. A puérilisme confusionnel toxikus eredetű és jellegző, hogy transitorius, heveny lefolyású, emlékezet-zavarral, érzéscsalódással, zavartsággal jár, a melyet amnesia követ. A betegség arra disponált egyénekben keletkezik valamely exogen vagy endogen fertőzés folytán. A betegséget a személyiség megváltozása kíséri, a mely a szellemi képesség visszafejlődésében nyilvánul. E csoportba tartoznak a hysteriás alapon fejlődő és az agyvelődaganatok és tályogok folytán jelentkező puérilisme esetei. 2. A puérilisme dementiel chronikus megbetegedés, a melyet a szellemi képesség és emlékezés csökkenése jellemez. A szellemi képesség hanyatlása párhuzamosan jár az emlékezés csökkenésével. Ezen csoportba tartoznak a puérilisme mental azon esetei, a melyek

a „dementia vesania“, senilis és organumos megbetegedések következményei és azon szellemi hanyatlások, a melyek a lassan fejlődő agyvelődaganatok folytán jelentkeznek. 3. A puérilisme constitutionel-re jellegző a szellemi fejlődés megakadása és tulajdonképpen nem egyéb, mint „charakterváltozás“ és általánosan a „débilité mentale“ néven ismeretes. Mindenkor chronikus lefolyású. Ha a szerzők e beosztását elfogadjuk, akkor azt kell mondanunk, hogy a puérilisme mental-t a rendellenes infantilis szellemi képesség jellegzi.

Prognosis szempontjából a puérilisme constitutionel kedvezőtlen lefolyású és befolyásolhatatlan. A dementia-hoz csatlakozó debilitas elfedheti a puérilisme constitutionel kórképét. A puérilisme dementiel gyógyíthatatlan és a gyöngelméjűség folyton előrehaladó. A puérilisme confusionnel azonban transitorius megbetegedés, gyógyítható és prophylaxissal és a fertőző betegség gyógyításával az elmebaj kedvező lefolyását elősegíthetjük. A puérilisme constitutionel összetéveszthető az infantilismussal, de az utóbbitól mégis megkülönböztethető. „Az infantilismusra ugyanis a szellemi képesség fejlődésének rendellenessége jellegző, vagyis a beteg azon szellemi képesség magaslátán marad meg, melyet a pubertas idejéig szerzett.“ Ezzel szemben a puérilisme constitutionel tulajdonképpen pathológiás karakterváltozás. A két kórkép gyakran kombinálódik egymással.

A puérilisme mental 3 alakját elég könnyű egymástól megkülönböztetni, minthogy a constitutionális alakra a debilitas, a dementiás alakra a gyöngelméjűség, a confusionális alakra pedig az érzéscsalódások, lázas állapot és fertőző betegség a jellegzetes tünetek. (L'encéphale, 1909. IV. évfolyam, II. félév, 319. lap.)

Goldberger.

Az imbecillisek associációs vizsgálata és ennek dia-gnostikai használhatósága. *E. W. Nathan* szerint az imbecillisek associációira jellegző a reakciós idő meghosszabbodása, a symmetriás (hasonhangzású), formális (szóképző) és értelmetlen associációk szaporodása, a gyakori stereotipiák, a beszédben jelentkező bizonytalanság és ügyetlenség, hiányos, hamis és fantastikus szóképzések és szójátékok. Ezek okát a szerző az imbecillisek csökkent szellemi képességében, hiányos rögzítő képességében, fokozott fantáziában és az egyes reakciók megtapadásában (fokozott perseveratióban) látja. Egyes esetekben ezenkívül nagy szerepet játszik a nagyfokú figyelemhiány is. (Klinik f. psych. u. nerv. Krankheiten, 1909. IV. 320. lap.)

Goldberger.

Sebészet.

Az inhalációs narcosisokról értekezik *Neuber*, ezirányú kérdéseire beérkezett 112 válasz alapján. E válaszok 71,052 narcosisra vonatkoznak, melyek közül összesen 24 volt halálos (1:2959). A mortalitás aránya aethernél 1:5930, scopolamin-morphinnál 1:4762, chloroform-aethernél 1:3410, chloroformnál 1:2060, Billroth-keveréknél 1:698. Noha az aether-altatások arányszáma a legkedvezőbb, figyelembeveendő, hogy a postoperatív pneumoniák keletkezése nagyon is leszálítja ezen értékeket, mert mint Lossen 1890-ben kiszámította, 791 aethernarcosisra egy ily tüdőgyulladás esik. Ez a szám mindenestre javult, mióta az aethert eszeppenként adagoljuk. Érdekes, hogy míg Gurlt-nak az 1890—1897. évekre vonatkozó statistikájában a chloroform az összes esetek $\frac{3}{4}$ részében alkalmaztatott, most alig $\frac{1}{4}$ részében az altatásoknak használjuk azt. Míg Gurlt statistikájában 319,005 narcosisra 131 haláleset jut (1:2435), ez az arányszám újabban sem mutat feltűnő javulást, a mi annál figyelemreméltóbb, mert hiszen a narcosist contraindikáló esetekben bőséges alkalmazást nyernek manapság a jól kidolgozott helybeli és gerinczagi érzéstelenítő eljárások. (Archiv f. klin. Chir., 89. kötet, 4. füzet.)

Makai.

Az epilepsia operatív kezelésére *E. Bircher* (Arau) a következő módszert ajánlja. *Wagner*-féle osteoplastikus csontperiost-lágyrészebenynyel a megfelelő agyrészt feltárjuk. A dura matert keresztmetszéssel megnyitjuk, visszahajtjuk és ezután hüvelykujjunkkal a beteg részt 3—5 percig masszáljuk. A masszálás folytán *Bircher* szerint a megfelelő centrum szürke állománya zsugorodik és így végeredményben ugyanazon eredményre jutunk, mint a *Krause-Horsley*-féle excisióval. *Bircher* 4 esetet kezelt ilyen módon; utána $4\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{2}$, 2 illetve $\frac{1}{2}$ évig maradtak el a rohamok. Egy esetében a masszálás után $2\frac{1}{2}$ hónapig szüneteltek a görcsök,

ekkor azonban fokozott intensitással megújultak a beteg status epilepticusban pusztult el. Az autopsia alkalmával kiderült, hogy a masszált területen a szürke kéregállomány rendes vastagságának mintegy $\frac{1}{4}$ -ére (2—3 mm.) zsugorodott össze; egyúttal kitűnt az is, hogy a betegnek súlyos vitiuma volt, így tehát a halál nem közvetlenül az epilepsiás rohammal állott összefüggésben. (Zentralblatt für Chirurgie, 1910. 1. sz.) *Gergő.*

A narcosis veszélyeire mesterségesen kisebbitett vérkör mellett újabban *E. Graefenberg* (Kiel) utalt. Megfigyelései 75 esetre terjednek; postoperatív thrombosis 6-szor fejlődött. Valamennyi esetben a műtét laparotomia volt. *Graefenberg* szerint eseteiben az operatív technikában nem lehetett a hiba; ugyanazon műtők dolgoztak, ugyanazon aseptis mellett s ugyanolyan technikával, mint előzőleg, midőn *Klapp* eljárását nem követték és a midőn 75 laparotomiára csak egy thrombosis jutott. A thrombosis okát *Graefenberg* a véráram mechanikai akadályozottságában keresi, nyilván az erősen meghűtött pólyák az erek falát is sérítik. A thrombosis mindig a lábszár gyűjtőereiben kezdődött. A thrombosisok gyakorisága *Graefenberg*-et arra indította, hogy *Klapp*-nak módszerével teljesen felhagyott. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1910. 5. szám.) *Gergő.*

Antitoxin „Höchst“-tel kezelt súlyos tetanus-esetekről ír *L. Simon* (Mannheim). *Simon* a tetanusnak súlyos eseteiben elért kedvező eredményeit csakis az erélyes serumtherapiának tulajdonítja és élesen bírálja *Mandry* és *Brandenstein* dolgozatát, melyben a legpesszimistikusabban nyilatkoztak a tetanus serumkezeléséről. *Simon* azon nézetének ad kifejezést, hogy a korai serumtherapiával igen jó eredmények érhetők el, de csak úgy, ha mindjárt kezdetben 200 immunítasegységet oltunk be. Oltások kevesebb egységgel nem elegendők. Igaz, hogy a höchsti antitoxin ily nagy mennyisége carbolinoxiációt is eredményezhet, mivel az antitoxint 0.5%-os carbol konzerválja. A carbolmérgezés azonban elkerülhető a poralakú antitoxin alkalmazásakor, melyet közvetlenül az alkalmazása előtt steril vízben oldunk fel. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1909. 44. szám.) *Gergő.*

Szülészet és nőorvostan.

A gyermekágyasok korai felkeléséről még nem nyilatkoznak egyértelműen a szülészek. *Opitz* feltétlen híve a korai felkelésnek; *Stöckel* is többé-kevésbé ajánlja. *Knauer* és *Koblanek* a 3. vagy 4. napon felkelésnek nem látta káros hatását. *Küstner* az 5. napon fölkelést előnyösnek tartja. *Jung*, *Sarwey* és *Winter* szintén a korai felkelés híve. *Henkel* a gyermekágyasra bizza a döntést, hogy fel akar-e kelni, vagy nem. *Fritsch*, *Herff* és *Kleinhaus* klinikáin még folyik a kérdés tanulmányozása, ez idő szerint még nem mernek végleges véleményt nyilvánítani. Különböző elméleti okokból már eleve elítéli a korai fölkelést *Bumm*, *Müller*, *Piskacek* és *Wyder*; *Bárony*, *Fehling* és *Hofmeier* szerint semmi okunk sincs, hogy az eddigi pihentető eljárásról változtassunk; *Köstlin* és *Pinkus* hibának mondja, ha a gyakorló orvosnak ajánljuk a korai fölkelést. *Dührssen*, *Ehrendorfer*, *Schauta* és *Walcher* szintén nem tud megbarátkozni a korai felkeléssel de némi mozgást megenged a gyermekágyasnak. *Veit* tüdőverőér-embolia esetét látta a korai felkelés után. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1909. 47. és 48. szám.)

Az intravenosus collargoltherapiáról puerperális sepsis és más sepsises megbetegedések eseteiben ír *H. Albrecht* (Amann tanár segédje a müncheni II. nőklinikán). Bár *Walthard*-nak, a ki a collargoltherapia elleneseként szerepelt, elméleti szempontból igaza lehet, mégis a saját tapasztalásai, azután a *Chrobak*-, a *Bumm*-féle, valamint a budapesti szülõintézetek kísérleti adatai alapján gyakorlatilag ez a szer — intravenosusan alkalmazva — sepsises megbetegedésekben, különösen puerperális sepsisben mégis bevált.

A collargol-hatás magyarázatával sokan próbálkoztak (baktericid hatás, mások szerint mesterséges leukocytosist indít meg stb.). A felhozott teoriák közül még leginkább a katalysises határról lehetne szó, tudniillik ez a collargolnak tulajdonított azon fermentyszerű kémiai-biológiai sajátság volna, a melynek lényege az igen érzékeny és könnyen oxydálódó toxinok és endotoxinok adsorptiója és gyors oxydatiója.

Akárhogyan is legyen, mondja *Albrecht*, jó gyakorlati eredményeket látott collargollal és ennek illusztrálására 25 láztáblát közöl gyógyult eseteiről.

A collargolt 10%-os oldatban használta, 1—2 cm³-t fecskendezve be belőle intravenásan. Ha hatás nélkül maradt az injectio, a következő napon, esetleg több napon át megismételte a befecskendezést. A collargol hatása abban nyilvánult, hogy az injectio után $\frac{1}{4}$ —4 órával hidegrázás jelentkezett, a beteg hőmérséke magasra felszökkent, de azután a következő 12 órában rendszerint jelentkező kritikus hőmérsék és pulzuscsökkenés a beteg gyógyulására vezetett.

Súlyos bakteremia, genyes peritonitis vagy virulens helybeli genyedéses folyamatok eseteiben a collargol-therapia nem használ. Ellenben határozottan áldásos a hatása súlyos intoxicatio eseteiben, a melyek a sepsises általános fertőzés klinikai képét mutatják ugyan, de a bakteriumok a beteg vérére még nem árasztották el. Ezekben az esetekben a collargol hatása olyan világos, hogy kételkedni sem lehet benne. *Scherer.*

Bőrkórtan.

A kanyaró befolyása a psoriasisra. Érdekes esetet közöl *Rubens* (Gelsenkirchen) a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ ez évi 3. számában. A most 28 éves beteg (betűszedő) 13 évig szenvedett makacs psoriasis vulgarisban, a mely ellen a legkülönbözőbb eljárásokat használta minden eredmény nélkül; kórházban 10-szer volt a bajával, a többi között 6 hónapig a boroszlói bőrbeteg-klinikán. A múlt év november havában kanyaróban betegedett meg, a melynek harmadik napján valamennyi psoriasis-pikkely hirtelen levált; mennyiségük személtapátnyit tett ki; e nap óta a psoriasis eltűnt, csak némi elszíneződése a bőrnek jelzi a helyeket, a hol a baj székel. Arról természetesen nem lehet még szólni, hogy tartós lesz-e ez a gyógyulás. A mi a kanyaró e sajátságos hatásának a magyarázatát illeti: lehetséges, hogy a kanyaró okozta bőrhypereamia gyakorolt gyógyító befolyást a psoriasisra; de lehetséges az is, hogy a psoriasis tulajdonképpen fertőzőbetegség — mint a hogyan *Lassar* állította —, a melynek gyengébb vírusát az erősebb kanyaró-vírus tönkretette. *Gusztman.*

Fülörvostan.

Az otogen általános fertőzés pathogenesiséről ír *W. Uffenorde* docens (Göttingen). Ismeretes, hogy úgy a heveny, mint az idült genyes középfülgyulladás elég gyakran vezet általános fertőzésre. Az általános fertőzés, beavatkozás nélkül, vagy metastasisos pyaemia, vagy tiszta sepsis (a *Kocher-Tavel*-féle értelemben vett haemitis) tünetei között, elenyésző csekély kivétellel, halálos. A mint tudjuk, a pyaemia és a sepsis között az a különbség, hogy míg a pyaemiában, mint *Kümmell* mondja, az életre nézve fontos szöveteknek (pl. a tüdőnek) elroncsolódása áll be az oda jutott fertőző anyag okozta tályogok következtében, addig a sepsisben hűdösszerű működés-zavar áll be a szívből és az agyban, a mi azután a halált okozza. *Leutert* Virchow tanából kiindulva azt állítja, hogy minden általános fertőzés, mely fülgenyedéshez esatlakozik, mindig a sinusfálnak, még pedig első sorban a sinus sigmoideus falának a thrombophlebitises elváltozásából keletkezik. Ebből kifolyólag azt állítja, hogy minden úgynevezett tiszta sepsis-eset vagy nem otitis-es eredetű, vagy pedig a vena jugularis bulbosának thrombusát a boncsoláskor nem találták meg, vagy pedig egy laposan a fal mellett álló thrombus nem részesült kellő méltánylásban. A klinikai tapasztalat nem erősíti meg *Leutert* ezen állítását, sőt elvitathatatlan, hogy még nincs véglegesen megállapítva, hogy a középfülben lokalizált fertőző anyag milyen módon jut a vérkeringésbe.

A metastasisos pyaemia kifejlődését mindig vérérbeli thrombusképződés előzi meg. A thrombus *Lubarsch* és *Talke* szerint a vérnek a bakteriumok bevándorlása által okozott chemotoxisos megváltozása folytán jön létre, és pedig elsődlegesen vagy a sinus laterálisban, vagy a sinus petrosusban, vagy pedig, mint *Leutert* először kimutatta, a vena jugularis bulbosában. A bulbus, mely közvetlen a dobüreg alatt fekszik, tudvalevőleg nem egyéb, mint az agy venosus vérére vezető sinusnak a kiöblösödése, azon a helyen, a hol a sinus a vena jugularisba átmegy. Ezen kiöblösödésben

a véráram örvényt alkotva, aránylag lassúbbá válik. Ha a dobüregben genyedés van, a geny a bulbushoz van közelebb, sőt ha a dobüreg alsó falán esontheányok (dehiscenciák) vannak, a geny a csupasz vena-fallal érintkezhetik. Ez a két körülmény, t. i. a bulbusbeli véráram lassúbbodása és a fertőző anyag közelsége különösen kedvez a fertőzés áttérjedésének. Valóban *Körner* és mások sokszor találtak a bulbushoz thrombus izoláltan is.

A típusos alak az obturáló thrombus képződése. Ez leginkább esecsnyulvány-genyedés eseteiben a sinus sigmoideusban jön létre úgy, hogy a chemotoxisan elváltozott vér a sinus egész vastagságában megáll. Ezen esetekben jön létre a típusos pyaemiás körkép, rázóhidegekkel és magas lázzal. A beavatkozás itt a vena jugularis lekötéséből, a szabaddá tett sinus feltárásából áll, a mikor körülbelül 3 vagy több cm. hosszúságú, az ér ürének teljes lenyomatát mutató thrombus tűnik elő. Ez kitakarítandó. A műtét után megszűnnek a pyaemiás jelenségek s teljes gyógyulás áll be.

A másik alak a fali thrombus képződése. Ez a sinus laterális falán képződik olyan esetekben, a melyekben a genyedés folyamata a sinus faláig terjedt. A fali thrombus vagy mint ilyen vezet halálra, vagy obturáló thrombussá növekszik, néha — ritkán — gyógyul és szervül. A parietális thrombosis a leggyakoribb alak; *Uffenorde* vizsgálatai szerint minden obturáló thrombus eleinte parietális volt. A fali thrombusnak a véráram felé néző felülete nem sima, hanem érdes, mely érdeségét a véráramba benyúló apró csapocskák okozzák. A bakteriologiai vizsgálat megállapította, hogy éppen ezen csapocskákban van a legtöbb bakterium, éppen ezért ezen alakban legnagyobb a metastasisképződésnek a veszélye.

A thrombusképződés helye nagyon változatos; érdekes alak az, a melyben a thrombusképződés a középfülgyulladásnak az oda-térjedése folytán a plexus venosus caroticusban kezdődik, innen a thrombus áttérjed a sinus cavernosusra, sőt a sinus intercavernosi útján a másik oldali sinus cavernosust is eléri, honnan kiindulva leptomeningitisre vezet. A thrombusképződés ezen útjára *Uffenorde* jött rá először.

A fertőző anyag olyan módon is bejuthat a véráramba, hogy a esecsnyulvány-genyedés miatt operative szabaddá tett, normálisnak látszó sinusfal spontan nekrosissá válik, s így a fertőző anyagnak a véráramba jutása közvetlenül történik. Rendes körülmények között a dura és a vérér fal nagy ellenállást fejt ki a fertőzéssel szemben s igen sokszor fel is szabadul műtét közben a esontburkokból minden káros következmény nélkül; ilyen esetben azonban valószínű, hogy a fal már meg volt változva.

Tiszta sepsis középfül-genyedés mellett szintén előfordul, bár sokkal ritkább, mint az otogen pyaemia. Ezen esetekben a középfülgenyedésen kívül más localisatiója nincs a fertőzésnek, hanem *Leutert* tanával ellentétben thrombus vagy vérerelváltozás nélkül jut a véráramba a fertőző anyag, úgy mint azt a klinikai észlelet más szervből, különösen a fertőzött méhéből kiindulva is megállapította. *Uffenorde*-nak 4 otogen sepsis-esete volt. Ezek közül kettő gyógyult, kettő meghalt. Bizonyító erejűnek csak a két bonczolt esetet mondja. Az egyik 5 éves fiút illet, kit heveny fülgenyedéssel vittek a klinikára. Continuus láza volt 39 és 40-6 C° között. A processus mastoideusban duzzadás vagy érzékenység nem volt. A test egyéb részeiben sem volt elváltozás. A fül genyedése bőséges, a láz folyton tartó volt; a gyermek gyorsan leromlott. Felvételkor a sinus ép. Az antrum és a középfül genyéből, valamint a megpungált sinus véréből streptococcus mellett egy Gram-positív pálczika volt kitenyészthető. A fiú állapota a műtét után sem javult. A lumbális punctióval nyert folyadék steril volt, de a kar-venából vett vérben szintén streptococcus és a fentebbi pálczika volt nagy számban található. A fiú két heti betegség után, pár napi agonia után meghalt. A bonczoláskor az agy sinusáiban semmi elváltozás sem volt (histologice is megvizsgálta *Uffenorde*); az agyhártyák épek voltak; a szervezetben a fertőzésnek semmi más forrása sem volt jelen. A szív vérében, a lépben a fentebbihez hasonló bakteriologiai lelet. Itt tehát bacteriaemia és sapraemia volt jelen. Valószínű, hogy a fertőzés első megindítója a streptococcus volt, a saprophyták csak hozzá csatlakoztak. Már több esetben volt alkalma *Uffenorde*-nak a streptococcusnak más, erjedést okozó bakteriummal való szövődését észlelni. Ezen kombinált fertőzések magatartását a további vizsgálat van hivatva felderíteni. *Uffenorde* másik esete hasonló volt.

Megemlítendőnek tartja a szerző azon tapasztalását is, hogy néha gyermekeken a heveny középfülgyuladással szokatlan magas, olykor súlyos rázóhidegrommával kezdődő lázak jelennek meg, a nélkül, hogy súlyosabb általános tünetek mutatkoznának, vagy hogy a esecsnyulványon duzzanat vagy érzékenység volna jelen. Ez annak a bizonyítéka, hogy toxinok vagy néha bakteriumok is nagyobb mennyiségben jutottak a vérbe. A szervezet azonban csakhamar úrrá lesz fölöttük. Az is ismeretes, hogy kis gyermekeken a középfülgyuladáshoz néha bélzavar és bronchialis hurut csatlakozik, pyaemiás zavarok nélkül. Ezt is toxinaemia vagy pyaemia által okozottnak kell felvenni (*Ponfick*, *Hartmann*, *Preysing*). Ha tehát nyilvánvaló annak a lehetősége, hogy toxinok és bakteriumok juthatnak a véráramba, a nélkül, hogy a sinusban thrombophlebitis elváltozások volnának, miért ne volna lehető az, hogy kedvezőtlen körülmények között az ilyen bakterium-invasio súlyos sepsises megbetegedést okozzon?

Végül az anatómiai bizonyítékok hiányának ellenére is számolni kell az osteo-phlebitis lehetőségével. Ennek *Körner* által definiált körképét az jellemzi, hogy a kifejezett pyaemiás lefolyás ellenére a sinusokban elváltozás nincs s hogy metastasisok is támadnak úgy az ízületekben, mint az izmokban stb., a tüdőben azonban soha. Úgy látszik, hogy a tüdő relative tág hajszálerei átbocsátják a bakteriumokat. A betegség az egyszerű felvétel után rendesen jó indulatú lefolyást vesz. Főképpen gyermekeken fordul elő. Az irodalom már több mint 50 ilyen esetről tud. Anatómiailag még *Körner* sem állapította meg biztosan ezen alak mibenlétét, de azt hiszi, hogy a esecsnyulvány esontjának apró venái játszanak itt közvetítő szerepet.

A mi az otogen pyaemia és sepsis prognosist illeti, az a mai tökéletes műteti technika mellett — melynek alapja *Zaufal*-nak azon szerencsés gondolata volt, hogy ilyen esetekben a vena jugularis internát le kell kötni — a statistika szerint jelentékenyen kedvezőbb lett, mint a milyen volt, mert a vena jugularis lekötésével a fertőző anyagoknak a szív felé tovább jutását megakadályozhatjuk. A diagnosira nézve általában a hőmérséknek pontos, 3 óránként való mérése fontos. A szövődmény nélküli heveny középfülgenyedés lázzal jár ugyan, a mely gyermekeken magas is lehet, de csak pár napig tart. A szövődmény nélküli idült középfülgenyedés pedig mindig láztalanul folyik le. *Leutert* szerint minden olyan — főleg idült — középfülgyulladás-esetben, a melyben 39 C°-os vagy még magasabb hőmérsék van tartósan, vagy periphlebitis tályogot, vagy már sinusbeli thrombosit kell felvenni és a dobüreg teljes felvételével a további kutatás céljából a sinust is fel kell tártani. Ilyen esetben az otologusok egybehangzó véleménye szerint igen értékes az otoskopiás és functio-vizsgálat mellett az általános vizsgálat is, az általános állapot tekintetbevételével. A szemfenék is mindig megvizsgálendő. Kétes esetekben a vérnek és a középfül — alkalmas pipettával vett — genyjének bakteriologiai vizsgálata is összehasonlítandó. Így is sokszor nehézségekkel állunk szemben a diagnos tekintetében, ha izületesűz, typhus vagy malaria van jelen. A mi a műtétet illeti, legnagyobb nehézséggel jár a bulbushoz csatlakoztatás; azonban a *Grunert* megállapította módszerrel ez is lehetséges. *Uffenorde* a leköttött jugularist a bulbushoz sohasem hasítja fel, a mikor a fölötté levő lágyrészeket is fel kellene hasítani s az accessorius sérülés elkerülhetetlen volna. A sinusbeli thrombus kiméletesen eltávolítja ugyan, de a periferiás részén a szilárdabb részét bent hagyja, hogy természetes védőbástyául szolgáljon. Ha a műtét utáni napon sem szűnik a láz, a sinust hátra tovább kell követni, míg elérjük a thrombus végét. A mi a műtét eredményét illeti, elég *Uffenorde* eredményeire hivatkozni, a kinek 25 pyaemiás, illetve septicaemiás betege közül 21 gyógyult. Pedig egy gyógyult esetben metastasisos tályog volt mindkét oldalt a tüdőben, súlyos genyes pleuritissal szövődve. Más esetben a műtét utáni lázak miatt a sinust több ízben kellett hátrafelé követni, míg egészen a torcular Herophilig jutott s csak ekkor tudta megállítani a folyamatot. Még a mindkét oldali sinus transversus-thrombosis sem teszi az állapotot feltétlenül reménytelenné, a mint azt *Schleffel*-nek műtét után gyógyult esete bizonyítja. Sőt folyton szaporodik azon eseteknek a száma is, melyekben a kifejlődött meningitis is meggyógyult a műtét után. (*Medizinische Klinik*. 1910. 8. szám.)

Udvarhelyi dr.

Hallható fülzúgás esetét mutatta be *Herbert Tilley* tanár a londoni fülorvosoknak. 13 éves leánya a jobb fülében két év előtt kiállott influenza óta egyre erősödő fülzúgásról panaszkodik, mely otoskoppal hallható. A szívveréssel synchron hang megszűnik a jobb carotis leszorításakor. A hozzászólók közül legtöbben Dundas Grant véleményét osztották, a ki anatómiai rendellenes viszonyokkal magyarázta az esetet. (The Journal of Laryngology, 1910. január.) *Rejtő Sándor dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Arthritis urica egy súlyos esetében, a melyben a Wiesbadenben végzett kúra eredménytelen maradt s az illető nagyszámú izület, a többi között a csigolya- és állizületek megbetegedett volta miatt sem járni és állani, sem rágni nem tudott: *Martin* nagyon kedvező eredményt ért el fibrolysinnel, melyet két naponként fecskendezett be 1-2 gramm mennyiségben. (Medizinische Klinik, 1909. 48. szám.)

Szívtáji fájdalmak ellen *Mendelsohn* szerint nagyon jó hatású a rheumasan, a mely nem más mint 10%-os puha salicylszappan. Naponként 2—3-szor dörzsölendő be enyhén, de huzamosan (kb. 10 percig) a szív tájékán s a bedörzsölt terület azután valami könnyű szövettel befedendő. (Fortschritte der Medizin, 1909. 27. sz.)

Tüdővész eseteiben már többen próbálták használni a collargolt, a többi között belsőleg is, s különösen az éjjeli izzadásra és az étvágytalanságra való hatását emelték ki. Nemrégiben *Kucera* közölt egy nagyon súlyos, vegyes fertőzések tüdővész-esetét, a melyben szintén nagyon jó eredményt ért el a collargol használatával. Belsőleg adta porban, stibium sulfur. aurant.-mal és natrium hydrocarbonicummal keverve; egy-egy por $\frac{1}{2}$ centigramm collargolt tartalmazott. Eleinte 3 port kapott a beteg naponként, később lassanként felemelkedett 8 porig pro die. (Allgem. Militärärztliche Zeitung, 1910. 1. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1910. 12. szám. *Müller Ferencz*: Jodtincturának mint bürdesinfiaciensnek értéke a sebészeten. *Sellei József*: A sycosis vaccinás kezelése.

Orvosok lapja, 1910. 12. szám. *Tolnai Bertalan*: A fogfájásról.

Budapesti orvosi ujság, 1910. 12. szám. *Horváth Mihály*: A világharozott csipőficzamodás kör- és gyógytana.

Vegyes hírek.

Kinevezés. A belügyminister *Goldberger Márk* dr.-t a lipótmezei állami elmegyógyító-intézethez másodfőorvossá nevezte ki.

Marienbadi orvosotthon. Tisztelettel felkérem a kartárs urakat, a kik az idei nyáron a marienbadi orvosotthon vendégei óhajtanak lenni, szíveskedjenek velem legkésőbb április 20.-ig czímüket tudatni. Az orvosotthon vendégei május és szeptember havában teljesen ingyenes lakást, díjtalan fürdőhasználatot élveznek, a gyógy- és zenedíjak alól fel vannak mentve, szabad bemenetük van az összes olvasótermekbe, a vendéglőkben rendkívüli ármérséklésben részesülnek, színházakban félárat fizetnek. Mihelyt a marienbadi orvosotthon saját háza felépül, természetesen sokkal több kedvezményt nyújthatunk, a mennyiben a lakás és teljes ellátás díjtalan lesz, valamint rendkívüli kedvezményeket biztosíthatunk az orvosok magukkal hozott családtagjainak. A múlt évben is sok magyar orvos vette a vendégjogot igénybe, és kíváncsok, hogy mentül többen lépjenek be az orvosotthont építő egyesület tagjai közé; a tagsági díj évenként 5 korona. *Tuszkai Ödön* dr. Budapest, VII., Rotenbiller-utca 27. sz.

A budapesti egyetem II. sz. női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum február hónapban 86 esetben nyújtott segítséget; a műtétek száma 91 volt.

A budapesti poliklinikán február hónapban 4485 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12,215 volt.

Hibagazítás. 11. számunkban *Gerlóczy Zsigmond* dr. cikkének 7. és 9. lábtáblája felcserélendő.

Meghalt. *Csernó Kornél* dr. dolhai járásorvos, Máramarosmegye tiszteletbeli főorvosa, 41 éves korában e hó 17.-én.

Kisebb hírek külföldről. *Brissaud* tanár utódja a párisi egyetem belorvostani tanszékén *Widal* dr., *Boucharde* tanár utódja az általános

kórtani tanszéken *Achard* dr. lett. — A bécsi egyetemnek II. gynaekologiai tanszékét, a mely Rosthorn tanár halálával üresedett meg, *E. Wertheim* dr.-ral, a bécsi Erzsébet-kórház főorvosával töltötték be. — A berlini egyetemnek Olshausen tanár nyugalmába vonulása folytán megüresedett gynaekologiai tanszékére *R. Krönig* freiburgi tanárt hívták meg. Tanári czímet nyertek a következő docensek: *Lockemann* dr. Berlinben (bakteriologia), *Pfalz* dr. Düsseldorfban (szemészet), *Heinecke* dr. Lipésben (sebészet). — A bécsi központi egyetemi épületben leleplezték *E. Jäger* tanár, az egykori nagyíró szemész emléksobrát.

A VI. nemzetközi bűnügyi anthropologiai congressust 1911 október havában fogják Kölnben tartani. A congressus tárgyalásai a következő, referaturnak kitűzött kérdések körül fognak csoportosulni. 1. A bűnügyi lélektan jelenlegi állásáról. 2. A testi rendellenességek, különösen a koponya-abnormitások megítélése a törvényszéki vélemény szempontjából. 3. A kezdetleges népfajok testi és lelki sajátosságairól. 4. A hajlam és milieu befolyása a kriminalitásra. 5. Az úgynevezett korlátozott beszámíthatóságnak kezeléséről. 6. Börtönügy. 7. A közveszélyes elmebajosok ellátása. 8. A fiatal bűnösökkel szemben követendő eljárás. A congressusról Aschaffenburg tanár (Köln) ad felvilágosítást.

Mai számunkhoz a **Richter Gedeon** vegyészeti gyár gyógyszer-különlegességeit tárgyaló prospektus van mellékelve.

Oldható gyógyszerek gyorsabban fejtik ki a kívánt hatást, a mi nek eklatáns bizonyítéka a vízben oldható **hydropyryn**, mely éppen e miatt hatásában felülmúlja a vízben oldhatatlan acidum acetylosalicylicumot. Ugyancsak vízben oldható a **Richter Gedeon** vegyészeti gyára által forgalomba hozott **novocol** (guajacolphosphorsavas natrium), melyben a guajacol a szervezet ellenállását fokozó phosphorral előnyösen van kombinálva. Syrup, por és tableta (0.25 gm.) alakjában kerül forgalomba.

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

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

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

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

Consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak és izzadásmányok eseteiben. Részleges göngyölés. **FANGO** Erzsébet-körút 51. sz. (Körúti fürdő.) Kezelő orvos vulcanikus radioactiv iszap **Dr. VÁNDOR DEZSŐ.**

GIZELLA-TELEP FÜRDŐ, modern vízgyógyintézet apr. 24.-én nyílik meg. posta VISEGRÁD (Pest m.)

Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Pensio — fürdőhasználat és ötszöri étkezéssel együtt — heti 65 koronától feljebb. Kívánatra prospektus.

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

Orvosi laboratórium és csukorbeteg toleranciájának meghatározása Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrassy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—96.

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

Reiniger, Gebbert & Schall Budapest, VIII., Rákóczi-út 19. Villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára.

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

ERDEY Dr. sanatoriuma. Budapest, IX., Bakács-tér 10. sz. Nőbeteg 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 a 1 kiló

LÁPLÚG
folyékony kivonat
üvegekben a 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM. Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat. (Évi közgyűlés 1910. március 16.-án.) 238. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes tudományos ülés 1910 február 26.-án.) 239. l. — A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai. 241. lap.

Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat.

(Évi közgyűlés 1910 március 16.-án.)

1. *Tóth Lajos* elnök a következő beszéddel nyitotta meg a közgyűlést:

Tisztelt Közgyűlés!

A mai nappal társulatunk működésének 46. évét kezdi meg.

A lefolyt évben is igyekeztünk a Társulatunk alapszabályaiban kitűzött célzattal legjobban igyekeztünk és az elébünk szabott korlátok között minél jobban megvalósítani. A főtitkár fogja Társulatunk kiadványait az igazgatótanács jelentésében méltatni és a folyó évre kiszabott programot a tisztelt közgyűléssel megismertetni. Én e helyről csupán annyit kívánok felemlíteni, hogy Társulatunknak a közelmúltban kissé kedvezőtlen pénzügyi helyzetét sikerült ismét teljes egyensúlyba hozni. Fájdalom, alig hogy ez a törekvésünk sikerre vezetett, már is érzékeny veszteség fenyegeti Társulatunk évi jövedelmét. A Magyar Tudományos Akadémia ugyanis, minden fáradozásunk dacára, melylyel Társulatunk anyagi érdekeinek védelmére keltünk, a részünkre eddig évtizedeken át nyújtott évi 2000 korona segélyt évi 1000 koronára szállította le, s ezzel Társulatunk költségvetésének egyensúlyát érzékenyen megzavarta. A mélyen tisztelt Közgyűlés előtt tudva van, hogy Társulatunk a Magyar Tudományos Akadémia segélyét a Magyar Orvosi Archivum támogatására fordította. Hogy a megváltozott pénzügyi helyzetre tekintettel a Társulatunk és a Magyar Orvosi Archivum szerkesztősege között — azt vélem, mind a két félnek javára és meglegegedésére — eddig fennállott viszony a jövőben is fennmaradjon, azt az igazgatótanács bölcsesége és a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr áldozatkészsége lesz hivatva megoldani.

A lefolyt év hazai orvosi tudományunkra nagy jelentőségű volt, mert a hazánk fővárosában lefolyt XVI. nemzetközi orvosi congressus alkalmából a világ minden részéből összesereglett kartársak előtt módunkban volt orvosi irodalmi tevékenységünket megismertetni, orvosi és egészségügyi intézményeinket bemutatni. Azt hiszem, az elfoglaltságnak minden vádja nélkül jelenthetem ki, hogy irodalmi tevékenységünk, egészségügyi és orvosi intézeteink a külföldi collegák elismerését és tetszését érdemelték ki, és a miként a congressus alkalmából, ellenségeink méltatlan, és orv. támadásai dacára, hazánk és nemzetünk tekintélye a külföld előtt csak öregbedett, úgy a magyar orvosi tudomány és a magyar orvosok is a nemzetközi orvosi tudomány világversenyében becsülettel állottak meg helyüket.

Ha a külföldi szaktársak elismerése jogosult meglegegedéssel és jóleső örömmel tölti is el bennünket, az elért sikerek nem mentenek fel az elől, sőt kötelességünknek teszük, hogy magunkba szállva, viszonyainkat és intézményeinket magunk is elfogulatlan bírálat alá vegyük és örömmel szemlélve azok fénypontjait, árnyoldalait is szemügyre vegyük. Hazai kulturális viszonyainknak egyik legsajnálatosabb jelensége, hogy alkotmányos életünknek majdnem egy félszázada alatt a magyar nemzet még mindig nem tudta a harmadik magyar tudományos egyetemet felállítani. Ezen a helyen és ebből az alkalomból nem kívánok és nem is lehet feladatom az egyetemek kulturális missióját fejtegetni, azt a hasznát mérlegelni, mely egy új egyetem felállításából hazánk nemzeti kulturájára háramlik; itt csupán azokról a hátrányokról kívánok szólni, a melyek az orvostudomány terén ma már kézzelfogható és a melyekre nekünk a hazai orvosi tudomány és rendünk jól felfogott érdekében reámutatni és azoknak megszüntetésére szavunkat felemlíteni, nézetem szerint elodázhatatlan kötelességünk. Orvostanhallgatóink száma olyan mérveket öltött, hogy azoknak úgy elméleti, de különösen az orvostudomány terén olyannyira fontos beható gyakorlati kiképzése a létező tanszékekkel és intézetekkel már igen nagy nehézségekbe ütközik. Ezt az állapotot szó nélkül hagyni orvosi köreinknek véleményem szerint nem lehet, mert a jövő orvosi generatio tudományos színvonala juthat veszélybe.

Mindenekfelett és égetően sürgős tehát a harmadik egyetem, de legalább is a harmadik orvosi facultás felállítása.

Nemzeti kulturánknak a közelmúltban felelős, nagyképzettségű vezetője az egyetemek szaporításának szükségességét teljesen átértékelte és csak a szomorú politikai viszonyok gátolták meg abban, hogy a kezdeményező lépéseket ezen a téren megtehesse. Reméljük, hogy hivatali utódja szerencsésebb viszonyok között a megvalósulás stádiumába hozhatja ezt a felette fontos kulturális kérdést, melynek megoldását a körülmények elődjére nézve legnagyobb sajnálatára meg nem engedték.

Reánk orvosokra azonban az a kötelesség háramlik, hogy a harmadik orvosi facultás felállítását minden téren szóban és írásban a legerélyesebben sürgezzük. Remélem, hogy az illetékes szaktületek hívó szava felemelkedik és nem marad azon társaiké mögött, kik boldogult Trefort Ágoston támogatására oly fiatalos hévvel és olyan férfias eréllyel sorompóba léptek. Mert ha szükséges volt a harmadik orvosi facultás felállítása a hetvenes évek végén és a nyolcvanasok elején, még sokszorosan szükségesebb az ma.

Abban a reményben, hogy felszólalásom nem lesz kiáltó szó a pusztában, Társulatunk 46. közgyűlését ezennel megnyitom.

2. Az igazgató-tanács jelentése mindenekelőtt pótlólag beszámol az 1908. évről, mint a melynek kiadványai megkésve, csak 1909 nyarán jelentek meg. Ismerteti azután az 1909. év kiadványait (*Kenyeres Balázs*: Törvényszéki orvostan, I. kötet és *Grósz-Hoor*: A szemészet kézikönyve, II. kötet). A tagok (1137 rendes, 81 alapító tag) 1909-ben is megkapták az Orvosi Archivumot. A mostani ciklus még hátralevő két évének kiadványai lesznek: A szemészet kézikönyvének befejező (III. és IV.) kötetei, a Törvényszéki orvostan befejező, II. kötet, az Általános haematologia cz. munkához csatlakozó „Klinikai haematologia“, melyet *Jancsó Miklós*, *Elfer Aladár* és *Körmöczy Emil* ír, és a mennyiben a költségek megengedik, még egy, csak ezután megválasztandó munka. Az 1912-vel kezdődő új ciklus első éveiben biztosan meg fog jelenni kiadványai sorában egy „Általános és részletes klinikai diagnostika“, melyet a budapesti egyetem III. belklinikájának segédei írnak és báró *Korányi Sándor* egyetemi tanár néz át, továbbá *Tauffer Vilmos* és *Tóth István* egyetemi tanárok szerkesztésében a „Gynaecologia“ kézikönyve, végül *Dollinger Gyula* egyetemi tanár, *Illyés Géza* egyetemi magántanár és *Winternitz Arnold* egyetemi magántanár szerkesztésében a „Gyakorlati sebészet kézikönyve“. Az 1910. év költségirányzata a következő:

Bevétel:

1. Tagdíjakból	17600.—
2. Értékpapírok szelvényeiből	5340.—
3. Időközi kamatok	300.—
4. M. T. Akadémia segélye	1000.—
5. Régi kiadványokért	760.—
	25000.—

Kiadás:

1. Bankköltség	80.—
2. Lakbér	200.—
3. Pénzbeszedés	220.—
4. Szolgálati költség	40.—
5. Titkári kiadás	100.—
6. Tagilletmény kézbesítése	620.—
7. Évi jelentés és kisebb nyomtatványok	400.—
8. M. T. Archivum segélye és szétküldése	2000.—
9. Szemészet III. kötet	10600.—
10. Törvényszéki orvostan II. kötet	9500.—
11. 5% tőkésítés	1170.—
12. Vegyes kis kiadás	70.—
	25000.—

3. A pénztárvizsgáló bizottság és a pénztáros jelentésének felolvasása és elfogadása után a választásokat ejtették meg. Az alapszabályok értelmében kilépett igazgatósági tagok (*Bókay Árpád*, *Kéty Károly*, báró *Müller Kálmán* és *Tauffer Vilmos* budapestiek,

Erreth Lajos, Imre József, Tóth Imre és Varga Zsigmond vidékiek) újból megválasztattak, a Klug Nándor halálával megüresedett igazgatósági tagságot pedig báró Korányi Sándor-ral töltötték be. A pénztárvizsgáló bizottságba beválasztották Dirner Gusztáv-ot, Győry Tibor-t, Morelli Károly-t, Szondi Félix-et és Tócsányi Rezső-t.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1910 február 26.-án.)

Elnök: Schaffer Károly. Jegyző: Entz Béla.

Idegen test okozta retrobulbáris gyulladás gyógyult esete.

Fejér Gyula. A retrobulbáris gyulladás a legtöbb esetben a bulbust körülvevő csontfalak, csonthátya és melléküregek megbetegedése okozza. A tenonitis, a sinus cavernosus thrombosisa hozhat hasonló kórképet létre és differentialis diagnózisuk megajjtása némely esetben oly nehéz, hogy csakis az összes tünetek kellő mérlegelése és az agy- és bulbáris tünetek helyes csoportosítása és egybevetése után lehet és szabad a kórjelzést eldönteni és beavatkozásunkat a szerint irányítani. Az idegen test okozta retrobulbáris phlegmone szintén ritka, a kórelőzményében üveg, pipaszár, késpenge, kötőtfű, újabban a veszedelmes hosszú kalaptűk és tollszárak szerepelnek. Ilyen esetet óhajtok bemutatni, midőn a tollszárral való hadonázás majdnem kioltotta egy fiatal gyermek életét.

Esetem tizenhároméves lakatostanonczra vonatkozik, ki 1909 december 29.-én jelentkezett rendelősemen azon panaszszal, hogy december hó 21.-én este barátja jobb szemébe szúrta, a szúrás utáni sebet kórházban bevarrták. Szeme másnapra megduzzadt, látása elhomályosodott, otthon lefeküdt, rosszul érezte magát, minden ételt kihányt, de láza nem volt. A fiút felvettem a kórházba, mikor is az orrgyök jobb oldalán, a margo supraorbitalis belső széle alatt egy reactionmentes, varrattal egyesített, 5 mm. hosszú sebet találtam. A szemhéjak kissé duzzadtak voltak, a szemrésben a chemosisos bulbáris kötőhátya látható. A szemteke nagy fokban kidülledt, a beteg egy irányban sem tudja mozgatni. A pupilla tág, nem reagál, a szemfenéken a papilla kissé duzzadt, határa elmosódott, az erek bővérűek és kacsakaringósak. Az orr szabad volt, a melléküregeket a szemhéjak duzzanata és az exophthalmus miatt átvilágítani nem lehetett.

Visusa $\frac{1}{15}$ volt. A szemteke protrusiója, a szemhéjak duzzanata, a bulbáris kötőhátya chemosisa, a kezdődő pangásos papilla mind arra utalt, hogy a retrobulbáris űrben gyulladás van, mely a sérüléssel oki összefüggésben áll, bár a seb teljesen begyógyultnak látszott és a gyermek lázas nem volt. Másnapra a fájdalom erősödött, a protrusio nőtt, de a szemteke körül genyedés jele, fluctuatio sehol sem mutatkozott. Ennek ellenére a sebet felnyitottam, a varratot eltávolítottam, mire geny jelentkezett. A sebet tágitottam és gaze-csikot vezettem be, de ez nem volt elegendő, mert másnapra a protrusio és oedema növekedett, a chemosisos kötőhátya az egész corneát befedte, a gyermek lázas lett, émelygés, hányás mutatkozott, pulsusa arhythmias lett, szóval meningeális tünetek jelentkeztek, melyek a gyermek életét veszélyeztették. Még aznap, azaz január 1.-én este 9 órakor a sebet narcosisban kissé tágitottam és az orbita felső falának mentén mélyen behatolva igyekeztem a geny szabad lefolyását azzal is biztosítani, hogy a bulbust belső alsó oldalán ellenilyást készítettem, úgy alul, mint felül jó mélyen jodoform-csikot vezettem be, a kötést naponta kétszer változtattam és az üreget hydrogen-peroxyddal kiöblítettem. A folyamat lassan javul, bő váladék mutatkozik, de a fiú fejfájásról panaszkodik, néha hány és láza nagyon lassan esik; pulsusa kevésbé javulva, már azon gondolkodtunk, hogy nem volna-e helyesebb a szem feláldozásával a gyermek életét megmenteni és másnapra a szem enucleatiójára és esetleg a melléküregek megnyitására határoztuk el magunkat, midőn másnapra, azaz január 9.-én a helyzet lényegesen megváltozott, mert a felső és alsó üreg átfecskendezésekor a víz-sugár az alsó nyílásból egy 16 mm. hosszú, 5 mm. széles, kissé hegyes, rózsaszínű tollszárdarabot hozott elő. Az idegen test eltávolítása után a javulás gyorsan halad előre, a genyedés kevesbedik, a közérzet javul, az exophthalmus csökken és mihamarabb a gaze-csikok bevezetése is elmarad. A gyermek kettős látásról is panaszkodik, szemének mozgása ki- és felfelé a rectus internus és obliquus

sup. izmainak hegesedése folytán akadályozott, ennek megfelelőleg kifelé nézéskor egyszerű kettős képek, felfelé nézéskor keresztezett, magassági differentiával bíró kettős képek jelentkeznek. Visusa kissé javult, a pangásos papilla eltűnt, de a bulbáris kötőhátyának oedemája és kiskokú exophthalmus maradt vissza, minden bizonnyal a hegesedés folytán a retrobulbáris űrben beállott és visszamaradt gyűjtőeres pangás következtében. A fiú jelenleg fibrolysin-injectiókat kap, ilyen módon akarjuk a retrobulbáris hegesedést kedvező módon befolyásolni.

Az esetnek a körülmények egész sorozata kölcsönöz érdekességet. Először a fiú nem tudott arról, hogy a tollszár beletörtött, másodszor az első segélyt nyújtó orvos nem vette észre az idegen test jelenlétét és a jelentéktelen sebet zárta, mi magunk sem vettük észre és nem tapintottuk többszöri szondázáskor az elég nagy idegen testet. Érdekes, hogy az ilyen tompa fadarabbal milyen mélyen lehet beszúrni a szem mellett, de legtanulságosabb a betegség lefolyása és azon körülmény, hogy az összes tünetek mérlegelése mellett sikerült nemcsak a gyermek életét, hanem a szemét és a látóképességét is megmenteni.

A fülkürt katheterezése után beállott facialisbénulás gyógyult esete.

Rejtő Sándor: K. S., 30 éves munkásnő, jobboldali otitis externa circumscripta miatt került f. évi január 25.-én beteg-pénztári rendelősemmre. A külső hangvezeték hátulsó falán babnyi, hullámzó, nem fájdalmas duzzanat, a processus mastoideus felett pedig az ujjbenyomatot megtartó vizenyő volt látható. A hangvezető csőben végzett bemetszés után mintegy 2 evőkanálnyi geny ürült; párakötés alatt az oedema hamarosan visszafejlődött. 4 nap múlva megvizsgálván dobhártyáját, kissé zavarosnak találtam; a fülkürt átjárhatóságát megvizsgálándó megkathetereztem, a mikor is szőrösögő zörejt hallottam a kissé szűkülnék itélt fülkürtben.

A leány meggyógyulva távozott. Harmadnap reggel ismét jelentkezett rendelősemen, még pedig teljes féloldali facialisbénulással. Előadta, hogy legutóbb hazamenet jobb arcfelében kis fájdalommaságot érzett, s reggelre arca el volt ferdlülve. Az ideggyógyász megerősítette a teljes periferiás bénulás diagnózisát és velem együtt arra gondolt, hogy a néhány nap előtt a processus mastoideus fölött elterült geny okozhatta az ideg gyulladását. A mikor azonban a bénulást jobban szemügyre vettem és láttam, hogy az uvala és lágyszájpad normális működése mellett a nyelv jobb oldalának izlése zavart, fel kellett tennem, hogy a facialis bántalma valahol a kilépése előtt, de a térdén túl, alkalmasint a dobüregben van.

Bár a leánynak fülpanasza nem volt, suttogó beszédet 2 m.-ről hallott, s a dobhártyán csak kis hurutos elváltozás volt, nagy bemetszéssel nyitottam meg a dobüreget, a honnan igen sok savós váladék ürült. A kezelés a hangvezető tisztántartásán kívül naponként levegőátfújatásból és a főlshívódást siettető meleg pépes borogatásokból állott. A bénulás napról napra javult, s február 15.-én már teljesen meggyógyult.

Az esetet a mindenesetre különös savós gyulladás mellett csak úgy értelmezhetem, hogy a facialis csatornáján a dobüregben dehiscencia van, s a katheterezéssel az igen nagy mennyiségű savó nyomását fokoztam, a mi azután a facialis bénulását okozta a dehiscencia át gyakorolt nyomás révén.

Sugár K. Márton: A post hoc ergo propter hoc hibájába esik a bemutató. Politzer könyvében meg van írva, hogy ha exsudatum van a canalis Fallopiæban, neuritis vagy perineuritis támad és facialisbénulás áll be, a nélkül, hogy a bemutató által felvett kényszerített elméletre szükség volna.

Rejtő Sándor: Akármilyen történelmi alapon vitatja is a hozzászóló az oki összefüggést a befúvás és a facialisbénulás között, kénytelen vagyok nézetem mellett megmaradni. A befúvással növeltem az exsudatum nyomását, hirtelen beállott a facialisbénulás; a paracentesisel csökkentettem a nyomást és megszűnt a bénulás.

Rákos gége és gégefedő teljes kiirtása elsődleges bárzsing-varrattal.

Dollinger Gyula: A 40 esztendőes beteg erős dohányos volt, napjában 25 cigarettát is elszítt. 1908 márczius havában elrekedt. Később gégeorvoshoz fordult, a ki a gégerákot felismerte és a beteget az előadó klinikájára küldte. A gégetükörrel csupán a kisalmamekkoraságú szemölcsös felületű rákos gégefedőt lehe-

tett látni. Azt, hogy milyen mélyre terjed a daganat a gégebe, a műtét előtt megállapítani nem lehetett. A műtét 1909 december hó 7.-én történt. A műtét előtt végzett mély légesömetszésnek a műtét alatt semmi hasznát sem lehetett venni, mert még a nyálkahártya érzéstelenítése után is a beteg azonnal fuldokolni kezdett, mihelyt kanült alkalmaztak. Azért az egész műtét helybeli érzéstelenítés mellett történt, a mit a beteg jól tűrt. Először a szakcsont és a pajzsporc között hatolt be és e részen keresztül kivette a rákos gégefödőt. Így jó betekintést lehetett nyerni a gégebe és meg lehetett állapítani, hogy a rák elpusztította a valódi hangszalagokat és az álhangszalagokat is, de a gyűrűporcnak megfelelő gégerésze nem terjedt át. Ezért a gyűrűporcot nem távolította el, hanem a vérzés csillapítása után bőrrel körülvarrta. A bárzsinsebet azonnal egyesítette és felette összevarrta a m. sternohyoideust és sternothyreoideust, továbbá a bőrt, valamennyit réteges varrattal, közben azonban minden réteget vékony csövekkel drainezt. A beteget naponként 3-szor bárzsinsestől táplálták. Nem ajánlja, hogy a bárzsinsest állandóan bennhagyjuk, mert a gyűrűporc hátulsó felületét nyomhatja és decubitust okozhat. A seb per primam gyógyult. A beteg jelenleg ezüst műgégét hord, azonban a használatába még nincsen jól begyakorolva.

A mi a prognosztikát illeti, ez a gégerák gyökeres kiirtása után elég jó. Egy beteget, a kit 7 esztendő előtt operált, most is teljesen egészséges.

Zwilling Hugó: A 16. nemzetközi orvoscongressus orr- és gégegyógyászati szakosztályának egyik ülésén azon indokolt ajánlatot tettem, hogy mivel a nyálkahártya ú. n. leukoplakiája, leukokeratosisa lényegben a Virchow által pachydermia laryngisnek elnevezett folyamattal azonos, ezen megbetegedés mindkét alakja, a körülírt és diffúz alak, mint hyperkeratosus laryngis értékelendő és így is nevezendő. A leukoplakia körökötani viszonya a carcinomához ismeretes, ismeretese a kórszöveti elváltozások, a lues szerepe; de nem így áll a dolog a hyperkeratosus laryngis és a larynxcarcinoma összefüggéséről, itt a körülírt alakoknak, a verruca dura laryngisnek, a papilloma corneum laryngisnek elfajulása carcinomává ismeretes (ily eseteket írtak le Schmidt, Moure, Novotny s mások), míg a diffúz hyperkeratosus laryngis átváltozását gégerákra eddig csak Fränkel B. észlelte két esetben. A bemutatott eset ezen szempontból is fölőtte érdekes. Az első vizsgálat két, körülbelül lenesényi, szürkésfehér foltot mutatott az epiglottis laryngealis felületén, ezen két folt nagyobbodott, tömöttebb, fehérebb lett, két hyperkeratosus folt benyomását tette, később összefolyt; csak mikor az epiglottis is vastagabb lett, kezdett gyanússá válni az eset, s a mikor a jobb ary-epiglottis redő is beszűremkedett, a jobb álhanszalag, az egész jobb gégefél is megvastagodott, beszűrődött, nyilvánvalóvá vált a carcinoma diagnózis, melyet azután a mikroszkopi lelet is megerősített. Simon és Chiari hangoztatja a carcinoma laryngis korai felismerésének fontosságát; a hét esetben elért fényes eredmény bizonyítja, hogy a teljes gégekiirtás az előhaladottabb esetekben az egyedül jogosult módszer.

Dollinger Gyula: Pótlólag megjegyzi, hogy a mikroszkopi vizsgálat el nem száradott laphámrákot mutatott.

Serummal kezelt lépfene-esetek.

Brezovszky Emil: A lépfene terapiája a régebbi időkben sebészeti vagy expectativ eljárásból állott. A Szt. István-kórház orbáncosztályának külön szobájába felvett anthraxos betegeken 1903-ig részint az anthraxos góczok kiirtása, esetleg hatalmas bemetszése és desinficiáló oldattal való borogatása, esetleg befeccskendezése, részint az anthraxos oedemának hatalmas metszésekkel való feltárása volt a kezelés. Csak 1903 után tért át Róna tanár a konzervatív kezelésre, ekkor a halálozás 11-47% volt, a mi a külföldi arányszámokkal szemben elég jó eredménynek mondható. Azonban nemsokára rövid pár hét alatt 2 típusos anthrax-eset végződött halálosan. Ekkor Róna tanár intézkedése folytán mi is a serum-kezeléshez nyúltunk. Két esetünket már sikerült is a Detre-féle anthrax-serummal meggyógyítani.

1. M. K., 48 éves, napszámos 1909 november hó 15.-én vétetett fel azzal a panaszszal, hogy előző napon nyakának bal felén pattanása keletkezett, melyet csakhamar követett az egész arc- és nyakfélnek duzzadása. Állatokkal, állati hulladékkal vagy állatbőrökkel nem volt dolga. A nyak bal felén, az állszöglet mögött és fölött beszűrődött alapon babnyi, közepén kissé behúzódot, barnás-fekete pörk látható, melyet körkörös koszorú alakban kis hólyagosák öveznek. Az egész nyak, a bal tarkó-táj és a bal egész arczfél vizenyős, deszkakemény tapintatú. A hőmérsék 38-9 C°. A hólyagosák tartalmának bakteriologiai vizsgálata pozitív eredményt adott.

November 17.-én a beszűrődés terjedőben van. Leterjed lefelé a köldökig, hátul az I. ágyékesigolyáig és a bordaivig. A fillérnyi necrosisos gócz koronányi. A hőmérsék 39-6—40-4 között ingadozó.

November 18.-án nehézlégzés, véres köpet, a beteg delirál. A hőmérsék reggel 39-2 C°, az oedema és a necrosisos gócz terjedelme változatlan. A beteg 3% carbol-oldatból 4 köbcentimetert nyit kap a subcutisba a necrosisos gócz körül. Állapota ennek ellenére még fokozatosan rosszabbodik, teljesen elesett. A hőmérsék 30 C°. Ezért a beteg bal karjának vénájába 20 cm³ Detre-féle anthrax-serumot fecskendeztem s a carbol-injectiókat is megismételt. A hőmérsék erre emelkedik, délután 4 órakor 39-6 C°. Este 6 órakor a hőmérsék 39-2, tehát csökkent, de minthogy a beteg közérzete változatlanul súlyos, újabb 20 cm³ Detre-serumot adtam intravenásan s a carbol-injectiókat is megismételt. A hőmérsék erre újra emelkedett, 8 órakor 39-5 C°, mire bőséges izzadás áll be, éjjel 12 órakor a hőmérsék 38-8 C°-ra, s reggel 6 órára 37-2 C°-ra száll alá.

November 19.-én. A beteg közérzete mintegy varázsütésre megváltozott. A dyspnoé, a delirium megszűnt, a beteg visszanyerte öntudatát. Az oedema visszafejlődőben van, a törzsnek az előző napon még deszkakemény tapintatú vizenyője teljesen eltűnt, a bőr normális tapintatú, a nyak és az arc oedemája még megvan, de már téstás tapintatú. A necrosisos gócz körül észrevehető már a demarcations vonal s az egészet a carbol-injectiók következtében képződött fehér necrosisos gyűrű övezi. A reggel 6 és 8 órakor még 37-2 C fokú hőmérsék 12 órakor 36-9 C°-ra száll le és 37 C° alatt marad egész napon át. Az iment vázolt kép, mint látjuk, a legsúlyosabb bőr-anthrax-esetek egyike, igazán klasszikus példáját szolgáltatja a lépfene-serum prompt hatásának.

November 20.-án. Scarlatiniform serum-exanthema fejlődött ki, a mely 2 nap múlva visszafejlődött. De a carbol-injectiók helyén kötőszöveti lob fejlődött ki, a melyet incindáltunk; a genyben már csak staphylo- és streptococcus találtunk, anthrax-bacillust nem; majd erysipelas társult a phlegmonéhoz, a mely december 24.-én fejlődött vissza; azóta a beteg láztalan és hizik.

2. A második eset 30 éves postás, kin a fertőzés mikéntje szintén nem volt megállapítható. A bal arczfélén fillérnyi feketés pörk, mely körül koszorúalakban hólyagképződés van körülbelül 1/2 cm. szélességben. A bal áll alatti, nyaki és kulcsont feletti tájék igen duzzadt, kemény, kissé fájdalmas. A hőmérsék 38-8 C°, az érverés 100.

Mikroszkopi praeparatumot készítve, tömegtelen mennyiségű anthrax-bacillust találtam.

Délután 5 órakor intravenásan adtam 20 cm³ Detre-féle anthraxellenes serumot a vena medianába. Délután 7 órakor a hőmérsék 38-0 C°, 8 órakor 39-0 C°, 9 órakor 38-7 C°, 10 órakor 39-0 C°, 11 órakor 39-2 C°, 12 órakor 39-4 C°; másnap reggel 8 órakor 36-4 C°-ra esik a hőmérsék; ismételt intravenás injectio 10 cm³ mennyiségben a másik kar vena medianájába, ezután a hőmérsék 9 órakor 37-2 C°, 10 órakor 37-0 C°, 11 órakor 36-7 C°, 12 órakor 36-4 C°, este 36-4 C°. A vizenyő visszafejlődött, a fekete pörk elhatárolódott és február 22.-én vagyis 13 napi kórházi kezelés után a beteg gyógyultan hagyta el az osztályt.

A midőn ezen 2 esetet itt bemutattam, ismételt hangoztatni óhajtom, hogy az anthrax egyedüli terapiája a serum-kezelés. Hazánkban eddig 42 eset van közölve. Ezek közül 5 halt meg, de kettő haldokolva hozott, úgy hogy 40 eset közül 3 végződött halállal. Így az anthrax mortalitását leszállító és a kozmetika szempontjából is helyes eljárást óhajtottam az egyesület elé hozni.

Preisz Károly: Az anthrax serotherapiájára vonatkozó irodalmat én is olvastam, de a kritikáját e helyen mellőzöm. Az előadó két esetéből, melyek azonfelül csak bőranthraxra vonatkoznak, lehetetlen következtetést vonni. Volt alkalmam Róna osztályán négy éven át észlelni az ott éppen nem ritkán előforduló anthrax-eseteket, de jóllehet, hogy az eseteket kivétel nélkül csak expectative (bőrkenőcsös kötés, nyugalom és kellő diaeta) kezeltük, mégis csak egyetlen egy halálesetünk volt, a melyben utólag belanthrax állott be, mely a beteget egy nap alatt megölte. Sőt igen súlyos általános tünetekkel járó esetekben is, melyekben már minden erőleyesebb beavatkozást hiábavalónak tartottunk és azért mellőztünk is, órák alatt spontán javulás, majd végleges gyógyulás következett be. Az ilyen esetek azután nagyon problémássá teszik az erőleyesebb beavatkozás, plane a serum-therapia eredményeinek értékét.

Hogy az előadó eseteiben a beteg serum nélkül meghalt volna az legalább is kétséges, de hogy az egyik a phlegmonéját a serumnak köszönhette, bizonyosra veszem. A serotherapia helyén lehet belanthrax eseteiben vagy egyéb desperatus esetekben, de a bőranthrax ellen a „nil nocere“ elve alapján ezentúl is minden különös beavatkozás szigorú kerülése mellett egyedül csak az expectativ eljárás követendő.

Detre László: Vannak, kik nem akarnak tanulni, vannak, kik csak a maguk tapasztalatainak hisznek. Ilyen Preisz tagtárs is. A Róna osztályán előzőleg volt két haláleset is. A serum alkalmazása előtt

Sclavo közlése szerint az olasz bõrgyárakban százszámra haltak el az emberek lépfenében; a serumkezelés óta leesett e szám néhány tucztára. Mikor Pozsonyban a hirhedt járvány volt, minden eset halálosan végződött. A serum után néhány bélszékely is meggyógyult. Ha tehát van oly szerünk, mely a bélszékelyt is meg tudja gyógyítani, ha tudjuk, hogy a marhák lépfenájának 97%-os mortalitása annyira javult, hogy 72%-os meggyógyul, akkor azt mondani, hogy mert a bõrlépfene másképpen is gyógyulhat, ne alkalmazzuk a serumot, ez annyi, mint a logikának semmibevevése.

Hogy pedig a serumtól kapott erysipelast és phlegmonét a beteg, mikor a serumot intravenásan adták: ezt úgy odadobni minden indoklás nélkül, insinuatív.

A lépfene mellett strepto- és staphylococcusfertőzés is van vegyesen. A serum a lépfene mérget megköti, az anthraxbacillust elpusztítja, de a többi megmarad. Tehát csak így fogható fel a serum hatása.

Brezovszky eseteinek örül, felkelti benne a reményt, hogy Magyarországon is a 400–500 antrax-halálesetet a serum csökkenteni fogja.

Preisz Károly: Az insinuatív vádját visszautasítja és nézetét fenntartja, hogy azért kapott a beteg phlegmonet, mert serumot fecskendeztek be neki.

Brezovszky Emil: A serumot a vénába fecskendezték, a phlegmone az anthrax helyén keletkezett. Ide injiciálták a carbolt is. A serumkezelés előtt a mortalitás 11.7%-os volt, a serumkezelés óta, a hazai eseteket véve, 7.5%-os. De a külföldi statisztikák, pl. Sclavo szerint 40%-ról 4.1%-ra, Lye szerint 25%-ról 7.1-re szállott le a mortalitás.

De bizonyít a láz leesése, továbbá az oedema fejlődésének megszűnése és prompt visszafejlődése is.

Újabb adatok a mellékvese pathológiájához.

Goldzieher Miksa: (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

A XVI. nemzetközi orvosi congressus tárgyalásai.

VII. Szakosztály. Sebészet.

(Folytatás.)

VIII. A hasüreg sebészetének

tárgyalását Gerster Árpád (New-York) vezette be az általános peritonitis kezeléséről irt nagyszabású referatumaival. Tapasztalatait 609 esetből merítette; a hashártyagyulladás oka 461-szer appendicitis volt.

Gerster mindenekelőtt az általános hashártyagyulladás változatos kórképét vázolta. A tünetek proteusszerűek, még a legsúlyosabb gyulladásokban is nagyon eltérők.

Esetei közül tíz év előtt 79%-os halt meg; jelenlegi mortalitása 14.5%-os. Ezen eredmények okát egyrészt abban találja, hogy gyorsabban állítható fel a peritonitis, illetőleg appendicitis kórjelzése, a beavatkozás ennek folytán korábban foganatosítható és a műtét technikája is tíz év óta nagyot haladt. Kimerítően ismertette ezután a műtét eljárását. Nagy jelentőséget tulajdonít az intravenosus konyhasós infúzióknak, továbbá azon körülménynek, hogy műtétet kizárólag aethernarcosisban végzi; a hasüreget nem irrigálja, ellenben kimerítő drainéziséről gondoskodik és a hassebet egyesíti.

Az appendicitisen kívül a peritonitis okaként Gerster statisztikájában még herniák, adnexmegbetegedések, typhusfekélyek átfürödése, gyomor- és bélfekélyek, májtályog, mesenterialis erek thrombosisa, volvulus és intussusceptio, továbbá pancreatitis haemorrhagica szerepelnek.

Lichtenberg (Strassburg) nagyon ajánlja peritonitis esetén az intravenosus konyhasós infúziókat; szerinte ezek sokkal hatásosabbak, mint a subcutan és rectalis infúziók.

A discussióban Sonnenburg (Berlin) megemlíti, hogy tapasztalatai szerint diffúz peritonitis műtete után czélszerűbb a hasüregnek nyitvatartása.

Kümmell (Hamburg) a hasüreg mosásának a híve, azonkívül kiterjedten alkalmazza az intravenosus konyhasós infúziókat. Műteti mortalitása az újabb eljárások mellett 100%-ról 9%-ra súlydult.

Steinthal (Stuttgart) az *ulcus ventriculi rotundum perforatum* műtét kezelését méltatta. Tapasztalatait 15 operált esetből meríti. Szabad perforatio eseteiben Steinthal 58.3%-ban ért el gyógyulást; sőt ha a műtét a perforatio után az első 12 órában történt, eseteinek 60%-át mentette meg. Steinthal az átfürödött gyomorfekély műtét kezelését a következő alapelvekbe foglalta:

1. Az átfürödés után a lehető legkorábban kell operálnunk.
2. Az ú. n. perforatiós schok, collapsus a műtétet nem

ellenjaválja; ellenkezőleg, az átfürödés helyének ellátása ezeknek a legjobb gyógyszere. Különben is a schok tünetei többnyire már elmúlnak, mire a beteg a műtőasztalra kerül.

3. Az érzéstelenítés kombinált módon történjék; adjunk 0.01 gm. morphiumot subcutan s altassuk a beteget aetherrel vagy chloroformmal.

4. A behatolásra legalkalmasabb a hosszú medianmetszés az epigastriumban.

5. A legtöbb esetben elegendő az átfürödés helyének egyszerű elvarrása etageokban; kivételes esetekben, széteső sebszékelynél szükséges csak a fekély kimetszése.

6. Az egész beteg gyomorrészt resectiójától óvakodjunk.

7. Ha az átfürödés helye a pyloruson van, gastroenterostomiát is kell végeznünk.

8. Ha a hasüreg az átfürödés után körülírtan betörtözött, gondosan kitöröljük; kiterjedtebb fertőzéskor pedig physiologiás konyhasóoldattal kell a hasüreget mosnunk.

9. A subphrenikus tájékot és a kis medenczét fertőzés esetében mindig drainezniük kell; a perforatio helyét Steinthal szintén drainezi, a hasüreget pedig részben nyitva tartja.

Steinthal végezetül még azon kérdést veti fel, vajjon van-e jogosultsága a prophylaxisos műtétnek gyomorfekély esetén. Mivel eseteinek 25%-ában már a klinikai tünetek értelmében is jogosult lett volna a műtét beavatkozás, azon véleményének ad kifejezést, hogy makacs ulcus-panaszok esetében a műtét feltétlenül indikált.

Alapy (Budapest) a gyermekkorban támadó ileus kórjelzéséről és kezeléséről szól. (Előadását eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.) (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

782/1910. kig. sz.

Máramaros vármegye dolhai járásában vasúti állomással, vas- és fűrészgárral és gyógyszerházzal bíró Dolha község székhelyével üresedésben van a **kör- orvosi állás**, mert a járási orvos, a ki azt ideiglenesen ellátta, folyó hó 17.-én elhalt. Ezen állásra tehát pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtokat, hogy 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában megállapított feltételeket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket **folyó évi április hó 15.-éig** annál is inkább hozzám nyújtsák be, mert a később érkezettek figyelembe nem veszem.

Ezen állás javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási, fuvar- és kiszállási díjak, a vasgyár után a betegséglelőző pénztár-részéről évi 1200 korona, a borsavölgyi gazdasági vasúttól évi 170 korona és a gróf Teleki uradalomtól egyezkedés alapján járó évi díj és tűzifaátalány s végül a község részéről évi 600 korona lakbérilletmény. Kötelese az orvosnak a kör 8 községét, — melyek közül a legtávolabbi a székhelytől 19, kettő pedig vasút mentén 4–4 kilométerre esik — minden két hétben beutazni.

A választást a pályázat eredményéhez képest azonnal a legközelebbi határidőre fogom kitűzni.

Dolha, 1910. évi március hó 20.-án.

2—1

Hatfaludy László, főszolgabíró.

2644/1909. sz.

Bihar vármegye mezőkeresztesi járásához tartozó berekböszörményi **kör- orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

1. 1600 korona törzsfizetés, mely összeg az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékokkal emelkedik.

2. Évi 400 korona lakbér.

3. Évi 300 korona fuvarátalány, melynek magasabb összegben való megállapítása iránt az eljárás folyamatba tetetett.

4. Törvényszerűleg megállapított látogatási díjak.

Felhívom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket **folyó évi április hó 10. napjáig** nyújtsák be, mert a később fel nem szerelt kérvényeket nem veszem figyelembe.

A választás határideje: 1910. évi április hó 21.-én délelőtt 9 óra, Berekböszörmény községében.

Mezőkeresztes, 1910. évi március hó 15.-én.

Cziffra Kálmán dr., főszolgabíró.

1065/1910. sz.

A Körösladány községnél lemondás folytán megüresedett **nem ügyvezető orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvények a **f. évi április hó 11.-éig** adandók be hozzám.

Az állás javadalma: évi 1400 korona fizetés, 500 korona lakáspénz s a törvényesen megállapított rendelési, beteglátogatási, műtét- és fuvardíjak.

Szeghalom, 1910. évi március hó 9.-én.

2—2

Csánki Jenő, főszolgabíró.

4981/1910. sz.

Trencsén vármegye közpörházánál megüresedett második **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen nyugdíj-képességgel és alább részletezett javadalmazással egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy a vm. főispán úrra címzett és az 1883. I. t.-cz. 9. §-ának III. pontja

2. bekezdésében előírt képesítésről tanuskodó okmányokkal, valamint a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági, orvosi és erkölcsi bizonylattal is kiegészített

kérvényeket legkésőbb **1. évi április hó 10.-éig** nyújták be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe vételét nem fogadják.

Ezen második másodorvos évi javadalmazása 2000 korona törzsfizetés, 600 korona lakbérátalány és az inspektós napokon elsőosztályú ételmezés.

Trencsén, 1910. évi március hó 18.-án.

Baross, alispán.

A budapesti m. kir. állami gyermekmenhelyben megüresedett **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. A megüresedett állás munkakörének jelentékeny részét a menhely belgyógyászati betegosztályain teljesítendő szolgálat fogja képezni. Az állás 1600 korona fizetéssel, első osztályú ellátással és lakással járadalmazott. A belügyminiszterhez intézendő folyamodványok, oklevél stb. a budapesti menhely igazgatóságánál nyújtandók be **1910. április 9.-éig**.

Budapest, 1910. évi március 21.-én.

Szana Sándor dr., kir. tanácsos,
a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója.

A Vevey-i gyermektápliszty-gyárak megtekintése egy magyar orvos által.

Vevey-ban (Svájc) tartózkodván, a Nestlé-féle gyermektáplisztygyárban magam győződtem meg róla, hogy e tápliszty kiváló minőségű tejből készül, más kifogástalan minőségű alkatrészek hozzáadásával. A gyártás a legnagyobb tisztasággal történik s gondosan ügyelnek, hogy valamely alkatrész meg ne romoljék. De mindezeket elismerve is, hibának tartanám, ha e táplisztyet mindenkor az anyatej tökéletes pótszerének tekintenék, mert az anyatejet azért semmi sem pótolhatja.

Ha azonban a csecsemőtáplálás tanának mai megállapításait tartják szem előtt, s minden egyes esetben a csecsemő korának és állapotának figyelembevételével határoznak a felett, hogy vegyes, vagy mesterséges táplálásban részesülhet-e a csecsemő, s oly csecsemőknél, a kiknek kora már lisztek adását megengedi, valamint az elválasztás alatt álló s már elválasztott, de gyenge csecsemőknél, sőt az elválasztást követő hónapokban a Nestlé-féle gyermektáplisztyt adandó. E kellően megválasztott esetekben a Nestlé-liszty igen jó hatású tápszernek bizonyult.

Nagyvárad, 1910 január 5.-én.

Dr. Edelmann Menyhért,

a nagyvárad m. kir. állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

CAVE CACAO! A cacao, vagy mészphosphat-tartalmú gyermektápszernek feltétlenül mellőzendők, a mennyiben az előbbieket határozottan veszélyesek, utóbbiak nem assimilálódnak és a gyermek szervezetét kimerítik.

„GAZETTE MÉDICALE DU CENTRE“ dec. 1. 1909.

Pyocyanase,

biológiai készítmény — nem vegyi desinficiens.

Pyocyanase mint baktériumölő, hártya és lepedékoldó szer ajánlatos a legkülönbözőbb fertőzések és lobok ellen. Első sorban helyi kezelésre alkalmazzák és therapeutikusan a következő betegségeknél különösen jó eredménnyel alkalmazzák:

A bőr- és nyákhártya fertőző megbetegedéseinél.

Belgyógyászat:

Vörhenyánginák,
Anginák,
Pharyngitis,
Diphtheria,
A légutak hurutos folyamatai,
Hökhurut,
Influenza,
Nátha,
A nyálkashártya gyuladása,
Szénaláz,
Torok- és orrbajok.

Sebészet:

Tályogok,
Panaritiumok,
Ulcus cruris,
Phlegmonék.

Nőgyógyászat:

Lobos folyamatok,
Gonorrhoea.

Fülészet:

Otitis media.

Szemészet:

Conjunctivitis,
Könyvtömlőlobok,
Szarúhártyalobok és szövődmenyei.

Bőr- és nemi betegségek:

Gonorrhoea,
Eczemák.

Fogászat:

Pyorrhoea alveolaris,
Stomatitis,
Melléküregfolyamatok.

Kivonatok a nagy irodalomból kívánatra rendelkezésre állanak. Erre vonatkozó kívánalmaknál kérjük a különösen érdeklő betegségeket jelezni.

Csomagolás: 10 ampullát tartalmazó dobozokban à 1 cm³, 4 ampulla à 2½ cm³, 2 ampulla à 5 cm³.
Üvegek à 10, 50 és 100 cm³.
Pyocyanase-Spray. Kapható minden gyógyszerárban.

Sächsisches Serumwerk und Institut für Bakteriotherapie, Dresden.
Abteilung Pyocyanase.

:: 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.

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

SCHULTES ÁGOST

Szinye-Lipóczi Sal-
vatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.