55. évfolyam. **27. szám.** *Budapest, 1911 julius 2.*

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Engel Károly: Közlemény a II. sz. belklinikáról (Igazgató: Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár, udvari tanácsos). A hasi aorta emboliájáról. 479. lap.

Fischer Ignácz: Önálló kórforma-e a „moral insanity“? 482. lap.

Picker Rezső: Ischias-fájdalom gyógyult esete. 483. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Hornyánszky Gyula*: A görög felvilágosodás tudománya. — *Lapszemle. Belorvostan. Verdon*: Angina pectoris. — *Walterhöfer*: Diabetes mellitus. — *Sebészet. Payr*: A gyomorfekély sebészi kezelése. — *Elmekórtan. Fischer*: A paralysis progressiva gyógyításának kilátása. — *Leibowitz*: Indukált elmebajok. — *Gyermekorvostan. Japha*: A veleszületett bujakórosok szemfenéki lelete. — *Hágyszervi betegségek. Fabricante*: Az ureterkövek sebészi kezelése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Ernberg*: Fiatalkori heveny vesegyuladás prognosisa. — *Kauert:* Idősült székrekedés és paralysises ileus eseteiben hormonallal tett tapasztalatok. — *Mendel*: Fibrolysin. 485—488. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — 488. lap.

Vegyes hirek. 488. lap.

Tudományos társulatok. 489 -493. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a II. sz. belklinikáról (igazgató: Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár, udvari tanácsos).

A hasi aorta emboliájáról.

Irta: *Engel Károly* dr., tanársegéd.

A hasi aorta emboliája igen ritka, az irodalomban alig találunk 35-nél több esetet. Egyrészt ezen körülmény, másrészt az ennek kapcsán támadó kérdések érdekessége eléggé megokolja esetünk közlését.

B. L. 41 éves, bolti szolga nejét első ízben 1909 november 22.-én vettük fel. A klinikai vizsgálat nagyfokú emphysemát derített ki kiterjedt hörghuruttal, e mellett insuff. valv. bicuspidalis cum stenosi ostii venosi sinistrinek megfelelő billentyűbántalmat a kezdődő incompensatio állapotában. 1910 február 4.-én a beteg tetemesen javult állapotban hagyta el a klinikát, otthon állapota fokozatosan romlott, lélegzése mindinkább nehezebbé vált, erős szúró fájásokat érzett jobb mellkasfelében, úgy hogy dolgozni egyáltalában nem tudott. Állapota mindinkább rosszabbá vált, sokat köhögött, feküdni nem tudott, miért is 1910 november 2.-án újból felvétette magát a klinikára.

Status: Kifejezetten emphysemás mellkas. Szívcsúcslökés nem tapintható. Relativ szívtompulat a 4., absolut az 5. bordán kezdődik, kifelé 13 cm.-nyire ér a középvonaltól, jobbfelé összefolyik egy tompulattal, mely a parasternalis és a bimbóvonalban a 4. borda felső szélén kezdődik. Hátul jobboldalt a paravertebralis vonalban a 8. bordától lefelé absolut tompa a kopogtatási hang, bal oldalon a tüdőhatár a 12. bordán végződik. Baloldalt és jobboldalt fenn hangos, érdes lélegzés van számos szörcsöléssel, a tompulatnak megfelelően gyengült a légzés. Szívcsúcs felett praesystolés zörej, dobbanó systolés és kettős diastolés hang hallható, a pulmonalis II. hangja kissé ékelt. A pulsus eléggé telt, arhythmiás, száma perczenként 104. Lélegzése erőltetett, csak félig ülő helyzetben tud feküdni. A vizeletben $^3/_4$ $^0/_{00}$ albumen, néhány finoman szemcsés cylinder. A beteg lázas, esti hőmérséke 38·6 C°.

November 6. A beteg állapota digitalis, valamint köptetők adására kissé javult, a jobboldali mellhártyaizzadmány úgyszólva teljesen felszívódott.

November 8. A beteg arról panaszkodik, hogy időnként a bal lába erősen megdagad és mintha hangya mászkálna rajta; objective semmi változás nem látható.

November 9. A beteg mindkét lábában erős fájdalmat érez, mely kivált mozgáskor igen erős, mozgatáskor hasonlóan erős. E mellett jajgat, hogy „nincs lábam, elhalt a lábam, megfagy a lábam“, máskor erős zsibongást, hangyamászást érez bal lábában, „mintha darab fa volna a lábam“.

A délutáni vizsgálat alkalmával a beteg rendkivül nyugtalan, folyton jajgat, kiabál, arcza igen sápadt, hideg verejtékkel fedett, néha valósággal félrebeszél. Az aorta abdominalis lüktetése a köldök magasságában jól tapintható, azonban sem az arteria femoralis, sem a poplitea, tibialis posterior és dorsalis pedis lüktetése nem érezhető egyik oldalon sem. A pulsus mérsékelten telt, arhythmiás, systolés vérnyomás (*Recklinghausen*-féle tonometerrel) 160 mm., diastolés 90 mm. Bal alsó végtagját egyáltalán nem tudja mozgatni, a jobb alsó végtag izomereje is erősen gyengült, passiv mozgatás kivált bal oldalon rendkivül fájdalmas. A bal lábszár bőre márványozott, feltünő fehér helyek váltakoznak cyanosisos foltokkal; ugyanezen színeződés állapítható meg, bár kevésbé kifejezve, a jobb lábfejen is. A bal lábszár erősen hypaesthesiás és hypalgesiás. Patellaris reflex mindkét oldalt könnyen kiváltható, az Achilles-inreflex a fájás miatt nem vizsgálható. Szívlelet változatlan. Az éjszakát 2 centigramm morphiumra elég nyugodtan tölti.

November 10. Hőmérsék 37·8 C°, pulsus szapora, üres, arhythmiás, száma perczenként 108. A beteg egész nap hangosan jajgat, fájlalja mindenét, de kivált a bal lábát. A bal alsó végtag a czomb közepétől alófelé hideg tapintatú, bőre márványozott, a lábujjak kékes-szederjések. A jobb alsó vég-

tagon az elszíneződés kisebb fokú, csak a lábszár alsó harmadában kifejezettebb, a térdtől alafelé hideg. A beteg bal alsó végtagját térdben mozgatni tudja, a kitérés azonban egészen csekély, jobboldalt csak a lábfej mozgása korlátolt. Baloldalt a lábszár felső harmadától lefelé teljes anaesthesia és analgesia van, jobb oldalon csak a lábfejen és a lábujjakon van kisfokú hypaesthesia és hypalgesia. Nedves meleg borítást nem tűr, a két oldalt rakott thermophort szereti.

November 11. A szívműködés erősen romlik. A fájás mindkét oldalt változatlanul erős, úgy hogy napközben is többször kap morphiumot. A bal lábszáron a szederjes foltok nagyobbak és sötétebbek, a lábfej viaszszerűen fehér, a lábujjak sötétkékek, szederjesek. Mozgáskiesés változatlan. Patellaris reflex mindkét oldalt jól kiváltható. Ezen időtől kezdve az alsó végtagok állapota a november 15.-én szívgyöngeség tünetei között beállott halálig nem változott.

Klinikai kórjelzés: Insufficientia valv. bicusp. c. sten. ostii ven. sin. Emphysema pulm. Embolia aortae abdominalis ad bifurcationem art. iliacarum comm.

A bonczjegyzőkönyv (*Goldzieher* dr.) fontosabb adatai a következők: Az alsó végtagok bőre, kiváltképpen baloldalt, szederjes, diffus, ujjnyomásra el nem tűnő elszíneződést mutat. Jobb mellüregben 400 cm^3 erősen zavaros, sárgás savó. A szív nagyobb, petyhüdt. A bal gyüjtőeres szájadék csak az ujj kúpját fogadja be, a jobboldali a hüvelykujjat képes befogadni. A bicuspidalis billentyű erősen megvastagodott, ínhúrjai hegesek, a billentyű közvetlenül a papillaris izmokra tapad. A bal pitvar öblében (fülcse) barna-vörös, szemcsés felszínű, törékeny, a falzathoz erősen tapadó thrombus van. Az aorta thoracica szabad, épp úgy az aorta abdominalis. A két arteria iliaca communis kettéválásában egy lovagló thrombus ül, a mely barna-vörös, törékeny, tollszár vastagságú, falzathoz nem tapadó és folytatódik mindkét arteria iliacába. E két ér, továbbá a két hypogastrica, iliaca externa és a femoralisok felső része, egészen az arteria profunda elágazódása alatt néhány cm.-rel, a falzathoz lazán tapadó thrombus-massával kitöltött. Az arteria femoralis mélyebb részei és ágai üresek, collabáltak. A lábszár venái sűrű, kátrányszerű összeállású vérrel teltek. A húgyutak nyálkahártyája halvány. Diagnosis: Endocarditis chronica fibrosa bicuspidalis, tricuspidalis et valv. semilunarium aortae cum insufficientia earumdem. Stenosis ostiorum venosorum. Dilatatio cordis. Thrombosis auriculae sinistrae. Embolia equitans bifurcationis iliacarum cum thrombosi earumdem usque ad partem superiorem arteriarum femoralium. Gangraena incipiens pedis utriusque lateris.

Betegünkön ezek szerint, a kit súlyos emphysemája és inkompenzált szívbillentyűbaja miatt kezeltünk, november 8.-án fájások és paraesthesiák kezdettek mutatkozni a bal alsó végtagban. E napon ezen tünetek egészen múló jellegűek voltak.

Ha mindjárt az első napon nem is tudtuk e jelenségeknek pontos okát adni, a tüneteknek a következő napon való súlyosbodása és egyéb tünetek bekövetkezése nem hagyott semmi kétséget a felől, hogy milyen jelentősége van és minek tulajdonítható a complicatioképpen mutatkozó tünetcsoport. A betegnek erős fájásai támadtak, melyek activ mozgáskor rendkivül fokozódtak, e mellett különböző paraesthesiái. Délután a beteget úgyszólva collabált állapotban találtuk, rendkivül nyugtalan, jactál. A bal, kevésbé a jobb lábfejen mutatkozó anaemiás foltok, melyek szederjes, szabálytalan foltokkal váltakoztak, oda utaltak, hogy e tüneteknek okát az érrendszer hirtelen bekövetkezett változásában keressük. A pulsusnak az alsó végtagon való vizsgálata eldöntötte a kérdést, mindkét oldalon hiányzott az art. femoralis lüktetése, sehol, sem a czombon, sem a lábszáron vagy lábfejen pulsust nem lehetett tapintani. Nem lehetett kétség a felől, hogy az alsó végtagokat ellátó ütőeres rendszerben hirtelen elzáródásnak kellett bekövetkeznie. Az elzáródás bekövetkezhetett mindkét femoralisban vagy mindkét iliaca externában, de tekintve, hogy más érterületben emboliát kimutatni nem lehetett, másrészt meg hogy valószinütlen volt, hogy mindkétoldali verőérbe külön-külön, de egyidőben kerüljön be embolus: az aortának a két iliaca communisba való elágazódása helyén vagy e fölött kellett az elzáródást megállapitani. A bél részéről nem volt semmi tünet, minthogy tudjuk, hogy a bél ereinek elzáródása rendkívül súlyos, igen hevesen bekövetkező tüneteket, kisebb ér elzáródása esetén pedig erős hasi fájásokat szokott okozni. Az elzáródásnak tehát az art. mesenterica inferior alatt, azaz közvetlenül az elágazodás táján kellett bekövetkeznie.

Tekintve az anatomiai viszonyokat, továbbá tekintetbe véve az irodalmi tapasztalatokat, a bifurcatión megakadt úgynevezett lovagló thrombust kellett felvennünk. Ilyen értelemben fejtette ki csakugyan *Jendrassik* tanár úr az esetet a hallgatóknak való bemutatás alkalmával és a sectio ezen felvételt teljes mértékben meg is erősitette. A vérhiánynak tünetei: a zsibbadás, a fájdalmak, majd az elhalás tünetei erősebbek voltak a bal oldalon, ugyanott előbb mutatkoztak is. Ezen körülmény azon felvétel mellett szólt, hogy a lovagló embolus asymmetriásan ül, erősebben gátolja a bal iliaca communisban a keringést vagy pedig a másodlagosan hozzácsatlakozó thrombosis erősebb bal oldalon, mint jobb oldalon. Mint a bonczjegyzőkönyvből kiviláglik, ezen felvétel nem volt helyes, a mennyiben a thrombosis mindakét oldalon körülbelül egyenlő volt. Azon körülménynek oka, hogy a tünetek a két oldalon nem voltak egyenlők, kétségtelenül a collateralisoknak a két oldalon nem egyenlő mértékben való jelenlétében keresendő, a mennyiben, a mint ezt az irodalom adataiból még látni fogjuk, még az aorta lekötésére is a kétoldali tünetek intensitásában igen jelentékeny különbség lehet jelen.

Mint a kórtörténet adatai mutatják, már ezen a napon, november 9.-én kifejezett mozgási és érzési bénulás állott be, erősebben megint a bal oldalon, valamint nagyobb kiterjedésben is. Majd mindkét oldalon kezdődő gangraena tünetei mutatkoztak, melyek azonban előre nem haladhattak, a mennyiben a szívműködés fokozódó romlása következtében hat nappal rá, november 15.-én bekövetkezett a halál. A sectio a bal fülcsében thrombosist derített ki; semmi kétség nem lehetett a felől, hogy az aortába került thrombus innen szakadt le. Az irodalomban közölt esetekben is az embolusnak ilyen körülmények között való létrejötte a leggyakoribb. *Selter* által összegyüjtött 20 eset közül négyben volt pitvaröbölthrombosis, háromban mitralstenosis és két esetben mindkét elváltozás együtt.

Ha az irodalomban közölt eseteket áttekintjük és symptomatologiájukat esetünkével egybevetjük, esetünket igazán felette typusosnak kell mondanunk, a melyben a diagnosis megállapítása semmi nehézséggel nem járt; de a tünetekben mégis meglehetősen nagy eltéréseket találunk. Ezen eltéréseknek oka függ elsősorban az embolus nagyságától, attól, hogy milyen mértékben társult az emboliához másodlagos thrombosis és végül, hogy milyen az individualisan nagyon különböző collateralis bőség az illető esetben és hogy az embolia után mennyire fejlődnek ki új collateralis pályák. Az esetek egy részében a tünetek rendkívül gyorsan következtek be. *Heiligenthal* esetében a mindkét alsó végtagra átterjedő őrületes fájások teljesen váratlanul, hirtelen állottak be, ugyanakkor a beteg már megmozdulni sem tudott. *Hjelt* esetében $^1/_2$ óra alatt teljes mozgási bénulás állott be. *Bührer* második esetében a tünetek lassan, hetek alatt fejlődtek ki, *Barth* és *Jean* esetében (az utóbbiban aortathrombosis volt és nem embolia aortae) hosszabb időn át csak claudicatio intermittens tünetei voltak jelen. Az emboliának közvetlen hatása: igen súlyos fenyegető szívgyöngeség tünetei az esetek nagy számában voltak jelen, a mi annál inkább érthető, mivel e complicatio amúgy is rendszerint nagyon súlyosan betegszívű egyéneken szokott bekövetkezni. A szívgyöngeség tünetei azonban el szoktak mulni. *Selters* összegyüjtött 20 esete közül csak egy beteg halt meg még ugyanaznap estéjén. Ugyszólva valamennyi betegen megvolt a mi esetünkben is nagyon kifejezett és részben a fájástól is feltételezett nagy nyugtalanság, mely egész a jactatióig és deliriumig fokozódhatik. Fájás úgyszólva az összes esetekben

le van irva. A fájás vagy mindkét oldalra egyformán terjed ki, vagy, mint már említettük, különböző fokú és különböző elterjedésű is lehet a két oldalon. Rendszerint igen heves, neuralgiaszerű, néha őrületes erősnek van bemondva, legerősebb a fájás a lábszárban, mozgáskor erősen fokozódik. A paraesthesiák hatása a különböző esetekben meglehetősen egyöntetű, legelsők egyike és mindjárt a fájás után jön a hidegség érzése, majd a merevség, zsibbadás, hangyamászás stb.

Igen különböző az érzésbénulás foka és elterjedése is. Mindkét lábfejen, esetleg csak az egyiken, rendszerint teljes anaesthesia és analgesia következik be igen korán, mely innen kezdve felfelé terjed. Voltak esetek, a hol az érzésbénulás csak a lábszár közepéig vagy a térdig terjedt egyik vagy mindkét oldalon, de volt olyan eset is, a hol mindkét oldalt fel egész a Poupart-szalagig teljes volt az érzésbénulás *(Jürgens, Boccherini.)* Épp ilyen különböző fokú és időbeli megjelenésében is különböző a mozgási bénulás is. Egyik vagy mindkét lábszár rendszerint teljesen bénult, a bénulás petyhüdt, passive a lábfej, a lábszár könnyen — persze fájdalmat keltve — mozgatható. A térden felül a mozgások rendszerint csak korlátozottak, egyes esetekben még a csípőizületben is csak egész csekély mozgás volt kivihető. A reflexekről alig találunk feljegyzést; *Jürgens* esetében az Achilles- és patellaris reflex azonnal eltünt, esetünkben a patellaris reflex mindkét oldalt az utolsó napig ki volt váltható.

Sokkal ritkábbak azok az esetek, midőn a mozgásbénulás és érzésbénulás között feltünő aránytalanság van, így *Chvostek, Deroyer* esetében, a hol teljes mozgásbénulás mellett az érzésben semmi zavar nem volt.

Igen különböző fokú a gangraena kifejlődése is. Ez persze első sorban attól függ, hogy a beteg az embolus után mennyi ideig él még, hiszen a gangraena bekövetkezésére idő kell, még teljes vérhiány esetén is. A *Selter* által összegyüjtött 20 eset közül csak négyben következett be gyorsan, illetve néhány nap alatt a halál, a többi esetben a halál a gangraena folytán beálló sepsisnek volt a következménye. A demarcatio különböző magasságban következett be, rendszerint a térd tájéka alatt, *Bührer, Lauenstein* esetében 4 ujjnyira volt a térd fölött és a két oldalon nem egyenlő magasságban.

A betegek élettartama az embolia után, mint már különben említettük is, különböző; néhány naptól több napig terjedhet ki. Van több gyógyult eset is. Ilyen *Gull* esete, melyben két hónap alatt a collateralisok kifejlődése következtében teljes gyógyulás állott be. Ez esetben a collateralis kapcsolat első sorban az art. epigastrica superior és inferior között fejlődött ki; az art. epigastrica inferiorban lefelé haladó véráramlást sikerült megállapítani. Helyreállott a circulatio *Chvostek* esetében is. A mi a collateralisokat illeti, első sorban az epigastrica superior és inferior között fennálló közlekedés jő szóba, másodsorban az arteriae lumbalesekkel való anastomosisa az arteria hypogastricából származó art. ileolumbalisnak. Fontosabb az első. Ezt bizonyítja a már említett *Gull*-eset, bizonyítja a magasabban fekvő congenitalis stenosisnál (sten. isthmi aortaenál) található hatalmas collateralis recze e két ér között, bizonyítják továbbá az állatkisérletek, melyek szerint a *Stenson*-féle kisérlet: teljes mozgás- és érzésbénulás a hátsó végtagokon az aorta abdominalis lekötése után csak nyulakon ily értelmű, kutyán, macskán, melyeknek erősebb elülső hasfaluk van, nem jár ily súlyos következményekkel. *Kast* kisérleteiben aortalekötés után az art. epigastrica superior és inferior erős kitágulását észlelte. Érdekes megemlítenünk e helyen, hogy az aorta spontan emboliája, illetve thrombosisa lovakon előfordul. A kifejlődő collateralisok következtében ez súlyosabb következményekkel nem is jár, ellenben a claudication intermittente typusos kórképét hozza létre, sőt éppen lovakon írta le elsőnek ezen tünetcsoportot *Bouley* 1831-ben. Ugyanezt különben, mint már említettük is, emberen is észlelték, *Barth* esetében is az aorta elzáródása csak claudication intermittente-tot okozott.

Néhány szóval akarok megemlékezni azon tünetekről, melyek az aortának operativ lekötése után jönnek létre. Az első ilyen lekötést *Cowper* végezte 1817-ben az arteria iliaca sinistra megrepedéssel fenyegető aneurysmája miatt, közvetlenül a lekötés után a bal láb erősen livid színű, a jobb láb színe rendes. *James* esetében közvetlenül a lekötés után mindkét alsó végtagban igen erős fájás mutatkozott, mely legerősebb volt a bal térdben. *Murray* esete annyiban érdekes, a menynyiben az első panasz teljesen megegyezett a mi betegünk első panaszával, a beteg bal lábát zsibbadtnak, meredtnek és hasznavehetetlennek mondotta, csak másnap mutatkozott erős fájás és anaesthesia. Két órával a lekötés után mindkét lábát még jól tudta mozgatni. *Stokes* esetében a fájás és a hidegség a jobb lábon volt erősebb; feltünő volt, hogy 10 órával a lekötés után *Stokes* tapintani tudta a femoralist. *Czerny* esetében semmi érzészavar nem volt.

Egyébként az összes esetekben megvolt a beteg sajátságos nyugtalansága, szapora pulsusa, feszes radialisa és carotisa, az összes esetekben aránylag gyorsan következett be az exitus, de sohasem a lekötés által okozott shokban, hanem vagy az alapbetegség által okozott szívgyöngeségben, vagy a transperitonealis operatio folytán peritonitisben. Hogy az aorta lekötése, illetve leszorítása nem vészthozó a vérkeringésre, azt bizonyítják különben az újabb időben igen sok esetben alkalmazott *Momburg*-féle vértelenítések (az aortának leszorítása kaucsukcső segítségével a hasfalon át), melyeknek csak egyes eseteiben vannak oly tünetek leírva (fenyegető szívgyengeség), melyek a keringés hirtelen erős romlását bizonyítják.

A fájás, az érzési és mozgási bénulás az alsó végtagokon az aorta elzáródása után kétségkívül az izomzatnak, az idegeknek és idegvégkészülékeknek vérhiánya által vannak feltételezve. Az aortának ily mélyen való elzáródása mellett persze gerinczvelői eredetre nem is lehet gondolni. Az állatkisérletek eredményei, de meg más irányú klinikai tapasztalatok is ez irányban teljesen összhangzók és döntő jelentőségűek. *Lapinsky* állatkisérleteiben nyúlon érlekötés után a megfelelő végtagban már egy óra mulva teljes anaesthesiát és a reflexek teljes hiányát találta petyhüdt hűdéssel. Emberen is könnyen kimutatható, hogy a vértelen idegben — úgy a mozgatóban, mint az érzőben — megszűnik a vezetés. *Neugebauer* esmarchozás után 15—20 perczczel a megfelelő végtagnak kötés alatti részében a szándékolt mozgások teljes kiesését, a tapintási és fájdalomérzés bénulását mutatta ki. *Fleury* kisérleteiben az inreflexek már 6—14 percz után tüntek el. Kétségtelen, hogy a claudication intermittente paraesthesiái, fájásai szintén a vérrel való ellátás hiányossága által vannak feltételezve, a mennyiben minden oda utal, hogy az érzőidegeknek, illetve végkészülékeknek ischaemiája paraesthesiát és fájást vált ki.

Bizonyosra vehetjük ezek szerint, hogy a vértelen területben fájások, paraesthesiák mellett érzési és mozgási bénulásnak kell beállania reflexhiánynyal. Ha az az elzáródás után nem következik be, akkor a vérrel való ellátás nincs teljesen felfüggesztve, a mennyiben az illető terület a collateralisok útján kap vért. Ezek szerint már azon körülmény önmagában, hogy esetünkben a patellaris reflexet mindvégig könnyen lehetett kiváltani, meggyőzően bizonyítja, hogy a collateralisok által az alsó végtagokba belekerült vér elegendő volt ahhoz, hogy a czombok, illetve a lábszárak legfelső részének táplálkozása zavart ne szenvedjen. *Lapinsky* kisérleteiből még kiemeljük, hogy mennyire fontos a collateralis pályáknak korán való kifejlődése, a mely körülmény a teljes mozgási és érzési bénulás visszafejlődését tudja eredményezni. Ha a collateralisok csak 4—5 nap után fejlődnek ki, ugy a petyhüdt bénulás, mint a reflexkiesés, valamint az érzésbénulás változatlan marad.

Irodalom: *Bührer:* Ueber zwei Fälle von Embolie der Aorta abdominalis. Münchener med. Wochenschr. 1901. 15. sz. — *Barth, Bouley,* idézve *Erb* után. — *Bocherini,* idézve *Selter* után. — *Chvostek*: Ein Fall von Thrombose und Embolie der Aorta abdominalis. Allg. Wiener mediz. Zeitschrift. 1876. — *Cooper, Czerny* idézve *Kast* után. — *Fleury,*

idézve *Lapinsky* után. — *Heiligenthal*: Embolie der Aorta abdominalis. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1898. 33. sz. — *Hjelt* idézve *Chvostek* után. — *Jürgens*: Ein Fall von Embolie der Aorta abdominalis. Münchener mediz. Wochenschrift. 1894. 43. sz. — *Kast*: Die Unterbindung der Bauchaorta. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1880. XII. (Az aorta lekötésének irodalma.) — *Lapinsky*: Ueber acute ischämische Lähmung nebst Bemerkungen über die Veränderungen der Nerven bei acuter Ischämie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1900. 19. sz. — *Maas*: Untersuchungen über die Unterbindung der Bauchaorta. Zentralblatt für Chirurgie. 1878. V. — *Murray* idézve *Kast* után. — *Neugebauer*: Zur Kenntnis der Lähmungen nach elastischer Umschnürung der Extremität. Zeitschrift für Heilkunde. 1896. — *Selter*: Ueber Embolie der Aorta abdominalis an ihrer Teilungsstelle. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1891. (20 eset összegyüjtése és ismertetése.) — *Stokes* idézve *Kast* után.

Önálló kórforma-e a „moral insanity“?*

Irta: ***Fischer Ignácz*** dr., rendelő főorvos, budapesti törvényszéki elmeorvosi szakértő.

A természettudományban az utolsó évtizedben történ nagymérvű buvárkodás eredménye, hogy régi, elavult nézetek belyén új felfogások, új eszmék burjánoztak ki. Különösen nagy átalakuláson ment keresztül az elmekórtan: a régi keretek, rendszerek megdőltek, új kórformák léptek a régibbek helyébe, melyek positivabb basison látszanak nyugodni, a forrongás azonban még mindig tart, még mindig sok bizonytalan, határozatlan s teljesen ki nem alakult nézettel állunk szemben, a positiv tudás még nagyon mögötte áll a sokféle egyéni impressióknak, a különféle hypothesiseknek és sejtéseknek. Vannak megbetegedések, melyeket már régente mint jól körülírt kórformákat ismertettek, melyeknek állandó, sajátos jellegüket évtizedeken át elismerték (így melancholia, mania); az újabb búvárlatok ezen megdönthetlennek vélt kórformákat is kikezdték, majd önállóságukban támadták meg, a mennyiben mint egy más megbetegedés részjelenségét fogták fel, másokat ismét mint egy más kórformába tartozót (ifjúsági elbutulási eseteket, katatoniát, hebephreniát, dementia praecox megnevezés alatt) egy gyüjtőnév alá fogták.

Hasonló sors érte a „moral insanity“ megbetegedést is. Mint önálló kórformát írta le és ismertette mint első 1835-ben *Pritchard* angol orvos. A régi iskolának oszlopos tagja lévén, a kórforma felállításánál azon régi tételből indult, hogy az ember szellemi élete 3 főfactorból tevődik össze: az érzetből, tudatból és akaratból. Ezen factorok mindegyike isoláltan betegedhetik meg. A tudat megbetegedésénél az abból folyó erkölcs is károsodást szenvedhet akként, hogy csak maga az erkölcsi érzet válik fogyatékossá, míg a szellemi életet alkotó többi tényezők zavartalanul működnek. Az akkori felfogás alapján egy külön erkölcsi centrumot, „moral sense“-t vettek fel, melynek beteges afficiálása annak kóros működését vonja maga után.

Pritchard maga „moral insanity“ alatt mindazon betegségeket foglalta össze, melyekben a moralis érzetek fogyatékossága vagy hiánya mutatkozott, teljesen függetlenül attól, hogy a szellemi életet alkotó többi elemek a betegségben miként vesznek részt, megjegyzi azonban, hogy ő is többnyire a képzelő erő érintetlenségét tapasztalta.

Az újabb búvárok a moral insanity kórképnek ily meghatározásába már csak azért sem nyugodhattak bele, mert szerintök a lélek csak mint egységes valami képzelhető és ezen említett 3 factor egymással szoros viszonylatban lévén, azoknak a szellemi élet megbetegedésével participálni kell, csakhogy egyszer az egyik, máskor a másik rész kóros állapota domborodik ki jobban. Ezek alapján az újabb áramlat azon nézetet vallja, hogy a moralis érzetek csökkenése mellett intelligentiahiány is mutatkozik s ezen megbetegedést az imbecillitás csoportjába kívánja sorolni. Mások ismét, mivel ezen betegségben az egocentricitás kiemelkedő, a mellett nagyzási vonások, sőt téveszmék mutatkoznak, a paranoiák csoportjába osztják. *Näcke* szerint, ki egy monographiában számol be ezen kórforma jelentőségéről, ki az irodalomban ismertett összes hozzáférhető kórtörténeteket áttanulmányozta, azok — egy nagyon kis csoporttól eltekintve — 3 osztályba sorozhatók, 1. az imbecillitás, 2. a periodikus vagy cyclikus hangulat-anomaliák, 3. a psychikus degeneratiók csoportjába. *Müller* az összes eseteket már csak 2 csoportba sorozza, az imbecillitás és degeneratiós elmezavar csoportjába. *Kraepelin* a veleszületett elmegyengeség 2 formáját különbözteti meg, azok egyike a moral insanity.

Vannak továbbá szakemberek, kik a valódi moral insanitynál intelligentia-zavart nem észleltek és azon véleményen vannak, hogy nem is szükséges, hogy az értelem terén hiány vagy kiesés észleltessék, ők intact intelligentiát supponálnak. Ezen észlelők élén *Bleuler* áll, ki azon nézetet vallja, hogy a moralis érzetek teljesen függetlenek az intelligentia fokától, a moral insanityben szenvedők születésüktől fogva erkölcsileg defectuosusak a nélkül, hogy intelligentia-zavart mutatnának. Ezen nézethez csatlakoznak *Delbrück*, *Muralt* és *Gaupp*.

Ezen két szélső álláspont közt középhelyet foglal el *Lougard*, ki némi szellemi gyengülést concedál, de szerinte a kórkép kiemelkedő tünete, és erre helyezi a súlypontot, a moralis defectuositás. Gyakorlati szempontból az ő felfogása egyezik *Bleuler* felfogásával.

Ha a moral insanitysek élettörténetén végig tekintünk, azt látjuk, hogy nagyon sok azonos, közös vonás lelhető fel bennök. Nagyon helyesen jegyzi meg *Longard*, hogy ezen kórforma egészen sajátságos, mindig azonos és határozottan jellegző vonásokat egyesít önmagában, melyek már kora ifjúságtól mutatkoznak és lefolyásukban semmiféle progressivitást nem tüntetnek fel.

Már a XVI. nemzetközi orvoscongressus XII. szakosztályában tartott: A „moral insanity“ klinikai s forensikus szempontból című előadásomban felsoroltam azon állandó symptomákat, melyeket ezen betegségben szenvedők mutatnak. Ezek a következők: Ily egyének absolute nem nevelhetők és nem befolyásolhatók, már kora ifjúságtól súlyos bűncselekmények elkövetésére hajlamosítottak, állhatatlanok, nyugtalanok, ezen két utóbbi sajátosságuk az egész életükön keresztül húzódik, foglalkozásra képtelenek, a társadalmi rendet nem respektálják, egyéniségüket túlbecsülik, képzelőtehetségük csapongó, túlburjánzó, hiúk, egoisták, cynikusok, teljes hiányával vannak az ethikai fogalmaknak és érzeteknek, minden jog- és erkölcsi érzet iránt vakok, a mellett a testi degeneráltság számos tüneteit egyesítik magukban, legnagyobbrészt öröklésileg terheltek. Ezen fentemlített sajátságok mellett a gondolkozási művelet alakilag zavartalan, s ha mégis gyengült psychikai életet tulajdonítunk nekik, ugy ez semmi esetre sem azonos azzal, a mit általánosságban elmegyengeség alatt értenek.

Számos észlelt eseteimből, melyek igazolják, hogy a fentemlített sajátosságok minden egyes esetben majdnem photographiai hűséggel ismétlődnek, két korrajzot kívánok ezúttal ismertetni.

I. F. Gy. 21 éves, ev. ref. vallású, volt adófelügyelőségi díjnok. Családilag terhelt, apai szépanyja epilepsiás, anyai ágról való nagybátyja elmebeteg volt és elmezavarban elkövetett öngyilkosság folytán halt meg. Szülei élnek, apja ideges, ingerlékeny természetű, anyja szervi szívbajban szenved. Három élő testvére közül kettő ideges. Hat testvére előtte ismeretlen bajban halt meg.

Ő maga gyenge testalkatú és beteges gyermek volt. Súlyos diphtherián ment keresztül. Feltünő volt, hogy roszszul aludt, álmából gyakran fel-felriadozott, ha felébredt, jó időbe került, míg feleszmélt. Már zsenge korában rakonczátlan, hazudozó volt, kit fegyelmezni sohasem lehetett. 4 elemi osztályt végzett, középiskolai tanulmányait különféle városokban végezte, az érettségi vizsgát Marosvásárhelyen tette le. Már 14 éves korában éjjelenkint kiszökött szülei házából, mely a katonai őrizet alatt álló pénzügyi palotában volt. Mint kis gymnasista bírta rá a posztoló katonákat, hogy szökéseiről szülőinek ne szóljanak. Midőn idősebb lett, mindinkább vakmerőbb lett, úgy hogy 8. gymnasista korában már adósságot

* Előadatott a miskolczi vándorgyülésen.

adósságra halmozott és gyakran Marosvásárhelyről engedély nélkül távozott. Egy ízben Debreczenbe szökött, hol a vendéglőben bárónak jelentette be magát. Nagyzási hóbortja egész életén át kísérte, rendesen bárói czímet és dupla keresztnevet használt. Középiskoláinak befejezése után a jogi pályára lépett, $1^1/_2$ évig hallgatta a jogot, az alapvizsgán a római jogból elbukott, mert nem tanult. Kitartása nem volt; ingatag, állhatatlan lévén, sűrűn cserélt pályát, majd a jogi pályát elhagyván, Kolozsvárra ment theologiát hallgatni, onnan pár hónap mulva elszökött, majd fináncz, utoljára díjnok lett. Fiatalabb éveiben is már a szeszes italoknak hódolt, társaságát könnyelmű fiúk és bárczás leányok képezték; mulatozásaihoz a pénzt részint holmijának zálogbatevése által, részint szüleinek és rokonainak meglopása által szerezte. Anyja és testvéreinek takarékpénztári könyveit ellopta, apja havi fizetését, mely 840 koronát tett ki, a szolgától, ki annak felvételével lett megbízva, elvette és pár nap alatt elmulatta, majd atyja ruháit elzálogosította, rokonait mindenféle hazugságokkal megpumpolta. Mindenféle hazugságokkal állott elő, a legképtelenebb meséket akarta elhitetni. Fivére, egy értelmes ügyvéd, következőleg jellemzi őt. „Öcsém mindig hazudott és már tévedésből sem mondott igazat; sem a gyengéd bánásmód, sem a szülői szigor nem javította meg. Alig ért ki a gyermekkorból, már a prostitutio tanyáin gyakori vendég, már 14 éves korában kiszökött a pénzügyi palotából és folyton dorbézolt, szüleit, testvéreit meglopta, a tárgyakat eladta vagy elzálogosította, egy ismerősétől nagyobb értékű értékpapirokat csalt ki és azt elzálogosította, apjától lopott pénzzel Brassóba utazott és daczára annak, hogy pár 100 korona volt nála, mégis fivérétől 150 K-át csalt ki. Ugyanakkor bárónak és huszárhadnagynak adta ki magát, a lopott és pumpolt pénzen kéjnőkkel kocsikázott, elsőrangú hotelben szállt meg, ott pezsgőzött. Jóllehet számtalanszor javulást igért, szavát sohasem tartotta meg, nem változott meg, a jó nevelésben és tanulásban részesült ifjú ész nélkül rohant minden jóakaratú támogatás és javítási kisérlet daczára a romlásba, szükség nélkül hazudozott, lopott, csalt, hamisított, bűncselekményeit annyira leplezetlenül követte el, hogy azokra mindjárt reá kellett jönni.“

A család egy hozzátartozója, midőn F. Gy. ellen a bűnvádi eljárás foganatosíttatott, következőleg nyilatkozott: „Már hosszabb ideje az a meggyőződésem, hogy F. Gy. elmebeteg ifjú, ki moral insanityben szenved. Nézetemet következőkre alapítom: 1907. és 1908. évben több levelet kaptam tőle, jóllehet személyesen engemet nem ismert, csak bátyjától hallotta nevemet, melyekben arra kér, hogy bátyjától kisebb-nagyobb összegeket szerezzek számára és azokat küldjem el „kávéházi czímére“. Jóllehet levelére sohasem válaszoltam, azokat továbbra is küldözgette, gyakran bérmentetlenül is, azokban mindig a „pillanatnyi pénzzavarról“ szól, igéri, hogy most utoljára fordul hozzám és csak azért kéri az én közbenjárásomat, mert azt hiszi, hogy az én befolyásom alatt fivére teljesíti kérését és megküldi a pénzt. Ugyanakkor azon igéretet teszi, hogy mivel nemsokára óriási vagyonhoz jut, abból engemet is fényesen fog honorálni. Majd egy másik levelében azt írja, hogy azért fordul hozzám, nehogy sógornője a leveleiről tudjon, de ugyanakkor, mint megtudtam, sógornője is kapott tőle levelet, melyben az ő révén kér bátyjától pénzt. Ezen levelezés közben direct bátyjához is fordul, annak meg azt írja, hogy vegyen magához 10.000 koronát s jöjjön azonnal Budapestre, mert ő tud olyan methodust, a melylyel a baccarat-bankon egy vagyont lehet nyerni. Hazudozásaiban kifogyhatatlan, épp úgy nagyzása határt nem ismer, így egy ízben Brassóban, hol őt jól ismerik, mert szüleivel 1901. évben ott lakott, azt adta elő, hogy ő báró lett, mert őt egy báró adoptálta, barátaival meg azt akarta elhitetni, hogy huszárhadnagy, pedig azok biztosan tudták, hogy még katonai kötelezettségének sem tett eleget. Midőn Kolozsvárott a theologiát hallgatta, onnan alig 2—3 hónapi tartózkodás után megszökött. Bátyja fizette érte a collegiumnak a tandíjat, annak azt írta, „ha az értem lefizetett összeget a collegiumtól vissza akarod kapni, azt én ki tudom eszközölni, de csak azon feltétel alatt teszem, ha a felét nekem adod“.

A rendelkezésre bocsájtott periratokból — ugyanis csalás bűntettével volt vádolva és azért fogva tartva — elkövetett bűncselekményei tudhatók meg. A székesfővárosi adófelügyelőség behajtási osztályánál mint ideiglenes díjnok lévén alkalmazva, a hivatali asztalon fekvő vagy kezelés közben kezén átfutó iratok közül többet magához vett, azok birtokában az adóval, illetékekkel vagy jövedéki bírsággal tartozó feleket felkereste és dr. Sz. Gy. állami végrehajtónak adva ki magát, azokat fizetésre hívta fel. A felhivás legtöbb esetben sikerrel járt, a kicsalt pénzt saját czéljaira fordította, eldorbézolta. A nyugtázó iratokat maga írta, írásán semmit sem változtatott, a pénzügyigazgató nevében állítólag hozzáintézett végrehajtási utasításokat is hamisította.

F. Gy.-t megvizsgálva, jól termett, jól fejlett csinos fiú, kin a testi degeneráltság kifejezett tünetei észlelhetők, koponyája hydrocephaliás, homloka magas, széles, a nyakszirttájék lépcsős. Orra ferde, hosszú (gyermekkorban elszenvedett esés következménye), bal arczfele fejlődésben visszamaradt, szemfogai kiállanak, alsó fogsora előbbre áll, a kemény szájpad erősen boltosult, nyelve, keze kissé remeg, térdreflexe élénkebb. Ő maga minden szégyenérzet és erkölcsi visszahatás nélkül elmondja és megerősíti a kora ifjúsága óta elkövetett csalásait, lopásait, sikkasztásait, úgy ezeket, valamint feslett, léha életmódját azzal indokolja, hogy nagyúri hajlamai voltak, szeretett mulatni, lóversenyre járni és ezért volt pénzre szüksége. Hogy ily módon szerzett pénzt, azt egész természetesnek tartja, romlottságáért nem önmagát, hanem szüleit okolja, „kik nem találták el a módot“, hogyan kell vele bánni. Önmagát túlbecsüli, önmagától eltelt, költői tehetségnek tartja magát, tulajdonképp azért követte el a lopásokat, mert híres író akart lenni, Wilde Oszkár nyomába akart lépni, maga akarta a börtönt és a fegyházat, annak lakóit, az ottani viszonyokat tanulmányozni és azt hitte s maga is azt véli, hogy tanulmányaival nagy anyagi és erkölcsi sikereket fog elérni. Elkövetett bűncselekedetei miatt megbánást nem tanusít, azokat nem is szégyenli, mert ő — csapongó phantasiája alapján — nem azért van letartóztatva, mi az emberek nézete, a sikkasztásért, őt magas czél vezette cselekedeteiben, ő, hogy ezen magasztos czélt elérhesse, eszközül használta fel a sikkasztást. Hogy csak tényleg ez okból sikkasztott, bizonyítéka az, hogy fizetését $^1/_2$ hónapig fel sem vette, tehát pénzre szüksége sem volt. Egyszer örül, hogy a börtönben van, mert itt alkotó erejével produkálni fog, másszor kedvetlenül — ugyanis nagyon csapongó a kedélyállapota — mondja, hogy csalódott, mert itt nem *Lombroso*-féle veleszületett gonosztevőket, hanem kenyérkeresetből, szükségből bűncselekedeteket elkövetett egyéneket talált. Jövője iránt megkérdezve, azt válaszolja, még nem tudja mit fog tenni, jelenleg nem is érdekli az, másszor meg azt válaszolja, külföldre megy és ott irodalmi működéséből fog megélni. A fogházban is folyton kellemetlenkedik, társait bosszantja, heczczeli, felebbvalói ellen bujtogatja, azt találja, hogy a fogház igazgatója nincs iránta kellő respectussal, nem látja be, mily kiváló egyén a foglya, egyik visitnél 2 napig magánál tartott húst mint élvezhetlen büdös tápanyagot mutat be, fogolytársait is folyton unszolja, hogy panaszkodjanak, álljanak pártjára, erősítsék meg az ő állításait, midőn ezen cselekedetéért az irodából, hol alkalmazták, kiteszik, azt mondja, nem ezt akarta ő tulajdonképpen elérni, nem azért tette 2 napra félre a húst, hogy az írástól megszabaduljon, hanem a „sötétbe“ akart jönni, mert ott több anyagot vélt találni tanulmány részére. A szép, jó, nemes nem érdekli, komoly dolog iránt érzéke nincs.

(Folytatása következik.)

Ischias-fájdalom gyógyult esete.*

Közli: ***Picker Rezső*** dr.

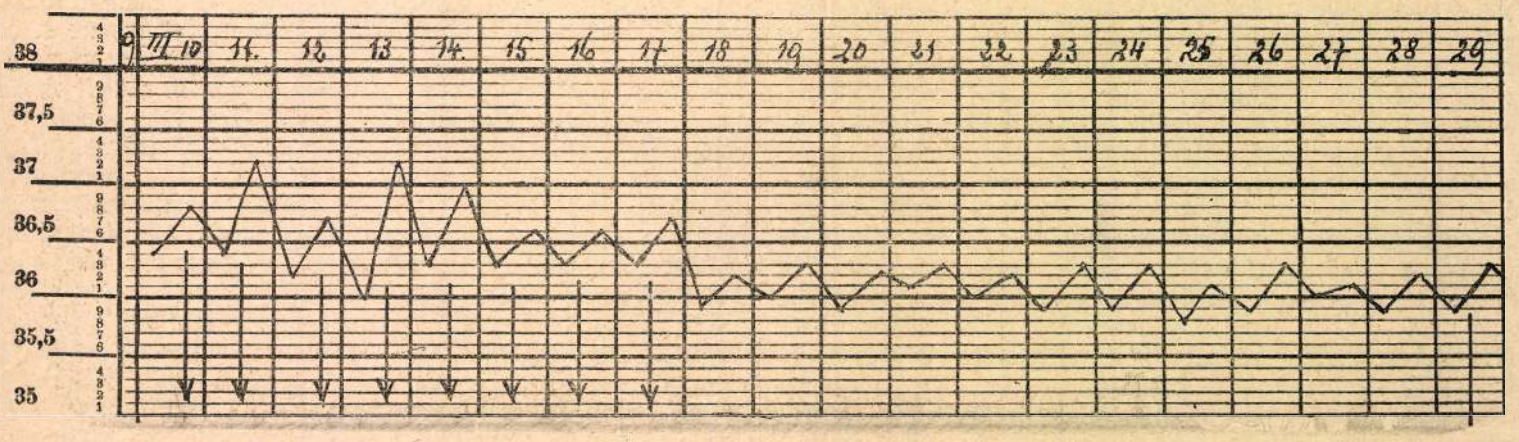
Dr. X. Y., 24 éves. I. fertőzését 6 évvel ezelőtt szerezte. 6 hét alatt gyógyult complicatiók nélkül. Jelenlegi II. fertőzését 1911 január 26.-án vette észre 3 napos lappangási idő után,

* A Budapesti kir. Orvosegyesületben 1911. évi május 6.-án tartott bemutatása nyomán.

az utolsóelőtti coitus mintegy két héttel előbb történt. A kezelés albargin alkalmazásában állott (0·1 : 300), kis fecskendő segítségével. A betegség *első* hetének végén igen gyakori vizelési ingere, a *vizelés végén igen erős tenesmusa* volt. Ugyanekkor a vizelet mindkét részlete erősen zavaros lett. A gyakori vizelési inger 7—8 napig állt még fent, de a tenesmus már az első két kalium hypermanganicummal végzett hólyagmosás után megszünt.

A beteg időközben elállt az albargin-kezeléstől s a megbetegedés 14-ik napjától kezdve másodnaponkénti öblítéseket kapott argentum nitricum 1‰-oldatával. Közben az említett hólyaghurut kellemetlensége mellett *egy délután folyamán gyakori székelési* inger bántotta.

Betegségének negyedik hetében, a nélkül, hogy a legcsekélyebb meghülése vagy más külső zavara is lett volna, észrevette, hogy bal lába nem birja jól az állást; czombizomzata spontán is, nyomásra is fájdalmas lett. A fájdalom ugyan az egész czombra kiterjedt, de főképp egy vonalon volt intensiv; a nervus ischiadicus lefutásának megfelelően. Leüléskor és felkeléskor fokozódtak e fájdalmak; járáskor és nap-



változatlanok. A therapia ma is kalium hypermanganicumos hólyagöblítés után erős massage.

Marczius 12. Arról számol be, hogy *nappal egyáltalán nincs már fájdalma*, éjjel is csökken az intensitásuk. K. h.-mosás és erős massage.

Márczius 13. Napközben jól van. *Ma hajnalban erős fájdalmakra ébredt*, melyek egy fél óra mulva megszűntek. Kezelés mint eddig.

Márczius 14. Nappali fájdalom minimalis, éjjel csak kis mértékben.

Márczius 15. Nappal absolute nincs fájdalma, éjjel is alig érez már valamit, közérzete ennek megfelelően javult. Massage és öblítés.

Márczius 16. Tartós javulás. Fájdalmai már éjjel sincsenek, állapotát jellemzően úgy írja körül, hogy „*érzi, hogy van lába*“. A bal ondóhólyag infiltratuma csökkenőben van. Igen erős massage. A tapintó ujj a végbélnyálkahártyát oedemásnak érzi.

Márczius 17. Nappal mit sem érez, éjjele teljesen zavartalan volt. Rectalis lelet változatlan. Vizelet I zavaros, II tiszta;

közben átlag enyhébbek voltak, mint este. Éjjel szerfelett kínzók voltak. Négy napon át esténként órai időközökben, továbbá reggel is 1—1 gr. natr. salicylicumot szedett; *a napi összesen 4 grammnyi mennyiség azonban teljesen hatástalannak bizonyult*, legfeljebb melegkezelés (hőlég- és gőzdouche) csillapította rövid időre a fájdalmakat.

Minthogy a jelzett gyógyeljárások teljesen hatástalannak bizonyultak, a figyelem a még fennálló gonorrhoeára és ennek az ideges fájásokkal való esetleges okozati összefüggésére terelődött. A beteg márczius hó 9.-én fordult hozzám.

A nyomásra könnyen nyerhető húgycsőváladékban, valamint a zavaros I. vizelet czafataiban bőven találtam leukocytát és gonococcust. A II. vizelet is megtört, genyet bőven tartalmaz. Rectalis vizsgálattal mindkétoldali spermatocystitist állapítok meg, a baloldali ondóhólyag s különösen a *csúcsa* erősen infiltrált, igen kemény, alapjához rögzített, a jobboldali is, de nem annyira. Erős *massagera a baloldali ondóhólyagból 2 csepp sűrű sárga geny ürül a húgycsőnyíláson.* Mikroskop alatt genysejtet és gonococcust bőven találok benne. Antiseptikus kezelést most nem alkalmazok.

Márczius 10. A húgycsőfolyás erősebb, a vizelet mindkét részlete zavarosabb, mint tegnap. Kal. hypermanganos öblítés után (1 : 3000) massage. A massage-váladék igen apró foszlányaiban ismét genyet és gonococcust találok. Czombfájdalmai megint főleg éjjel voltak, kisugárzásokat érzett a czomb elülső és hátsó felszínére.

Márczius 11. A hólyagöblítésre csökkent a folyás. Fájdalmai ma napközben már engednek, éjjel még megvannak, az első részlet foszlányaiban genyet és gonococcust találok. Igen erős massage.

Márczius 18 és 20. Teljesen zavartalan a közérzete, fájdalmai nincsenek. A massaget folytatom.

Márczius 24. Elmult bajára legfeljebb az emlékezteti még, hogy bal lába nehezebben bírja az állást, a járást, általában valamivel gyengébbnek mutatkozik, mint az egészségesen maradt jobb. Erős massagera 2 csepp zöldes tályoggeny sok gonococcussal.

Márczius 27. Folyás recidiva miatt. K. h.-mal való átöblítés, utána massage.

Márczius 30. Ismét minimalis fájdalmak az adductorok mentén, e miatt igen erős massage. Egy csepp retentiós váladék ürül, mely szabad szemmel is sárgás-genyesnek látszik. Mikroskop alatt leucocyták és bőven gonococcusok.

Április 2. Katonaszolgálatát megkezdte. Daczára a sok járásnak nincs fájdalma. Massagenál 2 csepp világos genyes váladék ürül, melyben bőven van gonococcus.

Április 4. Teljesen fájdalommentes. 48 óra óta kezelés nélkül van a beteg. Vizelet I zavaros, II. tiszta, erős massagera, jól átnyalábolva az infiltratumot, 2—3 csepp világoszöld genyes váladék ürül igen sok gonococcussal.

Április 8. Közérzet igen jó, fájdalma egyáltalában nincs, láztalan. 48 óra óta massage és kezelési szünet. Vizelet I és II zavaros. Erős massagera 3—4 csepp sűrű sárga geny ürül, az öblítővízben is sok a genyes rög. K. h.-mosás.

Április 9. Dél óta a bal here fájdalmas, rosszul érzi magát, temperatura délben 36·5. Vizelet I és II zavaros. Mas-

sagera sok geny ürül. A bal here pontosabb vizsgálatkor talán valamivel duzzadtabbnak látszik.

Április 10. Ugyancsak fájdalmakról panaszkodik a bal herében, a melyen tumor ma sem tapintható ki határozottan. Hőmérsék délben 36·5. Vizelet I és II zavaros, massagera ismét sok genyes váladék.

Április 20. Aránylag gyenge lázas mozgalom mellett, mely csak egy ízben — egy pollutio után — csapott ki erősebben (39-ig), zajlott le egy baloldali epididymitis. De sem ez alatt, sem utána az eleinte panaszolt, a nervus ischiadicus mentén lokalizált fájdalom nem jelentkezett. A gonorrhoea és a baloldali spermatocytitis még fennáll, bár a per rectum tapintható izzadmány erősen csökkent.

Május 1. A tiszta I vizelet foszlányaiban még gonococcus bőven találtatik, a massage után ürített II. rész foszlányaiban csak keresés után.

Az esetet bemutatásra érdemesnek tartottam, mert

1. a fájdalmak, melyek minden más eljárással daczoltak, az ondóhólyagokban retineált geny ürítésével (a per rectum alkalmazott digitalis massage segítségével) egyidejűleg engedtek, majd eltűntek.

2. A lázmenet mutatja, hogy a láztalan állapot 36·0 és 36·5 között mozog, míg eleinte 37·7 és 37·8 maximalis subfebrilis temperaturák voltak (lásd a láztáblát).

3. A kezelés ötödik napján a 37·7-es hőemelkedéssel együtt beálló fájdalom-exacerbatio diagnosisom helyességét igazolta. Ezen fájdalom-exacerbatio mindenben aequivalense azon izületi és lázas recidiváknak, a melyeket a „sepsis idült gonorrhoeával stb.“[2] alatt bővebben leírtam.

4. Az ischias-fájdalom sok idült rheumás bántalom és úgynevezett kryptogenetikus sepsis anamnesisében fontos szerepet játszik. Nem egy esetben bírtam ezen anamnestikus adat és egy néha 10, 15, 20 év előtti gonorrhoeás fertőzés alapján az eddig mindenféle gyógyszeres és diaetás eljárásnak ellentállt[3] csúzos izületi bántalom kútforrását a hátulsó húgycső idülten hurutos függelékeinek postgonorrhoeás lobos szöveti elváltozásaiban és az ezekben fészkelő másodlagos bacteriumos fertőzésben megtalálni. Ezen diagnosissal van azután csak megadva a causalis therapia alapja, melynek eredményességét ezen eset is mutatja.

5. A fájás létrejöttét én a retroperitonealisan, az excavatio sacralisban fekvő, az ondóhólyag nyirokutaihoz csatlakozó mirigyek megduzzadásából és az ezek által a nagy ideggyökökre gyakorolt nyomásból gondolom magyarázhatni.

P. S. 1911 junius 8. A rheumás fájás mindeddig, 3 hónappal miután a massage-kezelésnek befolyása alatt elmúlott volt, újból nem mutatkozott. A gonorrhoea meggyógyult.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hornyánszky Gyula: A görög felvilágosodás tudománya. Hippokrates. A Magyar Tudományos Akadémia kiadása. Budapest, 1910. LVI és 505 l.

Terjedelmes munka az orvostörténet köréből. Ugyan czéljára, szempontjaira, egész jellegére nézve kulturtörténetet kiván nyujtani; de a görögségnek ama fényes korszakából, a mely a Kr. előtti 5. századra esik s melyet itt a *felvilágosodás* korának nevezünk, főleg az orvostudományt és orvosi gyakorlatot érdeklő tüneményeket vizsgálja.

A szerzőt nyilvánvalóan két körülmény ösztönözte feladatára. Mindenekelőtt az, hogy az írott hagyománynak nagy tömege, az úgynevezett hippokratesi könyvek állottak, mint a történeti megismerésnek forrásai, rendelkezésére; és azután az a megfigyelés, hogy munkájának tárgyát — legalább a mi a kulturtörténet nagy összefüggéseit illeti — a kevésbé tárgyaltak és feldolgozottak közé kell sorolnunk.

A bevezető részekből általánosabb érdekre tarthat igényt, a mit a szerző a *vallás és orvostudomány összefüggéséről* állapít meg. Kellett olyan időnek lenni, a midőn az illető tudásnak bizonyos részei a vallással szorosabb kapcsolatban voltak; e nélkül az *Asklepiadai*-nak, Asklepios fictiv leszármazottjainak szerepe a görög orvostudomány történetében egészen érthetetlen maradna. De a híres *epidaurosi kövek* és az itt elmondott csodás gyógyítások olyan korszakra utalnak, midőn az észszerű gyógykezelés már régóta elvált a vallásnak gyógyító praxisától s így az előbbinek ama fejlettebb formáját, melyet az 5. századtól kezdve ismerünk, nem is hozhatjuk semmiképp sem okozati összefüggésbe az Asklepieionok incubatiós gyakorlatával (templomban végzett alvásaival). Elméleti, tudományos formát kétségkívül az ión természetphilosophia hatása alatt nyert a medicina; *Alkmaion*-nak és *Empedokles*-nek idevágó nézetei a legjobb bevezetésül szolgálnak az 5. századbeli orvostudomány megértéséhez, a mely tudománynak legelső, részünkről közelebb ismert képviselője: a *knidosi Euryphon*.

Euryphon ifjabb kortársának, *Hippokrates*-nek személyéről és életéről vajmi keveset tudunk (ezt a keveset a kritikai selejtezés útján állapítja meg szerzőnk az anekdoták nagy halmazából); de az ő nevén maradt reánk az a hatalmas irodalmi hagyaték, melyet a *Corpus Hippocraticum* foglal magában. *Hornyánszky* nem a philologus részletkutatásával nyúl ehhez a gyüjteményhez: általános genesisét iparkodik felderíteni, vagyis azokat a motivumokat, szükségleteket, a melyek az orvosi irodalomnak tartalomban és formában elkülönülő osztályaihoz vezettek. Mert a Corpusban kórtörténeti feljegyzések és a prognostikának vagy diagnostikának aphorisma-gyüjteményei váltakoznak szóbeli előadást támogató paedagogiai iratokkal (olykor kivonatokkal) és rendszeresen kidolgozott kézikönyvekkel, monographiákkal. Végül a népszerűsítésnek eszközeivel is találkozunk itt: írásba foglalt felolvasásokkal, melyeket a sophistaságért rajongó nagyközönség előtt tartott meg egy-egy ékesen szóló orvos.

A Corpusnak egész kulturtörténeti feldolgozása *Hornyánszky* könyvének tulajdonképpeni czélja. De hogy e czélt megfelelően érhesse el, előzetesen képet rajzol a Kr. előtti 5. századnak *görög orvosáról*.

Talán a könyvnek ez a része érdekelheti leginkább a modern orvostudomány képviselőit. Mert meghallják itt, hogy a görög államokban ősi intézményként hatósági orvos is működött, a megválasztás, felelősség, ingyenes gyógyítás feltételei mellett; megfigyelhetik a görög orvost munkája közben, midőn a patiens az orvos jól felszerelt „műhelyét“ (az ἐργαστήριον-t) keresi fel; tudomást szerezhetnek ókori collegáik társadalmi helyzetéről s ama szellemi befolyásról, melyet környezetükre s ennek legkiválóbb egyéneire is gyakoroltak.

A hippokratesi iratok rendszeres feldolgozásában *Hornyánszky* mindenekelőtt az ott kifejezésre jutó *ethikáról* szól. Természeténél fogva ez a kérdés is közel áll a modern élet érdeklődéséhez. Még manapság is örömmel veszünk tudomást arról, hogy az úgynevezett „kosi eskü“ mily pompás szabályokba fogja össze az orvos kötelességét (többek közt megtiltja a mérgek és magzatot elhajtó szerek kiszolgáltatását) és hogy ezenkívül a többnyire kisterjedelmű „illemtani“ (deontologiai) könyvecskék mily fenkölt gondolkozásnak adnak kifejezést, akár a kezelés módjáról és az orvos általános magatartásáról, akár a honoráriumról vagy más egyéb kérdésekről. Inkább bölcsészeti érdekű, a mit a szerző folytatólag a hippokratesi gyüjtemény *ismerettanáról* és *logikájáról*, a philosophiához való viszonyáról és ama *milieu-elméletről* mond, a mely a Corpus egyik iratában (περὶ αέρων ὑδάτων τόπων) oly részletességgel van kifejtve, hogy ennél többet s különbet a legújabb elmélkedők sem igen adtak elő az ember és környezetének egymáshoz való viszonyáról.

Ismét szorosabban az orvostörténet körébe tartozó, a

[2] *Picker R.:* Tanulmány a húgyszervi fertőzések kórtanához II. fejezet. Orvosi Hetilap 1910. évi 43. sz. Lásd az ottan közölt láztáblákat.

[3] *Picker R.:* Kryptogenetikus sepsis gyógyult esete. Orvosegyleti bemutatás 1910 okt. 22. Orvosi Hetilap 1910. évi 45. sz.

mit *Hornyánszky* a gyüjtemény *orvostudományáról* fejt ki. Az általános nézeteken és elveken kezdi, melyek közül főleg az individualizálás szempontja jellemző Hippokratesre és korára. Az anatomiáról szóló részben meghalljuk amaz okokat, a melyek útjában állottak az emberi hulla rendszeres bonczolásának, de viszont kivételes kórboncztani esetekről is szerzünk tudomást.

A physiologiát és pathologiát együtt tárgyalja a szerző főleg a híres „hippokratesi“ nedvelmélettel kapcsolatban s a temperamentumoknak később kialakuló tanára tekintettel. A therapia részében meg sorra kerülnek a sebészetnek, a nő- és belorvostannak, a „természetes“ gyógyitási módnak ama eljárásai, melyek már az 5. század orvosa előtt is ismeretesek voltak.

Hornyánszky könyvét (melyhez nagy számban csatolt forrástanulmányokról tanuskodó jegyzeteket s melyet egy tárgy- és névmutatóval is ellátott) ama fejlődés rövid vázlatával rekeszti be, melyen a hippokratismus századokon keresztül az újabb időkig keresztülment. Ha itt a szerzőnek nem is volt módjában, hogy a gondolatok változását részletesen feltüntesse, a fejlődés kimagasló pontjaira mégis világosan rámutat. *Galenos*, a salernoi latin fordítások és a humanismus korszaka jelölik meg a legfontosabb statiókat a hippokratismusnak dicsőséges pályafutásában.

Kevés themának van akkora irodalma, mint Hippokratesnek, illetve a Corpus Hippocraticumnak. Évről-évre egészíti ki a megjelent munkák sorát egy-egy újabb adat, egy-egy más nézőpontból való beállítása az anyagnak.

Bármilyen nehéz volt e téren újat mondani, *Hornyánszky* munkája egy sereg új kérdést vet föl s egy sereg új kérdésre mond exact feleletet. „Exact“-ot? Igen. Mert a történelmi és a philologiai kutatás is kölcsön vette már a természettudomány methodikáját: az inductiót, és szabatos feleleteket tud adni oly téren is, a melyen azelőtt csak a legendák tudtak megtenyészni.

Hornyánszky Gyula munkája elsőrangú alkotás. Rajta kell lennünk, hogy útját egyengessük kifelé, legalább is Németország felé. A kilátások máris kedvezőek. *Győry.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Az angina pectorisnak gyomorból eredése *Verdon* szerint elég gyakori. Több esetben a gyomorgázoknak bárzsingcső segélyével kibocsátásával sikerült a kezdődő rohamot megszüntetnie. Az ilyen eseteket a gáz nyomása által okozott vagus-izgalomra vezeti vissza a szerző. A koszorúerek sclerosisa szerinte az eseteknek csak csekély számában játszik szerepet, a mely állítását azzal támogatja, hogy a koszorúerek sclerosisa az öregkorban erősen fokozódik, de azért az angina pectoris esetek száma az öregkorban inkább fogy. (Brit. med. journal, 1911 márcz. 18.)

Diabetes mellitus ellen főleg Franciaországban kiterjedten használják a *Séjournet*-féle pilulákat, a melyek hatóanyag gyanánt santonint tartalmaznak s a melyekkel a glykosuria állítólag megszüntethető, a nélkül, hogy a kellő diaetára nagy súlyt kellene vetni. A berlin Virchow-kórház I. belosztályán tett kisérletek szerint azonban, a melyeket *Walterhöfer* közöl, a santonin nem tekinthető a diabetes gyógyszerének. Egyik-másik esetben csökkenti ugyan a glykosuriát, ez a hatása azonban nagyon múló; az aceteczetsav megjelenését sem tudja a santonin megakadályozni. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911. 10. szám.)

Sebészet.

A gyomorfekély sebészi kezelése tárgyában *Payr* tanár a következő 4 kérdést állítja fel: 1. Egyáltalán mikor szorul a gyomorfekély sebészi kezelésre. 2. Mely beavatkozások jöhetnek itt szóba. 3. Milyen vonatkozásban vannak a választandó műtétek a specialis esetben előforduló fekélyek alakjával (tekintettel a topographiára, a kórbonczolástani sajátságokra, a klinikai befolyásra). 4. Milyen közvetlen és végleges eredmények érhetők el a sebészi ulcustherapiában.

Ad 1. Az egyszerű, klinice ulcus simplexnek nevezett gyomorfekély rendszerint egyáltalán nem szorul sebészi kezelésre. A sebészi beavatkozás szóba jön *a*) oly esetekben, a melyekben szövődmények mutatkoznak; *b*) oly esetekben, melyek a szakszerű, kellő időn át folytatott belső kezelésnek ellentállnak, annak ellenére makacsul kiújulnak. A műtétre szoruló szövődmények ezek: áttörés a szabad hasüregbe, eltokolt intraperitonealis tályogok képződése vagy áttörése szomszédos üreges szervekbe vagy serosus üregekbe; ismétlődő vérzés (az életet veszélyeztető profus vérzéseknél, melyek az ulcusban szenvedő betegek 4—5%-ának halálát okozzák, individualizálni kell az operateurnek), a pylorus vagy a gyomortest stenosisa (homokóragyomor); ulcus-tumor képződése; a szomszédos szervekre átterjedő ulcus callosum; kiterjedt perigastritis, a melynél a gyomor fájdalmas összenövések által rögzítve van; a mikor rákos elfajulásnak gyanuja áll fenn.

Ad 2. Tekintetbe jönnek *a*) conservativ, a gyomortartalom kiürítésére és chemismusára irányuló, *b)* gyökeres, a fekély eltávolítását czélzó beavatkozások. Az előbbiek főképviselője a gastroenterostomia. A gastroanastomosis a homokóragyomor két zsákja között új tág közlekedést létesít. Másodsorban a gastroduodenostomia, a melyről, valamint az unilateralis pyloruskirekesztésről az esetek csekély száma miatt még nem nyilatkozhatik. Mindkettő rendkívül értékes műtéti eljárás. (A pyloro- és gastroplastika manapság csak kivételesen alkalmaztatik.) A jejunostomiával elkerülhető a gyomornak mechanikai érintkezése a táplálékkal, a gastrostomia a nyomás alól mentesíti a gyomrot és lehetővé teszi a helybeli kezelést. A gyomor és környezete közötti adhaesiók egyszerű leválasztása florid ulcus esetén teljesen eredménytelen, gyógyult fekély esetén bizonytalan a hatása. *b*) A gyökeres beavatkozások ezek: 1. a fekély kimetszése, 2. a fekélyes gyomorrészlet resectiója. Megkülönbözteti a classikus pylorusresectiót a pylorust nem érintő haránt resectiótól, mely circularisan kisebb-nagyobb gyomorrészletet távolít el. (A gastrotomia a fekély megtekintésére, direct vérzéscsillapításra szolgál, ide tartozik a vérerek körülöltése is a fekély szomszédságában.)

A fekély sülyesztése a gyomorfal egy redőjébe, átvarrása, a csepleszplastika áttöréskor szóba jövő beavatkozások.

Ad 3. A gastroenterostomia fényes eredményt ad heges pylorusszűkület, esetleg homokóragyomor esetén, a cardialis részén végezve. Kevésbé kielégítők az eredmények a pyloruson vagy ennek közvetlen közelében lévő ulcus eseteiben. Minél nagyobb a pylorusban lévő akadály, annál hathatósabb a gyomor-bélanastomosis, melynek következtében tömött kérgesedések és ulcus-tumorok is visszafejlődhetnek. De nem védi meg a beteget sem a vérzéstől, sem az áttöréstől, sem a fekélyek ujdonképződésétől vagy rákos elfajulásától. A nyílás tapasztalat szerint nagyon gyakran szűkül. Az excisio mindenekelőtt az áttört fekély ellátása szempontjából jön tekintetbe, továbbá idősült fekélyek esetén, ha az eltávolításuk könnyen végezhető és ha a varrat a gyomor deformatiója nélkül vihető keresztül. Pylorospasmus, pangás; hyperaciditas esetén az excisio gastroenterostomiával egyesitendő. A resectio az idősült callus- és tumor-fekélyeknek legjobb kezelési módja. Pylorogastrectomiánál rendszerint a II. Billroth-eljárás jön tekintetbe. A harántresectiónál arra kell törekedni, hogy a két gyomorcsonk lehetőleg axialisan egyesíttessék varrat útján. Ezen eljárással a megtartott pylorus motorius functiói és chemiai reflexei kimutathatólag nem szenvednek kárt. A spasmus és a pangás rendszerint tartósan és biztosan megszűnik. A pylorus kirekesztése a resectio technikai kivihetetlensége, multiplex fekélyek és esetleg gastroenterostomia utáni ulcusrecidivák eseteiben ajánlatos; nagyon jó szolgálatokat tesz. A jejunostomia életveszélyes vérzés, esetleg áttörés, inanitio esetén jöhet szóba.

Ad. 4. A gastroenterostomia az összes kulturállamok statisztikái szerint 3—6% közvetlen mortalitást mutat és

50—60% kielégítő eredményt. Az ulcus pepticum resectiója (az utóbbi 15 év tekintetbe vételével) 10—12% közvetlen mortalitást mutat. A szerző 40 ulcus (excisio, legnagyobbrészt resectio) esete közül 3 végződött halállal. A gyökeres operativ kezelési módszerek tartós eredményeiről ez idő szerint nem tud végleges ítéletet mondani, úgy látszik azonban, hogy a fekélyes gyomorrészlet kiadós resectiója idősült callosus fekély esetén minden más sebészi eljárást felülmúl. A resectio legfőbb jelentősége, hogy a gyomorráknak mintegy korai operatiója gyanánt tekinthető. (Medizinische Klinik 1911. 16. szám.)

Ifj. *Háhn Dezső* dr.

Elmekórtan.

A paralysis progressiva gyógyításának kilátásáról értekezik *Fischer A.* Régen ismert tapasztalat, hogy sepsises megbetegedések a paralysis remissióját segíthetik elő. (Újabban mesterséges úton igyekeznek sepsises lázat előidézni, hogy ily módon a paralysis gyógyulását, illetve remissióját érjék el. Ezt két módon vélik elérni. *Wagner* (Bécs) tuberculin-oltásokkal, *Donáth* tanár és *Fischer* (Prága) nucleinsavas natrium befecskendezésével. Az előbbi kisérletekről *Pilcz* előadása nyomán az Orvosi Hetilap egyik legutóbbi (18.) száma, az utóbbival elért ereményekről *Donáth* tanár több közleménye és nemrég *Fischer* számolt be.

Fischer első kisérleteit 1907-ben végezte, a mikor 22 paralytikust oltott be, a kik közül 2 rövid ideig tartó, 2 pedig $^3/_4$, illetve 2 évig tartó remissiót mutatott, de később ismét visszaestek.

A nucleinnel oltott paralytikus élettartama hosszabb (átlag 15 hónap) volt, mint a nem oltottaké (7 hónap.) Újabban *Fischer* ismét 10 beteget oltott nucleinsavas natriummal és közülök 5 remittált, 3 annyira, hogy ismét munkába állhatott. De a többi 5 beteg állapota is javult némileg. A 10 kontroll-eset közül csak 1 remittált, annak is előzetesen hosszabb sepsises megbetegedése volt. Minthogy a kezelés teljesen veszélytelen, a paralytikusok reménytelen gyógyításában mégis haladásnak tekinthető. *Fischer* az oltásokat oly módon végzi, hogy 10%-os vizes oldatból 3—5 naponként emelkedőleg $^1/_2$—3 gr. nucleinsavas natriumot olt. (Zeitschrift für d. g. Neurol. u. Psych., IV. kötet, 482. l.)

Goldberger Márk dr.

Az indukált elmebajokról értekezik *Leibowitz* és kimutatja, hogy valamely psychopathiás tünetcsoport (és nem pedig klinikai kórforma) csak akkor származhatik át más személyre, ha arra a kellő feltételek megvannak és pedig veleszületett, vagy szerzett praedispositio és kedvező körülmények (szoros együttélés, lelki harmonia, külvilággal szemben elzárkózottság stb.). A praedispositiót az először megbetegedett (indukáló) személy is megteremtheti azáltal, hogy a téves eszméi folytonos hangoztatásával, tárgyalásával a másodszor megbetegedett (indukált) személyben neurastheniához hasonló kimerüléses állapotot hív elő, úgy hogy az a külső ingerekkel szemben túlságosan fogékony lesz és az associatio-műveletek kóros kifáradásához vezet. Ily módon előkészített talajon fejlődik ki azután véglegesen az indukált elmebaj. Az indukált elmebajok prognosisa függ az indukált személy intelligentiájának, helyesebben mondva gyengeelméjűségének fokától és hogy elég korán különítették-e el az indukálótól. Minthogy az indukáló beteg rendesen üldöztetési, befolyásoltatási tébolyodottságban szenved, azért e téves eszmék indukálása a leggyakoribb. Ha az indukáló betegség dementia paranoides, akkor e kórképet jellegző manirozást, stereotypiákat stb. kedvező körülmények mellett, esetleg hysteriás dispositio esetén, időlegesen utánozhatja az indukált beteg, de ekkor sem hosszabb ideig. Lehetséges azonban, hogy erős praedispositiós körülmények folytán paranoia chronica fejlődik ki. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XLVII. kötet, 1163. l.) *Goldberger Márk* dr.

Gyermekorvostan.

A veleszületett bujakórosok szemfenéki leletéről ír *A. Japha* (Berlin). Hirschbergnek 1895-ben megjelent „Ideghártyagyuladás veleszületett bújakórosokon“ című munkája késztette a szerzőt arra, hogy szemfenéki vizsgálatot végezzen olyan csecsemőkön, a kiken a spasmophil diathesis kórképéhez nem sorozható és egyébként sem magyarázható eklampsiás görcsöket észleltek. Ezen vizsgálatok azt mutatták, hogy sok esetben a szemfenéki lelet volt a veleszületett bujakórnak egyetlen klinikai tünete s így az egyébként homályos eredetű eklampsia magyarázatot nyert.

Ezen vizsgálatokkal kapcsolatban a szerző manifest bujakóros tüneteket mutató csecsemők szemfenekét is vizsgáltatta s azt találta, hogy sokkal gyakrabban található szemfenéki elváltozás, mint a hogyan eddig felvették.

Leggyakrabban észlelt szemfenéki elváltozás a neuritis optica; súlyosabb elváltozások, mint üvegtest-homályok, kötőszövetes proliferatio, retinaleválás, látóideg-sorvadás ritkábban észleltettek. A megbetegedések többnyire, bár nem mindig, kétoldaliak voltak. Ezen szemfenéki elváltozások prognosisa meglehetősen kedvező, különösen, ha kellő időben kerülnek a betegek kezelés alá. A kezelés alatt megismételt tükörvizsgálat a legtöbb esetben igen gyors javulást mutatott.

Tekintettel arra, hogy a veleszületett bujakorban szenvedő betegeken szemfenéki elváltozást több mint 60%-ban találtak, a *Wassermann*-féle reactio mellett a szemfenéki vizsgálat értékes, sokszor egyetlen eszköze lehet a veleszületett bujakór kórjelzésének. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1911. 12. szám). *Sidlauer Ödön* dr.

Húgyszervi betegségek.

Az ureterkövek sebészi kezeléséről ír *Fabricante*. Izoláltan az ureterkövek aránylag elég ritkán találhatók. Vesekólika esetében ne elégedjünk meg a két vese pontos átvizsgálásával, hanem mindenkor az uretereket is egész lefutásukban szorgosan végig kell kutatni. E czélra a legalkalmasabb s legmegbízhatóbb diagnosisos eljárás a radiographia, melyet minden esetben feltétlenül végezni kell, mert ez az ureterkatheterismus irányítására van hivatva. A vesemedenczéből az ureterbe csúszott kövek rendesen a következő 3 pontok valamelyikén szoktak megakadni, a hol ugyanis az ureter lumene már rendes viszonyok között is szűkebb szokott lenni és pedig 1. 1—3 cm.-nyire a vesemedencze alatt, mely pontot ureternyaknak szoktunk nevezni; 2. azon a ponton, a hol az ureter a linea innominatával kereszteződik s 3. ott, a hol az ureter a húgyhólyagba szájadzik, és pedig akár a hólyag külső, akár belső felületén. Kétségtelen azonban, hogy ezen említett, különösen kedvező pontokon kívül a kövek az ureter bármelyik részében is megakadhatnak. A mennyiben műtét válik szükségessé, a kő eltávolítására a legalkalmasabb az extraperitonealis út; az eddig ajánlott összes metszések közül pedig az ureter egész lefutásában a legjobban megközelíthető, illetőleg a legszélesebb utat biztosítja azon haránt-metszés, mely a crista iliaca körül s a Poupart-szalaggal párhuzamosan halad. (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1911. 3. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A fiatalkori heveny vesegyuladás prognosisához szolgáltat adatokat *Ernberg*. 1—30 éves korában heveny nephritisben szenvedett nagyobb számú egyént vizsgált meg 16—23 évvel a nephritis lezajlása után és rendszerint egészségesnek találta a veséjüket. Abban a néhány esetben, a melyben nephritis tüneteit találta, kiderült, hogy az illetők az első megbetegedéstől függetlenül szerezték később a nephritist, avagy már kezdettől idősült nephritis volt a bajuk. A vérkeringés szervein sem talált elváltozásokat, a melyek a régebben lefolyt heveny nephritisre voltak volna visszavezethetők. *Orthostatikai* albuminuria esetével sem találkozott a

heveny nephritistől kigyógyultak között. Tapasztalatai alapján tehát oda nyilatkozik, hogy a fiatalkori heveny nephritis, ha gyógyulással végződik, a további életre nem jár káros következményekkel. (Nord. Med. Arkiv, 1911.)

Idősült székrekedés és paralysises ileus eseteiben hormonallal tett tapasztalatait ismerteti *Kauert*. Idősült székrekedés 9 esete közül 5-ben volt hatásos a hormonal, de csak 2-ben volt tartós ez a hatás. Paralysises ileus 7 esete közül 6-ban volt tartós jó eredmény elérhető. A hatás rendszerint 2—26 óra mulva áll be; czélszerű a hormonal intraglutealis vagy intravenás befecskendezése után 1—2 órával egy evőkanál ricinus-olajat vagy senna-forrázatot beadni, esetleg senna-klysmát alkalmazni. A néha jelentkező mérsékelt hőemelkedésen és intraglutealis befecskendezés után a beszúrás helyén beálló némi fájdalmasságon kívül más kellemetlen mellékhatást nem észlelt. A rendes adag 10—15 cm^3, a mely intravenás injectio esetén 1 liter physiologiai konyhasó-oldattal viendő be. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 17. szám)

A fibrolysinről közölt tanulmányában *F. Mendel* (Essen) a szernek a hegszövetre gyakorolt specifikus hatását kétségtelennek tartja. A továbbiakban összeállítja az irodalomból azokat a nem nagyszámú megfigyeléseket, a melyek a fibrolysin kellemetlen melléktüneteire (elég tetemes láz, általános levertség, exanthema) vonatkoznak. Azután megemlíti, hogy újabban a salvarsan-therapiával kapcsolatosan is kezdik használni a fibrolysint, a mennyiben megakadályozza a beszűrődések képződését és a syphilises szövetet a salvarsan által jobban befolyásolhatóvá teszi. Végül szóvá teszi a fibrolysinnek suppositorium alakjában használatát; a suppositoriumok 0·3 gramm fibrolysintartalommal készen kaphatók. (Therapie der Gegenwart, 1911. 4. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911 junius 25.-én, 26. sz *Décsy Imre*: A psychotherapia programmja. *Grósz Emil*: A glaucomáról.

Orvosok lapja, 1911 junius 29-én, 26. sz. *Manninger Vilmos*: A szervezet vegetativ functióinak helyreállítása.

Budapesti orvosi ujság, 1911 junius 29-én, 26. sz. *Pozsgay István* és *Korányi Barna*: Salvarsan-esetek.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Szokolóczy János* dr.-t Trencsénben tb. járásorvossá, *Herczegh József* dr.-t Kiskunfélegyházán járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Lengyel Ignácz* dr.-t Giládon és *Wickert Henrik* dr.-t Verbászon községi orvossá választották.

Meghalt. *Ács Károly* dr. községi orvos Herczegfalván, junius 25.-én 58 esztendős korában. — *Bodnár Mihály* dr. futaki körorvos, junius 19.-én, 70 éves korában. — *Sir R. Bryce*, a kórbonczolástan tanára a liverpooli egyetemen, junius 24.-én, 48. évében. — *H. Stilling*, a kórbonczolástan tanára a lausanne-i egyetemen, junius 12.-én, 58 éves korában. — *A. Guinard* dr., a párisi Hôtel-Dieu-kórház főorvosa, 55 éves korában. A jeles sebészt egy megtébolyodott betege ölte meg.

Kopits Jenő dr. egyetemi magántanár orthopaediai intézetét VII., Nyár-utcza 22. sz. alá helyezte át.

Személyi hirek külföldről. *Fr. Moritz* dr., a strassburgi belorvostani klinika igazgatója, állását a kölni orvosi akadémián való tanársággal cserélte fel. — A bécsi gyermekorvostani rendes tanszékre *Cl. v. Pirquet* tanárt nevezték ki Boroszlóból. — *Fr. Hartmann* dr.-t, az ideg- és elmekórtan rendkívüli tanárát Gráczban, rendes tanárrá léptették elő. *Fr. Krysztalovicz* dr., a bőrkórtan magántanára Krakóban, rendkívüli tanár lett. — *O. Völcker* dr.-t, a prágai cseh egyetemen az anatomia magántanárát, rendkívüli tanárrá nevezték ki. Ugyanott prof. extraordinarius-czímet nyertek a következő magántanárok: *J. Jesensky* (fogászat), *F. Samberger* (bőrkórtan), *J. Cisler* (oto-rhino-laryngologia). — A philadelphiai Pennsylvania-egyetemen *A. Stengel* dr.-t a belorvostan rendes tanárává nevezték ki. — *A. Lustig* tanárt (általános kórtan) és *G. Fano* tanárt (élettan) Florenzben főrendiházi taggá (senatore del stato) nevezték ki.

Hirek külföldről. *Ehrlich* tanár belső titkos tanácsos lett excellentiás czímmel. — *Miethermeyerné*, egy kereskedő özvegye, Bécsben egy millió koronát hagyományozott a rákellenes egyesületnek; ebből 100 ágyra tervezett rákkórházat fognak építeni. Ugyanaz egy félmilliót hagyott egy skarlát-kórház czéljaira. — *Sir Felix Semon* a visszavonulása alkalmával neki átnyujtott körülbelül 25.000 koronás alapítványt az egyetemnek adta egy gégeorvostani tanszék felállítására. — Az osztrák államvasutak vezetősége intézkedett, hogy a Podvolocsiszka és Karlsbad között közlekedő gyorsvonaton állandóan legyen több orvos, a ki lengyelül és francziául tud.

Helyreigazítás. A mult számunkban „Egyetemi alkalmazások" czímen közölt névsorban a II. számú sebészeti klinika személyzetváltozása következőképp helyesbítendő: Fonyó János, Ollé Imre, Báron Sándor, Roska János dr. díjas gyakornokok, Almer Sándor, Bársony Tivadar, Bereczky Zoltán, Erdélyi Sándor, Gluzek Ferencz, Honéczy Gyula, Jancsó Benedek, Mészáros József, Róth Pál, Tyovics Náda, Weinberger Ármin, Weisz Miklós és Simon Gyula dr.-ok díjtalan műtőnövendékek. Melha Armand, Koronka Gábor és Nemes Sándor dr.-ok neve tévedésből került az alkalmazottak névsorába.

Corvisart és Napoleon. Kevés orvosnak volt a világtörténetre olyan irányító befolyása, mint *Corvisart*-nak, I. Napoleon, híres orvosának. Marie Louise szülése nagy nehézséggel járt s *Corvisart*, a ki a szülésnél segédkezett, figyelmeztette Napoleont, hogy egy második szülés a császárné életébe kerülhet. Napoleon megfogadta a tanácsot; a mint ismeretes, a római császár volt egyedüli gyermeke. Pedig *Corvisart* tévedett; Marie Louise, a ki Napoleon halála után 1822-ben férjhez ment Neipperg grófhoz, még több gyermeknek adott baj nélkül életet. Ki tudja, milyen irányt vesz Franciaország története, ha Napoleonnak a fiatal korban elhunyt reichstadti herczegen kivül még több gyermeke marad.

Lapunk mai számához a „*Le Ferment*"-társaság **Lactobacilline ablettái** czímű prospectusa van mellékelve.

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

Dr. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1-.éig **Franzensbad** („Prinz Wales").

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd, VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA. VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112—95.

Gyermeksanatorium PORTORÉ
(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. **Egész éven át nyitva. Felnőtteknek külön osztály.** Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr. Prospektus.

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. Röntgen- és villamos orvosi műszerek gyára.
Budapest, Rákóczi-út 19.

Orvosi laboratorium: **Dr. MÁTRAI GÁBOR** v. egy. tanársegéd. **Telefon 26—96.** VI., Ó-utcza 39.

Iglófüred Elsőrangú vizgyógyintézet, gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diaetetikus konyha stb. — Jutányos árak. — Fürdőorvos: **Dr. Groó Béla.**

Dr. Widder Bertalan operateur testegyenesítő (orthopädia) intézete csont- és izületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 10. Magyar-utcza sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

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

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

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

BAD HALL ⊡ OBERÖSTERREICH
Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK
fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VII. rendes tudományos ülés 1911 márczius 11.-én.) 489. l. – A Magyar Sebésztársaság IV. nagygyűlése. 492. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1911 márczius 11.-én.)

Elnök: **Szontagh Félix.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

A Momburg-féle csővel való vérzéscsillapítás a szülészetben.

Frigyesi József: A leszorítást hüvelykujjnyi vastag, erősfalú gummicsővel végezzük, melyet a szülőnő dereka körül a bordaív és a csípőtaraj között helyezünk el és rugalmasságának teljes kihasználásával, erősen meghúzva vezetünk körül kétszer-háromszor. A leszorítás előtt a szülőnő medenczéjét fel kell emelni, hogy a belek a szorítócső elől a diaphragma felé térhessenek ki. Nagyobb fokú anaemia esetében, hogy a felső testfél számára elegendő vérmennyiség jusson, czélszerű a leszorítás előtt az alsó végtagokat is felemelni, vagy ha idő van reá, az alsó végtagokat alulról felfelé bepólyázni. A csővel való összeszorítás addig fokozandó, míg a vérzés meg nem szűnik. A vérzés csillapítása, vagy sérüléseknél annak végleges ellátása után a cső levétele lassan, fokozatosan történik; nagyobbfokú vérszegénység eseteiben az alsó végtagok még a *Momburg*-cső eltávolítása után is bepólyázva maradnak és csak az állapot javulása, a vérnyomás emelkedése után fokozatosan távolíttatnak el. Az eljárás rendkívül egyszerű és az általános gyakorlatban is alkalmazható. Szívbetegek a *Momburg*-féle leszorítással járó vérnyomás-ingadozásokat rosszul tűrik, *azért az eljárás alkalmazása szívbetegeken kerülendő.*

Nagyfokú vérszegénység eseteiben az előbb vázolt óvintézkedések szigorúan betartandók. Egyébként az eljárás teljesen veszélytelen és megbízható.

1. *Atoniás* vérzéseket (6 eset) véglegesen megszüntet, mert a leszorítás által okozott vértelenség vagy a cső oldásával járó vértódulás méhösszehúzódásokat vált ki.

2. *A lepényi időszak vérzéseinél* (10 eset) bizonyos esetekben méhösszehúzódások útján a lepény spontán távozását idézi elő, máskor időt nyerünk általa, hogy a szükségessé vált lepényleválasztáshoz jól előkészített asepsissel foghassunk. Végül a leválasztással járó vérveszteséget is a minimumra csökkenti.

3. *Placenta praeviás szülés* (4 eset) eseteiben rögtön, a magzat megszületése után, tehát a lepényi időszakban prophylactikusan alkalmazva tesz jó szolgálatot, megakadályozván a további vérveszteséget.

4. *Különböző sérülések* (cervixrepedés stb., 5 eset) eseteiben a *Momburg*-féle csővel csillapítjuk ideiglenesen a vérzést és a csövet csak a sérülések végleges ellátása után (körülöltés, varrás, nyomókötés alkalmazása stb.) távolítjuk el.

5. Nőorvostani műtéteknél előzetesen nem alkalmazzuk, csak kivételesen, másképp nem csillapítható vérzések esetében vesszük igénybe.

Tornai József: A Momburg-eljárásnak kisérleti alkalmazása körül szerzett tapasztalataimról ezen helyen és másutt is röviden már beszámoltam. Ezen alkalommal csak újból hangsúlyozni óhajtanám, hogy az említett módszert — bármily óvatossággal és körültekintéssel végezzük is — a szívre és vérkeringésre nézve éppen nem tarthatjuk közömbösnek. Hiszen természetes, hogy a test egész alsó felének a circulatióból egyszerre, hirtelen való kirekesztése nem is lehet indiffens dolog.

Az I. belorvostani klinika beteganyagán végzett rendszeres vizsgálataim alapján mondhatom, hogy *Momburg* módszere a szivet és vérereket nagyon kemény próbának teszi ki. A legtöbb betegem pulsusa a lekötés alatt rendkivül szaporává, felületessé és sokszor inaequalissá, irregularissá változott. A vérnyomás is, főleg a lekötés elején, rendesen jelentékenyen felszökött. Különben pedig a lekötés alatt valamennyi egyén a legkinosabb subjectiv tüneteket jelezte. Nem tudom, hogy *Momburg* módszere a gynaecologiában már nélkülözhetetlenné vált-e vagy sem, de azt tudom, hogy annak alkalmazása minden esetben teljesen kifogástalan, ép szövetet és ellenállásra alkalmas, szívós, egészséges érrendszert követel.

A módszer alkalmazása körül tehát szigorú kritika ajánlatos. Csak olyan esetben folyamodjunk *Momburg* eljárásához, a mikor az attól várt jó eredményt más úton-módon már el nem érhetnők.

Bakay Lajos: Másfél év előtt volt alkalmam véleményemet kifejteni az Orvosegyesület előtt a *Momburg*-féle vértelenítésről. Az akkor mondottakhoz és irottakhoz az azóta szerzett tapasztalatok alapján a következőt tehetem hozzá Nem ajánlhatom *Momburg* azon újabb módosítását, hogy a lefűzés előtt a beteget Trendelenburg-helyzetbe hozza, miáltal a belek a rekeszbe csúsznak, s így kevesebb bél rekesztődik ki a keringésből. *Momburgot* bizonyára két ok vezette abban, hogy ezt az eljárást proponálja. Az állatkisérletek nyomán (*Riemann-Wolff*) kiderült, hogy az igen nagy vérnyomás-különbözetnek az oka az, miszerint úgyszólván az egész bélérrendszert kirekesztjük a keringésből. Továbbá *Thöle* azt fejtette ki, hogy a bélbeli sympathicus-idegrendszer izgatása az, mely reflectorius úton a vérérközpontot izgatva emeli a vérnyomást. Ha azonban meggondoljuk, hogy a lefűzés helye éppen a III. és IV. ágyékcsigolya tájára esik, akkor tudjuk, hogy az art. mesent. inf. feltétlenül össze van nyomva, tehát ellátási területe eo ipso ki van zárva a keringésből. Azt is következtethetjük a tapasztalatok alapján, hogy zárt hasfal mellett a belek nehezen változtatják helyzetüket, úgy hogy akármennyire fokozzuk is a Trendelenburg fekvést, egy-két bélkacs visszamarad s akkor a trauma sokkal erősebben hat rájuk.

A hólyag és ureter sérüléséről szó sem lehet, mert az egyik úgy, mint a másik anatomiai elhelyeződésénél fogva védve van.

Igen fontosnak tartom az Esmarch-pólya alkalmazását a czombokra s ezen pólya azután való oldását, a mikor már a *Momburg*-lefűzés megszünt. Pontos vérnyomás-méréseink bizonyítják, hogy operált eseteinkben a vérnyomás-ingadozás foka 30—40 mm. közt váltakozott. Ha a lefűző cső oldása a nélkül történik, hogy az Esmarch fent volna, akkor a vérnyomás-csökkenés egyszerre jön létre s nagyobb befolyással van a szívre, mint van akkor, hogyha az Esmarch-pólya fenn van s csak a *Momburg*-cső oldása után perczekkel vétetik le. Az Esmarch pólya levétele még rendesen 10—15—20 mm. vérnyomás-csökkenéssel jár.

Alapy Henrik: Két esetben alkalmazta *Momburg* eljárását. Mindkét esetben magasan fekvő, igen rosszul gyógyult czombcsonttörésnél, a hol az Esmarch alkalmazása lehetetlen volt. Simán és vértelenül folyt le a műtét, 5—10 éves gyermekek voltak, a légzés felületessé vált, de nem oly aggasztóvá, hogy le kellett volna venni.

Feltünő volt, hogy a feltétel perczétől kezdve a levételig 40—45 perczig kevés aether kellett a narcosis fentartására. A rettegett következmények inkább csak a túlerős alkalmazásra vezetendők vissza. Pl. *Koch* egy esete még hetekig vérzett utána Ha a végtagra alkalmazzuk túlerősen brutalisan — az Esmarchot, akkor is kárt tehetünk vele. *Momburg* maga úgy ajánlotta, hogy mielőtt felteszszük a pólyát, dörzsöljük meg tupferrel a czomb felületét, azután tegyünk két vagy három tour pólyát a törzsre és húzzuk addig, míg a vörös folt megsápad Ez már rendesen a második húzásra bekövetkezik, azon túl nem szükség húzni, mert így is elég vértelen.

Frigyesi József: *Bakay* észlelései is megerősitik, hogy a 30—40 mm.-nek megfelelő vérnyomásingadozásokat a betegei jól, collapsustünetek nélkül tűrték; ez a mi tapasztalásunk is. A leszorítás előtti medenczemegemelést fontosnak tartom, mert így különösen szülés után a kitágult hasban a belek a szorítás előtt a diaphragma felé süllyednek s a leszorítás tulajdonképpen csak az S romanumot éri. Teljesen egyetértek *Alapy* tanárral abban, hogy sok függ a cső alkalmazásának technikájától; mi csak addig fokozzuk a lefűzést, míg a vérzés meg nem szünt.

Ezért és a többi jelzett óvintézkedés betartása folytán nem láttunk mi sem, a többi szülészek sem collapsust *Tornai* tanársegéd nyilván nem tartotta be a *Momburg* által előirt cautelákat s ezért látta a jelzett káros következményeket Ha *Tornai* tagtárs a *Momburg*-csövet a collapsus előidézésének demonstrálására akarja ajánlani, úgy irja le hozzá a saját módszerét is, melylyel azokat előidézte. Csodálkozom rajta, hogy a mindnyájunk által ellenjavaltnak tekintett szivbajok esetében éppen *Tornai* végezte a *Momburg*-féle leszorítást. Hogy kisérletezés czéljából a betegek nem engedték magukon *Tornai* tagtárs által a *Momburg*-féle leszorítást végezni, az természetes, mert az ő szemükben az efféle kisérlet nem egyéb mint játék, a mely a mellett kellemetlen és fájdalmas is. Köszönöm a t. orvosegyesületnek figyelmét, melylyel előadásomat kisérte.

A czombcsont myxomájának kiirtása a végtag megtartásával.

Pólya Jenő: Sz. J.-né földműves neje, 31 éves, körülbelül 1 év óta veszi észre, hogy a bal czomb közepén daganata keletkezett, mely azóta gyorsan nőtt, fájdalmat nem oko-

zott; járni, dolgozni mindig tudott, azonban a mióta daganata keletkezett, biczeg. Felvételkor a Szt. István-kórházba a bal czomb középső harmadát elfoglaló, gyermekfejnyi, mozgathatatlan, éles határú, helyenkint csontkemény, helyenkint puhább, pergamentszerű tapintatú daganat foglal helyet. A Röntgenlelet (*Fischer* dr.) azt mutatja, hogy a daganat a diaphysisből indul ki, cystosus, a daganat helyén, a csonton, számos usura van és a czombcsont diaphysise erős előregörbülést mutat.

Műtét 1911 február 1.-én. Hosszmetszés a daganat felett a czomb lateralis oldalán. Kitűnik, hogy a daganat teljesen subperiostalis, az izomzatba sehol sem tört át, a czombcsontot elül és kétoldalt beborítja és vöröses-barna folyadékot tartalmazó cystákból áll. Az izomzatot a csonthártyával együtt letolva, a daganatot részben ollóval, részben vésővel eltávolítjuk, a czombcsont diaphysisén visszamaradó üregek helyén levő éleket lesimítjuk és végül a czombcsont visszamaradt sclerosisos részlete felett a csonthártyát catguttel összevarrjuk. Épp úgy az izomzatot és fasciát is catguttel elvarrva, a bőrsebet teljesen zárjuk. Gyógyulás teljesen per primam, a beteg jól jár, csak kevéssé biczeg, a végtag 3 cm.-rel megrövidült, a mi a czombcsont elgörbülésének következménye.

Szövettani lelet (prof. *Genersich)*: A daganat különböző tág, borsó-mogyorónyi, áttünő savóval telt tömlőkből áll, a melyek tartalma az átmetszéskor kiürült és e miatt a cysták összelohadtak. A tömlőket elválasztó sövényekben itt-ott apró csontszilánkokat kapunk, a melyek egynemű, intensiven vörösre festődő alapállományban apró csonttestecskéket tartalmaznak. A vékony csontszilánkok felületén itt-ott egy-egy osteoklast (sokmagvú óriássejt) van. Különben a sövények részint a sarjszövetre emlékeztető fibroblast-sejtekből való szövetből állanak, legnagyobbrészt azonban sokmagvú óriássejtekből dúsan átszőtt rostos és kocsonyás kötőszövetből. Az egészet kivülről durva, egynemű vörösre festődő hyalinos rostos kötőszöveti tok határolja.

A daganatot a csontvelőből kiinduló óriássejtes daganatnak kell tartanunk, melynek szétesésében cysták képződtek.

Diagnosis: Myxoma cysticum.

Az orr melléküregeinek kitakarításával egybekötött exenteratio orbitae esetei.

Pólya Jenő: I. P. J.-né 55 éves, kádár neje, 18 év előtt a homlokán keletkezett egy szemölcse, mely elmérgesedett és melyet 10 év előtt operáltak; a defectust plastikusan zárták s azóta nem tért vissza a daganat 8 év előtt egy szemölcs keletkezett az alsó szemhéjon, mely nőtt s melyet $1^1/_2$ év előtt röntgeneztek, mire némi javulás állott be, majd újra megnőtt; a midőn körülbelül koronányi volt, megoperálták és plastikát végeztek, 2 hó után azonban recidiva állott be, mely rohamosan nőtt. 4 év előtt a jobb arczán és a jobb szemöldök-táján keletkeztek kiütések, a jobb arczfélen lévő két év óta sebes.

Felvételkor a szt. István-kórházba (1919 november 5) a bal szemhéjak helyén $^1/_2$ tenyér mekkoraságú, felhányt szélű rákos fekély foglal helyet, mely az orr oldalára is ráterjed. A bulbus a rákos tömeg közepén van, ép és látó. A jobb szemöldök külső harmadában krajczárnyi, a jobb járomcsont fölött 10 fillérnyi, vöröses-barnán elszíneződött, a bőrből kiemelkedő, sárgás pörkkel fedett hely.

Műtét 1910 november 9.-én. A rákos fekély körülmetszése, exenteratio orbitae. Kitűnik, hogy a rák az orrcsontot, rostacsontot és felső állcsontot uzurálta és belétört a rostasejtekbe és a sinus maxillarisba. Ezért eltávolítjuk a b. o. orrcsontot, a felső állcsont homloknyujtványát, a könycsontot, a rostacsontot, a sinus maxillaris elülső, medialis és felső falát, az összes orrkagylókat. Hátul a sinus sphenoid.-t is megnyitjuk és nyálkahártyáját, valamint az egész bal orrüregét (a septum kivételével) kiirtjuk, úgy hogy az orbita, a bal orrfél és összes melléküregei egyetlen nagy üreget alkotnak. Tamponade.

Deczember 6.-én teljesen tiszta sarjadzó seb mellett az arczon levő nagy, 8 cm. széles és 10 cm. hosszú bőrdefectust, valamint a folytatását tevő mély, egészen a garatig terjedő üreget befedjük egy a halántéktájról vett lebenynyel, melyet az art. tempor. táplál. A másodlagos hiányt *Thiersch*-lebenyekkel fedjük. Az orbitát fedő lebeny csúcsa elhalt s a defectus széleinek visszahúzódása által az orrüreg és orbita helyén öt koronányi nyílással tátongó üreg keletkezett.

1911 január 12.-én megpróbáltunk a karról vett lebenyt beültetni a defectusba, azonban az is elhalt.

Február 18.-án a defectust oly módon fedtük, hogy az előző műtét alkalmával az arczra ültetett halántéki bőrlebenyből, mely feszesen az orbita külfalába tapadt volt, egy lebenyt készítettünk, melynek nyele az orbita szélén ült, ezt hámos felső részével az orbitába fordítottuk és széleit annak felfrissített széleihez varrtuk s külső sebes felszínén transplantáltuk. A defectus felső szélére, melyet a lebeny nem fedett teljesen, a homlokról vett lebenyt borítottunk, úgy hogy a 2 lebeny sebes felszínei érintkeztek egymással. Ezen lebenyek primára megtapadtak és jelenleg az üreg teljesen födve van.

II. K. F.-né, 51 éves, földmíves neje. 10 év előtt bal alsó szemhéján kis szemölcs támadt, mely lassan nőtt, 8 év előtt külső szemzugja tájékán kisebesedett, azóta e seb folyton terjedt. 1911 február 2.-án egy szemészeti osztályra vétetett fel, a bal szemhéjakon székelő kiterjedt kifekélyesedéssel és hiánynyal; a bulbus erősen belövelt, a cornea piszkos szürke, átlátszatlan. Az orbitában kemény, a csonthoz rögzített daganat. Február 6.-án ugyanitt megpróbálták az exenteratio orbitaet, mivel azonban azt találták, hogy a daganat átterjedt a környezet csontjaira, a beteget sebészi osztályra utasították. Február 16.-án került a szt. István-kórházba. A bőrön négyszögletes, éles szélű defectus, a hiány alapja sarjakkal borított, ezen sarjszerű szövet az orbitában szintén vörös színű és igen kemény.

Műtét február 20.-án. A sebszéleket felfrissítve, behatolunk az orbitába és annak csonthártyáját letolva, a csontokat szabaddá teszszük és az orbita egész tartalmát kiürítjük. A rák beléterjed a járomcsontba, melyet kiterjedten reszekálunk, a felső állcsontnak különösen orbitalis szélére, s a rostacsontra; a felső állcsontot a szájpadlás és hátulsó fal kivételével kiirtjuk, épúgy a rosta- és könycsontot is, úgy hogy az orrüreg az o bitával bőven közlekedik; eltávolítjuk az orrüreg és sinus maxillaris nyálkahártyáját is. A nagy hiányt egy a halántéktájról vett lebenynyel fedjük, melyet az art. temporalis lát el.

A gyógyulás teljesen sima, az odavarrt lebeny primára odatapadt és elfedi az orbitát.

Retinitis exsudativa syphilitica. Adatok a salvarsan gyógyító hatásához.

Goldzieher Vilmos: A 24 éves férfi 2 év előtt szerzett syphilist és 26 bőralatti injectiót kapott. 1909 szeptember 13.-ától 1910 május 10.-éig, tehát körülbelül 8 hónapig, baloldali hemiplegia-diagnosissal feküdt egy itteni közkórházban, a hol 60 sublimatinjectióra állapota javult. 1910 augusztus havában bőrsyphilidek és condylomata lata ad anum miatt a Rókus-kórházba jutott, itt 0·5 *Ehrlich*-injectiót kapott és azóta mindjobban érezte magát. A syphilidek nyoma még most is látható a beteg karjain. F. é. január havában azonban azt vette észre, hogy a bal szemén nem lát, a miért is felkereste a szemészeti osztályt.

A vizsgálat kiderítette, hogy egy igen kiterjedt, alakja tekintetében meglepő elváltozás székel a bal szemfenéken. A külső közegek teljes épsége mellett az üvegtest hátulsó rétegeiben finom homály volt. Az elváltozások a szemfenék központi részleteit, beleértve a papillát, foglalták el. Szürke infiltratum ült a retina elülső rétegeiben, az érréteg alatt, a papilla annyira el volt fedve, hogy határai nem voltak láthatók, az erek szűkek, főleg az arteriák. A papilla felső nasalis széle fölött krétafehér nagyobb folt, melynek szomszédságában több vérzés. A macula lutea felé ezen a nyilván ex-

sudativ lob kisebbmérvű volt és átment az oedemás elszínesedésbe. A fovea centralis helyén egy cseresnyepiros folt látszott. A szem látása nagyon rossz volt (ujjolvasás a szem előtt). A jobb szem ép, látása teljes.

Therapia: 0·6 salvarsan (*Kromayer*-féle olajos suspensio) infrascapularis injectiója január 28.-án.

Ettől az időtől kezdve a retinalis elváltozások rohamosan visszafejlődtek és a látás ennek megfelelőleg állandóan javult. A javulás még most is folyik, ámbár még mindig láthatók igen érdekes és az exsudativ folyamatra jellemző elváltozások a szemfenéken.

A mi azonban ennek az érdekességét még emeli, az a következő körülmény. Azon idő alatt, a mikor a kóros szem óriási elváltozásai a salvarsan hatására visszafejlődtek, az addig teljesen ép és majdnem minden nap megvizsgált jobb szemben, tehát észlelésünk közben, diffus retinitis keletkezett, igen szép, a syphilises eredetre jellemző érelváltozásokkal és pedig kifejezett periarteriitissel.

A bemutatott eset kétségkívül azt tanítja, hogy a salvarsan kitünően tud syphilises jelenségeket eltünésre birni, de semmiképpen sem a sterilisatio magna értelmében; mert ugyanabban az időben, a mikor a jelenségek az egyik oldalon visszafejlődtek, a másik oldalon újabb syphilises gyuladás kezdődött.

Sympathiás szemgyuladás gyógyult esete.

Goldzieher Vilmos: A sympathiás szemgyuladást joggal a legsúlyosabb szembajokhoz számítják. Bizonyos megszorítással azt lehet mondani, hogy gyógyíthatatlan. Bemutató egész praxisa alatt egyetlen egy esetet sem látott, hogy egy fiatal egyénen kitört sympathiás lob meggyógyult. Kedvezőbb azonban a prognosis, ha éltesebb egyénről van szó, mert ilyeneken némelykor erélyes beavatkozásokkal elérhetünk teljes gyógyulást.

A bemutatandó egyén 68 éves földműves, kinek bal szeme már negyven év óta vak. Január 14.-én vették fel, mert a jobb szemére már nagyon rosszul látott.

A bal szem sorvadt, erősen injiciált, nyomásra nagyon fájdalmas. A jobb szemen is van ciliaris injectio, a cornea hátulsó lapján praecipitatumok vannak, a pupillában fibrinosus exsudatum, számos synechia, melyek atropinozás után nehezen szakadnak.

Minthogy újabb tapasztalatok *(Gifford, Widmark)* szerint a natrium salicylicum ilyen esetekben igen hasznos, naponként 5 grammot adtunk belőle. A fájdalmak már egy pár nap mulva megszüntek és a pupilla most szépen tágult. A tükörvizsgálat nagyfokú papilloretinist mutat.

Állandó salicyl-medicatio és asurol-befecskendezés mellett teljes gyógyulás állott be, a beteg holnap gyógyultan távozhatik.

Grósz Emil: Kételyei vannak, hogy a bemutatott és olyan szépen gyógyult iridocyclitis valódi sympathiás gyuladás-e. A sympathiás eredetet a klinikai jelenségek nem bizonyítják feltétlenül s az sem biztosítja a diagnosist, hogy más okot nem sikerült kimutatni. Az aetiologia sokszor rejtve marad. A lefolyás pedig ellene szól. A mi a therapiát illeti, a salicyl a kénesővel alig mérkőzhetik.

A mi a salvarsannal gyógyított esetet illeti, a másik szem betegségét a szóló is syphilis-recidivának tekinti s nem tulajdonítja a szer hatásának. Legfeljebb annyit mondhatunk, hogy a salvarsan nem tudja megakadályozni a betegség további nyilvánulását. Igy van ez a keratitis parenchymatosánál is. De azért még mindig van okunk az arsenobenzolt értékes antilueses szernek tartani. Egy esetben azonban biztosan káros mellékhatását tapasztalta. Egy fiatal leány syphilisét arsenobenzollal kezelték bőrgyógyászati osztályon. Három hónappal utóbb recidiva mutatkozott iritis papulosával. A reinjectióra az izzadmány felszívódott, de nemcsak a papula, hanem maga az iris szövete is, sőt e helyről kiindulóan cataracta képződött, mely lassankint az egész lencsére kiterjedt s most felszívódásban van. Minden jel szerint ez toxikus hatás, melyet nyilván a spirochaeták elhalásakor felszabadult toxinok idéztek elő.

Mohr Mihály: Először 10 év előtt mutatott be az orvosegyesületben egy natrium salicylicumra meggyógyult sympathiás szemgyuladásesetet, de ez később mégis vaksággal végződött. Azután 1908 április 11.-én ugyancsak egy natrium salicylicumra meggyógyult sympathiás szemgyuladást, mely azóta tartja magát. Ennélfogva a natr. salicyl.-ot egy ilyen betegségben, melyet gyógyíthatatlannak tudunk, értékes szernek tartja és ha a sympathiás gyuladás ki-kitör, újra alkalmazandónak véli; ha tehát véglegesen nem is, de évekre meg tudjuk tartani a beteg látását, a mivel már is sokat nyertünk.

Spatz Elek: A salvarsan-kezelés módjához szól hozzá, mert százakra megy azon esetek száma, melyekben a szövetek az intramuscularis injectio után elhalnak és sequesterszerűleg kilökődnek, valószínűleg az arsen hatása folytán. A halálozások is intramuscularis vagy subcutan alkalmazás után állottak be, azért a szóló szerint csupán az intravenosus injectiók jogosultak. 150 esetre hivatkozhatik, a melyekben mérgezési tünetek nem voltak; az eljárás egész rigorosusan ambulanter is végezhető.

Goldzieher Vilmos: Minthogy a skepsis az igazságnak szülőanyja, célszerű, ha az orvos skeptikus. Mégis fentartja a diagnosisát, bár a sympathiás szemgyuladás diagnosisa néha nem könnyű. A bemutatott esetben a diagnosist az iridocyclitisen kívül a papilloretinitis is megerősítette. Ha a másik szemen már kitört a plastikus izzadmánnyal járó gyuladás, az enucleatio nem használ, ezért a szóló ilyenkor csak azon esetben enucleál, ha az első szem fájdalmas. Iritis papulosa két esetében végzett salvarsan-injectiót jó eredménnyel. Atrophiát az irisben nem látott.

Rendellenes csontszövetfejlődés.

Alexander Béla: $2^1/_2$ éves leánygyermek, a ki veleszületett csípőizületi bántalom kórjelzéssel küldetett az állami menhelybe *Schächter Miksa* osztályára. A gyermek jól táplált, ülni tud, de állani nem; lábraállítás kisérletekor fájdalmat külöl és rendesen behajlítva tartja alsó végtagjait.

A csontok izületi végei a rachitisra jellemző nagyobb duzzanatokat nem mutatják, csontelgörbülés nincs. Fekvéskor a gyermek lábait kifelé hajlítja.

Az x-sugaras vizsgálat elsősorban a csípőizületekre vonatkozott; mindkét femur-fejecs a helyén találtatott, de a fejecsben fejlődő csontosodás nagyon elmosódott, alig látható, képe nem a szokásos ferde irányban fekvő ovalis, melynek alsó körvonala inkább egyenes lefutású, hanem inkább köralakú, tehát még indifferens, nem alakult. Maga a porczos fejecs jól kirajzolt, a femur-diaphysis felső vége alig szélesedik, de úgy mint a medenczecsontosodás, nem nyujt élénk képet, elmosódott.

Feltünő a medencze alakja. Míg ép csontfejlődésnél az alakja harántul fekvő ovalis, melynek határvonala a promontorium, az incisura ischiadica, itt a szép ovalis alak helyett háromszöget találunk, melynek alapját mélyen az incisurában végződő és a promontoriumnak megfelelő harántvonal adja, két a medialis vonal felé hajló szárát pedig az ileum teste és az os pubis haránt ága alkotja. Ezen utóbbi vonalak kisebbfokú behajlása ott van, a hol az ileum, az os pubis és az ülőcsont egymásfelé igyekszik.

A csontszövet képe összefolyik a lágyrészletekével, árnyalatkülönbség alig van és csak a perichondrialis, illetőle periostealis csontképződés hatása válik ki élesen, de az sem úgy, hogy a cortex megszokott képe volna jelen.

A kéznek x-sugaras képe hasonló; a porczképek szépen válnak ki a lágyrészletek képéből, de a csontosodásoké bágyadt, különösen az enchondralis úton fejlődő epiphysealis csontosodások elmosódottak.

Ez utóbbiakat nézve látjuk, hogy még csak az első két epiphysis-sor három-három képviselője van jelen, t. i. a 2.—4. alapi percz proximalis és az 1.—3. metacarpalis distalis epiphysis-csontosodása; azonkívül jelen van még a hüvelykujjvégpercz proximalis epiphysis-csontosodása, mely rendes körülmények között az első sor fejlődése közben szokott beállani. A hüvelykujj 3. perczének proximalis epiphysise és a többi ujj proximalis epiphysiseinek sorrendje különbözik egymástól.

A carpusban a capitatum és hamatum csontosodása elmosódott, gyönge képe van jelen, hasonló a radius distalis epiphysis-csontosodása is.

Hogy mennyire szükséges az x-sugaras képek nézésekor a nagyító, itt a kézen igen jól látható; a nagyító használatakor egyszerre szemünkbe ötlik a csontos szerkezet hiányosságának mineműsége is. Cortex helyett vékony csontrostokat látunk, azok is hiányosak, helyenként a belső szerkezet kiépítése hézagos, a trabeculák vékonyak és ritkák. A csontosodások alakja azonban nem változott. Itt-ott úgy látszik, mintha újra meg újra nekiindult volna a perichondralis csontképződés, a mely folytatólagosan nem tudott fejlődni.

Aluminiumtok mint támasztógép.

Büchler Antal: A bemutatott támasztógép nemcsak jól használható, hanem annyiból is érdekes, hogy Spiegel József, a ki különben ácsmester, arthropatiás lötyögő térdére maga tervezte és készítette. Dobozpapirból két hosszanti félre váló csonka kúpformát húz térdére; harántrúdon ülve, lábfejét és a papirforma alját homokba ássa, a kúpot teleönteti gipszpéppel s a mint az megszilárdult, két félben veszik le a kész negativot, megszárítják, újra összeillesztik és czementhabarcscsal kiöntik; ez a positiv, melyen az aluminiumlemezt addig kovácsolja, míg annak formáit híven átveszi, kibéleli szarvasbőrrel, felszereli kapcsokkal és kész a végtag formáira pontosan illeszkedő és ezért jól támasztó, igen könnyű, tartós és elég olcsó támasztógép.

A Magyar Sebésztársaság negyedik nagygyűlése.

Budapest, 1911 junius 1—3.

Ismerteti: ***Gergő Imre*** dr.

(Folytatás.)

Második tudományos ülés.

Ezen ülésen a II. főkérdés: *a medenczebeli genyedések kérdése* került tárgyalásra. Referens *Bäcker József* (Budapest) volt.

Bäcker mindenekelőtt a medenczebeli genyedéseknek okát ismertette; a genyedés mindig lobos megbetegedésből indul ki, a mely vagy a medencze csontrendszerében, vagy lágyrészeiben, vagy távolabbi szervekben folyik le. Ez utóbbi esetben a lobtermék sülyedés útján is juthat a medenczébe (genyedés appendicitis után, vagy psoas-tályog).

A referatum gerinczét a női ivarszervek lobos megbetegedése után keletkezett medenczebeli megbetegedések tették.

Bäcker behatóan tárgyalta *a női genitáliák lobos megbetegedéseinek aetiologiáját.* Ismertette a gonorrhoeás fertőzésből, valamint gyermekágyi infectióból származó salpingo-oophoritisek, illetőleg *peri- és parametritisek és pelveoperitonitisek tünettanát, kórjelzését és kórjóslatát.*

A női genitáliák lobos bántalmainak gyógykezelésekor Bäcker szerint *mindig a conservativismus, a nyugodt megfigyelés az alapelv.* Ha akár a kötőszövetben, akár a hasüregben tályog képződik, mely hozzáférhető, ennek feltárása és drainezése javalt. A tályogot ott nyitjuk meg, a hol érjük, tehát vagy a fornix vaginaen, vagy a hasfalon át operálunk. A megnyitott tályogot steril vízzel kimossuk, jodoformgazezel kitömjük s addig tartjuk nyitva, míg a genyedés teljesen megszűnik.

Lobos függelékdaganatot csak akkor operál, ha az munkaképtelenséget vagy állandó senyvedést okoz. Ilyenkor tekintetbe jön a teljes vagy részleges adnexotomia vagy az adhaesiók szétválasztása és a salpingostomia; az első műtét per vaginam vagy per laparotomiam végezhető, az utóbbira a laparotomia a helyesebb út. Ezen conservativ műtétek javallatait *Bäcker* az utóbbi években tetemesen megszorította s csak akkor végzi, ha a beteg határozottan megkívánja az uterus megtartását. Egyébként adnextumorok esetében, ha akár munkaképtelenség, akár egyéb ok sebészi beavatkozásra késztet, legczélszerűbbnek a totalis exstirpatiót tartja per laparotomiam.

A totalis exstirpatiók elsődleges elhalálozását egyelőre kétségtelenül még nagynak (8%) találta; de az elsődleges rossz eredményt fényesen kárpótolja a teljes gyógyulás. A betegek rövid pár hónap alatt teljesen egészségesekké és munkaképesekké lesznek.

Végül *Bäcker* azon téves nézetet czáfolta, mintha a teljes kiirtás a libido elvesztését vagy a climax praecox súlyos zavarait vonná maga után; sőt ellenkezőleg, a lobos tumorok kivétele után a coitussal járó fájdalmak elmaradnak és a totalis exstirpatio után mindig kevesebb zavart látott, mint a méhnek vagy egy ovariumnak megtartása mellett.

A főkérdéssel kapcsolatos előadások és bemutatások a következők voltak:

Frigyesi József (Budapest) *az idült lobos adnexbetegségek gyógykezeléséről* értekezett *Tauffer* tanár II. sz. női klinikáján operált 261 eset kapcsán. Műtéttel csak a régi idő óta fennálló, ismételten kiújuló vagy nagyobb genytermeléssel járó adnexbetegségeket kezelik. Czélszerűbb az adnexmegbetegedések operatiója hasmetszés útján, mint vaginalis úton. A gyökeres kiirtás végleges eredményei a legjobbak; az esetek 85%-ában műtét után a munkaképesség teljes. A mesterségesen előidézett korai climaxnak *Frigyesi* sem tulajdonít nagy jelentőséget.

Szili Jenő (Budapest) *a nők medenczebeli genyedéseiről szólt, különös tekintettel az elkülönítő kórjelzésre.*

Tárgyalta előbb az intraperitonealis üregen kívül eső genyes folyamatokat azon megfigyelések alapján, melyeket *Herczel* tanár osztályán tett. Bővebben kitért a tubák genyedésére, azután az adnexumok és a féregnyúlvány megbetegedéseinek egymáshoz való viszonyára és a differentialis diagnosisra; végül a terhesség és appendicitis viszonyát, valamint a medenczeüregben lefolyó megbetegedéseket méltatta.

Szili Jenő (Budapest) *szokatlan nagyságú kétoldali pyosalpinx műtéttel gyógyult esetét* is bemutatta; a genyes zsák 2 év óta fejlődött és 2 ujjal ért a köldök fölé; teljes kiirtása után a beteg simán gyógyult.

Róna Dezső (Baja) *a dysmenorrhoea és az appendicitis viszonyáról* tartott előadást.

Cukor István (Budapest) *az appendicularis eredetű Douglas-tályogok kezelését* méltatta *Herczel* tanár osztályának 57 esete kapcsán.

A tályogok megnyitására *Cukor* szerint legczélszerűbb a *Rotter*-féle rectalis módszer. A felhasznált 57 eset közül 4 spontán gyógyult, 53 műtétre került; ezek közül ismét gyógyult 49 = 92·5%, meghalt 4 = 7·5%. A gyógyult esetek közül 43 esetben (85·5%) tisztán punctiót végeztek teljes eredménynyel; 5 esetben (12·5%) secundaer műtét is szükségessé vált.

Herczel Manó (Budapest) hozzászólásában *Bäcker* referatumához *a referens aetiologiai beosztásával szemben a sebész szempontjából czélszerűbbnek tartja a topographiai beosztást.* Ehhez képest *két főcsoportot különböztet* meg, ú. m.:

1. *az intraperitonealisan elhelyezkedett genygyülemeket;*
2. *a sub-, illetve retroperitonealisan lefolyó genyedéseket.*

Az előbbi genyedések legtöbbször appendicitisből, a gyomor, duodenum, vagy a bél perforatiójából származnak; az utóbbiak túlnyomólag genitalis eredésűek, ritkábban egy retrocoecalisan elhelyezett féregnyúlvány genyedésére is vezethetők vissza.

Douglas-tályogok esetében egyszerű, alulról való megnyitással az esetek 92·5%-ában teljes gyógyulás érhető el; ezzel szemben a *pyosalpinx megnyitása igen rossz eredménnyel jár.* Újabban ilyenkor csak laparotomiát ajánl, méhkiirtással kapcsolatosan. Idevágó 37 esete mind gyógyult. Műtét esetében mindig czélszerű a kiindulás az uterus felől, mivel innen a genyes daganatok kiásása és kiirtása könnyebben és simábban történik.

Pyosalpinx rupturájából, valamint salpingitisből kiinduló általános peritonitis prognosisa igen rossz; pyosalpinx-ruptura 6 esete közül meghalt 4, salpingitis után keletkezett peritonitis 9 esete közül pedig 2. Igaz, hogy a betegek egy része már moribund állapotban került az osztályra.

Kubinyi Pál (Budapest) a *lobos függelékdaganatok radicalis műtétéről,* annak javalatairól és technikájáról szólt. A salpingo-oophoritiseket a szorosan vett adnextumoroktól élesen elválasztja: az előbbeniek könnyű természetű bajok és kellő kezelés mellett rendszerint meggyógyulnak, míg a tulajdonképpeni genyes adnextumorok súlyos bajok, melyek a szomszédos szervek működését is jelentékenyen zavarják. A különféle súlyosságú fokozatoknak egész skáláját látjuk a legteljesebb cachexiáig. Ezen csoportban a conservativismusnak helye nincs, itt csak radicalis műtét segíthet.

75 pyosalpinx-műtéte közül csak 1 teljesen cachexiás beteget veszített el. A hol a pyosalpinx környezetével annyira összeolvad, hogy a praeparálás lehetetlenség, vagy a hüvely felé drainezünk, vagy pedig, ha ezt nem lehet, a tömlőt kivarrjuk és *Mikulicz*-tamponnal drainezünk. Az adnextumorok mellett eszközölt méhüri kezelés egyenesen veszélyes és ezért teljesen elvetendő.

Lobmayer Géza (Budapest) *a gyermekeken keletkezett Douglas-tályog kezelését* ismertette, a mint azt *Winternitz* főorvos osztályán végzik. A végbél széles feltárása után először próbapunctio történik; a genyedés helyén ezután bemetszünk, a tályogot drainezzük. A draincsövet egy catgut-öltéssel a végbélhez rögzítjük. *Lobmayer* jogosnak tartja azon álláspontot, hogy a *Douglas*-tályog megnyitása után a lázmentes időszakban a féregnyúlvány eltávolítandó, mivel medenczetályog esetében a féregnyúlvány nem pusztul el teljesen, hanem megmarad és állandó veszélyt jelent.

Az élénk vita után *Bäcker zárszavában* újból hangsúlyozza, hogy *ott, hol a radicalis operatio indicatóját megállapítja, conservativismusnak már többé helye nincs*. Utal bemutatott készítményeire, a melyek mindegyikében a tuba és ovarium mindkét oldalt beteg és így más útja a gyógyításnak nem is lehetett, mint a radicalis beavatkozás.

Frigyesivel szemben *nem sokalja a radicalis műtétek esetében a 8—10% mortalitást*, ha az elhanyagolt medenczegenyedések zömét tekinti, melyek nem a sebészeti és nőgyógyászati osztályokon fekszenek, hanem egyéb osztályokon szerteszét, hol a legkülönbözőbb accidentalis bántalmakban pusztulnak el.

A medenczebeli genyedést már ab ovo nem tartja ártalmatlan megbetegedésnek, hanem igen komoly jellegű betegségnek; ilyen, az életet directe veszélyeztető, az életet sorvasztó betegséggel szemben a legelhanyagoltabb esetekben végzett operatio után a fenti mortalitás nem túlnagy. Legjelesebb műtők, mint *Schauta, Olshausen, Martin* műtéti halálozása szintén körülbelül 8%.

Szili Jenővel szemben megjegyzi, hogy *jobboldali adnextumor összetévesztése appendicitissel nagyon bajos;* a differential-diagnosisban csak azon esetben nincs támpontunk, ha az adnextumor rupturált és általános genyes peritonitist okozott. Itt legfeljebb a pontos anamnesis igazíthat útba.

A leukocyta-számlálást értéktelennek mondja.

Herczellel ellentétben az a véleménye, hogy *a kérdés tárgyalására az aetiologiai alapot tartja czélszerűbbnek*, nem pedig az anatomiait. Azon felfogással szemben, hogy intraperitonealis exsudatumok szabály szerint nem genitalis eredetűek, azt hozza fel, hogy a puerperalis eredésű és általában genyes adnexmegbetegedések jórészt intraperitonealis exsudatumot termelnek

Radicalis operatio egyszerűbb esetében azon eljárás, hogy előbb az uterust távolítjuk el, könnyen kivihető; nehéz esetekben azonban, midőn a méh, függelékek és belek lobos conglomeratumokat alkotnak, mellékes, vajjon a méhet együtt veszszük-e ki az adnexumokkal vagy pedig előbb távolítjuk el a méhet.

Következett *a húgyivarszervek sebészetének tárgyalása.*

Haberern J. Pál (Budapest) *heresérülés után 6 héttel carcinoma keletkezését* látta; a beteg scrotuma közvetlenül lórúgás után megdagadt és a műtét a herében kezdődő adenocarcinomát deritett ki. A leletet pontos szövettani vizsgálat is beigazolta.

Az előadással kapcsolatban *Haberern a trauma és daganatképzés közti összefüggést tárgyalta a balesetbiztosítás szempontjából.* Elfogadja *Jordan* nézetét, ki azt mondja, hogy sohasem lehet biztosan eldönteni, hogy a tumornak legkezdetibb mikroskopikus megjelenése a trauma által érintett helyen a trauma behatásának ideje alatt megvolt-e már, vagy nem.

Illyés Géza (Budapest) *nagy kiterjedésű hólyagrák esetében magas hólyagmetszés útján hólyagresectiót végzett* és a hólyag bal felének legnagyobb részét eltávolította; mivel a carcinoma a bal uretert is infiltrálta, *Illyés* ezt is eltávolította és az ureter végét a hólyagseb egyesítése után a hassebbe kivarrta. 3 hóval később ascendáló genyedés folytán kiirtotta ezen uretert a vesével együtt. Betege teljesen gyógyult és a műtét óta 20 kilót hízott.

Illyés Géza (Budapest) *15 éves leány hólyagjából magas hólyagmetszéssel több submucosusan ülő, erősen vérző angioma cavernosumot távolított el.* A vérző helyeket körülöltötte, a hólyagsebet teljesen zárta. Betege meggyógyult, többet nem vérzett.

Rihmer Béla (Budapest) *a hólyagkupolát infiltráló carcinomát a peritonealis redő mobilizálásával és lejjebbvarrásával extraperitonizálta* és a hólyagkupolát ezután az épben reszekálta. A nagy sebet *Pezzer*-katheter felett összevarrta; ez utóbbira részben cystitis, részben prostata-túltengés miatt volt szükség. 5 hóval a műtét után a beteg recidivamentes, a hólyag capacitása 100 cm^3, a beteg húgycsövén át vizel, úgy hogy *Rihmer* a hólyagsipolyt záródni hagyja.

A hólyagresectiók themájához többen szóltak hozzá.

Dollinger Gyula (Budapest) 45 éves betegről referált, kit egy ízben *hólyagrák miatt* már megoperált. 4 évvel később a rák kiújult. *Dollinger* ekkor a *hólyagot teljesen eltávolította, az uretereket a flexura sigmoideába bevarrta* és a sebüreget részben az urethrán, részben a végbélen át drainezte. A beteg gyógyult, vizeletét végbeléből 2—3 óránként bocsájtja ki.

Szigethy Gy. Sándor (Kaposvár) *Illyés Géza* esetére vonatkozólag megjegyzi, hogy azon beteget, kinél *Illyés* carcinoma miatt nagy kiterjedésű hólyagresectiót és nephrectomiát végzett, körülbelül 1 hó előtt maga is észlelte. A beteg cseresznyemag nagyságú követ vizelt ki, mely valószínűleg a jobb veséből származott. A betegnek hólyagpanaszai nem voltak, a hólyag capacitása majdnem rendesnek bizonyult.

Pólya Jenő (Budapest) *indokolatlannak tartja hólyagrákműtét esetében a nagy félelmet a peritoneum megnyitásától.* Egy esetében *W. Mayo* szerint a peritoneumot tudatosan megnyitotta; a tág feltárás a daganat radicalis kiirtását nagyon megkönnyítette.

Illyés Geza (Budapest) *2 esetben az ureter alsó végébe beékelt ureterkövet a hüvelyen keresztül távolított el.* A műtétet úgy végezte, hogy a hüvelyt feltárta, a fornixon keresztül a megfelelő uretert kipraeparálta és rámetszéssel belőle a babnyi, illetőleg nagy olasz mogyorónyi követ kivette. Az ureter sebét bevarrta és az ureterbe a hólyagon keresztül állandó kathetert vezetett. Mindkét betege 8 nap alatt meggyógyult. Az egyik betegnél 8 hó mulva nephrotomia után a bal veséből is mogyorónyi urat-követ szedett ki.

Steiner Pál (Kolozsvár) hozzászólásában 2 esetről számolt be. Az első esetben mindkét ureterbe ékelődött be a kő, anuria calculosát okozott és a betegen a nephrotomia sem segített. A második esetben *Makara* tanár magas hólyagmetszéssel a papilla ureterisbe beékelt babnyi ureterkövet távolított el reámetszéssel; a hólyagfal teljes varrása 8 nap alatt sima gyógyulást eredményezett.

Rihmer Béla (Budapest) azt hiszi, hogy kőbeékelődés esetében, ha a kő nőben, az ureter legalsó segmentumában van, de még az ureter interstitialis része fölött, vaginalis metszés jogosult; ha a kő az interstitialis részben akadt meg, úgy a hólyagon át való kivétel a czélszerűbb.

Illyés Géza (Budapest) *1 esetéről referált, hol cystoskopos vizsgálatkor az egyik oldalon 2, egymás mellett fekvő ureter-nyílást észlelt.* Mindkét ureterbe kathetert vezetett be, az elsőből genyes, a másodikból tiszta vizelet ürült. Mikor az előbbi katheterbe kalium hypermanganatos oldatot fecskendezett, a szomszédos ureterből továbbra is tiszta vizelet ürült. Mivel a Röntgen vesekövet is mutatott, *Illyés megállapította a kettős vesemedencze diagnosisát kőképződéssel az alsó vesemedenczében.* A műtét ezen kórjelzést megerősítette; *Illyés* az alsó vesemedencze-követ eltávolította és a beteg teljesen meggyógyult.

Dollinger Gyula (Budapest) *hozzászólásában* oly esetről referált, mikor *vándorveséből körülbelül tojásnagyságú vesekövet távolított el.* A sebet összevarrta, a varratot a vesekörüli zsiradékkal és a lehámozott vese tokjának hátsó részével fedte

és a vándorvesét azonkívül az elülső tok útján rögzítette. A gyógyulás zavartalan volt.

Steiner Pál (Kolozsvár) *a polycystikus vesékről* tartott előadást. Az utolsó évben 3 esetet észlelt; ezek közül 1 esetben nephrectomia, 2 esetben decapsulatio történt. A nephrectomiás beteg uraemiában meghalt, a decapsulatiós betegek gyógyultak. Mindhárom esetben a haematuria uralta a kórképet, mely kólika kíséretében jelentkezett. Polycystikus vesék jelenlétében a műtéti beavatkozás a legszűkebb határok közé szorítandó, a nephrectomia nem jogosult, egyéb műtétek is csak sürgős javalatok (profus haematuria) esetén végzendők.

Rihmer Béla (Budapest) hozzászólásában 2 idevágó esetéből merített tapasztalatait említi; *a polycystikus vesén ascendáló pyelonephritis miatt nephrotomiát végzett*, mire a genyedés és a láz rövidesen szünt.

Illyés Géza (Budapest) nem osztja *Steiner* nézetét a műtétek indicatióját illetőleg. *2 betegén több mint 4 éve végezte pyelonephritises polycystikus vese eltávolítását, mindkét betege megyógyult;* ha nem operál, a genyedés következtében esetei elpusztultak volna. Hangsúlyozza a functionalis vizsgálat fontosságát.

Sándor István (Budapest) csatlakozik *Illyés* nézetéhez; *egyoldali folyamatnál a functionalis vizsgálat alapján vegyük ki a beteg vesét*, ha ellenben mindkét vese kóros, ne csináljunk semmit. Decapsulatióval, plane partialis vesekiirtással nem érünk czélt, nephrectomia meg éppenséggel árthat.

Steiner Pál (Budapest) *zárszavában fentartja a nephrectomiát illetőleg conservativ álláspontját;* szerinte veseelégtelenség folytán körülbelül a betegek 30%-a hal meg.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1719/1911. kig. szám.

Árkod községben üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényüket, minősítésüket és életkorukat igazolva **1911. évi augusztus hó 1.-éig** hozzám nyujtsák be.

Az orvos fizetése az államtól 1600 korona, a községtől 1000 korona, 400 korona lakbér, 3 öl kemény tüzifa, húsvizsgálási átalánya 300 korona és a halottkémlés után szedhető díjak, 1 korona nappali és 2 korona éjjeli látogatási díj.

A választást a kérvények beérkezte után tűzöm ki.

Antalfalva, 1911. évi junius hó 26.-án.

Zsiros Imre, főszolgabiró.

A Széchenyi-telepi szanatóriumban egy **segédorvosi** állás üresedésben van, mely állásra csakis okleveles orvosok pályázhatnak. Feltételek megegyezés szerint és személyes bemutatkozás feltétlen szükséges.

Pestújhely, 1911 junius 28.

Az igazgató.

14816/1911 kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1200 kor. fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Szemző Gyula* főispán úrhoz czímezve legkésőbb **f. évi julius hó 15. napjáig** közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az állás f. évi augusztus hó 1.-én elfoglalandó.

Baja, 1911 junius 27.

Hegedűs dr., kir tanácsos, polgármester.

Vidéki sanatoriumban fiatal, végzett, nőtlen orvos állást foglalhat, 1600 korona évi fizetéssel s teljes ellátással. Czim: Dr. Láng Sándor műtőorvos Debreczen, Kossuth-utcza 39. sz. Sanatorium.

A Nagyváradi Izr. Szent-Egylet nyilvános jellegű kórházában egy **segédorvosi** állás jut üresedésbe.

Javadalmazás: évi 1200 korona, természetbeni lakás és teljes ellátás.

Az állás már július 1.-én foglalható el, esetleg 15.-én.

Pályázati kérvények **azonnal, esetleg július 10.-éig** nevezett kórház igazgatóságánál nyujtandók be.

Nagyvárad, 1911 június 22.

Az igazgatóság.

4824/1911. fh.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár igazgatósága ezennel pályázatot hirdet a Budapest VIII. kerület területén (Nagytemplom-, Tömő-, Szigetvári- és Práter-utcza kerületére **kezelőorvosi** állásra

Ezen állás évi 2400 korona díjazással kapcsolatos.

Az állásra a pályázati kérvények a pénztár igazgatóságához czímezve **1911 évi július hó 10.-éig** adandók be a pénztár főorvosi hivatalában (VII., Damjanich-utcza 36. szám), a hol hétköznaponként délelőtt 11—12 óra között az állásra vonatkozó bővebb felvilágosítás nyerhető.

A pályázati kérvényhez a magyar honosságú oklevél másolata és az eddigi orvosi működést feltüntető bizonyítványok másolatai csatolandók, megjegyezve, hogy az állást csak oly orvos nyerheti el, a ki két évi orvosi gyakorlatot tud kimutatni.

A pályázókat az állásra az igazgatóság választás útján alkalmazza; az alkalmazott orvos köteles a számára kijelölt területen lakni és az állást az alkalmaztatást kimondó igazgatósági határozat keltétől számított 8 napon belül elfoglalni.

Budapest, 1911. évi június hó 20.-án.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár.

11306/1911 szám.

Trencsén vármegye közkórházánál megüresedett második **másodorvosi** állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhivom mindazokat, a kik ezen nyugdijképességgel és az alább részletezett javadalmazással egybekötött állást f. é. augusztus hó 1.-től bíró hatálylyal elnyerni óhajtják, hogy a vármegyei főispán úrhoz czímzett és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának III. pontja 2 bekezdésében előirt képesitésről tanuskodó okmányokkal, valamint a V. Ü. Sz. 4. §-a értelmében születési, hatósági orvosi és erkölcsi bizonylattal iz kiegészített kérvényeiket legkésőbb **folyó évi július hó 20.-áig** nyujtsák be, mert a később beérkezendő folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen második másodorvos évi javadalmazása 2000 korona törzsfizetés, 600 korona lakbérátalány és az inspectiós napokon első osztályú élelmezés.

Megjegyzem, ha okleveles orvos nem jelentkeznék, ezen állás esetleg szigorló orvossal is be lesz töltve, kinek javadalmazása 6 korona napidij, inspectiós napokon első osztályú élelmezés, egyszobás lakás, fűtés és világításból állana.

Kelt Trencsénben, 1911. évi június hó 22.-én.

A vármegye alispánja h.: *Nemák* várm. tb. főjegyző.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

Kellemes 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 forrásleirások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

55. évfolyam. **28. szám.** *Budapest, 1911 julius 9.*

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Freystadtl Béla: Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.) Gégehűdés nyúltvelői megbetegedés két esetében s a Semon-Rosenbach-féle törvény. 495. lap.

Weisz Ármin: Közlemény a pécsi m. kir. bábaképző intézetből. (Igazgató-tanár: Doktor Sándor dr.) Inversio uteri esete. 496. lap.

Fischer Ignácz: Önálló kórforma-e a „moral insanity“? 499. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Alfred Rothschild*: Lehrbuch der Urologie und der Krankheiten der männlichen Sexualorgane. — *Lapszemle. Belorvostan. E. Frank*: A vesének és mellékvesének a magas vérnyomáshoz való pathologiás viszonya. — *Sebészet. Picqué*: A mellüregbe hatoló sérülések kezelése. — *Elmekórtan. Frotscher* és *Becker*: A szénsavas fürdők használhatósága az elmebetegek gyógyitásában. — *Willmanns*: A börtön-psychosisokról. — *Gyermekorvostan. Jesionek*: A salvarsan-tej. — *Venereás betegségek. W. Frieboes*: A syphilisnek korai és erélyes kezelése nyomán létrejött pseudoprimaer affectiók. — *Húgyszervi betegségek. H. Lohnstein*: Az ureterkatheterismus technikájának könnyebb elsajátitása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Noorden*: Arsentartalmú dürkheimi Maxquelle. 501—505. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — Klinikai füzetek. 505. lap.

Vegyes hirek. 505. lap.

Tudományos társulatok. 506—509. lap.

Melléklet. Réczey Imre: A budapesti kir. magy. tud.-egyetem II. számú sebészeti klinikum betegforgalma az 1910. évben.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tudomány-egyetem II. sz. belklinikájából. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

Gégehűdés nyúltvelői megbetegedés két esetében s a Semon-féle törvény.

Irta: *Freystadtl Béla* dr.

A *Semon-Rosenbach*-féle törvény értelmében a vagus-recurrens törzsét avagy nyúltvelői magvait érő minden előhaladó szervi megbetegedés esetében a recurrens azon idegrostjai szüntetik be előbb működésüket, melyek a musculus cricoarytaenoideus posteriort, a hangréstágító izmot idegzik be s csak a bántalom előrehaladtával bénulnak a recurrensnek a hangrést szűkítő izmait ellátó idegrostjai is. A gégeizom-hűdésnek ezt a törvényszerűen lefolyó sorrendjét *Rosenbach* észlelte először perifériás recurrensbántalom esetében. *Semon* a saját és mások tapasztalatainak alapján ez észleletet megerősítette s később a centralis, nyúltvelői megbetegedések eseteire is kiterjesztette. E törvényszerűségnek a recurrens nyúltvelői magvainak megbetegedése esetében is fennálló érvényét főleg a tabeses betegek hangszálbénulásai alapján vette fel *Semon*, melyeket mind nuclearis eredetűnek tartott. *Semon* szerint ugyanis: „a nyúltvelői gégehűdések leggyakoribb oka kétségtelenül a tabes dorsalis s tabes eseteiben, ha gégehűdés egyáltalán előfordul, mindig a hangrést tágító izom medullaris magvai pusztulnak el legelőször“. Azonban *Cahn* 1902-ben több histologiai lelet alapján azt állitja, hogy a tabeses betegek recurrensbénulása az esetek túlnyomó többségében nem centralis, hanem perifériás eredetű. E lelet megdöntené *Semon* törvényének legerősebb támaszát. *Körner Cahn* vizsgálatainak alapján már tagadja is a *Semon*-törvény érvényét nyúltvelői megbetegedések eseteiben. Valóban nem nagyszámú ama bizonyosan nyúltvelői eredetű gégehűdések száma, melyekben a *hangszálizombénulások sorrendjét* ismerjük. Ezért érdemesnek tartom a következő két részletesen megfigyelt esetnek közlését.

I. B. M. 38 éves nő, betegsége 15 év előtt kezdődött. Jelenleg syringomyeliának kifejezett alakját mutatja. A kéz kis izmai a musculi interossei, a thenar és hypothenar erősen sorvadtak, a csontközti hézagok beesettek. A tapintás-, fájdalom- és hőérzés nagy területen hiányzik. A tapintásérzés hiányzik mindkét alsó végtagon s a has bal felén. A fájdalomérzés a bal felkaron, bal mellkasfélen, a has nagyobb részén s a bal alsó végtagon hiányzik. A meleg- és hidegérzés a jobb felső végtagon, a hason s a bal alsó végtagon hiányzik. Többször előfordult, hogy a beteg megégette magát a nélkül, hogy érezte volna.

A beteg beszéde vontatott, monoton. Hangja normalis. Nyelés zavartalan. A nyelv csúcsa kiöltéskor jobbfelé tér el, a nyelv jobb fele atrophiás, egyenetlen, dudorzatos. A lágy szájpad részarányosan emelkedik. A jobb hangszál phonatio közben a középvonalba jut és a túloldali hangszálhoz fekszik, mély lélegzetvételnél csak kevéssé távolodik a középvonaltól, a normalis abductiónak körülbelül csak harmadrészét végzi. A bal hangszál kifelé és befelé normalis kitéréseket végez. A nyelvnek, lágy szájpadnak, garat hátsó falának, gégének sensibilitása normalis. Reflex jól kiváltható. Thermoanaesthesia, analgesia nincs jelen. Izlelés érzéke a jobb nyelvfélen jelentékenyen csökkent, legerősebben sós és savanyú, kevésbé az édes, legkevésbé a keserű izqualitással szemben. Szaglás normalis. A betegnek garatjára, gégéjére vonatkozólag semmi panasza sincsen. Gégevizsgálat rajta előzőleg sohasem történt.

Ilyen volt a beteg állapota 1910 január elején, midőn először végeztem rajta gégevizsgálatot. A gégelelet ilyen maradt több mint két hónapon át, mely idő alatt a beteget körülbelül hetenként vizsgáltam. Ez idő után — márczius közepén — a garat- s gégelelet következőképpen változott:

A lágy szájpad asymmetriásan emelkedik, balfelé elhúzódik. A jobb hangszál phonatio közben a középvonalban van, lélegzetvételnél is a median állásban marad, mély légvételnél

sem tér ki. A baloldali hangszál mozgásai normalisak. Hang normalis. Többször előfordult, hogy vízivás alkalmával a folyadék az orron át jött vissza.

Ilyen volt a garat-, gégelelet három héten át, majd oly módon változott, hogy az állandóan median állásban lévő jobb hangszalag erőltetett mély légvételnél kis rángó mozgást végzett kifelé. A jobb hangszálnak e minimalis abductio-mozgása a következő időben fokozódott s körülbelül egy hónappal utóbb — május hó közepe táján — mély légvételnél már a normalis kitérésnek felét végezte. A beteget ezután négy hónapig nem láttam. Szeptember közepén a jobboldali hangszál légzés közben normalis terjedelmű abdukáló mozgásokat végzett, phonatio közben pontosan hozzáilleszkedett a középvonalban a túloldali hangszalaghoz. A jobboldali lágyszájpadbénulás is csökkent.

Jelenleg deczember végén ismét kisfokú posticus-paresis észlelhető jobboldalt. A lágy szájpad jobb oldala kissé paretikus. A nyelv jobb fele épp oly atrophiás, mint kezdetben, a nyelv csúcsa kinyujtásnál jobbfelé tér el.

A betegnek a gégére vonatkozólag az egész észlelési idő alatt semmi panasza sem volt.

E betegnek tehát eleinte jobboldali posticus-paresise volt, később a posticus-paresis teljes postícus-paralysisbe ment át. A hangszalag az adductorok secundaer contractiója folytán a középvonalban állt mozdulatlanul. A posticus-paralysis lépésről-lépésre javult, végül teljesen eltűnt s a hangszalag mozgása normalissá vált. Később ismét mutatkozott kisfokú posticus-paresis jobboldalt.

Syringomyelia lefolyása alatt múló zavarokat néha más izom működésében is találunk. Gégeizomhűdések javulásáról csak néhány, részben bizonytalan adat fordul elő az irodalomban. Igy *Baurowicz* említi *Brunzlow*-nak egy esetét, melyet $1^1/_2$ évvel később *Bernhardt* — a nélkül, hogy *Brunzlow* közleményét ismerte volna — újból leírt. *Brunzlow* két évi megfigyelés alatt a jobboldali hangszalag paresisét észlelte, *Bernhardt* $1^1/_2$ évvel utóbb normalisnak találta a jobb hangszalag mozgásait. *Sendziak* egy baloldali posticushűdés esetét említi, melyben „egy hónappal a syringomyelia symptomáinak eltűnte után a larynxhűdés is eltűnt". *Baumgarten* közöl egy részletesen megfigyelt esetet, melyben jobboldalt posticus-paralysis állott fenn, baloldalt posticus-paralysis és posticus-paresis többször váltakozott egymással. Lágyszájpadbénulás javulását *Baurowicz* említi egy esetében.

II. T. I., 24 éves férfi, földmíves. Betegsége 6 hónappal ezelőtt általános gyengüléssel kezdődött. Főleg jobb keze s lába gyengült. Járáskor könnyen fárad, szédül. Betegsége óta gyakrabban előfordult, hogy nyelés közben a folyadék az orrán át jött vissza. Hangja megváltozott, rekedtes lett.

Tapintásérzés mindenütt megtartott. Hőérzés a jobb felkaron s alkaron, a mellkas jobb felén, a jobb arczfélen a mandibula mentén zavart. E tünetek a garat- s gégelelet mellett syringomyelia, illetőleg syringobulbia diagnosisát teszik valószínűvé.

A beteg beszéde vontatott. Hangja rekedtes. A nyelv csúcsa kiöltésnél jobbra tér el, a nyelv jobb fele kisebb tömegű, atrophiás, lapos, redős. A lágy szájpad jobb fele phonatio közben nem emelkedik. A jobb hangszalag légzés közben a középvonalhoz közel áll. Phonatio közben kissé közeledik a középvonalhoz, de csakhamar, még phonatio közben, előbbi helyére tér vissza. Abductiót mély légvételnél sem végez. Teljes posticus-bénulása van tehát a betegnek az adductorok kezdődő paresisével. A baloldali hangszalag mozgásai épek. A lágy szájpadnak, garat hátulsó falának s gégének érzékenysége mindkét oldalon erősen csökkent. Nyelési reflex a lágy szájpadnak s garatnak erős érintése által sem váltható ki. Köhögés csak az interarytaenoidalis részlet érintése útján váltható ki.

Ilyen volt a garat- és gégelelet 1910 márczius 20.-án, midőn először vizsgáltam a beteget. A betegség további lefolyása alatt a gégekép oly módon változott, hogy jobboldalt néhány nap mulva teljes recurrens-bénulás fejlődött ki, míg a baloldali hangszalag mozgásai teljesen épek maradtak. Három héttel később baloldalt is mutatkozott kisfokú posticus-paresis A beteg ezután elhagyta a klinikát s tovább nem volt észlelhető. Klinikai tartózkodása alatt erélyes antilueses kúrát használt, eredmény nélkül.

E két esetben a hangszálhűdés változásainak minden phasisa teljesen a *Semon*-törvénynek megfelelően folyt le. A központi idegrendszer megbetegedéseinél — ha tabest nem tekintjük — syringomyeliánál, sclerosis polyinsularisnál s bulbaerparalysisnél fordulnak elő leggyakrabban gégeizomhűdések. A sclerosis polyinsularisnál észlelt adductor-paresisek nem értékesíthetők a *Semon*-törvény ellen, mivel a megbetegedés supranuclearis fekvésű is lehet. Bonczlelet hiányzik ez esetekben. Bulbaerparalysisnél aránylag ritkán észlelnek gégehűdést. E betegségnél észlelt adductor-paresisek kis számú eseteiben a megbetegedés — *Semon* szerint — valószínűleg corticalis volt, tehát pseudobulbaerparalysis esete forgott fenn. A syringomyeliánál előforduló gégehűdések kétségenkívül nyúltvelőiek. E megbetegedésnél gyakrabban találkozunk posticushűdéssel. E leletek teljesen megfelnek a *Semon*-törvény követelményének. Úgy látszik, a mint a recurrens törzsében a musculus posticust beidegző idegrostok az érzékenyebbek mindenféle bántalommal szemben s a recurrens törzsét érő egyenletes bántalom eseteiben a musculus posticus idegrostjai szüntetik be előbb functiójukat s csak később bénulnak az adductor-rostok is, ehhez hasonlóan a nyúltvelőben is a posticus magvai a vulnerabilisabbak s a nyúltvelői larynxmagvak egyenletes, diffus megbetegedésénél a posticusmagvak veszítik el korábban functioképességüket, teljesen a *Semon* törvényének megfelelően. Syringomyeliás megbetegedésnél azonban a posticus-bénulások okának egy más lehetőségét is tekintetbe kell vennünk. A nyúltvelői gliosisnak és hasadékképződésnek bizonyos szabályszerű elrendeződése van (*Schlesinger*); lehetséges, hogy a hasadékképződés helyzetének e szabályossága folytán csak a posticus magvai sérülnek, vagy a posticusmagvak sérülnek erősebben, az adductormagvak kevésbé. E lehetőségnek előfeltétele az, hogy a posticusmagvak fekvése többé-kevésbé differentiált legyen az adductormagvak fekvésétől. E lehetőséget tekintetbe véve, a syringobulbiánál esetleg előforduló adductor-paresisek sem szólnak — *Grabower* szerint — a *Semon*-törvény ellen, mert ez csak a magvakat érő egyenletes, diffus megbetegedések eseteire vonatkozik. Valóban úgy van, hogy a *Semon* törvényének ismerete óta lefolyt 30 év alatt egyetlen oly esetet sem észleltek, mely kétségen fölül megdöntötte volna a törvény érvényét. A klinikai megfigyelések növekvő száma mindinkább *Semon* törvényének helyes volta mellett szól.

Irodalom: *Baumgarten*: Rachen- und Kehlkopfsymptome bei der Syringomyelie. Berliner klinische Wochenschrift, 1909. 34. sz. — *Baurowicz*: Zur Kehlkopferkrankung bei Syringomyelie. Arch. f. Laryngologie, 1899. — *Arnold Cahn*: Ueber die periphere Neuritis als häufigste Ursache der tabischen Kehlkopflähmungen. Deutsches Arch. f. klin. Medizin, 73. köt. — *Grabower*: Bemerkungen zur zentralen Kehlkopfmuskellähmung und zum Rosenbach-Semon'schen Gesetz. Archiv für Laryngologie, 1910. — *Körner*: Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 56. és 61. köt. — *Schlesinger*: Die Syringomyelie. 1902. — *Semon*: Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. (Heymann's Handbuch.) *Sendziak*: Klin. Vorträge aus d. Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. 1901. Haug.

Közlemény a pécsi m. kir. bábaképző intézetből. (Igazgató-tanár: Doktor Sándor dr.)

Inversio uteri esete.

Irta: *Weisz Ármin* dr., tanársegéd.

A méh kifordulása manapság már alig ismert complicatiója a szülésnek. A régi szülészeti ténykedés túlbuzgósága, a szülés ki nem forrott exspectativ kezelése, a tudatlanság még elég gyakran provokálta e súlyos rendellenességet. Klinikák, orvosi felügyelet alatt álló szülőházak ma már egyáltalában nem ismerik; százezrekre menő szülésre is vissza tud

pillantani nem egy nagyobb klinika a nélkül, hogy inversio esetét tudná feljegyezni.

A méhkifordulás ritkasága onnan ered, hogy több segítő tényező egybetalálkozása tudja csak a kifordulást létrehozni. A méh csak akkor tud kifordulni, ha tág és már egészen vagy nagy részben üres, nevezetesen csak a magzat megszületése után. Normalis viszonyok között a magzat kitolása után rendszerint mintegy 10 percz fájdalomszünet következik, mely alatt a méh fala összeesik. A méh puha, de nem vérzik, lepényleválás vagy egyáltalában nincs még, vagy csak a centrumban (retroplacentaris haematoma). A méh izomzata bizonyos fokú tonussal ilyenkor is bir, és ez éppen elegendő, hogy puhább fala a lepény súlyától a tág méhüregbe ne gyűrődjék. Az ismét jelentkező fájásokkal a lepény tapadási felszíne megkisebbedik és bekövetkezik a lepény leválása. A levált lepény a peteburkok által képzett zsákba sülyed és ezt súlyánál fogva maga után húzza és kifordítja. A rés előtt tehát többnyire fordított felszíneivel van előttünk a petezsák.

A petezsák eme természetes kifordulásában részt vehet a petezsákhoz tapadt méhfal is, de az kifordulhat önmagában is. Ha a méh fala oly petyhüdt, tágasságához képest oly elvékonyodott, atoniás, hogy a lepény súlya nem áll arányban a méh falának ellenállásával, ez esetben főleg a lepény tapadása helyén, falának legnehezebb pontján, könnyen behorpad. Ha a méhfal ereje és üregének tágassága közti aránytalanságot *külső erő* a méhfal rovására növeli, a behorpadás az erő irányában fokozódhatik. A külső erőbehatás többféle lehet: az össze nem húzódott méh kívülről való nyomása, (helytelenül alkalmazott *Credé*-műfogás, *Külp*, *Bacon*), de legtöbbször a lepény eltávolításának azon módja, melyet régen tudatlan kezek szoktak alkalmazni, hogy a lepényt a köldökzsinórnál húzva akarják a szülőcsatornából kihozni (violens inversiók). Olykor a magzat súlya is szerepelhet mint előidéző ok, nevezetesen akkor, midőn vagy a köldökzsinór túlrövidsége miatt a méh fala követi a magzatot, vagy a nő álló helyzetben vagy guggolva szül s a megszületett magzat mintegy csüng a méhfalhoz még szorosan tapadó lepényen. Ezen esetekben a kifordulás mechanikai eredete nyilvánvaló.

Van azonban sok oly eset is leírva, hogy a kifordulással kapcsolatban külső erőbehatás szembetűnő módon nem szerepelt. A méh önmagától kifordult (spontán inversiók). S újabban az irodalomban éppen ezen spontán kifordulások fordulnak elő nagyobb számban, míg a violens kifordulások majdnem teljesen eltüntek, hála az elterjedt tökéletesebb bábai segítségnek. De a spontán kifordulásnál is csak látszólagos a külső erőbehatás hiánya. Lehet a méh oly petyhüdt, hogy a nő erőlködése, köhögése, hányása — a mire az atoniás méh okozta vérzés könnyen szolgáltat okot —, a hasprés bármi okból való igénybevétele elegendő, hogy a fokozott hasüri nyomás a tágult méhfalat benyomhassa. A méh üregének hirtelen kiürítése, pl. fogó-műtétnél praedisponálhat a kifordulásra. *Kézmárszky* az ilyen kifordulást úgy magyarázza, hogy az igen puha méhből távozó test, így az ököl is, dugattyúszerűen zárja a méh üregét s mintegy maga után szívja a falát.

Az inversio folyamatát előidéző erőcomponensek nagysága szerint az inversio foka változó lehet. Az első foka lesz, ha a behorpadt méh fundusa a tágult méhnyakban foglal helyet, a külső méhszáj által visszatartva (inversio intrauterina, *Montgomery*). Az erők az eredő irányában tovább hajthatják a tölcsért, a puha, erőtlen méhszájon is át és lesz belőle inversio intravaginalis, de lehet oly intensiv az erőbehatás, hogy ennek a petyhüdt szeméremrés sem áll ellen és a kifordult méh a czombok közé születik (inversio extragenitalis, *Montgomery*).

A nő sorsa ilyenkor igazán a véletlen szerint dől el. Legszerencsésebbek azon esetek, a hol a méhlepény még *teljesen rajtatapadt* a méhfalon. Vérzés ilyenkor nincs, de a shock súlyos zavarokat, esetleg hirtelen halált idéz elő. A legtöbb nőt a vérzés pusztítja el (22% mortalitas). A kifordult méh a lepény leválása helyéről önti a vért. Az esetek más részében ezt is kiállják a nők. Akkor még meg kell küzdenie a nőnek az infectio veszélyével, melyet mind a kifordulás, mind a therapiája bőven szolgáltat.

Kifordult állapotában a méh meg is maradhat. Az inversiót vagy nem vették észre, vagy sikertelen volt a kézzel vagy ballonnal való reinversio (*Josephson, Kézmárszky* stb.). A méh végigcsinálja az involutiót és hozzá alkalmazkodik a megváltozott vérkeringési viszonyokhoz. Ezek az *inversio uteri inveterata* név alatt ismert anomaliák. Így igen sokáig lehet a méh kifordulva a nélkül, hogy az orvosi segítséget sürgetné; az irodalomban több eset van feljegyezve, midőn a méh idült kifordulása 15—20 évvel előbb történt szülésre volt visszavezethető (*Josephson, Prior, Svan stb.*).

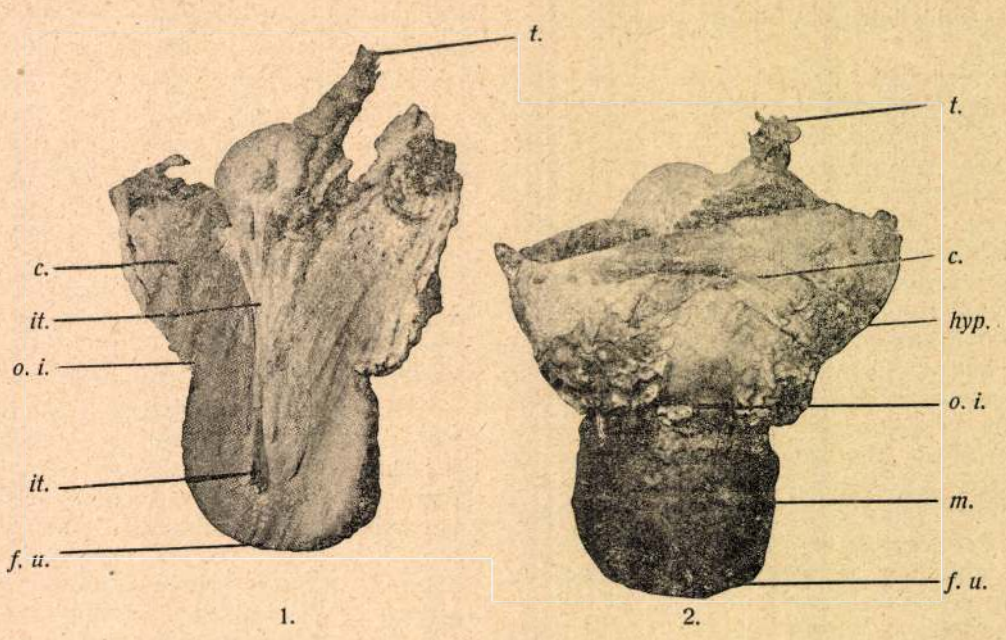
Ezen szüléssel kapcsolatos kifordulás kívül aránylag kevés számban van leírva oly inversio, mely daganat által idéztetett elő. Vastag kocsányú vagy széles alapú, a méh faláról lógó daganatok a méhszáj kitágulása után magukkal húzhatják a tapadó felszint. De bár oly gyakori a méhdaganatok előfordulása, az így létrejött inversiók fölötte ritkák; hét-nyolczszorta kevesebbszer fordul elő a daganat-okozta inversio, mint a szülési eredetű (*Wallgren*), jeléül annak, hogy a kifordulóshoz szükséges tényezők, a méhfal ellenállása és a daganat súlya, térfogata, elhelyeződése által létrejött nagyobb erőkülönbségek ritkán találkoznak egybe.

Az eddig tárgyalt inversiók mechanismusa elég érthető: a tág, puha méhfal erőbehatásra behorpadt. Van azonban egy pár eset, melyben a szerzők idős nőkön oly inversiót észleltek, melynek létrejöttére egyáltalán nem tudtak magyarázatot találni, vagy csak alig kielégítőt. Így *Fullerton* két esetet észlelt, a hol az inversio igen távol az utolsó szüléstől és túl a klimaxon is került észlelésre. Mindkét esetben a nőket testi megrázkódtatás után beállott prolapsus-tünetek kényszerítették orvoshoz, a ki az inversiót felfedezte, de annak eredetét, keletkezése idejét megmagyarázni nem tudta. Mindkét esetben cervix-repedés is volt (*Frommel* 1896). *von Fellenberg* ugyancsak a klimaxon messzire túl lévő idős nőn észlelt inversiót, a magyarázatát azonban alig érthetjük: a szerző a hasprés erőlködését okolja, mely a méhet fokozatosan befelé gyűrte, míg az teljesen ki nem fordult (*Frommel* 1900).

A közelmultban hasonló körülmények közt fennálló uterus-inversio volt észlelésünk tárgya. Alig van remény, hogy ezen egyetlen esetünkön kívül több is kerülhessen észlelésünk körébe, azért már érdekességénél fogva is érdemesnek tartom közölni.

113/1909. Özv. P. Mihályné, földmíves özvegye. II. P. Az I. P. 42 év előtt, a II. P. 37 év előtt; nem emlékszik arra, hogy valami baja lett volna a szülések alatt vagy után. Havibaja 17 év előtt szűnt meg; addig 4 heti időközökben 3—4 napi tartással jelentkezett. Mindeddig egészen egészségesnek érezte magát. Két hét óta beteg. Akkor emelt valamit, miközben úgy érezte, mintha valami megpattant volna a testében. Ugyanakkor kis vérzés is jelentkezett; ha erőlködik, valami ki is jön a hüvelyéből. Vérzése az utolsó napokban bővebb lett. E miatt jön ambulantiánkra, gyalog több kilometernyire fekvő falujából. Étvágya jó, máskülönben sincs panasza.

Alacsonyabb termetű, mérsékelten táplált, elég rugékony öreg nő. Arczszine halvány. Mellkasi és hasorganumok épnek látszanak. Genitalis lelet: a hüvelybemenet tág, a hüvelyben mélyen gömbölyded, hosszúkás, felfelé kissé vékonyodó képlet; felső kocsányszerű része kézelőszerű szegélytől van a hüvelyboltozatban körülvéve. Gyenge húzással a képlet a hüvelylyel együtt a szeméremrés elé volt hozható S most könnyű szerrel felismerhető mint kifordult méh. Az alsó, a méhfenéknek megfelelő része szélesebb, lapos, vérzékeny, felfelé vékonyodik, a méh teste a belső méhszáj táján kis befűződés alakjában éles határral megy át a tág, petyhüdt, ránczos méhnyakba, melynek nyálkahártyáját, főleg kétoldalt a hüvelyboltozatra is átterjedőleg, kemény, érdes, pikkelyszerű szemölcsök borítják. A méhfenéken felül-alul



1. *t.* = tuba, *c* = méhnyak túltengett izomzata, *it.* = inversiós tölcsér, *o. i.* = belső méhszáj, *f. u.* = méhfenék.
2. *hyp.* = szaruszigetek, *o i.* = belső méhszáj, *m.* = méh teste, *f. u.* = méhfenék, *t.* = tuba az inversiós tölcsérben.

egy-egy finom behúzódás jelzi a tubanyílásokat (az uterus 90°-os szögben elfordult a rendes helyzetéből).

Diagnosis: Inversio et prolapsus uteri totalis. Keratosis mucosae vaginae et canalis cervicalis.

Műtét (*Doktor* dr.) 1909 július 13.-án. Exstirpatio uteri inversi per vaginam. A kifordult méhtest erős lehúzása mellett két ovalis metszés a hüvely oldalfalain, reszekálva a pikkelyszerűen érdes hüvelyfalat Elől-hátul összekötjük a metszést a cervix fölött. A hólyagot könnyen feltoljuk. Az oldalsó lebenyek lefejtése közben egyenkint lekötjük az uterin plexus ereit. A megnyitott hashártyatölcsérben van a két megnyúlt ligamentum latum; az ovarium és tuba mindkét oldalon szabad, ép. A ligamentum infundibulo-pelvicum leszorítása, elmetszése. A ligamentum latumot egyes részletekben lemetszve, szabaddá lesz a méh függelékeivel együtt. A hashártyát összevarrjuk, belefoglaljuk a spermaticák csonkjait is. A hüvelyboltozati sebszélek összevarrása. Tampon a hüvelybe.

Simán lefolyt, 10 napig tartó gyógyulás után a beteg kissé rövidebb hüvelylyel hagyja el az intézetet.

A méhet *Orsós Ferencz* pécsi közkórházi prosector volt szíves megvizsgálni. Neki köszönjük a róla készített fényképfelvételeket is.

Leletét a maga terjedelmében itt adjuk.

„A méh a hüvelylyel együtt teljesen kifordult, úgy hogy a különben ép és szabad kürtök és petefészkek nagy része a 12—15 mm. átmérőjű, hashártyával burkolt látszólagos üregbe húzottak. Az egész méh 7·5 cm. hosszú, ebből 3·5 cm. a jóval vastagabb falú, nagy mértékben kitágult nyakcsatornára esik. A tulajdonképpeni corpus 4 cm. magas és 4·5 cm átmérőjű pöffetegszerű, kétoldalt kissé ellapított dudort alkot, melynek domborulatán a kürtök beszájadzása 2 sekély tölcséres behúzódás alakjában még jól felismerhető. A dudor felületét elég puha, lapos szemölcsökkel borított sötét szederjes-vörös, tömött sarjszövetszerű réteg borítja, mely a belső méhszáj kissé befűződött helyén élesen határolódik a nyakcsatorna erősen megvastagodott, fehér, kemény, e helyen finoman tüskés nyálkahártyája felé.

A méhtest fala az eredeti funduson 11 mm., oldalt 17 mm. vastag, általában szívós és vastagodott falú erekkel áthatott. Szembeötlő szerkezeti elváltozást azonban nem mutat. A nyakcsatorna fala 20—25 mm. vastag s általában hasonló a méhtest falához, csakhogy a belső méhszáj táján a nyálkahártya felületéről kisugárzó körkörös heggel áthatott. A nyak hüvelyes részének nyálkahártyája legnagyobbrészt levált s egyenes vonalban, megkülönböztethető határ nélkül folytatódik a hüvely rendes vastagságú falába.

A nyakcsatorna nyálkahártyája igen vastag, elkérgesedett, némileg a külbőrre emlékeztet és kivált kétoldalt lencse-, egész babnagyságú, kemény, száraz, szarus pikkelyekkel borított.

A hüvely boltozatának megfelelő részletből készült mikroskopi metszeteken a hám 15—30 sejtrétegű, felületét az erősen kifejezett keratohyalinos rétegen fekvő vastag, itt-ott szemölcsszerű tövisekkel fedett szarus réteg borítja, mely helyenkint jóval vastagabb a hámréteg vagy az egész nyálkahártya többi részénél. A hám basalis rétegéből aránylag vékony, de elég hosszú csapok is ágaznak. A hüvely falának egyéb rétegeiben durvább elváltozás nem látható, csupán a rugalmas rostok mutatnak többé-kevésbé kifejezett szemcsésedést és egyenetlen színeződést.

A kifordult fundusból készült metszeteken a nyálkahártya alig 0·5—1 mm. vastag réteget alkot, melynek stromája nagy fokban sejtesen beszűrődött és erősen kitágult, vértelt erekkel s apróbb vérzésekkel áthatott. Az idegen sejtelemek nagyrészt plasmasejt-jellegű vándorsejtek (polyblastok), helyenkint azonban a nyiroksejtek a túlnyomók, melyek kisebb, reticularis vázzal áthatott nyirokcsomókat is alkotnak. A nyálkahártya szabad felülete csupasz, sarjszövetszerű. Mirigycsatornák csak csekély számban találhatók; többnyire ferde lefutásúak, szabálytalan tágasságúak. Hámrétegük itt-ott kisebb fokú burjánzás nyomait mutatja; a legtöbb mirigymaradvány tulajdonképpen már nem a nyálkahártyában, hanem az izomfal kis fokban sejtesen beszűrődött felszínes rétegében fekszik. Az izomfal mélyebb rétegei szembetünő elváltozást nem mutatnak.

A kifordulás on kívül legfeltünőbb ez esetben a méhnyak szokatlan nagysága, a mi a kifordulással ha nem is oki, de bizonyára valamelyes összefüggésben áll s nem csupán másodlagos kitágulás. Régebben fennállott daganatképződmény vagy annak leválásának oka bizonyossággal nem volt felismerhető. Diagnosis: Inversio uteri cum hyperkeratosi mucosae canalis cervicalis.“

Tehát két önmagában is ritka folyamattal van dolgunk: helyzetváltozással és szövetelváltozással.

A mi a méh kifordulását illeti, szokatlan a kor, melyben betegünk első ízben igényelt baja miatt orvosi beavatkozást. Mikor és miként keletkezett a kifordulás?

A szövettani lelet és az anamnestikus adatok alapján azt hiszem, teljes joggal elvethetjük a méh kifordulásának valamely lelökődött daganattal kapcsolatos mechanismusát. Oly terjedelmes daganat, mely a méhet is kifordítja, nyom nélkül el nem távolodhatik. Maradna két módja a kifordu-

lásnak, a szüléssel kapcsolatos kifordulás és a fentebb említett kategóriája az inversióknak, t. i. idős nőkön észlelt, látszólag önmagától létrejött kifordulás.

Ez utóbbit illetőleg szinte feltünő ugyan a hasonlatosság esetünk és a *Fullerton* esetei közt. Az inversiót testi megrázkódtatás után észlelte ő is oly idős nőbetegen, kinek addig semmi baja sem volt és úgy látszik a régen történt szülése alatt sem volt valamely rendellenesség. Esetünkben a pontos vizsgálat ugyancsak cervix-repedést tudott felmutatni, tehát ebben is egyezik. S mégis alig hinném, hogy esetünkben az inversio csakugyan a 2 hét előtt történt testi megrázkódtatással állana elsődleges oki összefüggésben. Nem tekintve azt, hogy a senilis atrophiában lévő méhet a fenekén még csak behorpasztani sem sikerül, annál kevésbé tudná az ily mérvű kifordulást a hasprés előidézni. De főként az uterus boncztani képe nem mutat a kifordulás acutabb jellegére. Legfeltünőbb s még a fényképen is jól kivehető a méhnyak tágult volta, de különösen falának vastagsága. Üregének tágassága, a nyálkahártya alig kisimítható haránt ránczai arra mutatnak, hogy a cervix hosszú időn keresztül volt kitágulva. Falának vastagságát activ hypertrophiának foghatjuk fel, melyet a róla lecsüngő méh teste, mint fokozott megterhelés okozhatott.

S így mint aetiologiai momentum leginkább szóba jön a beteg utolsó, 37 év előtti szülése. S mint az inversio uteri inveterata elég számos esetében (*Svan*, *Prior)* a nők minden különösebb nehézség nélkül évtizedeken keresztül viselték a bajt, a mi esetünkben szintén úgy lehetett. Valószínűnek tartom, hogy így volt a mi esetünkben is, s az említett erőművi behatás, a teheremeléssel járó hasprésműködés csak a prolapsusnak volt okozója.

Érthetőbb így a cervix hámjának feltünő elváltozása, melyhez hasonlót az irodalomban nem tudtam felfedezni. Azonos úgy látszik, azzal az elszarusodással, melyet régi totalis prolapsusok eseteiben a hüvely nyálkahártyáján szoktunk lapos, fehér foltok alakjában látni. Szokatlan ez az elszarusodás a nyakcsatorna egy rétegű hengerhámján és szépen volt az élőn s a friss készítményen látható, mily éles határvonalon szűnik meg az elváltozás a belső méhszáj táján. Az elszarusodás nagy foka s a cervix hámjára is ráterjedése nyilván szintén a mellett szól, hogy a méh kifordulása még a 37 év előtti szüléskor támadhatott. S így figyelemreméltó, hogy oly hosszú időn át oly kevés bajt, tünetet okozott.

Önálló kórforma-e a „moral insanity“?

Irta: ***Fischer Ignácz*** dr., rendelő főorvos, budapesti törvényszéki elmeorvosi szakértő.

(Folytatás.)

II. A második eset következő:

V. L. 22 éves, r. k. vallású, nőtlen joghallgató. Családilag erősen terhelt, atyai ágból való nagyanyjának apja hirtelen haragú, könnyen fellobbanó egyéniség volt, ki aprócseprő dolgok miatt revolverrel lövöldözött; ezen nagyanyjának egyik nagynénje, unokaöccse s anyja elmebeteg volt, ezek közül 3 öngyilkos lett, egyik unokaöccse alkoholista volt, ez is vagy öngyilkosság vagy morphinismus következtében pusztult el. Atyai nagyapja különcz volt, a mellett emberkerülő, gyakran szédülésekben szenvedett, a kalapot sohasem hordta a fején, hanem a kezében, nyakkendőt nem tűrt, mert félt, hogy az őt strangulálja. Kocsin sohasem járt, habár fogatot tartott. Mint nagy számoló tehetséget ismerték, különösen a fejszámolásban tünt ki. Azt állítják, hogy ő ezen nagyapjához hasonlít. Atyja agyhártyalobban halt el s már gyermekkorában scrophulotikus volt. Gyermekkorában betegségekben nem szenvedett, csak mint kis fiú leesett az ágyról, majd mint nagyobb fiú biczikliről bukott le, annak köszönheti lelapított orrát. Későn kezdett járni és beszélni.

Serdülő korában éjjel álmában sokat beszélt, sőt ágyából kikelt és alvajárt. 15 éves korában már hódolt az onániának, azt elég sűrűen végezte, rendesen egyszer, de előfordult, hogy többször is naponta. $^1/_2$ évvel később már közösült, barátaival járt bordélyházba. 19 éves korában kankót acquirált, 21 éves korában syphilist kapott. Az italt kedveli, naponta legalább $^1/_2$ liter bort iszik, reggelenkint sört fogyaszt, de megesik, hogy napjában egypár litert is iszik, a mellett a whiskyt sem veti meg. Az italt meglehetősen bírja, de azért több ízben megtörtént, hogy lerészegedett. Sokat dohányzik, czigarettákon kívül az erős havanna-szivarokat kedveli. Elemi osztálybeli tanulmányait magánúton, kitünő eredménynyel végezte, 9 éves korában gymnasiumba iratkozott, az első osztályt elégséges eredménynyel absolválta, a második osztályt ugyanazon iskolában megkezdte, de ott csakhamar ajánlották, hogy más iskolába adják, mert folyton csínyeket követett el, így óra közben nyivákolt, papirból csinált trombitával csúnya búgó hangokat hallatott, majd bűzbombákat dobált a kathedra elé, az ő buzdítására vele együtt tanulótársai tanárjai ablakait hólabdákkal bombázták, majd békés polgárok lakásaiba nyitott ablakon keresztül agyagból készült golyóbisokat dobott, másszor égő, durrogó tüzes békákat hajított be, majd nyugodtan sétáló emberek elé kötelet tett, azt megrántotta, úgy hogy azok földre buktak, barátaival idegen házak udvarán tűzijátékot rendezett, majd a sétáló közönségre lakásából, mely magasan feküdt, romlott gyümölcsöt hajított, s azt parittyájából kövekkel, golyókkal bombázta.

Ezen cselekedetei miatt el kellett hagynia az iskolát és tanulmányait csak magánúton folytathatta, de ekkor ismét nevelőjével veszekedett, azt gyakran elverte, szobáját elsötétítvén, párnákat hajigált reá, ugyanakkor mint III. osztályú tanuló a zugligeti hegyről leeresztette a villamoskocsit, mely nagy robajjal az alantabb lévő kocsihoz csapódott és azt összetörte. A IV. osztályt ismét mint nyilvános tanuló végezte, azon idő alatt folyton ellenséges lábon állott tanulótársaival, velük sokat verekedett. Az V. osztályt 14 éves korában Nagyszombatban mint internista kezdte, onnan azonban kedélybetegsége miatt nagyanyja hazahozta és orvosi tanácsra Abbaziába vitte, hol 6 hónapi tartózkodás alatt állapota teljesen megjavult. Még egy pár hetet a Tátrában töltött, honnan egészségesen tért haza. Ekkor iskoláztatását folytatták, az V. osztályt mint magántanuló végezte és a piaristáknál vizsgázott, utána 2 hónappal a VI. osztályból eredményesen tett vizsgát. Ekkor annak örömére, hogy egy osztályt ugrott, lumpolni kezdett, állandó látogatója lett a Magyar Szinháznak, ott egy színdarabot 33-szor nézett végig. Majd az orpheumot, jobb és rosszabb éjjeli mulatóhelyeket keresett fel, hol leányokkal mulatott, azokkal pezsgőzött. A VII. osztályt is magánúton végezte, azon időben már nagyobb adósságokat csinált, sokat kocsikázott, czigányozott, előkelő hotelekben vacsorázott, sokat éjjelezett. 17 éves korában, mint VIII. gymnasistának nagyon megtetszett egy színésznő, ennek közelébe szeretett volna férkőzni, de az nem törődött vele, ő mindennek daczára folyton követte, mindig sarkában volt, ugyanazon vendéglőbe, czukrászdába ment, hová a színésznő. Ez azt észrevette, nagyon bántotta és mivel attól tartott, hogy barátjai féltékenykedni fognak és megneheztelnek reá, azért atyját és fivérét felkérte, hogy tartsák őt távol. Egyízben, midőn a színésznő lakása előtt sétált, annak atyja, fivére és egy idegen elállották útját a kövezeten, ezután az öreg hozzálépett és őt hülyének nevezte, mire ő egy megfelelő erős box-szal válaszolt. Verekedés támadt, utána a rendőrségre mentek. Majd ellene könnyű testi sértésért vádat emeltek, de ezen feljelentés alól a törvényszék felmentette. Ezután nemsokára a VIII. osztályt absolválván, érettségi vizsgálatot tett, de azon a magyar nyelvből elbukott. Nem igen vette azt lelkére, szórakozásnak kívánt élni, elutazott Németországba és Olaszországba, hol 2 hónapot töltött.

Hazakerülvén a tátralomniczi lóversenyre ment, hol nagy összegekben játszott, már akkor havi pénzét hosszú időre előre kivette, a mellett magas összegekben kártyázott. A nyári lóversenyeken is részt vett, közben Ős-Budavára pezsgős pavillonjait is sűrűn látogatta. Ezen időtájt már nagyobb kaliberben kezdett dolgozni, ékszereit elzálogosította, adós-

ságot csinált, barátait pumpolgatta és bár, hogy a lóversenyen nyert, mindig pénzzavarokkal küzdött, mert mindenét elmulatta, ugyanakkor már számozatlan fiakkert is tartott. Pénzre állandóan szüksége lévén, kölcsön szerzésén törte fejét, egész napokat uzsorát közvetítő ügynökökkel töltött, éjjente pedig szeszes italok élvezetében, zene és kétes mulatóhelyek gyönyöreiben szórakozott. Adósságai természetesen ezen életmód következtében folyton növekedtek és mivel nagyanyja a további pénzadást megtagadta, ő ékszereket hitelbe vásárolt, váltókat adván érte, melyekre anyja nevét hamisította, mint jótállóét. 4800 forintért vette az ékszereket és 950 forintra elzálogosította. Mindezen cselekedeteiért orvosi tanácsra sanatoriumban helyezték el, hol az orvosokat és betegeket folyton bosszantotta, azokat csúfnevekkel illette. Családja, nagy rimánkodására és igéretére, hogy megjavul, megváltozik, a sanatoriumból kivette, de alig került ki, tovább folytatta botrányos életét, e közben az érettségi letevésére Kőrösre ment, ott daczára, hogy nagy protectióval rendelkezett, az érettségit csak pótvizsga mellett tehette le. Ugyanis nem tanult, hanem a vizsgára való készülődés ideje alatt is lumpolt, nyilvános botrányokat csinált, így reggelig mulatva, ittasan a város főutczáján zeneszó mellett világos nappal czigányoktól követve vonult végig revolverlövések közt, sőt magának az igazgatónak ablaka előtt sütötte el több ízben fegyverét.

Az érettségi vizsga letétele után ismét Budapestre jött, hol azon siker fölötti örömében, hogy érettnek nyilvánittatott, zajos mulatságokat csapott. 1903. évben a 11-es huszárokhoz vonult be, hol eleinte a katonai fegyelem jó hatást gyakorolt reá, csakhamar azonban henczegő és felebbvalói iránti tiszteletlen viselkedése miatt 2 napig tartó szigorú áristomot kapott. Hanyagsága, figyelmetlensége, kicsapongó életmódja — sokat részegeskedett —, egy szóval rossz magaviselete (unmilitärisches Benehmen) miatt több időt töltött kaszárnyafogságban, mint a gyakorlótéren. Mielőtt a századába bevonult, megtörtént a „Beschreibung", mely szerint ő volt az önkéntesek közt a legrosszabbik. Daczára ezen qualificatiójának, sikerült neki több ízben szabadságot kapnia, ezen idejét a hamburgi és karlsbadi nemzetközi lóversenyeken töltötte. Magas összegekben ezrekbe játszott a bookmakereknél, szintúgy a kártyajátékon nagy summákat vesztett. Természetesen tanulásról szó sem volt, így a katonai theoretikus ismereteket nem sajátította el. A mellett botrányos, lump életmódja miatt a tisztikar neheztelését is magára vonta és így történt, hogy a tiszti vizsgát sem tette le.

A katonaságtól elkerülve, Bécsbe ment, hol versenylovakat vásárolt, automobilt, számozatlan kocsit bérelt, drága lakást és még drágább szeretőket tartott, jóllehet csak havi 500 korona apanageja volt. Majd Délolaszországba utazott, hol előkelő barátaival semmittevésben töltötte a késő őszt. Onnan Afrikába utazott, hol egy franczia énekesnővel találkozott, kivel együtt élt, azután Nizzába ment, hol a legelőkelőbb klubba lett felvéve és ott mindjárt szállást is vett. A lakásért egyedül fizetett naponta 20 frankot. Állandó látogatója lett a kaszinóknak, Monte-Carlóban is nagy összegekben játszott. Az internationalis meetingen nagy összeget veszített, különben is szórta a pénzt, pazarolt, így egy ismert franczia cocotte-ot egy 8000 frankos gyémántgyűrűvel ajándékozott meg. 1905 február havában Bécsbe jött vissza, hol pénzt akart teremteni, mi csak részben sikerült, de ez esetben nagyanyja nagyban segítette, úgy hogy adósságait valamiképp elrendezte. De ismét nemsokára pénzzavarba esett, mert a tavaszi meeting balul ütött ki, ott nagy összeggel maradt adós. Ekkor Pestre jött, hol utolsó kisérletet tett, hogy pénzt szerezhessen, de fiascót vallott. Ezen idő alatt luest acquirált, miért is sürgősen Hallba utazott. Ott is rendetlenül élt, úgy hogy midőn hazajött, orvosai új kúra használatát ajánlották és Aachenbe küldték, de ezen utazása elmaradt, mert egy éjjeli botrány alkalmával, midőn egy embert meglőtt, letartóztatták.

Megvizsgálva V. L.-t, az magas termetű, jól fejlett csont- és izomrendszerrel bir. Koponyája előre keskenyedő, az occipitalis része kisebbfokú lépcsőzöttséget mutat. Homloka alacsony és dűlt, a szemöldökívek kidomborodnak, orrsövénye ferde (esés következtében), orra széles, orrnyílásai nagyok és tátongók, fülkagylója rendellenes, az antehelix két szára tökéletlenül fejlődött, a fossa triquetra eltünt, a fülczimpák odanőttek, a fogak kissé csipkézettek, a felső fogak tömöttek, az alsók ritkák, a kemény szájpad boltozott. Pupillái ad maximum tágak, egyenlő körzetűek, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak, mindkét arczfelét jól idegzi, nyelvében fibrillaris tremor észlelhető, jobb keze remeg, a térdreflexek kiválthatók. A vasomotorikus idegrendszer túlérzékenysége áll fenn (dermographia). Tengő életi szervek épek.

Nevetve mondja el különféle csínjait, még ma is sokat mulat rajtuk, ha reájuk gondol. Minden komolyságot nélkülöz gondolkozása, ma is egész lényét azon gondolat tölti be, miként tudna szórakozni. A különféle kellemetlenségeket, melyek eddigi viselkedéséből származtak, fel sem veszi, nem önhibájából származottnak tartja azokat, hanem mindig külső okok voltak azoknak előidézői, megteremtői. Így adósságait már régen rendezhette volna, ha családja, különösen vagyonkezelője elegendő pénzt adott volna rendelkezésére, nem jutott volna uzsorások kezébe, ha ő saját akarata szerint cselekedhetett volna. Komoly dolgok figyelmét lekötni nem képesek, sohasem gondolt még arra, hogy komoly tanulmányoknak szentelje idejét. Léha, könnyelmű, csak élvezeteknek, mulatságoknak és szórakozásnak él, összes ambitiója az, hogy egoistikus kivánalmait kielégithesse. Mindazokban, kik könnyelműségének, beteges vágyainak és hajlamainak útját akarják szegni, ellenséget lát, mindenkit, a ki terveit, gondolkozását nem helyesli, hülyének, elméjében megfogyatkozottnak mond. Vagyongondnokát, ki ostoba, könnyelmű, pazarló, tékozló életmódját — a mennyire teheti — zabolázza, elcsapással fenyegeti, midőn nagykorú lesz. Önmagától eltelt, elkövetett csínjeivel dicsekszik, minden egyes ténykedésében bizonyos bravour-stiklit lát. A rendes társadalmi keretbe nem tud beleilleszkedni, magát másoknál többnek, nagyobbnak és különbnek tartja, reá nem alkalmazhatók azon rendszabályok, törvények, melyek más halandót illetnek. Bűncselekményét fejtegetve azt állítja, hogy azon korcsmárossal szemben, kit meglőtt (összeveszett vele azért, mert az egy egylovas kocsiba beleült, a melyet ő szemelt ki magának és nem akart kiszállani, veszekedni kezdtek, egymással gorombáskodtak és akkor ő szó nélkül a korcsmárosra lőtt) másképp nem járhatott el, mert az pór, ő meg úr, fel nem jelenthette, mert azzal sokat nem ért volna el, de különben is társadalmi állásának azon elégtétel nem is felelt volna meg.

Folyton hazudik, nem lehetett tőle megtudni, mennyi az adóssága és kinek tartozik. Egyszer azt mondja, hogy most már takarékosan él, zsebpénzén kívül többet nem költ, másik pillanatban nevetve veti oda, hogy most is összes ruháit 300 forintért elzálogosította. A zálogczédulákat nem igen nézte meg, nem törődik vele, hogy egyes ruhadarabjait mennyiért tette embere zálogba. E mellett folyton mocsoktalan becsületességéről beszél, hangoztatja, hogy sohasem tett incorrect dolgot, mert ha becsületbe vágó dolgot elkövetne, úgy rögtön főbe lőné magát. Midőn felemlítik neki, hisz váltókon édesanyja nevét hamisította, kezdetben kereken tagadja, esküdözik, hogy az rágalom, ráfogás, később azonban az érvek súlya alatt beismeri, de nem tartja bűnnek, mert a családi váltóhamisítás más elbirálás alá esik és bizton tudja, hogy 50 év mulva a törvényhozás is ennek helyességét belátandja. Szerencsétlennek érzi magát, mert őt környezete megérteni nem tudja, azonkívül ő születésében látja a legnagyobb bajt, neki 9 ágú koronára lett volna szüksége és legalább félmillió évi jövedelemre. Születését eltévesztette, neki ugyanaz dukálna, mint Schwartzenberg herczegnek, saját leibgardeja. (Viselkedése ezen nagyzását sejteti, titokban ő magát ily úrnak tartja.) A saját jövedelméből ő sohasem fog tudni megélni, mert neki egyedül a sporthoz van kedve, ő csak mágnások (hozzávalókhoz) közt tud élni. Jövőjét ezért sötét színben látja, hiába tanácsolják neki, hogy hagyja abba

ezen életmódját, ő erre nem képes, de nincs is kedve hozzá. Neki különben is az az alapelve, hogy mindenki azt tegyen, a mit akar. Hangulata gyakran változik, míg egyszer boldogságtól, örömtől ömledezve különféle tetteit dicsekedve említi, másszor szomorúan, lecsüggesztett fővel üldögél, panaszkodik, hogy élete egy fabatkát sem ér, különben sem fog soká élni. Gyakran jön önmagával ellentétbe és ellentmondásba; hangoztatja, hogy takarékos lesz, a mellett naponta dőzsöl, költekezik, adósságot csinál. Bordélyházakba jár, hol különféle trágár dolgokat művel.

Pénzre lévén szüksége, automobilját a vizsgálónak megvételre ajánlja, ő 4800 forintért vette, odaadná 2000 forintért, de csak azért oly olcsón, mert ezáltal is hálájának akar kifejezést adni azért a jó véleményért, a mit róla fog beterjeszteni. Jóllehet tudja, hogy a törvény őt elkövetett cselekedetéért nem büntetheti, mert ő csak önvédelemből lőtt és azonkívül sem cselekedhetett másképp, tekintettel a túlsúlyra, a sértés súlyosságára és társadalmi állására, de mégis azon kérelemmel fordul a vizsgálóhoz, hogy állapotát súlyosabbnak tüntesse fel, hogy igazságtalanul el ne ítélhessék.

Ha már most ezen két esetet áttanulmányozzuk, azt látjuk, hogy mindkettőben ugyanazon vonások lelhetők fel, úgy a testi megjelenést, mint a szellemi megnyilatkozásokat illetőleg. Mindkettő jól fejlett, erős testalkatú egyén, kik külsejükre különös gondot fordítanak, választékosan öltözködnek, mindig úgy néznek ki, mintha a borbély és szabó állandóan mellettük tartózkodna. Mozdulataikon, taglejtéseiken bizonyos könnyedség észlelhető, külsejük megnyerő, sympathikus. Urias modort árulnak el, fellépésük fesztelen, többnyire előkelő, jó nevelésű és jól situált fiatalemberek benyomását keltik. Külsejük még annyiban is hasonló, hogy mindkettőnél a testi degeneráltság számos stigmáit találjuk.

Rendszerint öröklésileg terheltek, a felsorolt két esetben a hereditas erősen kifejezett.

A moral insanity kórképének felállításához a legelső és legfőbb kellék, hogy a rendellenes vonások, a kóros hajlamok és indulatok fejlődése már a kora ifjúságban vegye kezdetét. Már zsenge korban ily gyermekeket indulatrohamok fogják el, hirtelen haragúak, dühük fuldoklásig fokozódik. Fogyatékos erkölcsi érzetök ekkor abban nyilvánul, hogy szüleikkel, testvéreikkel szemben semmiféle ragaszkodást nem tanusítanak, velük együtt nem érzenek, az azok részéről tanusított gyengédséget nem érzik át. A nevelés náluk meddő marad; bármit tesznek velök, akár szép szót, jó bánásmódot, akár szigort alkalmaznak, ez reájuk hatással nincs. Egoisták, mindig csak személyök áll előtérben, mindig csak azt cselekszik, mi nekik kellemes, inyökre van, másokkal nem törődnek, sőt rendszerint másokban kárt tesznek és annak örvendenek. Csalnak, lopnak, csavarognak, folyton hazudoznak. Ezen rossz tulajdonságukról nem szoktathatók le, sőt, hogy ezeket leplezzék, ravaszok lesznek, alázatosságot, meghunyászkodást simulálnak és a megbánás, megtérés örve alatt annál nagyobb mértékben űzik erkölcstelen és haszontalan életmódjukat. Az állami gyermekmenhelyben a züllött gyermekek észlelő intézetében több ily erkölcsileg depravált gyermeket volt alkalmam észlelhetni, kiken a fentemlített tulajdonságok oly praegnansak voltak, hogy előre meg lehetett jósolni, hogy ezek „moral insanity“ növendékek. Utasításomra ezen gyermekekről félévenként jelentést tesznek, életfolyásukat állandóan figyelemmel kisérik; ha az összes kóros vonások, daczára a javítási kisérleteknek, a jövőben is változatlanul fenmaradnak, csak meg fogják erősíteni azon nézetet, hogy ezen beteges hajlamok és érzetek már születéstől fogva fennállanak és egy beteg, invalidus agyrendszer folyományai.

Midőn az említett sajátossággal biró egyének felserdülnek, az infantilismust jellegző egocentricitásuk nem hogy engedne, nem hogy altruistikus érzeteknek adna helyt, mi normalis érzelmű egyéneken a szokott kép, hanem ellenkezőleg énjük érzete minderősebben kidomborodik, mindent csak saját szempontjukból néznek, mérlegelnek és csak azt csinálják, a mi saját személyöknek kellemes és a mit saját énjök megkíván. Társadalmi rend, szokás, szabály előttük nem létezik, azt ők nem respektálják, saját személyök túlbecslése következtében nem fejlődhetnek ki az ellenőrző és gátló képzetek, melyek a normalis egyént a normalis követelményekhez kötik. Természetesen rendkivül labilis kedélyállapotuk folytán különösen a reájuk nézve kellemes érzetek behatása alapján cselekszenek és mivel csak énjöket érdeklő dolgok lehetnek reájuk kellemes hatással, csak az bir reájuk érdekkel, a mi személyökkel van szoros kapcsolatban, embertársaik érdekeit nem tekintik, sőt rendszerint ellenük cselekszenek. Mindkét esetben, melyet ecseteltem, ezen érzések híven tükröződnek vissza. Ezért egoisták, cynikusok, ezért vakok minden jog- és erkölcsi érzet iránt. Csapongó képzelő tehetségük is hozzájárul különféle rendellenes cselekedet elkövetéséhez, szintúgy kóros nagyzásuk folytán lépten-nyomon összeütközésbe kerülnek a büntető törvénynyel. Az egyik bárónak tartja magát, úgy is szerepel, a másik Schwarzenbergnek képzeli magát, ha nyiltan nem is vallja be, de burkolt kijelentéseiből egészen határozottan kivehető, hogy vele magát egyenrangúnak mondja. Kóros képzelő tehetségük folyománya továbbá állandó hazudozásuk is, melyeket *Delbrück* pseudologia phantasticának nevezett el. Ennek szép példáját mutatja első esetünk, hol F. Gy. egy „ajánlati okmányt“ állított ki, mely szerint tasnádi báró F. Gy. B. J.-vel (kéjnő) közös háztartásba lép, az a feleség jogait élvezi és kötelességeit teljesíti és ezért F. Gy. a leány nevére 50.000 koronát betábláz (nem létező) Tökölyi-úti 132. számú ingatlanára. Maga azon alacsony műveltségű nő sem adott hitelt ezen okmánynak, sőt kinevette F. Gy.-t és a hóbortos fiú képzelődésének minősítette az egész ajándékozást.

Az erkölcsi depravatio, a könnyelműség, a komoly hivatás és kötelességek teljesítésére való teljes képtelenség, a jövővel, a további sorssal való nemtörődömség, vágyakkal, szenvedélyekkel szemben való ellentállási hiány, a kóros hazudozás, a cselekedetek iránti helyes elbírálásnak, valamint önkritika gyakorlásának képtelensége, az egoistikus érzetek kidomborodása, minden bajnak, kellemetlenségnek másokra való tolása, a bűncselekedeteknek észnélküli ismétlése, okulási képtelenség, belátás hiánya, a felvilágosítások, magyarázgatások daczára a kriminalitásba való visszaesések mindenesetre arra vallanak, hogy itt kóros agyműködéssel állunk szemben. Hogy ezen kóros agyműködés most mint elmegyengeség sensu strictiori vagy mint a szellemi functio egyes componenseinek elváltozása fogandó-e fel, arról kimeritően értekeztem a pozsonyi vándorgyülésen tartott „Az erkölcsi vakság elmekórtani jelentősége“ czimű előadásomban, valamint az internationalis congressuson előadott referatumomban.

A számos eset kapcsán leszűrődött tapasztalat biztos eredménye, hogy ezen betegségben szenvedők jól körülírt, mindig ugyanazon sajátságokat mutató csoportot képeznek, kiknél a rendellenes vonások már kora ifjúságtól fogva fennállanak.

Helyesen jegyzi meg *Longard* — és én saját, hosszú éveken át szerzett tapasztalatom alapján hozzácsatlakozom és megerősítem felfogását —, hogy ezen sajátos, azonos és határozottan jellegző vonások alapján a „moral insanity“ különálló betegségi formának tekintendő.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Alfred Rothschild: Lehrbuch der Urologie und der Krankheiten der männlichen Sexualorgane. Verlag von Werner Klinkhardt. Leipzig, 1911.

A modern franczia kézikönyvek fényűzéses kiállításával vetekedő nagy lexikonalakú, gyönyörűen illusztrált munka szerzője nevét mindeddig csak néhány, többnyire a prostata kórszövettanára vonatkozó kisebb dolgozata által tette szakkörökben ismertté.

A nagy munka megírására mestere, *Nitze* emléke ösztönözte. *Nitze* nem tartozott a sokat író, de a mennyire emlék-

szünk, a szívesen tanító emberek közé sem. A kystoskopiáról megírt alapvető munkájának rég óhajtott második kiadása már csak halála után jelent meg, tanítványainak simító és befejező stilisatiójában. Az urologia egészétől és annak tankönyv alakjában való megírásától idegenkedett és a mennyiben szándékában állott, ebben korai halála akadályozta.

Könyvében *Nitze* tanításait, *Nitzé*-nek az urologia egyes kérdéseiben elfoglalt nézeteit közvetíti. Nem áll módunkban annak ellenőrzése, mennyire egyeznek e könyvben mondottak tényleg *Nitze* tanításaival, de e kérdés a könyv gyakorlati értékének és használhatóságának megbirálásánál nem is bir túlságos jelentőséggel.

Kétséget nem szenved, hogy a szerző elég biztos ítélettel, a gyakorló orvos és kezdő szakorvos igényeinek ismeretével irta meg e könyvet. Az urologia minden fejezetében helyes pathologiai érzékéről tesz tanuságot, örvendetes ellentétben az utóbbi időben megjelent munkákkal. E könyvben nem a kezelés mesterségét tanulja meg az olvasó, hanem azt a tudományos alapot szerzi meg, mely gondolatkeltő voltával további tanulásra készteti.

Az egyes fejezetek az urologiai tankönyvek szokásos beosztásában tárgyalják, az általános vizsgálati módszerek ismertetése után, a húgycső és adnex mirigyei, a hólyag, a prostata, here, mellékhere, vese, vesemedencze és húgyvezető megbetegedéseit.

E fejezetek között legtöbb szeretettel a prostata megbetegedéseivel foglalkozik és itt jut individualis felfogása némileg érvényre. A prostatatúltengés fejlődésére nézve ismert álláspontjához híven a lobos fejlődést és gonorrhoeás eredetet vitatja, daczára annak, hogy e nézetével lassanként teljesen magára maradt. A hólyagmegbetegedések tárgyalásánál, a hólyaglob igen fontos fejezetében sajnálatos felületesség tapasztalható, szemben a vesemegbetegedések vizsgálati módszereinek nem annyira kimerítő, mint terjengős ismertetésével. Ezen hibák azonban a könnyed jó stilusban megírt könyvnek használhatóságát lényegileg nem csorbítják és ezért különösen az általános gyakorlattal foglalkozó orvosoknak igen melegen ajánlható. *Ráskai.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A vesének és mellékvesének a magas vérnyomáshoz való pathologiás viszonyáról igen érdekesen ír *E. Frank. Jores* vizsgálataira támaszkodva, az endarteritis ama sajátos alakjára utal a szerző, melyben csak az igen apró erek intimája betegszik meg, míg a nagy erek épek maradnak. E sajátos kórképnek, mely klinikai lefolyásában az arteriosclerosissal teljesen azonos lehet, a szerző az *atherosclerosis* nevet adja. *Löhlein*, *Herxheimer* és saját észlelései alapján kétségtelen *Frank* szerint, hogy van egy olyan kórfolyamat, melyben először functiós változások következményeképp igen magas, a szerző tapasztalatai szerint 300 cm. H_2O-oszlopot meghaladó vérnyomás észlelhető következményes szívtúltengéssel, majd valóban kórossá lesz s megvastagszik a kis erek intimája, s ezen elsődleges érmegbetegedés következményeképp sorvadnak és elfajulnak a kóros erek által ellátott szervek (pl. a vesék). Ily esetekben a magas vérnyomás s a bal szív túltengése jóval előbb észlelhető, mint a húgyanyagretentio s mint a hogy arra a veseműködés pótlása szempontjából szükség volna; a vesék megbetegedése ezen kórkép végső szakának csak részjelensége s a betegség tulajdonképpeni lényege a kis erek tonusának kóros növekedése, melyet a szerző *hypertoniás diathesis*-nak nevez. Ehhez a kóralakhoz tartozónak véli a szerző a genuin zsugorvesét, az ú. n. idiopathiás szívtúltengést (sörivók szíve), a polycythaemiás hypertoniát s a *Huchard*-féle présclerose-t és sok más egyebet, a mit eddig az arteriosclerosis csoportjába tartozónak véltek.

A tulajdonképpeni artenosclerosisnak, mely senilis, praesenilis vagy toxikus okokból fejlődik, a hypertoniás diathesishez alig van köze. Ez utóbbi azonban rokon a köszvénynyel, s avval nemcsak közös kórok alapján fejlődik (alkoholismus, ólommérgezés és túlbőséges táplálkozás), de vele együttesen is fordul elő. Ezen hypertoniás diathesis kiváltásában a szerző a mellékvesék fokozott működésének következményeképp fejlődő adrenalinaemiának semmi szerepet nem tulajdonít, sőt az a tapasztalata, hogy ily esetekben az adrenalinaemia állandóan hiányzik s az avval együttesen járó hyperglycaemiát sem észlelte, a mennyiben 10 hypertoniás diathesisos betegén a vérplasma czukortartalma mindig normalis volt. Bár a hypertoniás diathesis teljes klinikai képét nem adja a szerző, mégis utal arra, hogy a negyvenes években levők gyakori orrvérzése, korai apoplexiája, a retinitis albuminurica némely alakja, a *magas vérnyomás* mellett jelentkező cardialis asthma az apró erek intimájának hypertoniája a szóban forgó szervek elfajulása mellett szól. Ha a vesék parenchymája *másodlagosan* elfajult s működése elégtelen lett, uraemia fejezheti be a kórképet, az az uraemia, melyet *Widal azotaemia*-nak nevezett s a görcsökkel, hűdéses jelenségekkel és comával járó chloruraemiától élesen megkülönböztetett. Ily azotaemiánál ugyanis, hol a vér N-tartalma (Reststickstoffe) rendkívüli módon felszaporodik, klinikailag heves gastrotestinalis tüneteket, apathiát és álmosságot észlelhetni, de az öntudat nem vész el.

A szerző a hypertoniás diathesis felvételével kétségesnek tartja, vajjon egyáltalán van-e valóban elsődleges zsugorodó vese, hol a veseham tönkremenetele kiinduló pontja a betegségnek.

További fejtegetéseiben jogosnak tartja a szerző annak a kérdésnek feltevését, vajjon egyáltalában van-e huzamos ideig fennálló s a vesétől származó hypertonia vagy sem? A szerző vizsgálatai szerint az olyan vesebajokban, melyek időlegesen vagy állandóan NaCl-retentióval járnak, a betegség lefolyásának acmején észlelhető mérsékelt, de 230 cm. H_2O-oszlopot meg nem haladó vérnyomásemelkedés, s ha javul a baj, csökken a vérnyomás is. A nephrogen hypertonia felvétele tehát jogos; a vérnyomást fokozó anyag pedig szerinte a *renin*, mely ugyan kevésbé magas nyomást vált ki, mint az adrenalin, de hatása jóval állandóbb. Másfelől valószínűnek látszik az is, hogy a vese elégtelen működése következtében a vérben visszatartott bomlástermékek is fokozhatják a vérnyomást. A vérnyomás fokozódásának teleologikus volta a szerző szerint szintén nagyon kétséges: ma ugyanis tudjuk, hogy bizonyos szerveknek, így a veséknek is vérrel való átáramlása nem az általános vérnyomás nagyságától függ, hanem *autonom* jellegű s így a beteg vese sincs arra utalva, hogy a nagy vérkör nyomásának fokozásával javítson elválasztó képességén. (Berl. klin. Wochenschrift 1911. 14. sz.)

Sebészet.

A mellüregbe hatoló sérülések kezeléséről folyt a vita a párisi sebésztársaságban. A vitát *Picqué* előadása vezette be, ki *Baudet* által operált 6 ilyen sérülésről referált. Szerinte a műtéti beavatkozásra elsősorban a kiterjedt haematothorax physikai jeleinek kimutatása szolgáltat okot, de ilyenek hiányában súlyos functionalis és általános jelenségek beavatkozásra kell, hogy indítsanak; ilyenek spontan vajmi ritkán gyógyulnak, viszont kezdetben jóindulatúnak látszó esetek nem egyszer mutatnak hirtelen rosszabbodást. A tüdő megközelítésére egy hátrafelé nyíló lebeny készítését ajánlja, melynek nyelét lehetőleg hátul készíti.

Delorme szerint kifejezett physicalis jelek hiányában nem szabad beavatkozni, a sérülés után jelentkező igen ijesztő functionalis zavarok is nem egyszer maguktól elmulnak.

Lejars ellenkezőleg sokat ad az általános tünetekre, nem a kezdetiekre, hanem azokra, melyek a szokásos kezelésnek nem engednek. A physicalis jelek kimutatását nem szabad nagyon erőszakolni, mert a betegeket nem igen szabad sokat mozgatni. Az operatio javalatát nem szabad nagyon sematizálni és a gyógyulás, melyet mind gyakrabban észlelünk ilyen beavatkozás után, mindenesetre az operatio javára szól.

Tuffier sohasem operálja a friss mellkasi sérülteket és csak egy beteget veszített el, a ki közvetlenül a kórházbahozatala után halt meg. Azt hiszi, hogy a kik operatio után meggyógyultak, maguktól is meggyógyultak volna és a kik elhaltak, azokat az operatio sem mentette volna meg.

Rochard nem ad igazat *Tuffier*-nek, számos esetről tud, melyben a sérült életét csak a műtét mentette meg.

Michaux szerint nagyon kicsiny azon sérülések száma, melyben az operatio tényleg jogosult, a legtöbb operatio nélkül meggyógyul és csak igen súlyos esetekben van a műtétnek jogosultsága.

Demoulin osztja ezt a nézetet; a functionalis jelek sokszor nem megbízhatók, szerinte csak a vérveszteség nagysága képezhet okot a műtétre, mely azonban csak igen kivételes esetekben jő szóba.

Quenu szintén azon a véleményen van, hogy a műtéti beavatkozás ilyen sérülések miatt csak igen ritka esetben válik szükségessé; az operativ indicatio legmegbízhatóbb basisát a beteg megfigyelése képezi, mely által az állapot javulását vagy rosszabbodását bírjuk konstatálni.

Souligoux is hangsúlyozza, hogy csak ritkán kell operálni, elsősorban az szolgáltat indicatiót a műtétre, ha a haematothorax már kezdettől fogva igen nagy; kisebb haematothorax esetében az indicatio felállítása nehezebb, az indicatiót elsősorban a sulyos functionalis zavarok fenmaradása, illetve rosszabbodása fogja szolgáltatni. Súlyt helyez a gondos physicalis vizsgálatára és a mozgatástól való félelmet túlzottnak tartja.

Thierry is osztja *Tuffier* véleményét, hogy ritka eset az, melyben operálni kell. A legfőbb kérdés, mely eldöntendő, az, hogy vérzik-e a beteg vagy sem. Ha igen, be kell avatkoznunk, ha nem, tartózkodnunk kell a műtéttől. Ő az indicatiót csak massiv intravenosus seruminjectio után állítja fel; ha erre javul a beteg állapota, nem operál, hanem a műtéthez lát.

Riche szerint is a legtöbb eset műtét nélkül gyógyul és a lefolyás így sokkal simább, mint operatio után, legfeljebb a pleuralis gyülem utólagos kiürítése jő szóba. A sérülés után közvetlenül a legritkább esetben lesz beavatkozásra szükség.

A mint ezen vita áttekintéséből látható, a mellkasi sérülések kezelésében a conservativ irány dominál a párisi sebészek közt és csak kivételesen nagy vérzések azok, melyeket a legtöbb hozzászóló a műtét indicatiójának tekint. Még súlyos általános tünetek esetében is czélszerűbbnek tartják a conservativ kezelés mellett való megfigyelést és csak ha az általános állapot ennek ellenére rosszabbodnék, végzik a műtétet. (Semaine medical 1911, No. 11, 18, 19, 20.) *P.*

Elmekórtan.

A szénsavas fürdők használhatóságáról az elmebetegek gyógyításában ír *Frotscher* és *Becker*. A szerzők a *Sarason*-féle ozet-fürdőkkel kisérleteztek és azt tapasztalták, hogy kisebb fokú izgalmak csillapítására és éjjeli nyugalom elérésére elég jól használhatók, de csak oly enyhe esetben, a hol 2 gr. paraldehyd vagy chloralhydrat is megteszi hatását. Különösen jó szolgálatot tehetnek szervi szívbajban szenvedők psychikus izgalmainak csökkentésére. Természetesen ilyenkor is a kellő óvatosság szükséges. Az ozetfürdők általános elterjedését megakadályozza aránylag drága voltuk. (Egy fürdő ára 2·50 márka.) (Allg. Zeitschr. f. Psych. LXVI. kötet, 799. l.) *Goldberger Márk* dr.

A börtön-psychosisokról ír *Willmanns*. A bonni elmegyógyintézet betegeit vizsgálta, a hol öt év alatt (1904—1909) 220 ilyen eset fordult meg. Feltünő nagy a tengerész-foglyok száma, a minek magyarázatát a szerző abban véli felismerni, hogy a psychopathákat a kalandvágyuk a tengerész-szolgálatba hajtja. *Willmanns* kiemeli, hogy a beteganyaga nem elegendő arra, hogy határozottan nyilatkozhassék, hogy a börtönpsychosis különálló megbetegedés-e, vagy sem, bár a nagy valószínűség a mellett szól, hogy e kórkép felvétele jogos. A börtönpsychosisok két csoportba oszthatók, a melyek megjelenésükben és lefolyásukban különböznek egymástól. Az egyik alak a közös börtönbe zártakat éri és stuporos formát mutat, míg a másik a különzárkák lakóira jellegző és paranoid szinezetű. Az utóbbi ritkábban szokott előfordulni. Mindkét megbetegedés elég jó prognosist nyujt, de a stuporos alak mégis gyorsabban gyógyul, mint a paranoid forma. A börtönpsychosisok — melyek már fennálló elmezavarokhoz is csatlakozhatnak — inkább a degenerált és elmebeteg elzártakat támadják meg, mint a szellemileg normalisakat. (Allgemeine Zeitschrift für Psych. LXVI. köt. 847. l.)

Goldberger Márk dr.

Gyermekorvostan.

A salvarsan-tej. *Jesionek* tanár *Taege* és *Duhot* közleményei alapján megpróbálkozott lues congenitában szenvedő csecsemőt indirect úton kezelni oly módon, hogy a szoptató anyát injiciálta arsenobenzollal. Már előbb is alkalmazásban volt, hogy az anya végzett kenőkúrát s a kénesőgőzöket, melyeket az anya maga körül árasztott, a csecsemő légzette be. Az ilyen gyermekek vizeletében kénesőt lehetett kimutatni. Arra azonban a szerző nem vizsgált, hogy a kéneső nem ment-e át a gyermeki szervezetbe a belégzésen kivül az anyatej el is.

Taege és *Duhot* azt észlelte több esetben, hogy az anyának arsenobenzollal való kezelése mellett a csecsemő lueses jelei visszafejlődtek. Közléseik azáltal nyertek különösebb jelentőséget, hogy *Ehrlich* theoriája támogatta őket, mely szerint az arsenobenzollal kezelt anya szervezetében a spirochaeták elölésével és az endotoxinok felszabadulásával kapcsolatban antitestek képződnek; ezek a tejjel a csecsemő szervezetébe mennek át és ott kifejtik a spirochaetákra specifikus hatásukat.

Taege-vel és *Duhot*-val ellentétben *Jesionek* az arsenobenzollal kezelt szoptató anyák tej ben arsent mutatott ki, még az injectio utáni 5. napon is. Sőt ezen kérdés végleges tisztázása végett kecskéket injiciált arsenobenzollal s a tejben arsen jelent meg.

Két esetet közöl, melyekben alkalmazta az anyán az arsenobenzol-injectiót s megfigyelte a csecsemőkön a lues congenita tüneteinek viselkedését, egyik esetben sem következett be a *Taege* és *Duhot* által észlelt gyógyeredmény, ellenben egy szembeötlő dolgot tapasztalt. Az egyik csecsemőn, a kin a lues congenita csak a nyakszirten levő gummás daganatban nyilvánult, az anya injectiója utáni napon az egész testen az arcz kivételével kiütés támadt, melyet polymorph syphilidnek tartott. A másik csecsemőn, a kin typikus psoriasis palmaris et plantaris syphilitica és cutis marmorata volt jelen, szintén az injectio utáni napon az egész bőr, különösen az alsó végtagokon, erősen kifejezett roseola syphiliticával volt tele.

Mindkét csecsemőn tehát lueses tünetek jelentkeztek az anya arsenobenzollal való kezelésének hatása alatt. *Jesionek* ezt a következőképpen magyarázza: Az arsenobenzollal kezelt anya tejével a csecsemő szervezetébe kerülnek arsen, antitestek és endotoxinok. A lueses újszülött testében ezen három anyag nagy tömeg spirochaetát talál, melyeknek nagy része, a mint azt az ő eseteiben feltételezi, inactiv állapotban a különböző szervekben van elhelyezve, a nélkül, hogy pathogen hatást fejtene ki. A tejjel a csecsemő szervezetébe vitt arsen a spirochaetákra károsan hat, hasonló módon a felnőtt testébe injiciált arsenobenzolhoz. Ezen káros hatás folytán keletkeznek az endotoxinok a gyermeki szervezetben is. Az anyatejjel átment endotoxinok hatásukban erősbödnek ezen gyermeki endotoxinok által s felmerül az a kérdés, vajjon ezen endotoxin-tömeg nem aktiválja-e a gyermeki szervezetben a spirochaetáknak még meg nem ölt részét. Nagymennyiségű endotoxin mindenesetre káros a szervezetre. *Ehrlich* maga óvakodik lues congenitában szenvedő csecsemőket arsenobenzollal injiciálni, míg súlyos tünetek állnak fenn.

Vizsgálatokat végzett még *Jesionek* az irányban, hogy egy arsenobenzollal injiciált állat teje specifikus antitestek nélkül képes-e befolyásolni lueses megbetegedést. E czélból egy öt éves extrauterin szerzett luessel biró gyermeket kezelt arsenobenzollal injiciált kecske tejével. Csodálatos volt a lueses tüneteknek gyors visszafejlődése, s e mellett a fentebbi két esetben tapasztalt kellemetlen tünetek nem jelentkeztek. Ezen esetben a gyermek nem kapott sem endotoxinokat, sem antitesteket s így a hatóanyag csakis az arsen lehetett, vagy a kecske természetes immuntestei az arsen által oly módon befolyásoltattak, hogy képesek voltak az emberi testben is immunizáló hatást kifejteni.

Taege véleménye, hogy követelni kellene, hogy minden lueses csecsemőt anyja szoptassa, a ki a szoptatástól kezdve salvarsannal legyen kezelve vagy pedig — bármilyen különösen hangzik is — lueses dajkát kell szerezni s ezt salvarsannal kezelni. *Jesionek* helyesebbnek tartja, hogyha az anyával való szoptatás ki nem vihető, salvarsannal kezelt tehén- vagy kecsketejjel, az úgynevezett *salvarsan-tejjel* táplálni a csecsemőt, míg a súlyosabb tünetek visszafejlődnek s azután térni át a direct salvarsan-kezelésre. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 22. sz.) *Ujj Sarolta* dr.

Venereás betegségek.

A syphilisnek korai és erélyes kezelése nyomán létrejött pseudoprimaer affectiókról ír *W. Frieboes* (Berlin). A syphilidologia szempontjából mindenkor érdekes esetek azok, a melyekben a régebben syphilissel fertőzött egyénen utóbb oly nyilvánulás jelentkezik, mely klinikailag alig különböztethető meg a primaer affectiótól. Az ilyen második primaer affectiószerű jelenség nyomán azután olykor a tájéki mirigyek is megduzzadhatnak és általános kiütés is támadhat. A kérdés körül már sok vita folyt, mely leginkább arra irányult, hogy reinfectióról kell-e beszélni, avagy superinfectióról. Az ilyen lueses jelenségekre újabban a figyelmet főként *Thalmann* irányította, a ki abból az általános fölfogásból indult ki, hogy a szervezetnek a spirochaetáktól való kisebb-nagyobb megtisztulása a spirochaeták ellenében képződött antitoxinok, főként pedig a fajlagos therapia által áll be. Az erélyes korai kezeléskor azután fölvehető, hogy a spirochaeták egyetlen gócz kivételével mind elpusztulnak. A beállott immunitás utóbb ismét megszűnhet, a mikor azután a föléledő spirochaetás gócz úgy viselkedhetik, mint egy újabb primaer affectio. A viszonyok tehát olyanokká válhatnának e szerint, mint a minők az infectio utáni időben voltak. Az ilyen syphilises gócz, melynek *Thalmann* „solitaer secundaer affectio“ nevet adott, tulajdonképpen úgy viselkedik, mint egy újabb infectio.

A szerző véleménye szerint a salvarsantherapia sokban erősíti *Thalmann*-nak ezt a theoriáját. Úgy látszik ugyanis, hogy az utóbbi időben az ilyen, egyébként ritka esetek szaporodnak. Ezeket az eseteket némelyek reinfectióknak nézték (*Schreiber*, *Milian*), mások pedig (*Lesser*, *Tomasczewski*, *Gaucher*) primaer affectiókhoz hasonló jelenségeknek.

A szerző a pseudoprimaer affectio tanát most 4 érdekes és tanulságos esettel bővíti. Az első esetben abortiv módon (kalomel-kezeléssel) történt a syphilis kezelése, a melynek befejezte után 3 hónapig nem mutatkozott az általános infectiónak semmiféle jele. Az infectiótól számított 5. hónapban az első infectio helyétől távolesően klinikailag teljesen a primaer affectióhoz hasonló tünet jelentkezett, melynek kapcsán friss általános tünetek álltak be. A második esetben az első általános syphilises tünetek salvarsanos therapiára meggyógyultak. 11 héttel később az eredeti primaer affectiótól távol újabb sclerosisszerű syphilid keletkezett, a melyet csakhamar újabb általános tünetek követtek. Hasonló volt az észlelés a 3. és 4. esetben, mindkettőben salvarsan-kezelés szerepelt.

A szerző az esetek magyarázatában nagyjában *Thalmann* hypothesisét követi s fölveti azt a kérdést, hogy talán a legtöbbje az eddig közölt re- és superinfectióknak nem más, mint ilyen „secundaer affectio“. Nincsen ugyanis bebizonyítva, hogy az ilyen solitaer affectio létrejövetelének lehetősége meddig áll fönn az eredeti syphilises infectio után. (Dermatologische Zeitschrift, 1911. XVIII. köt. 6. füzet.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

Az ureterkatheterismus technikájának könnyebb elsajátítására *H. Lohnstein* a következő útmutatásokat adja. Nagyon fontos, hogy az ureternyílásokat mihamarabb megtaláljuk, mert a hosszas ide-odakeresés, illetőleg a hólyagtükör orrmányának a hólyagfallal való ismételt érintkezése következtében contractiók váltatnak ki, melyek a beteget idegessé s nyugtalanná teszik. A minden rendszer nélküli keresésnél egyébként még megtörténhetik az is, hogy az ureternyílásokat meg sem látjuk, mert ezek, ha az orrmányt a hólyagfaltól elég messze tartjuk, olyan kicsinyek, hogy fel sem ismerhetők. A helyes eljárás tehát az, hogy eleinte nem az ureternyílást, hanem azt a regiót keressük fel, a hol amannak feküdnie kell, s ezen tájék a trigonum Lieutaudii jobb illetőleg bal basisszeglete.

A trigonum az erősebb vascularisatio által tűnik ki a környezetéből. Ha merőlegesen tartjuk a cystoskopot és a lefelé irányított prismát úgy állítjuk be, hogy a hólyagnyakot a felső látótérben éppen még láthatjuk, akkor előtűnik a trigonum alapja. Ha már most a cystoskopot tengelye körül kissé jobbra avagy balra forgatjuk, akkor a látótér felső karimájában fekvő hólyagnyak alatt közvetlenül egy majd háromszögletes, majd dudoros kiemelkedést fogunk csakhamar észrevenni s ez lesz a trigonum egyik alapszeglete; ennek a csúcsán fekszik a keresett ureternyílás. A cystoskop horizontalis állásánál ugyan ezt rendesen nem pillantjuk még meg, de azonnal fel fog tűnni, ha a cystoskop pavillonját kissé emeljük s ugyanakkor a keresett ureternyílással ellenkező irányban kissé oldalt mozgatjuk.

A cystoskop ezen mozgatásánál két dologra kell figyelnünk: 1. hogy a hólyagnyaktól nagyon el ne távolodjunk; 2. hogy a mozgásokat minél lassabban végezzük, mert a lökésszerű mozgások, illetőleg a nyálkahártyának a cystoskop orrmánya által történt izgatása következtében kiváltott hólyagcontractiók a trigonumszegletet a látótérből kiosdorhatják.

Ha az ureternyílás már megvan, úgy azt még előbb olyan helyzetbe kell hozni, hogy a kathetert minden akadály nélkül beletolhassuk. Ez 3 feltételhez van kötve: 1. az ureternyílásnak lehetőleg köralakúnak, 2. lehetőleg nagynak kell látszania, 3. körülötte nem szabad árnyképeknek mutatkozniok. Ezen 3 feltétel fontosságának okai a következők: ad 1. A katheter csak akkor fog simán benyomulni az ureternyílásba, ha azon cystoscop-rés, melyen a katheter kibúvik, épp szemben van az ureternyílással. Ennek pedig az a jele, hogy az ureternyílás, mely ferde látószögből nézve vonalszerű résnek mutatkozott, mindinkább kerekebb lett, ha a prisma vele párhuzamos síkba kerül. ad 2. Az ureterkatheterismus csak úgy sikerülhet, ha a cystoscop-rés és az ostium közötti távolság minél rövidebb. Ezt arról tudjuk meg, ha a látótérben a képek, ez esetben tehát az ureternyílás, minél nagyobbnak fog mutatkozni. ad 3. Viszont azonban igaz az is, hogy nagyon közel sem szabad jutnunk az ureternyíláshoz, mert akkor nem tudjuk a kathetert a szükséges görbületbe hozni, hogy az függőlegesen hatolhasson be az ureternyílásba. Ezt a hibás beállítást meg azon fogjuk észrevenni, hogy a látótér képeit nem tisztán, hanem elmosódva fogjuk látni s hogy árnyképek is fognak jelentkezni.

Az ureterkatheterismus helyes technikája tehát a következő: a cystoskop bevezetése s a prisma lefelé irányítása után a hólyagnyakot állítjuk a látótérbe, ezután a műszert addig toljuk befelé a hólyagürbe, míg a hólyagnyakot mint keskeny vonalat épp még látjuk egészen fenn a látótér karimáján, a cystoskopot most a szükség szerint 10—15—20—30° forgatjuk a tengelye körül mindaddig, míg egy veres, háromszögletes vagy dudoros duzzadást nem pillantunk meg

közvetlenül a hólyagnyak alatt. A cystoskop nyelét most már emelni, a pavillonját pedig a keresett ureternyílással ellenkező irányban oldalt mozgatni kell mindaddig, míg elő nem tűnik az ureternyílás, illetőleg míg nem mutatkozik minél nagyobbnak, minél kerekebbnek, viszont azonban be kell szüntetni a mozgásokat, mihelyet a látótérben nagyobb árnyékot és elmosódó képeket kapunk. (Mediz. Klinik, 1911. 8. sz.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az arsentartalmú dürkheimi Maxquellét tapasztalatai alapján rendkívül dicséri *Noorden* tanár, különösen chlorosis eseteiben. Ez az ásványvíz 1 literben 13·8 gr. konyhasót és 0·017 gr. arsentrioxydot tartalmaz; vas úgyszólván nincs benne s ennek tulajdonítja leginkább *Noorden*, hogy sem a gyomorra, sem a bélre nem hat kedvezőtlenül. Eleinte naponta háromszor az étkezések után veendő 20 cm^3-t rendel belőle, ezt a mennyiséget fokozatosan felemeli naponta háromszor 100 cm^3-re, a mivel napi 5 mgr. arsenmennyiséget ér el. *Noorden* egy chloroticáján minden más therapia nélkül, csak a dürkheimi Maxquelle használata mellett, a vér haemoglobintartalma hat hét alatt 55—60%-ról 85—90%-ra emelkedett, az emésztőszervek minden zavara nélkül. (Medizinische Klinik, 1910. 1. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 27. szám. *Szily Aurél*: A szem veleszületett rendellenességének fejlődéstani alapjairól. *Décsi Imre*: A psychotherapia programmja.

Orvosok lapja, 1911. 27. szám. *Uthy László*: A csecsnyujtvány cariese, sinus sigmoideus arrosiója. Műtét, gyógyulás.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 27. szám. *Wiesinger Frigyes*: Petefészekdaganat és terhesség. *Werner Sándor*: A bőr staphylococcus-fertőzéseinek opsoninos gyógyítása.

Klinikai füzetek, 1911. 6. füzet. *Szana Sándor*: A csecsemőkórház és és szerepe az elhagyatott csecsemők állami védelmének rendszerében. *Schuschny Henrik*: Iskolaorvos és háziorvos.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Turtsányi Gyula* dr.-nak, Heves vármegye főorvosának, a királyi tanácsosi címet adományozta.

Jubileum. *Spatz Dávid* dr., kassai járásorvos julius 1.-én töltötte be az orvosi pályán való működésének 50 évét. Ez alkalommal az Országos Orvosszövetség abaúji fiókja ünnepies közülést tartott, a melyen többen üdvözölték a jubilánst.

Kinevezés. *Steiner Dezső* dr., zsibói járási orvost tb. megyei főorvossá, *Mandel Miksa* dr.-t pedig Resiczabányán és *Andrássy Ernő* dr.-t Érmihályfalván járási orvossá nevezték ki.

Választás. *Barok József* dr.-t Gyöngyösön városi orvossá, *Rex Izsó* dr.-t Szegeden kerületi orvossá, *Gál Artur* dr.-t Facsádon körorvossá, *Szencz József* dr.-t Militicsen és *Mogán Béla* dr.-t Valkányon községi orvossá választották meg.

Meghalt. *Hütter Károly* dr. Debreczenben, julius 2.-án, 46 éves korában. *Berényi Gyula* dr., esztergomi kerületi orvos és tb. megyei főorvos, junius 28.-án, 60 éves korában. — *E. v. Hibler* dr., rendkívüli tanár, a kórbonczolástani intézet tanársegéde Innsbruckban, hullaméreggel való fertőzés következtében.

Alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán. Megválasztattak: a *belgyógyászati tanszék* mellé I. tanársegédnek *Elfer Aladár* dr., II. tanársegédeknek *Nagy Samu* dr. és *Kappel Izidor* dr., gyakornoknak *Hatiegan Gyula* dr., *Purjesz Béla* dr., *Vári Tibor* dr. és *Dőri Béla* dr.; a gyógyszertani tanszékhez tanársegédnek *Issekutz Béla* dr., gyakornoknak *Nappendruck Kálmán*, gyógyszertári tanársegédnek *Ferencz Áron* dr.; az ált. kór- és gyógytani tanszékhez *Konrádi Dániel* dr.; a leíró és tájbonctani tanszékhez tanársegédeknek *Davida Jenő* dr. és *Auszterlitz Vilmos* dr., gyakornoknak *Kiss Ferencz*, demonstratoroknak *Szász László*, *Muszka János* és *Guth István*; a kórbonctani intézethez I. tanársegédnek *Zacher Pál* dr., II. tanársegédnek *Gergely Endre* dr.; a bőr- és bujakórtani tanszékhez gyakornoknak *Mátyás Mátyás* dr.; a közegészségtani tanszékhez gyakornoknak *Kuhn Miklós* és *Koleszár László*; a sebészeti tanszékhez tanársegédnek *Gyergyai Árpád* dr.; az ideg- és elmegyógyító tanszékhez I. tanársegédnek *Szabó József* dr.; az élettani tanszékhez gyakornoknak *Kuncz Ándor*; a törvényszéki orv. tanszékhez gyakornoknak *Demeter György* dr.; a szülészeti és nőgyógy. tanszékhez gyakornoknak *Büchler Dezső* dr. és *Muszka Péter* dr.

A budapesti egyetemi II. sz. női klinika szülészeti poliklinikumának segélyét junius hóban 94 esetben vették igénybe; a műtétek száma 75 volt.

Személyi hirek külföldről. *Krummacher* dr., az élettan tanára a münsteri egyetemen, tanári címet kapott. — *G. Tarozzi* dr.-t, a kórbonczolástan tanárát Cagliariban, a modenai egyetemre helyezték át.

A. Carrel dr. előadása a berlini sebészi klinikán a szövetek mesterséges tenyésztéséről méltán nagy érdeklődést keltett. *Carrel* dr., a ki lyoni születésű ember s most 38 éves. tudvalevően már évek óta van a new-yorki Rockfeller-intézeten alkalmazva, hol a kisérleti sebészeti osztály vezetője. Nevét máris általánosan ösmertté tette azokkal a kisérleteivel, a melyeket az érvarratokról az erek átültetéséről, továbbá egyes szerveknek egyik állatról a másikra való transplantálásáról végzett. Az ő kisérletein alapult *Unger*-nek Berlinben az a tavalyi sikerült műtéte, hogy majomvesét emberbe ültetett át; az átültetett vese tudvalevően megtapadt. *Carrel* dr. újabban a szöveteknek a testen kívül való tenyésztésével foglalkozik. Ebben a tekintetben *Leo Löb* (Philadelphia) és *G. R. Harrison* (New Haven) az elődjei. Különösen *Harrison*-nak sikerült először békaporontyoknak a testükből kivágott szöveteit úgy eltartani, hogy azok nemcsak hogy nem pusztultak el, hanem még tovább fejlődtek és differentiálódtak hetekig; a neuroblastokból pl. idegrostok nőttek ki, az elemi izomsejtek izomrostokká nyúltak meg s az izomfibrillumok megjelenésével bennük az összehúzódás tüneménye mutatkozott. *Carrel*-nek sikerült felnőtt állatok szöveteit is így továbbfejleszteni vérplasmában, a mely mintegy táptalaj gyanánt szolgált. Bemutatta többek közt vetített képeken egerek, békák és tyúkok bőréből készült mikroskopi készítményeinek fényképeit, a melyeken világosan lehetett látni, hogy a kivágott bőr hámja még tovább szaporodott és burjánzott. A bemutatott képek közt még a következők voltak. Kis kivágott bőrdarab közepén *Carrel* metszést ejtett. A seb a vérplasmatáptalajon behegedt, a mit a mikroskopi készítményeken igen szépen lehetett látni. Egy carcinomából kivágott darab a táptalajon 24 óra alatt tetemesen megnőtt s *Carrel* diapositiveken mutatta be, hogy az ilyen daganat-darabok növekedésére milyen körülmények vannak előmozdító és gátló hatással.

Nyilatkozat. Alulirott kijelentem, hogy az Ujpesti Szegény-Gyermek-Kórház-Egylet 1910. évkönyve titkári jelentésében *Rejtő Sándor* dr. fővárosi orvos úrról irt sorok *összetévesztésen alapulnak* és ezzel én őt sérteni egyáltalán nem akartam. Ujpest, 1911 jun. 3. *Wurmb Elemér* dr., az Ujpesti Szegény-Gyermek-Kórház-Egylet titkára.

Lapunk mai számához *Fritz Kripke, G. m. b. H.* (*Berliner Formpuder-Werke*) Berlin-Rixdorf, Hobrechtstr. 66. prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* vegyészeti gyárának (Budapest, X.) „**Hyperol**“ czimű prospectusa van csatolva.

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39.

Iglófüred Elsőrangú vizgyógyintézet, gyógyfürdő Szepesmegyében fenyvesek közepén. Fekvőcsarnok, inhalatorium, szénsavas-, sós-, napfürdők. Villanyozás. Massage. Diaetetikus konyha stb. — Jutányos árak. — Fürdőorvos: Dr. Groó Béla.

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

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

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

Kopitz Jenő dr. orthopaediai intézetét VII., Nyár-u. 22. sz. alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb sérvkötök, haskötők, összes betegápolási tárgyak és gummiárúk elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes főárjegyzék bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.
Védjegy.

Dr. Szili Sándor v. egyetemi tanársegéd, VII., Király-utcza 51. szám Telefon 157—71. Vegyi, górcsői, bakteriologiai (Wassermann-féle lues-reactio) orvosi laboratoriuma.

Ujtátrafüred Sanatorium
légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fűtés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

BAD HALL ⊡ OBERÖSTERREICH
Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Közkórházi Orvostársulat (VI. rendes ülés 1911 márczius 22.-én és VII. bemutató ülés 1911 április 5.-én.) 506. l. — A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése 508. l.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. rendes ülés 1911 márczius 22.-én.)

Elnök: **Juba Adolf.** Jegyző: **Körmöczi Emil.**

Sérvkizáródás miatt végzett bélresectio.

Keppich József: R. J. 22 éves férfi február 14.-én vétette fel magát a szt. István-kórháznak *Hültl* vezetése alatt álló osztályára. Előadja, hogy 8 nappal ezelőtt jobb heréje mellett fájdalmas daganatot vett észre. Testi munkát aznap nem végzett, nem is köhögött, ezelőtt ilyenfajta daganata sohasem volt; mindkét heréjét mindig a zacskóban érezte. Azóta széke nem volt, szelek sem mentek, 5 nap óta gyakran hány, a hányadék két nap óta erősen büzös.

Felvételkor a középtermetű, közepesen fejlett férfibeteg arcza beesett, nyelve száraz, piros. Hőmérséke 37°, pulsusa 96, légzése perczenként 24. Hasa mérsékelten elődomborodó, feszes, mindenütt érzékeny, a bélcontourok és a fokozott peristaltika jól látható. A jobb scrotumfélben a lágyékhajlatba terjedő, a herétől különválasztható, tyúktojásnyi, ép bőrrel fedett, rugalmas, mindenütt érzékeny, tompult kopogtatási hangot adó térfogatnagyobbodás tapintható, mely a lágyékcsatorna felé el nem határolható, meg nem kisebbíthető. A bal here kis galambtojásnyi.

A beteget azonnal megoperáltam. A necrosisos tömlőben szennyes sérvvíz, benne cseplesz és egy kicsiny vékonybélkacs. A cseplesz a tömlővel és a béllel összenőtt. A sérvnyak átmetszése után a csepleszt reszekáljuk, a distalis darabot a bélen hagyjuk, a proximalist a hasüregbe visszahelyezzük. Az elvezető bélkacson nem látunk kórosat, az odavezető kacs erősen kitágult, sötét szederjes színű, teljesen petyhüdt, semminemű contractiót sem mutat. Mintegy fél méternyit előhúzva, azon túl a bél már normalis színű, tonusos, contrahálódó. A hol a cseplesz a bélre rátapad, ott a bél necrosisos. $^1/_2$ méternyi darabot kiirtva, a végeket side to side egyesítjük. A necrosisos tömlőre való tekintettel a sebet 2 Bassini-öltéssel szűkítjük, egyébként nyitva kezeljük.

Teljesen láztalan lefolyás mellett harmadnapra a passage teljesen helyreállott. A beteg azóta teljesen jól van, a nyitva kezelt részlet elég gyorsan összegyógyult, jelenleg kicsiny, vonalszerű, tiszta sarjfelület látható még.

A kiirtott 55 cm. jejunumkacs igen tágult, belül a nyálkahártyán számos *Kocher*-féle decubitalis ulcussal.

Hogy a beteg a 8 napos teljes bélelzáródás daczára még elég jó állapotban volt, azt annak tulajdonítanám, hogy a gyomorhoz közel lévő bélkacs záródott ki. Ilyen esetekben a stercoraemia a legveszedelmesebb, a mint azt minap bélcsavarodás egy esetében láttam, hol a stercoraemia a beteget már 30 óra mulva megölte.

Az esetnek némi érdekességet talán az adhat, hogy a betegnek ezelőtt nem volt sérve; hogy pedig a bél nem fúródott át, azt talán a rátapadt cseplesznek tulajdoníthatjuk.

A felső végtag csonttöréseiről.

Fischer Ernő: A felső végtagnak legkülönbözőbb formájú töréseit mutatja be és 150 törést 250 Röntgen-felvétel demonstratiójával tárgyal, kiemelve azon klinikai és röntgenologiai ismereteket, melyekre a törésekkel való beható foglalkozás és a Röntgen-controll tanított; rámutatva a még ma is alkalmazásban lévő conventionalis eljárásokra, ismerteti a mai ismereteknek megfelelő gyógyításmódokat.

A Röntgen-controll tökéletesen kiábrándít bennünket a claviculatörés eseteiben használatos kötésekből: ezek sohasem szüntetik meg a dislocatiót, sőt nem ritkán nagyobbítják. Felkarfej- és könyökluxatio eseteiben a prognosis szempontjából fontos, hogy vannak-e kisebb csontlerepedések, a functio tekintetében pedig fontos az utókezelés (ne immobilizáljunk). A luxatióval szövődött felkarfejtörések, melyek eddig súlyos műtéti beavatkozást igényeltek és néha még műtét mellett is nyomorékká tették a beteget, a *Fischer Ernő*-féle abductiós sínnel eredményesen kezelhetők. Ugyanezen eszköz alkalmazandó azon felkarfejtörés-esetekben is, a melyekben a distalis törésvég adductiós dislocatióban van. A felkardiaphysis törésének számos esetén demonstrálja az immobilisatiós és extensiós eljárások eredményei közti különbséget, bemutat rosszul és jól gyógyult supracondylaer töréseket, komplikált könyöktöréseket, számos alkartörést, radius-epiphysistörés eseteiben a szokásos „pisztolytartásos" helyzet helytelen alkalmazását, ritka kéztőcsont-töréseket és végül ismerteti a helytelenül alkalmazott massage következményeit.

Morelli Károly: Oesophagoscoppal eltávolított bárzsingpolypust mutat be.

(VII. bemutató ülés 1911 április 5.-én.)

Elnök: **Horváth Ákos.** Jegyző: **Körmöczi Emil.**

Az alsó végtagok csökevényes fejlődésének esete.

Mann Miksa: A beteg a *Hainiss* tanár vezetése alatt álló gyermekosztályról való. A 6 éves gyermek felső teste és czombjai jól fejlettek, a mellkasi és hasi szervekben elváltozás nem mutatható ki. Lábszárai a fejlődésben teljesen visszamaradtak. A jobb lábszár és láb 14 cm., a bal lábszár és láb 17 cm. hosszú.

A Röntgen-kép szerint a lábszárcsontok egymással összenőttek, alsó harmadukban a lábtőcsontok hiányzanak. A jobb kéz I—IV. ujjának II. percze szintén hiányzik.

A csökevényes fejlődés elsődleges és másodlagos okokra vezethető vissza.

Alakjai a következők: 1. Amelus. 2. Peromelus. 3. Phocomelus. 4. Micromelus, microbrachius-micropus. 5. Abrachius és apus. 6. Perobrachius-peropus. 7. Monobrachius-monopus. 8. Sympus. Symmelia. Sympus és apus-monopus és dipus. 9. Perodactylia, sydnactylia. 10. Hasadt kéz, hasadt láb. 11. Achiurus-apus.

Gyermekkori bélszűkület esete.

Verebély Tibor: A bemutatandó 12 éves fiucskát azzal a panaszszal hozták el szülői a Stefánia-gyermekkórház rendelésére, hogy hosszabb idő óta szenved emésztési zavarokban. Étvágytalan, székelése nehéz, nagy időközökben van, s e mellett folytonosan kólikák kínozzák. S míg hasa mindegyre nagyobb, puffadtabb, felfujtabb lesz, addig a gyermek maga csont- és bőrré soványodik. Az elsorolt panaszokat az objectiv tünetek teljes mértékben igazolták: puffadt, feszes has, melynek elvékonyodott falain át mondhatnám classikus szépen rajzolódtak a legkisebb ütögetésre, vagy akár spontán is minduntalan megjelenő tetanikus bélmerevedések. Az összehúzódások gyüjtőpontja a vakbél tájéka, a nélkül azonban, hogy e helyen a tapintásnál valamelyes daganat érezhető volna. Így került a beteg enterostenosis kórismével műtétre, úgy hogy annak helye vagy oka közelebbről meghatározható nem volt.

A peritonealis ürből jobboldali pararectalis metszésen át hatalmas korgással és peristaltikával buktak elő a karvastagságnyira tágult coecumbelek, magukkal hozva a feltételezett szűkület helyét is. Körülbelül 120 cm.-re a vakbél felett ugyanis valóságos második coecummá van kitágulva az ileum, a mennyiben a gyermekfejnyi tágulásból 160°-os megtörés után folytatódik az alig $1^1/_2$ cm. átmérőjű összeesett üres oralis

bélrészlet. A megtörés helyén alig lúdtoll vastagságú, merev, heges nyílás vezet az egyik bélből a másikba s az egymáshoz tapadt bélkacsok körül 6 cm. hosszú heges köteg húzódik a fodor helyszínéhez. A két bélkacs közt régi heges összenövések, egyébként semmi olyan elváltozás, a miből valamelyes külső összenyomatásra, strangulatióra következtetni lehetne, vagy a mi kiterjedtebb peritonealis vastagodásokkal lefolyt bélkörüli gyuladásra s ebből származó szűkületre utalna. Ily módon a mucosa felől kiinduló ulcerosus szűkületet véve fel, a szűkület helyét reszekáltam s a két bevarrt csonk közt antiperistaltikus egymás mellé fektetés után bőséges oldalanastomosist készítettem. A lefolyás teljesen zavartalan volt; a beteg a műtét utáni 5. naptól kezdve bőségesen táplálkozott, a 8. napon kelt fel s ma, 3 héttel a műtét után 10 kilót meghízva, teljes jólétben hagyja el a kórházat.

Az esetben semminemű különös érdekesség eddig nincs. Klinikai képében jellegzetes, műtéti kezelésében szerencsés kimenetelű bélszűkület, mint annyi más. Érdekes azonban a szűkület pathogenesise, a mint azt a legpontosabb, nevezetesen górcsövi vizsgálat kimutatta. A kimetszett szűkület helyén ugyanis felmetszésre fekélyt nem találtam. A tágult rész hatalmasan túltengett rétegei: a mucosája és muscularisa élesen metszve végződnek a szűkület gyűrűjében, a hol mély barázdával kezdődik az oralis rész vékony, finoman bolyhos nyálkahártyája s alig-alig kivehető izomrétege. Éles elhatárolás a kettő között, de sehol ulceratio, a mely a megtörést okozó serosus összetapadást megmagyarázná. A felvágott szűkület széli részleteiből metszett készítményeken semmi jele a fekélyesedésnek, nevezetesen gümőkórnak, semmi nyoma elterjedtebb réteghegesedésnek, a melyekre gondolni lehetett volna. De igenis feltűnik a béldarab közepéről vett praeparatumokban a két serosus lemez közti adhaesiókban egy önálló fallal biró, bélmucosával bélelt, ürös, hengeres képlet, melyben idült gyuladás tünetei láthatók. Egy bélfalgurdély tehát, a mely maga lobos, a mely ott fekszik a lobos bélmegtöretés közepett, kétségtelenül vonatkozásban az egyébként érthetetlen bélelváltozással. Tekintve a gurdély szerkezetét s helyét, tekintve a műtét kapcsán kés alá került heges fodorköteget, melyben átmetszésekor két vaskosabb értörzs tünt szembe s a mely alkatánál és helyzeténél fogva már a műtétkor felvetette az omphalomesenterialis eredet gondolatát, kétségtelen, hogy az egész képlet egy Meckel-diverticulum s az egész bélelváltozás azzal áll vonatkozásban. Egyikével állunk tehát szemben azon aránylag nem ritka hasüri zavaroknak, a melyeket a bélhuzamnak ezen hivatlan vendége, a Meckel-gurdély okoz. E zavarok sokszerűek s felette tarkák. Nem ritkán véletlen lelet egy-egy szabad vagy kizárt sérvben, más okból végzett hasmetszésnél a szabad vagy letapadt, hosszabb-rövidebb diverticulum. Ismeretesek azután a hasüregnek megbetegedései, a melyben a diverticulum elváltozása az egyedüli bűnös. A diverticulum csavarodása, üszkösödése, beszorulása, gyuladása, a diverticulitis. Ismeretes végre a megbetegedéseknek egész sora, a hol a tüneteket az a béldarab váltja ki, a melyet az egészséges vagy kóros gurdély leszorít, körülcsomóz, szögletben tör. A heveny idetartozó elváltozások, mondjuk ileusok aránylag nagy száma mellett elenyésző kicsiny a diverticulum-okozta szűkületek, enterostenosisok száma, a melyek közé az itt bemutatott eset is tartozik. S mert a szűkületek ilyen ritkák s mert lassú lefolyásúak, a keletkezésük története is felette homályos: az egyáltalában ismert néhány esetben egy ilyetén összenőtt bélconglomeratumot avagy szöglettörést találunk, a melynek közepén ott van a diverticulum. Valószínű, hogy az esetek egy részében a kiállott heveny ileusroham után fejlődik ki valami módon a szűkület, máskor talán kezdettől fogva olyanok a viszonyok, hogy a bélsárpassage-zavar nem lesz acuttá; bekövetkezik fokozottan a leszorítás, tengelycsavarodás, szöglettörés, a melynek kompenzálására jelentkezik a tágulás és túltengés, a melyet talán fokoz a megtörés helyén kifejlődő másodlagos hegesedés. Hogy a mechanismusban ilyenkor milyen része volt a gurdélynak, azt mondom eldönteni legtöbbször tisztán elméletileg lehet, jelenléte azonban más hiányában reávall mint okozóra. Ez áll a jelen esetben a Meckel-gurdély okozta szöglettöréses stenosisra is, melyet ezért voltam bátor bemutatni.

Oesophagoskoppal kórjelzett és operált bárzsing-polypus.

Morelli Károly. Vázolja az oesophagoskopia fejlődését 1860-tól, mikor *Semeleder* saját bárzsingját saját eszközével vizsgáltatta *Störck* barátjával, majd hogy 1880-ban *Makenzie* Londonban saját sodronyos tubusával kórjelzett, sőt műtött polypust, mely eddig az egyetlen eset is a mai napig. Hogy csak 1881-ben kezdett vele behatóan foglalkozni *Mikulicz* Bécsben, a mikor sikerült Leiter bécsi műszerésznek mignon villanylámpával ellátni a panelektroskopját, melylyel így nemcsak a húgycsőbe, hanem a különböző hosszúságú (25—40 cm.) és 10—15 mm. átmérőjű bárzsingtubusba is sikerült bevilágítani.

Bemutatja Leiter szivességéből a legrégibb és legújabb eszközöket. Így *Störck, Marek-Makenzie, Leiter-Nitze, Leiter-Mikulicz, Kirstein, Brünnings* és *Kohler* oesophagoskopját, *Leiter-Mikulicz* gastroskopját, melylyel szintén már 1884-ben az ó-utczai ambulatoriumban kezdette meg vizsgálatait, melyek emberen nehezen sikerülvén, állatokon gyakorolta magát és így keletkezett az ő ismert atlasza, melyben az ép gyomor, a különböző hőfokú vizek, használatban lévő gyógyszerek, mérgek és ellenmérgek hatása van szines képekben megörökítve. Hangsúlyozza, hogy Németországban és távolabb az oesophagoskopia csak *Mikulicz*-nak Bécsből való távozása után lett ismertté 1884 óta. Fölsorolja, hogy már *Störck* ajánlotta, hogy az eszköz langymelegen mandrinnal vezettessék a bárzsingba. Hogy *Mikulicz* 4% morphinbefecskendezéssel nyugtatta meg a vizsgálandót, 1884 óta a cocain 10%—20% oldatát használják ecsetelés alakjában. Hogy a rákfarkú végű mandrin jobb mint a merev, kemény, de jó a ruganyos bárzsingszálacs is. Hogy lehet ülő, fekvő és oldalt fekvő helyzetben vizsgálni, hogy úgy mint *Schrötter* és *Köhler* maga is az ülő helyzetet — alacsony zsámolyon foglal helyet a beteg — tartja legalkalmasabbnak. Hogy a beteget, ha csak nem sürgős, fél, sőt egy napig is koplaltatja, mint azt már *Störck* is ajánlotta. Fölsorolja, hogy 1889-ben *Hacker* már oesophagoskopon át eltávolított idegen testet mutat be, ugyancsak 1890-ben a bárzsing körüli lobokról, azok kezeléséről és műtevéséről is ír. Ezeken 1902-ben sarcomát kórismézett. *Gottstein* 1901-ben említi, hogy 100 vizsgált esetben 68 betegén sikerült carcinomát kórismézni. 1901-ben nálunk *Winternitz* mutat be beteget, kin eltávolított idegen testet oesophagoskop segitségével. Előadó külön kiemeli *Killian* szivójának rendkivüli becsét. Figyelmeztet, mennyire fontos a vizsgálat előtt a beteget fölvilágositani a történendőkről, megnyugtatni úgy a cocain hatását, mint az egész eszköz alkalmazását illetőleg.

Röviden említi, hogy az 1717. évtől az 1880. évig *Makenzie* följegyzései nyomán csak 16 bárzsingpolyp-eset ismeretes, melyet részben élőn, részben hullában észleltek. Volt olyan eset, hol a polypus kocsánya oly hosszú volt, hogy feljött a garatba, sőt le lehetett kötni. Egy esetben ily lekötött polypus éjjel levált, a gégébe csúszott és a beteg így fulladt meg. 1784-ben *Schneider* bonczoláskor egy bárzsingban három polypust talált. 1837-ben *Middeldorf* egy monographiában számol be az eddig észlelt bárzsingpolypokról.

Bécsben *Rokitansky* 1840-ben látott egy igen nagy polypust a bárzsingban. Nálunk az összes bonczolások alatt sem *Genersich*, sem *Pertik* tanár urak nem láttak bárzsingpolypust, ez is bizonyitja a bárzsing-polypus rendkivüli ritkaságát.

A betegre vonatkozólag a kórtörténetből a következőket emeli ki:

G. Margit, 27 éves harisnyakötőnő 3 éves kora óta nyel nehezen, azóta csak folyadékot. 8 éves korában lettek e miatt mandulái kivéve, de nyelése nem javult. 1907-ig bajával nem törődött és igyekezett csak folyadékkal táplálkozni, ha mégis keményebbet nyelt, az megakadt és csak hosszú idő után és nagy bajjal tudta lenyomni a gyomorba; a falat rendesen a

gyomornyilás táján akadt meg és foglalt helyet. 1907 január havában jelentkezett osztályomon, akkor kezdtük szálacscsal kezelni és felmentünk a 24 Porgetig. De azután a cardia táján beálló nagy fájdalmak miatt be kellett szüntetni a tágítást. 1908 deczember 9.-étől 1909 január 25.-éig feküdt osztályomon, mert oly rosszul táplálkozott, hogy teljesen lefogyott, kimerült, úgy hogy tápcsővel etettük. A tápcső bevezetése főleg akkor váltott ki fájdalmakat, ha nyílása bal felé volt, sőt ilyenkor a bevezetéskor mindig mintegy megakadni látszott az eszköz, ez tett figyelmessé, hogy ott valami kiálló daganatnak kell lenni. Lassan fölhizlalva bocsátottuk ki a beteget.

1910 január 31.-én újból kezdtük bougierozni a beteget és följutottunk 15-ös Porgetig. Ugyanezen év április havában kiséreltem meg *Leiter-Mikulicz*-oesophagoskoppal az első vizsgálatot, hogy lássam a nehéz nyelés okát, az akadályt, de sajnos, alig volt bent az eszköz, a beállott hányási inger miatt kénytelen voltam kihúzni; végre a negyedik kisérletnél május hóban sikerült a látteret megtisztítani és tisztán látni egy a cardia előtt a bárzsing bal oldalából széles alapból kiinduló cseresznye mekkoraságú, sima felületű, közepén kis hajszálértágulatot mutató daganatot, a melyet a jelenlévő uraknak is megmutattam. A daganatot csak a leghosszabb (45 cm.) csővel lehetett elérni, s így annak megfelelő hosszúságú villanyos és hideg kacsról kellett gondoskodnom. Szabadságom előtt lévén, a beteget hazabocsátottam és csak f. évi február 1.-én vettem fel. Újból meggyőződvén arról, hogy a betegen a nehéz nyelés oka a cardia előtt tisztán látható daganat, azt február 18.-án ülő helyzetben előzetes cocainérzéstelenítés és a *Killian*-féle nyálszívó állandó működése mellett 24 órai koplaltatás után a hideg kacscsal eltávolítottam. Utána csekély vérzés és fájdalom jelentkezett. 14 nap után kenyérbelet, 4—5 falatot jól nyel egymásután.

A szövettani vizsgálat, melyet *Pertik* tanár úr intézetében dr. *Wein* Zoltán úr volt szíves végezni, a következő:

A daganat rétegezett laphámtól borított és gazdagon erezett oedemás és hyalin kötőszövetből áll. Diagnosis: polypus oesophagii. Ez idő szerint ez a harmadik polypus-eset, mely oesophagoskoppal lett kórismézve. *Harmer* tanár esetében Bécsben *Chiari* tanár klinikáján 1905-ben látott polypus a vizsgálat alatti vongálások következtében magától levált és a beteg lenyelte s így nem lehetett szövettanilag megvizsgálni. Ez esetem így a második az irodalomban, a mely kórismézve és műtéve lett az oesophagoskopon át.

Az első, mit már említettem volt, *Morel Makenzie* esete, a hol a bal gyűrűporcz magasságában volt a polypus és még 1880-ban lett műtéve. Ez az eset szövettanilag is meg lett erősítve.

Az én esetem az egyetlen, mely oly mélyen, mint még soha, a cardia előtt lett felismerve és sikerrel eltávolítva és melyben a diagnosist a szövettani vizsgálat is megerősítette.

Szövődményes hólyagkő készítménye.

Bókay Zoltán: A bemutatott készítmény egy 4 éves fiugyermek hullájából való, kit 1911 február 6.-án hoztak hólyagkő miatt a Stefánia-gyermekkórházba. A gyermeket február 8-án operálták és egy jókora mogyorónyi hólyagkövet távolítottak el tőle. A műtét után 48 órára súlyos, az ileusra emlékeztető tünetek álltak be, a melyek miatt már-már újabb műtétnek indicatióját láttuk fenforogni, azonban a súlyos állapot 24 óra mulva teljesen megszünt, utána zavartalan gyógyulás; február 23-án a beteg hazamegy. Márczius 24-én a gyermeket újra behozták a kórházba, rendkivül súlyos állapotban, 48 óra óta nem vizelt a kis beteg. Meteorismus, számlálhatatlan pulsus, igen nagy elesettség, alig reagáló cornea. Az apa előadja, hogy a gyermeken már röviddel hazaérkezése után újra jelentkeztek hólyagkőre utaló jelenségek. Ez a súlyos állapot 24 óra óta áll fenn. Vizsgálatkor a gát felől tapintva, egy beékelődött idegen testre, kőre bukkannak a húgycső pars membranaceájában. Azonban daczára a két napos vizeletretentiónak, a hólyagot nem látjuk megnagyobbodottnak és a rögtön végrehajtott urethrotomia externa alkalmával sem ürül vizelet a mogyorónyi kő eltávolítása után. Ezek alapján a diagnosis hólyagrupturára tétetett. Pár óra mulva exitus. A bonczolásnál egy súlyos diphtheriás-haemorrhagiás cystitis mellett az epicystotomia transversa sebének berepedése, nagy, bűzösen széteső haematomával, körülírt hashártyagyuladás és a sepsis egyéb jeleivel együtt volt konstatálható. Az újabb kő bekerülésének idejét a műtét utáni ileustünetekkel járó rohammal kell egy időbe tennünk.

(Folytatása következik.)

A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése.

(München, 1911 jun. 7.—10.)

(Folytatás.)

Az izolált genitalis tuberculosisról *Krönig* nagyon kérdésesnek tartja, vajjon az egymagában előfordul-e, vagyis akképen, hogy egyebütt a szervezetben nem volnának gümőkóros góczok. Legtöbb esetben — nagyobb bonczolási anyag átvizsgálása alapján — valószínű, hogy a tuberculosis haematogen úton a tüdőből jut el az ivarszervekig. Kétségbe vonja a kivülről feljutó, ascendáló fertőzés veszélyét (gynaekologikus vizsgálatnál, ha az orvos avagy a bába ujja tbc.-bacillussal fertőzött; a külső genitaliák érintkezése fertőzött vizelettel vagy ürülékkel; cohabitatio, ha a férj tuberculotikus stb.). Az esetek felében a tubák tuberculosisa utólag uterustuberculosissal szövődik.

Prognosis: A genitalis tbc. ritkán (talán egyáltalában nem) megy át miliaris folyamatba s ritkán tör át a hólyagba, végbélbe. Ha a hashártya és az ivarszervek tuberculosisa együttesen fordul elő, rendszerint a hashártya tbc.-a az elsődleges, az ivarszervekben pedig per continuitatem támad a folyamat, avagy pedig a két fertőzés egymástól függetlenül haematogen úton egy harmadik gócztól veszi eredetét. Az ivarszervek tbc-a egymagában nem halálthozó betegség.

Therapia: Krönig tagadja, hogy *vitalis indicatióból* a gümőkóros ivarszervek műtéti eltávolítása szükségessé válhatnék. A legtöbb így megbetegedett asszony munkaképes s ha van is egyik-másiknak panasza, az exspectativ kezelés rövidesen segíteni szokott rajtuk. A műtéti beavatkozást inkább socialis okokkal lehetne támogatni. Még abban a kevésszámú esetben, a hol műtétre szorulunk, se járjunk el radicalisan, hanem még a méhtuberculosissal szövődött esetekben is elégedjünk meg a tubák kimetszésével. Ha a szervezet más helyén (tüdő stb) a folyamat előrehaladottabb, semmiesetre se operáljunk. Ha a tuberculosis csak a méhre szorítkozik, a beteget exspectative kezeljük. Főtörekvésünk az legyen, hogy az ivarszervek tuberculosisánál minden asszonyt lehetőleg huzamos időre tüdőbeteggondozó-intézetbe küldjünk.

Diagnosis: Tapintás útján a diagnosis felállítása alig lehetséges. Ha adnextuberculosisról van szó, az esetek 50%-ában a próbakaparás adja a legbiztosabb útmutatást. Lázzal járó adnextumoroknál a hyperleukocytosis hiánya adnextuberculosis mellett szól. *Pirquet* percutan módszere, a *Wolff-Eisner*- és *Calmette*-féle ophthalmoreactio nem mérvadó. A subcutan alttuberculin-reactiónak sem tulajdonít nagyobb jelentőséget.

A hashártya tuberculosisa. A hashártyatuberculosis gyakorisága férfiakon és nőkön körülbelül egyenlő, keletkezése mindig másodlagos (haematogen fertőződés útján). A hashártya tbc.-a közvetlenül nem halálthozó, mert legtöbbnyire másodlagosan támad, a mikor már más szervekben a tuberculotikus folyamat igen előhaladott. Peritonealis tbc. esetén a quoad vitam prognosis mindig attól függ, hogy a folyamat mennyire haladott előre az elsődlegesen megbetegedett szervekben.

Therapia: A laparotomiás kezelés tekintetében egyes szerzők eredményei nagyon elütők egymástól. *Krönig* ezt úgy magyarázza, hogy egyrészt az esetek megbirálása nem

egységes, másrészt az esetek utómegfigyelése nem tartott elég ideig. Hangsúlyozza tehát, hogy a hashártya tbc.-a miatt végzett laparotomiások statisztikájában minden halálesetet, a melyet tuberculosis okozott (tekintet nélkül, hogy hol fészkelt az elsődleges halálos megbetegedés), negativ eredményként kell feltüntetni. Hiba kerülhet az esetek elbirálásába az által is, hogy vannak műtők, a kik csak a tiszta ascitikus hashártya-tbc.-t operálják meg, míg mások az adhaesio + ascitikus stb. kórformákat is megoperálják. Természetes, hogy az előbbiek jobb eredményekről számolnak be, bár *Krönig* hangsúlyozza, hogy ascites miatt végzett hasmetszésnél az ascites végleges megszünését nem szabad teljes gyógyulásnak tekinteni. Vannak t. i. megfigyelt esetek, a hol laparotomia után nem támadt többé ascites, de bonczoláskor mégis nagy kiterjedésű hashártyatuberculosist találtak.

A másik körülmény, a melyre *Krönig* a figyelmet felhívja, az utómegfigyelés rövidsége. 3, lehetőleg azonban 5 esztendeig figyeljünk egy-egy ilyen beteget. Már 3 esztendeig tartó utómegfigyelés mellett a tartós gyógyulás százaléka 20—30%-ra száll le. Kellő utómegfigyelés alapján azt állítja, hogy az exspectativ és az operativ kezelés körülbelül egyforma halálozási %-ot ad.

Krönig adhaesiv peritonealis tuberculosis esetén a laparotomiát teljesen mellőzi s csak pár centimeteres incisiót enged meg, ha a diagnosissal akarunk tisztába jutni, feltéve, hogy a próbakaparás és az alttuberculin-injectio cserben hagyott. Az exsudativ megbetegedésnél se tartja bebizonyítottnak, hogy a műtét jobb eredményeket ad, mint az exspectativ kezelés. Mindenesetre tegyünk kisérletet, hogy punctióval nem sikerül-e az ascitest levezetnünk. Csak ha ez nem sikerül, végezzünk kolpotomiát, Douglasbeli összenövések esetén pedig kis incisiót a linea alba mentén; soha azonban az összenövésekhez meg az adnexákhoz hozzá ne nyúljunk. Kontraindikálja még ezt a beavatkozást is a beteg lázas volta, vagy ha a szervezetben egyébütt lévő gümőkóros gócz pusztítása már nagyon előhaladott.

Legfontosabb a hashártya-tuberculosis kezelésében, hogy a beteget mielőbb tüdőbeteg-intézeti kezelés alá juttassuk. Kivánatos volna, hogy hosszabb sorozatát a betegeknek exspectative kezeljük s legalább 4 esztendős utómegfigyelés alapján mondjunk azután véleményt, vajjon a sebészi kezelés van-e a helyén, vagy a betegség gyógyítását a belorvosra kell-e biznunk.

A női húgyszervek tuberculosisa. A húgyszervek tuberculosisa szintén haematogen eredésü.

Az egyoldali vesetuberculosis prognosisa nagyon súlyos és ezért minden esetben azonnal operálni kell; különösen azonban, ha az ureter és a hólyag is részt vesz a betegségben, vagy a vese működési képessége a vizsgálatkor nagy különbséget mutat az egészséges oldalival szemben. Ellenjavalt a műtét: ha a beteg satnya állapota már nem engedi a beavatkozást, avagy ha az elsődleges gócz (pld. a tüdő) állapota nagyon előre haladott; még akkor is, ha a másik vese teljes compensatorius működéséről nem tudunk bizonyosságot szerezni. A tuberculotikus „Schrumpfblase“ gyógyíthatatlan, ezt ki kell irtani és az egészséges vese ureterét a végbélbe bevarrni. Van eset, hogy a hólyag már beteg, de csak mérsékelt fokban; ilyenkor van még remény a meggyógyítására. Ha azonban a beteg vese kiirtása után hamarosan még sem javul a hólyag, legokosabb, ha hólyaghüvely-sipolyt készítünk.

A jövő feladata, hogy a vesesebészetben olyan pontos vizsgáló módszereink legyenek, melyeknek segélyével a vesetuberculosist már akkor meg tudjuk állapitani, a mikor a hólyag még teljesen ép; mert csak ilyen esetekben látunk igazán jó eredményeket. *Krönig* a vese kipraeparálására a retroperitonealis utat ajánlja.

Az eddigi utómegfigyelések alapján (5 esztendő után) 30% végleges gyógyulásról számol be.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Sclerodermiában szenvedő 11 éves leánykát mutatott be *Slanina* a brünni orvosegyesület egyik ülésén. Thyreoidin belső használatára és thiosinaminnak kenőcs alakjában alkalmazására tetemes javulás állott be, a mennyiben a bőrnek nagyobb része most már rendes minőségű s csak helyenként látható néhány sclerodermiás folt. (Wiener klinische Wochenschrift, 1911. 732. l.)

PÁLYÁZATOK.

4716/1911. ikt. szám.

A Szentetornya községben üresedésben levő **községi orvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetek azzal, hogy az állás elnyerését czélzó pályázati kérvények orvosi oklevéllel és az eddigi alkalmaztatásról szóló bizonyítványokkal felszerelve hozzám **f. év augusztus hó 10-éig** nyujtandók be.

Az állás javadalma:

1 1600 K törzsfizetés;
2 600 K helyi pótlék;
3. 300 K halottkémlési díj;
4. 300 K fuvarátalány, a miből az orvos az ügykörébe tartozó hivatalos teendők összes fuvarköltségeit fedezni köteles. Készpénzben tehát összesen 2800 K, továbbá
5. a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak;
6. 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás.

A községi orvos kézi gyógyszertár tartására lesz jogosult és a község alatt fekvő uradalmaktól mintegy 500-600 K jövedelemre tarthat számot.

Orosháza, 1911. évi julius 2.

Berthóty István dr., főszolgabiró.

4495/1911. ikt. sz.

Békésszentandrás község képviselőtestülete elhatározta, miszerint ideiglenes minőségben, t. i. addig, míg a jelenlegi községi orvos szolgálata megszűnik, a községben letelepedés czéljából meghivandó **I. orvos** részére 1200 korona tiszteletdíjat állapít meg azon czélból, hogy a helybeli betegek megfelelő orvosi ellátásban részesülhessenek.

Erős kilátása lehet ezen meghivandó orvosnak, hogy a jelenlegi községi orvos szolgálatának megszüntével ő fog községi orvossá megválasztatni. A meghivást Békésszentandrás község elöljárósága eszközli.

A meghivandó orvos évi 1200 korona tiszteletdija havi előleges részletekben folyósittatik a községi pénztárból s a községgel szerződéses viszonyban fog állani, mely szerződés feltételeit az illető orvos meghallgatása után az elöljáróság közbenjöttömmel állapítja meg.

Köteles azonban a meghivandó orvos a községi szegényeket díjtalanul gyógykezelni, a vagyonosokat pedig a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak mellett.

Felhivom ennélfogva mindazon gyakorlatra jogosított orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényszerinti minősítéssel ellátott pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 1.-éig** annyival inkább beadják, mert a később érkezők figyelembe vétetni nem fognak. A pályázati kérvények beérkezte után a meghivás mielőbb meg fog történni.

Itt jegyzem még meg, hogy a letelepedő orvosnak szép kilátása lehet a tekintetben, hogy nagykiterjedésü magángyakorlatot szerezhet magának.

Szarvason, 1911. évi julius hó 1.-én.

Wieland dr., főszolgabiró.

1708/1911. sz.

A hódmezővásárhelyi kerület munkásbiztositó pénztár igazgatóságának 1910. évi október hó 5.-én 110. sz. a. hozott határozata alapján az ötödik **kezelő-orvosi állásra** pályázatot hirdetünk.

Évi fizetés 2600 (kettőezerhatszáz) korona, mely összeg az illetményszabályzatban megállapított fokozatos előléptetéssel 3600 koronára emelkedik.

Pályázók az 1907. évi XIX t.-cz 110. §-ában előirt minősítésen kívül ezen állásra való képesítésüket okmányokkal kötelesek igazolni, valamint kijelenteni tartoznak, hogy a pénztár által megalkotott és a fölöttes hatóságok által jóváhagyandó szolgálati, fegyelmi és illetményszabályzatot magukra nézve kötelezőnek elismerik.

A pályázati kérvények a pénztár igazgatóságához czímezve **1911. évi julius hó 21. napjának déli 12 óráig** nyujtandók be a pénztárnál.

A megválasztandó orvos köteles leend állását f. évi augusztus hó 1.-én elfoglalni és az igazgatóság által kijelölt városrészben lakni.

Bővebb felvilágositás a pénztárnál nyerhető.

Hódmezővásárhely, 1911. évi julius hó 2.-án.

Seltmann Dezső s. k., igazgató. *Neumann József* s. k., elnök

Vidéki sanatoriumban fiatal, végzett, nőtlen orvos állást foglalhat, 1600 korona évi fizetéssel s teljes ellátással. Czim: Dr. Láng Sándor műtőorvos Debreczen, Kossuth-utcza 39. sz. Sanatorium.

1568/1911. sz.

Kiskúndorozsma községnél a lemondás folytán megüresedett külterületi **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint esetleges eddigi gyakorlatukat igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **julius hó 31.-éig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása évi 1400 korona törzsfizetés és 600 korona fuvarátalány, valamint a kiskúndorozsmai „külső központ"-ban — mely a községtől műúton 13 kilométerre fekszik — természetbeni lakás.

Ezenfelül, a ki az állást elnyeri — mint hivatali elődje megkapta — szintén minden valószínűség szerint meg fogja kapni a vármegyei alispán úrtól a jogositványt kézi gyógyszertár felállitására.

A választás napját a kérvények beérkezése után fogom kitűzni.

Kiskúndorozsma, 1911. évi julius hó 3.-án.

Gyárfás, főszolgabiró.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

Kellemes 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 forrásleirások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

A „Magyarországi Gyógyszerészegyesület"

nyilvános vegyvizsgáló állomása

Budapest VIII., Aggteleki-u. 8, I. e. 9.

TELEFON 57—64.

Dr. Molnár Nándor vezetése alatt elvállal vegyvizsgálat czéljából: gyógyszereket, élelmi- és élvezeti szereket, kút- és ásványvizeket, ásványokat, ipari czikkeket stb.

Dr. Augusztin Béla közreműködésével növénytani és mikroskopi vizsgálatokat.

Dr. Lengyel Loránd orvos vezetése alatt: minden orvoschemiai és mikroskopi vizsgálatot, ú. m.: vizelet, köpet, anyatej, vér stb. vizsgálatát.

A Rimamurány-Salgó-Tarjáni vasmű részvénytársaság salgótarjáni gyártelepén üresedésbe jött, 3200 korona, nyugdijra jogositó évi kezdőfizetés, évi 600 korona személyes pótlék és mintegy 500 korona évi jutalom, továbbá természetbeni szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezetével egybekötött **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesités kivántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható kórházi gyakorlattal, különösen pedig *műtői* képesitéssel birók előnyben fognak részesülni.

Hivatalos okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok **1911. évi julius hó 15.-éig** az alulirt czimhez intézendők.

Rimamurány-Salgó-Tarjáni vasmű részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utcza 36, II. em.

UJ

komoly szájfertőtlenitő-szer került a piaczra, tudományosan kipróbált, elismert anyag, mely biztosan és gyorsan szagtalanit.

FODORMENTHA-LYSOFORM

(LYSOFORMIUM MENTHAE)

Igen kellemes mentha-izű, gyengén alkalikus fertőtlenitő-szer, melynek hatásos alkatrészei az oldatban maradnak. 1 üveg tartalma 100 cm³, ára kor. 1·60.

Használati utasitás: 15 csepp egy üres pohárba, aztán viz öntendő reá.

Orvosoknak 1000 cm³ üvegben 7·50 K szállitjuk.

Mintát és irodalmat ingyen küld:

Dr. Keleti és Murányi vegyészeti gyára Ujpesten.

(Lysoform-gyár.)

Rohitsi

Tempel-forrás. Szénsavdús, diätetikus, üditő asztali ital. — Elősegiti az emésztést és anyagcserét.

Styria Legtelitettebb gyógyforrás. — Indikálva: idült gyomornurutnál, székrekedésnél, Brightféle vesebajnál, lépdaganatnál, májbajoknál, sárgaságnál, anyagcsere betegségeknél, a légutak hurutos bántalmainál.

Donati a maga nemében a leggazdagabb tartalmu gyógyforrás legerélyesebb hatással. Főképen indikálva: idült bélhurutnál, obstipatiónál, epekőnél, elhizási hajlamnál, csúznál és cukorbetegségnél.

Legdusabb, természetes magnézium-glaubersósforrások.

Főraktár Magyarország részére:
Hoffmann József, Budapest, V., Báthory-u. 8.

55. évfolyam. 29. szám. Budapest, 1911 julius 16.

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. Az epehólyag megbetegedései által szolgáltatott sürgős műtéti javalatokról. 511. lap.

Sellei József: A Charité-poliklinika II., húgyszervi és nemi betegségeket gyógyító osztályából. A gonorrhoeás prostatitis és arthritis vaccines kezelése. 513. lap.

Pach Henrik: Munkásbiztosítás és orvosképzés. 515. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Magyar Lajos*: A m. k. budapesti honvéd helyőrségi kórház Röntgen-laboratoriuma. — *Lapszemle. Belorvostan. Fr. Jamin*: A tüdőemphysema gyógyitása. — *Sebészet. Harold Chapple*: Az idősült bélsárpangás és colectomiával való gyógyitása. — *Elmekórtan. Heilig*: A cerebrospinalis folyadék pigmenterythrocytosisa. — *Pappenheim*: A cerebrospinalis folyadék polynucleosisa. — *Szülészet és nőorvostan. E. Langes*: A terhességben és gyermekágyban salvarsannal végzett gyógykezelés. — *Börkórtan. Hesse*: Röntgen-carcinoma. — *Röntgenologia. Brauer*: A Röntgen-sugár okozta erythema. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Slowzow*: Knoll-féle diuretin. — *Lüdin*: Hexamekol. 517—519. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — 520. lap.

Vegyes hirek. 5 0. lap.

Tudományos társulatok. 521—526. lap.

Melléklet. Szemészet. Szerkeszti *Grósz Emil.* 2. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról.

Az epehólyag megbetegedései által szolgáltatott sürgős műtéti javalatokról.*

Irta: *Pólya Jenő* dr., közkórházi főorvos, egyetemi magántanár.

Míg a sebészet modern álláspontja szerint az acut appendicitist elvből és pedig lehető korán operáljuk, az acut cholecystitissel szemben tartózkodóan viselkedünk, mert a tapasztalás azt mutatja, hogy az acut cholecystitis legtöbbször önként meggyógyul és sokkal ritkábban vezet olyan vészes szövődményekre, a milyenek az appendicitis kapcsán bizony gyakran észlelhetők. Annak, hogy a cholecystitis általában sokkal enyhébb lefolyású, mint az appendicitis, az oka főképp kettő:

1. hogy a duodenum, melyből a choledochus és cysticus útján leggyakrabban jő létre az epehólyag fertőzése, általában véve sokkal kisebb számú és kisebb virulentiájú csírákat tartalmaz, mint a vakbél, melyből az appendix bacteriumflorája származik;

2. hogy az epehólyag anatomiai helyzeténél fogva a gyuladás tovaterjedése e szervről a hashártya többi részeire nagyobb akadályokkal találkozik, mint az appendixből kiinduló lobfolyamaté. Az epehólyag a hasürnek egy csendes zúgában fekszik, gyuladásai esetén a máj, gyomor, duodenum, colon-transversum, cseplesz és elülső hasfali peritoneum összetapadása által könnyen támad egy védő sáncz, mely a hasüreg többi részének fertőzését meggátolja, míg a féregnyúlvány az esetek nagyobb részében a vékonybelek között fekszik és a belőle kiszabaduló bacteriumok a hasür egész alsó részét elárasztathatják.

* A Közkórházi Orvostársulat 1911 május 17.-i ülésén tartott előadás nyomán.

Vannak azonban esetek, a mikor az epehólyag fertőzése nem az említett aránylag kedvező viszonyok között játszódik le, a mikor a fertőzést létrehozó bacteriumok igen nagy virulentiájúak, a midőn a gyuladás az epehólyagról átterjed a hashártya szomszédos részére vagy az egész hasüregre. Ez az átterjedés különben legtöbbször éppen a bacteriumok nagy száma és virulentiája által feltételezett igen heves gyuladás következménye. A cholecystitis ezen súlyos formái veszedelmességükre nézve nem állnak az appendicitis mögött és az acut cholecystitis ezen súlyos formái azok, a melyek sürgős sebészi beavatkozást igényelnek.

Túlságosan messze vezetne, ha ezen acut cholecystitisek aetiologiájára, keletkezésük módjára kiterjeszkednénk. Egynéhány év előtt e helyen tartott előadásomban behatóan foglalkoztam e kérdéssel. Most röviden csak ennyit. *A praedisponáló* okot rendszerint az epehólyagban levő kövek adják, melyek az epehólyagban bacteriumok elszaporodását főleg az által teszik lehetővé, hogy a kiürülésüket meggátolják; azonban, mint egyik bemutatandó esetem is mutatja, kövek nélkül is támadhat acut cholecystitis.

A kiváltó oka vagy abban áll, hogy a passage kőnek vagy köveknek a ductus cysticusba való ékelődése által hirtelen megszűnik és így a köves hólyag a benne levő bacteriumoktól egyáltalán nem bir megszabadulni, vagy pedig abban, hogy az epehólyagot igen virulens bacteriumok árasztják el, melyek vagy a choledochuson és cysticuson felszállva jutnak belé az epehólyagba, vagy a vena portae révén a bélből, illetve az arteria hepatica révén a test legkülönbözőbb helyeiről jutnak belé a májba, innen az epébe s az epével a hepaticuson és cysticuson át az epehólyagba.

Elsősorban tehát a bélcsatorna fertőzései azok, melyek az epehólyagot fenyegetik és ezek között is legelső helyen áll a typhus abdominalis.

Typhusbacillusok jelenléte az epében a legtöbbször nem vezet az epehólyag súlyos megbetegedésére, hisz tudjuk, hogy a typhusrecidivák leggyakoribb oka éppen az epehólyag typhusbacillustartalma, s hogy az úgynevezett „Bacillenträgerek“,

vagyis azon typhust kiállott egészséges emberek, a kiknek székletében virulens typhusbacillusok vannak, epehólyagjukban tenyésztik ezeket a környezetükre nézve oly veszedelmes jószágokat, a nélkül, hogy az epehólyagon komolyabb anatomiai változások volnának jelen. Vannak azonban esetek, midőn a typhus az epehólyagban súlyos fekélyesedést, genyedést, átfúródást idéz elő, különösen oly betegekben, a kiknek már előzőleg epekövei voltak.

Máskor acut gastroenteritis adja a kiváltó okot és észleltetett acut cholecystitis appendicitis, incarcerált hernia, lobos nodusok, appendicitis, strumitis, mastitis kapcsán, különféle műtétek után, abortussal, gyermekágygyal kapcsolatban, szóval oly esetekben, midőn nyilván a májba jutott vér volt a fertőzés hordozója.

Azon anatomiai elváltozások, melyeket az epehólyag ezen súlyos infectiói létrehoznak, igen változatosak.

Vannak esetek, midőn az epehólyag gyuladásából kiinduló sepsis idézi elő a súlyos kórképet, a nélkül, hogy peritonitis volna jelen. Emlékszem egy fiatal nőre, kit családja kényszerítésére in ultimis, a legsúlyosabb sepsis tünetei közt, megszámlálhatatlan, filiformis pulsus mellett operáltam meg; a hashártya sima, fénylő volt, peritonitisnek semmi nyoma, az egyetlen elváltozás az volt, hogy az előzetes gyuladások által megvastagodott epehólyag fala lobos és belövelt volt s benne genyet és köveket találtunk.

Legtöbbször azonban legalább kezdődő peritonitis van jelen, a környezet belövelt, fibrinlepedékkel fedett, a hasürben savó avagy többé-kevésbé eltokolt, ismét máskor szabad genygyülem foglal helyet, mely lehet ismét epével kevert vagy epe nélküli. A peritonitis oka az esetek egy részében az epehólyag átfúródása, más esetekben az epehólyagfal teljes vagy részletes elhalása (cholecystitis gangraenosa), ismét máskor a hashártyának az epehólyag subserosus nyirokpályái révén való infectióját kell felvennünk, a mire annál inkább nyílik alkalom, mert az epehólyagfal ilyenkor nem egyszer phlegmonosus vagy apró tályogokkal teleszórt.

A klinikai tünetek, melyekkel az acut cholecystitis ezen súlyos formái járnak, lényegileg hasonlók azokhoz, melyeket a cholecystitis enyhébb alakjai okoznak és melyek összességé az „epekő-kólika" közismert képét adja, csak sokkal súlyosabbak, ijesztőbbek amazoknál és a peritonitis vagy sepsis jelenségeivel vannak kombinálva.

A legpraegnánsabb subjectiv tünet, a fájdalom, rendszerint sokkal kifejezettebb, mint a közönséges „epekő-kólikáknál" (a melyek kő nélküli cholecystitis esetében ép olyanok, mint a kő által okozottak). Az oly betegek, a kik egy pár epekőrohamot, a mi lényegileg nem egyéb, mint cholecystitis, már átéltek, sokszor maguk mondják, hogy ez az attaque másféle, mint az eddigiek voltak, hogy valami megszakadt belül.

Objective is első sorban az epehólyagtáj fokozott nyomási érzékenysége van jelen, mely érzékenység a peritonitis kiterjedése szerint a has szomszédos tájaira vagy az egész hasra kiterjed. A fájdalmasság kifejezője a défense musculaire is, melynek kiterjedése a has távolabbi részeire, a peritonitis tovaterjedésére enged következtetni. Ugyancsak a peritonitis terjedésére következtethetünk arról, ha a megfigyelés folyamán az érzékenység terjed.

A has puffadása a peritonitis előhaladása és ideje szerint változó. Körülírt resistentia és tompulat bizonyos eltokolódásra enged következtetni, de ez még nem bizonyítja, hogy a folyamat tovaterjedése meg is állapodott. Ha pedig az epehólyagot világosan tapintjuk, az ellene szól a átfúródásnak, bár, mint III. számú esetünk bizonyítja, a perforatio után keletkező eltokolt tályog is az epehólyag formáját mutathatja. Ha az epehólyagot nagynak, feszesnek tapintjuk, arra kell gondolnunk, hogy átfúródás fenyeget, ha pedig az előbb tapintható epehólyag-tumor eltünt, de a fájdalmasság nem csökkent és az általános tünetek sem javultak, sőt rosszabbodtak, ez a már bekövetkezett perforatiónak úgyszólván biztos jele. Hányás igen sok esetben jelentkezik közönséges epekőkólikánál s a betegek azután rendszerint tetemesen megkönnyebbülve érzik magukat. Gyakori hányás, csuklás, folytonos hányásinger már peritonealis izgalom jele.

Az általános tünetek közül a láz, hidegrázás még önmagában nem mond semmit; igen sok önként gyógyuló epekő-kólika mutat ilyen tünetet. De ha a láz elhúzódik, ha a hidegrázások ismétlődnek, ez már súlyos fertőzés jele. Viszont mint minden abdominalis fertőzés, úgy ezek a súlyos acut cholecystitisek is lefolyhatnak láz nélkül is, vagy igen csekély láz kiséretében, sőt éppen a legsúlyosabb septikus folyamat mellett subnormalis is lehet a temperatura. Ilyenkor a pulsus szaporasága, a nyelv szárazsága, a beesett szemek, kihegyezett orr, szóval az a bizonyos ismert és ijesztő abdominalis facies, az, a mi a folyamat súlyosságára vall. És különösen olyan epehólyagáttörések alkalmával, a mikor fertőzött epe került a hasüregbe, tapasztaltam a pulsus rendkívül szapora, nyomorult voltát. A pulsus szaporasága egyáltalán minden esetben gyanút kell hogy keltsen arra, hogy a cholecystitis súlyos természetű; közönséges epekőkólikáknál a pulsus inkább retardált szokott lenni.

Diagnostikus kétség főleg két irányban merülhet fel.

Vagy tudjuk, hogy a betegnek cholecystitise van, és az a kérdés, vajjon a cholecystitisnek olyan súlyos formája van-e jelen, melyet sürgősen kell, hogy operáljunk.

Vagy pedig az a kérdés, hogy a tapasztalt súlyos abdominalis tünetek acut cholecystitisből származnak-e.

Az előbbi esetben, midőn tudjuk, hogy a betegnek epekőrohamai szoktak lenni, sürgős műtétre csak akkor fogunk gondolni, ha a roham szerfelett súlyosnak mutatkozik, a pulsus szapora, a fájdalmak a szokottnál nagyobbak; ilyen irányú bemondásokat persze mindig bizonyos fentartással kell fogadnunk. Fel kell állítanunk a sürgős műtét indicatióját:

1. ha az epehólyag igen nagy és feszes, a fenyegető perforatio miatt;

2. ha az epehólyagdaganat eltünését az összes subjectiv és objectiv tünetek javulása nem kiséri;

3. ha peritonitis vagy sepsis jelei kezdenek kibontakozni;

4. ha a fájdalmasság, a láz elhúzódása, hidegrázás és borzongás, az epehólyagdaganat vagy e tájon levő resistentia és tompulat persistálása, esetleg leukocytosis empyemára vagy pericholecystitikus genygyülemre vall.

Adott esetben kétségeket támaszthat, illetve tévedésekre vezethet jobboldali vándorvese, mely retentio esetén szintén lehet fájdalmas, okozhat lázat, hányást, sőt csekély icterust is, a mi mellett a vizelet teljesen normalis lehet. Ilyen esetekben a daganat formája, mozgathatóságának iránya, ballotálhatósága igazíthat útba, de ha a hasfal vastag vagy feszes, a legnagyobb elővigyázat mellett is tévedhetünk akár az egyik, akár a másik irányban.

Ha acut peritonitis képe van előttünk és felvetődik az a kérdés, vajjon ez nem az epehólyagból indult-e ki, akkor először kutassunk aziránt, nem voltak-e a betegnek előzőleg epekőrohamai vagy gyomorgörcsei, a minek a közönség nagyon sokszor nevezi az epekőrohamokat. Ne feledjük azonban, hogy az epeköves ember is kaphat más okból is peritonitist. Egy beteget úgy mutatott be nekem a kezelőorvosa, hogy igen súlyos epekőkólikája van, melyhez utóbb peritonitis jelei csatlakoztak. A műtét alkalmával diffus genyes hashártyagyuladást találtam, melyet egy hegyes csont által előidézett vékonybélperforatio hozott létre. Másfelől vannak esetek, midőn az anamnesis az acut cholecystitis diagnosisára semmi alapot nem nyujt, midőn azelőtt teljesen egészséges emberek epehólyagperforatiót kapnak.

Epehólyagperforatio mellett fog szólni, ha a fájdalom kiindulási pontja, a nyomási érzékenység, a défense musculaire punctum maximuma, a netán jelenlevő resistentia vagy tompulat az epehólyag táján van. Persze sülyedhet a geny az appendix tájára is és kiterjedhet az egész hasra és ilyenkor anamnesis híján a diagnosist nem igen fogjuk tudni megállapitani, de ha ilyenkor kétes is a diagnosis, az acut peri-

tonitis jelenléte kétségtelenné teszi a műtét szükséges voltát; az ilyen esetben bármi legyen is a hashártyagyuladás oka, operálnunk kell.

Végül szabadjon az elmondottakat 3 idevágó esettel illusztrálnom, melyek az utolsó pár hónapban kerültek Szt. István-kórházi osztályomon észlelés alá.

1. özv. N. M.-né, 35 éves cseléd, felvétetett 1910 október 28.-án. 5 év óta jelentkező epekörohamok. 1910 áprilisában egy 14 napig tartó magas lázzal járó, október 23.-án újra egy súlyosabb roham. Felvételkor a has mérsékelten puffadt, a jobb bordaív alatt egy igen fájdalmas, a légzőmozgásokat követő, az epehólyag formáját mutató daganat. Hőmérsék felvételkor 37·5°. Másnap délután erős görcsök, a temperatura 38·4°-ig emelkedik. E fájdalmak persistálnak, a has puffadása nő, az érzékenység jobboldalt terjed; 30.-án reggeli hőmérsék 38°, este 39°, 31.-én 38·3°, a has feszes, a jobb bordaív alatt tenyérnyi érzékenység, az epehólyag nem tapintható. Műtét 31.-én délelőtt aethernarcosisban (*Földes*). Az epehólyag nagy, vastagodott falú, körülötte összenövések; ezen összenövések szétbontása közben egy a máj, colon és mesocolon transvers. közt fekvő tályogba jutunk, melybe az epehólyagból egy tízfillérnyi perforatio vezet. Az epehólyagot, mely 7 borsónyi követ tartalmaz, kiszabadítjuk és a d. cysticust és a. cysticát előzetesen aláöltve, hátulról előre kiírtjuk. Bő tamponade. Hasfalvarrat. A láz a műtét után leesett s az első két hétben elvétve mutatkozó apróbb hőemelkedésektől eltekintve, végleg el is maradt, a sebgyógyulás simán ment végbe és 1910 deczember 3.-án teljesen gyógyulva hagyta el a kórházat. Igen jó állapotban, tetemesen meghízva mutattam be a közkórházi orvostársulatban (1911 május 17).

2. E. J. 46 éves pék. 1910 nyarán typhust állott ki, mely 6 hét mulva recidivált, ezen recidiva folyamán a beteg kezelőorvosa typusos epekőkólikát észlelt. November 6.-án reggel 6 órakor hirtelen borzasztó fájdalmai támadtak a jobb bordaív alatt, melyeket 4 centigramm morphin sem szüntetett. Következő nap kollabált, hasa igen megpuffadt, pulsusa szapora és nyomorult lett, úgy hogy éjjel 11 órakor szállították Szt. István-kórházi osztályomra. Igen rossz, filiformis pulsus, száma 160, hőmérsék 38°. Nyelv deszkaszáraz, szemek beesettek, has egészében, különösen azonban jobboldalt igen érzékeny; défense musculaire. Diagnosis: peritonitis ex perforatione vesicae felleae. Műtét azonnal, felületes aethernarcosisban. A jobb rectuson át hatoltam be. Belek kissé belöveltek, jobboldalt fibrines lepedékkel, a has jobb oldalában sok epés geny. Az epehólyag kicsiny, vastagodott falúnak látszik. Tekintettel a beteg ijesztően rossz állapotára, csak az epehólyagnak és környékének tamponade-jára szorítkozunk, a seb alsó zúgát szűkítjük. Felültetés, állandó infusio per rectum, semmit se kap per os.

Másnapra a pulsus 140-re, a következő napokban 100—110-re száll alá, a nyelv nedves lett, 9. és 10.-én bőven volt széke, a csuklás azonban körülbelül 14 napig tartott. A lefolyás úgyszólván teljesen láztalan volt, a nagy seb szépen besarjadzott, úgy hogy deczember 20.-án el is hagyhatta a kórházat, azonban egy nyálkasipoly maradt jelen, mely miatt f. évi január 19.-én megkísérlettük az epehólyag eltávolítását; de ez olyan szakadékony volt és a környezettel annyira összenőve, hogy csak részletekben birtuk eltávolítani és egy részének még most is benn kell lennie, mert a nyálkasipoly még, bár kisebb méretekben, fennáll. Ettől eltekintve semmi nehézsége nincs és jelentékenyen meghízott a műtét óta.

3. K. J.-né, 44 éves, munkásnő. 5 hét óta vannak májtáji fájdalmai, melyek folyton fokozódtak és mind sűrűbben jelentkeztek. Április 3.-án került *Dieballa* tanár osztályára, hol állandóan magas lázat (39° körül), nagy elesettséget és nagy és fájdalmas epehólyagtumort találtak. Ezen tünetek miatt április 6.-án osztályomra került, a hol az epehólyag táján egy 2 ököl nagyságú, a légzőmozgásokat követő és nagyjában az epehólyag formáját mutató fájdalmas daganatot tapintottunk. Csekély icterus.

A műtétet április 7.-én aethernarcosisban végeztem A jobb rectuson át behatolva, a máj, colon és cseplesz által körülírt nagy pericholecystikus tályogüreget találtam, melyben bűzös geny és kövek voltak; a vastagfalú, perforált, kövekkel telt epehólyagot kiirtottam. Bő tamponade. A kövek száma 51, borsó-mogyoró mekkoraságúak. A műtétet a beteg jól állotta ki, a műtéti seb lassan, de zavartalanul haladt a gyógyulás felé; helyén egy renyhén sarjadzó heg képződött, melyből bőven epés váladék ürült. A műtét előtt állandóan magas láz már a 3. napon leesett, úgy hogy április 10.-én teljesen láztalan volt, a következő napon azonban újra 39·4°-ra emelkedett a temperatura és a további lefolyásban a chronikus cholangoitis képe mindinkább kifejezettebbé vált. Szabálytalan időközökben jelentkező, rendszerint csak pár óráig tartó, de magas, 38·4°–39·4° közt ingadozó lázak, utána bő izzadás, az állandóan jelenlevő csekély icterus súlyosbodása, e mellett az erőbeli állapot fogyása, mindinkább kifejlő aluszékonyság, száraz nyelv. Próbáltuk ezt a cholangoitist urotropinnal, natr. salicylicummal leküzdeni, e mellett az epének a cysticuscsonkon át bő útja volt kifelé. Volt is egy relativ jó időszak április 27.-étől május 6.-áig, melyben a hőmérsék nem emelkedett 37·1°–37·7°-on felül, a beteg sensoriuma tisztult, étvágya kezdett támadni, nyelve nedves volt, úgy hogy már bízni kezdtünk hozzá, de fájdalom, a remény csalóka volt, az intermittáló lázak újra megjelentek és mindinkább elvesző öntudat, fokozódó gyengülés és kiszáradás tünetei közt 1911 május 23.-án, tehát 46 nappal a műtét után, beállott a halál. A sectio (dr. *Entz*) kiterjedt genyes cholangoitist, ebből származó mogyorónyi májtályogot, apró genyes metastasisokat a vesekéregben, kis tályogot a mesenterium gyökerében és gümős bélfekélyeket mutatott ki általános anaemia, sorvadás, léptumor és a szívizom parenchymás degeneratiója mellett.

A fennebbi kórtörténetekben 3 betegről volt alkalmam beszámolni, kiknek életét két esetben kövek folytán keletkezett, egy esetben typhus által, kövek nélkül előidézett acut cholecystitis súlyos veszélybe hozta; a cholecystitis mindhárom esetben átfúródásra, az átfúródás 2 esetben körülirt tályogra, egyszer diffus peritonitisre vezetett. A betegek közül kettőt sikerült megmentenünk, a harmadik esetben csak a cholecystitist és pericholecystitist sikerült leküzdenünk, de nem a vele együtt támadó cholangoitist, melynek a beteg a műtét utáni hetedik héten áldozatul esett.

A Charité-poliklinika II., húgyszervi és nemi betegségeket gyógyító osztályából.

A gonorrhoeás prostatitis és arthritis vaccines kezelése.

Irta: *Sellei József* dr.

Az immunitástan, nevezetesen a serotherapia és a vaccinatiós eljárások térfoglalása az orvosi tudomány különböző szakmáiban nem maradhatott hatástalan az urologiai tudományra sem. S bár a biologiai methodus a húgyszervi betegségeknél is még a kisérletezés stádiumában van, a hol még sok tapasztalatot kell gyüjtenünk, hogy a gyakorlat számára a betegek gyógyulása érdekében valóban sikeres legyen, mégis már néhány eredményről adhatunk számot, a mely arra buzdít, hogy e téren tovább munkálkodjunk.

A húgyszervi megbetegedésekben is nagy szerepet játszó *tuberculosisbacillus ellen a vaccines vagy serumos kezelés eddig eredményre nem vezetett.* A vesetuberculosis különböző stadiumában alkalmazott tuberculininjectiókkal czélt nem értünk és a kisérletek csakhamar abban is maradtak. S ha csak a hosszadalmas várakozással nem akarjuk ilyen betegeinket még nagyobb veszedelembe sodorni, elmulasztván az operatio helyes időpontját, senki sem ajánlhatja nyugodt lelkiismerettel a vaccines vagy serotherapiás eljárást. Mondanunk sem kell, hogy a *Marmorek*- és *Spengler*-féle szertől sem láttak eddig vesegümő esetén igazi eredményt.

A vaccines kezeléssel eddig legjobb eredményeket a gonorrhoeás prostatitis és arthritis kezelésében kaptam, ezért erről bővebben óhajtok beszámolni. Az újabb gonococcuselleni immunitásos eljárások közül figyelmet főleg *Bruck* és *Schindler* kisérletei keltettek. *Bruck* ascites-agaron tenyésztett gonococcusokból vaccinát készített és azt alkalmazta gyógyítás czéljából. Főképpen gonorrhoeás epididymitis eseteiben kapott igen szép eredményeket. *Schindler* pedig gonorrhoeás epididymitis és prostatitis eseteiben ért el sikert. Magam hosszabb idő óta foglalkoztam e kérdéssel, azonban a vaccines kezeléssel a húgycső gonorrhoeás betegségei esetében eddig nem értem el jó eredményt, epididymitisnél pedig a vaccines kezelés nem rövidítette meg a kórlefolyást. Egy-két esetemben csupán jobb restitutiót eredményezett, és a lob lezajlása után göb nem volt tapintható. *Idült gonorrhoeás prostatitis ellen* azonban úgy a gonococcus vaccinnel valamint e vaccint az általam más helyen ismertetett* *cytotoxinos eljárással kombinálva* több esetben jó eredményeket kaptam. Prostata-cytotoxinos eljárásom röviden a következő:

A prostatát a húgycső és hólyag előzetes erélyes kiöblítése után kimassálom és a felfogott prostataváladékot autolysisnek vetem alá. Az autolysatumnak bőr alá fecskendezésével a serumban prostatocytotoxinok keletkeznek, a melyek a prostatára hatva azt kisebbíteni képesek. Ha a prostatotoxinhoz gonococcusvaccint adunk, a gonorrhoeás prostatitis gyorsabban fejlődik vissza. Igen sok esetben nincs is szükségünk arra, hogy a prostataváladék autolysatumához

* *Sellei:* A prostatotoxin hatása prostatitis stb. eseteiben. Orvosi Hetilap 1910.

még gonococcusvaccint keverjünk, mert magában a prostataváladékban levő bacteriumok és így a gonococcusok is mint vaccinek jutnak érvényre. Erre vonatkozó eseteimről bővebben referáltam.

Néhány esetem közül — a melyet osztályomon kezeltem — a következőről kívánok beszámolni:

F. A., 26 éves Több ízben gonorrhoeás infectio, az utolsó 1910 augusztus havában, mely kezeltetett. Az urethritishez prostatitis csatlakozott. St. pr. Vizelet: I. pohár erősen zavaros, II. homályos Prostata almanagyságú, fájdalmas. Betegnek este hőemelkedése van, gyakran vizel. Vizelés fájdalmas. Prostataváladékban sok genysejt, néhány gonococcus. Minthogy beteg állapota a szokásos kezelésre nem javul, a vaccinás kezelésre térünk át. Más egyéntől prostataváladék (+ gonococcus autolysatuma) előállítva, ebből következő injectiókat adunk: szeptember 10.-én 0·20, szeptember 24.-én 1·0, szeptember 30.-án 1·0, október 6.-án 1·5, október 10.-én 1.5 cm³.

A prostata igen gyorsan teljesen visszafejlődött, a fájdalmak megszüntek.

Négy esetemben, a hol csakis gonococcusvaccint alkalmaztam, valamint azokban az esetekben, a hol bacteriumokat tartalmazó vagy bacteriummentes prostataváladék autolysatumát alkalmaztam, az eredmény szintén kielégítő volt.

A gonorrhoeás prostataváladék, helyesebben a prostataváladék autolysatuma + gonococcusvaccina, valamint az említett kezelés tisztán prostataváladék autolysatumával *általános és localis reactióval* jár. Az injectio után a hőmérséklet kissé emelkedik, a betegek fáradtsági érzésről, ritkábban fejfájásról panaszkodnak. Az injectio helye piros lesz. Mindezen tünetek a mellett bizonyítanak, hogy a szervezet reactióképessége megváltozott, *allergia* van jelen.

A gonococcusvaccint *gonorrhoeás izületi loboknál* is alkalmaztam. Minthogy ezen betegség ellen az eddigi gyógyító eljárások igen sokszor cserben hagynak és antirheumaticumok alig látszanak befolyást gyakorolni, ezért megokoltnak látszott, hogy ilyen esetekben a vaccines therapiát alkalmazzam. A vaccint az illető beteg húgycsőváladékából állítottam elő. Eseteimben idült húgycsőgonorrhoeában szenvedő egyénekről volt szó, a midőn tudvalevőleg gonococcusokon kívül egyéb bacteriumok is találhatók a húgycső váladékában, ennélfogva az ily módon előállított vaccin tulajdonképpen nem tiszta gonococcuskulturából állott, hanem *vegyes vaccin* volt.

A gonorrhoeás arthritis aetiologiájában bakteriologiai szempontból még több kérdés volna tisztázandó. Igy mindenekelőtt tanulmányozandó volna, vajjon a gonococcusoknak és egyéb bacteriumoknak milyen szerepük van ezen arthritisek klinikai nyilvánulásában, prognosisában és lefolyásában, a mennyiben az esetek súlyossága talán változik aszerint, hogy az arthritist tisztán gonococcusok avagy gonococcusok és más bacteriumok, szóval vegyes fertőzés idézi-e elő. Eseteimben szándékosan vegyes vaccint alkalmaztam, melyet a tiszta gonococcusvaccinnál, valamint gonococcustoxinnál is jobbnak találtam. Ez utóbbira vonatkozólag meg kell jegyeznem, hogy már régebben néhány esetet ilyen gonotoxinnal, helyesebben gonococcus-endotoxinnal kezeltem, azonban *nem kielégítő eredménynyel és* ezért a vaccinás kezelésre tértem át, melynek előállítása és alkalmazása a következő volt:

A húgycsőváladék bacteriumait ascitesagaron tenyésztettem; 36 órás kulturákból 3 agarcsövet 20 cm³ physiologiai konyhasóoldatban emulgeáltam. Ennélfogva 30 oese vagyis 60 milligramm bacterium jut 20 cm³ konyhasóoldatba. Az emulsiót egy óráig rázom, majd 24 órára a thermolysatba helyezem és autolysálás után másnap $^1/_2$%-ig carbolizálom. Az injectiókat többnyire 0·10 cm³-rel vagyis *0·3 milligramm* ($1^1/_2$ tized oese*) bacteriummennyiséggel kezdem és fokozatosan megyek felfelé 3—4 naponként. Az injectio után 4—6 órával hőemelkedés szokott beállani, mely azonban csak kivételesen haladja meg a 38°-ot. A *megfelelő dosisra* közvetlenül az injectio után a beteg izületben fokozódik a fájdalom, mely azonban 2—3 nap mulva megszűnik. Ilyenkor a 3. vagy 4. napon a 2. injectio alkalmazható; *ha azonban az injectióra a fájdalom igen heves volna és a jelzett idő mulva sem szűnnék meg, czélszerű nehány napig várni és csak azután adni újabb injectiót;* ilyenkor azonban az első injectiónál jóval kisebb dosissal kell kezdenünk. Mindenesetre helyesebbnek és pontosabbnak tartom, ha a dosirozást az *opsoninindex* megállapításának útmutatásai szerint végezzük, azonban a gyakorlatban az említett klinikai tünetek is (t. i. a hőemelkedés, a fájdalom) útbaigazíthatnak és az esetek többségében az *opsoninindex* meghatározása nélkül is czélt érhetünk. Ha azonban 2—3 injectióra a beteg állapota rosszabbodnék, legczélszerűbb az egész eljárást abbahagyni. Az ilyen esetekben a dosirozás nem volt helyes és az opsoninindex megállapítása nélkül, szóval megfelelő tudományos ellenőrzés nélkül czélhoz nem jutunk, sőt a betegnek fájdalmait fokoznánk a nélkül, hogy arthritisén javítani tudtunk volna. A következőkben közlendő három esetem az itt említettekről ad felvilágosítást.

1. N. N., 32 éves, $3^1/_2$ hó előtt szerzett gonorrhoeát. $1^1/_2$ hó óta mindkét bokája és lábfeje fájdalmas, úgy hogy alig tud a lábára állani.

St. pr.: Húgycsőből bő folyás. Mindkét bokaizület duzzadt, nyomásra fájdalmas. A duzzanat a láb háti felszinére is kiterjed. Gonococcus-vaccinból kap: október 11.-én 0·10 cm³, október 13.-án 0·20 cm³, október 18.-án 0·40 cm³, november 10.-én 1·00 cm³-t A jobb boka *nem* fájdalmas, csak még a bal bokaizület érzékeny. November 20.-án 0·50 cm³, november 28.-án 0·60 cm³.

A javulás tartós. A beteg deczember elején bot nélkül jár és utókezelésre Pöstyénbe küldetik.

Ebben az esetben a vaccines kezelés határozott eredménynyel járt.

2. Sch. L. 1909 november havában gonorrhoeát és bal bokaizület-gyuladást kapott. 1910 július elején újra szerzett gonorrhoeát. Augusztus 15.-e után a bal bokaizület megduzzadt, erősen fájdalmas. Nemsokára mindkét sarok is fájdalmas lett, úgy hogy járni képtelen volt. Belsőleg antirheumaticumok, külsőleg forró fürdők csak csekély javulást idéztek elő.

St. pr. (1910 szeptember végén). Bal bokaizület duzzadt, fájdalmas; gonococcus-vaccinből kap: október 11.-én 0·05 cm³, október 12.-én 0·10 cm³, október 17.-én 0·20 cm³, október 24.-én 0·60 cm³, (eddig semmi javulás), október 29.-én 1·00 cm³ (javulás nincs), november 28.-án 0·30 cm³ (javul), deczember 5.-én 0·50 cm³ (bot nélkül járhat), deczember 12.-én 0·50 cm³ (ismét rosszabbodás állt be), deczember 22.-én 0·70 cm³ (fájdalmak erősbödnek).

Ebben az esetben tehát a klinikai tünetek a vaccin adagolására eleinte javúltak, utóbb azonban *ismét rosszabbodtak*, miért is a vaccines kezelést abba kellett hagynunk.

3. G. O. 35 éves vasuti alkalmazott több ízben szerzett gonorrhoeát. 1906-ban szerzett húgycsőbajához mindkét térdizületének gyuladása csatlakozott, a melyet több hétig kezeltek. 1908-ban jobb bokájában és csípőjében izületgyuladást kapott, a melyet több hónapig kezeltek. Állapota javult ugyan, azonban baja teljesen meg nem szűnt.

Chronikus gonorrhoeája és izületgyuladása miatt eddigi kezelőorvosa hozzám utasította A gonococcus-vaccinből a következő injectiókat kapta: 1. injectio 0·20 cm³. Este hőemelkedés 37·8° C. Bőrön (felkaron), tenyérnyi erythema. Két nap mulva 2. injectio 0·20 cm³, este hőemelkedés 37·3° C. Erythema az egész felkarra terjedt. Három nap mulva 3. injectio 0·25 cm³, este hőmérséklet 37 C°. Öt nap mulva 4. injectio 0·35 cm³, este hőmérséklet 36·5°. Izületfájdalmak megszüntek. A beteg még 3 injectiót kapott à 0·40, 0·45, 0·50 cm³, *s teljesen meggyógyult.*

A közölt esetekkel kapcsolatosan még a húgyszervek colifertőzés okozta bajainak vaccines kezelésével elért eredményeimről kívánnék beszámolni.

A vaccines therapiának sikerét a *coli-bacillus* okozta infectiók esetén eddig is már többen megerősítették. Különösen *Rovsing* és tanítványainak érdeme, hogy e bacillus nagyfontosságú szerepére felkeltették a szakorvosok figyelmét. A coli-bacillus, a mely tudvalevőleg mint saprophyta található a húgyutakban, bizonyos okok következtében pathogen jelleget ölthet. E bacillus a cystitis, pyelitis chronicitásának egyik főtényezője, mint genyesztő mikroorganismus helyi nyálkahártya-elváltozásokat és általános tüneteket idézhet elő, ezenkívül a bacteriuria okozója.

Ebből is látható, hogy a sikeres vaccines eljárás, némely esetben nagy fontossággal birna.

* A számítás a következőképpen történik: 20 cm³ folyadékban van 60 milligr. bacterium, akkor 0·10 cm³-ben mennyi? 20 gr. : 60 mgr. = 0·10 gr. : x
x = 0·3 milligramm, vagyis $1^1/_2$ tized oese.

A coli-bacillus elleni vaccines therapiát, melyről eddig is már többen számoltak be, magam is több esetben alkalmaztam és eredményeimet a következőkben foglalhatom össze:

A coli-bacillus-vaccin alkalmazása nagy körültekintést igényel. A vaccin *igen erős localis gyuladást* és általános tüneteket — magas hőemelkedést — okozhat. *Maga a vaccin azonban az esetek többségében nem elegendő arra, hogy vele a teljes gyógyulást biztosíthassuk* és pl. pyelitis-eseteimben kénytelen voltam az egyéb használt eljárásokat is alkalmazni.

Munkásbiztosítás és orvosképzés.

Irta: *Pach Henrik* dr.,
az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár orvosa.

Az a forradalomszerű és mélyrejáró átalakulás, mely a gőz- és villamerőnek ipari czélokra való felhasználhatását a közgazdasági és társadalmi élet összes vonalain követte, az orvosi tudományt sem hagyta érintetlenül. Már egymagában az a körülmény, hogy a törvényhozók mindenhol eleve a kényszerkezelés (Kurirzwang) vállalására kötelezték a munkásbiztosítás szerveit, magával hozta, hogy az orvosi gyakorlat számos oly társadalmi rétegre terjeszkedett ki, melyek addig csak elvétve vették igénybe az orvosi tanácsot és segélyt. Ezenfelül a *keresetképtelenség* és a *munkaképesség*, nemkülönben a *szinlelés* fogalmainak megállapítása és tisztázása, az *ipari betegségek és mérgezések* kiderítése és az azok elleni védekezés, az üzemi balesetek utáni *első segély* rendszeresítése és tökéletesítése, a balesetek folytán beállott működési zavarok gyors és teljes kiküszöbölését czélzó *utókezelés* korszerű irányítása és fejlesztése is annakelőtte ismeretlen nagy feladatok elé állította az orvoskutatókat. Ehhez járul még az is, hogy a biztosítottak és a pénztárak közötti vitás ügyek sok esetben csak az orvosi szakvélemény meghallgatásával lettek eldönthetőkké, minek következtében idővel nemcsak a biztosítási kérdésekben jártas orvosi szakértők után állott be állandóan nagy kereslet, hanem még ezenfelül az úgynevezett biztosítási casuistika részére is rovatot voltak kénytelenek nyitni a szaklapok és biztosítási tanfolyamokat rendszeresíteni az egyetemek.

Azonban nemcsak az elméleti orvostant termékenyítette és fejlesztette a munkásbiztosítás, hanem még ezenfelül a gyakorló orvosoknak is nehéz létküzdelmükben oly hatalmas erkölcsi fegyvereket bocsátott rendelkezésükre, melyek nélkül ők igen sok esetben, különösen az anyagiakban megszorult betegeken alig tudtak volna segíteni. A kényszer, melylyel, a pénztárak alapszabályaira hivatkozva, sok bizalmatlan, tudatlan vagy renitens beteget még akarata ellenére is a szakszerű kezelés áldásaiban részesíthetünk mostanában, már hány esetben könnyítette meg az orvosok hivatásos működését! És a bőkezűség, melylyel ugyancsak a pénztárak a rendelhető orvoslási eszközök (fürdők, Röntgen, mechanotherapia, fogápolás, ásványvizek, sanatoriumi kezelés) sorát állandóan növelik, hány esetben tette már lehetővé az oly kezelés keresztülvitelét, a melynek különben még ajánlásától is el kellett volna tekintenünk már a betegnek vagyoni viszonyai miatt is.

A munkásbiztosítás tehát kezdettől fogva a szó legigazibb értelmében, közvetve és közvetlenül, alapos továbbképzésre kényszerítette az orvosokat. És a mi előmenetelt tettünk a munkások körében támadó betegségek felismerésében és kezelésében, azt merőben csak a haladás jegyében álló betegsegélyző pénztáraknak köszönhetjük.

* * *

A betegsegélyezés, mint a munkásbiztosítás legrégibb ágazata, kezdetben bizonyos járulékok fejében a biztosítottakat megbetegedésük esetében *anyagilag* segítette, majd később ezenfelül ingyenes orvosi segélyt, gyógyszert és egyéb, a szakszerű kezeléshez szükséges eszközöket is nyujtott. Ennélfogva a betegsegélyző pénztárak, mint a munkásbiztosítás szervei, nemcsak fontos *közegészségügyi*, de egyúttal nagy *közgazdasági* jelentőséggel is birnak. És az ő fejlődésüknek nem éppen legérdektelenebb mozzanata annak a nagy igazságnak felismerése, hogy a mily mértékben sikerült az egészségügyi szolgálatot és segélyezést tökéletesíteni, épp oly mértékben kell hogy csökkenjenek egyúttal az anyagi segélyezések czimén felmerült nagy kiadások. Szükséges ennek kiemelése, mivel csak ezen felfogás térfoglalásának tudhatjuk be azt is, hogy legújabban éppen a betegsegélyző pénztárak sietnek az orvosi kutatás legújabb eredményeit tagjaik javára értékesíteni és így közvetve a közegészségügy szintjét is emelni.

De éppen ezért is szükséges, hogy az orvosok akkor, midőn a pénztárak terhére valamely beteget kezelnek, a betegsegélyző pénztáraknak most említett kettős szerepkörére is állandóan tekintettel legyenek. Sőt, mivel éppen az orvosok szakképzettségétől függ az is, hogy a táppénz- és gyógyszerkiadások mindig csak a szükségesség és rationalitás határain belül maradjanak, joggal állíthatjuk azt is, hogy a pénztári orvosoknál jobban és közvetlenebbül senki sem folyhat be arra, hogy a pénztárak tulajdonképpeni rendeltetésükön felül még a közegészségügy megerősödését is előmozdítsák. Innen van az is, hogy legújabban különösen a munkásbiztosítást vezető és irányító körökből mind erősebben hangzik fel az a követelés, hogy az orvosokat korán — lehetőleg még az egyetemi oktatás idejében — a biztosított tagok sajátos betegedési és halálozási koczkázatára, de a pénztári szolgálat specialis természetére és szükségleteire is tanítsák, a miáltal nemcsak a betegsegélyző pénztárak anyagi teherviselő képességét indokolatlanul megterhelő kiadások, hanem, a mi még fontosabb, a pénztári orvosok és a hozzájuk utalt betegek közötti bizalmatlanság és súrlódás volnának megelőzhetők.

* * *

A törvényes kényszer, melynek jegyében áll tudvalevőleg a munkásbiztosítás jelenleg, magával hozza, hogy a betegsegélyző pénztárak, korra és nemre való tekintet nélkül, minden bérmunkást (ha évi keresete bizonyos határon alul marad) tagul fölvenni *kötelesek*. E rendelkezés, bár nagy socialis haladást jelent, természetszerűen eredményezte azt is, hogy a pénztárak nemcsak a biztosítottak személyétől (kor, nem, esetleges terheltség, trauma), hanem ezenfelül még az úgynevezett társadalmi relatióktól (lakásviszonyok, foglalkozás, élelmezés, kereset) függő nagy betegesedési koczkázatokat és az azokkal járó kiadásokat is kénytelenek válogatás nélkül vállalni.

Pedig, hogy az imént említett *társadalmi* viszonylatok ugyancsak nagyban és közvetlenül befolyásolják az emberi morbiditást és mortalitást, azt éppen a betegsegélyző pénztárak által nagy gonddal foganatosított statisztikai felvételek már régen igazolták. Különösen a német birodalmi pénztárak azok, melyek az orvostani statisztika fölkarolásával és ápolásával korán kimutatták az egyes foglalkozások és betegségek közötti okozati összefüggést, a minek csakhamar az a nagy haszna és gyakorlati eredménye is volt, hogy a pénztárak a foglakozásokkal járó betegedési és halálozási koczkázat tudatos leküzdésére, azaz a *prophylaxis* ösvényére térhettek.

Az ily, foglalkozás szerint tagolt statisztikák rendkivül tanulságos és érdekes adatokat tartalmaznak és ezért mindenképpen indokolt, ha a modern szellemben vezetett pénztárak az alapos statisztikai adatgyüjtéssel járó munkától és költségtöbblettől sem riadnak vissza.

Mutatóul arra, hogy a tudomány magaslatán álló betegpénztári statisztika mily és mennyi, az orvosokat is nagyban érdekelhető tanulságokat rejthet magában, az alábbiakban egynémely, a pénztári tagok morbiditására és mortalitására vonatkozó legfontosabb számadatot ismertetünk.

I. Adatok a foglalkozás és a betegedés, halandóság és balesetek közötti viszonylatokról:

Foglalkozási csoport	Betegségi esetek	Betegségi napok	Halál-esetek	Bal-esetek
Valamennyi foglalkozás	*368*	*7527*	*5·32*	*39·0*
Építési ipar	463	8787	4·45	50·6
Vendéglő-ipar	273	6308	6·36	11·0
Ruházati ipar	272	6583	2·34	6·6
Vegyi ipar	448	8088	4·81	65·2
Bőr- és szőrmeipar	350	6686	5·10	19·0
Zsír-, olaj- és lakkipar	397	6542	*0·91!*	58·4
Kertészet, mezőgazdaság	334	5998	4·00	32·9
Üveg- és porczellángyártás	359	7381	5·44	31·2
Gázgyártás	*762!!*	11299	3·29	*98·7!!*
Faipar	378	7731	4·92	45·4
Hangszerkészítés	313	6902	6·33	32·6
Bőripar	338	7257	6·32	20·8
Fémgyártás	446	8660	5·16	67 7
Élelmezési ipar	354	6684	3·95	53·7
Papirgyártás	359	8740	5·38	25·5
Sokszorosító ipar	320	8771	6·38	10·5
Kő- és agyagipar	495	12168!!	9·25!!	51·8
Fonó- és szövőipar	393	7539	4·67	38·2
Közlekedés	365	6781	5·48	71·4
Czement- és mészkőipar	569	9981	3·74	55·9
Irodabeliek	191!	4560!	6·57	1·6!
Gépészek és fűtők	312	5586	3·33	50·0
Kereskedő személyzet	426	5234	4·92	20·1
Különféle foglalkozásbeliek	419	7606	5·01	46·7

Ezen adatok 24 foglalkozási csoportba tartozó 1000 *férfi*-munkásnál a 25—34. évekig terjedő korcsoportban előfordult betegségi napokat, eseteket, halálozásokat és baleseteket tükröznek vissza. A 25—34 év közti korcsoportot már gyakorlati tekintetek is ajánlják a statisztikai összehasonlításra, mivel közismeretes, hogy éppen ebben a korban áll a legtöbb bérmunkás és egyúttal biztosításra kötelezett is. Ezen adatokat az 1910. évben „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse Leipzig und Umgegend. Untersuchungen über den Einfluss von Geschlecht, Alter und Beruf“ czímmel közreadott legújabb statisztikai munkából vettük át.

A tanulságok, melyek ezen számcsoportokból első tekintetre levonhatók, a következők:

1. A legtöbb *betegségi eset* a gázgyárbeli, a legkevesebb az irodabeli munkásoknál észlelhető;
2. a legtöbb *betegségi nap* a kő- és agyagiparbeli, a legkevesebb a czement- és mészkő-munkásoknál fordul elő;
3. a legtöbb *haláleset* a kő- és agyagiparbeli, a legkevesebb a zsír-, olaj- és lakkiparbeli munkásoknál fordul elő;
4. a legtöbb *baleset* a gázgyárbeli munkásokat éri, a legkevesebb az irodabelieket.

Azt, hogy a legkevesebb betegségi eset, nemkülönben baleset is az irodabeli alkalmazottaknál fordul elő, csak mindenki természetesnek, a tapasztalatnak és a várakozásnak is megfelelőnek fogja találni. Hiszen a többé-kevésbé jól berendezett helyiségekben az időjárás viszontagságaival és, a mi még fontosabb, az ipari termeléssel járó gyakori balesetekkel szemben is védett irodaalkalmazottakról köztudomású, hogy könnyű munkát végeznek, hogy magasabb qualificatiójuk miatt jobb fizetésben is részesülnek és így megfelelőbb táplálkozásra és testápolásra is tehetnek szert. Ennélfogva náluk a foglalkozásból eredő betegedési koczkázat is érttően alacsony. Ehhez járul, hogy a túlhosszú munkaidőben gyökeredző különféle egészségellenes károsodásoknak (kimerülés) is kevésbé vannak kitéve, mivel az évenkint nekik adott szabadságolás idejében mégis csak annyira-mennyire felfrissíthetik testi-lelki erőiket. Végül pedig a szervezkedés fegyverével élve, mindinkább szaporodik köztük azok száma is, a kik napi 10 óránál többet nem dolgoznak; valamint köztudomású, hogy ők a vasár- és ünnepnapi pihenőket is teljesen élvezik.

Épp úgy nem lephet meg senkit azon tény sem, hogy a legtöbb betegségi nap és haláleset is a kő-agyagiparbeli munkásoknál észlelhető. Ezen, az időjárás minden viszontagságának védtelenül kitett, nehezen dolgozó és silányul fizetett munkások a foglalkozásukkal járó állandóan nagy porképződés miatt sokat szenvednek és ebből kifolyólag feltünően gyakran betegszenek meg különféle légzési bántalmakban (pneumonia és különösen *tüdővész*). Azt, hogy ezen munkásoknál a legtöbb haláleset is fordul elő, nemcsak a tüdőbántalmak és a tüdővész most említett rendkívüli gyakorisága, hanem az a közismertes tény is okozza, hogy éppen ezen üzemágban felette gyakoriak a robbanás, az alákanázott bányafalak vagy állványok összeomlása, kővel vagy más termelési czikkel megrakott nehéz kocsik, csillék felborulása következtében beálló halálos *balesetek* is.

De első tekintetre meglepő, hogy a *gázgyárbeli* munkásoknál annyi a betegségi esetek száma! Úgy látszik, hogy azt, a legkomolyabb tudományos körökben is eddigelé táplált véleményt, hogy a gázgyártás a kevésbé egészségellenes iparágakhoz tartozik, mostantól fogva módosítanunk kell. *Roth* potsdami tanárnak csak érdemül tudandó be, hogy ő már jó ideje iparkodik hangoztatni, hogy a gázgyártás egészségtelen. Közkézen forgó iparegészségügyi tankönyvének 262. oldalán ugyanis azt írja: „Der Gesundheitszustand der Gasarbeiter ist nach den sorgfälltigsten statistischen Untersuchungen von *Jehle* keineswegs ein so günstiger, wie früher allgemein angenommen wurde!“ És ugyancsak teljesen igaza van neki akkor is, midőn azt írja: „Die Einatmung der mit Gasarten geschwängerten Luft ist das schädlichste Agens in den Gasbereitungsanstalten, insofern dadurch die Verdauungsorgane angegriffen und die Widerstandsfähigkeit gegen krankmachende Einflüsse herabgesetzt wird“. Különösen a gázmészből áramló cyant, kéncyankönenyt, kénkönenyt, carbolsavat, baldriansavakat okolják legújabban a gázgyárbelieken oly gyakori betegségekért.

Igaz, hogy a különféle foglalkozásokban rejlő egészségellenes koczkázatoknak számszerű alapjait elsőbben a pénztári statisztikák szolgáltatták; azonban nem hallgathatjuk el azt, hogy a káros tényezőknek kiderítése és az *oksági* összefüggés feltárása körül kizárólag az orvosok buzgólkodtak és szereztek nagy érdemeket. Az orvosoknak köszönhetjük, hogy manapság az ipari munkával kapcsolatos egészségellenes körülmények nagy sorát jól ismerjük és hogy a törvényhozók is elrendelik már az orvosi kutatás eredményeképpen kapott tanulságoknak a munkásosztály javára való kötelező felhasználását.

Ma már oly széles alapon nyugszik az „Iparegészségügy“ mint az orvosi tudomány egyik specialis szaka, és ma már oly kézzelfogható a haszon, mely az iparegészségügyi ismereteknek a gyakorló-orvosok körében való terjedéséből a munkásosztály egészségügyére háramlik, hogy a külföldi főiskolákon már az iparegészségügy részére is külön tanszékeket rendeztek be.

Ennél fontosabb azonban az, hogy legújabban Milanóban már *klinikát* is létesítettek ipari betegségek számára. Ezen klinika 3 pavillonból áll, a melyeknek legnagyobbika 80—90 ágygyal az ipari betegségekben szenvedőknek felvételére szolgál. Az ágyak közül 20 a textilipari munkások számára tartatik fenn. Természetes, hogy a klinikának gazdagon felszerelt laboratoriuma, Röntgen-berendezése, szakkönyvtára és vizsgáló szobája is van. Ezen klinika létesítésénél az az elv vezérelte az olasz kormányt, hogy oly orvosoknak az alapos kiképzésre helyet és alkalmat nyujtson, a kik mint specialisták az iparegészségügyi szaknak akarják magukat szentelni. A klinika egyik terme az ipari betegségek tanulmányozásával foglalkozó „nemzetközi bizottság“-nak van fentartva. Ezen bizottságban jelenleg már 17 külföldi állam van képviselve.

Ugyancsak az ipari megbetegedések tanulmányozását és az iparegészségügyi ismeretek népszerűsítését szolgálják a Majna melletti Frankfurtban létesített „Institut für Gewerbehygiene“, a Párisban létesített „Musée social“; a bécsi „Gewerbehygienisches Museum“, a müncheni „Arbeitermuseum“, végül a Budapesten levő „Társadalmi Muzeum“ is.

Mindezeknek az intézeteknek rendeltetése és feladata: az iparegészségügy téren működő orvostudományi és műszaki szaktekintélyekkel való érintkezés és viszonosság istápolása, valamint fentartása ugyanezen viszonynak a hatóságokkal, az állami és szakszervezeti felügyeleti jogot gyakorló szervekkel: az intézet teljes függetlenségének, valamint pártatlanságának szigorú megóvása mellett. Feladata ezen

intézeteknek továbbá az iparegészségügyi irodalom gyüjtése, rendezése, feldolgozása, valamint fontos egészségügyi üzemberendezésekre és óvó rendszabályokra vonatkozó leírások, rajzok, fényképek és modellek gyüjtése. Foglalkoznak ezen intézetek ezenkívül az iparüzemekben előfordulható betegségek és balesetek megakadályozására vonatkozó és czélszerűnek elismert intézkedések népszerűsítésével, valamint saját ezirányú gyakorlati észleleteiknek és fontosabb vagy közérdekű kutatásaik eredményeinek közléseivel. Az intézetek egészségügyi véleményeket adnak és terveket dolgoznak ki, vállalkozók, szerelők, feltalálók számára a legalkalmasabb módokat, szereket kutatják ki; kutatás tárgyává teszik az összes gyári folyamatoknak kifogástalan keresztülvitelére szolgáló módszereket, tekintettel a munkásság és a szomszédos lakosság testi épségének megóvására és megvédelmezésére, miáltal egyes vállalatok jelentékeny károktól és veszteségektől óvatnak meg. Végül az intézetek feladata iparegészségügyi szakismeretek terjesztése iparhygieniai tanfolyamok, valamint szakszerű felolvasások rendezése által. Az intézetek gyüjtő és feldolgozó állomásai az iparhygienia körébe vágó összes törekvéseknek, ismereteknek és berendezéseknek. Az intézeteknek rendesen nagy könyvtáruk és szakgyüjteményük is van.

Végül közismeretes, hogy a legújabban két évenként megtartatni szokott nemzetközi iparegészségügyi *congressusok* is leginkább azt a czélt szolgálják, hogy a munkásosztály testi jólétét lelkükön viselő orvosok, technikusok, iparfelügyelők és socialpolitikusok tapasztalataikat és ismereteiket egymással közöljék és egymást a további kutatásra sarkallják.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Dr. Magyar Lajos: A m. k. budapesti honvéd helyőrségi kórház Röntgen-laboratoriuma. Budapest. Pesti könyvnyomda r.-t. 1910.

A 68 nyomtatott oldalra terjedő, számos rajzzal és 31 x-sugaras felvétellel illusztrált könyv a szerző szavai szerint csak ismertetni óhajtja a m. k. budapesti honvéd helyőrségi kórház Röntgen-laboratoriumát. A könyvnek dicséretére válik, hogy ezen szerény igéretnél jóval többet nyujt. A munka mindenekelőtt a különböző villamos áramforrásokat részletezi és úgy az áramot termelő központokra, valamint a villamos áram házi előállításának különböző módjaira (tábori Röntgen-kocsi) is kiterjeszkedik. Szól ezután a különböző fajtájú áramok tulajdonságairól és az áramok tulajdonságainak megváltoztatására szolgáló eszközökről, az ú. n. transformatorokról, majd áttér a budapesti honvéd helyőrségi kórház Röntgen-laboratoriumának tüzetes ismertetésére. A kórház Röntgen-készülékét a *Siemens és Halske* részvénytársaság szállította; a berendezést és alkotórészeit a szerző megfelelő rajzok kiséretében írja le. A továbbiakban az x-sugarakról általában, a felvételi technikáról s a lemezek olvasásáról értekezik és végül gondosan megválogatott eseteknek szép reproductióin a gyakoribb csontelváltozások (törések, lobok stb.), idegen testek, főleg lövegek és a mellkasi szervek röntgenogrammjait mutatja be. A bárzsing, gyomor, bél, epe-, vese- és hólyagkövek Röntgen-vizsgálata fejezi be a munkát. Szóval *Magyar* dr. munkája a budapesti honvéd helyőrségi kórház Röntgen-laboratoriumának ismertetésén kívül még rövid és tartalmas módon a Röntgen-technika és Röntgen-diagnostika alapvonalait is tartalmazza, a miért is tanulmányozása nem csupán bajtársainak, hanem minden kezdő röntgenologusnak is ajánlható. A munka különben annyiban is nagy elismerést érdemel, hogy orvos tollából ez az első magyar Röntgen-compendium. *Gergő.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A tüdőemphysema gyógyitásáról a következőket mondja *Fr. Jamin* összefoglaló előadásában. Legfontosabb gyógyító factor a pneumatikus kezelés, mely erősíti a lélegző izomzatot, csökkenti a tüdők bővérűségét s szabaddá teszi a lélegző utakat. Legtökéletesebben szolgálják e czélt az úgynevezett pneumatikus kabinettek, a minők Reichenhallban és sok más fürdőben állanak rendelkezésre, melyekben az egész test változott, leginkább magasabb légnyomás alá kerül. A kisebb pneumatikus készülékek közül a szerző leginkább *Waldenburg* készülékét, továbbá *Geigel* és *Mayr*-ét dicséri. Az alkalmazás módját illetőleg az úgynevezett intermittáló eljárást ajánlja, mely abban áll, hogy a beteg 50 lélegzetet vegyen a sűritett levegőből, a környező levegőbe való kilélegzéssel, azután 50—100-szor leheljen ritkított levegőbe, a környező levegőből való belélegzés mellett. A pneumatikus kezelés csak klinikákon, kellőképp felszerelt kórházakban és fürdőhelyeken vihető keresztül megfelelő módon. Fontos, hogy a beteget kitanítsuk a helyes lélegzetvételre. A legtöbb asthmatikus gyorsabban lélegzik s e mellett mélyíti a belélegzést, felületes és gyors kilélegzés mellett. Az ilyen lélegzés csak sietteti az emphysema keletkezését s ha megvan, növeli azt. A beteget lassú, hosszú kilélegzésre kell szoktatnunk. A helyes lélegzési gymnastikát támogatja a *Hofbauer*-féle apparatus is, mely a hasra alkalmazandó gummizsákból áll s melyen külön jelzőkészülék mutatja meg a betegnek, hogy milyen hosszúra szabja a be- és kilélegzést.

Ha az emphysema oka a bordaporczogók megmerevedése, jó eredményt lehet a porczogók reszekálásával elérni *(Freund, von den Welden)*. A műtétel egyszerű, veszélytelen és helyi érzéstelenítés mellett is végezhető. Elegendő a bordákból kis ékalakú darabot kivágni. Sajnos, az olyan esetek igen ritkák, a melyekben éppen csak a bordák merevsége oka az emphysemának; más esetekben pedig a műtétel mit sem használ.

Nagy gondot kell fordítani az esetleges székrekedés megszüntetésére s ha a beteg elhízott, a soványitásra (diaeta, massage), enteroptosis esetében pedig ellenkezőleg a hizlalásra, a hasizmok erősítésére és rugalmas haskötővel való támogatására. Mindez azért fontos, hogy a rekesz, mely úgy a nagyon magas, mint a nagyon mély állás mellett akadályozva van mozgásaiban, kellő működést tudjon kifejteni.

Ismeretes, hogy az emphysemának, különösen előhaladottabb alakjaiban, állandó kisérője a jobb szív túltengése. Igen sok emphysematikus már csak akkor fordul az orvoshoz, mikor a szívincompensatio tünetei: az erőtlenség és nagyfokú dyspnoë késztetik erre. Ilyenkor a beteget elsősorban az ágybanfekvésre szorítjuk; de az ágyban úgy kell elhelyezkednie, hogy felső teste fel legyen polczolva s lábszárai lelógjanak. A bélürülések rendbehozatala s tejdiaeta (Karell-kúra) elrendelése mellett rendszeres digitalis-orvoslást alkalmazunk s csak ha erre a szívműködés javult, térhetünk át arra, hogy az emphysemát és bronchitist tüdőgymnastikával, pneumatikus kezeléssel és egyéb physikai gyógyító factorokkal igyekszünk meggyógyitani.

Erős köhögés és izgatott állapot esetén ne féljünk a narcoticumok adásától; a köhögés és az izgatottság a betegnek többet árt, mint az opium alkaloidjai a megengedett dosisokban. Nagyfokú dyspnoë esetén az oxygenbelélegeztetés igen jó hatású, a mi részben a suggestio rovására irandó. Ily módon legtöbbször sikerül a riasztó, a beteg életét fenyegető tüneteket megszüntetni s a betegnek ideig-óráig nyugtot szerezni. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911. 26. szám.)

Sebészet.

Az idősült bélsárpangásról és colectomiával való gyógyitásáról ir *Harold Chapple*. A szerző 50 kóreset kapcsán elsősorban azokat a symptomákat ismerteti, melyek az idősült bélsárpangásnál a betegeket arra késztetik, hogy

magukat műtétnek vessék alá. Az esetek nagy többségében azt látjuk, hogy különösen a hasban levő fájdalmak azok, melyek a beteget kínozzák és munkaképtelenné teszik. Ezekkel a fájdalmakkal együtt oly kellemetlenségek is szoktak előállani, melyek autointoxicatio név alatt ismeretesek és a mely tünetek szoros összefüggésben vannak azon mérgek felszívódásával, a melyeket a bélsárpangás következtében a bélben elszaporodó különböző bacteriumok termelnek. Ilyen jelei az autointoxicatiónak a fejfájás, mely igen súlyos alakban jelentkezhet, azután a nausea, mely felböfögéssel és hányással szokott együtt járni. Étvágytalanság majdnem mindig tapasztalható volt; lesoványodás, feltünően hideg végtagok, a mi a hiányos circulatiónak tudható be. Szellemi apathia, mely egyeseken annyira súlyosbodott, hogy öngyilkosságtól sem riadtak vissza. Székrekedés, mely ellen nem használt semmiféle kezelés és mely egyik betegen annyira makacs volt, hogy 28 napig nem volt széke a folytonos belső kezelés ellenére. Ezen ily súlyos formában jelentkező obstipatiónak az esetek nagy részében mechanikai akadály volt az oka, mely a belek körüli adhaesiók következményeképpen keletkezett. Ugyancsak a bélsárpangás következménye volt az állandó, kellemetlen szájíz és a nyelv lepedékessége is. Feszülési érzés az egész testben, mely vagy felböfögés, vagy szelek távozása után csökkent; általános izomfájdalom és az izületek mozgékonyságának hiányossága.

A physicalis vizsgálat legtöbbször a következőket mutatta. A bőr színe halvány vagy barnás, az egész testre kiterjedő foltokkal. Az emlők azt a benyomást teszik, mintha mastitisen estek volna át, sőt néha cystosus degeneratio képét mutatják. A coecum igen erősen ki van tágulva, a bal fossa iliacában megvastagodott, csőszerű képlet érezhető, mely a műtétkor kitágult bélnek bizonyult. A colon transvers. jól tapintható és rendszerint a köldök alatt érezhető. A legkülönbözőbb műtétek, melyeket a hasi fájdalmak miatt végeznek (appendectomia, nephrorraphia, ventrofixatio stb.), mind hiábavalónak bizonyultak. Az adhaesiók felszabadítása sem vezet czélhoz, mert csak újabb összenövések keletkeznek.

Az e fajta idősült bélsárpangás eseteiben *Arbuthnot Lane* ajánlott egy műtéti beavatkozást, mely a következő: $^1/_2$ órával a műtét előtt 2 liter konyhasóoldatot ad a hónaljtájon keresztül. Narcosishoz az aethert használja. A hasüreget a bal rectus abdom. szélén megnyitja s a beleket megvizsgálja. Miután az akadály legmélyebb részét megtalálta, az ileumot átmetszi és distalis végét összevarrja, proximalis végét pedig a colon sigmoideum legalsóbb hozzáférhető részébe ülteti. Ha a beteg fájdalmai műtét előtt igen intensivek voltak, az anastomosis táján a colont eltávolítja.

A betegség pathologiájára vonatkozólag a szerző megjegyzi, hogy a bélpassage zavarainak oka legtöbbször a colon körüli adhaesiók voltak, melyek a belet megtörték, a colon transversumot a kis medenczébe húzták, gyakran a belet tengelye körül megcsavarták, néha a fossa iliacákhoz rögzítették.

Az összes tünetek visszafejlődtek az ileocolostomia után. A szerző eseteinek a műtét után való megfigyelése is azt bizonyítja, hogy ezen műtét segélyével a bélsárpangás megszűnik és ezzel együtt az autointoxicatio összes tünetei is. Ugyancsak az említett műtét által a colonnak a béltractusból való kizárása semmiféle kellemetlen utókövetkezménynyel nem járt, sőt a betegek súlyban gyarapodtak, élet- és munkakedvük visszatért. (Berliner klin. Wochenschr. 17. sz.)

Ifj. Hähn Dezső dr.

Elmekórtan.

A cerebrospinalis folyadék pigmenterythrocytosisát vizsgálta *Heilig* hét esetben. Ha a cerebrospinalis folyadékban több-kevesebb vörös vértestecske fordul elő, akkor a szerző erythrocytosisról beszél; ha e mellett vérfesték (pigment) is található, akkor (szükebb értelemben vett) pigmenterythrocytosisnak nevezi; ha pedig a vérpigment erythrocyták nélkül lelhető fel, akkor pigmentes (festékes) liquort említ. Tágabb értelemben mindhárom esetben pigmenterythrocytosisról beszél. A cerebrospinalis folyadék pigmenterythrocytosisa csakis az agyvelőburok idősült gyuladásos folyamatai és diffus vagy körülirt daganatképződései esetében lelhető fel. Okát a beteg gócz körül fejlődő reactiv gyuladásos folyamatban és vérpangásban találjuk, a mely folytán a vér a liquorba szivárog. Az erythrocytosis sajátos oka a csigolyatestek csontszúja, ha a túlburjánzott sarjszövet a durát áttöri. Ha a daganat a gerinczcsatornát elzárja és a cerebrospinalis folyadék szabad közlekedését megakadályozza, akkor a megszakítás helye alatt a folyadékban xanthochromia áll be és a fibrin felszaporodása folytán az alvadékonysága is fokozódik. A syphilises és metasyphilises megbetegedések esetén a lymphocytosis és pigmenterythrocytosis közös megjelenése a mellett szól, hogy az agyburkok erősebben megtámadtak. Az előbbi az idegelemek, az utóbbi az agyburkok elváltozásának fokát jelzi. Valószínűleg az agyburkokból kiinduló daganatok esetében csak akkor jelentkezik lymphocytosis is, ha a folyamat az idegelemekre is átterjedt, vagy azok belsejében áttétel található. A pigmenterythrocytosis három alakja esetleg a megbetegedés idejének, stádiumának és intensitásának mértékéül szolgálhat főképpen, ha az egyéb kórjelző segítőjeleket is tekintetbe veszszük. Kifejezett erythrocytosis azt mutatja, hogy agyburkok sarjadzó folyamata még mindig vérszivárgást idéz elő, míg a pigment jelenlétéből arra gyanakodhatunk, hogy a megbetegedés már régebb idő óta tart. (Monatschrift f. Psych. u. Neurol. XXIX. kötet, 95. l.)

Goldberger Márk dr.

A cerebrospinalis folyadék polynucleosisáról, különösen paralysis progressiva eseteiben értekezik *Pappenheim*. Paralytikusok liquorjában a leukocyták mennyisége alig emelkedik 10—15%-on felül. Ezen polynucleosis gyakoribb a rohamok és betegség exacerbatiója esetén, mint a közti időkben vagy heveny tünetek nélkül. Tekintve, hogy e jelenség többnyire összeesik lázas emelkedéssel és a vér polynuclearis leukocytáinak szaporodásával, felvehető, hogy az egész azáltal jő létre, hogy a szervezetet hirtelen nagy mennyiségű „paralysis-méreg" lepi meg. Paralysis egyes ritka eseteiben a polynucleosis hosszú ideig tart. Ezen lelet azonban nem hozható összefüggésbe a paralysis acut jelenségeivel. (Zeitschrift f. d. g. Neurol. u. Psych. IV. kötet, 267. l.)

Goldberger Márk dr.

Szülészet és nőorvostan.

A terhességben és gyermekágyban salvarsannal végzett gyógykezelésről számol be *E. Langes*. 128 terhesen végzett Wassermann-reactio 18 esetben adott positiv eredményt. A 18 terhes közül csak egy párnak volt klinice is felismerhető luese. *Langes* valamennyinek adott salvarsant. Mindhárom methodust: az intravenosus, intraglutaealis és subcutan eljárást kipróbálta. Az intravenás injectio illetőleg infusio után kisebb nagyobb hőemelkedést észlelt ugyan, de 4—5 óra mulva már nyoma sem volt az infusiónak. A mitől terheseknél az ilyen beavatkozások után félni lehetne, t. i. hogy fájások támadnak (esetleg a hőemelkedés következtében), sohasem következett be. Az intraglutaealis és subcutan injectiót (olajemulsióban) nem ajánlja. Igaz, hogy hőemelkedéseket nem látott, de az injectio helye sokszor tűrhetetlen fájdalmassá vált, megduzzadt; több esetében az olaj a szúrási csatornán keresztül ismét kiszivárgott. Necrosist nem észlelt. Intravenásan 0·3, intraglutaealisan 0·3—0·6 gr.-ot adott. Ha a Wassermann-reactio positiv, ezt a lues biztos jelének tekinti; ilyenkor úgy a terhességben, mint a gyermekágyban feltétlenül szükségesnek tartja a salvarsannal való gyógykezelést. Azok a magzatok, a kiknek az anyját a positiv Wassermann alapján salvarsannal kezelte, lues jelei nélkül jöttek a világra, vérük negativ reactiót adott. Ellenben azoknak az anyáknak a magzatai, a kiket post partum kezelt a Wassermann alapján, majd mind positiv reactiót adtak és legtöbbjük a manifest lues klinikai képét is mutatta. Ebből a szerző azt következteti, hogy a terhességben, ha egyszer a

Wassermann-reactio positiv és más jelünk nincs is a luesre, minél előbb adjunk salvarsant. Sokszor 1—2 injectio (8 napi időközben) elegendő, hogy az anyán és a magzaton is segítve legyen. Természetesen a terhesség lefolyása alatt többször kell ellenőrizni a Wassermann-reactióval az anyát; ha ismét positivvá válik, akkor újból kell adni salvarsant. Tapasztalatai alapján *Langes* azt állítja, hogy ha a reactio állandóan negativ marad, akkor a prognosis a magzatra igen kedvező. Ha gyermekágyas nő kezeléséről van szó és a magzat is positiv reactiót adott, akkor a magzatot lehet directe kezelni (szülés után 1 nappal végezve az injectiót), avagy csak az anyát kezeljük s a magzatot az anyatej gyógyító hatására bizzuk. Ha a magzat negativ reactiót ad, de az anya biztos luetikus, akkor a magzatot mesterségesen táplálhatjuk, avagy szoptattathatjuk nyugodtan az anyával, mert a Wassermann nem sokat bizonyít. Általában ebben a kérdésben nem nagy még *Langes* tapasztalása, bár bizonyosnak tartja, hogy az anyatej szopása — külön kezelés nélkül is — gyógyító hatással bír a magzatra. Erre azonban csak egy példát tud felhozni. Arra sem ad határozott választ, vajjon az anyatejjel direct az arsen megy-e át a magzatba, avagy *Ehrlich* értelmezése szerint a tejjel csak az antitoxinok mennek át? Összefoglalás: a salvarsan-therapia a terhességben jól bevált, legjobb az intravenás adagolás. Lehetőleg korán kell megkezdeni a terhesek kezelését, akkor az eredmény a magzatra is jó lesz. Ha a terhesség alatt nem kezeltünk, post partum rögtön adjunk infusiót. Ha az anyát kezeljük salvarsannal, a magzati lues az eddigi tapasztalás alapján a szopás útján is kigyógyul. Legjobb a luetikus és salvarsannal kezelt anyák magzatait mind — tekintet nélkül a Wassermann-reactióra — anyatejjel táplálni. (Medizinische Klinik, 1911. 20. sz.) *Scherer* dr.

Bőrkórtan.

A Röntgen-carcinomáról ír *O. Hesse* (Bonn). Még alig tíz esztendeje, hogy ez a carcinomafaj ismeretes. Az elnevezése is mutatja, hogy a Röntgen-sugarak okozzák. Természetes, hogy csak olyan esetek számíthatók ide, a melyekben kétségtelenül kiderült, hogy a röntgenezés előtt a bőr teljesen ép volt s hogy a carcinoma fejlődése és a sugarazás között nem telt el nagyon hosszú idő. Az ismertetett Röntgen-carcinomák száma most már elég nagy. A szerző a legutóbbi időkig összesen 94 esetet tudott az irodalomból összegyüjteni, a melyben carcinoma vagy vele rokon elváltozások szerepeltek. A 94 eset közül 54-ben teljesen bizonyos a Röntgencarcinoma. Egy esetben a baj kétségtelen Röntgen-sarcomának bizonyult. A Röntgencarcinoma aránylag ritkán fordul elő Röntgen-kezelésnek alávetett betegeken, *Hesse* statisztikájában csak 4 ízben, legtöbbször Röntgen-technikusokon és újabban orvosokon fordul elő. Úgy látszik azonban, hogy sokkal több carcinoma fordul elő, mint a mennyiről az irodalom útján tudomást vehetünk.

A sugarazás és a carcinoma keletkezése közötti idő változó, a szerző statisztikájában 4—14 évi időközt találunk. A carcinoma kifejlődhet bármely testrészen, bár érthetően a kézháton és ujjakon támad legtöbbször. Bizonyos továbbá az is, hogy a Röntgen-carcinoma sohasem fejlődik ki ép bőrön, hanem csak olyanon, mely a Röntgen-sugarazástól előzetesen már megbetegedett. A sima, Röntgen-atrophiás bőrön csak kivételesen támad carcinoma. Fenyegető a veszély főként olyan egyéneken, a kiknek bőre megvastagodott, berepedezett vagy kisebesedett. Általánosan jellemző a Röntgen-carcinomára, hogy igen nagy fájdalmakat okoz. Némely beteg határozottan állítja, hogy a Röntgentől beteg és fekélyes bőre akkor kezdett nagy fájdalmakat okozni, a mikor a carcinoma fejlődése megindult. Metastasis a Röntgen-carcinoma folyamán úgy látszik nem túlságosan gyakran képződik, *Hesse* szerint csak 26%-ban. Eddig 10 röntgenologus Röntgen-carcinomás haláláról van tudomásunk. Más csoportba tartozik a Röntgen-sugarazás kapcsán kifejlődő lupuscarcinoma. A carcinoma kifejlődését itt nem lehet egyszerűen és egyedül a Röntgenre átháritani, mert a lupuscarcinoma minden sugarazás nélkül is kifejlődhet. Úgy látszik azonban mégis, hogy a mióta a lupust röntgenezéssel is gyógyítják, a carcinomás átalakulás gyakoribb. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. XVII. k. 2. f. 1911.) *Guszman.*

Röntgenologia.

A Röntgen-sugár okozta erythema. Ha a beteg bőre sokáig nagy adag sugárnak volt kitéve, akkor $^1/_2$ óra vagy akár órák multán is a besugárzott területen a bőr piros lesz, mely pír a következő napon fokozódik, hogy azután később kékes szint öltve pigmentatio hátrahagyásával vagy a nélkül gyógyuljon. A Röntgen-sugárnak ezen sokszor kellemetlen s néha váratlanul támadó hatását már régóta ismerték s létrejöttének magyarázatára több theoria keletkezett. Először a lámpát, majd az ultraviolett sugarakat, villamos kisüléseket és a sugárzás alatt keletkező meleget okolták, később a besugárzott egyénben keresték az okot s felvették, hogy egyes egyének idiosynkrasiával vannak a Röntgen-sugarak iránt.

A. Brauer, az összes eddig elhangzott nézeteket felülvizsgálta s kisérletei alapján sikerült azon tényezőket megállapítania, a melyek a Röntgen-erythema létrejötténél szerepelnek s egyszersmind azokat a törvényeket is megállapítania, a melyek szerint akár kisérletileg is előállíthatunk Röntgen-erythemát. Szabályait a következőkben foglalhatjuk össze: 1. Röntgen-erythema nem más, mint reactio, melylyel a szervezet (bőr) a besugárzásra felel. Hogy azonban a reactio létrejőjjön, ahhoz bizonyos mennyiségű sugár szükséges, átlag 2 X. 2. A reactiót maga a Röntgen-sugár okozza, tehát független a lámpától, az ultraviolett sugártól és az elektromos kisülésektől, de 3. független bizonyos fokig az egyéntől is, vagyis idiosyncrasia nincs. Ez úgy értendő, hogy vannak egyének, a kik könnyebben kapnak erythemát mint mások, mert a bőr érzékenysége fokozott. Ilyen egyének mindazok, a kik vasomotoros ideggyengeségben szenvednek. Ezeknél a legkisebb dosis a 2 X.; ezen felül már erythema keletkezik. 4. Az erythema létrejötte független e sugarak kemény vagy puha voltától, csupán csak a sugarak mennyiségétől függ. 5. Az egyén bőrének pigment-tartalma nincs befolyással az erythemára. 6. Minél nagyobb volt az ártalmas sugár mennyisége, annál erősebb reactio fog a bőrön jelentkezni. 7. A sugárzás után nem közvetlenül, hanem bizonyos idő mulva jelentkezik a reactio. Ez a lappangási idő fordított arányban van a dosis nagyságával. 8. A sugárzás okozta erythema eltűnhetik nyom nélkül is, de egyes esetben pigmentatio jelöli a visszafejlődött erythema helyét. Általában azt tapasztalták, hogy erős erythema, valamint pigmentben gazdagabb egyének bőre hajlamos a pigmentatióra. A pigmentatio keletkezhet önállóan is, teljesen függetlenül az erythemától: ezt úgy hívjuk, hogy primaer Röntgen-pigmentatio s az oka valószinűleg az, hogy a sugarak közvetlenül a pigmentsejtekre hatnak. (*Brauer*: Deutsche med. Klinik. 1911. 12. szám.) *Hruby* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A Knoll-féle diuretin pótlószereként nagyon sok gyár hoz forgalomba theobrominum natriosalicylicum-készítményeket. Ezek azonban *Slowzow* tanár szerint nem helyettesíthetik a Knoll-féle készítményt, a mennyiben 48% helyett sokkal kevesebb theobromint tartalmaznak; igy például van olyan, a melyben csak 17% theobromin van. (Pharmazeut. Zeitung, 1911. 33. szám.)

Hexamekol néven új localis fájdalomcsillapítószert ismertet *M. Lüdin*. A hexamekol kristályos fehér por, mely a bőrön lassan szétdörzsölve, az illető helyen érzéstelenséget s az alatta levő rétegekben az esetleges fájdalom csökkenését idézi elő. Leginkább pleuritikus fájdalmak és prurigo esetén vált be. Nagyobb bőrterületeket nem szabad vele egyszerre bedörzsölni, mert ilyenkor a guajacol-felszívódás tünetei jöhetnek létre. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1911. 23. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 28. szám. *Hampel Ferencz*: A bakteriologia elméleti és gyakorlati kilátásai. *Pfeifer Gyula*: Pituitrin szülési fájásgyengeségnél.

Orvosok lapja, 1911. 28. szám. *Borbély Samu*: A hasfali sérvek gyökeres kezelése.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 28. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső*: A tüdőgümőkór prognosisáról. *Torday Árpád*: Situs inversus viscerum esete. „Szemészeti lapok" melléklet, 2. szám. *Makai Endre*: Krönlein-műtéttel kiirtott szemteke mögötti lipofibroangioma. *Vidéky Rikárd*: Intraocularis tuberculosis luetikus egyénnél. *Goldzieher Vilmos*: Rövid közlemények a szemészeti praxisból.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Daday Vilmos* dr.-t Háromszék vármegye tiszti főorvosává, *Halász Sándor* dr.-t Szolnokon m. államvasúti orvossá nevezték ki.

Választás. *Zilzer Arnold* dr.-t Romhányban körorvossá, *Mogán Béla* dr.-t Valkányon községi orvossá választották.

Hirschler Ágoston †. A budapesti orvosi karnak egy kiváló és sympathikus tagja halt meg július 9.-én rövid betegeskedés után, aránylag fiatal korban. *Hirschler Ágoston* dr. Budapesten született 1861-ben. Orvosi tanulmányait Budapesten végezte, azután évekig a *Korányi Frigyes* tanár vezetése alatt álló klinikán működött mint assistens. Majd utazási ösztöndíjjal egy évet külföldön töltött, a hol különösen az emésztőszervek physiologiájával és pathologiájával foglalkozott. 1891-ben az emésztőszervek bántalmainak kór- és gyógytanából magántanárrá képesitették a budapesti egyetemen, 1900-ban pedig rendkívüli tanári czimet kapott. Eleinte a budapesti poliklinikának volt rendelőorvosa és a kassa-oderbergi vasútnak főorvosa, később a székesfővárosi Szt. István-kórház egyik belorvostani osztályának lett főorvosa. Néhány év előtt „stomfai" előnévvel nemességet kapott. Körülbelül egy félév előtt súlyos csapás érte: egyetlen fia, a ki első éves orvostanhallgató volt, önkézzel vetett véget életének. E csapás súlyosan megrendítette az egészségét s úgy látszik ez okozta időelőtti halálát is.

Hirschler dr. értékes irodalmi működést fejtett ki, különösen a gyomor és bél pathologiájának terén. Többek közt ő írta a nagy belgyógyászati tankönyv részére a gyomor- és bélbajokra vonatkozó fejezeteket s 1900-ban *Terray Pál* dr.-ral együtt „A diaetetika tankönyve" czimű művet irt, melyet az Orvosi Könyvkiadó Társulat adott ki. *Hirschler* dr.-ban nagytudású, buzgó és lelkiismeretes orvos száll sirba, kinek időelőtti elhúnyta méltán kelt széles körben részvétet.

A „Stefánia" gyermekkórház évkönyve a napokban jelent meg 1910-ről s a kórház örvendetes fejlődéséről ad számot. Megnyílt újszerű járóbetegrendelője révén a régi helyiségek teljes átalakításával, csecsemő-osztálylyal és tejkonyhával bővült. A kórház működésének 72. évét fejezte be s ezen idő alatt 703.226 gyermek nyert kezelést és 37.432 gyermek himlőoltást. Az 1910. évben 23.149 járó és 1661 fekvő beteg nyert kezelést, 596 pedig himlőoltást. Betegségek közül valódi himlő és küteges hagymáz nem fordult elő. Diphtheriában 190 beteget gyógyítottak savóval, kik közül 180 = 94·8% meggyógyult és csak 10 = 5·2% halt meg. Intubáltak 31-et s ezek közül 25 = 80·64% gyógyult, 6 = 19·36% pedig meghalt, azonban 2-nél haldokolva történt s igy a gyógyulási százalék 86·2-re emelkedett. A gyermekgyógyászati előadásokat 417 orvosnövendék, a nyilvános rendelést 64 szigorló és orvos látogatta.

Meghalt. *K. Beck* dr., ismert német születésű, Amerikában működő sebész, a sebészet tanára a newyorki Postgraduate Medical School-on, 52 éves korában.

Személyi hirek külföldről. Az innsbrucki élettani tanszékre *W. Trendelenburg* freiburgi magántanárt nevezték ki.

Hirek külföldről. Párizsban a napokban adták át rendeltetésének az új Hôpital de la Pitiét, melyet 1905 óta építenek s mely 11 millió frankba került. Az új kórház 32 pavillonból áll, 988 ágyat foglal magába s a franczia lapok szerint tervezésében és berendezésében valóságos minta-kórház. — A Berlin melletti pankowi elmekórházban július 2.-án leplezték le *Mendel* tanár mellszobrát; *Mendel* évekig állott a kórház élén.

A legközelebbi nemzetközi nőorvostani congressus Berlinben lesz, 1914 május 31.—junius 2.-áig, *E. Bumm* tanár elnöklete alatt. A congressus előkészületeit *Döderlein*, *Mangiagalli*, *A. Martin* és *v. Ott* tanárokból álló bizottság intézi. A congressus főtitkára *E. Martin* dr. Berlinben. Fő tanácskozási tárgyul a peritonealis sebkezelést tűzték ki.

Csilléry András dr. Cirkvenicán a Therapia-sanatorium és tengerparti fürdőhely vezetését a nyári idényre átvette.

A VII. nemzetközi tuberculosis-congressus 1911 szeptember 24—30.-áig lesz Rómában, *Baccelli* tanár elnöklésével A congressus a következő három fősectióból fog állani: 1. A társadalom védekezése. 2. A tubercnlosis kórtana és therapiája (alosztályok: belorvostan és sebészet). 3. A tuberculosis aetiologiája és epidemiologiája. Az I. sectio hivatalos themái a következők: 1. A jótékonysági intézmények szerepe a gümőkór elleni küzdelemben, különös tekintettel a gyermekkor és ifjúkor védelmére. Referensek: *Tamburini* (Róma), *De Fleury* (Párizs). 2. A tuberculosisra vonatkozó bejelentési kötelezettség. annak tárgya és határai. Referensek: *Gualdi* (Róma), *Glasenapp* (Arolsen), *Hoppe* (Liverpool), *Küss* (Angicourt). 3. A gümőkórosak lakására vonatkozó ellenőrzés. Referensek: *Bordoni-Uffreduzzi* (Milano), *Juillerat* (Párizs), *Rossi-Doria* (Róma), *Niven* (Manchester). 4. A háziipar szerepe a tuberculosis terjedésében. Referensek: *Carozzi* (Milano), *Dewez* (Mons), *Robertson* (Birmingham). 5. A gümőkór és az iskola. Referensek: *Méry* (Párizs), *Buhre* (Stockholm), *D'Espine* (Genève), *Maggiora* (Modena). 6. A tuberculosis prophylaxisa s a sanatoriumok szerepe e tekintetben. Referensek: *Gatti* (Milano), *Soley y Gely* (Barcelona), *Jacob* (Berlin), *Putzey* (Liège). 7. A nő szerepe a családban a tuberculosis prophylaxisa tekintetében. Referensek: Mlle *Chaptal* (Párizs), Mme *Rabinovitsch* (Berlin), *Friedheim* (Berlin). 8. Alkoholismus és tuberculosis. Referensek: *Tiberti* (Ferrara), *Triboulet* (Párizs), *Woodhead* (Cambridge). 9. Tuberculosis és kivándorlás. Referens: *Rosati* (Róma). 10. A tuberculosis és a Vörös Kereszt. Referens: *Pannwitz* (Berlin).

Bartolommeo Eustachio. Sanseverinóban, Olaszország egy kis városában ünnepélyesen szándékoznak megülni *Eustachio*, a nagy anatomus születésének 400. évfordulóját. Az ünnepi bizottság elnöke Marquis *G. G. Luzzi*, titkára *Nicolo Crivelli*. *Eustachius* életéről vajmi keveset tudunk; annyi bizonyos, hogy 1562-ben a római Collegio della Sapienza tanára volt s 1574-ben halt meg nagy szegénységben. Bámulatos anatomiai tehetség volt; 1564-ben megjelent művében (Opuscula anatomica) egész sorát írja le a finom új észleleteknek a hallószervről, szívről stb. De főműve nagyszerű anatomiai atlasza, melyhez az ábrákat maga rajzolta s maga metszette rézre. *Eustachio* az atlaszára nem talált sem kiadót, sem maecenást, a ki a nyomtatás költségeit elvállalta volna s a táblák 130 évig pihentek a pápai könyvtárban. 1714-ben XI. Clemens pápa elhatározta, hogy a táblákat kiadja s a műnek sajtó alá rendezésével orvosát, *Lancisi*-t bizta meg. 1740-ben a műnek új kiadása jelent meg s négy évvel később harmadik kiadása, melyet a híres kopenhágai anatomus, *Albinus* rendezett sajtó alá. 1761-ben egy negyedik kiadás látott napvilágot. *Eustachio* neve a fülkürt s a szív egy billentyűjének nevében van megörökítve.

„Fasor-(Dr. Herczel-féle) sanatorium." Magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

Dr. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1.-éig **Franzensbad** („Prinz Wales").

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd, VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA VII., Rákóczi-út 26. fidsz. 1. Telefon 112—95.

Gyermeksanatorium PORTORÉ (Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. **Egész éven át nyitva.** Felnőtteknek külön osztály. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr. Prospektus.

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. Röntgen- és villamos orvosi műszerek gyára. Budapest, Rákóczi-út 19.

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39.

Ujtátrafüred Sanatorium légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fütés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: Szontagh Miklós dr. Egész éven át nyitva.

BAD HALL ▫ OBERÖSTERREICH Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IX. rendes tudományos ülés 1911 márczius 18.-án). 521. l. — A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya (1911 márczius 16.-án tartott ülés). 523. l — A Magyar Sebésztársaság IV. nagygyűlése. 524. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1911 márczius 18-án)

Elnök: **Alapy Henrik.** Jegyző: **Goldzieher Miksa.**

Betokolt izomcysticercusokat mutató Röntgen-felvételek.

Fischer Ernő: G. J. 61 éves napszámos 1908 június 12.-én került kezelésembe, 12 nap előtt kocsigázolás okozta czombtörés miatt. A Röntgen-felvétel nagy dislocatióval járó, darabos subtrochanteres törést mutatott és ezenkivül sajátságos babalakú, igen intenziv, még a csonténál is intenzivebb, éles határú Röntgen-árnyékot adó testecskéket, melyek az izomzatba vannak beágyazva és az izomrostok lefutása irányában feküsznek. E sajátságos testecskék közül a kisebbek 2 mm. hosszúak és 1 mm. szélesek, a nagyok 14 mm. hosszúak és 6 mm. szélesek, de vannak átmeneti nagyságúak is, mindannyian egyformán babalakúak, Röntgen-árnyékuk rétegzettséget vagy structurát nem mutat. A betegnek ezen elváltozásról semmi tudomása sem volt és nem is tudott semmiféle, lázzal vagy gyomortünetekkel vagy izomfájdalmakkal járó acut megbetegedésre visszaemlékezni; a göböket kitapintani nem lehet.

A czombtörés extensióval kezeltetett. Öt hét után a beteg igen jó anatomiai és functionalis gyógyulással távozott és csak 2 év után volt alkalmam őt ismét látni és a leírt sajátságos elváltozásokat a többi szervben is kutatni. Nem találhatók a leírt testecskék a fejben, a kezekben és lábakban, a mellkas és has belső részeiben; a legnagyobb göbök a trochanterek izomzatában, a hát- és czombizmokban vannak, a közepes nagyságúak a nyak-, váll-, felkar-, könyök- és alkarizomzatban, e helyen oly sűrűn, hogy egy-egy lábikrában körülbelül 100-at lehet megszámlálni; feltünő sok van a törés helye körül is.

A bemutatott esetben mindenek szerint betokolt és elmeszesedett cysticercusokkal van dolgunk, erre mutat a göbök alakja, nagysága, az izomzatban való előfordulása. Ilyen elmeszesedett cysticercusokat Röntgen-felvételen először *Stieda* mutatott be 1904-ben; egy göböt kimetszett és a mésztelenítés után készült sorozatos metszetekben néhány horgot is talált. *Sick* 1905-ben demonstrált ilyen elmeszesedett cysticercusokat egy férfi medenczéjéről és czombjairól készült Röntgen-felvételeken; *Pichler* 1911-ben közölt négy esetet, melyekben a Röntgen-felvétel cysticercusgöböket mutatott. Ezen göbök ismerete nemcsak érdekes, hanem fontos is, mert a Röntgendiagnostikában tévedésekre adhatnak okot.

Óriási hashártyamögötti nyiroktömlő kiirtása. Gyógyulás.

Herczel Manó: Az elég gyakori bélfodortömlőkkel szemben a valódi hashártyamögötti szervekkel (vese, pancreas) vonatkozásban nem álló cysták a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. A vér-, echinococcus- és dermoidtömlők semmi különös pathologiai jelentőséggel sem birnak; a savós tömlőket a *Müller*- és *Wolff*-féle vezetékekből származtatják, a nyiroktömlőkre vonatkozólag azonban alig pár eset lévén közölve, jelentőségük egyáltalában nem mondható tisztázottnak.

Az 56 éves férfi alhasának bal felében 5 év előtt keletkezett egy daganat, mely azóta lassan és egyenletesen növekedvén, egészen az utolsó időkig semmi kellemetlenséget sem okozott s csak az utolsó évben bántották a beteget makacs székrekedés és vizelési nehézségek, a mennyiben eleinte vizeletét visszatartani nem tudta, majd legutóbb igen gyakori vizelési ingere van. 4 hét óta 2—3 ízben vannak hasában görcsös fájdalmai — főleg járáskor és álláskor —, melyek $^1/_4$—$^1/_2$ órai tartam után meleg borogatásra szűnnek. Felvételkor a gyenge, de egyébként egészséges férfi alhasából egy jókora, négy emberfőnyi tömlős daganat emelkedik ki, mely felnyúlik a köldök és kardnyúlvány közti távolság feléig s melyet a felfujt vastagbél keret alakjában vesz körül. Műtétkor behatolás a középvonalban a köldök alatt. Az elvékonyodott hasfalak alatt közvetlenül a cysta fekszik, melyből trokárral tejszínsűrű sárga-fehér folyadékot bocsátunk le nagy mennyiségben. Subperitonealisan sikerül kifejtenünk az egész, körülbelül 9 l. folyadékot tartalmazó cystát, melynek falzata s a hashártya közt baloldalt az erősen kihúzódott ureter foglal helyet.

Ureterotomiával eltávolított ureterkövek gyógyult esetei.

Herczel Manó: Ureterkövek túlnyomórészt másodlagosan, a vesemedenczéből kerülnek az ureterbe s általában a már normalis viszonyok közt is fennálló szűkültebb részen fennakadva okozzák azokat a tüneteket, a melyek nagyjában a vesekövekéit utánozzák; teljesen obturáló kövek reflexanuriát is idézhetnek elő. Vesekövek eseteiben sohasem szabad elmulasztani az ureter egész lefutásáról Röntgen-felvételeket készíteni, viszont ureterköveknél mindig vesekövek után is nyomoznunk kell, noha túlzott *Wagner* azon álláspontja, mely szerint ilyenkor minden egyes esetben nephrotomiát kell végeznünk az ureterkő eltávolítása után. Esetleges belső kezelés megkisérlése esetén nem szabad késnünk a köveknek ureterotomia útján való művi eltávolításával, nehogy a beteg állapotát és a műtétet a nem túlritka complicatiók (kőátfúródáshoz hasonló medenczekötőszöveti genyedés stb.) súlyosbítsák. Utóbbi hónapokban két esetben távolított el sikeresen ureterköveket:

I. A 39 éves férfiún 15 hónappal felvétele előtt támadtak heves görcsös fájdalmak az alhasban, hányinger és stranguria kiséretében. Néhány óra mulva a görcsök morphinra szüntek; véres vizelés, láz nem volt. A roham még háromszor ismétlődött meg, egyszer 4 hónap mulva, kétszer egy hónap leforgásán belül, 4 nap mulva. Röntgen-felvételeken az ureter elülső részletében egy nagyobb és két kisebb kő látható. Műtét: Behatolás a bal Poupart-szalag fölött 2 ujjnyira, vele párhuzamosan haladó 24 cm. hosszú metszéssel, melynek közepe a spina ant. sup. fölött van. A retroperitoneumban könnyen fellelhető a kisujjnyi tágult ureter, melyet lefelé követve, kérges, heges kötőszövetbe jutunk. A nagy erekkel való kereszteződés után az uretert selyemfonalakkal kiemelve praeparáljuk tovább. E helyen incindálva az uretert, az akadályt nem leljük, így tehát még lejebb haladva, közvetlenül a hólyagba való beszájadzásnál akadunk rá a kövekre. 8 mm.-nyi hosszanti bemetszésen át $^5/_4 \times 8$ mm. nagy szederalakú követ távolítunk el, a fel nem tolható két kisebb követ szondával a hólyagba lökjük. A felső ureterseben át katheter a vesemedenczéig; az alsó, varráshoz hozzáférhetetlen sebre gazecsík. Réteges hasfalvarrat. Műtét után vizelet kifogástalanul megindul, 8. napon a katheter eltávolítása, a sebből még egy ideig ürül a vizelet. 50 nap mulva a beteg kis sipolylyal távozik, mely otthon rövidesen begyógyulva, retentio folytán lázak mutatkoznak. A sipoly tágítására a lázak szűnnek, a sipoly fokozatosan záródik, teljesen gyógyul s a beteg hónapok óta teljesen jól van.

II. 28 éves férfin 6 év előtt genyes appendicitis, mely miatt háromszor műtétet végeztek nála. 2 év előtt jobb vesetáji görcsös fájdalmak lepték meg gyakori hányással, stranguriával; 2 óra mulva a fájdalmak egy csapásra szüntek, bőséges vizelet ürül „gries"-szerű üledékkel. Ezóta 1—2 hónapi időközökben hasonló tünetekkel 12—15 hasonló roham. Ureterkatheterismuskor a katheter 2 cm.-nyire az ureterszájadék fölött megakad, Röntgen-képen kifejezett árnyék. Vizelet minimalis

vörös vérsejteket tartalmaz. Műtét mint az előbbi esetben. A letolt serosán végigfutó ureter könnyen feltalálható. A hólyag fölött 2—3 cm.-nyire, az operált féregnyúlványlobbal valószínűleg kapcsolatba hozható kérges, heges szövetben beágyazva fekszik a követ magában foglaló ureterrészlet. 8 cm.-nyi hosszanti seben át eltávolítjuk a mogyorónyi ureterkövet, a hosszanti uretersebet haránt irányban egyesítjük csomós, finom selyemvarratokkal. Gaze-zel kitömött vékony üvegcső a műtét helyére. Réteges hasfalvarrat. Sima lefolyás; vizelet kifogástalanul megindul, gyógyulás folyamán egy ideig alkalikus, genyet tartalmazó. 9 nap mulva a beteg minimalis sipolylyal hagyja el az osztályt.

Szabad választás esetén mindenkor a retroperitonealis behatolást kell alkalmaznunk, melynek számtalan előnye van a főleg *Israel* által ajánlott peritonealis, transvesicalis, nőkön transvaginalis úttal szemben s minden esetben biztos tájékozódást biztosít.

Illyés Géza: A 2. esettel kapcsolatban következő esetét ismerteti: A 36 éves nő előadja, hogy 8 év óta szenved jobboldali vesekőkólikákban, melyek után egyszer-másszor a vizelet véres is lett. Többfelé vizsgálták és röntgenezték, azonban követ kimutatni nem tudtak. Mikor mult év januárjában hozzám került, állítása szerint ezelőtt való héten a jobb oldalon erős vesekőkólikája és véres vizelése volt. Cystoskopos vizsgálatot végezve, indigokarminnak a gluteusba való fecskendezése után, a baloldali ureterből 8 percz mulva kékre festett vizelet ürült ki, a jobb veséből ezen idő alatt semmit sem láttunk kiürülni. Ureter-katheterismus alkalmával azt láttuk, hogy az ureter-katheter a jobb oldalon 3 centiméternyire a hólyagbeli nyílástól megakad és tovább nem tolható. A jobboldali vese ugyanakkor az asszonynak hájas hasfalai daczára kitapintható és érzékeny volt. Megjegyzendő, hogy én is röntgeneztettem a jobb vesetájékot, de eredmény nélkül. Vaginalis vizsgálatkor a jobb hüvelyboltozaton keresztül a jobb ureter alsó szakaszában az ujcsúcscsal éppen csak elérhetően babnyi concrementumot tapintottunk. Az e helyen végzett Röntgen-vizsgálat az ureter alsó végében ülő követ mutatott ki. A műtétet narcosis nélkül a hüvelyen át végeztem, olyan módon, hogy feltárva a jobb hüvelyboltozatot, ezt bemetszettem s ujjal való tapintás ellenőrzése mellett igyekeztem a kitapintható concrementumot tartalmazó ureter alsó végét kipraeparálni. A műtét elég nehezen ment, főleg azért, mert a concrementum elég magasan feküdt, úgy hogy alig volt ujjal elérhető s midőn a cervixet megfogva, azt előhúztuk, hogy a sebet jobban hozzáférhetővé tegyük, akkor vele együtt a hüvelyboltozat is előhuzatott, de az ureter a concrementummal együtt a helyén maradt s ilyen módon a seb még mélyebb lett, s a kő egészen elcsúszott a tapintó ujjunk elől. Az ureterbe kathetert vezetve, ilyen módon végig tudtuk azt tapintani s végre sikerült mégis az uretert kipraeparálni s rámetszve, belőle egy babnyi tömött követ távolítottunk el, melynek egyik oldalán a mellette lefolyó vizelet egy vékony barázdát mosott ki. A sebet úgy láttuk el, hogy az uretert csomós varratokkal egyesítettük, a hüvelyboltozat sebét jodoform-mullal lazán tamponáltuk. A gyógyulás folyamán a második és harmadik napon a beteg nedves lett az ureter-sipolyon át kifolyó vizelettől, úgy hogy e miatt a jobboldali ureterbe vastag ureter-kathetert vezettünk, melyet feltoltunk egészen a vesemedenczéig. A kathetert 10 napig hagytuk benn, melynek eltávolítása után az ureter sebe sipoly nélkül begyógyult. 8 hónap mulva ugyanezen beteg a bal oldalon kapott kólikákat, melyeknek okát Röntgen-fényképezés alkalmával a vese alsó részében ülő kis concrementumban találtuk meg. Narcosisban a bal vesét feltártuk, a pyelumot kipraeparálva s meggyőződve, hogy benne kő nincs, a vese alsó polusán nephrotomiát végeztünk, midőn mélyen az egyik másodlagos kehelyben egy érdes, kemény, mogyorónyi uratkövet találtunk, melyet eltávolítva, a vese sebét csomós varratokkal egyesítettük. A beteg meggyógyult s mindkét oldali hurutos vesemedenczéjét egy párszor kimosva, egészsége teljesen helyreállott. Hangsúlyozni kívánom, hogy ureterkő jelenlétekor az ureter-katheterismussal a kő helyét pontosan megállapíthatjuk s jól szemlélhetővé tehetjük, ha úgy járunk el, a mint azt ezelőtt 8 évvel leírtam, hogy t. i. az ureterbe mandrinnal ellátott ureter-kathetert vezetünk fel megakadása helyéig, s most a beteget röntgenezve, az ólom-mandrin jól jelzi az ureter lefutását, illetőleg annak vége mutatja azt a helyet, a hol a kő árnyékát kereshetjük, melyet ilyen módon még akkor is megtalálunk, ha a kő csak alig észrevehető árnyékot adna.

Rihmer Béla: Két esetről óhajt beszámolni, mindkét esetben az ureterkő beékelődése solitaer vesén történt; a másik vesét gümőkór, illetve kő miatt már előbb kiirtották. Az első esetben a kő az ureter kezdeti részén akadt fenn, teljes anuria rázóhideges lázakkal állott be és a szóló az anuria 24. órájában operált. A nagy succulens vese miatt csak tapintani lehetett a követ, hozzáférni nem. Fejőmozgásokkal feltoltam a medenczébe és nephrotomiával távolítottam el. Az inficiált vese sipolylyal gyógyult, melyen több-kevesebb vizelet jött, a nagyja azonban a hólyag felé ürült. A vizelet lúgos volt és sok genyet tartalmazott. Pár hó mulva lefelé ismét elakadt a vizelet, de medenczemosásra újból megindult, majd pár hónap mulva ismét teljes elakadás állott be, mire újra vesemedencze-mosást alkalmaztam, glycerinnel kiöntöttem az uretert és akkor a körülbelül 2 cm. hosszú kő először leszállott és fennakadt az ureternek a hólyagfalzatban futó részében (cystoskoppal hegye a nyílásból kinézett) és 2 napra eltávozott. A második esetben baloldali nephrectomia történt kő miatt, már előzőleg voltak kólikái a jobb oldalon és a műtét után a jobb ureter középtáján fájdalmai jelentkeztek. A Röntgen-kép negativ. Ureter-kathetert toltam fel, mely 12 cm.-re fennakadt; pár napra rá gyufavastag, 1 cm. hosszú kődarab távozott el.

Ureterkő esetében, ha olyan, hogy a műtéttel várni lehet, ajánlatos az ureter-katheter alkalmazása és az ureter kitöltése steril glycerinnel.

Dollinger Gyula: Esetet említ, a melyben a Röntgen-kép a vesében nagyobb mennyiségű húgykövet mutatott. Elkülönülve tőlük a vese alsó polusa közelében szintén volt egy kis árnyék. A nagy kövek eltávolítása után külön a keresésére indult ennek a kis kőnek, a melyet egy vesekehelyben meg is talált. A Röntgen-kép pontos vizsgálata és útbaigazítása nélkül ez a kő bizonyára bennmaradt volna és esetleg második beavatkozást tett volna szükségessé.

Weisz Ferencz: Annak a demonstrálására, hogy ureterkő esetén, ha a kő az ureter alsó segmentumában fekszik, az ureter katheterezése egymaga therapeutikai eredménynyel kecsegtethet, bátorkodom egy 29 éves betegemnek a köveit bemutatni, kihez véres vizelés és a heretájékban kisugárzó fájdalmak miatt hivattam és kin a Röntgen-vizsgálat több helyen negativ volt. Magam inkább vesegümőkór gyanuja miatt vizsgáltam meg cystoskoppal, a mikor is a hólyagot épnek találtam és csak a jobboldali ureternek láttam csekély hyperaemiáját. 7. sz. ureterkatheter bevezetésekor azonban az orificium uretericumtól 5 cm.-nyi távolságban és nem mindjárt a hólyag beszájadzásánál a normalis szűkület beszájadzási helyén erős ellenállásra akadtam; szinte érezni lehetett, hogy kemény az ellenállás. A *Kolischer, Casper* és mások ajánlotta steril meleg olaj befecskendezését óhajtottam ekkor megkisérleni, de tudván tapasztalatból, hogy az olaj a látást zavarja, steril glycerint fecskendeztem be, még pedig egy 10 cm^3 fecskendőből mintegy 3 4 cm^3-t a szem ellenőrzése mellett.

A beavatkozás után talán $1^1/_2$ óra mulva a beteg vizeléskor koppanást hallott a vizelőedényben és csakugyan kő ürült. Hogy a glycerin valóban therapiás hatású volt, arról meggyőződtem 24 órával később, midőn a beteghez acut vizelet-retentio miatt hivattam és a midőn a vizsgálatkor a fossa navicularisban távolítottam el megakadt, előző napinál kétszer nagyobb második követ meatotomiával. 12 nap óta a beteg teljesen jól érzi magát.

Ezen esetem is csak azt mutatja, hogy ureterkövek jelenlétekor, főleg ha az alsó segmentumban a hólyag felé feküsznek, mindenesetre czélszerű előbb akár olajjal, akár steril glycerinnel a beékelődés megszüntetését vértelen úton megkisérleni.

További vizsgálatok a belső secretiós termékek kölcsönhatásáról.

Bálint Rezső és Molnár Béla: Az előadók utalnak előbbi vizsgálataik eredményeire, melyek azt mutatták, hogy a thyreoidea kipréselt nedvének érösszehúzó, a pancreas nedvének értágító hatása van. Ez alapból kiindulva kutyakisérletekben megvizsgálták, hogy a kipréselt nedvek mennyiben befolyásolják a vérkeringést, nevezetesen a vérnyomást. A thyreoidea kipréselt nedve a vérnyomást alászállítja. S miközben a nyomás kisebbedik, azzal arányosan csökkennek a görbének systolés emelkedései. Az előadók a vérnyomáscsökkenés okát a szív erejének csökkenésében keresik. Egészen másképpen viselkedik a pancreas kipréselt nedve. A vérnyomás görbéje hirtelen meredek lejtőben esik alá, miközben a systolés emelkedések hatalmasan megnőnek. A görbe tehát a mellett szól, hogy a vérnyomás csökkenése az erek nagyfokú ellazulása által idéztetik elő, miközben a systolés emelkedések nagysága a szív erejének változatlansága mellett tanuskodik. (Görbék demonstratiója.) A thyreoideának és a pancreasnak ellentétes hatása tehát, daczára az eredmények (vérnyomássülyedés) azonosságának, élesen tükröződik a kisérletekben. Az egyikben érgörcs, a másikban érlazulás, az egyikben cardialis, a másikban vascularis hypotonia. A tachometerrel végzett kisérletek azt mutatták, hogy a pancreasnedv a véráram sebességét fokozza, a mi az erek ellazulását igazolja. A thyreoidea préselt nedve viszont a sebességet lényegesen csökkenti, a mi a hypotonia cardialis eredete mellett szól. A pancreas érhatása kétségtelen antagonistája az adrenalin érhatásának. Az adrenalin az ereket szűkíti, az értonust fokozza; a pancreas az ereket tágítja, az értonust csökkenti. Az előadók megvizsgálták számos szervnek, mint a thymusnak, a májnak, a vesének, a lépnek, az izomnak, az agynak kipréselt nedvét. E szervek nedvei birhatnak ugyan esetenkint kisebbfokú vérnyomást csökkentő hatással, de a hatás jelentősége és jellege össze sem hasonlítható a pancreaséval. Az ellenőrző vizsgálatok megállapították azt is,

hogy a pancreashatás sem cholin-, sem pedig pepton-hatás, hanem specifikusnak kell tekintenünk, a mi egy vasodilatatorius hormonnak a jelenlétét teszi valószínűvé a pancreasban. Majd a Basedow-kór pathologiájával foglalkoznak az előadók és rámutatnak arra a feltünő ellentétre, a mely egyrészről hyperthyreoideás tünetek, illetve sympathicotoniás befolyások és másrészről a Basedow-kórra jellemző alacsony vérnyomás és a pulsus celer et magnus között fennáll. A Basedow-kóros pulsusgörbe megfelel annak a görbének, a melyet állatkisérletekben a pancreas behatására nyertek. Fel kell venniök, hogy a hyperthyreoidismusnak és adrenalinaemiának érösszehúzó hatását valami túlkompenzálja. Sok szól a mellett, hogy ezt a pancreas belső secretiója produkálja, mely a kórosan fokozott sympathicus-tonust ellensúlyozza, sőt túlkompenzálja és a maga részéről automotorius hatásokat tarthat fenn. Foglalkoznak a Basedow-kóros műtéti halál eddigi magyarázataival és azoknak tarthatatlanságát bizonyítják.

Fel kell venni annak a valószínűségét, hogy a Basedow-kóros thyreoidea kiirtása folytán okvetlenül gyöngülni fog a sympathicus-tonus, a minek a következménye lesz, hogy a pancreas nagy túlsúlya még inkább fokozódik, az erek teljesen ellazulván, erősen kitágulnak, létrejöhet az érbénulás, mely különösen gyengébb szív mellett a betegnek halálát okozhatja. E felvételt állatkisérletekkel is igyekeznek igazolni.

A vizsgálatok oly irányelvek megállapítását teszik szükségessé, melyeket a jövőben a Basedow-kór pathologiájában különösen a műtéti javalatokra való tekintettel kell szem előtt tartani.

Goldzieher Miksa: Egy tisztán technikainak látszó, de jelentőséges körülményt kell elsősorban kifogás alá vennem. Az előadók a belső secretiós mirigyek préselt nedveivel dolgoztak. E nedvek tartalmazzák az illető mirigy összes hormonjait együttesen és tekintve, hogy a kettős beidegzésü (sympathicus, autonom) és ezért kettős functiójú szervekben kettős hatóanyagot lehet felvennünk, a préselt nedv hatásában is complex hatást kell látnunk. Czélszerűbb és a complex hatások elkerülésére alkalmasabb mód a kérdéses mirigyekből ürülő venosus vér savójának vizsgálata; hiszen a mirigysejtek váladékukat egyenesen a vérbe juttatják és a mirigy venája szinte kivezető csőnek tekinthető.

A különböző hatóanyagok secretióját pedig módunkban áll befolyásolni, így pl. a mellékvese sympathicus-ingerre több adrenalint, autonom ingerre (pilocarpin) több cholint választ el.

Az előadók megvizsgálták a legkülönbözőbb szervek kipréselt nedveit és úgy találják, hogy a pancreas nedvének specifikus hatása van. Nem vizsgálták azonban a mellékvesekéreg kipréselt nedvét, megelégedve a pancreas préselt nedve és a gyógyszertári cholin összehasonlításával. Nem fogadhatom el a felfogást a mellékvesekéreg és cholin azonosítását, valamint a pancreas kipréselt nedve és egy vegytiszta anyag szembeállítását illetőleg sem. Számos vizsgálat értelmében a pancreas tartalmaz cholint s az előadók tartoznak annak kimutatásával, hogy az ő pancreasgörbéjük nem a complex hatás (cholin + x) eredménye és továbbá, hogy vajjon a mellékvesekéreg préselt nedve nem azonos hatású.

Az előadók azon állitása, hogy a pancreasnak nagy szerep jut a Basedow-kór pathologiájában, nélkülözi az anatomiai alapot. Nem ismeretes a pancreas túltengése hyperthyreoidismusnál épp úgy, a hogy athyreoidismusnál atrophiája sem ismeretes.

A Basedow-halál magyarázata sem kielégítő. Valószínű, hogy a halálok nem mind azonos jelentőségüek. Azon esetekben, midőn status lymphaticus van jelen, melynél ismeretes a phaeochrom systema hypoplasiája, lehetséges, hogy a pajzsmirigy kiirtásakor beálló hypothyreoidismus folytán leszáll az amúgy is ingatag sympathicus-tonus, a hypoplasiás phaeochrom-sejtek beszüntetik secretiójukat és phaeochrom insufficientia folytán áll be a halál.

Verebély Tibor: Tekintve, hogy az előadók következtetései és a hozzászóló kisérleti eredményei alapján felállított *Kocher*-féle magyarázat közt a Basedow-halált illetőleg elvi ellentétet lát, néhány rövid reflexiót fűz az előadáshoz. Kisérleteihez annak idején az impulsust *Blum*-nak 1904-ben megjelent dolgozata adta, mely szerint a pajzsmirigy gyűjtőereinek lekötése, tehát pangásos thyreoidea-bővérűség útján sikerül állaton Basedow-kórt előidézni. E vizsgálatoknak pontos ismétlése és variatiója *Blumnak* tételét annyiban beigazolta, hogy a pangásos hyperaemia folytán csakugyan kifejlődik egy átmeneti Basedow-szerű állapot s bebizonyította azt, hogy ezen elváltozásnak, reactiónak az oka a pajzsmirigy anyagának fokozott besodortatása a véráramba. A venosus thyreoidea-pangás, ha nem is functionalis, de mindenesetre átmeneti mechanikai hyperthyreoidosist okoz. A hozzászólónak ezen kisérleti munkájára támaszkodva *Kocher* 1906-ban tartott londoni előadásán úgy nyilatkozott, hogy az a sokat vitatott Basedow-halál, a mely sikeresen kiállott golyva-műtét után az összes tüneteknek heveny rosszabbodása közben 24—36 óra mulva következik be, ilyen mechanikai hyperthyreoidosis eredménye.

Ezzel szemben az előadók következtetése röviden összefoglalva az, hogy a Basedow-halál hirtelen bekövetkező excessiv vagotoniának az eredménye. A Basedow-betegben szerintünk rendes körülmények közt a sympathicotonia fokozódását ellensúlyozza a vagotonia. Ha már most a műtéttel hirtelen csökkentjük a sympathicus izgalmát, mert annak forrását a pajzsmirigyet kikapcsoljuk, túlsúlyra jut a vagushatás s ez okozza a halált. A halál tehát hirtelen beálló hypothyreoidismusnak az eredménye. Ez a két álláspont elvi ellentéte; a hozzászóló szerint hyperthyreoidismus, az előadók szerint hypothyreoidismus a halál oka. Az igazság megállapítása a jövőben bajos lesz, mert az újabb statisztikákból a Basedow-halál mindinkább eltűnik. Hogy azonban a sebészek inkább a hyperthyreoidismus elvét fogják mindenkor vallani, ennek a különleges sebészi tapasztalat az oka. Elsősorban való az, hogy a Basedow-halálnál csaknem kizárólag a sympathicotoniás tünetek fokozódása vezet át a halálba. Azután a hyperthyreoidismus kifejlődének lehetősége azon műtéti halálesetekben, a hol a Basedow-kórban nem golyvaoperatio, hanem bármilyen más beavatkozás után következik be a halál, sokkal könnyebben érthető, plausibilisebb, mint a hypothyreoidismusé. Egyszerű golyvaműtéteknél, a hol tehát a szívbeidegzésben, illetve az egész szervezet háztartásában olyatén zavar, a mely fokozott vagotoniára utalna, nincsen, kifejezetten látjuk a sympathicotoniának, a hyperthyreoidismusnak jellemző tüneteit. Saját, az utolsó két év alatt operált s zavartalanul gyógyult 62 golyvaműtéte közül 30-szor, tehát csaknem 50%-ban talált a 2-3. napon hyperthyreoidismusra valló jelenségeket, a melyek mindig arányban állottak a visszamaradt golyvarészlet úgynevezett aseptikus strumitisével; ez utóbbi nem egyéb, mint heveny műtéti gyüjtőeres pangás. Állatokon részleges vagy teljes thyreoidectomia után semminemű heveny sympathiás vagy vagotoniás tünet nem áll be. A thyreoidismus fokának megitélésében, hatásának mérlegelésében tekintetbe veendők a parathyreoideák is, mint a pajzsmirigy ellenlábasai.

Ezen tényezők alapján nem fogadja el a halált kiváltó ok gyanánt a hypothyreoidismust. A halál mechanismusát illetőleg azonban az előadók által felvetett s beigazolt viszonylatot be tudja állitani a hyperthyreoidismus képébe.

Lehetséges ugyanis, hogy a műtéti hyperthyreoidismus oly mértékben fokozza a sympathicotoniát, hogy annak ellensúlyozására — a mi pedig ily legyengült szervezetben életszükséglet — a vagushatás nem elegendő s így az egyén meghal heveny sympathicotonia tünetei közepett. De lehetséges az is, hogy a hyperthyreoidismus okozta sympathicus-izgalom éppen az ellensúlyozó vagotoniát váltja ki oly mértékben, hogy a halál ezért következik be. Más szóval lehetségesnek tartja, hogy a hyperthyreoidosis úgy vagotoniás, mint sympathicotoniás halált okoz. Való az, hogy az előadók kisérleteiben az első positiv bizonyítékokat látja arra az eddig tisztán empiriás *Kocher*-féle szabályra, hogy a lymphocytosis, tehát a vagotonia a Basedow operálhatóságának zsinórmértéke.

Bálint Rezső: Az előadók azért dolgoztak préselt nedvekkel, mert éppen ezeknek az extractumokkal szemben nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a physiologiai állapot szempontjából.

A mi a mellékvese kéregállományát illeti, *Goldzieher* maga mondja, hogy annak nagy cholin-tartalma az, a mi vérnyomásra csökkentőleg hat. A cholinnal az előadók, a mint azt az előadásban is kiemelték, kisérleteztek és kimutatták, hogy a pancreas vérnyomást csökkentő hatása nem azonos a cholinéval.

A mi a pancreas megnagyobbodását illeti Basedow-kórban, annak esetleges konstatálása a kórbonczoló dolga. Végül a status thymicolymphaticusról a szóló megjegyzéseit illetőleg azt feleli, hogy e tekintetben ők *Wiesel* vizsgálataira támaszkodtak és annak adatait idézték. *Verebélytől* az előadókat elvben nem nagy differentiák választják el, a mennyiben ő is szerepet tulajdonít a halál létrejöttében az erek lazaságának.

Hogy a műtét után rövid ideig tartó hyperthyreoidismus egyes esetekben létrejöhet, azt az előadók concedálják, csak az okát nem tudják; e hyperthyreoidismus nem magyarázza meg a halált speciálisan azon esetekben, a melyekben, a mint említették, a halál a postoperativ rosszabbodás lezajlása után váratlanul következik be, a mi mégis a mellett látszik szólni, hogy a hyperthyreoidismus hirtelen megszünése nem engedi túlsúlyra jutni a pancreas érlazító hatását. A jövő vizsgálatai fogják megmutatni, hogy melyik felvétel a helyes.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(A sebészeti szakosztálylyal együtt tartott ülés 1911 márczius 16.-án.)

Elnök: **Kuzmik Pál.** Jegyző: **Lipscher Sándor** és **Lobmayer Géza.**

A koponyaüreg és az agyvelő nasalis feltárásáról (agytályogok, hypophysis-daganatok).

Ónodi Adolf: Bemutatja az általa összeállított statisztikát, mely szerint a genyes melléküregbántalmak szövődményeképpen 106 esetben fejlődött agytályog, ebből a homloküregre esik 82 eset, a rostasejtekre 11, a Highmor-üregre 4, az ikröbölre 1 és polysinusitisre 8 eset. Homloküregempyema 25

esetében műtéti beavatkozásra az extraduralis tályog gyógyult, ezek között egy oly eset is, a hol az explorativ agypunctio negativ volt. Ezen esetekben a homloküreg cerebralis fala 7-szer volt perforálva és 11-szer kóros. Agytályog eseteiben 20-szor volt a cerebralis homloküregfal perforálva, a homloküregfalak pedig 57 esetben voltak kórosak. Legtöbbször a homloklebenyben volt a tályog, 3-szor a halántéklebenyben, egyszer az agykocsányban és egyszer a kis agyvelőben. Ezen 106 rhinogen agytályog közül 12 a műtét után meggyógyult, 29 esetben a műtéti beavatkozással eredmény nem volt elérhető.

A koponyaüreg feltárását a rostasejteken át eddig élőn nem végezték.

Ismerteti a különböző eljárásokat, melyek a hypophysis területének feltárását célozzák. Két nasalis eljárást hajtottak végre több betegen. *Schloffer* az orr felhajtásával extranasalisan és *Hirsch* endonasalisan végezte először a műtétet az iköblön át. *Hirsch* közzétett statisztikájában 37 műtett esetet állított össze, ezt *Onodi* kiegészítette még 8 esettel. Ezen 45 operált eset közül halálosan végződött 18. *Hirsch* 7 esetben alkalmazta endonasalis eljárását; hat esetben tökéletesítette eljárását, a mennyiben az orrsövény submucosus resectiójával érte el az iköböl elülső falát, melynek ilyen módon való eltávolításával tárta fel az iköblön át a hypophysist, öt esetben gyógyeredménynyel. Felemlíti az extranasalis hypophysectomiánál *Koch* módosítását, mely abban áll, hogy az orrhát megnyitásával, az orrsövény submucosus resectiójával nyitja meg az iköblöt és tárja fel a hypophysist. *Hirsch* endonasalis eljárása a rhinologia nagy haladását jelenti: úgy ezen eljárást, mint a *Kocher* módosított extranasalis eljárását ajánlja.

60 vetített képen bemutatja vizsgálatai alapján a mellküregek sebészi-anatomiai viszonyait a koponyaüreghez és az agyvelőhöz. A homloküregen át végzendő agypunctióra vonatkozólag vizsgálatai azt mutatták, hogy a tű az agyalap felett 18 cm.-nél feljebb nem szúrható be, mert az oldalsó agykamarákat és agydúczokat találja; ezen magasság alatt oldalt és hátrafelé 4—5 cm.-nyire hatolhatunk a homloklebeny basalis részébe, hol gyakran fészkel az agytályog. A homloklebeny domborulatán 20 mm.-nyire az alap felett 2—3 cm.-nyire hatolhatunk hátrafelé a nélkül, hogy az oldalsó agykamarákat és az agydúczokat érnénk; góczelváltozásokkor, ha a gyrus centralis anterior és a capsula interna területét kell megközelíteni, a tű az agyalaptól 4 cm.-nyire felfelé és hátrafelé, a polus frontalistól 8—9 és 10 cm.-nyire a gyrus centralis anterior területébe hatolhat. Az alsó homlokpont a margo supraorbitalis közepétől 4 cm.-nyire 1200 fej Röntgen-képein csak 4 esetben volt a homloküreg területén fellelhető.

A hypophysectomiára vonatkozó vizsgálataival kimutatja, hogy a hypophysis-dudor az iköbölben többször hiányzik és hogy az iköböl hátulsó fala mögött van elhelyezve a hypophysis, de egyes esetekben nem is található az iköböl területén, továbbá hogy 10—12 mm. vastag csontréteg választja el az iköblöt a koponyaüregtől. Egy készítményen bemutat kifejezett hypophysis-daganatot erős hypophysis-dudorral, mély és széles iköbölle.

Gyergyay Árpád (Kolozsvár): 1910-ben a németországi orrgégeorvosok és fülorvosok drezdai congressusán mutatta be eljárását, mely lehetővé teszi az orrgaratüreg s tuba Eustachii belfelületének s az orrüreg legesleghátulsó részének direct vizsgálatát, s az említett helyeken a műtéti beavatkozást minden előkészítő operatio nélkül. Ezzel az eljárással az iköböl alsó, majd felső falának eltávolítása után a hypophysis cerebri hozzáférhető, a mit a hullafejen és Röntgen-képeken demonstrál; a műtét technikai kivihetőségét hullakisérletei igazolják.

Alexander Béla: Azt fejtegeti, hogy a homloköblök, az ikcsonti öböl és a rostasejtek viszonyainak helyes megítéléséhez okvetlen szükségünk van oly x-sugaras képre, mely az említett üregeket arczfekvésben és oldaltfekvésben helyesen és kifogástalanul mutatja, tudniillik oly képre, melyből kiindulva tüzetes összehasonlításokat eszközölhetünk.

A bemutatott Röntgen-képekkel demonstrálja mindazon viszonyokat, melyeket tekintetbe kell venni a normalis sella turcica képének megtekintésekor és azon viszonyokat is, melyek a hypophysis megnagyobbodása és rosszindulatú elfajulása esetén figyelembe veendők

Láng Kornél: A hypophysis-tumorok endonasalis feltárására és kiirtására *West* és mások által ajánlott módszerrel a műtétet hullán ugyan szabatosan el lehet végezni, de élő emberen nagy koczkázattal jár s ezért véleménye szerint a hypophysis-tumorok kiirtása a nagy sebészet körébe való.

Safranek János: Osztja *Láng* nézetét, hogy a hypophysis-tumorok operatiója endonasalis úton nehéz s nagy gyakorlatot igényel, de hogy a hypophysis ez úton baj nélkül elérhető, azt *Hirsch* esetei fényesen bizonyítják, a melyekben operatiós zavar nem volt. A mi az eredményeket illeti, az endonasalis módszer ugyanolyan eredményeket ad, mint a többi eljárás. Nézete szerint *Hirsch*-et az endonasalis eljárás kidolgozásáért nagy elismerés illeti meg.

Ónodi Adolf: Az endonasalis hypophysectomiák a rhinologia nagy haladását jelentik s az eljárás jogosultságát a sebészek is elismerik. *Hirsch* módszere nem minden esetben alkalmazható, egyes esetekben *Kocher* eljárását kell követni.

A Magyar Sebésztársaság negyedik nagygyűlése.

Budapest, 1911 junius 1—3.

Ismerteti: ***Gergő Imre*** dr.

(Folytatás.)

Mannsfeld Ottó (Budapest) *a terhességi pyelitisek czélszerű kezeléséről adott elő. Tauffer* tanár klinikáján az utolsó 2 év alatt 25 terhességi pyelitist észlelt és ezen *betegeket mind urologiai elvek szerint kezelte.* Művi abortust az eseteknek csak 4·3%-ában kellett végezni, kiviselt élő magzatot a betegek 87·5%-a szült.

Ha tekintetbe veszszük, hogy belorvostani kezeléssel (*Opitz, Fehling* klinikája stb.) a kiviselt élő magzatok %-a legfeljebb 40, a terhességi pyelitisek kezelésében a beteg vesemedencze katheterezését feltétlenül jobb és czélszerűbb eljárásnak kell tekintenünk, mint az eddigi belorvostani kezelést.

A második tudományos ülés többi előadása az *idegek sebészetével* foglalkozott.

Bakay Lajos (Budapest) *facialis-hypoglossus anastomosis* esetét mutatta be szép functionalis eredménynyel.

Dollinger Gyula (Budapest) *azon eredményekről számolt be, melyeket a súlyos arczidegzsábák alkohol-gyógykezelésével elért.*

Eddig összesen 32 beteget kezelt ily alkohol-befecskendezéssel. Ezek közül meggyógyult 12, lényegesen javult 11 és nem javult 9 beteg. A műtétnek tehát 23 esetben jó eredménye volt. Azon 9 esetben, hol a gyógyítási mód eredménytelen maradt, még nem történt kellő számú injectio. *Tapasztalatai alapján a módszert súlyos trigeminus-neuralgiák gyógykezelésére ajánlja.* Az eljárás szerinte nagy haladás; nem veszélyes és ha a beteg nem is gyógyul meg oly gyorsan, mint a régi, behatóbb műtétek segélyével, a betegeket nem teszszük ki azok veszélyének. *Műtétre csak az alkohol-befecskendés teljes eredménytelensége esetében kerülhet a sor.*

Donáth Gyula (Budapest) *hozzászólásában 14 trigeminus-neuralgiás betegéről számol be, kiket alkohol-cocain-injectiókkal kezelt.* Ujabb tapasztalatai is megerősitették azon nézetében, hogy *véres műtétek előtt mindig alkohol-injectiókat kell megkisérlenünk,* a melyek azokat legtöbb esetben feleslegesekké teszik. Recidiva esetén újra megismételjük ezen veszélytelen procedurát.

Balás Dezső (Budapest) 12 esetben szerzett tapasztalatai alapján *szintén ajánlja a peripherikus alkohol-injectiókat.*

Manninger Vilmos (Budapest) *alkohol-injectio előtt 1—2 cm³ 2%-os novocain-oldatot fecskendez be;* ha 5 percz alatt a megfelelő ágban az anaesthesia teljes, úgy bizonyosan az ideg közvetlen közelében vagyunk és az utólagos alkohol-befecskendés semmit sem fáj.

A II. és III. ágat a koponya alapján keressük meg, míg az I. ágat a nervus opticussal való közvetlen szomszédsága miatt a fissura orbitalison át nem szívesen kezeli, itt inkább a peripheriás ágba való befecskendezést ajánlja.

Herczel Manó (Budapest) és *Boross József* (Szeged) szintén ajánlják az eljárást.

Pólya Jenő (Budapest) kétségesnek tartja, hogy az I. ág kezelésekor az alkoholt közvetlen az I. ághoz juttathatjuk a nervus opticus és a nervus oculomotorius sérülése nélkül.

Dollinger zárszavában koponyacsontvázon mutatja be, hogy az incisura semilunaris mandibulaen keresztül erre a czélra használt hosszú tűvel valóban el lehet érni az I. ágat az orbita leghátsóbb részében.

Illyés Géza (Budapest) *vesegümőkór esetében, mikor a descendáló gümős folyamat a hólyagban is nagy kiterjedésű gümős elváltozásokat idézett elő* és mikor ennek folytán a rendesen használt vizsgálati eljárások elégtelenek, a megbetegedett vese pontos megállapitásán, *kétoldali vesefeltárást végez*. Ezen czélból úgy jár el, hogy előbb az egészségesnek vélt vesét tárja fel; ha ennek normalis voltáról meggyőződött, a sebet bevarrja és ezután a másik oldalon hatol be; ha ezen vese kóros, azt eltávolítja.

Ezen elvek szerint 7 esetben operált, 6 betege meggyógyult.

Weisz Ferencz (Budapest) *hozzászólásában*, tekintettel a vizsgálati módszerek elégtelenségére, az *Illyés* említette súlyos esetekben *szintén legczélszerűbbnek tartja a veséknek egy ülésben való feltárását annak biztos megállapitására, melyik vese beteg.*

Harmadik tudományos ülés.

Következett a végtagok sebészetének tárgyalása.

Balás Dezső (Budapest) *a veleszületett vállizületi ficzamodások* véres helyretevéséről szólt és egy veleszületett subcoracoidealis ficzamot ismertetett, melyet $1^1/_2$ éves gyermeken a cucullaris elülső széle mentén vitt hosszanti metszésből reponált. Hogy a felkar fejét új elhelyeződésében biztositsa, továbbá, hogy a sorvadt deltoideus functióját erősbítse, *Balás* a tokszalagot dohányzacskószerű haránt-varrattal szűkítette és a cucullaris elülső széléből vett 2 ujjnyi széles lebenyt az acromion magasságában lehajtva a deltoideus medialis felületéhez varrt.

A functionalis eredmény már rövid 3 hét alatt is jelentékeny volt.

Dollinger Béla (Budapest) egy 21 éves nőbeteget mutatott be, a kinek végtagjain $3^1/_2$ éves korában *polyomyelitis ant. acuta következtében kiterjedt bénulások* keletkeztek. A beteg 17 éves koráig nem járt. *Dollinger Béla* a betegnek zsugorodott térdeit, lábtőizületeit kinyujtotta, a jobb lábon *Achilles*-ínmetszést végzett, a végtagok korrigálása után pedig gépet szerkesztett; ezen gépnek és mankók segélyével a *beteg jelenleg jár,* járása ugyan nehézkes, de mindenesetre nagy eredmény a 17 évi mozdulatlansághoz képest.

Dollinger Gyula (Budapest) *a csípőizület erőművi idült ficzamodásainak véres úton való helyretevéséről* tartott előadást.

Dollinger 17 idült traumás csípőizületi ficzamodást kezelt arthrotomiával, miközben azon kórboncztani elváltozásokat tanulmányozta, melyek a repositiót akadályozzák. Az elváltozások az acetabulumot, a czombfejet, az ízvápát, valamint az izomzatot is illethetik. (A pathologiai elváltozások közelebbi részletezését lásd *Payr-Küttner*: *Ergebnisse d. Chirurgie und Orthopädie* III. kötetében.)

Dollinger a ficzamodás különböző alakjai számára módszereket dolgozott ki a véres repositióra. 12 esetben a repositio sikerült. A távolabbi eredményeket revisióval ellenőrizte; ostitis deformans és anchylosisok leronthatják néha az eredményt.

Dollinger ezen újabb módszerei az idült csípőizületi ficzamoknál a véres repositiót nagyban egyszerűsitették és az addig atypikus műtétből egyszerűbb sémás műtét lett.

Dollinger előadásával kapcsolatban *Horváth Mihály* (Budapest) egy esetét emliti fel, mikor égési sebek folytán a beteg $^1/_2$ évig ép oldalán feküdt, a beteg végtag ennek folytán erős adductiós és flexiós helyzetben zsugorodott és végül iliacalis ficzam jött létre. A helyreigazitás 7 évvel a ficzam bekövetkezése után többszöri kisérletre vértelen úton sikerült. Jelenleg 3 év telt el a repositio óta, és habár a csípőizület részben merev, a beteg jól és kitartóan jár. A rövidülés minimalis.

Fischer Ernő (Budapest) a *csonttörésekről* értekezett. Beszélt azon értékes tapasztalatokról, melyeket törések kezelésekor x-sugaras ellenőrzés nyujt. *Fischer* szerint a kulcscsont töréseinél a jelenleg alkalmazott kötések hatástalanok.

A felkarfejecs luxatiós töréseinél, valamint supracondylaer töréseknél portativ extensiós sínekkel jó eredmény érhető el. Mindkét alkarcsont törése a középső $^1/_3$-ban a legnehezebben kezelhető.

A radius alsó epiphysisének törésekor a pisztolytartásos helyzet nem biztosítja a retentiót. Czombnyaktörések esetében, még beékelődések alkalmával is, gyakori a czombnyak teljes vagy részleges felszívódása. A patella-törések legnagyobb része a *Fischer Ernő*-féle rugóval igen jó eredménynyel kezelhető.

Chudovszky Móricz (S.-A.-Ujhely) *hozzászólásában* megjegyzi, hogy a gyakorlat számára az egy irányban fejlesztett kezelési eljárások nem birnak értékkel. Typusos radiustörésről pedig, a mint azt az előző nagygyűlésben már kifejtette, nem beszélhetünk.

Fischer Ernő zárszavában az individualis és rationalis töréskezelés hívének vallja magát, ezzé éppen a rendszeres x-sugaras controll folytán lett.

Verebély Tibor (Budapest) a *csontátültetésről* tartott előadást. Ismertette a sebészet ezen legactualisabb kérdésének jelenlegi állását és az utolsó évek vizsgálatait, valamint a szervezetbe átültetett csont további sorsát. *Verebély* az utóbbi $2^1/_2$ esztendő alatt emberen 18 csontátültetést végzett, 15 esete zavartalanul gyógyult, sequestratio háromszor állott be. Eseteinek pontos észleléséből a következő tapasztalatokat nyerte:

1. A csontos átültetésre feltétlenül megbizható anyag: az élő, periosteumtól fedett velős csont.

2. A transplantálandó csont számára a legjobb ágy a lehántott csonthártya, a mely az átültetett csont körül is csontkérget von.

3. A csontnak odanövését lényegesen elősegítjük, ha a szomszédságból benyomuló szöveteknek utat nyitunk az átültetett csont üregrendszere felé. Ezért czélszerű, ha a teljességben átültetett csontokba hosszú periostealis bemetszéseket ejtünk.

4. A tamponálás és drainezés lehetőleg kerülendő.

5. Granulatiók közé is jól benőhet a csont.

6. Sipolyos és tályogos esetekben a transplantatio prognosisa felette kétes.

Chudovszky Móricz (Sátoraljaújhely) *az idült hátulsó könyökizületi ficzamodás műtétét* úgy végzi, hogy a háromfejű izmon „Z"-alakú képlő izominmetszést ejt s így hatol be az izülethez. 3 idevágó esetének alapján ajánlja ezen műtéti eljárást.

Dollinger Gyula (Budapest) eddig *45 idült könyökizületi ficzamodást tett helyre véres úton.* 3 hétnél régibb esetekben a helyretevés nem véres úton már csak kivételesen sikerülhet.

Dollinger ezután ismerteti azon módszert, melyet az idült ficzamodások helyretevésére kidolgozott. 25 esetben a helyretevés csonkolás nélkül sikerült, 20-szor pedig resectiót is végzett. A későbbi eredmény az esetek legnagyobb részében jónak mondható.

Verebély Tibor (Budapest) *a haemophiliás izületekről* értekezett 5 eset kapcsán. Ismertette a kórképet, jellemezte a differentialis diagnosis nehézségeit és előadta 3 műtött esetének operatiója alapján nyert tapasztalatait. Eseteinek nagy érdekességet kölcsönöz azon pontos szövettani vizsgálat, melyet *Verebély* megejtett és mely az egész kórfolyamat sajátosságait megmagyarázza.

Verebély végül óva int haemophiliás izületek műtététől.

Balás Dezső (Budapest) *kiterjedt égési hegesedések után végzett plastikákról* szólt. 3 esetéről referált, mikor súlyos égési hegesedések után részben *Thiersch*-féle transplantatióval, részben nyeles bőrlebenyek képzésével úgy kozmetikai, mint functionalis tekintetben igen jó eredményt ért el. 1 esetben 8 hónapos csecsemő alfelének és czombjainak harmadfokú égési sebeinél a sebfelület borítására szükséges *Thiersch*-féle

lebenyeket a sebesült atyjának czombjairól vette. Itt is teljes gyógyulás következett, minden hegesedés és zsugorodás nélkül.

Az érzéstelenítés kérdésével a következő előadások foglalkoztak:

Chudovszky Móricz (Sátoraljaújhely) *a morphium-atropin-, brom-aethyl-, oxygen-chloroform-bódítás gyakorlati előnyeit* fejtegette. Ezen kombinált bódítási eljárást 1338 esetben próbálta ki. E módszer mellett a hosszabb bódítás veszélyei csökkennek; *Chudovszky* az eljárást kipróbálásra ajánlja.

Szász Tibor (Budapest) a *Klapp szerint mesterségesen megkisebbített vérpálya mellett végzett narcosist* minden esetben ajánlja, a hol hosszú narcosisra számíthatunk és a hol nem kell tartanunk attól, hogy a beteg a thrombosis létrejöttére praedisponált. A módszer előnyei a gyors alvás, kevés narcoticum és a narcosis befejezte után mintegy azonnal beálló teljes ébredés. *Szász* ezen altatási eljárást *Réczey* tanár sebészeti klinikáján 60 eset kapcsán tapasztalta ki.

h. Schiller Károly (Budapest) *novocain-natrium hydrocarbonicum-oldatot ajánl helybeli érzéstelenítésre*, mivel betegeken és saját magán végzett kisérletei alkalmával azt találta, hogy a novocain-hydrocarbonicum-oldat kissé hypertonikus concentratióban gyorsabb és hosszabb ideig tartó anaesthesiát eredményez.

Kakuk János (Budapest) *a tropacocainnal végzett lumbalanaesthesis értékét* hangsúlyozta, *Réczey* tanár klinikáján észlelt 200 eset kapcsán. Oda konkludált, hogy a módszer a köldökvonalon alul végzett műtéteknél igen jól bevált s még nagyobb dosisok alkalmazása után sem okozott kellemetlen mellék- vagy utóhatásokat. A második ágyékcsigolyánál magasabban eszközölt lumbalpunctio azonban veszélyes lehet.

Mivel az általános érzéstelenítők halálozási százaléka ma sem nagyobb, mint a lumbalis anaesthesisé, ezen módszer indicatióit gondosan mérlegelni kell.

A harmadik tudományos ülés utolsó három előadása *az általános sebészet körébe* tartozott.

Turán Géza (Budapest) *a daganatok tanát az experimentalis pathologia szempontjából ismertette.*

Turán a legkülönbözőbb állati, emberi és gyermekkori tumorok transplantatiójával kisérletezett és sikeres átültetéseinek tanulságos készítményeit be is mutatta.

Ezután *a carcinoma és immunitástan viszonyáról* adott elő. Ismertette *Ehrlich* eredményeit, melyek értelmében az immunitás különböző tumorfajok között kölcsönös. Normalis szövettel is lehet tumor ellen immunizálni, de csak akkor, ha az oltásnál azonos fajú sejtek szerepelnek.

Áttekintve a különböző irányú eljárásokat, melyek mind a rosszindulatú tumorok lényegét kutatják, az eddigi számtalan kisérlet inkább negativ értékű, azaz azt mutatja: mi *nem* kóroka a rosszindulatú tumoroknak. Ezen látszólag eredménytelen munka értékessége azonban akkor fog kitűnni, ha felfedezzük a malignus tumorok aetiologiáját. Ennek tisztázása pedig már csak idők kérdése.

Schiller Károly (Budapest) *a leggyakoribb lobellenes eljárások lefolyását kutatta a Schöffer-féle fonálmódszer segélyével.*

Schiller azon eredményre jutott, hogy

1. Legértékesebb eljárásunk a lobosodás megszüntetésére a *hőkezelés*, a velejáró hyperlymphia következtében. A termelt lympha egyrészt bactericid, másrészt proteolytikus hatású. A hőkezelés csak olyankor kontraindikált, mikor a gyors felszívódást vagy a szövetek gyors szétesését, vagy valamely tályog áttörését akarja meggátolni.

2. *Az alkoholpárakötések* hatása a lobosodásra úgyszólván azonos, mint a hőkezelésé s azt a gyakorlatban jól helyettesítheti.

3. *Hideg applicatiója* gátolja a leucocyták kivándorlását, csökkenti a resorptiót és e mellett megakadályozza a bacteriumok fejlődését. Ennek folytán főindicatiója a tályogképződés megakadályozása.

4. *Rövid ideig alkalmazott nedves kötések* a leucocytosist fokozzák, *hosszabb ideig alkalmazva* pedig azt gátolják.

5. *Priessnitz-borogatások* a leucocytosist és phagocytosist fokozzák, a miért is torpid, chronikus lobos folyamatok leküzdésére alkalmazhatjuk.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

33.362/1911. II–1. sz.

A m. kir. földmívelésügyi ministerium 33.104/II–1. 1911. számú rendelete alapján alulirott intézet szabad lakás és 12 K napidíjjal javadalmazott **helyettes ménesintézeti orvosi állásra** f évi augusztus hó 1.-étől kezdődőleg okleveles orvostudort keres.

A helyettesítés 3, esetleg 5 hóra terjed és megfelelés esetén véglegesítésre is vezethet

Okmányokkal (kor, képzettség) felszerelt ajánlatok **f. hó 20.-áig** alulirott intézet vezetőségéhez nyujtandók be.

Személyes bemutatkozás kivánatos. Ács vagy Igmánd állomásra előzetes bejelentésre kocsi küldetik.

Bábolna (Komárommegye), 1911 július hó 1.-én.

Bábolnai m. kir. állami ménesintézet.

4716/1911. ikt. szám.

A Szentetornya községben üresedésben levő **községi orvosi állás** betöltésére pályázatot hirdetek azzal, hogy az állás elnyerését czélzó pályázati kérvények orvosi oklevéllel és az eddigi alkalmaztatásról szóló bizonyítványokkal felszerelve hozzám **f. év augusztus hó 10-éig** nyujtandók be.

Az állás javadalma:

1. 1600 K törzsfizetés;
2. 600 K helyi pótlék;
3. 300 K halottkémlési díj;
4. 300 K fuvarátalány, a miből az orvos az ügykörébe tartozó hivatalos teendők összes fuvarköltségeit fedezni köteles. Készpénzben tehát összesen 2800 K, továbbá
5. a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak;
6. 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás.

A községi orvos kézi gyógyszertár tartására lesz jogosult és a község alatt fekvő uradalmaktól mintegy 500–600 K jövedelemre tarthat számot.

Orosháza, 1911. évi julius 2.

Berthóty István dr., főszolgabiró.

4495/1911. ikt. sz.

Békésszentandrás község képviselőtestülete elhatározta, miszerint ideiglenes minőségben, t. i. addig, míg a jelenlegi községi orvos szolgálata megszűnik, a községben letelepedés czéljából meghivandó **I. orvos** részére 1200 korona tiszteletdíjat állapit meg azon czélból, hogy a helybeli betegek megfelelő orvosi ellátásban részesülhessenek.

Erős kilátása lehet ezen meghivandó orvosnak, hogy a jelenlegi községi orvos szolgálatának megszüntével ő fog községi orvossá megválasztatni. A meghivást Békésszentandrás község előljárósága eszközli.

A meghivandó orvos évi 1200 korona tiszteletdija havi előleges részletekben folyósittatik a községi pénztárból s a községgel szerződéses viszonyban fog állani, mely szerződés feltételeit az illető orvos meghallgatása után az előljáróság közbenjöttömmel állapitja meg.

Köteles azonban a meghivandó orvos a községi szegényeket díjtalanul gyógykezelni, a vagyonosokat pedig a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak mellett.

Felhivom ennélfogva mindazon gyakorlatra jogositott orvosokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy törvényszerinti minősítéssel ellátott pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi augusztus hó 1.-éig** annyival inkább beadják, mert a későbben érkezők figyelembe vétetni nem fognak. A pályázati kérvények beérkezte után a meghivás mielőbb meg fog történni.

Itt jegyzem még meg, hogy a letelepedő orvosnak szép kilátása lehet a tekintetben, hogy nagykiterjedésü magángyakorlatot szerezhet magának.

Szarvason, 1911. évi julius hó 1.-én.

Wieland dr., főszolgabiró.

A Rimamurány-Salgó-Tarjáni vasmű részvénytársaság salgótarjáni gyártelepén üresedésbe jött, 3200 korona, nyugdijra jogositó évi kezdőfizetés, évi 600 korona személyes pótlék és mintegy 500 korona évi jutalom, továbbá természetbeni szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezetével egybekötött **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesités kivántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható kórházi gyakorlattal, különösen pedig *műtői* képesítéssel birók előnyben fognak részesülni.

Hivatalos okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok **1911. évi julius hó 15.-éig** az alulírt czímhez intézendők.

Rimamurány-Salgó-Tarjáni vasmű részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utcza 36, II. em.

55. évfolyam. 30. szám. Budapest, 1911 julius 23.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Vas Bernát: Az 1910. év folyamán előfordult choleramegbetegedések eseteiben végzett bakteriologiai vizsgálatok. 527. lap.

Boross Ernő: Haladások a kystoskopia terén. 531. lap.

Pach Henrik: Munkásbiztosítás és orvosképzés. (Vége.) 532. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. S. Leduc*: Théorie physico-chimique de la vie et générations spontanées. — *S. Freud*: Zur Psychopathologie des Alltagslebens (Ueber Vergessen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum). — *Lapszemle. Belorvostan. Frank* és *Schittenhelm*: Fehérje-bomlástermékekkel való táplálás. — *Sebészet. Wilms*: A gyomorfekély sebészi kezelése. — *Idegkórtan. Brutz*: Neuro- és psychopathák epileptoid rohamai. — *Gyermekorvostan. Schippers*: Tracheotomia-statisztika. — *Venereás betegségek. Johann Almkvist*: A Wassermann-reactio klinikai szempontból. — *Röntgenologia. M. Fraenkel*: A Röntgen-sugár alkalmazása a nőorvostanban. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Jödicke*: Makacs csuklás. — *Hirschfeld*: Eustenin. 535—538. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — 538. lap.

Vegyes hirek. 538. lap.

Tudományos társulatok. 539-545. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az 1910. év folyamán Budapesten előfordult cholera-megbetegedések eseteiben végzett bakteriologiai vizsgálatok.

Irta: *Vas Bernát* dr., egyetemi magántanár.

A cholera-ellenes küzdelemben a betegségnek bakteriologiai kórjelzése adja meg az alapot a czéltudatos védekezésre. A székesfővárosi bakteriologiai intézet egyik feladata, hogy a Budapest területén előforduló choleragyanus megbetegedések eseteiben a bakteriologiai vizsgálatot megejtse. Choleragyanus esetekkel csaknem minden nyáron volt dolga az intézetnek, de ázsiai cholera 1893 óta a székesfővárosban nem fordult elő. 1905 óta, mikor is Németországban egy kisebb mérvű cholerajárvány folyt le, fokozott figyelemmel kisértük a choleragyanus megbetegedéseket. A körülmények szerencsés összejátszásának kell tulajdonítanunk, hogy a járvány behurczolását az 1910. évig az ország elkerülhette, bár a cholera Oroszországban 1905 óta, a midőn az esetek még oly csekély számúak voltak, hogy eltitkolhatták őket, egyre nagyobb mérveket öltött és a mult évben úgyszólván már az egész orosz birodalomban elharapódzott. Magyarország védekezése a multban inkább csak oda irányult, hogy a cholerának a szárazföldi utakon való behurczolását gátolja meg és igy csaknem kizárólag az északkeleti határ szigorú ellenőrzésére szorítkozott, míg a vízi utakon való behurczolás lehetőségét nem méltatták kellő figyelemre. A cholera legújabb jelentkezése hazánkban azonban újból igazolta azt a régi tapasztalatot, hogy a cholera továbbterjedésére a legkedvezőbbek a vizi utak. Németország, mint Oroszország közvetlen szomszédja, a két ország közt fennálló rendkivül élénk összeköttetés mellett elsősorban a vizi utak kitünően szervezett állandó ellenőrzésének köszönheti, hogy 1905 óta a járványt elkerülhette és hogy a behurczolás csak egyes szórványos esetekre szorítkozott.

Midőn 1910 augusztus havában a „Regensburg“ hajón az első cholera-megbetegedések fordultak elő és bakteriologiai diagnosisuk megbizhatóságához kétség nem fért, a fertőzés útját egy ideig megállapitani nem lehetett, a mi azután szükségképpen többé-kevésbé kalandos, a cholera epidemiologiájával ellentétben álló magyarázatokra adott alkalmat. A tapasztalat ugyan azt mutatja, hogy cholerajárvány alkalmával az első esetek fertőzési útja nem mindig állapitható meg biztosan, de az 1910. évi magyarországi járványra vonatkozólag mégis nagy valószinűséggel felvehető, hogy kiinduló pontja *Mohács* volt, a hová a betegséget úgynevezett *„cholera-vivők“* (Bazillenträger), vagy a betegség könnyebb formájában szenvedő munkások nyilván a Fekete-tenger mellékéről, Oroszországból hurczolták be. A járvány továbbterjedése ezután majdnem kizárólag a vizi utakon történt. Mindenesetre kivánatos, már csak a jövőben alkalmazandó védekezés szempontjából is, hogy a lefolyt cholerajárvány keletkezésének és tovaterjedésének körülményei a lehető legnagyobb alapossággal megállapittassanak.

Midőn augusztusban az első cholera-esetek jelentkeztek, a tiszti főorvos intézkedésére mindenekelőtt állandó inspectiókat alkalmaztunk, azonkívül a személyzet kellő szaporításáról is történt gondoskodás. Egyúttal a balparti kórházak igazgatóságával is megállapodás jött létre a vizsgálati anyag szállitására nézve, a cholerások befogadására kijelölt Szt. Gellért-kórházból a Szt. István-kórház területén levő bakteriologiai intézetbe. Legalkalmasabbnak látszott az anyagot üvegdugóval elzárt üvegben felfogva, lepecsételés után kulcscsal elzárható szekrénybe helyezni és megbizható egyénnel rövid úton szállittatni. Útközben a szekrényt nem lehetett kinyitni, mert annak egyik kulcsát a kórházban tartották vissza, másikát az intézetben őrizték. A szállitás ezen módja igen jónak bizonyult és a kétszázat meghaladó küldemény minden fennakadás vagy baleset nélkül került rendeltetési helyére. Természetesen megtörténtek egyúttal mindazon intézkedések, melyek egyrészről a személyzet védelmére, másrészről a fertőző anyag elhurczolásának megakadályozására szolgáltak.

Az első choleragyanus eset 1910 augusztus 25.-én került vizsgálat alá, a legutolsó deczember 30.-án. Az intézetnek ezen időszakban kifejtett működéséről a következő összeállítás ad felvilágosítást:

Végeztetett összesen 213 vizsgálat. Ezek között volt: bélsárvizsgálat 186, hányadékvizsgálat 19, bélrészlet-vizsgálat 7, vérvizsgálat 1.

Ebből volt: valódi choleraeset 9, ellenben nem bizonyult cholerásnak: choleragyanusan megbetegedett egyén 144, egészséges egyén, ki choleragyanus beteggel érintkezett, 53.

Az intézeti forgalom időbeli lefolyását a következő összeállítás mutatja:

Idő	Vizsgálatok száma	Idő	Vizsgálatok száma
augusztus 26.	1	szeptember 24.	16
„ 27.	4	„ 25.	12
„ 28.	1	„ 26.	14
„ 29.	1	„ 27.	15
„ 30.	4	„ 28.	5
„ 31.	3	„ 29.	3
szeptember 1.	4	„ 30.	1
„ 2.	5	október 1.	2
„ 3.	5	„ 3.	5
„ 4.	1	„ 4	5
„ 5.	1	„ 6.	2
„ 6.	1	„ 9.	2
„ 7.	1	„ 10.	1
„ 11.	2	„ 12.	5
„ 12.	1	„ 15.	2
„ 13.	3	„ 16.	2
„ 14.	4	„ 18	1
„ 15.	2	„ 22.	4
„ 16.	4	„ 23.	1
„ 17.	3	november 1.	1
„ 18.	4	„ 9.	1
„ 19.	5	„ 18.	1
„ 20.	18	„ 19.	1
„ 21.	11	„ 27.	1
„ 22.	4	„ 30.	1
„ 23.	5	deczember 30.	1

Összesen: 213

Vibriót találtunk 13 esetben, de csak 9-szer, vagyis az esetek 4·27%-ában bizonyult valódi cholerának.

A főváros területén tehát mindössze *9* valódi choleraeset fordult elő, ezeket a bakteriologiai diagnosis 6 esetben bélsárvizsgálattal, 3 esetben pedig a bonczolásból származó bélkacs tartalmának vizsgálatából állapította meg.

A fővárosi esetek mortalitása szokatlanul nagy volt, a mennyiben a 9 eset közül csak egyetlen egy végződött gyógyulással. A positiv esetekben a vizsgálat történt: 7 esetben 1-szer, 1 esetben 2-szer, 1 esetben 3-szor.

Az ismételt vizsgálatok egy cholera-typhoidos és a gyógyulással végződött esetben történtek, melyekre az alábbiakban még visszatérek.

A positiv esetekről a következő táblázat szolgáltat részletesebb adatokat:

Név	Kor	Foglalkozás	Lakás	Vizsgálat	Jegyzet
Sz. L.	41	fűtő	„Szondy“ hajó	IX/15. d. u.	—
K. J.	25	hajós	Csepelsziget, 5. sz. uszályhajó	IX/17. este	Ismételt vizsgálat. Meggyógyult.
R. J.	26	hajós	„Vilmos“ hajó	IX/17. este	Bélrész bonczolásból.
B. J.	52	napsz.	gyár	IX/20. d. u.	Haldokolva hozták az óbudai téglagyárba.
N. J.	53	kocsis	Szabolcs-u. 13.	IX/21. d. u.	Ráczalmásról jött a fővárosba.
K. J.	45	napsz	Budafoki-út 27.	IX/24. reggel	17.-én és 18.-án Tahi községben tartózkodott.
G. S.	41	napsz.	Kelenföld	IX/22. dél	18-án Füzesabonyban volt.
Sz. F.	48	kocsis	Soroksári-út	IX/25.	—
H. J.	?	hajós	Uszályhajó	IX/25.	Haldokolva szállították.

A choleravibrio kimutatására meglehetősen jól kidolgozott methodika áll rendelkezésre, mely részletesen a német Bundesrat által 1904-ben kiadott utasításban foglaltatik és a mely Németországban kötelező. Ez a legjelesebb német bakteriologusok együttes munkájának eredménye és az 1905.-i németországi cholerajárvány alkalmával igen jól bevált. A modern biologiai eljárások azonban, a melyek a cholera bakteriologiai diagnostikáját az eddiginél sokkal biztosabb alapra helyezték és melyek a multban oly nagy fontossággal biró, de a subjectivitásnak nagy tért engedő morphologiai tulajdonságok értékét erősen csökkentették, a hivatalos német utasításban foglalt több intézkedésnek feleslegességét vagy kisebb jelentőségét állapitották meg. Erre utaltak különösen *Gaffky*, *Pfeiffer* és mások. (Die Cholera des Jahres 1905 in Deutschland. Klinisches Jahrbuch.) Az a *methodika*, melyet vizsgálatainkban követtünk, csak részben felelt meg a német utasításnak, a mennyiben a használt táptalajok közül a gelatinát teljesen kiküszöböltük és az úgynevezett tájékoztató agglutinatiótól is eltekintettünk. A gelatina-lemezekről már az 1905.-i járvány alkalmával *Gaffky* és *Pfeiffer* is úgy vélekedett, hogy a modern biologiai eljárások mellett elhanyagolhatók, de míg *Gaffky* az első esetekben még alkalmazta volt, addig *Pfeiffer* szerint a gelatina-lemezeknek a modern cholera-diagnostikában már alig van jelentőségük, mert meglehetős sokáig tart, míg a tenyészetek rajtuk annyira kifejlődnek, hogy felismerhetők lesznek. A mire ez az időpont beáll, a diagnosist rendszerint már más eljárásokkal sikerült megállapítani. De különben sem alkalmasak — szerinte — a gelatina-lemezek, mert a tenyészetek alakja nem mindig jellegzetes, sőt nem ritkán a szokott formától lényeges eltéréseket mutat. Hasonlóképp el lehet tekinteni az úgynevezett tájékoztató agglutinatiótól is, mert kivitele, *Friedberger* azon észlelete szerint, hogy fiatal kulturákból származó vibriók már agglutináló serum nélkül is mutathatnak csomósodást konyhasó-oldatban, súlyos tévedésekre adhat alkalmat, úgy hogy *Pfeiffer*, a ki ezen egész tájékoztató eljárás jelentőségét nem tartja túlságos nagynak, teljes elhagyásában sem látna veszélyt a cholera diagnostikájának rovására.

Így tehát a cholera-vibrio kimutatásában csak a peptonvíz és az alkalikus agar tartotta meg jelentőségét és ezen két táptalaj kombinált alkalmazásával rendszerint elég biztosan sikerült a biologiai műveletekhez szükséges tiszta culturák birtokába jutni. Igen jó szolgálatokat tesznek különösen a nagyobb mennyiségű táptalajt tartalmazó peptonlombikok, hasonlóképp a kis mennyiségű bélsárszélesztésen kívül a szokottnál több bélsár kikenése az agar-lemezen; ily eljárás mellett több esetben már 8—12 óra mulva sikerült a bélsár szegélyén a cholera tiszta tenyészetét nyerni és egy esetben a 16. órában a cholerát az agglutinatiós próbával is biztosan megállapítani. Egyébként a positiv esetekben legtöbbször már 5—6 óra mulva is voltak choleravibriók a peptoncsövekben és lombikokban, néha tiszta tenyészetben, úgy hogy a valószínűségi diagnosist már ebben az időben fel lehetett állítani.

A biologiai eljárásokhoz szükséges tiszta tenyészeteket vagy a peptonvíz felületéről, vagy az eredeti agarlemezekről történt átoltások szolgáltatták. Jól sikerült szélesztés mellett 10—12 óra mulva a choleravibriók jellegzetes tulajdonságaiknál fogva a többi coloniáktól elég jól megkülönböztethetők.

Pfeiffer rövidebb idő alatt nyer alkalmas tenyészetet azáltal, hogy a szélesztéssel agarról nyert coloniákat ferde agarra oltja és 2 óra mulva, midőn szabad szemmel a felületen fejlődés még alig vehető észre, platina-kacscsal végigsimít az agaron, úgy hogy már 8—10 óra mulva, illetve a vizsgálat kezdetétől 14—16 óra mulva áll rendelkezésre a biologiai kisérlethez szükséges anyag. Ez az eljárás azonban módosul, nevezetesen a kimutatási idő hosszabb lesz oly esetekben, midőn kevés a vibrio és szaporítására a peptonvízculturát kell közbeiktatni, melyből néha csak 24 óra mulva fejlődnek vibriók.

Igen kevés vibrio jelenlétében *Gaffky* és *Frosch* egész béldarabok feldolgozását ajánlja 1—2 liter peptonvízben. Így

Gaffky-nak ezen methodussal 6 olyan eset közül négyben sikerült még vibriót kimutatnia, melyekben a szokásos eljárások eredménytelenek maradtak.

Egyébként tapasztalatai alapján *Gaffky* is ajánlja, hogy a peptonvíz-culturák vizsgálata 24 órára terjesztessék ki.

Vizsgálataink elején a *Dieudonné* (Centralbl. f. Bakt. 50. k.) által néhány évvel ezelőtt mint electiv táptalajt ajánlott véralkali-agart is alkalmaztuk. Bár ezen táptalajról több oldalról kedvezően nyilatkoztak, annak electiv tulajdonságairól nem tudtunk meggyőződni és így azt további vizsgálatainkban elhagytuk. Ezen tapasztalatunk különben öszhangzásban van *Glaser* és *Hachla* (C. f. Bakt. 57 k.) legújabban közölt vizsgálati eredményeivel is. Az említett szerzők ugyanis azt tapasztalták, hogy más bacteriumok is jól nőnek a *Dieudonné*-féle táptalajon, így a normalis bélsárban előforduló bacillus faecalis alcaligenes, hasonlóképp a bacterium fluorescens non liquefaciens, továbbá a proteus vulgaris.

A cholera-diagnostikának legértékesebb részét a *biologiai eljárások* teszik, mert tulajdonképp csak ezek segítségével sikerült a vibrio megállapítását biztos alapra fektetni. Azok a nehézségek, melyek a régebbi időben fennállottak, midőn a diagnostika majdnem kizárólag a vibriók és a tenyészetek morphologiai tulajdonságainak mérlegeléséből állott, a modern eljárások általánosodásával csökkentek. Ezen eljárások birtokában alig lehet igazi érdemük szerint bírálni azoknak fáradságos és felelősségteljes munkáját, kiknek feladata volt régebbi időkben a cholera bakteriologiai vizsgálata. Különösen az első esetek felismerése okozhatott ilyenkor nagy nehézséget és elég pl. az 1892.-i hamburgi cholera-járványra utalni, midőn *Koch*-nak közbelépésére volt szükség, hogy a napokig húzódó bakteriologiai vizsgálat, mely alatt a megbetegedések száma egyre szaporodott, befejezést nyerjen.

A biologiai eljárásoktól azonban a további esetekben sem szabad soha eltekinteni, erre utalnak saját tapasztalataink is, már a mennyiben 4 esetben a kimutatott vibrio ezen eljárások alapján nem bizonyult valódi cholerának. Különös fontossággal birt ezek közül egy, a V. László 45 éves pénzbeszedő megbetegedésével kapcsolatos vizsgálat. Ez az eset néhány nap alatt halállal végződött, abban az időben (augusztus 31.-én), a mikor ázsiai cholera esete a székesfővárosban még elő nem fordult. A bakteriologiai vizsgálat a biologiai eljárások segítségével a valódi cholerát kizárhatta. A bonczolás peritonealis összenövésen és régi veselobon kívül hevenyés gyomorbélhurutot állapított meg.

Cholerához hasonló vibriót azonkívül még 2 gyógyulással végződött choleragyanus esetben és egy béldarabban találtunk; utóbbi egy hirtelen halállal végződött esetből származott, melynek kórbonczolástani diagnosisa haemorrhagia cerebri volt.

Az agglutinatiós kisérletekhez részben berni *Kolle*-féle serumot használtunk, melynek titere 1 : 20.000 volt; az intézetben előállított serum valamivel gyengébb volt. A *Pfeiffer*-féle kisérletekhez szintén berni serum és egy *Pfeiffer* tanár úr által előzékenyen átengedett bactericid kecskeserum szolgált. Az agglutinatióhoz rendszerint 15—16 órás culturákat használtunk, melyekből konyhasóval vagy 1·5%-os carbolkonyhasóval készítettünk suspensiókat. Az agglutinatio a tiszta konyhasó-oldatban valamivel intenzivebbnek mutatkozott, mint carbol használata mellett. Positiv esetekben a szabad szemmel észrevehető agglutinatio thermostatban való tartás mellett már 10—15 percz mulva mutatkozott és $^1/_2$ óra mulva rendesen befejeződött.

A *Pfeiffer*-féle kisérletben a hasüregből vett exsudatumot erős nagyítás mellett rögtön a befecskendezés után, továbbá 20 percz és $^1/_2$ óra mulva vizsgáltuk. A bacteriumok feloldásáról azonkívül festett készítményekkel is iparkodtunk meggyőződni. Feltűnt ilyen alkalommal, hogy a cholera-culturák a tengeri malaczra nézve nem voltak nagyon virulensek. Azon 4 esetben, melyben a *Pfeiffer*-féle vizsgálatot végeztük, egy platinkacsnyi mennyiség (2 milligramm) nem bizonyult elegendőnek a tengeri malacz megölésére.

Az állatok megbetegedtek ugyan, de másnapra meggyógyultak. Ezzel szemben a két choleragyanus esetben nyert vibrio, a mely nem volt cholera, az állatokat 4—5 óra mulva megölte.

Egyéb megfigyeléseim közül felemlíthetem, hogy cholera-eseteinkben a bélsár jellegzetesen rizlészerű csak két esetben volt, a midőn is a foszlányokból készített friss készítményekben is igen jellegzetes elrendeződésben lehetett a vibriókat felismerni. Egyes szerzők ezt a rendkívül jellegzetes képet elegendőnek tartják a cholera előzetes diagnosisához. Így *Gaffky*, ki a többször említett 1905.-i járvány alkalmával 33 esetben kizárólag a mikroskopos lelet alapján állapította meg a cholerát, 3 esetben azonban a diagnosist vissza kellett vonnia, még pedig kétszer, mert a vibriók specifikus serummal nem mutattak agglutinatiót, egyszer pedig, mert a vibrio kitenyésztése egyáltalán nem sikerült.

A többi 7 esetünkben a bélsár külső tulajdonságai egyáltalában nem voltak jellegzetesek, a mennyiben az pépes borsólé- vagy kávészerűnek mutatkozott és foszlányokat egyáltalán nem, vagy csak igen gyér számban tartalmazott.

Az ismertetett methodikával a cholera megállapítására — egy eset kivételével — már az első beküldött bélsárpróba elegendő volt. A végleges diagnosis, kivéve az első esetet, melyben annak felállítása a beküldéstől számított 34 óra mulva sikerült csak, a *Pfeiffer*-féle kisérlet kiesése folytán rövidebb ideig tartott és az utolsó esetekben néha még 24 órát sem vett igénybe.

Egy esetben (Sz. F. tbl. 8.) a cholera-vibrio kimutatása az első próbában nem sikerült. Ennek magyarázata az lehet, hogy ezen bélsár egy cholera-typhoidban szenvedő betegtől származott, kinek napokig nem volt semmi ürüléke és a beküldött próba is a beteg által maga alá bocsátott és a lepedőn beszáradt kevés anyagból állott, melyet levakarva és kevés vízzel keverve küldtek vizsgálat végett az intézetbe. Fel lehet tenni, hogy a betegség előrehaladt stádiumában különben is megkevesbedett és csökkent fejlődésképességgel biró bacteriumok a lepedőn beszáradás által gyorsan elpusztultak és így kimutathatók nem voltak. Egy második próbában közvetlenül a beteg halála előtt ürített barnás-sárga, pépes bélsárban a vibriók kimutatása, bár a tenyészetek a szokottnál lassabban fejlődtek, kifogástalan módon sikerült. Ez volt különben az egyetlen eset, melyben a vér serumával is végeztük az agglutinatiós próbát, még pedig 1 : 50 higitásban, positiv eredménynyel.

Azon kérdés eldöntésére, hogy a cholera-vibriók mennyi ideig tartózkodnak a belekben, eseteink nem voltak alkalmasak, minthogy egy kivételével mind halállal végződtek. A gyógyult esetben a vibriók a felvételtől számított 7. napon már nem voltak többé kimutathatók. Ebben az esetben egyébként a betegség kezdetét pontosan nem lehetett megállapítani, minthogy az illető már a heves tünetek lefolyása után jutott a kórházba. *Gaffky* szerint a vibriók aránylag gyorsan pusztulnak el a bélcsatornában; erre nézve megvizsgált eseteiben 23 napon túl nem tudott vibriókat kitenyészteni. *Preisz* szerint (orvosegyleti előadás 1910 október 29.-én) a vibrio a bélsárban 3 hónál tovább is életben maradhat.

A beküldött hányadékban a cholera-vibrio kimutatása egyetlen egyszer sem sikerült. Minthogy ily vizsgálatok kilátásai igen csekélyek, ezektől felesleges munkaszaporítás elkerülése végett a jövőben teljesen el lehetne tekinteni.

A vizsgálatok legnagyobb része a *choleragyanu* miatt beküldött esetekre esett. Nem lehet csodálkozni azon, hogy az általános izgatottságban az orvosok kevésbé szigorú kritikát gyakorolnak az esetek megítélésében és nagy felelősségük tudatában könnyű szerrel irányítják a gyanus vagy kevésbé gyanus eseteket a járványkórházba. Bár ily vizsgálatok sok időt és felesleges munkát vesznek igénybe, az ügy érdekében a jövőben sem volna czélszerű e tekintetben korlátozásokat alkalmazni. A 144 beszállított choleragyanus esetben legtöbbször már az első klinikai vizsgálat alapján is ki lehetett zárni a cholerát, de biztonság kedvéért ily esetekben is kívánatosnak látszott az ellenőrző bakteriologiai vizsgálat. A vizsgálati anyag az esetek túlnyomó számában már külső tulaj-

donságaira nézve sem látszott aggályosnak, sőt az esetek jelentékeny részében beöntés után eltávolított bélsárdarabok kerültek vizsgálatra.

Ilyen észleletek különben nemcsak nálunk fordultak elő, hanem a cholerajárvány idején a choleragyanus esetek mindenütt jelentékeny számmal szerepelnek és a bakteriologiai intézeteket erősen megterhelik. *Flügge* (Klinisches Jahrbuch), a ki az 1905.-i járvány alkalmával ugyanezt tapasztalta, a biztonság szempontjából jogosultnak tartja ugyan a túlzott elővigyázatot, de ennek túlhajtása nézete szerint nagyobb járványok alkalmával végzetes következményekkel járhat, minthogy a laboratoriumok tulterhelése következtében a valóban sürgős vizsgálatok halasztást szenvedhetnek. Épp ezért ő ezen ügynek bizonyos szabályozását tartja kívánatosnak és azt főbb vonásaiban össze is foglalja. E szerint csak oly betegtől származó anyagot volna szabad beküldeni, kit hatósági orvos tart choleragyanusnak. E mellett *Flügge* szerint bizonyos kriteriumokat kellene alkalmazni. Így cholera gyanuja foroghat fenn, ha gyanus klinikai tünetek mellett a megbetegedés oly időre esik, a midőn a cholera behurczolásának lehetőségével számolni kell, vagy a betegeknek alkalmuk volt cholerásokkal érintkezni. Különösen gyanusak e tekintetben a hajósok vagy a velük érintkezők; végül ha egy családnak több tagja betegszik meg hasonló tünetek közt. Ellenben egyes megbetegedések oly egyéneken, kik lakóhelyüket nem hagyták el és cholerásokkal nem érintkeztek, nem tekinthetők choleragyanusaknak.

Ezen megkülönböztetések nagyjából helytállók ugyan, de különösen az első esetekre nem mindig alkalmazhatók, minthogy ismeretes, hogy azok eredete nem mindig állapítható meg teljes bizonyossággal. Általában véve a *Flügge* ajánlotta korlátozások bizonyos munkamegtakarítást eredményeznének ugyan, másrészt azonban, ha csak kivételesen is, alkalmazásuk mellett nem lehetne kizárni, hogy egyszer-másszor valódi esetek is elkerüljék a figyelmet.

A *negativ* esetek különben nemcsak általában véve nagy számuknál fogva szaporítják tetemesen a laboratoriumi munkát, hanem azáltal is, hogy az egyes esetek megítélése és minősítése csak a legnagyobb körültekintéssel végzett és megismételt vizsgálatok alapján eszközölhető, a mi érthetően emeli a vizsgálati időtartamnak átlagát. A negativ vizsgálat eredménye ezért mindenkor csak 48 óra mulva volt közölhető, minthogy a peptoncsövek hosszabb ideig (24 – 36 óráig) észleltettek és a szélesztéseket is többszörösen végeztük. Csak ha a lemezek alapos áttekintése is negativ eredménynyel járt, fejeződött be a a vizsgálat. Bár vizsgálataink eredményei, a mennyire azok megítélhetők, elég megbízhatónak látszanak, mégis kívánatos, hogy az igazán gyanus esetek a jövőben negativ lelet esetén másodszor is megvizsgáltassanak.

A negativ esetek mind élőkre vonatkoztak, kivéve 3 esetet, melyben a vizsgálati anyag hullából került az intézetbe. Ezek közül az egyik esetben, melyben haemorrhagia cerebri volt a kórboncztani diagnosis, a mint már fenn említettem, egy vibrio kitenyésztése sikerült, mely azonban a biologiai eljárások alapján nem bizonyult cholerának, más 2 esetben, melyeknek egyike férfié, másika nőé volt, a bakteriologiai vizsgálat a cholera gyanuját nem erősítette meg. A férfi (J. J.) egy idősebb kőbányai munkás volt, a ki lakóhelyét hosszabb ideje nem hagyta el és cholera-betegekkel nem érintkezett; betegsége lefolyásáról megbízható adatok hiányoznak. A nő pedig (M. K.-né) hosszabb ideje betegeskedett, e miatt a Rókus-kórházba vétette fel magát, a hol a cholerára jellegzetes tünetek nélkül halt meg. A bonczolás mindkét esetben acut gyomorbélhurutot állapított meg.

A vizsgálatok egy másik részét a *cholerások hozzátartozóitól* és olyan egyénektől származó ürülékek tették, a kik choleragyanus betegek közelében tartózkodtak. A modern choleravédekezés egyik leghathatósabb eszköze a cholerásokkal közvetlenül érintkezésben volt egyének elkülönítése és orvosi megfigyelése. Az ellenőrzésnek azonban az így internáltak bélsarának vizsgálatára is ki kell terjeszkedni, a mióta felismerték az ú. n. *cholera-vivők* fontos szerepét a cholera továbbterjesztésében és a mióta kiderült, hogy az ilyenek a törvényileg megállapított 5 napi megfigyelési időn túl is tartalmazhatják ürülékeikben a choleravibriókat. A német utasítás a cholera-fertőzés miatt elkülönített egyénekre kétszeri vizsgálatot ir elő, a bacillus-vivőkön pedig a vizsgálatot addig kell folytatni, míg vibriók még kimutathatók.

Intézetünknek 53 esetben volt alkalma ily internáltakon bélsárvizsgálatot végezni, még pedig mindenkor negativ eredménynyel. Megjegyzendő azonban, hogy a főváros területén előfordult esetek mind behurczolt esetek voltak s részben a hajósok, részben a Duna mellett dolgozó munkásokra vonatkoztak. A gyors elkülönítés folytán contact-infectióra nem volt alkalom. A negativ vizsgálati eredményt részben ennek a körülménynek lehet tulajdonítani, mert az 1905.-i cholerajárvány alkalmával, a melyben a bacillus-vivők száma aránylag nagy volt, azt a tapasztalatot tették, hogy ezek főképp a járvány vége felé szaporodnak, úgy hogy *Kirchner* a bacillus-vivők megjelenését a járvány közeli megszűnése egyik jelének hajlandó tekinteni.

Tekintve, hogy az internáltak között egyetlenegy cholera-eset sem fordult elő és a mennyire ez megállapítható volt, az illetők további megbetegedéseknek sem voltak okozói, alaposnak látszik az a felvétel, hogy vizsgált eseteink valóban choleramentesek voltak. Minthogy azonban különböző szerzők tapasztalatai szerint a cholerások hozzátartozóin a vibriók nem jelennek meg mindig már az első napokban, hanem, mint a *Wernike* által leírt esetekben, gyakran később, mindenesetre kívánatos, hogy a jövőben ilyen vizsgálatokat kiterjedtebb mértékben végezzenek. Ily vizsgálatok természetesen nagy munkát rónak az intézetre, ez azonban nem jöhet szóba azon nagy közegészségügyi előnyök mellett, melyekkel a cholera tovaterjesztésében oly nagy szerepet játszó bacillus-vivők kifürkészése és felismerése jár.

Az intézet működése az imént említett vizsgálatokkal nem merült ki. Munkájának jelentékeny részét a *főváros ivóvizének* fokozott ellenőrzése tette. A belügyministeri utasítás járványok idején nemcsak a quantitativ, hanem a qualitativ bakteriologiai vizsgálatot is elrendeli és ennek megfelelőleg a fővárosi bakteriologiai intézet már augusztusban beható vizsgálat alá vette úgy a centralis, mint a peripherikus vizeket. Ugyanakkor a tiszti főorvos előterjesztésére igen szigorú intézkedések történtek a vízművek védelmére, mely intézkedések részben a vízműveknél elfoglalt munkások egészségének ellenőrzésében, részben pedig a kutak és reservoire-ok állandó őrizetében állottak. A midőn a székesfőváros területén szeptember 15.-én az első cholera-eset előfordult, intézkedésemre elsősorban a lágymányosi holt Duna-ágból vétetett vízpróba, még pedig az ott horgonyzó és vesztegzárban levő „Szondy“ nevű hajó közvetlen közelségéből. A mai kifejlett methodika mellett már nem tartozik a ritkaságok közé a cholera-vibrio kimutatása folyóvizekben, de mindenesetre a szerencsés véletlennek kell közrejátszania, hogy kitenyésztése sikerüljön. Intézetünkben ezen vízzel eszközölt vizsgálattal csakugyan sikerült minden kétséget kizáró módon kimutatni a cholera-vibriót és ezzel kétségtelen bizonyítékát szolgáltatni a Duna-víz fertőzöttségének. A néhány nappal később ugyanerről a helyről vett vízpróbákban a kimutatás már nem sikerült, hasonlóképp negativ eredménynyel jártak mindazon vizsgálatok, melyeket a Duna különböző helyeiről vett vízmintákkal végeztünk. A folyamvíz megtisztulásánál szereplő és teljességükben még nem is ismert tényezők bizonyára hozzájárultak, hogy a vibriók a felszínről elég gyorsan elpusztultak, a mi azonban természetesen nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy a vibriók az iszapba kerülve s ezzel kedvezőbb életfeltételek közé jutva áttelelhetnek és később újabb fertőzéseknek lehetnek okozói. Ez a körülmény mindenesetre nagy óvatosságra kell hogy intse a közönséget a Duna-víznek ivóvíz gyanánt való használatánál. A cholerának téren való alábbhagyását vagy teljes kialvását egyébként több körülmény képes magyarázni. *Preisz* előbb említett orvosegyleti előadásában ezeket a következőkben foglalta össze: a folyó-

vizek csökkent használata, az alacsonyabb hőfok, mely a vibriók elszaporodásának nem kedvez, az emberek kevésbé élénk forgalma, a nyers gyümölcs élvezésének nagymérvű csökkenése s még egyéb körülmények.

Ezekben óhajtottam az intézetnek a közelmultban lezajlott cholerajárvány alatt kifejtett munkálkodásáról beszámolni, a mihez hozzácsatoltam azon tapasztalatokat is, a melyeket a vizsgálatok folyamán szerezni alkalmunk nyilt.

Haladások a kystoskopia terén.

Irta: ***Boross Ernő*** dr., Ferencz József kereskedelmi kórház r. i. főorvos.

Midőn a kystoskopia terén elért haladás kérdését akarjuk tárgyalni, rögtön nagy nehézségekbe ütközünk, a mint a dolgot kissé alaposabban fogjuk meg. Már az anyag áttanulmányozása sem könnyű dolog, annyit és annyian dolgoztak és dolgoznak a kystoskopia terén.

Még nehezebb azonban az ezen munkatéren történt számtalan fáradozásból kihámozni azt, a mi valóban érdemleges haladást jelent. Hiszen igen sok dolgozat a kystoskopia területén nagyon is magán hordja a subjectivitás bélyegét. Ezen vázlatos rövid czikkben ezért csupán a kystoskopia tudományának alappillérein eszközölt néhány szerencsés és haladást jelentő változtatásról lesz szó.

A fényforrás bevezetése a megvizsgálandó szerv üregébe egy genialisan szerkesztett optikai műszer segítségével: ez a kystoskopia alapja. Az összekötő hidat a kettő között a kystoskop mechanikai szerkezete alkotja. Fényforrás gyanánt már *Middeldorpf* és *Voltolini* az izzó platinadrótot alkalmazta és mint ismeretes, *M. Nitze* is úgy Drezdában mint Bécsben ugyancsak ezen fényforrást használta a kezdetleges kystoskophoz. Az ily módon felszerelt műszer élete azonban csak tengődés volt, melyből csakhamar kiragadta a mignonlámpa, melynek alkalmazásával kezdődik ennek a szép physicalis vizsgálati módszernek győzelmes útja. Hogy a jövőben milyen lesz a fényforrás, azt nem tudjuk. Itt csak annak a reménynünknek adhatunk kifejezést, hogy megfelelő lesz.

A mi ennek az absolut fényforrásnak az előállítását illeti, jelenleg kétfajta lámpát különböztetünk meg: egy meleget és egy hideget, a szerint a mint a körülvevő és övező fémburkolat az izzás alatt megmelegedik vagy nem; a mi megint a lámpácska üregének nagyságától függ. Újabb időben fémfonalas lámpácskákat is készítenek; ezek kevesebb meleget adnak át a környezetnek.

A kystoskop legfontosabb alkotórésze az optikai készülék, melyet nagy fontossága ellenére is eddigelé nem igen méltattak nagyobb figyelemre. A kystoskopot szárazföldi távcsőnek tekintették, ezen felfogást azonban alaposan megdöntötte újabban *O. Ringleb*, a német urologiai társaság 1910. évi 2. congressusán tartott előadásában, a melyben a következőket mondja: A műszerek melyik osztályához tartozik tulajdonképpen a kystoskop? *Czapski* a látást elősegítő műszereket úgy definiálja, hogy azok úgy vannak szerkesztve, hogy a tárgyakat a szemnek tisztábban, világosabban tüntessék fel és ez a rendes látású szem részére úgy történik, hogy a szög, mely alatt a szem műszer nélkül látja a tárgyakat, a műszer által megnagyobbíttatik. Ha például a szem egy távoleső tárgyat w-szög alatt pillant meg, akkor ezt a tárgyat távcsövön át *n*-szer nagyobb *w'*-szög alatt fogja észrevenni. És éppen ettől a látási szögtől függ, hogy egy tárgyat minden részletében észreveszünk-e vagy sem.

Milyenek a viszonyok a kystoskopnál?

Itt a látási szög a tárgy felől a szemet *n*-szer megkisebbitve éri, rendesen 5-szörösen, *w'* tehát kisebb, mint *w*. De még más tekintetben is különbözik a kystoskop a távcsőtől, eltekintve attól, hogy a kystoskop csak aránylag közelfekvő tárgyak szemlélésére szolgál. A távcsőnél a szemlélés helyéről a távoleső tárgyat a puszta szemmel is láthatjuk minden segítség nélkül, igaz, hogy nem olyan élesen. A távcsőnél tehát ugyanazt a tárgyat megnagyobbítva és élesebben látjuk, azaz az észrevevés „mikéntje" változik meg.

Vajjon a kystoskoppal fölfegyverzett szem részére is olyan hozzáférhető-e minden egyéb nélkül a tárgy? Nem kell-e előbb egy aránylag szűk csatornán, a húgycsövön keresztül hatolnunk, nem vagyunk-e kénytelenek ez okból hosszú vékony csöveket használni, melyekbe az optikai systemát bele kell kényszerítenünk?

Mint a tenger alatt járó hajó hajósának arra kellett törekednie, hogy olyan optikai rendszert eszeljen ki, a mely lehetővé teszi neki, hogy a környéken lévő olyan fontos tárgyak után kémlelhessen, a melyek a hajó belsejéből szabad szemmel észre nem vehetők, az orvos — megfordítva — a beteg hólyagja előtt jut abba a helyzetbe, hogy tárgyakat kell szemlélnie, a melyeket megfigyelő helyéről szabad szemmel nem láthat.

Ezekből azt látjuk, hogy itt tulajdonképpen egy csekély nagyitású górcsővel van dolgunk és minthogy műszerünket folyadékba mártva használjuk, olyan górcsővel, a melyen immersiós objectiv van.

Nem szenved kétséget, hogy a kystoskop fejlődését nagyban hátráltatta az a körülmény, hogy mibenlétét félreismerték. És éppen az ez irányú megismerésre volt szükség, hogy mindenekelőtt felnyissa szemünket a kystoskopnak jellegzetes optikai szerkezetét illetőleg.

Mielőtt ezt, a mennyire a kystoskop megértéséhez mulhatatlanul szükséges, megbeszélnők, tegyük meg, *Ringleb* nyomán, a következő kisérletet.

Vegyünk egy lap staniolpapirost, szúrjunk bele egy 0·2 mm. átmérőjű tűvel finom lyukat. Ezt a kis nyílást hozzuk a pupillánk elé és rajta keresztül szemléljünk meg egy élénken megvilágított tárgyat. Ekkor fel fog tűnni, hogy milyen homályos, elmosódott a szemlélt tárgy képe, bár felismerjük, hogy mit ábrázol,

Ilyen finom nyílása van a kystoskop szemének is: *a betekintő pupilla* vagy belépési pupilla.

Mi tulajdonképpen a belépési pupilla?

A betekintő pupilla az ellenző kép, a mely a kystoskop tárgyüvegére tárgylencséjén át a tárgy oldala felé a fordítólencse részéről vetíttetik. Ha a kystoskopot az okulárral a világos ablak felé fordítjuk, és a tárgyüveg, tárgylencse előtt levő prismára nézünk, megláthatjuk a betekintő, belépési pupillát, mint apró fénylő pontocskát.

Ez a kystoskop szeme.

A *Nitze*-féle kystoskopon, mint mondottuk, ez a szem csak 0·2 milliméteres volt. Ez a csepp kis nyílás lehetővé tette ugyan, hogy a tárgyat megismerjük, de csak azzal a megszorítással, a melyet az ilyen finom nyíláson át való nézésnél az imént megismertünk. Ezeket a viszonyokat újabban behatóan tárgyalta *Ringleb* egy előadásában, a mely a Folia Urol. IV. kötete 1. füzetében jelent meg.

A kis betekintő pupillás kystoskop ezen fogyatékossága mellett is nagy szolgálatokat tett és az első lépés volt a mai tökéletessége felé.

Ha azt kérdezzük, hogy miért érte el a kystoskop mai tökéletességének fokát aránylag olyan későn, a válaszunk csak az lehet, hogy *Nitze*, a nagy mester, miután a kystoskop ezen részének megszerkesztésével a szükségletet úgy a hogy kielégítette, a kystoskop mechanikai kiképzésére kellett hogy fordítsa figyelmét, hogy elhárítsa azokat a szinte leküzdhetetlennek látszó nehézségeket, a melyek az ureterek katheterismusa és az intravesicalis műtétek problemájának útjában állottak. Mikor pedig nagy munka és fáradozás után ezzel elkészült, elragadta a halál. Ránk epigonokra maradt tehát a feladat, hogy megcsináljuk azt, a mire *Nitze*-nek már nem nem jutott ideje.

A betekintő vagy belépési pupilla definitiójából láthatjuk már, hogy azt megnagyobbíthatjuk kaliberének meghoszszabbításával, mert egy nagyobb fordító-lencse érthetően nagyobb képet is fog vetni a tárgy oldala felé. Ez okból különleges czélokra, mint például fényképezés czéljaira, lehetőleg vastag műszereket kell majd használnunk.

De egy másik lehetőség is kinálkozik arra az esetre, ha egy adott mértéket kell betartanunk. Ha a fordító-lencsét az objectivhez közelítjük, látni fogjuk, hogy a betekintő pupilla ugyancsak nagyobb lesz. Ezt a gondolatot követve, a fordításnál a kystoskopot rövidebbre csinálhatjuk. Igy magyarázható az, hogy a nők részére erősebb fényű kystoskop készíthető. Ha azonban a férfi részére való kystoskop csövének hossza meg van szabva, egy második megfordítást kellene végeznünk. Ellentétben a *Nitze*-féle kystoskoppal, a melyet prisma nélkül, tehát egyenes nézésűnek képzelünk el, egy ilyen optikai rendszer a tárgyról fordított képet ad. Ha *Nitze* optikai készüléke elé prismát helyezünk, a kép fordított tükörkép lesz és oldalai helytelen irányúak. Ha a képfordító készülék objective elé állítunk egy prismát, a kép egyenes irányú lesz ugyan, de még mindig tükörkép. *Ringleb* nem egy leolvasó prismát használt, hanem egy *Amici*-féle tetőprismát, azaz a hypotenusa domború tükörfelülete helyébe egy szöglettükröt tett. Összekötve képfordító optikai rendszerével, ily módon egyenes és rendes oldalirányú képet kap.

A *Nitze*-féle kystoskopon, mint említve volt, a betekintő pupilla 0·2 mm. volt, a kilépő pupilla 1 mm., a miből következik, hogy az ocular minden esetben gyöngébb. Ilyen kystoskop használatánál olyan sugárhengerek érik a szemünket, a melyek átmérője igen kicsiny. Ez a körülmény megmagyaráz egy jelenséget, mely eddig nem keltette föl a figyelmet.

Erre vezethetők vissza azon bizonyos entoptikus jelenségek, a melyek abban nyilvánulnak, hogy például az ureterek szájadékának hosszasabb és figyelmesebb szemlélése alkalmával bizonyos elfáradás jelentkezik és a vizsgáló kénytelen néhány pillanatra szemét behunyni, olykor mouches volantes is mutatkozik. Ennek elkerülése czéljából törekednünk kell arra, hogy a kilépő pupillát megnagyobbítsuk és így a sugárhengereket is nagyobbá tegyük, lehetőleg olyan nagyokká, hogy éppen áthatolhassanak szemünk pupilláján.

A kilépő pupilla tehát mértékadó a világosság subjectiv megérzése tekintetében. Az optikában arra a tapasztalatra jutottak, hogy minden tekintetben megfelelő világosság előidézéséhez, egy olyan világosságéhoz, melyet *normalisnak* neveznek, szükséges, hogy az optikai rendszeren a kilépő pupilla 2 mm. legyen. Az emberi szem pupillája is, ha kellően megvilágított tárgyat szemlél, 2 mm.-re húzódik össze, a mint azt megállapították. Ezen pupillanagyságnak az elérésére kell a kystoskopnál törekednünk.

A betekintő pupilla megnagyobbításával azonban olyan jelenség áll elő, a melyet a fényképező objectivekről ismerünk. Ismeretes szabály, hogy nagy lencsék csekélyebb mélységű (távolságú) képeket adnak, kisebb lencsék nagyobb mélységű képeket. Ugyanígy áll a dolog a kystoskopon.

Ebben az irányban szükséges tehát a kystoskopot különbözőképpen fölszerelnünk, a szerint, a mint olyan műszerre van szükségünk, a mely tájékozódásra szolgáljon vagy pedig fényképezésre, a hólyag belsejének felismerhetőbbé tételére.

Itt tehát új feladatok előtt állunk, olyan feladatok előtt, a melyeknek egy része legújabban már megoldást nyert. Annak a fölismerése, hogy a betekintő pupilla nagysága függ annak a távolságnak a nagyságától, a melyben a fordítólencse a tárgylencsétől van és egyúttal a tárgyoldali képszög nagyságától (a tárgylencse vastagságától), fogja hozni a kystoskopia specialis kérdéseinek megoldását.

Fotografiai czélokra szolgáló kystoskopon, tehát a mikor mindenekfölött sok fényre van szükségünk, kisebb képszöget fogunk választani, mint az általános tájékoztató kystoskopon, a melynek az a feladata, hogy a gyors exact diagnosist tegye lehetővé. Ha továbbá az ureterkatheterismusnál a húgyvezetők szájadékának hű képét óhajtjuk megkapni, erre a czélra kell megfelelően az optikai készüléket beállítani.

Az itt előadottakból, a melyek csak nagy vonásokban akarják bebizonyítani, hogy a kystoskopia még nem érte el a kívánatos tökéletességet, felismerhető a haladás azon útja, a melyre legújabb időben ráléptünk.

Munkásbiztosítás és orvosképzés.

Irta: *Pach Henrik* dr.,
az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár orvosa.

(Vége.)

Ennyi eszköz és alkalom mellett csak természetes, hogy az iparegészségügy körébe vágó ismeretek már örvendetesen szaporodnak; sőt hogy az ipari termeléssel kapcsolatos káros tényezők feletti homály is már oszladozóban van. Ma már általában tudják, hogy a munkás egészségét és munkabírását leginkább a következő tényezők károsíthatják:

1. Az ipari telep talaja;
2. a munkahelyiségek építkezési berendezése (alacsony, keskeny, sötét, nedves);
3. a munkahelyiségek levegője (túlnedves, száraz, túlhevített);
4. a munkahelyiségek világítása;
5. az ipari munkával járó porképződés;
6. az ipari munkánál képződő gőzök és gázok;
7. a munkaidő túlhosszú volta;
8. az éjjeli munkaidő;
9. a munka nehéz, fárasztó volta;
10. az alkalmazottak kora és neme.

Nem lehet vita tárgya, hogy az itt felsorolt tényezők mindegyike már egymagában és nagyban károsíthatja a nehéz munkában állókat. Pedig a mindennapi tapasztalat azt is igazolja, hogy manapság a gyárakban és az ipari műhelyekben bizony *egyszerre sokféle* káros tényező is veszélyezteti a munkásokat. Innen van az is, hogy az iparfelügyelők évi jelentéseikben évről-évre súlyos panaszokat kénytelenek emelni azon nehézségek miatt, melyekkel meg kell küzdeniök, ha az ipari telepeken talált egészségellenes állapotok kiküszöbölését megkisérlik.

Az idevágóan rendelkezésünkre álló számos adatokból — ha csak az 1908. évről kiadott m. kir. iparfelügyelői beszámolót veszszük figyelembe — a következőket idézhetjük:

Egymagában 1908-ban találtak iparfelügyelőink:

236 esetben egészségtelen lakásokat és műhelyeket;
416 „ kevés légtérrel biró műhelyeket;
73 „ tisztátalan árnyékszékeket;
265 „ rossz világítást;
303 „ a meggyuladás, leforrázás, robbanás veszélyét.

Ezen általános adatoknál azonban még meggyőzőbbek azon részletes leírások, melyeket az egyes kerületi iparfelügyelők jelentéseiből idézhetünk. Így pl. azt jelenti a mármarosszigeti iparfelügyelő: „Egy vegyigyár agyagőrlő helyiségében igen nagy por keletkezett, úgy hogy a munkások alig birtak benne dolgozni. Intézkedés történt, hogy az agyagőrlőgép exhaustorral kapcsoltassék össze s ilyen módon a keletkező nagy por jó része eltávolíttassék. Ezen felül pedig naponta kétszeri fecskendezés rendeltetett el.“ Ugyanezen iparfelügyelő szerint: „Egy üveggyár műhelyében, a hol az olvasztókemenczék vannak elhelyezve, a tulajdonos, az ottani meleget felhasználva, az erdőből hozott nyers fát szárította, miáltal a munkások szemeit rendkívül bántó gőz keletkezett.“ Vagy: „Egy nagyobb, mintegy 200 munkást foglalkoztató téglagyárban a munkások egészségtelen talajvizet ittak.“ Vagy: „Egy bútorgyárban a csiszolóhelyiségben az üvegpapirossal eszközölt csiszolásnál nagyfokú, üvegszilánkokkal vegyes por keletkezett, mely az alkalmazottak légző szerveit és szemeit állandóan bántotta és izgatta.“ (198. oldal.)

A nyiregyházi iparfelügyelő írja: „Több szeszgyárban újból figyelmeztetni kellett a munkaadót, hogy ne tűrje, hogy

a munkásai a munkahelyiségben aludjanak, mert az ott keletkező szénsavgőzök az egészségre káros hatásúak".

„Kőolajfinomítókban intézkedésre volt szükség azért, hogy a szabad ég alatti desztilláló kazánok tüzelésére ügyelő munkások az idő viszontagságai ellen menedéket találjanak." Vagy: „Több téglagyárban a munkások 16 éven aluli gyermekeiket 12—14 órai munkára szorították". Vagy: „Nyomdákban utasíttattak a munkaadók azon rossz szokás kiküszöbölésére, hogy az alkalmazottak szedés közben az ólombetüket szájukba veszik." (309. oldal.)

A sátoraljaujhelyi felügyelő jelenti: „Egy hordógyárban a dongák megmunkálása közben fejlődő por szennyezte a levegőt, azáltal az otttartózkodás tűrhetetlenné vált és a munkások testi épségét nagy mértékben veszélyeztette, mivel a felszálló fűrészpor egészen elhomályosította a levegőt és ezért a szemüveg használata sem segített a bajon. Ezen hátrányok megszüntetése végett utasíttatott a hordógyáros, hogy a kijelölt munkagépekhez központi csővezetéket készíttessen, melyen keresztül erős ventilator húzza ki a fűrészport." (333. oldal.)

Meglehet, hogy sokan, a kik előtt iparfelügyelőink hiányos egészségügyi szakképzettsége ismeretes, ezen megfigyeléseknek nagyobb súlyt vagy jelentőséget nem tulajdonítanak. De úgy tartjuk, hogy az alábbi, a legmegbízhatóbb pénztári statisztikákból vett számszerű adatok őket is megyőzhetik majd arról a nagy egészségellenes koczkázatról, melylyel napjainkban az ipari munka jár és egyfelől a nők fokozott morbiditásában (több betegedési eset, több betegségi nap), másfelől pedig abban is kifejezésre jut, hogy az egyes betegségi csoportok az alkalmazottak neméhez való viszonyukban szinte jellemzően feltűnő relatiót mutatnak fel.

Hogy a női bérmunkások gyakrabban betegszenek meg, mint az ugyanazon viszonyok között élő és dolgozó férfimunkások, azt éppen az Országos Pénztár 1909. évről kiadott jelentéséhez mellékelt statisztikai táblázatok is félreérthetetlenül igazolják. Nevezetesen a XXIX. táblázatból tűnik ez ki:

Törvényhatóság	Betegségi esetek száma %-ban férfi	nő		
a) Duna bal partja	33·2%	43·6%	tehát +	10·4%
b) Duna jobb partja	22·7%	37·7%	„ +	10·0%
c) Duna-Tisza köze	40·9%	37·1%	„ —	3·8%
d) Tisza jobb partja	31·9%	32·6%	„ +	0·5%
e) Tisza bal partja	27·1%	31·3%	„ +	4·2%
f) Tisza-Maros szöge	30·0%	44·3%	„ +	14·3%
g) Királyhágón túl	27·1%	47·3%	„ +	20·2%
Országos főösszeg:	34·6%	38·4%	tehát +	3·8%

Ennél még érdekesebb a már fent érintett feltünő, de egyúttal jellemző összefüggés, mely az egyes betegségi csoportok és a bérmunkások *neme* között mutatkozik. Idevágó adataink a berlini „Allgemeine Ortskrankenkasse" 1909 évi jelentéséből származnak:

Betegségi csoport	Betegségi esetek %-ban férfi	nő
Fertőző betegségek	7·77	7·15
Nemi „	1·68	0·87
Alkati „	15·31	*22·83!*
Ideg- „	8·12	8·02
Légzési „	19·85	20·31
Vérkeringési „	5·50	6·54
Emésztési „	8·19	7·84
Húgyszervi „	2·50	9·50
Bőrbetegségek	3·00	1·52
Szembetegségek	1·54	1·06
Fülbetegségek	0·57	0·51
Mérgezések	0·37	0·13
Sebészeti betegségek	*23·51!*	7·89
Különféle „	2·09	5·98
Összesen:	100·0	100·0

A tanulságok, melyek ezen számokból levonhatók, a következők:

1. Míg a nők körében észlelhető legtöbb betegség (22·83%) *az alkati* bántalmak csoportjába tartozik, addig a férfiak leginkább a sebészeti betegségek csoportjába (23·51%) tartozó kórokban szenvednek. Ennek egyszerű magyarázata pedig az, hogy tudvalevőleg a nők abban a korban, a melyben biztosításra kötelezettek (tehát a 15—30. év között), sápkórban, izületi és izomcsúzban, de még ezenfelül a terhességgel és szüléssel kapcsolatos sokféle rendellenességekben is gyakran szenvednek. Ellenben a férfiaknak feltünő affinitása a sebészeti betegségekhez onnan ered, hogy ezen betegségi csoportba tartoznak a csonttörések, a ficzamok és lobok, a zúzódások, a szúrt és metszett sebek, a kelevények, stb., javarészben *traumás* eredetű bántalmak, melyeknek a férfiak már azért is fokozott mérvben vannak kitéve, mivel tudvalevőleg éppen őket foglalkoztatják a veszélyesebb ipari üzemekben, illetve általában nehezebb és koczkázatosabb munkát kénytelenek teljesíteni.

2. A férfi- illetve nőmunkásoknak a bőrbetegségekben való részesedés tekintetében mutatkozó feltünő differentiája — a férfiakra 3·00%, a nőkre csak 1·52% jut — bizonyára abban leli magyarázatát, hogy a férfiak a nagy lendületnek indult veszélyes *vegyi* iparban való sűrű alkalmaztatásuk miatt az égés, leforrázás veszélyének, nemkülönben a maró vegyi folyadékok behatása következtében létrejött hosszadalmas betegségeknek nagyobb mértékben vannak kitéve, mint a női munkások, a kiket vegyi iparban tudvalevőleg alig foglalkoztatnak.

Ennél még feltünőbb azon éles különbözet, mely az egyes *betegségi nemek tartama* és az alkalmazott munkások neme között észlelhető és csaknem minden statisztikában számszerű kifejezésre is jut. A többször idézett lipcsei statisztikai felvétel alkalmából kiderült, hogy:

férfiakon jut 1000 betegségi napból:	Betegs. nap	nőkön jut 1000 betegségi napból:	Betegs. nap
1. Zúzódásokra	106·10	1. Vérszegénységre	171·40
2. Tuberculosisra	72·58	2. Tuberculosisra	49·31
3. Izomcsúzra	69·18	3. Influenzára	48·76
4. Influenzára	51·95	4. Gyomorbajra	46·83
5. Tüdőlobra	48·25	5. Méhbajra	46·42
6. Hörghurutra	41·54	6. Tüdőlobra	45·00
7. Panaritiumra	35·19	7. Izomcsúzra	37·57
8. Gyomorhurutra	32·40	8. Hörghurutra	3593
9. Bélhurutra	31·47	9. Bélbajokra	34·27
10. Törésekre	25·69	10. Altesti bajokra	32·36
11. Szívbajokra	25·24	11. Torokbetegségekre	27·46
12. Sebekre	25·22	12. Zúzódásokra	26·07
13. Izületi csúzra	21·84	13. Szívbajokra	25·26
14. Ficzamokra	21·45	14. Panaritiumra	25·26
15. Mellhártyalobra	20·52	15. Gyomorfekélyre	18·81

Végül sok oknál fogva még érdemes, hogy az orvosok figyelmét azon érdekes és törvényszerű viszonylatra is felhívjuk, mely *a halálesetek és megbetegedések között* áll fenn. E viszonylat szakkörökben *letalitás* neve alatt ismeretes és azt a biztosítás-technikai szempontból fontos kérdést világítja meg számszerűen, hogy az *egyes betegségeknél hány betegségi esetre jut már egy haláleset.*

A halálesetek és a megbetegedések közötti viszonylat a korral fordított relatióban áll. Más szóval, minél idősebb emberekből áll valamely vizsgálat tárgyává tett korcsoport, annál kevesebb betegségi esetre jut már egy-egy haláleset. De a letalitás tekintetében is nagy eltérés mutatkozik a biztosítottak neme szerint. A letalitásra vonatkozó egynémely legfontosabb adatot alábbiakban adunk:

Tüdőlob (férfiak) A 15—34. évekből álló korcsoportban 11·9
„ „ „ 35—54. „ „ „ 5·4
„ „ „ 55—74. „ „ „ 2·8
betegedési esetre jut *egy* haláleset.

Tüdőlob (nőknél) A 15—34. évekből álló korcsoportban 9·4
„ „ „ 35—54. „ „ „ 4·9
„ „ „ 55—74. „ „ „ 1·9
betegedési esetre jut egy haláleset.

Tuberculosis (férfiak) A 15—34. évekből álló korcsoportban 3·6
„ „ „ 35—54. „ „ „ 3·1
„ „ „ 55—74. „ „ „ 2·5
betegedési esetre jut egy haláleset.

Tuberculosis (nők) A 15—34. évekből álló korcsoportban 2·9
„ „ „ 35—54. „ „ „ 3·4
„ „ „ 55—74. „ „ „ 2·8
betegedési esetre jut egy haláleset.

Nagyfontosságú mindezen számszerű adatok ismerete, mivel azok mindennél jobban tájékoztatnak arról a koczkázatról, melylyel az egyes betegségek a pénztárak anyagi teherviselőképességét sujthatják. A betegedési esetek és napok, illetve a letalitás közötti relatiót ha ismerjük, akkor felette könnyű egyszersmind annak a kiszámítása, vajjon valamely embertömeg részére létesítendő betegsegélyző pénztárra mily és mekkora kiadások hárulhatnak majd; illetve prosperál-e majd egyáltalában a pénztár? Beláthatja ezt mindenki, a ki tudja, hogy a betegsegélyző pénztárak anyagi boldogulása kizárólag két tényezőtől függ. Az egyik a várható *bevételek* nagysága, a mely bármikor és mindenhol könnyen kiszámítható, mert kizárólag a járulékok megállapításánál számításba veendő bér nagyságától függ; a másik tényező pedig a *kiadás* nagysága, melyre a morbiditás és a letalitás gyakorolják a legközvetlenebb befolyást. Eddigelé azonban csak a bevételek nagyságát lehetett hozzávetőleg megállapitani, de majd midőn az iparegészségügyi ismeretek terjedése és a pénztári statisztikák intensivebb művelése kapcsán a morbiditás és a letalitás okozta kiadásokra vonatkozó adatoknak is birtokába jutunk, akkor jobban tájékozódhatunk a pénztárakra nehezedő kiadások nagyságáról is.

Igaz, hogy a biztosítottak körében előforduló betegségi esetek és a halandóság azon két tényező, melytől a pénztárak kiadásai elsősorban függnek; igaz továbbá az is, hogy a mai társadalmi és termelési viszonyok között az orvosoknak alig van még módjukban azokra a körülményekre közvetlenül befolyni, melyek, mint láttuk, a munkásréteg fokozott morbiditását és mortalitását idézik elő, *mindamellett manapság már sarkigazság számába megy a tétel, hogy az orvosok magatartásától nagyban függ a pénztárak boldogulása.* Már azért, mivel a legnagyobb kiadási tételek, úgymint a *táppénz*, a *gyógyszer* és egyéb *orvoslási* kiadások (fürdők, sanatoriumkezelés, kórházi ápolás, kötszerek fogyasztása stb.) nagysága többé-kevésbé attól függ, vajjon a pénztári orvos a beteg egészségügyi érdekein felül még a pénztárak teherviselő képességére is van-e kellő tekintettel?

Mivel a táppénz folyósítása tudvalevőleg csak a kezelőorvosok általi utalványozás után megy végbe, és mivel a törvény valamint a gyakorlat értelmében csak a keresetképtelen biztosított tagok tarthatnak igényt táppénzre, nyilvánvaló, hogy a keresetképtelenség megállapítása a pénztári orvosok teendőinek legfontosabbika.

És valóban a leggyakoribb és legfogósabb kérdés, mely rögtön és mindannyiszor homloktérbe nyomul, valahányszor orvosi tanácsért vagy segélyért fordul hozzánk valamely betegség esetére biztosított, az, vajjon *keresetképtelen-e* vagy sem? Fogósnak mondtuk e kérdést, mivel a keresetképtelenségnek megállapítása korántsem oly egyszerű dolog. Ellenkezőleg, igen sok esetben nagy gyakorlati érzéket és tapasztalatot s nemcsak orvosi, de socialpolitikai ismereteket is tételez fel. Sőt túlzás nélkül állíthatjuk, hogy a keresetképtelenség megállapítása körül vallott elvekben és tanusított magatartásban kell látnunk a főkriteriumát annak, vajjon tudja és iparkodik-e összeegyeztetni a rendelő pénztári orvos saját tudományos meggyőződésének, betege testi s sokszor anyagi jólétének, de végre az őt megbízó pénztárnak, mint socialis intézménynek is, egymással sokszor összeütközésbe kerülő érdekeit?

Vegyük csak a mindennapi életből vett következő eseteket:

I. Az orvos rendelésén megjelenik három *scabiesben* szenvedő betegpénztári tag, a kik közül az első *pék*, a másik *fodrász*, a harmadik *lakatos*. Nem szorul bizonyításra, hogy akkor, midőn a péket és fodrászt is „rühe“ miatt keresetképtelennek minősíti, helyesen jár el, nem annyira a megbetegedettekre, mint inkább sajátos foglalkozásukra való tekintettel. Az erkölcs és a közegészségügy alapnézeteivel ugyanis ellenkeznék, ha az orvos őket továbbra is munkába engedné állni s igy a velük érintkezésbe jöhető közönség testi jólétét veszélyeztetné. Másfelől a „rühös“ lakatosnál ezen tekintetek nem vezérelhetik az orvost. Sőt, mivel a beteg a jelzett baja elleni kezelést (naphtholkenőcs, fürdő) legczélszerűbben este végezheti, azzal, hogy az orvos betegét keresetképtelennek nyilvánítja, anyagilag is károsítja, mivel őt, valamint esetleg többtagú családját a keresetének legfeljebb csak feléig kiróvható táppénzből való szűkös megélhetésre szorítja. De joggal kifogásolhatná a pénztár vezetősége is, hogy az orvos azzal, hogy a lakatost rühe miatt keresetképtelennek jelentette, neki oly kiadást okozott, mely alapjában elkerülhető lett volna. Tudjuk ugyanis, hogy a keresetképtelen betegnek táppénz is jár az őt megillető gyógyszereken kivül. Már pedig, ha a lakatost a kifejezettekre való tekintettel csupán a szükséges gyógyszerrel látja el és keresetképtelennek nem mondja az orvos, a pénztár a táppénz kiadásától megmenekül.

II. Vagy vegyük a következő esetet: Jelentkezik a rendelésünkön *furunculosisban* szenvedő három pénztári tag. Mindhármuknak véletlenül a *bal* vállán van furunculusa. Foglalkozásukra nézve megállapítja az orvos, hogy az egyik *hordár*, a második *hegedüs*, a harmadik *irodai alkalmazott*. Világos, hogy a hordárt, valamint a zenészt is keresetképtelennek kell mondani, mivel tudjuk, hogy a bal vállon levő fájdalmas furunculus lehetetlenné teszi, hogy a hordár, ki tapasztalat szerint ezen vállán czipel nehéz tárgyakat és a zenész, ki ezen vállához rögziti hegedűjét, foglalkozását akadálytalanul üzhesse. Ellenben a harmadik beteget, az irodai alkalmazottat, nyugodt lelkiismerettel ambulans betegként kezeltethetjük, illetve munkájának folytatására szoríthatjuk. (Annál inkább tehetjük ezt, mivel újabban örvendetesképpen az *esti* órákban tartott rendelések mind sűrűbben jönnek divatba és igy módjában van a járóbetegeknek is, hogy a tulajdonképpeni foglalkozása utáni időben szakszerű kezelésben részesülhessen.)

III. Mindennapi és mégsem könnyen dönthető el a következő eset. Jelentkezik három biztosított pénztári tag, kik közül az egyik *hentesnek*, a második *bőrgyári* munkásnak, a harmadik *cserépfedőnek* vallja magát. Mindhármuk bal kezének valamely ujja sebes. Mindhármukat keresetképtelennek *kell* mondanunk. A hentest és bőrgyári munkást azért, mivel foglalkozásukból kifolyólag vajmi könnyen fertőzhetik (bár bekötött) ujjukat, ha véletlenül gümős, lépfenés állatrészszel kerülnének érintkezésbe. Ellenben a cserépfedőt inkább csak balesetmegelőzés szempontjából nyilvánítjuk munkaképtelennek, mivel tudnunk kell, hogy sebes ujjára való tekintettel ösztönszerűleg kevésbé fogja igénybe venni fájós kezét és igy akaratlanul csökken ama biztosság, melyet már megszerzett s melyre veszélyes foglalkozása közben nagyon is szüksége van.

IV. Viszont vita tárgya lehet, hogy vajjon okvetlenül s joggal keresetképtelennek mondandó-e a cserépfedő akkor is, ha bal kezének sebes ujjával *tél* idején jelentkezik? Tehát akkor, midőn az orvosnak tudnia kell, hogy a beteg sajátos foglalkozását munkahiány miatt nem üzheti és ezért jelentkezésével inkább az akaratlan munkanélküliségéből folyó anyagi zavarán akar segíteni a beteg?

V. Ellenben kétséget nem szenvedhet — s a pénztár anyagi érdekeit könnyelműen koczkáztatná azon orvos, a ki másképp cselekednék —, hogy a *tél idején* jelentkező *kőmű-*

vest, szobafestőt vagy *kertészt* keresetképesnek kell mondani, a kin egy bordainfractio vagy akár törés nyomában létesült callust észlelhetünk, de a ki bevallottképpen ezen infractiót, illetve törést hónapokkal ezelőtt szerezte és dolgozott is vele. Ily esetben kell, hogy a manapság már minden modern betegpénztári orvosban feltételezhető socialpolitikai és munkásügyi ismeretek az orvosi szakismeretekkel együtt döntsék el a keresetképtelenség megállapításának oly fontos kérdését, úgy hogy sem a beteg, sem a pénztár érdekei kárt ne szenvedjenek.

Mert a mint szükséges, hogy bennünket összes orvosi ténykedésünkben mindig egyedül és főleg a beteg érdeke vezéreljen, úgy másfelől joggal megkövetelhető, hogy ki-ki közülünk arra is ügyeljen, hogy a munkáspénztárakban felgyülemlett nemzeti vagyon tekintélyes része hiábavalóan el ne fecséreltessék vagy egynémely biztosított önző érdekeinek kielégítésére ne fordíttassék.

A betegség esetére biztosítottak keresetképtelenségének szabatos, körültekintő és lelkiismeretes megállapításánál még fontosabb és súlyosabb feladat hárul a magyar orvosokra akkor, a midőn a *baleset* folytán nyomorékká lettek munkaképesség-csökkenését kötelesek számszerűen meghatározni és a midőn sokszor az ő szakvéleményüktől tétetik függővé sok munkáscsalád sorsa és boldogulása. A baleseti sérülések körüli orvosi eljáráshoz ma már annyi egészségügyi, jogi és közgazdasági, továbbá socialpolitikai nagy érdek fűződik, hogy a kis kézikönyv, melyet az Országos Munkásbetegsegélyző és Balesetbiztosító Pénztár igazgatósága „Útmutató a baleseti sérülések körüli orvosi eljárásokban“ czím alatt adott ki, mindenképpen megérdemli, hogy annak tanulságos tartalmával orvosaink minél behatóbban foglalkozzanak és az üzemi balesetek okozta munkaképesség-csökkenés megitélésénél szerinte járjanak el.

Csak így lesz remélhető, hogy a kártalanítások mértékével meg nem elégedett sérültek a munkásbiztosításban nem az ő megkárosításukra, hanem inkább az ő javukra szolgáló berendezést fognak látni és majd annak szüksége sem áll be, hogy hosszadalmas pörök útján legyenek kénytelenek a maguk igazát keresni azok, a kiket a baleset amúgy is testileg-lelkileg eléggé sujtott.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

S. Leduc: Théorie physico-chimique de la vie et générations spontanées. Paris, A. Poinet. 1910. 202 lap 8⁰. Ára 5 franc.

Leduc e könyvében ismeretes vizsgálatait foglalja össze, a melyekkel szervetlen vegyületekből „mesterséges növedékeket“ sikerült létrehozni. Ezek létesítésében működő törvények az osmosis és diffusio. Mesterséges sejthártyával, maggal és „cytoplasmával“ biró sejtképeket ferrocyankali-csöppekkel hoz létre üveglapra kiterjesztett gelatinán. A mesterséges növényalakok akkor keletkeznek, ha bizonyos oldható anyagot dobunk olyan oldatba, a mely colloidkicsapódást fejleszt. Ez az anyag magát kicsapott hártyával veszi körül, mely osmosishártyának tekinthető. Ebben nagy a nyomás, ezért, vizet szíva magába, nő, míg falán kis nyílás támad, a melyen tartalma kitódul és újabb sejtet alkot az első mellett hasonló módon és így tovább, míg többsejtű szervezett mesterséges képe jön létre. Az ábrákon nagyon szép ilyen virág, gyökér-, kagyló-, gombaalakú képleteket látni.

Az osmosis-növedék élete sokban hasonlít a valódi növény életéhez, mert a környezetből táplálékot szí, chemiai átalakítást végez, környezetét eltolja, tehát munkát végez. Táplálónedv kering benne, mely kiengedve megalvad. A nedvkeringés néha rhythmusos. E vizsgálatok mutatják, hogy a szerves lények alaki kiképzése szintén chemiai-physikai törvények alapján történik. E kisérletekből *Leduc* azt is következteti, hogy az első élőlények szervetlen anyagokból jöttek régen létre és mert más-más berendezéssel a legkülönfélébb alakokat lehet létrehozni, nem kell felvennünk, hogy az élőlények sokfélesége egyetlen egyszerű alakból fakadt, hanem azt is el lehet képzelni, hogy mindjárt sokféle alak keletkezett.

Kollarits Jenő dr.

S. Freud: Zur Psychopathologie des Alltagslebens. (Ueber Vergessen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum.) Dritte vermehrte Auflage. Berlin, Karger. 1910. 149 lap. 8⁰. Ára 4 márka.

A czímben foglalt kérdésekről *Freud* nagyon sok rendkívül érdekes tapasztalatot szerzett. A ki ezeket megismeri, maga köré nézve, lényegükben a legnagyobb részét megerősítheti. Bár a szerzőt ismeretes túlcsapongó phantasiája itt is nem egy helyen erőszakos magyarázatokra ragadja, mégis ebben a könyvében legkevésbé nyilvánul e hibája. Ezt el kell néznünk, hiszen már *Voltaire* mondotta, hogy az úttörőnek privilegiuma van hibák elkövetésére. *Freud* e könyve mindenkinek nagy élvezetet fog szerezni, a ki elolvassa.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Fehérje-bomlástermékekkel való táplálásról értekezik *Frank* és *Schittenhelm. Abderhalden* kisérletei beigazolták, hogy fermenthatásra vagy savhydrolysis útján elbontott fehérjeemésztési illetve bomlástermékekkel állatokon az éhezésokozta N-veszteség pótalható, sőt N-retentio is érhető el: az aminosavak tehát a táplálék fehérjéjét pótolhatják s így az állati szervezet fehérjesynthesise is megoldottnak tekinthető. Más kérdés azonban, hogy az elbontott fehérje a nativ fehérjével quantitative is egyenértékű-e: a táplálási czélra felhasznált aminosavmennyiségek ugyanis rendszerint jóval meghaladták a szervezet N-szükségletét.

Ennek eldöntésére tehát csak a N-minimumot fedező táplálóanyaggal végzett kisérletekre volt szükség. A szerzők ezirányú vizsgálataikat száraz, sovány tej, caseinnatrium, tojásfehérje és serumalbuminból 3—4 napi pepsinsósavas, majd 4—6 hétig tartó trypsin- és végül 8—10 napi tartamú erepsinemésztés útján nyert *abiuret* anyagokkal végezték, melyek még huzamosabb alkalmazás esetén sem okoztak emésztési zavart. E kisérletek eredményeképp azt találták a szerzők, hogy az aminosavak a nativ fehérjékkel quantitative is teljesen egyenértékűek. E felfedezés fontosságát csak akkor értjük meg tisztán, ha elgondoljuk, hogy ilymódon — aminosavak alakjában — a beteg emberi szervezet fehérjeszükségletét hosszabb időn át úgy tudjuk fedezni, hogy a táplálócsatorna működésére szükségünk sincs. A szerzők egy hysteriás nőbetegen végeztek ez irányban fényes eredménynyel kisérleteket s ezek alapján állíthatják, hogy az ember fehérjeszükségletének aminosavakkal való pótlása per os lehetséges s az emésztőszervek részéről sem jár semminemű kellemetlenséggel. Mindez új utakat jelöl meg számunkra a beteg táplálásánál s klinikai jelentősége egyelőre be sem látható. (München. med. W. 1911. 28. sz.) *Halász Aladár.*

Sebészet.

A gyomorfekély sebészi kezelése. *Wilms* szerint a pyloruson ülő, legtöbbször stenosist okozó fekélyeknél a gastroenteroanastomosis igen jó eredményekkel jár, akár reszekáljuk a fekélyt, akár nem. Relative jó közérzet mellett a szerző a fekélyt reszekálja, a midőn rendszerint a gyomor át lesz metszve és a két vége elzárva. Feltétlenül szükségesnek találja a szerző az ulcus eltávolítását ott, a hol carcinoma-terheltség gyanuja áll fenn.

A kis curvaturán előforduló fekélyeknél a gastroenterostomia post. legtöbbször csak ideiglenes javulást hoz létre. Ennek oka az, hogy a gastroenterostomia a pylorus nyitvamaradása következtében nem működik elég jól, vagy a mélybe ható fekélyek, melyek a szomszédsággal össze van-

nak nőve, okot szolgáltatnak arra, hogy a kis curvatura körül nyirokutak gyuladása jöjjön létre. A gastroenterostomiával egyidőben végzett pyloruselzárás ugyancsak nem használ a mély kráterszerű fekélyeknél. Eltávolításukat a szerző szükségesnek tartja részben a beteg kellemetlenségeinek megszüntetése czéljából, részben hogy a fekélynek carcinomává való elfajulását lehetőleg megakadályozza. Hogy ilyen esetekben csak egyszerű resectio végeztessék-e, avagy a gyomor haránt resectiója, ez a fekély helyétől függ és attól, hogy a resectio után a gyomorfal összevarrható-e.

Ha a szomszéd szervek valamelyike alkotja a fekély alapját, mint például a pankreas, akkor a leghelyesebben úgy járunk el, ha a gyomor falát tompán leválasztjuk, az ulcusnak beszüremkedett szélét reszekáljuk és összevarrjuk. Gyengébb egyéneken a szerző két ülésben végzi ezt a műtétet, először gastroenterostomiát végez és csak később az ulcus resectióját. A szerző tehát azon véleményen van, hogy ha csak lehetséges, az ulcus reszekáltassék.

Borchardt szerint a gyomorfekély sebészi beavatkozásának absolut indicatióját alkotja a pylorusstenosis. Minél inkább előtérbe léptek a stenosis okozta kellemetlenségek, annál jobbak voltak a szerző eredményei műtét után. Csak elvétve használ a szerző gombot, leggyakrabban varr és pedig külön varrja a nyálkahártyát; szerinte ez az anastomosis secundaer zsugorodásától vagy szűkületétől óv meg. Pylorusexcisiót nem végez, mert az egyszerű gastroenterostomia eredményeivel is meg van elégedve.

A pylorus resectiójára csak akkor gondol, ha az ulcusnak carcinomává való elfajulása jöhet szóba. Hogy ezen complicatio tényleg olyan igen gyakori volna, azt a szerző nem meri állítani. *Bergmann* klinikáján (a hol sok tumoros beteget észlelt) szerzett tapasztalatai eléggé bizonyítják, hogy fekélyes avagy heges alapon carcinoma elég ritkán fejlődik. A szerző párhuzamot von az epeköves betegekkel, a kiken ugyancsak ritka a primaer carcinoma avagy mily ritkán fajul el az emlőadenoma carcinomává? Ha már most felveszszük, hogy 100 ulcus-esetben 5 carcinomává alakul is át, nem volna szabad ezen 5 beteg érdekében a többi 95-öt egy eléggé veszélyes műtétnek kitenni!

Számos ulcusnak kórtani vizsgálata bizonyíthatná csak be, hogy a percentuatio nagyobb, mert hisz nem minden atypikus epitheltúlburjánzás tekinthető mindjárt carcinomának.

További indicatiója a műtétnek az idősült recidiváló fekélyek, ha azok igen nagy fájdalmakat és vérzéseket okoznak és a belorvosi kezelés mellett is hosszabb ideig fennállanak. Bár legtöbbször elég jól hat a gastroenterostomia az ilyen esetekben, néha mégis cserben hagyja az operateurt. Az ilyen esetekben a *Payr* és *Riedl* által ajánlott középső gyomorrészlet resectióját végzi. Az eredményekről a szerző még nem számolhat be.

Kiterjedt perigastritisnél — ha előre diagnostizálható — nem operál. Az összenövésekkel járó kellemetlenségek minden újabb beavatkozással csak nagyobbodnak. A fekély perforatiója absolut indicatiót alkot. A fekélyt minden esetben a szerző excisio nélkül összevarrja s a varratot esetleg csepleszszel vagy májjal erősíti. A fekély ellátása után rögtön gastroenterostomiát csinál. A hasürt konyhasóoldattal megtisztítja és drainálja. Eredményei ily esetekben is jók. Homokóragyomornál gastroenterostomiát végez a gyomor cardialis részén. (Medizinische Klinik, 1911. 18. sz.)

Ifj. *Hähn Dezső* dr.

Idegkórtan.

Neuro- és psychopathák epileptoid rohamairól („Affectepilepsie") ír *Brutz*. Degenerált egyéneken előfordulhatnak az epilepsiáshoz teljesen hasonló rohamok a nélkül, hogy valóságos epilepsiát (mint chronikus betegséget) kellene felvennünk. A rohamot tudniillik csakis nagy kedélyi felindulás váltja ki, önként sohasem jelentkezik s az epilepsiás stupor nem fejlődik ki. Ugyancsak ily egyéneken gyakoriak a hysteriás rohamnak megfelelő állapotok is a nélkül, hogy bármely más hysteriás tünetben szenvednének. Végre egész sora van az öntudat kisebb-nagyobb megzavarodásával járó rohamoknak (psychastheniás roham, narkolepsia, sok „szédülés" és „ájulás"), melyeket tisztán lelki felindulás válthat ki degenerált embereken. A szerző ezen tapasztalatai alapján, melyeket főképpen fiatal bűntetteseken szerzett, azt kívánja, hogy a hysteriás és epilepsiás rohamokkal szemben ezen úgynevezett affectusepilepsiát mint egészen más megítélés alá eső kórképet különböztessük meg. (Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, 1911. 1. és 2. sz.) *L.*

Gyermekorvostan.

Tracheotomia-statisztika. Az amsterdami Wilhelmina-kórházban 10 év alatt (1899—1908) végzett *676 tracheotomia statisztikáját* közli *Schippers* (igazgató: *Kuiper*). Közleménye elején megjegyzi, hogy mivel mindinkább igyekeznek a tracheotomia helyett az intubatiót bevezetni, szükségesnek véli e törekvés ellensúlyozásául a tracheotomia mellett lándzsát törni és ennek előnyeit statisztikai adataival bizonyítani. Statisztikai adatai röviden a következők: *676* légcsőmetszést végeztek, 22 eset kivételével mind 10 éven alóli gyermeken, 676 közül *566-on álhártyás gégelob* miatt, itt összmortalitása *22·44%*. A halál okai közt főképpen a tüdőcomplicatióknak jut nagy szerep (*87* = 12·8%), kisebb számmal szerepelnek: nem sikerült műtét, későn végzett műtét, asphyxia, szívhűdés és a bronchusok álhártyás lobja. A tüdőcomplicatiókat, melyek legerősebben vesznek részt a mortalitás százalékában, kissé önkényesen két részre osztja, olyanra, mely már a műtét előtt is fennállott (97) s olyanra, mely csak a műtét után fejlődött (64 eset), a mortalitást ugyan e felosztás egyáltalán nem zavarja, minthogy mindkettőnél majdnem teljesen ugyanaz, az elsőé 52 = 53%, a másiké 35 eset = 54%.

A műtétre vonatkozólag megjegyzi, hogy csaknem minden esetben tracheotomia inferiort végeztek, felnőtteken superiort. Narcosist csak ritkán alkalmaztak, s akkor is csak minimalis mennyiségű chloroformot adtak. A kanül eltávolításánál, ha ennek határául 6 napot vesz, csak 7%-ban voltak zavarai, úgy hogy décanulement retardé nem fenyegetett oly gyakran.

Czikke végén a szerző kimondja, hogy eredményeivel meg van elégedve, mert halálozási százaléka nem nagyobb az intubált esetek halálozási százalékánál sem, azonkívül úgy olvasta (!), hogy az intubálás még kórházban is sok nehézséget okoz. (?!)

Evvel szemben, hivatkozva a budapesti Stefánia-gyermekkórházban tett tapasztalatokra s az itteni intubatiós statisztikára, konstatálhatjuk, hogy:

Laryngitis crouposa esetében az intubatio a tracheotomiával szemben kétségtelenül *enyhébb beavatkozás, könnyen és gyorsan kivihető, nincs szükség szaksegédre és narkosisra, nincs vérzés, nincs sebzés és ennek esetleges fertőzése s kiemelendő azon körülmény is, hogy intubatiónál a levegő a természetes útján kerül a tüdőbe s a kezelés időtartama is rövidebb átlag*. Az intubatio kivitele kétségtelenül gyakorlatot igényel, de e gyakorlat könnyen megszerezhető oly nagy anyaggal rendelkező kórházban, mint a milyen az amsterdami Wilhelmina-kórház.

A mi *Schippers* statisztikai adatait illeti, azok meglehetős zavarosan összeállítottak s nem mindenben fedik egymást, valamint zavarólag hat a fi- és nőnemű betegek adatainak minden különösebb ok nélkül való összehasonlítgatása is. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 1910. 5. füzet.) *Koós* dr.

Venereás betegségek.

A Wassermann-reactiót klinikai szempontból vizsgálta *Johann Almkvist* (Stockholm). Immár öt éve annak, hogy *Wassermann, Neisser* és *Bruck* munkája: „Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis" napvilágot látott. Azóta a reactióról több mint 700 dolgozat jelent meg s úgyszólván valamennyiben kimagaslik az a fölfogás, hogy az új vizsgálati eljárás mily nagy fontosságú a syphilidologiában. A szerző

nagy anyagán főként a következő kérdésekre kereste a feleletet. 1. Mikor áll be először a positiv Wassermann-reactio? 2. Minő annak további lefolyása? Állandóan fönnáll-e a betegség tartama alatt, váltakozik-e egyes periodusokban, avagy teljesen rendszertelenül folyik-e le? 3. Mikor tűnik el véglegesen a positiv reactio? 4. Miképpen viselkednek a különböző gyógyszerek a positiv reactióval szemben? A szerző vizsgálata több mint két évre terjed ki. Kutatása 508 esetre vonatkozik, a vérvizsgálatok száma pedig mintegy 3000-re rúg. A technika az eredeti Wassermann-féle volt, az eltérés csak abban állott, hogy a fölhasznált kivonat nem lueses májból, hanem ép emberszívből készült.

A szerző nézeteit és tapasztalását a következő tételekben foglalja össze: 1. A positiv reactio jóformán a syphilis minden esetében beáll. A beálltának első időpontja kisebb határokon belül ingadozik. Ez az időpont az infectiótól számított 5—10. hétben van. Az első általános kiütést rendesen 3 héttel megelőzi. 2. Első beállta után a positiv reactio további lefolyása változó. A szerző némely esetben egészen 15 hónapig egyhuzamban követhette az állandóan fönnálló positiv seroreactiót, más esetben ismét a positiv reactio változik periodusok szerint a negativval. 3. Hogy végképpen mikor alszik ki a positiv reactio, azt nem lehet meghatározni, mert még egyáltalán nem tudjuk, hogy meddig tarthat a negativ periodus. Az orvos csak azt állapíthatja meg, hogy az esetek egyik csoportjában a reactio hamarosan válik negativvá, a másikban pedig hosszú időn át positiv marad. 4. A kénesőnek kétségtelen a hatása a positiv Wassermann-reactióra, de ez a befolyás a különböző esetekben fölötte változatos. Némely esetben a positiv reactio már a kúra befejezése előtt válik negativvá, más esetben csak a befejezésével körülbelül egyidejűen vagy még később. Vannak azonkivül esetek, a melyekben a reactio eltűnéséhez két kúrára van szükség, sőt fordulnak elő oly esetek is, a melyekben a többszörös kúra is eredménytelenül megy végbe. A positiv seroreactiót néha a jodkalium is negativvá tudja átformálni, a szerző tapasztalása szerint 8 eset között 3-ban. Körülbelül ez a hatása az atoxylnek is. Azon prostituáltakról, a kiken sem az anamnesis, sem pedig a külső vizsgálat syphilist nem tudott kimutatni, kiderült, hogy körülbelül 25%-ban a serologiai vizsgálat positiv reactiót adott. Ilyen módon reagáló esetek azon prostituáltak között is akadtak, a kik éveken át (egyik 17 évig) állandó orvosi ellenőrzés alatt állottak. (Dermatologische Zeitschrift, 1911. XVIII. köt. 6. f.) *Guszman.*

Röntgenologia.

„A Röntgen-sugár alkalmazása a nőorvostanban“ czím alatt az eddigi idevágó irodalmat s a benne foglalt tanulságokat gyüjtötte össze *M. Fraenkel.* A legelső kisérlet Röntgen-sugarakkal állatokon történt s itt állapitották meg azt a tényt, hogy a petefészkekre hat a sugár, de kellő adagolás mellett nem pusztul el a petefészek, hanem csak a működése csökken. 1904-ben *Deutsch* alkalmazta legelőször a Röntgen-kezelést méhizomdaganat ellen s már ez az első kisérlet jó eredménynyel járt. A francziák folytatták a kisérletezést s *Laquerière* 30, majd *Foveau* 45 eredményes esetről számolt be. 1907-ben *Fraenkel* számos eset kapcsán felhivja az orvosvilág figyelmét arra, hogy Röntgen-kezeléssel nemcsak a méhmyoma, hanem más női betegség is gyógyítható, a minő a dysmenorrhea és egyéb vérzések, ideges nemi ingerlékenység stb.. Ezek után szülészek és röntgenologusok vállvetve dolgoztak ez újabb gyógymód kidolgozásában és értékének megállapításában s a fentebb emlitett bajokon kivül az osteomalacia ellen is sikerrel alkalmazták, sőt prophylactice mindott, a hol a nőnek időleges vagy végleges sterilizálása volt szükséges.

Fraenkel szerint a kezelt myomás esetek $^3/_4$ része gyógyul, a myoma a legtöbb esetben erősen kisebbedik, a havi vérzések rendesek lesznek, a közérzet lényegesen javul, a fájdalmak megszűnnek, a hasfeszülés elmúlik, a szivtünetek visszafejlődnek, a nő munkaképes lesz. Hogy az esetek $^1/_4$-ében miért nincs javulás, ennek oka ismeretlen. *Fraenkel* azt tapasztalta, hogy gyógyulékonyság szempontjából submucosus és intramuralis myoma között különbség nincs. Továbbá azt tanácsolja, hogy erősen kivérzett myomás nők inkább Röntgen-kezelésnek, mint műtétnek vetessenek alá, mert az a régebben tapasztalt tény, hogy az első besugárzásra a vérzés fokozódik, a mai újabb technikával elkerülhető. Ma tudjuk, hogy a vérzés fokozása a Röntgen-sugár okozta izgalmi állapot miatt volt, és ezért oly nagy dosist kell adni, hogy mindjárt bénulási szak állhasson elő. Minden felismert myomát kezelni kell, mert kis myoma könnyebben fejlődik vissza s ha ezt elmulasztjuk, nem tudhatjuk, hogy a myoma növekedésével minő nagy vérzések állhatnak elő. Hasonlóképp vélekedik a klimakterikus vérzésekről és a metritises vérzésről. Ily esetekben még fiatal nőkön sem kell sterilisatiótól félni, mert a kezelés félbemaradása után nagyon sokan jutottak terhes állapotba. Ha tekintetbe veszszük, hogy sok esetben a méhet ki kellett irtani a gyógyulás érdekében, valóban hálásak lehetünk a Röntgen-kezelésnek, hogy ennek elkerülésével fájdalmatlanul tudja a vérzéseket megszüntetni.

Albert Schönberg 1909-ben a Röntgen-congressuson számol be megfigyeléseiről. Sok esetben a myoma gyógyulásának elérésére mesterségesen climacteriumot idézett elő s tovább kezelve a myomát, a subjectiv és objectiv javulás feltünő gyors volt. A menorrhagiát is a besugárzással gyógykezelte. Közvetlen a periodus befejeződése után 4 ízben 6—10 perczig kapott sugarakat a beteg, úgyszintén a periodus kezdete előtt pár nappal 2—3-szor 6 perczig. Ilyenkor a panaszok elmultak, a periodus rendes volt. Ha időlegesen teljesen meg akarjuk szüntetni a vérzést, akkor nagyobb sorozatot kell alkalmazni.

A mi a myoma-szív kérdését illeti, *Albers-Schönberg* azon véleményen van, hogy az ilyen nők az életveszélyes vérzés miatt kizárandók a kezelésből, mert előfordult a kezelésében egy eset, hogy myomás beteg a kezelés miatt halálhoz vezető vérzést kapott. Ezen eset azonban egyedül áll az irodalomban s tudjuk, hogy kellő technikával a vérzés veszélye elkerülhető.

Schindler dicsérőleg nyilatkozik a Röntgen-kezelésről. Különösen ott van nagy segitségére az orvosnak és betegnek, a hol a myoma még kicsiny és a műtétre sem az orvos, sem a beteg nem tudja elhatározni magát. *Schindler* tehát minden myomát Röntgennel kezel s az eredményekkel meg van elégedve.

Krönig és *Gauss (Freiburg)* káros hatást nem észlelt a myoma kezelésénél, csupán csak egy-két esetben tapasztalta, hogy e sugarak hatástalanok. Méhvérzéseknél a következő eredményt érték el: 60%-ban amenorrhoeát, 30%-ban oligomenorrhoeát. E szerzők különösen hangsúlyozzák, hogy nagyon vérszegény és szivgyenge nőkre sokkal enyhébb és veszélytelenebb eljárás a Röntgen-kezelés, mint a műtét.

Hasonlóképp nyilatkozik *Haenisch, Lose, Reiherscheid, Bordier, Bardachzi.* Mindegyik szerzőnek voltak esetei, a hol a myoma teljesen eltünt, a vérzések megszüntek. A recidivamentesség utókezeléssel legtöbbször sikerül. Ha nem is tűnik el teljesen a myoma, de legalább is lényegesen kisebbedik.

Faber azt irja, hogy nemcsak a myoma, hanem a nagy uterus is megkisebbedik a kezelés alatt, továbbá climacteriumban jelentkező rendetlen heves vérzéseket teljesen el lehet tüntetni a sugárkezeléssel.

A méhrákkezelésben a Röntgen-kezelés a hozzáfűzött reményeket nem váltotta be.

Szülészeti esetekben is felhasználták e kezelést: megkisérelték diagnosisra alkalmazni, de pl. extrauterin terhességet korai szakban nem lehet felismerni. Abortust lehet előidézni, de ezt sohasem alkalmazzák s csak annyiban fontos, nehogy esetleg más czélból kezelt betegen abortust idézzünk elő. A nő időszakos sterilisatiója elérhető rendszeres kezeléssel. Gümőkóros, szívbajos nőkre hasznot hozó a sterilisatio. Az ily sterilisatiónak megvan az az előnye is a castratio

felett, hogy a kezelés abbahagyásával ismét teherbe juthat a nő. Főleg nagy szerepet fog ez játszani a luetikus nők megóvásában. A míg a lues meg nem gyógyult, sterilizálhatók,

Végül alkalmazhatjuk a kezelést a sexualis neurasthenia fokozott ingerlékenységű alakjain is. (Berlin. klin. Wochenschr. 1911. 17. szám.) *Hruby* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Makacs csuklás esetét ismerteti *Jödicke*, a melyben azzal ért el eredményt, hogy a beteg alsó végtagjait a csípő- és térdizületben behajlítva erősen a has felé nyomta. Megemlíti *Kanngiesser* esetét, a melyben 5 gramm acidum citricum és ugyanannyi natrium bicarbonicum adására szűnt meg a csuklás; nyilván azért, mert a fejlődő szénsav nyomást gyakorolt a diaphragmára. *Réthy* a Nothnagel ajánlotta eljárással ért el eredményt: a gerinczoszlop mentén végig kifejtett erélyes, huzamos nyomkodásra szűnt meg a minden kezeléssel daczolt csuklás. (Medizinische Klinik, 1911. 22. szám.)

Az eusteninnel tett tapasztalatait ismerteti *Hirschfeld* (Moszkva). Az eustenin, a melyet Noorden tanár klinikájáról ajánlottak először, a jodnatrium kettős sója theobrominnal. Használata javalt mindazon esetekben, a melyekben a jod használata kívánatos; előnye az egyszerű jod-medicatióval szemben az, hogy a theobromin a maga részéről szintén csökkenti a vérnyomást. Az eustenin meglehetős gyorsan és biztosan hat, kellemetlen melléktüneteket huzamosabb használat esetén sem okoz. 0·5—1·0 grammos adagokban rendelhető naponként 3—4-szer, poralakban, ostyában. (Nowoje W. Medicinie, 1911. 2. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 29. szám. *Vértes Oszkár* és *Zacher Pál*: A méhnyak sarcomája. *Porosz Mór*: A sexualis álmok jelentősége és értelmezése.

Orvosok lapja, 1911. 29. szám. *Glück Tibor*: Az asthmarohamok coupirozása és gyógykezelése. *Socialis egészségügy* mellékletben *Szana Sándor*: Az elhagyott gyermek socialhygienejének nyilt kérdéséről. *Szervátzky Imre*: A szobahygiene javításának egy egyszerű és költségnélküli eszköze.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 29. szám. *Parassin József:* A gümös mellhártyaizzadmányok autoserotherapiája. *Arányi Zsigmond*: A habitualis obstipatio physicotherapiája.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Korányi Sándor* dr.-t Sárréten körorvossá, *Mandel Miksa* dr.-t Resiczabányán járási orvossá nevezték ki.

Választás. *Liebmann Vilmos* dr.-t Bajsán és *Vollweiter János* dr.-t Újszivácson községi orvossá választották.

Új orvoskari magántanárok. A vallás- és közoktatásügyi minister *Bencze Gyula* dr.-nak, a budapesti tud.-egyetemi III. számú belorvostani katedra tanársegédének a belorvostani diagnostikából és *Herzog Ferencz* dr.-nak, a budapesti tud.-egyetemi II. számú belorvostani katedra tanársegédének ugyancsak a belorvostani diagnostikából egyetemi magántanárrá való képesítését megerősítette.

A budapesti I. sz. női klinikán júniusban 191 magzat született 167 élő, 24 halott, 100 fiú, 81 leány, 10 kérdéses nemű (embryo). — Az ugyanezen klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika júniusban 111 esetben nyujtott segítséget, 103 műtéttel.

A budapesti poliklinikán június havában 4345 új beteget kezeltek; a rendelések száma 11529 volt. Legtöbb rendelés esett a sebészeti osztályra (1696), utána következtek az orr-, torok- és gégebántalmak (1520), belorvostan (1269), idegbajok (1109), férfi nemi szervek bajai (1097), szemészet (1044) stb.

A tuberculosis-congressus elhalasztása. A folyó évi szeptember hóra Rómában tervezett VII. nemzetközi tuberculosis-congressust 1912 évi április hóra halasztották.

Személyi hírek külföldről. *Sahli* professort, a belorvostan tanárát Bernben, meghívták a strassburgi egyetemre, de ő a meghívást nem fogadta el. — *G. Killian* tanár, a jeles freiburgi laryngologus, a berlin egyetemre megy mint *Fränkel* tanár utódja.

Meghalt. *H. Senator* dr., a berlini egyetem prof. ordin. honorariusa, az egyetemi belorvostani poliklinika vezetője, 77 éves korában, július 14.-én. Az elhunytban a berlini egyetem egyik legkiválóbb klinikusát veszti el. Tudományos munkálatai közül kiemelendők azok, a melyek a lázra és kezelésére, az albuminuriára ép és beteg állapotban, a mozgatókészülék betegségeire, a czukorbetegségre és a vesebajokra vonatkoznak. — *E Grawitz* dr., berlini egyetemi magántanár, kórházi főorvos, július 11.-én 51 éves korában. Az elhunyt egyike volt a legkiválóbb kutatóknak a haematologia terén. — *M. S. Dobrotvorszkij* dr., a szentpétervári psychoneurologiai intézet tanára, 56 éves korában.

I. Napoleon bonczolásának jegyzőkönyve. Napoleon, éppúgy mint az apja, gyomorrákban halt meg, 1821 május 5.-én, 52 éves korában. Utolsó betegségében egy angol orvos, *A. Albott* dr. gyógyította, a ki egy kis füzetben közzé is tette a nagy ex-császár betegségének és halálának a leírását, a bonczolás eredményével együtt. A bonczolási jegyzőkönyv a következőket mondja „A test már külső megtekintésre is elhízottnak látszott s ez beigazolódott rámetszéskor is: a szegycsont felett egy hüvelyknyi, a hason másfél hüvelyknyi zsírréteg volt. Átmetszve a bordaporczogókat, a tüdőket épnek találtuk, a bal tüdő csekély odanövésén kívül. A bal mellkasfélben 3 uncia, a jobban 8 uncia vöröses folyadék volt. A szív rendes nagyságú, de felszínen vastag zsírréteggel fedett volt; a pitvarokon és kamrákon semmi rendelleneset sem láttunk, az izomzat halvány színén kívül. Megnyitva a hasüreget, feltűnt a hájjal dúsan megrakott cseplesz. A gyomor súlyos megbetegedés fészkének bizonyult. Egész elülső felszínén, kivált a pylorus felé, oda volt nőve a máj bal karélyához s mikor a kettőt szétválasztottuk, a pylorustól egy hüvelyknyire a gyomor összes rétegein áthatoló fekélyt vettünk észre, a mely a kis ujjat is befogadta. A gyomor belső felszínét a cardia tájékának leszámításával véges-végig scirrhus foglalta el, kivált a pylorus táján A gyomrot nagy mennyiségű kávéaljszerű folyadék töltötte ki. A máj bal karélyán oda volt nőve a rekeszhez, egyébként azonban épnek látszott, éppúgy a többi hasi zsiger is. Csak a bal vesén tünt fel valami kis alakbeli rendellenesség.“ *Albott* csodálkozását fejezi ki, hogy olyan mértékletes ember, mint Napoleon, a ki soha életében sem az evésben, sem az ivásban nem excedált, mégis gyomorrákban pusztult el.

A Városmajor-szanatórium r.-t. igazgatósága a szanatóriumot átadta *Kozmutza* Béla dr. eddigi igazgató-főorvosnak, a ki több mint félévi vezetése alatt felvirágoztatta az intézetet és annak kedvező fekvését kihasználta a modern therapia minden eszközének alkalmazására. Igy jutott a Vaskovits-féle intézet ismét orvosi tulajdonba. Az igazgató-főorvos körül egy főorvos és két alorvos működik állandóan.

Városmajor szanatórium és vízgyógyintézet
Budapest, Városmajor-utcza 74. — Telefon 88—99.
Emésztő szervek betegségei, anyagcserebántalmak, czukorbetegség, máj-, epekő-, vesebajok, neurasthenia, hátgerinczsorvadás ellen, soványító- és hizlalókúrák esetére. — Felvétel a szanatóriumban egész nap. — Igazgató-főorvos: **csernyefalvi dr. Kozmutza Béla.**

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

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

Kopitz Jenő dr. orthopaediai intézetét **VII., Nyár-u. 22. sz.** alá (a Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Orvosi laboratorium: Dr. MÁTRAI GÁBOR v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39.

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

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd, VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Védjegy.

Orvosi műszerek, kötszerek, villanygépek, legjobb **sérvkötők,** haskötők, összes betegápolási tárgyak és **gummiárúk** elsőrendű minőségben jutányosan kaphatók:
POLGÁR SÁNDOR, Budapest, VII. ker., Erzsébet-körút 50.
— Legújabb nagy képes **főárjegyzék** bérmentve. — Javitásokat elfogad. (Alapitva 1892.) Telefon 583.

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

BAD HALL ⊡ OBERÖSTERREICH
Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes tudományos ülés 1911 április 22.-én). 539. l. — A Magyar Sebésztársaság IV. nagygyűlése. 541. l. — A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése 543. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tud. ülés 1911 április 22.-én.)

Elnök: **Szontágh Félix.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

Salvarsan-befecskendés után beállott teljes siketség.

Neubauer Adolf: H. György 25 éves mészárossegéd folyó év február 21.-én jelentkezett ama panaszszal, hogy még tíz nap előtt jól hallott, de ez idő óta állandó fülzúgásban és szédülésben szenved, hallóképessége ma már annyira csökkent, hogy most már környezetével sem tud érintkezni. Írásbeli kérdezésünkre előadta, hogy baloldali lágyéktájékán mirigydaganata volt, a mely több ízben ismétlődött. Ez év január elején ismételten észrevette, hogy lágyéktájékán fájdalmatlan daganata keletkezik. Miután a katonaságnál, a hol mint tüzér 1910 szeptember 20.-áig szolgált, több ilyen daganatot látott, a melyek *Ehrlich* „606“ után visszafejlődtek, ő is elhatározta magát, hogy ilyen befecskendést végeztet magán. Syphilise állítólag nem volt. Két és fél év előtt volt ulcusa a penisén, a melyet a 18. sz. katonai kórházban lágyfekélynek jeleztek, a mely jodoform-kötésre pár nap alatt gyógyult. Bőrkiütése nem volt. 1911 január 13.-án, értesülésünk szerint előző vérvizsgálat nélkül, saját kérésére ambulanter 0·50 gr. salvarsant kapott. E befecskendés után a beteg hazament és nyolcz napig otthon tartózkodott. A befecskendés után második napon 39·2 C° volt a hőmérséke, a hőemelkedés két napig tartott. Pár nap után lágyékdaganata elmult, jól érezte magát és hallóképességén hiányt nem észlelt. Négy hét után vette észre, hogy előbb a bal füle és később a jobb füle is erősen zúgni kezd, szédül és hallóképessége napról-napra csökken. Február 21.-én fülvizsgálat: Mindkét oldalt negativ dobhártyalelet, a hallóképesség teljes hiányával, úgy hogy a fülébe kiabált szavakat sem hallja. A C-256 hangvillát egyik fülön sem hallja, csontvezetés csak a bal mastoidealis tájon 1—2 napig. *Rinne* és *Weber* nem mutatható ki. Kisfokú spontan nystagmus mindkét oldalt. Calorikus, rotatorius nystagmus mindkét oldalt kiváltható. Márczius 21.-én szemfenék vizsgálata. (*Vidéky* dr.) Ép szemfenék, normalis látóképesség. Márczius 23.-án bőrgyógyászati vizsgálat (*Schein* dr.). Baloldalt az axillaris, inguinalis és cubitalis mirigyek duzzadtak, a glanson kerekded heg. Különben semmi lueses elváltozás. Márczius 25.-én *Vas* dr. végzett vérvizsgálatot, melynek eredménye negativ Wassermann. Márczius 24.-én mutattam be a beteget a „Budapesti Orvosegyesület“ fülészeti szakosztályán, mely alkalommal mindkét oldalt teljes siketség állott fenn. Azóta a beteg húszszor 5 gr. unguent. hydrarg. cin.-t kent fel és 20 gr. jodkalit szedett. Ugyancsak ezen idő óta 1 milliamp. galvanáramú villanyozásban részesült. Hallóképessége azóta a jobb fülön csekélyet javult, úgy hogy a C-hangvillát és a fülébe kiabált egyes szavakat meghallja, míg baloldalt ma is teljes siketség áll fenn. A calorikus rotatorius nystagmus mindkét oldalt ma is kiváltható. Ha a hallóképesség nem javul, bizonyos idő elteltével ismételt vérvizsgálat után egy vagy két salvarsan-befecskendezést szándékozom végezni, mely felvilágosításul fog szolgálni, hogy *Ehrlich* állítása esetemre is vonatkozhatik-e, mert az esetben a befecskendezésre a tüneteknek vissza kell fejlődniök, ellenkező esetben pedig negativ Wassermann mellett ezen labyrinthalis siketséget a salvarsan toxikus hatása folytán beállottnak kell tekintenünk. Esetem észlelése folytán anyagi és erkölcsi felelősség elkerülése végett a „Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár“ salvarsan-befecskendezést csak előzetes reversalis vétele után alkalmaz. Ezen elővigyázat azt hiszem helyénvaló az összes pénztároknál, sőt a magángyakorlatban is.

Sugár K. Márton: A kir. orvosegyesületben 1910 november 19.-én folyt tudományos vita alkalmával volt alkalmam egy beteget bemutatni, a ki a salvarsannal való kezelés után kétoldali teljes acusticus-bántalmakat szerzett. Észleletem azóta kibővítve az „Orvosi Hetilap 1911 február 5-én megjelent számában látott napvilágot. Az Ehrlich-szerrel szemben a kir. orvosegyletben megnyilvánult nagy lelkesedés igen megingatott bizalmamban, miért is *Urbantschitsch* tanárhoz fordultam tanácsért, vajjon helyesen értelmezem-e az esetet. *Urbantschitsch* azt válaszolta, hogy klinikáján a hasonló esetek egész sorozatát észlelte. Esetem chronologice is az első az irodalomban. Azóta már annyira kialakult a vélemény e téren, hogy *Tomasczewszki*, *Lasser* berlini tanár kiváló munkatársa, a salvarsankezelésből kizárja az összes hallóidegbántalmakat, akár syphilises eredetűek ezek, akár nem, továbbá az összes eseteket, melyek salvarsan befecskendezésére labyrinthbántalom jeleit mutatják. A bemutató mindenesetre hálára kötelezett minket, hogy esetével a fontos kérdés tisztázásához hozzájárult. Ott, hol négy héttel a salvarsan befecskendezése után jelentkezik a hallóidegbántalom, nem lehet szó arról, hogy csak a Herxheimer-reactio egy válfajával van dolgunk, hanem valószínűbb a salvarsan neurotrop, idegkárosító, toxikus hatása. E mellett bizonyítanak az egészséges fülű, éphallású egyéneken támadt reactiós jelenségek a hallóideg részéről. Különösen a nervus vestibularisnak igen ritka izolált kiküszöbölése, a mely szédüléssel, egyensúlyzavarokkal, hányással, nystagmus rotatoriussal az egészséges oldal felé, hő- és forgási reactio hiányával jár, nagyon gyakori a salvarsan-befecskendezés után.

Bonczolástanilag is magyarázhatók ezek a bántalmak, mert *Röttig* éppen *Ehrlich* intézetében a közönséges egereket arsacetinnel japán tánczoló egerekké tudta átváltoztatni és a leölt állatok labyrinthusában a n. vestibularis izolált elfajulását észlelte szövettanilag. Kéneső befecskendezése után is észleltek itt-ott hasonló hallóidegbántalmakat, különösen oldékony kénesősók — így az asurol — alkalmazása után, de a salvarsannal való kezelés után feltünően halmozódnak az észleletek. A salvarsannál nemcsak a rohamos resorptio, hanem a neurotrop hatás is szerepet játszik.

Mindazonáltal a beállott toxikus neuritis az esetek egy részében jó prognosist ad, mert utólagos kénesőkezelésre, vagy salvarsan-befecskendezésre visszafejlődik és ekkor csak syphilisrecidivának bizonyul. *Finger* két esetében azonban irreparabilisnek bizonyult a baj.

A világ összes tudományos egyesületeit foglalkoztatja ma a salvarsannak káros hatása a hallóidegre! Így nemrég a berlini fülorvosi egyesületben *Wechselmann* kifejtette, hogy a salvarsan toxikus hatása ellen bizonyít, hogy csak az egyik oldalon támad a hallóidegbántalom, továbbá a más idegeken is észlelt bénulás. Való igaz, hogy az acusticus-bántalom többnyire kétoldalú és hogy a salvarsannak különös affinitása van az idegszövethez, de különösen a hallóideghez. Fülorvosi szempontból különösen ellenjavalják a salvarsan használatát a kezdődő otosclerosis esetek, a hallóideg területén jelentkező bántalmak, akár syphilises eredetűek, akár nem, továbbá a befecskendezés után labyrinthustüneteket mutató esetek, mint azt *Tomasczewski* is helyesen kifejtette.

Rejtő Sándor: Nem tudom aláírni az előttem szóló kartárs úr határozott contraindicatióit. A kerületi munkásbiztosító pénztár rendelésén kétszer volt alkalmam lueses labyrinthusmegbetegedés esetén a salvarsant alkalmazni. *Guszman* dr. végezte a Wassermann-reactiót, mely mindkét esetben erősen positiv volt, ő adta az injectiót is és az eredmény mindkét esetben javulás volt.

Mindenesetre jó, ha látunk ilyen szerencsétlen eseteket, jó ha reversalist veszünk betegeinktől, de azért nem vetem el a salvarsant.

Hasonlóképpen magánrendelésemen is volt esetem, hol a kínzó fülzúgások megszüntek lueses labyrinthus-bajban szenvedőn salvarsan után.

Pogány Ödön: *Beck* az osztr. otologiai egyesületben beteget mutatott be, a ki Ehrlich-féle oltás után megsiketült. E süketség erélyes kénesőkúrára sem javult, majd pilocarpint fecskendezett a bőr alá, mire a beteg hallása lényegesen javult s a vizeletben arsen volt kimutatható. Mennél több volt az arsen a vizeletben, annál jobb lett a beteg hallása. Ezen észlelet az arsen toxikus hatása mellett szól. Hogy az eddig észlelt süketség-esetekben ép volt-e előzőleg a fül, azt nem lehet tudni, mert előző fülvizsgálat nem történt.

Legújabban két esetet észleltem a zsidó kórházban. Az egyik kétoldali lueses acusticus-megbetegedés, mely arsenobenzolra szépen javult (társalgó beszéd 0·30 m.-ről 3 m.-re a 3. napon). Azóta nem láttam a beteget.

A másik öröklött lues folytán beálló teljes kétoldali süketség, mely arsenobenzolra 1 napig javult (társalgó beszédet 25 cm.-ről hallott, míg az oltás előtt semmit sem), de sajnos a 2. naptól kezdve újból teljesen visszatért, mely állapot azóta semmit sem változott.

Preis K.: Az eset közléséért csak hálásak lehetünk, mert tompítólag hathat azon önző czélú reklámra, melyet egyesek még most is űznek. Hogy mi a tudományos magyarázata a süketülésnek, ez mit sem

változtat azon gyakorlati következtetésen, melyet az ilyen szomorú esetekből vonnunk kell. A gyakorlati therapia szempontjából elegendő azon most már mindenki által elismert ténynek a megállapítása, hogy salvarsan után a súlyos neurorecidivák eléggé gyakoriak és legalább is sokkal gyakoriabbak, mint az *Ehrlich* előtti időben. De saját tapasztalataim, valamint az eddigi irodalomból vett adatok alapján most már általánosíthatjuk is a tételt és azt mondhatjuk, hogy salvarsan után, különösen annak intravenosus alkalmazása után, a recidivák nemcsak gyakoriabbak és korábban állanak be, mint kiadós kénesőkezelés után, hanem rendszerint sokkal súlyosabb természetűek is. Így többek között egy esetben 3 héttel a salvarsan-injectio után rendkívül súlyos psychikus zavart láttam kifejlődni és 2 esetben gonitis lueticát, melyet én legalább eddig még nem észleltem. Különben is ismert tény, melyet *Neisser* már évekkel ezelőtt hangoztatott, hogy minden gyorsan ható antilueticum, ha nem alkalmaztatik kellő hosszú időn át, gyors és rendszerint súlyosabb természetű recidivához vezet, a mint láthatjuk ezt pl. az asurolnál, mely gyors hatás dolgában igen közel áll a salvarsanhoz.

Hogy utóbbi szer a már meglevő fülzúgást eleinte fokozza, azt én is ismételten észleltem.

Mindezek alapján most már bátran és nyiltan kimondhatjuk azt a tételt, *hogy a salvarsan magában (kéneső nélkül) a syphilis kezelésére általában alkalmatlan, sőt egyenesen ellenjavalt.*

Bizonyos *syphilidek* kezelésére alkalmasnak, sőt csodás hatásúnak látszik ugyan, de nincs benne sok köszönet, mert csakhamar beáll a sokkal súlyosabb természetű recidiva. Különösen kontraindikált az intravenosus injectio, mert a gyógyhatás jelzett minősége mellett a beteget semmiféle veszélynek kitenni nem szabad, pedig az intravenosus injectióba már eddig is elegen belehaltak, apoplexiát szenvedtek stb. Az erre vonatkozó eseteket részben már közölték, de — mint joggal feltehető — nagyobb részben még nem. Különösen a gyakorló orvos óvakodjék az intravenosus injectiót ajánlani, mert balsiker esetén egyedül ő issza meg a levét, míg a végrehajtó specialista biztos háttérben marad.

Mindezzel semmit sem vontam vissza azon régebbi kijelentésemből, hogy a salvarsan megbecsülhetetlen meggazdagítását jelenti syphilis elleni gyógykincsünknek, csak követelem, mint már eleve tettem, az előzetes vagy utólagos kiadós, erélyes kéneső-jod-kezelést, mely mellett az ilyen súlyos idegtünetek, melyeket én is a salvarsan által megvadított syphilis szüleményeinek tartok, remélhetőleg nem fognak előfordulni.

Guszman József: Nem óhajt ez alkalommal a salvarsan kétségtelen és el nem vitázható jó hatásáról szólni, hanem azokra a káros jelenségekre kiván röviden kitérni, a melyek most szóba jöttek s a melyek nem is oly nagyon ritkán jelentkeznek. Az injectio kapcsán támadt többé-kevésbé súlyosabb tünetek általában háromféle módon állhatnak elő: 1. az injectio technikájából kifolyóan, 2. a szer közvetlen toxikus hatásából s végül 3. a jelentkező recidivák olykor sajátságos és súlyos voltából.

A technika körüli bajok, bármely eljárást követünk, kellő gyakorlattal a legtöbbször elkerülhetők, mindenesetre súlyosabb bajoktól nem igen kell tartanunk.

A szer toxikus hatásából esetlegesen létrejövő bajok természetesen még az esetek gondos latolgatása és kiválasztása mellett sem kerülhetők el mindig. A figyelem eddig leginkább az idegrendszert érő toxikus hatásokra irányult. Csak újabban derült ki, hogy a vese részéről is fenyegethet veszedelem.

A recidivákról általában az mondható, hogy eleinte sűrün jelentkeznek és feltünő, hogy gyakran nemcsak súlyosabbak, hanem sok tekintetben eltérők is azoktól, a melyeket eddig a kénesős kezelés után tapasztalhattunk. Erre nézve kórházi rendeléséből néhány esetet ismertet. Mindez a tapasztalás azonban csak fokozott figyelemre szorithatja az orvost és arra is, hogy a salvarsannak egyelőre csak szükebb kört szabjon, mert az egész salvarsan-kérdés még vizsgálat alatt van. Nem szabad másfelől azokat a kiváló eredményeket sem szem elől téveszteni, a melyekről minden kisérletező saját tapasztalásából tudomást szerezhetett.

Szontágh Félix: *Preis* felszólalásával szemben megjegyzi, hogy veleszületett luesben a gonitis luetica elég gyakori és még a felnőtt korban is a kétoldali hydrops genus nagyon gyanus luesre. Szerzett luesben nem tudom, hogyan áll a dolog.

Preis Károly: Szerzett luesben ritkaság a gonitis.

Neubauer Adolf: Esetét azért mutatta be, hogy figyelmeztesse a kartársakat a salvarsan toxikus hatására, hogy az indicatiót szükebb határok közé szorítsák. Esete *Ehrlich* azon nézete ellen is szól, hogy a lues kiújulása okozza a rosszabbodást, mert esete nem lévén lueses, a siketséget directe a salvarsan toxikus volta okozta. Tehát ez *Beck* nézetét erősíti meg.

A bolyhos golyváról.

Verebély Tibor: Az elmult $2^1/_4$ év alatt 4 esetet volt alkalma észlelni, 3-at megoperálni, a mely eseteknek pontos vizsgálatából alakult ki meggyőződése, a mely eltér a jelenleg általában divatos *Kocher-Langhans*-féle felfogástól. Az eddig ismertetett ilyen esetek száma 29. A bemutatott 13 éves nőn 9 év alatt két előrement kisebb műtét után fejlődött ki a férfiökölnyi rossztermészetű golyva, a melyet a bemutató $1^1/_2$ év előtt irtott ki. Noha a golyva a bőrrel, az izomzattal, a légcsővel és a gégeideggel összekapaszkodott, tehát a bőrnek, az összes elülső nyakizmoknak, a légcső két porczának kiirtása és a recurrens resectiója volt szükséges, a beteg jelenleg jól érzi magát, recidivamentes, légzés- és beszédzavarai nincsenek.

A kiirtott daganat szép példánya a *Langhans*-féle papillomának, jellemző rosszindulatú hajlammal. Anatomiai és mikroskopi képében olyannyira előtérben áll a bolyhos szerkezet, épp úgy, mint a többi ilyen esetben is, hogy természetes követelménynek látszik e golyváknak összefoglalása közös néven. E megnevezésre azonban nem tartja szerencsésnek sem a *Langhans* ajánlotta papilloma, sem a *Kocher*-tól származó cystopapilloma, adenopapilloma, illetve adenocarcinoma cylindrocellulare papillare nevet. Azt ajánlja, hogy nevezzük az ilyen daganatot is strumának, hozzátéve a papillaris jelzőt; az eddig ismert fajok jelölésére a struma cystica papillaris, struma maligna papillaris és struma maligna cystopapillaris elnevezéseket használja. A bolyhos golyvákat nem hajlandó sem a postbranchialis testből, sem a foetalis adenomákból származtatni vagy más fejlődési rendellenességre visszavezetni; azt tartja, hogy a bolyhos szövetet a fokozott regeneratióra szorított pajzsmirigy maga hozza létre, a mint azt mikroskopi képeken kívül állatkisérletekkel is iparkodik bizonyítani.

Gyermekkori fodortömlő esete.

Verebély Tibor: A 4 éves leánykát néhány héttel ezelőtt ileus tüneteivel hozták *Szontágh* tanár osztályára, a hol felvételkor a bélelzáródás enyhe tünetei mellett a bal hasfelet elfoglaló, az erős défense miatt nehezen elhatárolható daganatot találtak. Az idején alkalmazott eljárások hatására azonban nemcsak az occlusio tünetei szűntek meg, de a daganat is eltűnt, úgy hogy a sürgős beavatkozástól elálltak. Minthogy azonban a narcosisban végzett vizsgálat egy rendkívül szabadon mozgó férfiökölnyi daganatot derített ki s minthogy az anamnesis ilyetén ileusos rohamoknak ismétlődésére utalt, à froid operálta meg az ileusnak a daganatban feltételezhető okát. A laparotomia alkalmával ez a daganat fodorbeli tömlőnek bizonyult, még pedig az általában is, de kivált a gyermekkorban ritka mesenterialis cysták azon fajának, a mely falának vékonysága és bő erezettsége, a bélfallal való benső összefüggése és sokszorossága miatt már eleve kizárja az egyszerű kihámozást. A tömlőt ezért a hozzátartozó béldarabbal együtt irtotta ki, a kiirtás után antiperistaltikás oldalsó entero-enteroanastomosist készítve. Zavartalan gyógyulás. A kiirtott többszörös tömlő bonczolástani jellegei mesenterialis tömlőre utalnak, a melyeknek osztályozását a régibb *Hahn*-féle beosztás helyett a fal bélése szerint ajánlja, megkülönböztetvén: kötőszövetes, endothelialis és epithelialis tömlőket. A kiirtott daganat endothelialis bélésű s mint ilyen, keletkezésében vitás. Valamennyi fodortömlőnek a klinikai jelentőségét az adja, hogy hosszú kocsányú intraperitonealis cysták lévén, a csavarodásra hajlamosak. A csavarodásban részt vesz a bél is, a mi ileust okoz. Ezen recidiváló ileusnak klasszikus példája a bemutatott eset, a mely a gyermekkorban alig néhányszor sikeresen operált ilyen tömlők számát gyarapítja.

Szontágh Félix: A diagnosishoz kiván hozzászólni. A roham alatt a daganat nemcsak jól volt palpálható, hanem szinte látható is volt, a rohammentes időben azonban eltűnt.

A kis leányoknak cyclikus hányása, ha más okot ki lehet zárni, hysteria jele. Néha kocsánycsavarodás okoz hányást, de ez peritonitissel jár. Egy esetében 9 éves leányban cystakocsánycsavarodás állott be, mely korán operáltatott, de azért mégis elpusztult a beteg.

Mennyiben specifikus a Pirquet-reactióban mutatkozó allergia?

Tezner Ernő. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Szontágh Félix: A *Pirquet*-féle oltás specificitásában nem hisz. Ez egyéni meggyőződése. Más úton közeledett a kérdéshez: diphtheria és typhustoxinnal kisérletezett, a melyet *Preisz* tanártól kapott. A kisérletek még nincsenek befejezve.

Diphtheria-toxinnal némely gyermeken gyönyörű bőrreactiókat lehetett kiváltani, 1 cm. átmérőjű persistáló papulákat, melyek 8 nap mulva desquamáltak. Diphtheriára nem jellegző a reactio, bármely más betegségben is beáll.

Továbbá azt hiszi, hogy nem idegenfehérje-reactio a tünet, hanem toxinreactio.

Semmiféle fehérjére nem kapott ilyen reactiót, de ha toxinhoz antitoxint tett, akkor a cutan reactio kisebb lett. Nem a felhigítás okozta, mert aqua destillatával keverve, erősebb lett megint a reactio. Tehát az antitoxin közömbösítette a toxint. A typhustoxinról még nincs elegendő tapasztalata, de erről sem lehet mondani, hogy specifikus. A bacteriumokra beálló cutan reactiók biztossá teszik, hogy az exanthema nem bacterium-, hanem toxinhatás. Ez áll a vörhenyről is. Ezek bővebb taglalásába azonban most nem megy bele.

Tezner Ernő: A *Szontágh* által elmondottak teljesen megfelelnek annak, a mit a szóló is gondol.

A Magyar Sebésztársaság negyedik nagygyűlése.

Budapest, 1911 junius 1—3.

Ismerteti: *Gergő Imre* dr.

(Folytatás.)

Negyedik tudományos üles.

Ezen ülésen a harmadik főkérdés, *a sérvek gyökeres gyógyításának kérdése* került tárgyalásra.

Referensek voltak: *lágyék- és czombsérvekre Fáykiss Ferencz* (Budapest), *hasfali sérvekre Borbély Samu* (Torda) és a *gyermekkori sérvekre Winternitz Arnold* (Budapest).

Fáykiss Ferencz tárgyát több mint 4000 gyökeres sérvműtét kapcsán dolgozta fel, melyet *Réczey* tanár II. számú klinikáján végeztek 1892 óta.

Elsősorban a lágyéksérvek gyökeres gyógyításának különböző módjait a primitiv eljárásoktól kezdve az újabb, legtökéletesebb módszerekig ismertette. *Réczey* professor klinikáján az eredeti *Bassini*-eljárást némi módosítással végzik. A peritonealis tölcsér teljes eltüntetése czéljából *Réczey* professor a tömlőt teljesen kifejti a szomszédságából, a nyakat jó magasan kipraeparálja, matrácz-varrattal kiteríti, a varrat felett a tömlőt átvágja, eltávolítja és a csonkot szűcsvarrattal elzárja.

Réczey egy másik módosítása pedig abban áll, hogy az ondózsinór felett nemcsak az obliquus externus aponeurosisának sebszéleit egyesíti, hanem a külső lágyékgyűrű helyén túl a herezacskó felé az ondózsinórt fedő és a műtétkor átmetszett rétegek sebszéleit is egyesíti szűcsvarrattal. Ezzel holt ürök keletkezésének és utólagos vérömlések képződésének veszi elejét.

A fontosabb tapasztalatokat *Fáykiss* statisztikai táblázatokban is közölte. Az alkalmazott eljárás oly tökéletesen felel meg minden követelménynek, hogy, még a legsúlyosabb eseteket is tekintetbe véve, lágyéksérveknél alig 4% a kiújulási százalék. Volt oly recidiva is, mely 15 évvel a műtét után jött létre; éppen ezért rövid megfigyelési idő, 1—2 év, a végleges gyógyulás megállapítására nem elegendő.

A továbbiakban *Fáykiss* a II. számú sebészeti klinikán operált 558 kizárt sérv körül szerzett tapasztalatokat részletezi. Ezek közül 95 beteg halt meg, a legtöbb esetben a műtétet követő 1. vagy 2. nap, leggyakrabban hashártyagyuladás folytán. Az esetek túlnyomó részében a hashártyagyuladás már a műtét előtt is fennállott és a műtétet semmiben sem befolyásolta.

A czombsérvek műtétekor *Réczey* professor úgy jár el, hogy a tömlő kiirtását, a tömlőcsonk sebszéleinek elvarrását hasonlóképpen végzi, mint a lágyéksérveknél. A Poupart-szalagot és a plica falciformis széleit a musc. pectineus fasciájával a kapu egész szélességében egyesíti, a felületes czombpólyát külön is összevarrja.

Fáykiss referatumának főbb következtetései a következők:

1. Lágyéksérvekre nézve ez idő szerint még mindig a legtökéletesebb eljárás a *Bassini*-féle, a melynek lényegét a különböző módosítások meg nem változtatják.

2. A hasfalak nagyfokú petyhüdtségénél, többszörösen kiújult sérveknél, tágas sérvkapunál számításba jöhetnek a különböző plastikai eljárások, különösen a fascia- és izomfascia-plastikák, kivételesen a csonthártya- és csontlebenyplastikák, még ritkábban a heteroplastikus ellátások, betétek stb.

3. Czombsérveknél még mindig nem rendelkezünk olyan megbízható eljárással, mint a minő a lágyéksérveknél a *Bassini*-féle műtét, minek oka a boncztani viszonyokban rejlik; azonban az egyszerű és könnyen kivihető eljárásoknak itt is előnyt kell adnunk a bonyolult műtéti módok fölött.

4. Az összes nasználatos műtéti eljárások egyike sem képes arra, hogy a bekövetkezendő kiújulás ellen biztosítékot nyujtson.

Borbély Samu (Torda) a *hasfali sérvek keletkezését, anatomiáját és ezen sérvek gyökeres műtétének mai állását fejtegette* 92 hasfali sérveset kapcsán. Híve *Pfannenstiel* metszésének, nagyobb hasfali sérvek esetén pedig *Mayo Robson* módszerét ajánlja.

Winternitz Arnold (Budapest) *a gyermekkori sérvek sebészi kezelését méltatta* 1146 lágyéksérv kapcsán, melyet az utolsó 10 év alatt a Stefánia-gyermekkórházban operált. Kimutatva azon tényezőket, melyek újszülötteken és gyermekeken a lágyéksérvek képződésében szerepelnek. Ezen tényezők a proc. vaginalis nyitvamaradásán kívül:

1. az inguinalis csatorna sajátos szerkezete, rövid és meredek volta;

2. a hasprés, melynek túlságos működését a legkülönbözőbb gyermekbetegségek (enteritis, dyspepsia, obstipatio, pertussis stb.) váltják ki.

Winternitz ezenkívül a gyermekek sérvével összefüggő 2 elváltozást, a hydrocele funiculit és az ectopia testiculi illetve ovariit ismertette behatóan.

Tapasztalatai szerint a legszigorúbb sérvkötő-hordás mellett sem számíthatunk a sérvtömlő obliteratiójára; a sérvkötő alatt a sérvtömlő nem tapad össze, nem zárul; hanem megkeskenyedve bár, de nyitva marad. A gyermekkori lágyéksérveknél *Winternitz* szerint csak egy biztos módszer van: a helyes műtét. Csecsemők sérveit csak akkor operálja, ha azok erős fájdalmat, makacs obstipatiót okoznak, ha kimutathatólag hátráltatják a gyermek fejlődését, avagy pedig a sérv kizáródik. Minden egyéb esetben a műtétet a $1^1/_2$—2. életévig halasztja, a mikor a műtét statistice beigazoltan sokkal kevésbé veszélyes beavatkozás.

A műtét tekintetében a legtökéletesebb eljárásnak: az eredeti klasszikus *Bassini*-műtétnek feltétlen híve. Operatio-mortalitása a legminimalisabb, nem egész 0·2% (1146 sérvesete közül 1 sebinfectióban, 1 pedig chloroform-syncopeban halt meg).

A műtéti eredmények tartósságát illetőleg betegei közül a beérkezett kérdőívek szerint csak 1 jelzett recidivát.

Köldöksérv miatt *Winternitz* 31 gyermeket operált. Ezek műtevésére nézve álláspontja ugyanaz, mint fentebb a lágyéksérveknél láttuk.

Czombsérvek gyermekeken igen ritkák és csak 6—8 életéven túl fordulnak elő. 10 év alatt *Winternitz* összesen 6 czombsérvet operált gyermeken. Műtétük indokolt, a műtétre vonatkozólag ugyanazon elvek irányadók, mint a felnőtteken.

A főkérdéssel kapcsolatos előadások és bemutatások a következők:

Jung Géza (Budapest) *a hasfal- és köldöksérvek műtétének végleges eredményeiről szólt Herczel* tanár osztályának 126 esete kapcsán.

Ismertette a köldök- és elülső hasfali sérvek aetiologiáját, symptomatologiáját és a műtéti eljárásokat.

Herczel tanár a hasfali sérveket legutóbb *Gersuny-Maydl* kombinált módszere szerint és *Mayo* módszere szerint némi módosítással operálja. A műtétet újabban regionaer anaesthesiában végzi; tapasztalatai szerint a novocain-adrenalin-anaesthesia a legajánlatosabb. A műtéti mortalitása szabad epigastrialis és oldalsó hasfali sérvek esetében 0, szabad köldöksérvek esetében 3%, incarcerált sérv mellett pedig 57%. 76 operált és utánvizsgált elülső hasfali sérv közül recidivamen-

tes 84%. A recidivák a sérv magasságával és a sebcomplicatiókkal arányosan növekednek.

Pólya Jenő (Budapest) *a lágyékcsatorna izomviszonyairól szólt* sérves férfiakon. 100 sérves férfin eszközölt mérések újból meggyőzték arról, hogy a rectus odavarrása a *Poupart*-szalaghoz feltétlen szükséges a lágyékcsatorna radicalis zárásához, ez pedig a rectus kellő mobilizálása, a rectushüvely felhasítása nélkül nem sikerül. A recidivák legtöbbjének oka a rectus és *Poupart*-szalag egyesítésének tökéletlensége; a recidivák legtöbbször a lágyékcsatorna medialis zugában, tehát a rectus és *Poupart*-szalag közti szögletben támadnak.

Pfann József (Budapest) *a katonaorvos szempontjából méltatta a sérveket.* Szólt sorozási tapasztalatairól és a sérvek gyakoriságáról; ezután a katonai szolgálatnak a sérvek kifejlődésére való befolyását bírálta. Végül kifejtette, hogy a *Bassini*-féle műtét, melyet a budapesti honvédhelyőrségi kórházban 202 egyénen végzett sikerrel, a katonai szolgálat szempontjából is megfelelő és tartós gyógyeredményt biztosított.

A főkérdéshez és a vele kapcsolatos előadásokhoz a következők szóltak:

Alapy Henrik (Budapest) *a gyermekkori lágyéksérvek műtéti javalataihoz* fűzött megjegyzést. Minden lágyék- és köldöksérvet kizáródás veszélye miatt operálandónak tart, még csecsemőn is. Ismertette a köldöksérvek műtevésénél követett eljárását:

Kis ívalakú harántmetszésen át izolálja, a köldököt lemetszi, a sérvtömlőt leköti és a sérvkaput harántvarrattal zárja. A beavatkozás csekély és mégis radicalisan gyógyít.

Balás Dezső (Budapest) a Szt. István-kórház gyermekosztályának sebészi anyaga alapján *csatlakozik Winternitz álláspontjához.* Felnőtteken *Réczey* elvei szerint operál; még sohasem került azon helyzetbe, hogy ezen eljárástól eltérjen.

Herczel Manó (Budapest) *ismerteti azon elveket, melyekre a sérvek műtéti kezelése kapcsán súlyt helyez* és a melyeket évente körülbelül 300 sérvesetben állandóan alkalmaz.

A lágyéksérveket *Bassini* módszere szerint operálja; recidiva elkerülése végett ajánlatos az ondózsinórnak hegyes szögben való megtörése. Rossz hasfali izomzat mellett felhasítja a rectus-hüvelyt és a *Bassini*-varrattal a musc. rectus izomhasát is felszedi. Ha a czombsérv nagyobb, a rendes módon elzárt sérvkaput még egy fascia-lebeny reávarrásával is védi. A hasfali, illetve köldöksérvek műtétekor jelenleg a *Mayo*-féle módszert tartja a legmegbízhatóbbnak.

Lumniczer József (Budapest), *sérvműtét után sokszor idegfájdalmakat tapasztalt* s ismerteti módszerét az idegek elkülönítésére, illetve azok kiirtására. Ellentétben a referenssel, kimutatja, hogy *Bassini* módszerét már boldogult *Lumniczer* tanár idejében 1891-ben gyakorolta és mint legelső mutatta be Magyarországon.

Barta Gábor (Budapest) *497 sérves betegen végzett műtét körül szerzett tapasztalatairól számolt be.* Azon következtetésre jut, hogy a szabad sérv esetében gyermekeken, valamint 20—40 év közti embereken érhetjük el a legjobb eredményt. Arra kell törekednünk, hogy sérves egyének lehetőleg fiatal korukban operáltassák meg magukat.

Dollinger Gyula (Budapest) *helyreigazítja Fáykiss referatumának azon részét, mintha sérves betegeit műtét után 3 hétig fektetné. Már több év óta a korai felkelés híve* és ha a műtét lege artis történt, a korai felkelésnek semmiféle hátrányát nem látjuk. Előnyös a korai felkelés annyiban is, hogy thrombosis és emboliák gyakoriságát csökkentik. *Oly hasfali sérvek esetében*, a mikor a sérv körül keletkezett összenövések miatt nehezen találhatunk bele a hasüregbe (p. o. sebzések után, vagy appendicularis tályog nyilt kezelése után stb.), *Dollinger* a hasüreget a heg felett vagy alatt nyitja meg, innen kiindulólag körülmetszi az egész heges területet és csak azután dönt a felett, vajjon a reánőtt bélkacsot egyszerűen reponálhatja-e, vagy pedig reszekálja-e. Mindenesetre az összes rétegekhez átöltő varratokat alkalmaz.

Holt üregek elkerülése végett Dollinger nagy súlyt vet a zsiradék kellő ellátására csapos varrat segélyével.

Bogdán Aladár (Balassa-Gyarmat) *a sérvkapu zárásakor a cremaster-izomzat felső részét is felhasználja.* Oly esetekben, mikor a sérvkapu zárására szolgáló képletek oly silányak, hogy pusztán velük a kaput nem zárhatjuk, selyemből csomózott hálóvarratot erősít a sérvkapu széleibe.

Chudovszky Móricz (S.-A.-Ujhely) *részletezi az inguinalis sérvek műtéte után beálló fájdalmak aetiologiáját.* A nervus ileoinguinalist a műtétkor mindig megkiméljük, a nervus spermaticus externus, valamint a nervus ileohypogastricus fájdalmassága bizonyos idő mulva enged.

Pólya Jenő (Budapest) *válaszol Bogdán és Barta egyes megjegyzéseire* a sérvkapu zárását illetőleg inguinalis sérveknél; a cremaster-rostok a sérvkapu zárásakor mint plastikus anyag felhasználhatók, de a lágyékcsatorna megbízható elzárására önmagukban nem elegendők.

Köldöksérvek elzárásában az eljárást a sérvkapuk formája szerint változtatja; ha a defectus a hasfalban harántul elliptikus, a *Mayo*-műtétet, ha a rés hosszirányú, a rectusoknak egymás felett való megduplázását, ha pedig kerek, a dohányzacskó-varratot ajánlja. Varróanyagul a selymet tartja legalkalmasabbnak.

Lobmayer Géza (Budapest), *Dollinger tanár klinikáján operált 1200 sérves egyén késői eredményéből* azon tanulságot meríti, hogy 6 héttel a sérvműtét után csak igen ritkán szokott recidiva beköszönteni. Fonálgenyedés 2 évvel a műtét után is előfordulhat; erre a körülményre a sérvstatisztika nem terjeszkedik ki. *Bassini*-műtét alkalmával minden esetben a herét is kihúzza, a megfeszített plexus és éles praeparálás mellett sokkal jobbak a seb gyógyulási viszonyai.

Róna Dezső (Baja) szerint a *Bassini-műtét sikere 2 körülménytől függ; az egyik a fovea inguinalis media tágassága, a másik a ligamentum Henlei erőssége.* Ha a fovea inguinalis media nagyon tág, vagy a ligamentum *Henlei* igen petyhüdt és gyenge, akkor a *Bassini*-műtét létesítette plastika nem elegendő. Ilyenkor *Róna* erősítésül fascia-duplicaturát alkalmaz *Girard* vagy *Lucas Championnière* szerint. Felnőtteken *Bassini*-módszerét, gyermekeken és öregebb egyéneken *Kocher* módszerét alkalmazza

Postoperativ pneumoniát localis érzéstelenítés után épp oly gyakran látott, mint általános narcosis után.

Rosenák Miksa (Budapest) a *Hültl tanár osztályán operált sérvesek recidiváját körülbelül 2%-ra teszi.* Varróanyagul *Hültl* tanár csak silk-wormot használ, melynek előnye tartósságán kívül az, hogy nem nedvszívó és így nem drainez, mint a selyem. *Hültl* a seb fedésére csak collodiumos gázt használ és már 7 év óta híve a korai felkelésnek.

Fáykiss zárszavában válaszolt a hozzászólók megjegyzéseire, mire az elnök referatumáért a nagygyűlés köszönetét tolmácsolta.

Következett *a has sebészetének tárgyalása.*

Borszéky Károly és *Báron Sándor* előadása *a kerek gyomorfekély sebészi kezeléséről szólt.* A septikus gyomorfekély sebészi kezelését csakis olyan esetekben tartják javaltnak, a mikor az szövődményeket okoz, vagy ha callosus alakjánál fogva a belső kezeléssel daczol. Ilyenkor a legjobb a radicalis kimetszés; ha a kimetszés kivihetetlen, az eddig általánosan használt gastroenteroanastomosis helyett a pylorus-kirekesztést ajánlják, a melyet callosus pylorusfekély miatt 10 esetben jó sikerrel végeztek. 7 esetben az eredeti *Eiselsberg*-féle módszer szerint jártak el, hogy az ezzel járó meghosszabbítását a műtétnek elkerüljék. 3 esetben a kirekesztést *Parlavecchio* szerint az antrum pyloricumnak fonálial való lekötésével végezték. Az ily módon operált betegek Röntgen-átvilágítása kimutatta, hogy a lekötési fonál a pylorust tökéletesen elzárta és a gyomortartalom csakis a gastroenteroanastomosis nyílásán át távozott a gyomorból.

Dollinger Gyula (Budapest) *a pyloruskirekesztést csak azon esetben tartja javaltnak, ha a műtét alkalmával a pylorikus részen fekély van;* egyébként a gastroenterostomia híve.

Idevágó esetet is bemutat: 37 éves, igen legyengült egyénen vérző és a környezettel összenőtt pylorusfekély miatt *Eiselsberg*-műtétet végzett; $2^1/_2$ hóval a műtét után a fájdalmak és vérzések szűntek és a beteg a műtét óta 11 kilót hízott.

Sándor István (Budapest) *a Hültl-féle gyomorvarrógép előnyeire hívja fel a figyelmet* és használatát a legmelegebben ajánlja.

Gellért Elemér (Budapest) *a gyomor és duodenum heveny perforatiójáról* adott elő 23 eset kapcsán, melyet az utóbbi 6 évben *Herczel* tanár osztályán észlelt. Ismerteti az acut perforatio tüneteit; a hirtelen támadó intensiv fájdalmat a gyomorgödörben, a rectusokra szorítkozó défense musculairet. A májtompulat eltünése nem állandó. Még akkor is rögtön operálnunk kell, ha a diagnosis nem is feltétlen bizonyos, mert azok a betegségek (acut appendicitis, pancreatitis, epehólyagperforatio), melyekkel összetéveszthető, szintén csakis rögtönös beavatkozással adják a legjobb gyógyulási eredményt.

Az első 12 órában operált betegeinek gyógyulási eredménye 61%. Ezt a jó eredményt annak is tulajdonitja, hogy a gyomorperforatiós betegeken *Herczel* osztályán újabban nem végeznek primaer gastroenterostomiát, hanem a perforatio nyílásának varrata vagy tamponadeja után a gyomrot teljesen kiiktatják és jejunostomián keresztül táplálják a beteget addig, míg az ulcusnak begyógyulása remélhető; ezután a *Witzel* szerint készített sipoly a draincső eltávolítása után 2—3 nap alatt spontán begyógyul. A gastroenterostomiát egy második ülésre halasztják.

Makay Endre (Budapest) *a has áthatoló lőtt és szúrt sérüléseiről tartott előadást 31 áthatoló haslövés és 40 áthatoló hasszúrás nyomán,* melyet az utóbbi 6 évben *Herczel* tanár osztályán észlelt.

Makay részletezte az áthatoló hassérülésekkel járó és a hasür tartalmát illető sérüléseket és ezek prognosisát; a legveszélyesebb a gyomor sérülése; 8 lőtt gyomorsérülés közül 5 pusztult el. Minden áthatoló hassérülés esetén azonnali műtéti beavatkozás indikált, kétes esetekben feltétlenül próbalaparotomia végzendő.

Makay ezután a különböző sérülések ellátásáról szólt. 51 műtétre került hassérülés közül gyógyult 46 (75·4%) és meghalt 15 (29·4%).

Gergő Imre (Budapest) *a hasműtétek után keletkezett emphysema subcutaneum aetiologiáját fejtegette* 2 eset kapcsán, melyet *Dollinger* tanár klinikáján észlelt. Egyszer gastroenterostomia után 8-ad napra, egyszer pedig hydrokele hernialis után 3-ad napra keletkezett hőemelkedés kíséretében emphysema subcutaneum; amott 12 napig, utóbbi esetben 1 napig állott fenn és ezután spontán felszívódott. Az első esetben *Gergő* szerint anaerob gázfejlesztők szerepelhettek, a 2. esetben pedig valószínűnek tartja az emphysema fejlődését mechanikai úton, eredetileg a scrotumba, innen pedig a szétválasztott és rugalmasságuktól fosztott szövetekbe.

Verebély Tibor (Budapest) hozzászólásában közelebbről kitér az előadó által is említett pneumatosis cystica intestini kórképére, mely szerinte a sebészi pathologia körébe is tartozik.

Ezen bajt pontos szövettani vizsgálat alapján — ellentétben majdnem valamennyi szerzővel — mechanikus úton magyarázza.

A *Gergő* ismertette esetek aetiologiájára nézve elfogadja az előadó magyarázatát.

Makara Lajos (Kolozsvár) *a máj echinococcus-műtét módjához szolgált adatokkal* és tapasztalataialapján a tömlők kiirtását ajánlja drainezés nélkül.

Borszéky Károly (Budapest) *echinococcus-tömlő kiirtásának gyógyult esetét mutatta be.* A gyermekfejnyi polycystikus echinococcus-tömlő széles alappal ült a máj jobb lebenyében és az epehólyaggal is összenőtt. Az arteria cystica és a ductus cysticus lekötése, valamint a ligamentum hepatoduodenale *Báron S.* szerint való leszorítása után a tömlőt májresectióval és epehólyag-kimetszéssel eltávolította. A tömlő legfelsőbb darabja magasan felnyúlt a máj állományába, *Báron* ezért a tömlőcsonk széleit a hasseb felső zugába kivarrta és drainezte, a máj metszési széleit pedig vastag catgut-öltésekkel egyesítette. A hasfalat teljesen zárta. Jelenleg 6 héttel a műtét után csak egy igen vékony menet áll fenn, melyből kevés váladék ürül.

Herczel Manó (Budapest) több esetben kisérelte meg a tiszta, nem genyedő cysták kiirtását drainezés nélkül; több esetben láz állott be rázóhideggel, úgy hogy kénytelen volt a hasüreget felbontani és nyílt kezelést folytatni. Legutóbb egy óriási polycystikus májechinococcus esetében úgy járt el, hogy punctio után a cystákat kihámozta, a peritonealis lebenyeket invertálta és a mélyben a lebenyek széleit jod-catgutfonállal egyesítette. A hasüreg zárása után zavartalan a gyógyulás.

Manninger Vilmos hozzászólásában *teljesen csatlakozik Makara nézetéhez; Báron Sándor* praeventiv vértelenítő eljárását a sebészi technika nagy vívmányának tartja.

Pólya Jenő (Budapest) *a nyílt kezelést hosszasabbnak, de biztosabbnak tartja.* Szintén elismeri azon előnyöket, melyeket a *Báron*-féle praeventiv vérzéscsilapítás nyujt és a melyek az echinococcus-kiirtás indicatiójának kiterjesztését és a zárt kezelés lehetőségét bizonyára kedvezően fogják befolyásolni. Az echinococcus többszörös előfordulása májban, hasonlóan *Borszéky* eseteihez, úgy látszik gyakoribb, mint gondolnók.

Zárszavában *Makara Lajos* (Kolozsvár) újból kiemeli, hogy az echinococcus-tömlő kivétele a legtökéletesebb módszer, de a hol ezen súlyos beavatkozás keresztül nem vihető, ott részéről szintén a könnyebb és biztosabb módszereket követi.

Holzwarth Jenő (Budapest) *pancreascysta 13 esetéről értekezett,* melyet *Dollinger* tanár sebészeti klinikáján az utóbbi 13 év alatt észleltek. Ezek közül a cysta 1 esetben egyszeri nagy erőbehatás után fejlődött (traumás cysta) haematomaképződés kapcsán, 8 esetben a cysta gyuladásos eredetű volt, míg 4-szer közelebbi ok nem volt kimutatható.

A megbetegedést egy esetben sem kisérték pancreaskiesési tünetek; múló glykosuria 1-szer volt észlelhető, az erős lesoványodás és táplálkozás pedig állandó tünetként szerepelt.

7 betegen a daganat a bursa omentalis felé nőtt, 4-en a curvatura minor és major között támadt, 2-őn pedig a mesocolon lemezei között fejlődött ki.

10 esetben a műtét a tömlő megnyitásából és kimosásából állott; valamennyi eset gyógyult. A tömlő kiirtása 2 esetben történt, 1 esetben gyógyult, 1 pedig 8 nap mulva bronchopneumoniában halt meg. A tömlő kiirtása után recidiva 1 esetben fordult elő.

(Folytatása következik.)

A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése.

(München, 1911 jun. 7.—10.)

(Folytatás.)

Hogy az uterusseb és környezetének gyógyulási viszonyait kedvezőbben befolyásoljuk és így az adhaesiók keletkezését is redukáljuk, eltekintve az asepsis és műtéti technika fejlesztésétől, történtek bizonyos törekvések. *Döderlein* az uterusseb jodoformcollodiummal való bevonását ajánlotta, egyes franczia szerzők pedig az uterusseb tájának hasfalon át való drainezését.

A II. sz. női klinikán végzett 61 classikus császármetszésre 3 ismételten végzett császármetszés esik; mindegyik jelentékeny complicatiót tüntet fel. 1. Egyik esetben az uterus heg maximalis elvékonyodása találtatott. 2. A most bemutatott esetben az adhaesiók helyén béllenövés folytán ileus fejlődött ki

3. esetben a relativ indicatio alapján végzett császármetszés után következett művi koraszülésnél a méhheg táján tapadó lepény helyéről csaknem csillapíthatatlan vérzés lépett fel.

Tekintetbe véve a sectio caesarea közel 10% mortalitását s az egy egyénen ismételten végzett császármetszések vázolt komoly complicatióit, az első ízben végzett császármetszés után a conceptio megakadályozását, a beteg sterilizálását ajánlják többen. *Fritsch, Hofmayer, Braun, Leopold*, ezen álláspónton van *Tauffer* tanár is, kivéve ha az egyén mint a bemutatott esetben is, maga kívánja a további terhesség lehetőségét. Ezzel szemben *Chrobak, Bársony, Spencer, Gellhorn* az első ízben végzett császármetszés után nem tartják indikáltnak a nő sterilizálását.

Egyes előadások a congressus főtárgyáról: „A tuberculosis viszonya a női húgy- és ivarszervekhez".

von Franqué (Giessen). Elsőben pár érdekes szövettani képet mutat be, a tuberculosisban megbetegedett női ivarszervek epithelialis elváltozásai és a rákos újképződések között való viszonylatról értekezve. Azután klinikai tapasztalatairól referál. A tuberculin-injectióknak nem sok hasznát vette; volt eset, hogy a positiv reactio alapján műtétet végzett s nem talált gümős elváltozást. A műtétet főképp a nemi szervekre szorítkozó gümős folyamat esetén tartja jogosultnak. Ha a genyedés nagyfokú, a méhet mindenestül kiirtja; kisebbfokú adnextumorok esetén az *„ékalakú excisio"*-val elégszik meg.

Bennecke (Rostock) kisérletekről számol be, a melyekben bizonyos anyagokat, bismuthot, saválló bacillusokat fecskendezett be a hüvelyen át s ezek a tubákig eljutottak. Az ascendáló genitalis tuberculosist valószínűnek tartja. A folyamat tovaterjedésében nagy szerepet juttat a nyirokérrendszernek is; különösen a glandula parauterinára és a glandula vaginorectalisra hívja fel a figyelmet.

Menge (Heidelberg) szerint emberen elsődleges genitalis infectio per ejaculationem nem jöhet létre, legalább az eddigi tudásunk szerint. Tengeri malaczon végzett kisérleteiben azonban sikerült neki a cohabitatio útján tuberculosist előidézni. Hím tengeri malaczokat fertőzött (herében) gümősen s azután ezekkel termékenyíttetett nőstényeket s az utóbbiakat sterilizálta. A hímnemű állatok általános tuberculosisban mihamar elpusztultak, a nőneműeket 8 hét mulva megölte és bonczolta: ötön semmiféle elváltozást nem talált, egyen azonban a bal kürtben tbc.-bacillusokat és tbc.-os elváltozásokat talált.

Bauereisen (Kiel): A tbc. ascendálásában — a hólyagból a vesék felé — az ureterek nyirokereinek nagy jelentőséget tulajdonít. Az ureternek megvan a maga külön nyirokérrendszere, a mely egészen az ureterepithel alá eljut, tehát az egész ureterfalat áthálózza. Ezen az úton könnyen elképzelhető a fertőzés feljutása. Csak egy esetben tudta az ezen úton való tbc.-ascensiót teljes bizonyossággal megállapítani.

Hoehne (Kiel) a hashártya tuberculosisánál kámforolajat ajánl.

Oppenheimer (Frankfurt) javaslatot tesz, miként lehetne a tuberculosis megállapítására szolgáló állatkisérleteket megrövidíteni. Csak sok kisérlet alapján lehet majd megállapítani, hogy a beoltásra szolgáló megrövidített idő megbízható-e; valószínűnek tartja.

Schlimpert (Freiburg) a tuberculin-reactiókkal *Kroenig* freiburgi klinikáján tett tapasztalatairól szól. 72 esete közül 50-ben helyes diagnosist, 22-ben hamis diagnosist adott a reactio. Sem a subcutan, sem a *Pirquet-Calmette*-reactióknak nincs gyakorlati hasznuk a nőorvoslásban.

Busse (Jena): A tuberculin-kezelésről a gynaekologiában szól, a jenai klinika tapasztalatai alapján.

Bondy (Boroszló) diagnostikus szempontból az antiformin-eljárást ajánlja az anyag bacteriologiás vizsgálatánál.

Zoeppritz (Göttinga) szerint a tuberculininjectiók diagnostikailag megbízhatatlanok. Hashártyagümősödés esetén kétségtelennek tartja a tuberculin-kezelés eredményességét

Martin (Berlin) a *Bumm* klinikáján végzett totalis uterus-exstirpatiókról referál. Csak akkor szakítják meg a terhességet, ha objectiv kimutatható jelei vannak a tuberculosisnak, ha a közérzés rosszabbodik, a testsúly egyre csökken. Csak az első 3—4 hóban ad reményt a gyógyulásra a terhesség megszakítása; a terhesség második felében végzett művi beavatkozás czéltalan. Állandóan a méh kiürítését s ezzel kapcsolatban méhkiirtást (az adnexumokkal együtt) végeznek. 16 asszonyt figyelt meg utólag pontosan; ezek közül 7 asszony 10 fontot hízott, kilencz pedig ennél is többet. Kiesési tüneteket az így operált asszonyokon nem észlelt, mindannyian munkabírók s feltünően jó erőben voltak. Hangsúlyozza, hogy sokan a hízást teljesen közömbösnek tartják a gyógyulást illetőleg, tulajdonképpen *Bumm* is csak kedvező *külső jelnek* mondja. A méhkiirtás azért is jó eljárás, mert az asszonyt megkiméli a hószámmal járó vérvesztéstől.

Stoeckel (Kiel) hangsúlyozza, hogy különösen a tüdőtuberculosis diagnosisánál mindig belorvossal tanácskozzék a gynaekologus. A terhesség megszakítására nem tartja czélravezetőnek a hysterotomiát; óvatosabb eljárásnak tartja, ha laminariával vagy glycerines tampon bevezetésével hívjuk elő az abortust. A temporaer sterilizálást egyáltalában kérdésesnek tartja, nem csatlakozik *Kroenig* véleményéhez, a ki annyira skeptikus a genitaltuberculosis műtéti kezelésében. Fontos, hogy diagnostikai segédeszközeinket finomítsuk, hogy a vesetuberculosis latens alakjait is kiderítve, azokat korán kapjuk kezelés alá. Veseexstirpationál (tuberculosis miatt) nem tartja lényegesnek, hogy az ureterből mekkora részt távolítunk el.

Burckhardt-Socin (Basel): Felhívja arra a figyelmet, hogy egyoldali tüdőtuberculosis esetén feltétlenül meg kell kisérelni a mesterséges pneumothoraxot. Tapasztalása alapján bámulatos jó eredményekről referál.

von Bardeleben (Berlin): Régebben a totalis méhkiirtást végezte, most inkább az ú. n. fundusexcisio mellett foglal állást. Kolpotomia anterior útján hozza előre a méhet, az uterina leszorítása után a méhfenéket harántul levágja és egyszersmind a lepény tapadási helyét is kivágja. Az uterusseb összevarrása után az adnexumokat irtja ki. A méhtest megtartását nagyon lényegesnek tartja functionalis zavarok elkerülése szempontjából; az asszonyok sexualis érzéke nem szenved csorbát.

Pankow (Freiburg) a freiburgi klinika legutóbbi éveinek anyagáról számol be. Nincs biztos módunk a prognosis felállítására; a súly és hőmérsék ellenőrzésének nincs semmi biztos prognostikus jelentősége. A súlyfogyás, a hőemelkedés, valamint a conjunctivalis reactiók positiv volta csak annyiban értékesíthető, a mennyiben ha az említett tünetek jelen vannak, rossz a prognosis. Sokszor azonban ezek teljesen hiányoznak és ennek ellenére egészen váratlan rosszabbodás mutatkozik. A terhességet a lehető legkorábban meg kell szakítani, ha egyszer a tuberculosist biztosan megállapítottuk. A sanatoriumi kezelésben nem nagyon bízik, a latens tbc.-nál várni kell mégis, mert meglepő javulás állhat be. Hogy a magzati életet nem nagyon kell kimélni, azt elég kézzel fogható adatokkal bizonyítja. Kimutatja, hogy leszült tuberculoticák gyermekein a primaer mortalitás 37%. 23 élve született gyermek közül 54% meghalt, a fele tuberculosisban. Tehát az ilyen újszülött élete amúgy is problematikus.

A mi a terhesség megszakítását illeti, fő a gyors és kiméletes eljárás. A *Bumm* szerint való teljes méhkiirtást túlzásnak tartja; laminariás tágítást és méhkiirtást avagy hysterostomatomiát végez (esetleg sterilizál).

Fehling (Strassburg) az antitrypsinnek a vérben való előfordulását diagnostice értékesíthetőnek tartja. A kámforolajat (*Hoehne* szerint) ő is ajánlja: pyosalpinx, pyovarium, szétesett gangraenás myomák, *Wertheim*-féle méhrák-műtétek esetén.

Jaschke (Greifswald) *Kroemer* tanár helyett ismerteti annak az eljárását: a vaginalis corpus-amputatiót, mint a sterilitas elérésére szolgáló eljárást tuberculoticákon (multiparákon), fiatalabb egyéneken *Kroemer* a *Sellheim*-féle sterilizálást végzi.

Sellheim (Tübingen): Csak a kellő időben való megszakítása a terhességnek bír értékkel; a terhesség közepe felé végzett művi vetéléseknek nincs sok értelmük. Fontos az érverés-, hőmérsék- és súlygörbéknek szemmel kisérése.

Rissmann (Osnabrück): Peritonealis tbc. esetén a jodoformot ajánlja.

Neu (Heidelberg) óvatosságra int az Alttuberculinnal való próbaojtásoknál.

Labhardt (Basel) megkülönböztet adnex-, illetőleg genitalis tuberculosist, adnex + peritonealis tuberculosist és tiszta peritonealis tuberculosist. Genitalis tuberculosisnál az operatio és a conservativ kezelés eredménye körülbelül egyforma volt. Eseteiben a genitalis tuberculosisban szenvedők mind áttételek (miliaris, tüdőtuberculosis) következtében pusztultak el. *Labhardt* szerint a genitalis és a hashártyatuberculosis egymástól függetlenül keletkezik; prognosis és therapia szempontjából is szigorúan el kell a kettőt különíteni. A genitalis tuberculosis egymagában nem halálos, csakis szövődményeiben.

Ugy a genitalis, mint a peritonealis tuberculosis kezelésében eleinte a conservativ kezelést tartja helyénvalónak. Sok esetben czélra vezet. Ha nem javul a beteg állapota, a legradicalisabb operativ beavatkozás javalt.

Sarwey (Rostock): Peritonealis és genitalis tuberculosis eseteiben végzett műtéteinél a fascia-harántmetszést alkalmazza.

Gauss (Freiburg): 10 asszonyról referálhat, a kiken tuberculosis miatt Röntgennel temporaer sterilitást igyekezett elérni. 9 közülök egyáltalában nem koncipiált, a menstruatio gyöngébb, rendszeresebb és fájdalmatlanabb lett. Az asszonyok nagyon jól érzik magukat, munkabírók; az eljárás főelőnye: fájdalmatlansága, veszélytelensége és olcsósága.

Dützmann (Berlin) a művi abortust és a tuba-sterilizálást egy ülésben végzi s ennek a műtétnek a lefolyását vázolja. Kolpotomia anterior útján a méhet előhúzza, a méhüreget a belső méhszáj felett nyitja meg, 3 cm.-nyi sebet ejtve: ezen át kiüríti a méhet. Ugyanekkor azután a tubasterilizálást is elvégzi (átvágja mindkét oldalt, egy részt a tuba belső lumenéből kiszakít s ezután lekötve a csonkokat, azokat a ligamentum latum lemezei közé sülyeszti). Legújabban végzett ilyen műtéteiről referál.

Discussio a főtárgy felett.

Zweifel (Leipzig) meglehetős activ álláspontot foglal el, Szerinte ha csak kis reményünk is van még a beteg megmentésére, genitalis tuberculosis esetén ne tagadjuk meg a műtétet. A terhességgel szövődött tuberculosisnál nem híve a nagyon tágra szabott indicatióknak a művi vetélés megindítását illetőleg (mint *Thaler-Bardeleben* stb.)

Scherer Sándor dr.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

4092/1911. sz.

Gömör és Kishont vármegye rozsnyói járásához tartozó Oláhpatak, Alsósajó, Felsősajó, Gócs, Henczkó, Kisfeketepatak, Nyilas és Sajóréde községekből Dobsina r. t. város székhelylyel az 1908. évi XXXVIII. t.-czikkben megállapított 1600 korona törzsfizetéssel és 800 koronáig terjedhető 200–200 koronás korpótlék, továbbá a jelenleg belügyministeri jóváhagyás alatt álló vármegyei szabályrendeletünkben megállapított lakás, fuvardíj és látogatási díjak élvezetével rendszeresített, jelenleg üresedésben levő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy orvostudori képesítésüket, illetőségüket s eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket **f. évi július hó 29.-éig** bezárólag hivatalomhoz nyujtsák be. Az ezen határidő lejárta után beérkezett pályázati kérvények figyelembe nem vétetnek.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz 6. §-ában előírt szabályok szerint megtartandó körorvos-választói gyűlés határidejéül folyó 1911. évi augusztus hó 2. napjának délelőtti 10 óráját tűzöm ki Dobsina r. t. város közházában.

Rozsnyó, 1911. évi július hó 8.-án.

Főszolgabíró helyett: *Maurer*, tb. főszolgabíró.

Fiatal diplomás orvosdoctor sanatoriumi állást keres szeptember elsejére.

Dr. Barta Gyula,
Debreczen, Arany János-utcza 17.

902/1911. ikt. sz.

Békésvármegye közkórházának belgyógyászati és elmebeteg-osztályán **egy-egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászati osztályon évi 1200 korona, az elmebeteg-osztályon évi 1600 korona készpénzfizetés, I. oszt. teljes ellátás és lakás, fűtés, világítással.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos *Kéry Gyula* úrhoz, Békés vármegye főispánjához intézve, hozzám **folyó évi augusztus hó 10.-éig** küldjék be.

Gyula, 1911. évi július hó 20.

Békésvármegyei közkórház igazgatója.

A kassai alap. közkórháznál lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állás,** mely 1200 korona évi fizetéssel, az intézetben egy bútorozott lakószobával, fűtéssel és világítással, továbbá reggeli és déli első osztályú élelmezéssel (esetleg annak havi 50 koronával való megváltásával) van javadalmazva, **1911. évi augusztus hó 1.-ével betöltendő.**

Ezen állás elnyerése iránt az egyetemes orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást tanusító okmányokkal felszerelt kérvények alulírott igazgatósághoz terjesztendők be.

Tájékozásul a betöltendő ügykört részletező szolgálati szabályzat előzetesen beszerezhető.

Kassa, 1911. július 18.-án.

Az igazgató helyett *Ruszinkó*, ellenőr.

A losonczi kerületi munkásbiztosító pénztár igazgatósága Szinóbánya székhelylyel egy újonnan szervezett pénztári **kezelő-orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az állás 2600 korona évi fizetés, 286 korona fuvardíj és az illetmény-szabályzatban megállapított, fokozatos előléptetéssel járó korpótlékokból álló javadalmazással van egybekötve.

Ezen javadalmazáshoz a gyártulajdonosok évi 1000 koronával járulnak hozzá, úgyszintén biztos igéret van téve, hogy Szinóbánya a közel jövőben körorvosi székhely lesz. Pályázati határidő: **folyó évi augusztus hó 5.-e déli 12 óra.** Az orvosi szolgálat a szolgálati fegyelmi és illetmény-szabályzat alapján teljesítendő. Bővebb felvilágosítást a pénztár főorvosa nyujt.

Losoncz, 1911 július hó 12.-én.

Losonczi kerületi munkásbiztosító pénztár.

A Rimamurány-Salgó-Tarjáni vasmű részvénytársaság salgótarjáni gyártelepén üresedésbe jött, 3200 korona, nyugdíjra jogosító évi kezdőfizetés, évi 600 korona személyes pótlék és mintegy 500 korona évi jutalom, továbbá természetbeni szabad lakás és szabályszerű fűtési illetmény élvezetével egybekötött **orvosi állásra** ezennel pályázat hirdettetik.

Pályázóktól egyetemes orvostudori oklevéllel igazolandó képesítés kivántatik, megjegyezvén, hogy kimutatható kórházi gyakorlattal, különösen pedig *műtői* képesítéssel bírók előnyben fognak részesülni.

Hivatalos okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok **1911. évi augusztus hó 10.-éig** az alulírt czímhez intézendők.

Rimamurány-Salgó-Tarjáni vasmű részvénytársaság
Budapest, V., Nádor-utcza 36, II. em.

3458/1911. szám.

Vasvármegye németújvári járásához tartozó Németújvár székhelylyel 25 községből, ú. m.: Alsómedres, Egyházasfüzes, Ganocs, Hóvardos, Horváthásos, Horvátcsencs, Kiskolosvár, Lipócz, Nemesmedres, Némethásos, Orbánfalú, Pinkócz, Ponicz, Pusztaszentmihály, Rábort, Salafa, Strém, Szentkút, Szombatfa, Taródcsencs, Tobaj, Ujhegy, Várszentmiklós és Zsámánd községekből álló, mintegy 12.000 lelket számláló közegészségügyi körben üresedésben levő németújvári I. ker. **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

I. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz értelmében 1600 korona évi fizetés, ötödévenként 800 koronáig emelkedhető és a nyugdíjba is beszámítandó 200 korona korpótlék.

II. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 17. §-a értelmében természetbeni lakás vagy felsőbb hatóságilag megállapítandó lakbér.

III. A kör községei terhére megállapított 400 korona fuvarátalány.

IV. Szabályrendeletileg megállapítandó látogatási és halottkémlési díjak.

Felhivom mindazon orvostudorokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében szabályszerűen felszerelt és esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket hozzám **f. évi augusztus hó 22.-éig** annál is inkább adják be, mert a későn érkező, valamint a kellően fel nem szerelt kérvényeiket figyelembe venni nem fogom. A lakosság német anyanyelvű.

A választás napját később fogom kitűzni.

Németújvár, 1911. évi július hó 12.

Dömötör Lajos, főszolgabíró.

3146/1911. sz.

Az üresedésben lévő ratkói **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körorvos járandóságai:

1. évi 1600 korona kezdő törzsfizetés, négy 200—200 koronás ötödévi korpótlék;

2. vármegyei szabályrendeletben megállapított, ministeri jóváhagyás alatt álló lakpénz és fuvarátalány (melyek közül előbbi 500, utóbbi 700 koronában lett a törvényhatóság által megállapítva);

3. a kör trachomás betegeinek az orvos lakásán történendő kezeléséért évi 400 korona (jelenleg 46 trachomás beteg van a körben);

4. Ratkó nagyközségtől a halottkémlésért 16 m³ tűzifa házhoz szállítva (ezt a nagyközség kívánatra pénzben megváltja);

5. a belügyministerium által kilátásba helyezett, nyugdíjba beszámítandó helyi pótlék (1000 korona kérelmeztetik részére).

A körhöz 21 község tartozik s a kör székhelye Ratkó nagyközség, mely egyszersmind járási székhely is.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kérvényüket s az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket igazoló okmányaikat hozzám **f. évi augusztus hó 5.-éig** adják be annál is inkább, miután az elkésve érkezetteket figyelembe venni nem fogom. A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Ratkó, 1911. évi július hó 11.

Madarász, főszolgabíró.

3121/1911. szám.

A körorvosi körök székhelyeinek megállapítása tárgyában hozott 1568/1911. számú közigazgatási bizottsági véghatározat a m. kir. belügyminister úr f. évi június hó 19.-én 90643/1911. számú rendeletével jóváhagyatván, a Szakcs, Nák, Lápafő, Vársug és Kocsola községekből álló, Szakcs székhelylyel létesített szakcsi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi augusztus hó 20.-áig** annál is inkább nyujtsák be, mert ezen határidő eltelte után beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés és esetleges korpótlék.

2. A belügyminister úr 23170/1911. számú rendeletével engedélyezett 800 korona helyi pótlék

3. A kör községeitől 304/rkgy. 394/1909. alisp. sz. véghatározattal megállapított 700 korona lakásbér, mely véghatározat még nem jogerős.

4. Végül a körorvosok rendelési és látogatási díjairól alkotott 350/rkgy. 1909—15593/1908. számú szabályrendeletben megállapított díjak, mely szabályrendelet azonban szintén még jóváhagyva nincs.

Végül tudatom, hogy a választás határnapját később fogom megállapítani és a pályázókkal közölni.

Dombóvár, 1911. évi július hó 12.

Nagy, főszolgabíró.

3121/1911. szám.

A körorvosi körök székhelyeinek megállapítása tárgyában hozott 1568/1911. számú közigazgatási bizottsági véghatározat a m. kir. belügyminister úr f. évi június hó 19.-én 90643/1911. számú rendeletével jóváhagyatván, a Kurd, Gyulaj, Csibrák és Mucsi községekből álló, Kurd székhelylyel létesített kurdi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **f. évi augusztus hó 20.-áig** annál is inkább nyujtsák be, mert ezen határidő eltelte után beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A körorvos javadalmazása:

1. Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 10. §-ában megállapított 1600 korona kezdő fizetés és esetleges korpótlék.

2. A kör községeitől 304/rkgy. 3941/1909. alisp. sz. véghatározattal megállapított 700 korona lakásbér, mely véghatározat még nem jogerős.

3. Végül a körorvosok rendelési és látogatási díjairól alkotott 350/rkgy. 1909—15593/1908. számú szabályrendeletben megállapított díjak, mely szabályrendelet azonban szintén még jóváhagyva nincs.

Végül tudatom, hogy a választás határnapját később fogom megállapítani és pályázókkal közölni.

Dombóvár, 1911. évi július hó 12.

Nagy, főszolgabíró.

1719/1911. kig. szám.

Árkod községben üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényüket, minősítésüket és életkorukat igazolva **1911. évi augusztus hó 1.-éig** hozzám nyujtsák be.

Az orvos fizetése az államtól 1600 korona, a községtől 1000 korona, 400 korona lakbér, 3 öl kemény tüzifa, húsvizsgálási átalánya 300 korona és a halottkémlés után szedhető díjak, 1 korona nappali és 2 korona éjjeli látogatási díj.

A választást a kérvények beérkezte után tűzöm ki.

Antalfalva, 1911. évi junius hó 26.-án.

Zsiros Imre, főszolgabíró.

1893/1911. szám.

A lemondás folytán megüresedett hagymádfalvai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A kör székhelye Hagymádfalva és hozzá 18 község van beosztva.

Az állás javadalmazása az 1908: XXXVIII. t.-cz. szerint és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díj élvezetével van egybekötve s kézi gyógyszertár tartására igényjogosultsággal.

A pályázat határideje **1911 augusztus 20**. Felhívom tehát mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják, hogy pályázati kérvényüket hozzám kellően felszerelve a fent kitett határidőre benyujtani szíveskedjenek. A választás határidejét később fogom kitűzni.

Végül megjegyzem, hogy a közelben, a tatarosi asphaltgyárból esetlegesen külön díjazásban részesülhet.

Szalárd, 1911. évi július hó 11.

Bartos Adorján, t. főszolgabíró.

1247/1911. sz.

Nagyméltóságú gróf Dessewffy Aurél úr büdszentmihályi uradalmában az uradalmi **orvosi állásra** pályázat hirdettetik. Javadalmazás: 2800 korona készpénz, 400 korona lakbérváltság, 2 ló tartására a szokásos takarmány és zab. Az uradalmi cselédek balesetei után circa 4—500 korona az országos gazdasági munkás- és cselédsegélyző pénztártól. Lakást a községben vehet és a 11.000 lelket számláló Büdszentmihály és ezzel összeépített T.-Büd községben magánpraxist gyakorolhat, hol jelenleg csak egy orvos van.

Belgyógyászat, szülészet, sebészet, több évi gyakorlat megkívántatik. Ajánlatok fenti uradalom tisztartóságához címezendők Büdszentmihályra. Az állás elfoglalandó megállapodás szerint.

Rhédey Lajos, uradalmi tiszttartó.

:: ELSŐRANGU GYÓGYVIZ ÉS DIAETETIKUS ITAL ::

Vesebajoknál, hugyhólyag-bántalmaknál és köszvénynél, czukorbetegségnél, emésztési és lélegzési szervek hurutjainál

a Bór és Lithion tartalmu GYÓGYFORRÁS

SALVATOR

a kontinens legelső orvosi szaktekintélyei által kitünő sikkerrel használtatik.

Kiváló óvszer a vörhenynél (scarlatina) fellépő vesebántalmaknál.

E forrás kiváló tulajdonságai:

Hugyhajtó hatásu.

Kellemes 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 forrásleirások ingyen és bérmentve állnak rendelkezésre.

SCHULTES ÁGOST Szinye-Lipóczi Salvatorforrás Vállalat,

BUDAPEST, V., RUDOLF-RAKPART 8.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiol: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

55. évfolyam. **31. szám.** *Budapest, 1911 julius 30.*

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLÉSEK.

Frey Ernő: Közlés a poliklinika I. sz. idegosztályáról és laboratoriumából. (Főorvos: Schaffer Károly dr. egyet. rk. tanár; vezető: Vas Bernát dr., egyet. magántanár.) Az enesol hatása a metalueses idegbetegségekre és a Wassermann-reactióra. 547. lap.

Fejes Lajos: A würzburgi egyetem belklinikájáról. Bacteriumtermékekkel előidézett anaemiáról. 550. lap.

Porosz Mór: A húgycső hyperaemiás kezelésének methodikája. 553. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. W. Croner*: Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. — *Much*: Die Immunitätswissenschaft. — *Lapszemle. Belorvostan. Noorden*: Chlorosis. — *Sebészet. Fritz Bernát*: Appendicitis következtében támadt epileptikus görcsök. — *Elmekórtan. Stapel*: A pupillák viselkedése heveny alkoholmérgezés eseteiben. — *Idegkórtan. Müller*: Az ischias pathologiája és therapiája. — *Venereás betegségek. C. Bruck* és *Kusunoki*: A trichophytiasis fajlagos kezelése. — *Húgyszervi betegségek. Finocchiaro de Meo*: A tökéletesen gyógyult urethritis után megmaradó húgycsőfájdalom. — *Röntgenologia. Spaeth*: Genitalis gümösödés Röntgen-kezeléssel gyógyult esete. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Lion*: Epilepsia. — *Groeber* Veronal. — *Hirtz*: Typhus abdominalisban beálló bélvérzés. 555—558. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. — 558. lap.

Vegyes hirek. 558. lap.

Tudományos társulatok. 559—562. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a poliklinika I. sz. idegosztályáról és laboratoriumából. (Főorvos: Schaffer Károly dr. egyet. rk. tanár; vezető: Vas Bernát dr., egyet. magántanár.)

Az enesol hatása a metalueses idegbetegségekre és a Wassermann-reactióra.

Irta: *Frey Ernő* dr.

Az idegbántalmak között alig van kórforma, melynek gyógyítása oly kevés eredménynyel járna, mint a metalueses idegbántalmaké. Mindamellett, hogy az újabb serologiai vizsgálatok segélyével sikerült ezen betegségek lueses eredetét biztosan megállapítani, eddigi luesellenes gyógyszereinkkel nagy eredményt még sem tudtunk elérni, sőt az utóbbiak kapcsán néha oly mérgezési tünetek mutatkoztak, melyek lehetetlenné tették, hogy az esetleges jó hatás kifejlődhessék. Teljes gyógyulás csak ritkán volt elérhető és csak olyan esetekben (lues cerebri, lues spinalis stb.), a hol az idegbetegség a manifest lues tüneteként volt megállapítható. De már a kifejezetten metalueses betegségekben (tabes, paralysis) csak igen kevés hasznát láttuk a luesellenes gyógyításnak. Ilyen körülmények között érthető az olyan therapiás eszközök utáni törekvés, a melyek nemcsak a luest, de annak utókövetkezményeit is biztosan gyógyítani tudják; de ennek az újabb szernek olyannak kellene lennie, hogy a specifikus hatás kifejlődését mérgezési tünetek okozásával meg ne akaszsza. Az utóbbi időben két ilyen gyógyszert kapcsolhattunk be luesellenes gyógyszerkincsünkbe: a közelmultban felfedezett *Ehrlich*-féle *amidodiarsenobenzolt* (606) és a 6 év előtt a francziák által forgalomba hozott salicyl-arsensavas higanyt, vagyis „*enesol Clin*“-t.

Ez a két gyógyszer megegyezik ugyan abban egymással, hogy rendkivül gyorsan hat és toxicitása minimalis, de egyébként egészen eltérő két orvosság.

Ehrlich nagy és gondos kisérletei alapján azt vélte megállapithatni, hogy sikerült elérnie a lues gyógyításának eszményét, a mennyiben az arsenobenzolnak egyszeri befecskendezésével a szervezetet a luestől teljesen meg lehet tisztítani, vagyis sterilizálni. Sajnos azonban, a sok ezerre rugó, embereken végzett befecskendezések nem igazolták teljesen *Ehrlich*-nek ezt a felvételét. A rengeteg Ehrlich-irodalom áttanulmányozásából az állapítható meg, hogy az arsenobenzolban valóban rendkivül becses luesellenes gyógyszerre tettünk szert, mely a *Schaudinn*-féle spirochaetákat tönkre tudja tenni s a manifest lueses tüneteket visszafejlődésre birni, és pedig oly gyorsasággal, hogy úgy tűnik fel a visszafejlődési folyamat, mintha a tünetek egy csapásra eltöröltettek volna. A legsúlyosabb harmadfokú lueses tünetek is visszafejlődnek és a velük járó cachexiás állapotok megjavulnak. Sajnos azonban, mind gyakrabban jelennek meg olyan közlemények, melyek nagyszámú recidiváról tesznek említést.

Az arsenobenzol azonban csak a luesre bir ilyen jó hatással, már a metalueses betegségekre nem fejti ki ezen hatását. Vannak ugyan egyes esetek, a melyekben a metalueses idegbetegségekre is észlelték jó hatását. Igy *Havas*[1] említést tesz arról, hogy egy atrophia nervi optici folytán megvakult egyén látását visszanyerte, egy paralysisben szenvedőn remissio következett be, egy tabesesen a crisisek megszüntek. Jó eredményről számol be a paralysisben *Kuhárné-Faber*[2] is, a ki 25 paralysisben szenvedőn alkalmazta az arsenobenzol-kezelést és a ki szerint a betegek állapota annyira javult, hogy többen ismét munkaképessé lettek, a Wassermann-reactiók negativvá változtak és 12 esetben a jelen volt pupilladifferentia kiegyenlítődött, a reactiók ismét jók lettek. Feltünő, hogy a többi észlelő nem tudta a pupillák e megváltoztatását megállapítani. *Sarbó*[3] 16 esetben alkalmazta az arsenobenzolt és úgy találta, hogy 6 lues cerebri-eset közül 2 meggyógyult, szintúgy meggyógyult egy lues spinalis-esete is, de az objectiv tünetek nem fejlődtek vissza, hanem csak munkaképes lett a beteg. Egy myelitis-esete és egy papillitissel szövődött lues cerebri-esete határo-

zottan rosszabbodott a kezelésre. Minthogy azonban alkalma volt látni, hogy a lues kapcsán keletkezett idegbántalmakra ezen kezelésnek jó hatása van, további kisérletezést ez irányban szükségesnek tart. A metalueses idegbetegségekre nézve nem ajánlja. *Torday*[4] nem tud ilyen jó eredményekről beszámolni, még kevésbé *Basch*,[5] a ki 15 paralytikuson és 3 tabesesen alkalmazta az arsenobenzolt, de semmi jelentékeny hatását nem tudta megállapitani. Az általa észlelt csekély és muló jellegű javulásokat csakis a suggestiónak tudja be, mert nem volt alkalma bármely objectiv tünet visszafejlődését tapasztalni. Az a véleménye, hogy azon esetekben, a hol egyes észlelők oly kiváló eredményekről számolnak be, nem észleltek eléggé gondosan, vagy pedig a megjavult paralysises és tabeses esetek nem voltak azok.

Kétly[6] szintén többféle idegbajban, különösen tabesben szenvedőkön figyelhette meg az arsenobenzol hatását és arra a tapasztalatra jutott, hogy csakis muló jellegű javulások észlelhetők. Hasonló értelemben nyilatkoznak az arsenobenzolkezelésről a külföldi szerzők is, így *Schlesinger*,[7] *Mattausek*,[8] *Salamon*[9] stb., sőt *Bauer*[10] inkább ajánlja az enesol-kezelést, mint az arsenobenzolt.

Saját magamnak is volt alkalmam észlelhetni, hogy az arsenobenzol a metalueses bántalmakra semmi jó hatással nincs; sőt azon három paralysis-esetemben, a hol a körülmények kényszerítő hatása alatt a syphilidologus közreműködésével arsenobenzol-kezelést végeztem, az állapot határozott rosszabbodását tapasztalhattam: az addig elég jó állapotban levő paralytikusokon a psychikai állapot progressiója a kezelés utáni második héten olyan rohamos volt, hogy valamenynyit zárt intézetbe kellett elhelyezni. Lehet ugyan, hogy ezen esetekben a paralysis progressiója úgyis bekövetkezett volna.

Abban a tényben azonban az összes észlelők megegyeznek, hogy az arsenobenzol a positiv Wassermann-reactiót igen sok esetben nem tudja negativvá átváltoztatni.

Azon kedvező eredmények, a melyeket a francziák az enesol használata által értek el, arra indítottak minket, hogy kisérleteket tegyünk vele oly irányban, hogy milyen hatást fejt ki a higany és arsen kombinált alkalmazása a metalueses betegségekre.

Mielőtt ezen kérdés taglalására térnék át, rövidesen foglalkozni akarok az enesol sajátságaival és azon tapasztalatokkal, a melyeket mások e szerrel tettek.

Az enesol Clin, vagyis a salicylarsensavas higany vízben könnyen oldható fehér por, mely 38·46% higanyt és 14·4% arsent tartalmaz. Az arsen methylderivatjainak a latens fémekkel való kapcsolódásából oly vegyületek keletkeznek, a melyek mérgező hatása csekély; ez a sajátossága az enesolnak is, mert benne a higany és arsen némiképpen latens. *Coignet*[11] volt az első, a ki az enesol ezen sajátosságát ismertette és a ki állatkisérletekkel kimutatta, hogy mérgező hatása elenyészően csekély, annyira, hogy pl. a legkevésbé mérgező hatású hydrargyrum bijodatumnak is 70-szer nagyobb a mérgező hatása, mint az enesolé. Hasonlóképpen kimutatta ezen kisérletek kapcsán *Coignet*, hogy az enesol rendkivül gyorsan szívódik fel; két órával a szervezetbe való bevitele után már a vizeletben kimutatható és 2 cm³ 24 óra alatt teljesen kiválasztódik.

A csekély toxicitáson kivül azon értékes tulajdonsággal is bir az enesol, a mire legelőször szintén *Coignet* mutatott reá, hogy az injectiók nem, vagy csak alig fájdalmasak, a mi már azon szempontból is fontos, hogy a betegek sokkal inkább határozzák el magukat az injectiós kezelésre. Az ilyen kezelési mód a többi higanykészítményekkel igen sok esetben nem vihető keresztül egyéb káros hatásokon kívül nagy fájdalmasságuk miatt.

Az a jó tonizáló hatás, melyet az enesol egyébként az összszervezetre kifejt, szintén igen becses tulajdonságai közé tartozik, mely hatást *Breton*[12] a benne lévő arsennek vél tulajdoníthatni.

Goldstein,[13] a ki az enesol hatásáról úgy pharmakodynamiai, mint klinikai szempontból legbehatóbban foglalkozott, a következőket állapíthatta meg. Az enesol kiváló luesellenes szer, mely még az olyan súlyos lueses esetekben is jó hatást tud kifejteni, a melyekben sem a jod, sem más higanykészítmény nem használ. Mindazon esetekben, a hol az előbb említett szerek hatástalannak mutatkoztak, vagy pedig mérgezési tünetek miatt a higanyos kezelés nem volt folytatható, az enesolt igen jó eredménynyel alkalmazták. Kiemeli továbbá azt is, hogy alkalmazása fájdalmat nem okoz, az alkalmazás helyén reactiók nem mutatkoznak, mérgezési tüneteket nem volt alkalma észlelni. És ha volt is egy-két esetben kisebbfokú irritatiója a foghúsnak, e miatt az enesolos kezelést sohasem kellett félbeszakítania. Roboráló hatása szembeszökő. Az enesol utáni recidivák okát a szer gyors eliminálásában véli feltalálhatni, ámbár az sem zárható ki, hogy az enesolkezelés rövid ideig tartott és így elégtelen volt a lues teljes meggyógyítására.

Bloch Iván[14] szintén rendkívül dicséri az enesolt mint igen jó luesellenes szert, és kiváló tonizáló hatása és csekély toxicitása miatt az egyéb kénesőkészítmények fölé helyezi. Egyéb tulajdonságaira nézve ugyanazt tapasztalta, mint *Goldstein*.

Kamprath[15] az enesol hatását nemcsak a lues szempontjából tette tanulmány tárgyává, hanem olyan irányú megfigyeléseket is tett, hogy milyen elváltozásokat okoz a vérben. Azt találta, hogy a vörös vérsejtek száma legalább is egy millióval szaporodott, a vér haemoglobin-tartalma pedig 10—20%-kal emelkedett, míg a fehér vérsejtek száma 1000—2000-rel megfogyott. *Kamprath* véleménye szerint az arsenes componens az, a mely a vérre ily jó hatással van.

Hasonlóképpen jó eredményekről számol be *Habrich*,[16] *Fraenkel* és *Kahn*.[17] Ez utóbbiak az enesolnak a Wassermann-reactióra való hatását is vizsgálták, mely utóbbi megfigyelésükre később még vissza fogok térni. *Bouan*,[18] *Porosz*,[19] *Brousse*[20] stb. szintén azt találta, hogy az enesol jó luesellenes szer.

Az enesolnak a metalueses idegbetegségekre való hatását azonban csak kevesen észlelték. A legértékesebb ily irányú közlemény *Hudovernig*-től[21] származik, a ki tabesben és paralysisben szenvedő egyéneken észlelte az enesolkezelés hatását. Nemcsak a subjectiv tünetek: fájdalmak, paraesthesiák megszűnését észlelhette, hanem physicalis elváltozások visszafejlődését is. (Az Achilles-inreflex visszatért, a fénymerev pupillák reactioképesek lettek, a hűdések megszüntek.) Káros mellékhatásokat nem észlelt, fájdalmasságot alig tapasztalt és stomatitist csak két esetben látott.

Tapasztalatairól főbb vonásokban a következőkben számol be. Az enesol különösen kezdődő tabesesetekben mindenesetre sikerre való kilátással alkalmazható és sokszor physicalis elváltozásokra is gyógyító hatást fejthet ki, a mi nemcsak tisztán a szer kénesőtartalmától függ, hanem részben az arsenes componenstől is; ez utóbbi több esetben roborálólag is hatott. Ezekben a kezdődő esetekben az enesol nemcsak az objectiv tüneteket tudja javítani, hanem különösen kedvezően befolyásolja a betegek subjectiv panaszait is s ezt a hatást elsősorban a lancinálásokra, másodsorban bár ritkábban, a vizelési zavarokra tapasztalhatta.

Ezek után már most reátérek saját eseteim és azon hatás ismertetésére, melyet az enesol a metalueses idegbetegségekre és a Wassermann-reactióra fejtett ki.

Az enesolt 3 év óta volt alkalmam *Schaffer* tanár úr idegosztályán több mint 70 esetben alkalmazni, a melyek közül azonban csak 46 értékesíthető, mert a többiről hiányosak a feljegyzéseim, a mi ambuláns beteganyagnál el nem kerülhető. Igen sok olyan esettel rendelkezem, a melyekben az enesolkezelést megindítottam, de következetesen nem vihettem keresztül, mivel a betegek 5—8 befecskendezés után, részint mert állapotuk nem javult, részint mert egyéb körülmények miatt a fővárosból eltávoztak, többé ambulantiánkon nem jelentkeztek.

Az enesolkezelést úgy végeztem, szem előtt tartva az asepsis elveit (a fecskendő kifőzése, a beszúrás helyének aetherrel való megtisztítása), hogy egy 2 cm³-es ampulla egész tartalmát másodnaponként a far tájékán az izomba

fecskendeztem. 10 befecskendezés után mindig 8—10 napi szünetet tartottam. A befecskendezések száma 15—30 között váltakozott, de a legtöbb esetben csak 20 volt. Az enesol befecskendezése csak a legritkább esetben volt fájdalmas; ilyenkor is az ischiadicus mentén voltak a bokáig kisugárzó, de nem heves fájdalmak, melyek véleményem szerint azáltal keletkeztek, hogy a befecskendezés alkalmával a folyadék a nervus ischiadicus körüli szövetbe került; e fájdalmak csak rövid ideig tartottak. *A beszúrás helyén lobos reactiót sohasem láttam és csak igen kevés esetben észleltem e helyen kisebbfokú beszűrődést, mely azonban a befecskendezések abbahagyása után csakhamar megszűnt. Néhány héttel az enesolkezelés beszüntetése után a befecskendezések helye már nem volt kitapintható. Gingivitist vagy egyéb mérgezési tüneteket sem a kezelés alatt, sem utána nem tapasztaltam. Betegeink a szert igen jól tűrték, a kezelés alatt súlycsökkenést csak 2 esetben láttam, míg igen sok esetben határozott súlygyarapodást észlelhettem.*

Az enesolkezelés javalatának felállításában elsősorban a klinikai tünetek vezéreltek és csak másodsorban a serologiai vizsgálatok eredménye. Kisérleteink két csoportra oszthatók: az elsőhöz azon esetek tartoznak, a melyekben a vér serologiai vizsgálata nem történt meg, a második csoportba azok, a hol a vér serologiai vizsgálata úgy az enesolkezelés megkezdése előtt, mint sok esetben annak befejezése után is több ízben megejtetett.

A metalueses idegbetegségek közül a tabes, ophthalmoplegia, lueses eredésű myelitis, hemiplegiák és cerebrastheniák eseteiben végeztem enesolos kezelést. Igen feltünő volt a ptosisok rendkívül gyors megszűnése. A teljesen hűdött felső szemhéj már 1—2 befecskendezés után akaratlagosan mozgatható volt és a legritkább esetben volt 10-nél több befecskendezésre szükség, hogy a ptosis teljesen megszűnjön.

16 ophthalmoplegia externa esetében 15—30 enesolos befecskendezésre egy esetben nem tudtam javulást elérni, 4 esetben a hűdött szemizmok javultak, a többi 10 esetben teljesen meggyógyultak. A külső szemizomhűdések eseteiben tehát az enesol hatása igen szembeszökő, sőt a ptosisoknál meglepő. Igaz ugyan, hogy az az ellenvetés tehető, hogy éppen ezek azon tünetei a tabesnek, a melyek a legnagyobb visszafejlődési hajlandósággal birnak, sőt nagy ritkán spontán is gyógyulnak. De viszont eseteink észlelésekor az tűnt ki, hogy még igen hosszú idő (3—4 év) óta fennálló szemizombénulások is meggyógyultak és hogy a gyógyulás megindulása csak néhány enesol-befecskendezés után következett be, továbbá, hogy egyéb gyógyeljárásokra a külső szemizombénulásoknak csak elenyészően csekély száma gyógyult meg és hogy e gyógyulás megközelítőleg sem következett be olyan rövid idő alatt, mint az enesol-kezelés után. Annak a lehetőségnek a felvételétől azonban nem zárkózom el, hogy a nagyobb gyógyulási hajlam teszi lehetővé, hogy az enesolra annyi eset gyógyul és hogy a gyógyulás aránylag oly rövid idő alatt következik be.

A tabes subjectiv tünetei közül a lancináló fájdalmak voltak azok, a melyek az enesolkezelésre megjavultak, sőt a legtöbb esetben teljesen meg is szűntek. Kiemelem, hogy az enesolkezelés alatt a betegnek semmiféle fájdalomcsillapító szert nem adtam. Már 5—6 befecskendezés után tapasztalhattam a fájdalmak csökkenését és mind ritkábban való megjelenését. 20—30 befecskendezésre teljesen megszűntek. Vannak olyan eseteim is, a hol az enesol hatását a kezelés befejezése után 2 évvel volt alkalmam megfigyelni s a hol meggyőződhettem, hogy a fájdalmak még ekkor sem jelentkeztek újból. 40 tabeses esetben 28-szor alkalmaztam az enesolt a fájdalom ellen és 23 esetben szűnt meg a fájdalom, a mi körülbelül 82% -nak felel meg. *Hudovernig* 63%-ban állapithatta meg a fájdalmak megszűnését.

Az enesolnak a tabeses gyomor- és bélkrizisekre is jó hatását tapasztalhattam. 6 olyan tabeses beteget kezeltem, a ki igen heves gyomorkrizisekben szenvedett, a melyek igen gyakran még morphiumra sem csillapodtak. 5 esetben a krizisek teljesen megszűntek, egy esetben pedig a hónaponként pontosan visszatérő rohamok három hónapig szüneteltek, ezután újból jelentkeztek ugyan, de intensitásuk nem volt már oly nagy, sokkal ritkábban állottak be és sokkal rövidebb ideig tartottak. Míg ezen utóbbi esetben az enesolkezelés megindításáig a rohamok 11 napig tartottak, addig a kezelés után (20 enesol) csak 2—3 napig. Igaz ugyan, hogy ilyen kevés számú esetből messzemenő következtetéseket vonni nem lehet, annál kevésbé, mert ismeretes, hogy a morphiummal megszüntetett gyomorkrizisek is néha évekig szünetelnek, míg viszont az enesolkezelésnél is láttuk, hogy nem minden esetben szűntek meg a gyomorkrizisek, de azért az enesolnak jó hatása mégsem vonható kétségbe.

A dysuriának, egy rendkívül gyakori tabeses tünetnek megszűnését nem sikerült minden alkalommal az enesolkezeléssel elérni. Több esetben javult a dysuriás állapot, de a nem javult dysuriás esetek száma is elég tekintélyes. Hasonlóképpen nem tudtam az ataxiák esetében sem olyan eredményt elérni, a mely bizonyító erővel birna oly irányban, hogy az enesol ezen tabeses tünetet is meg tudja szüntetni.

A pupillaris reactiók megváltozását csak egy esetben volt alkalmam észlelni egy betegünkön, a kin a szemizombénuláson kívül differens pupillák is voltak, az egyik pupilla fényre való merevségével. Ezen esetben 20 enesolinjectióra az összes bénulásos tünetek megszüntek, sőt a pupillaris differentia is kiegyenlítődött és ismét visszatért a pupilla reactiója. Csakhogy ebben az esetben, bár a tabes diagnosisának felvételére is volt alapunk, még sem zárkózhatunk el ama lehetőség elől, hogy tisztán csak lueses ophthalmoplegia volt jelen. Ezen felvételt az is támogatni látszik, hogy a lueses infectio és a tabes tünetei között alig 6 hónap mult el.

Hogy azonban tisztán tabeses pupillaris differentiák kiegyenlítődhetnek és fénymerev pupillák ismét működésképessé lehetnek, arról *Hudovernig* is megemlékszik, a kinek alkalma volt ezen pupillaris elváltozást egyik enesollal kezelt betegén észlelni.

Még egy további physicalis elváltozás visszafejlődését is volt alkalmam egy enesollal kezelt betegünkön megfigyelhetni, a miről különben már egyik előbbeni dolgozatomban említést tettem, s ez az ínreflexekre vonatkozik. A klasszikus tabes összes jelenségeit mutató nő (*Argyll-Robertson*, *Westphal*, ataxia, gyomorkrizisek) 30 enesol-befecskendezésre teljesen meggyógyult, az összes tünetek visszafejlődtek, a térdreflexek is visszatértek és csak a pupillaris tünetek nem változtak meg. Azóta ismét alkalmam volt a beteget látni, a kit vérvizsgálat czéljából rendeltem be, és a kin a negativvá változott Wassermann-reactio 8 hónap óta még mindig negativ. *Hudovernig* egy esetében szintén visszatért az eltünt Achilles-ínreflex.

Igen tanulságos egy esetünk azon szempontból, hogy az enesol kifejezetten objectiv eredményt hozott létre, holott az alkalmazott arsenobenzol hatástalannak mutatkozott. Egy hemiplegiás betegünk 5 év előtt extragenitalis úton luest szerzett. 8 hónap előtt baloldali hemiplegiát szenvedett el. Teljes mozgási képtelenség a bal felső és alsó végtagokban, flexiós contractura a könyökben és kézujjakban, spastikus térdreflexek, positiv *Babinski* mindkét oldalon, spastikus sírás és nevetés. 4 hónap előtt arsenobenzol-kezelést kapott minden eredmény nélkül. 4 hét előtt a poliklinika kórházába került és az itt alkalmazott enesolkezelésre a motilitás javulni kezd, sőt 18 injectio után a beteg nagyon nehezen bár, de járni kezd, míg azelőtt az ágyból még kijönni is képtelen volt. Jelen esetben tehát az enesol gyógyító hatása kétségtelen.

Egy érdekes tünetet akarok még felemlíteni, melyet egy ophthalmoplegiás eset kezelése kapcsán észlelhettünk. (*Schaffer* az esetet bemutatta.) Az egyéb tabeses tünetekhez mindkétoldali opticusatrophia csatlakozott, a mely azonban az enesol és később alkalmazott cacodyl hatására olyképpen fejlődött vissza, hogy az egyik szemen a teljes restitutio, a másik szemen csak decoloratio volt szemtükrileg (*Fejér* dr.) megállapítható. Nem tudom a jelenséget kellőleg értékelni és csak azért említem, mert szakember állapította meg. Mindenesetre nagy jelentőségű eredmény volna, ha ezen opticus-

regeneratiót az egyik oldalon és a bántalom tovaterjedésének meggátlását a másik oldalon csakugyan az enesol idézte volna elő. Tény, hogy 6 hónap óta a bántalom nem halad tovább.

Fleckseder,[22] a ki az arsenobenzollal és az enesollal elérhető hatásról egyidejűleg tett megfigyeléseket, határozottan az enesol mellett foglal állást, mert szerinte sok metalueses betegségen csak ezzel lehet eredményt elérni, míg az arsenobenzollal csak nagyon ritkán.

Néhány lueses eredésű cerebrasthenia esetében is volt alkalmam az enesolt alkalmazni s vele teljes gyógyulást értem el. Myelitis két esete közül az egyik meggyógyult, a másik lényegesen javult, de a (munkaképesség szempontjából) meggyógyult esetben is találhatók még objectiv tünetek.

Az alábbiakban röviden foglalkozni akarok az enesolnak a Wassermann-reactióra való hatásával. Sok szerzőnek volt alkalma tapasztalni, hogy több-kevesebb injectio után rövidebb vagy hosszabb idő mulva az erősen positiv Wassermann-reactio negativvá változott, sőt, mint az irodalmi adatokból kitűnik, sokkal gyakrabban, mint az arsenobenzolkezelés után.

Már most az a kérdés, mi idézi elő a vérnek azt a megváltozását, hogy a Wassermann-reactiót meg tudja fordítani. Vajjon az enesolban jelenlevő kéneső-componens idézi-e ezt elő, a mely esetben tehát az egész csak kéneső-reactio volna, vagy pedig az enesol valóban meggyógyítja a luest, tönkreteszi a spirochaetákat és így meggátolja az antitestek fejlődését és vajjon a negativ Wassermannt adó egyén luesmentesnek tekinthető-e? Érdekes és fontos kérdések ezek, melyekre azonban határozott feleletet adni eddig még nem lehetett.

Ismeretes, hogy a kéneső in vitro a positiv Wassermannt negativvá tudja változtatni. *Detre* és *Sellei*,[23] a kik ezen kérdéssel behatóan foglalkoztak, meg is állapították a kéneső azon concentratióját, a mely mellett a vérnek ezen megváltozása bekövetkezett. *Királyfi*[24] és mások megerősítették ezen szerzők észleléseit, de egyúttal azt is kimutatták állatkisérletek kapcsán, hogy a kémcsőben észlelhető tünet az életre nem vihető át és hogy az élőben valódi antilueses hatás szerepel, ha a positiv reactio negativvá változik; ezt az antilueses hatást pedig a kéneső fejti ki. Ha nem az antilueses hatás változtatná meg a reactiót, minden kénesővel kezelt egyénen negativvá kellene változni a positiv reactiónak, a mi pedig nem történik meg. Minthogy azonban a reactiónak ezen megváltozása nem mindenkor áll be, sőt a reactiónak változatlanul maradása gyakran fordul elő, azt kell felvennünk, hogy más tényezők is hatnak közre a Wassermann-reactio megváltozásánál, melyeket azonban ma még nem ismerünk. Remélhetjük, hogy a további serologiai kisérletek erre nézve is meg fogják adni a feleletet.

Az az észlelésem, hogy sok negativvá változott Wassermann-reactio még 1—1½ év mulva is ilyen maradt és hogy az enesollal kezelt metalueses idegbántalmak nem progrediáltak, annak a felvételére jogosít fel, hogy azon esetekben, a hol a negativ reactio nem változik ismét positivvá, a lues valódi gyógyulása állott be, és így a metalueses idegbántalmak továbbfejlődése megakadt, mert megszűnvén a lueses virus termelése, a sensibilis idegrendszer további pusztulása is abban maradt. De a negativ Wassermann-reactio onnan is származhat, hogy az enesolban levő kéneső és arsen akképpen változtatja meg együttesen a vér chemiai összetételét, hogy az antigen-antitest-reactio az antitest fejlődésének hiánya miatt nem következik be, a nélkül, hogy a lues meggyógyult volna.

Folytassuk-e az enesol-kezelést olyan esetekben, a hol a negativvá változott reactio ismét positiv lett? Ha nincsenek az enesol-kezelést contraindikáló momentumok jelen, véleményem szerint bizonyos idő mulva ismét folytatható. Ezt a nézetet vallja *Goldstein*, *Fraenkel* és *Kahn* is. Ez utóbbiak 55%-ban találták a positiv Wassermann-reactiót megváltozottnak enesol-kezelés után, míg a többi kéneső-kezelés után sokkal ritkábban találták a reactio megváltozását.

A magam 46 esete közül 31-ben végeztettem Wassermann-reactiót. A reactiókat *Vas* magántanár volt szíves elvégezni, a kinek szívességéért ezen a helyen is köszönetet mondok. A 31 eset közül 6-szor negativ, 25-ször positiv volt a reactio. Ezen utóbbi 25 esetben ismételt reactiókat csináltattam; közülök 20-szori enesol-kezelés után a positiv reactio negativvá változott 10 esetben, 25-szöri kezelés után 5 esetben és 30-szori kezelés után 3 esetben. Tehát 24 eset közül az összes negativvá változó esetek száma 18, a mi 72%-nak felel meg.

Látjuk tehát, hogy elég tekintélyes számban változott meg a positiv reactio az enesol-kezelés után, talán több esetben, mint megváltozott volna az arsenobenzol-kezelés után.

Ezek után a következőkben foglalhatom össze végkövetkeztetéseimet:

Az enesol rendkívül gyorsan ható gyógyszer, melynek gyógyító hatása a külső szemizmok bénulására kétségtelen. A tabeses fájdalmakat a legtöbb esetben megszünteti és úgy látszik jótékony hatást fejt ki a tabeses gyomor- és bélkrizisekre is. A physicalis elváltozásokat visszafejlődésre tudja bírni, sőt teljesen meg is tudja szüntetni. A positiv Wassermann-reactiót negativvá képes változtatni. Mérgezési tüneteket és helybeli reactiót nem okoz. Tonizáló hatása kétségtelen.

Irodalom: [1] *Havas*: Orvosi Hetilap, 1910. — [2] *Kuhárné-Fáber*: Gyógyászat, 1910. — [3] *Sarbó*: Budapesti Orvosi Ujság (Bőr- és bujakórtan), 1910. — [4] *Torday*: Budapesti Orvosi Ujság, 1910. — [5] *Basch*: Orvosi Hetilap, 1910. — [6] *Kétly*: Orvosi Hetilap, 1910. — [7] *Schlesinger*: Medizinische Klinik, 1910. — [8] *Mattausek*: Medizinische Klinik, 1910, — [9] *Salamon*: Medizinische Klinik, 1910. — [10] *Bauer*: Medizinische Klinik, 1910. — [11] *Coignet*: Comptes-rendus de la Société nationale de médecine de Lyon, 1904 — [12] *Breton*: Gazette des hôpitaux, 1904. — [13] *Goldstein*: Monatshefte für praktische Dermatologie, 1905. — [14] *Bloch Iván*: Deutsche Aerzte-Zeitung, 1905. — [15] *Kamprath*: Wiener medizinische Wochenschrift, 1906. — [16] *Habrich*: Medizinische Klinik, 1905. — [17] *Fraenkel és Kahn*: Medizinische Klinik, 1910. — [18] *Bouan*: Bull. Med. de Toulouse, 1905. — [19] *Porosz*: Gyógyászat, 1906. — [20] *Brousse*: Montpellier medical, 1905. — [21] *Hudovernig*: Orvosi Hetilap, 1908 — [22] *Fleckseder*: Wiener klin. Wochenschr. 1910. — [23] *Detre és Sellei*: Wiener klinische Wochenschrift, 1904. — [24] *Királyfi*: Orvosi Hetilap, 1910.

A würzburgi egyetem belklinikájáról.

Bacteriumtermékekkel előidézett anaemiáról.

Irta: *Fejes Lajos* dr.

Az anaemia perniciosa aetiologiájára vonatkozó vizsgálatok jóformán már közvetlenül azután megindultak, miután *Biermer* e betegség fogalmát megalkotta. A betegség klinikai tünetei között a gyomor- és béltünetek, a kórboncztani leletben a gyomor-béltractus nyálkahártyájának atrophiás elváltozása annyira feltünőek, hogy nem csodálható, hogy ezen gyomor-bélmegbetegedésben keresték először az anaemia perniciosa okát. Később egyes szerzők az anaemia perniciosa okát a béltractus felől történő autointoxicatióban keresték (ezt nevezték tulajdonképpen kryptogenesises anaemia perniciosának). Az anaemiát előidéző méreg természetéről és hatásmódjáról két nézet áll egymással szemben. A szerzők egy része szerint ez a méreg vérsejtoldó képességénél fogva a vörös vérsejtek nagymértékű tönkremenetelét, később ezáltal a csontvelő kimerülését idézi elő. Mások specifikus csontvelő-méregnek tekintik, mely a normalis regeneratio-képességet megszünteti (*Ehrlich-Lazarus*, *Naegeli*). *Berger* és *Tsuchiya*-nak sikerült anaemia perniciosában elhalt beteg bélnyálkahártyájából olyan lipoid-természetű anyagot kivonni, mely tízszer oly erős haemolysises képességet mutatott, mint a normalis bélnyálkahártyából készített extractum. E lipoidanyaggal a szerzők állatkisérletben az anaemia perniciosához hasonló vérelváltozást tudtak előidézni. E vizsgálataik alapján arra a következtetésre jutnak, hogy ezen lipoid-anyag idézi elő vérsejtoldó és csontvelőmérgező hatásánál fogva az anaemia perniciosát. *Schlaepfer* anaemia perniciosában elhalt beteg

bélnyálkahártyájában ezen lipoid-anyagot histologiailag is kimutatta gyuladásos tünetek mellett.

Röviden meg kell itt emlékeznem a súlyos anaemia azon alakjáról, a mely a megfelelő kezelésre leggyorsabban gyógyul meg s ebből a szempontból nem is nevezhető anaemia perniciosának, tudniillik a bothriocephalus-anaemiáról *Faust, Tallquist* és *Schaumann* vizsgálatai óta ismeretes, hogy a bothriocephalus-anaemiát lipoid-anyagok idézik elő. A bothriocephalus latus testéből extrahált lipoid-anyaggal állatkísérletben súlyos, anaemia perniciosa typusú vérelváltozással járó megbetegedést sikerült elérni.

Hunter monographiájában a súlyos anaemiának két alakját különbözteti meg. Először tárgyalja a tulajdonképpeni idiopathikus anaemia perniciosát, melyet Addison-anaemiának nevez. Az anaemia ezen alakjának aetiologiájában *Hunter* szerint a főszerepet oly infectio játszsza, mely a szájüregben, főleg a nyelven, továbbá a gyomor és bél nyálkahártyáján súlyos gyuladást idéz elő. *Hunter* ezen elváltozásokat az anaemia perniciosa prodromalis tüneteinek tekinti, hangoztatja állandó előfordulásukat és a mélybe hatoló gyuladásos elváltozást histologiailag is kimutatja. A béltractus nyálkahártyájának ezen súlyos kifekélyesedésre vezető gyuladása bőséges alkalmat nyujt a tulajdonképpeni, specifikus (haemolysyses) fertőzés létrejöttére. Élesen különválasztja e kórképtől a sepsises anaemiát, mely lázzal, haemorrhagiákkal, gyomor-bélbeli és idegrendszeri tünetekkel jár.

Az első typusú anaemiára legjellemzőbbnek tartja a súlyos haemolysist, mely pigmentlerakódást okoz a májban, lépben, vesékben és urobilinuriával jár. *Hunter* elméletét lényegében egyedül *Grawitz* fogadta el, a ki az ezen theorián alapuló therapiájával gyógyulási eredményekről is számolt be. Az utóbbiak eredményét tetemesen csökkenti azonban az a körülmény, hogy *Grawitz* az anaemia perniciosa diagnosisának felállításában nem veszi tekintetbe a többi szerző szigorúbb követelményeit.

Az intoxicatio-theoriát a chemiai vizsgálatok — főleg *Bloch* és *Strauss* munkái — megdöntötték. A szájüreg nyálkahártyájának fekélyesedő gyuladása, melyet *Hunter* annyira kiemel, *Naegeli* szerint nagyon ritka és csakis a betegség tetőfokán fordul elő s így aetiologiai jelentősége nem lehet.

A vizsgálatok ilyen állása mellett fontosnak látszott előttem annak a kérdésnek eldöntése, hogy — a bothriocephalus-extractumok hatásának analogiájára — nem lehetne-e a béltractusban saprophyta, esetleg pathogen módon szereplő bacteriumokból hasonló anaemiát előidéző hatású anyagot nyerni. Kisérleteimhez egyelőre a bacterium coli commune, dysenteria (*Flexner*) és typhus törzsét használtam.

Raubitschek vizsgálataiból tudjuk, hogy e törzsek bacteriumaiból alkohollal, aetherrel, benzinnel stb. vérsejtoldó hatású anyagok, úgynevezett bacteriohaemolysinek vonhatók ki. E bacteriohaemolysinek különböző állati vörös vérsejteket in vitro meglehetős erősen oldanak, épp úgy, mint a bizonyos bacteriumok, például tetanusbacillus, staphylococcus stb. által biologiai productumként termelt bacteriohaemolysinek.

Raubitschek leírása értelmében a bacteriohaemolysint a következőképpen állítottam elő: A megfelelő bacterium jól fejlett agar-tenyészetét physiologiai konyhasóoldattal az agarfelületről óvatosan emulgeálva, fölös mennyiségű absolut alkohollal 24 órán át thermostatban digeráltam; a keletkezett csapadékot leszűrve, az alkoholt elpárologtattam s a maradékot ismét 24 óráig absolut alkohollal kivontam s végül az alkohol elpárologtatása után visszamaradt száraz anyagot physiologiai konyhasóoldattal lehetőség szerint emulgeáltam.

A laboratoriumi törzsekből ilyen módon nyert bacteriohaemolysin in vitro csekély fokú vérsejtoldó hatást fejtett ki: mosott kutya-vörösvérsejt 5%-os emulsióját a colihaemolysin 1 : 50, a dysenteria-haemolysin 1 : 100, typhushaemolysin 1 : 20 arányban oldotta. Ezután a bacteriohaemolysinnel házinyulakat intravenásan kezeltem s kisérleteimben az alábbi táblázatban feltüntetett eredményt értem el:

I. táblázat.

Kisérlet száma	Datum	Vörös vérsejtszám	Fehér vérsejtszám	Haemoglobin (Sahli)	Megjegyzés
I. házinyúl	XI/6.	5,440.000	8400	85%	2 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/8.	4,960.000	9600	80%	4 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/10.	4,780.000	9720	80%	4 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/12.	4,820.000	9600	80%	
II. házinyúl	XI/5.	5,280.000	7200	95%	2 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/7.	4,480.000	9250	70%	2 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/9.	4,320.000	9200	65%	4 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/11.	4,420.000	10200	60%	
III. házinyúl	XI/12.	5,680.000	6400	95%	2 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/14.	5,120 000	7840	80%	2 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/16.	4,440.000	8680	65%	4 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/18.	4,080.000	9620	65%	
IV. házinyúl	XI 5.	5,320.000	7420	105%	2 cm³ typhushaemolysin intravenásan.
	XI/7.	5,312.000	8240	100%	2 cm³ typhushaemolysin intravenásan.
	XI/9.	5,000.800	9200	95%	4 cm³ typhushaemolysin intravenásan.
	XI/11.	5,120.000	9640	95%	

Mint a táblázatból kitűnik, a bacteriohaemolysin hatására a vörös vérsejtek száma és a haemoglobintartalom megcsökkent, a fehér vérsejtek száma kissé megszaporodott. Leghatásosabbnak mutatkozott a dysenteriahaemolysin, a legcsekélyebb változást a typhushaemolysin okozta. A kisérleti állatok vérében a kezelés alatt és után sem poikilocytosis, sem éretlen vörös vagy fehér vérsejt látható nem volt s a haemoglobintartalom csökkenése arányos volt a vörös vérsejtek számának alászállásával; mindezekből az tűnik ki, hogy az ezen bacteriohaemolysin által előidézett anaemia az anaemia perniciosától teljesen eltér.

Abból a tapasztalatból indulva ki, hogy gyuladásos folyamatokban a bacteriumok, főleg az itt szereplő csoport tagjainak virulentiája hirtelen megnő, az alábbiakban részletezett módon iparkodtam ilyen törzseket is felhasználni a kisérletezésre. Számolnom kellett ugyanis annak lehetőségével, hogy azon változásokkal kapcsolatban, melyek valamely bacteriumtörzs virulentiájának növekedésében nyilvánulnak meg, esetleg a haemolysises, illetve anaemiát előidéző hatás is fokozódik.

Kisérleti berendezésem a következő volt: Kutyának, illetve házi nyúlnak gyomorszondával nagyobb mennyiségű (kutyának 10—16, nyúlnak 5—10) szétdörzsölt crotonmagot adtam be; erre a kutya többszöri hányást és hasmenést, a nyúl is igen erős hasmenést kapott, mire 18–24 óra mulva ugyancsak gyomorszondával a megfelelő bacteriumtörzs levestenyészetéből nagyobb mennyiséget adtam be. A fertőzés után 24—48 órával az állatot megölve, az erősen duzzadt és belövelt vékonybélnyálkahártyán mindig több hámtól fosztott, véresen beivódott fekélyt találtam, melynek faláról vett kaparékot különböző tenyésztőanyagba beoltva, lemezeket öntöttem s a kitenyészett koloniákat a megfelelő módon meghatároztam, a különböző színes tenyésztőanyagok felhasználásával s immunsavóval végzett agglutinálás segitségével. A további kisérletekhez használt törzseket úgy választottam meg, hogy kutyakisérlethez oly törzset vettem, a mely kutyában, nyúlkisérlethez olyat, mely nyúlban esett ezen *passageon* át.

Az ily módon kitenyésztett törzsekből nyert bacteriohaemolysin már in vitro tetemesen fokozott vérsejtoldó hatást fejt ki. Mosott kutyavörösvérsejt 5%-os emulsióját colihaemolysin 1 : 500, dysenteriahaemolysin 1 : 1000, typhushaemolysin 1 : 250 arányban oldotta.

Az új törzsekből nyert bacteriohaemolysinnel az alábbi állatkisérleteket végeztem:

II. táblázat.

Kisérlet száma	Datum	Vörös vérsejtszám	Fehér vérsejtszám	Haemoglobin (Sahli)	Megjegyzés
I. Házi nyúl	XI/19.	5,240.000	6800	95%	E vérvizsgálat után 2 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/21.	4,860.000	10.400	75%	Ismét ugyanazon dosist adjuk be
	XI/23.	4,440.000	11 200	70%	Ismét ugyanazon dosist adjuk be
	XI/25.	3,840.000	12.400	65%	A vérképben: számos normo-, néhány megaloblast, csekély poikilocytosis, erős polychromatophilia. 35% lymphocyta. 3 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/26.				+
II. Házi nyúl	XI/19.	5,680.000	7200	110%	2 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/21.	4,640.000	12.400	75%	Néhány normoblast polychromatophilia
					Ugyanazon dosist megismételjük
	XI/23.	3,940.000	14.600	65%	Igen sok normo- és megaloblast, erős polychromatophilia, mérsékelt fokú poikilocytosis. 45% lymphocyta. 3 cm³ dysenteria haemolysin intravenásan
	XI/25.	3,240.000	15.600	55%	Minden látótérben megaloblast
					Ugyanazon dosist megismételjük
	XI/26				+
III. Házi nyúl	XI/19.	5,460.000	6200	95%	2 cm³ typhushaemolysin intravenásan
	XI/21.	5,280.000	7640	90%	2 cm³ typhushaemolysin intravenásan
	XI/23.	4,876.000	8880	80%	3 cm³ typhushaemolysin intravenásan
	XI/25.	4,260.000	9240	75%	A vérkép nem mutat eltérést
	XI/28.	5,540 000	10.400	90%	
IV. Házi nyúl	XI/24.	5,320.000	5800	110%	2 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/26.	4,960.000	7840	95%	2 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/28.	4,120.000	8960	75%	Néhány normoblast 3 cm³ colihaemolysin intravenásan
	XI/30.	3,420.000	11.420	70%	Sok normo- és megaloblast, polychromatophilia. 35% lymphocyta. 3 cm³ colihaemolysin
	XII/1.				+
V. Házi nyúl	XI/24.	5,840.000	6240	110%	2 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/26.	4,660.000	14.700	75%	Kevés normoblast, polychromatophilia 3 cm³ dysenteria-haemolysin.
	XI/28.	3,240.000	18.600	65%	Minden látótérben normo s megaloblast látható, poikilocytosis, polychromatophilia, 45% lymphocyta. Ugyanazon dosis ismét
	XI/30.				+
VI. Házi nyúl	XI/24.	5,480.000	6420	100%	2 cm³ typhushaemolysin intravenásan
	XI/26.	5,120.000	7840	90%	Ugyane dos. intrav.
	XI/28.	4,860.000	8680	85%	Vérképben eltérés nem látható, 3 cm³ typhushaemolysin.
	XI/30.	4,260.000	9460	80%	A vérkép most sem mutat eltérést.
	XII/3.	5,640.000	12.400	95%	

III. táblázat.

Kisérlet száma	Datum	Vörös vérsejtszám	Fehér vérsejtszám	Haemoglobin (Sahli)	Megjegyzés
I kutya	XI/16.	6,680.000	14.500	105%	Intravenásan 2 cm³ colihaemolysin
	XI/18.	5,840.000	13.400	90%	Intravenásan 2 cm³ colihaemolysin
	XI/20.	4,900.000	14.600	85%	Intravenásan 2 cm³ colihaemolysin
	XI/22.	4,160.000	14.200	75%	Mérsékelt poikilocytosis, sok normo- és megaloblast. 45% lymphocyta
	XI/25.	5,120.000	15.420	90%	Magtartalmú vörös vérsejt nem látható, normalis vérkép
II. kutya	XI/16.	6,720.000	13.200	110%	Intravenásan 2 cm³ dysenteria - haemolysin
	XI/18.	5.140.000	15.400	95%	Néhány normoblast. Ugyanazon dosist megismételjük
	XI/20.	4,440.000	12.400	75%	Sok normo-, néhány megaloblast. 38% lymphocyta. 3 cm³ dysenteria-haemolysin intravenásan
	XI/22.	3,860.000	14.600	65%	Igen sok normo- és megaloblast, mérsékelt poikilocytosis, erős polychromatophilia, 45% lympho cyta, néhány hízósejt
	XI/25.	4,980.000	15 000	95%	Mérsékelt polychromatophilia, magtartalmú vörös vérsejt nem látható
III. kutya	XI/17.	6,440.000	15.320	110%	2 cm³ typhushaemolysin intravenásan
	XI/19.	6,080.000	16.400	105%	2 cm³ typhushaemolysin intravenásan
	XI/21.	5,880.000	14.720	100%	4 cm³ typhushaemolysin intravenásan
	XI/23.	5,660.000	14 400	100%	A vérkép a normalistól eltérést nem mutat
	XI/26.	6,240.000	15.200	105%	—

A röviden összefoglalt kisérleti jegyzőkönyvből kitűnik, hogy a *fent leírt passage-on átesett törzsből előállított bacteriohaemolysin állatkisérletben is sokkal erősebb hatást fejtett ki.* A három bacterium közül ismét a dysenteriából volt a leghatásosabb, a typhusból a leggyengébb haemolysin nyerhető. Az anaemiát a vörös vérsejtek számának rohamos csökkenése jellemzi, melylyel a haemoglobintartalom alászállása nem tart egészen lépést, úgy hogy a festődési index például a IV. házinyúlon 1·3. A legfeltünőbb eltérést a kezelt állatok *vérképe* mutatta. A *poikilocytosis* ugyan többnyire nem volt nagyfokú, azonban a kifejezett *anisocytosis* és *polychromatophilia* már jelezte a feltünő eltérést attól a vérképtől, melyet az állatok a kezelés alatt mutattak. A második-harmadik injectio után *magtartalmú vörös vérsejtek* jelentek meg és pedig normoblastok, az anaemia fokozódásával — legnagyobb számban a dysenteria-haemolysinnel kezelt állatok vérében — *megalo-*

blastok, így már a csontvelő megbetegedését is jelezvén. A coli- és dysenteria-haemolysinnel kezelt nyulak a harmadik injectio után elpusztultak, a kutyák és a typhushaemolysinnel kezelt nyulak meggyógyultak. A fehér vérsejtek kutyában és nyúlban teljesen eltérően viselkedtek; míg ugyanis házinyulakban a kezeléssel kapcsolatban mindig tetemes leukocytosis következett be, addig kutyában a fehér vérsejtek száma alig változott. A mi a fehér vérsejtek egyes alakjait illeti, kiemelendő, hogy *mindig relativ, illetve absolut lymphocytosis volt kimutatható.*

* * *

A midőn e kisérleteim eredményéből levonható következtetést akarom összeállítani, nem tartanám megengedhetőnek, hogy e kisérletekből az emberi anaemia perniciosára közvetlenül következtessek. Kisérleteimben az anaemiát előidéző méregből igen nagy mennyiséget és még hozzá intravenásan adagoltam, kétségtelenül jóval többet, mint a mennyi az emberi anaemia perniciosában a bél felől felszívódhatna, habár ez utóbbiban viszont a méreg hatása sokkal állandóbb. Ez okból természetesnek látszik, hogy a kisérletesen előidézett anaemia sokkal rohamosabb lefolyású volt. *Kisérleteimből annyi mindenesetre kiderül, hogy bizonyos bacteriumtermékekkel az emberi anaemia perniciosa typusába tartozó, súlyos anaemiát lehet előidézni.*

Irodalom: [1] *Ehrlich und Lazarus*: Die Anämieen. Abteilung I. und II. — [2] *Naegeli:* Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Leipzig, 1908. — [3] *Berger und Tsuchiya*: Beiträge zur Pathogenese der pernic. Anämie. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Bd. 96. S. 252. — — [4] *Schlaepfer*: Beiträge zur Histologie des Darmes bei pern. Anämie. Ibidem, 1910. S. 448. — [5] *Faust und Tallquist:* Archiv für exp. Pathologie und Pharmakologie. Bd. 57. — [6] *Schaumann und Tallquist:* Deutsche medizinische Wochenschrift, 1892. No. 20. — [7] *Tallquist*: Ueber experiment Blutgiftanämien. Helsingfors, 1899. — [8] *W. Hunter:* Severest Anaemias. London, 1909. — [9] *Grawitz:* Klinische Pathologie des Blutes. Leipzig, 1906. Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 32 und 33. Ibidem. 190[illegible]. No. 24. — [10] *Strauss*: Berliner klinische Wochenschrift, 1902. S. 798. és Zeitschrift für klinische Medizin. Bd. 41. S. 280. — [11] *Bloch*: Deutsches Archiv f. klinische Medizin. Bd. 77. S. 277. — [12] *Raubitschek*: Zentralblatt für Bakt. 1908. Bd. 46. S. 508.

A húgycső hyperaemiás kezelésének methodikája.

Irta: ***Porosz Mór*** dr., urologus Budapesten.

A forró szondával végzett húgycsőhyperaemizálás úgy történik, hogy az üres, kettéosztott műszeren forró vizet engedek átfolyni, a nélkül, hogy a víz a húgycsövet magát érintené. Ennek a legegyszerűbb kiviteli módját, a methodikáját a következőkben adom meg.

Nagyvárosban vízvezeték és mellette gyorsvízmelegítő apparatus minden szakorvos rendelő szobájában található requisitum. Ezek felhasználása mellett e komplikáltnak látszó eljárás igen egyszerűen végezhető.

Az irrigatorba belelógatott hőmérő pontosan jelzi a tartályban levő víz fokát. A beteg széken ül és egyik kezével a bevezetett szondát tartja, hogy ki ne csúszszék. A műszer egy egyenes, konikusan végződő kettős cső, egy odavezető és egy elvezető görbe csővel ellátva.

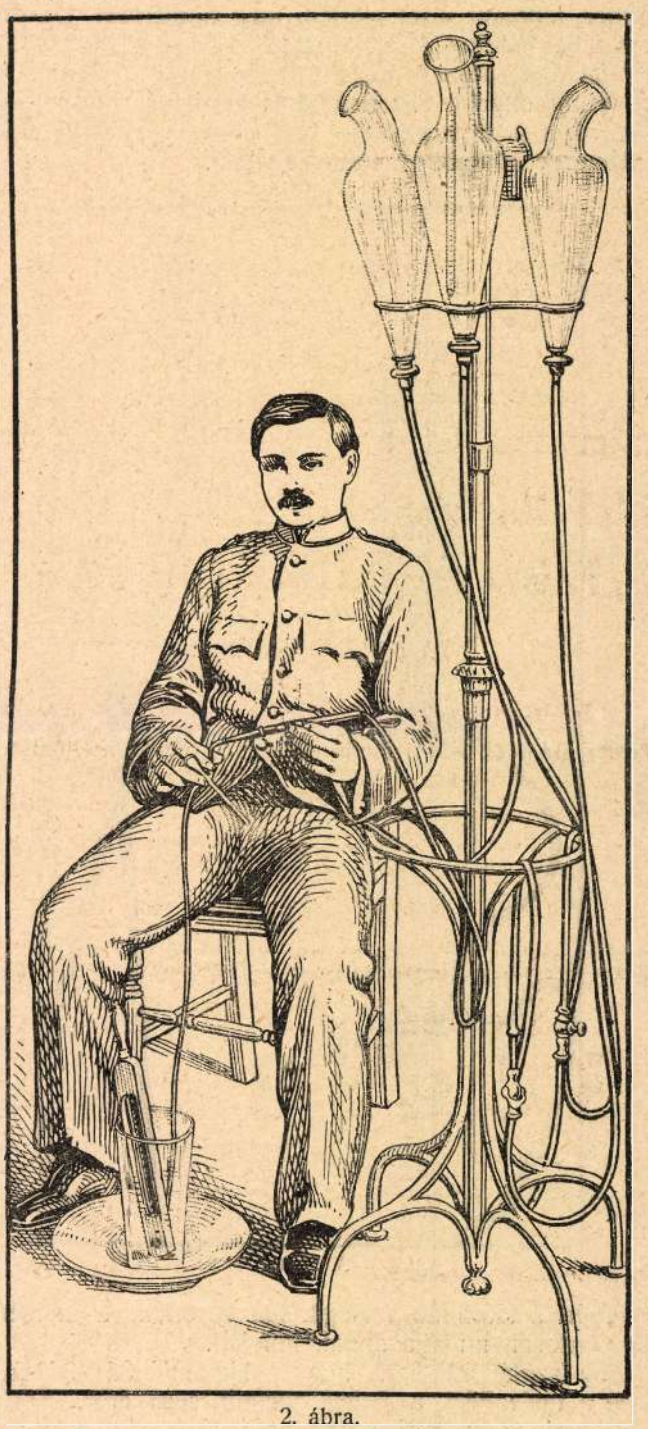
Ezt összekötjük az $1^1/_2$—2 méter magasra helyezett irrigatorral; az áramló víz így átjárva a szondát, a beteg lába előtt elhelyezett edénybe ürül. A szabályozó csapot pedig a másik kezében tartja. (1. ábra.)

1. ábra.

Leírásomban megemlítettem, hogy a kezelés kezdetén langyosabb vizet kell használnunk, mert a húgycsövet a szokatlan hőérzéshez hozzá kell szoktatnunk, hogy a beteg azt kellemetlennek és fájdalmasnak ne találja.

Erre a czélra az én régi berendezésem — melyet hólyagmosáshoz használok — kitűnőnek bizonyult. Én ugyanis a vízmelegítő apparátusnak melegvizet adó csövét a vízvezeték hidegvizet adó csövével kapcsoltam össze, úgy hogy a rendes mosdócsövön kapom a hidegvizet is, meg a melegvizet is.

Ezt a csövet egy kis *illeszték* és gummicső segélyével közvetlen összeköttetésbe hozom az irrigatorral, úgy hogy a Junker-féle vízmelegítő vízcsapjának segítségével egyenesen az irrigatorba szabályozhatóan bocsátom a meleg vizet. (2. ábra.)



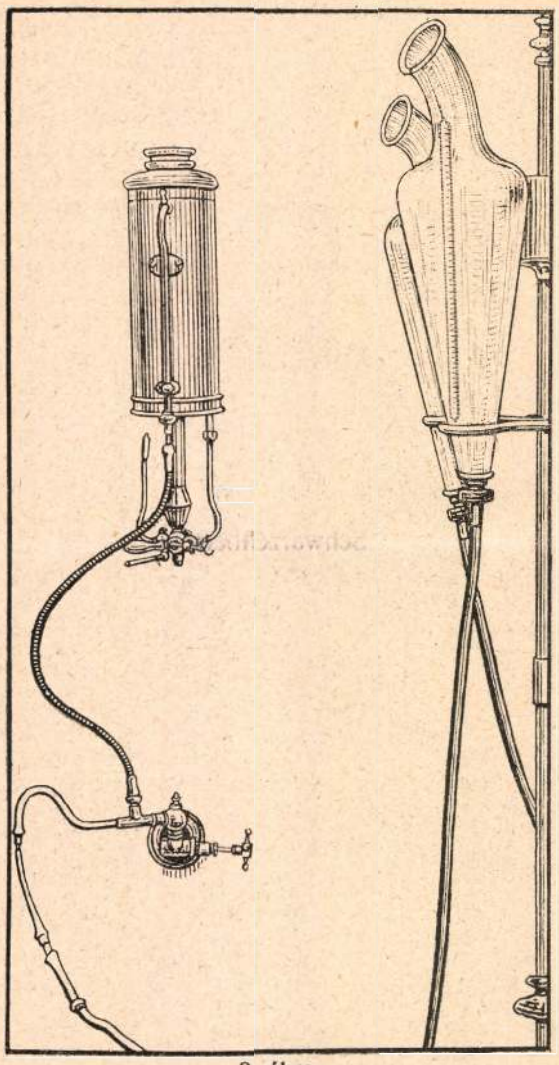
2. ábra.

A hőmérő pontosan mutatja, hogy a 2 literes irrigatorban hányfokú a víz. Az összeköttetést a melegvízapparatussal már akkor hozom létre, a mikor a melegítés kezdődik. Így azután látható a hőmérő kénesőoszlopának az emelkedése. Ha elérem a kívánt hőfokot, akkor a légszeszlángot eloltom és az apparatusban lévő melegvizet bővebben bocsátom be, a mely lassan csökkenő hőmérsékletűvé lesz, mire az irrigator csúcsába leérő hőtérző kéneső már kevésbé meleg vízbe ér és így kisebb hőfokot mutat a hőmérő. De ez csak az irrigator alján levő víz fokát jelenti. A hidegebb víz súlyosabb és így szépen alul marad és fölötte rétegenként megáll a mindig melegebb víz, ha az irrigatort fel nem rázzuk.

Ezt a physikai tulajdonságot ügyesen fel lehet használni arra, hogy az irrigator csövét és az alját langyosabb, sőt hideg vízzel töltsük meg.

Most azután az irrigatort a hevítő szondával kötöm össze. Az áramlás megindul és az irrigator alján levő hűvösebb és langyosabb víz halad a szondán keresztül. A víz fogyásával egyre melegebb vízrétegek jutnak sorra és így, mire a kívánt hőfok jut a húgycsőbe, az successive megszokja azt és a beteg jól tűri a nagyobb hőfokot is.

Kontrollméréseket is végeztem. Eleinte a kibocsátott és edényben felfogott vizet mértem meg hőmérővel. De ez nem adta a teljes hőfokot. A csövön át folyás, meg a tálban álló hideg edény felmelegedése is lekötött valamennyit a benne összegyült víz hőfokából. Sőt az eljárás kezdetén kifolyott kisebb hőfokú vizet is felmelegítette úgy, hogy egyenlő hőfokú volt az edénynek különböző magasságában.



3. ábra.

Ezért a kiáramló vízsugár alá tartottam a hőmérőt, a mely pontosan mutatta annak hőfokát.

Így azután rájöttem, hogy a kiáramló 35—36°-ú vízzel kezdve a melegítést, a beteg semmit sem érez. Körülbelül 40°-nál érzi, hogy kezd meleg lenni. 42—43°-ot még az érzékeny ideges beteg is könnyen és jól tűr. 44—45°-nál érzi forrónak, ezt jóformán minden beteg állja.

Azonban akadtam már oly türelmes betegre is, ki a kiáramló 50°-ot is állta. Igaz, hogy egyszer a jól betolt szonda bevezető és levezető csöve a meatus felhámját pörkölte, úgy hogy 1—2 napig utána érzékeny volt és vékony pörk képződött rajta. De a húgycső egészen jól állta és tűrte ezt a hőfokot.

Ezen mérések alapján rájöttem arra is, hogy a kiáramló víz átlagosan 45°-át el tudtam érni a csap szabályozásával, ha a tartályban legváltozatosabb hőfokú volt is a víz. Ha például 60°-ú volt az irrigatorban levő víz, akkor vékonyabb sugárban bocsátva a vizet, ugyancsak be tudtam állítani 45°-ra a kiáramló folyadékot éppen úgy, mint 50—52°-os vízáramlasztással, úgy hogy a kifolyó vízsugarat a csappal vastagabbra állítottam. Az időegység alatt mennél több hőegységet bocsátottam keresztül, annál több hőt vett át belőle a húgycső. Vagyis ha hirtelen ömlött ki a víz, akkor a beteg is jobban érezte a hőt, meg a kontroll-hőmérő is magasabb hőfokot mutatott. Ha pedig lassan, vékony sugárban bocsátottam ki a vizet, a beteg is jelezte, a hőmérő meg megmutatta a kisebb hőfokot.

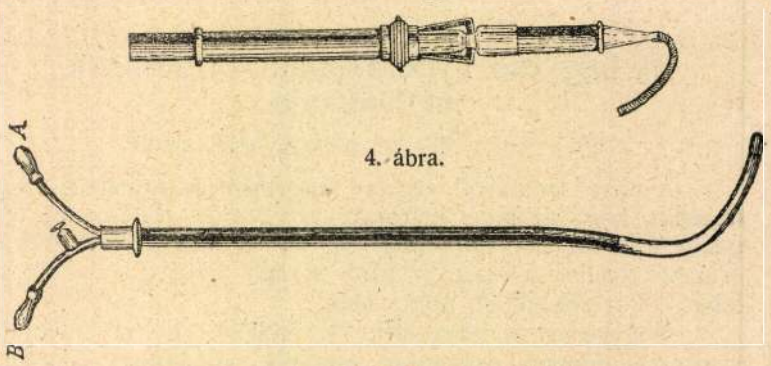
Physikai számításokat az áramlás sebessége és a leadott hőmennyiség aránya között nem végeztem. Először mert nem tudtam, másodszor meg a komplikált számításoknak semmi praktikus hasznát nem láttam. Ugyis a beteg a szabályozója a hőnek.

Az első dolgozatomban azt írtam, hogy körülbelül 8—10°-ot tesz ki a különbség a beáramló és kiáramló folyadék hőmérséke közt és így 8—10°-ot nyelne el belőle a húgycső. Azonban később rájöttem, hogy sok hőveszteséggel jár a vezető csövek, a felfogó edény átmelegítése, valamint a tálé, melyben az edény áll. Ezeknek hőfoka pedig más télen és más nyáron és függ a szobalevegő hőfokától is.

Ha az irrigator folyadékát összerázom, akkor egyenletes a benne levő víz hőfoka, az irrigator minden magasságában. Ilyenkor, 45—46°-nál kezdve az áramlást, a beteg nem jól tűri a hőt, míg rászoktatva, a 54—55°-os vizet is állja, természetesen megfelelő áramlás mellett.

Ha pedig a beteg nagyon forrónak találja a szondát, akkor egy mozdulattal az összekötő gummicsövet a szondánál megtöri és a hőérzés rögtön csökken. Így megtöréssel vagy két ujjal végzett leszorítással az áramlást megállítva, pihenőt is tarthat, a mely után hosszabb-rövidebb ideig ismét állja a hőt.

Így a betegnek a kezébe van adva az adagolás mértéke. Ezáltal a megkínzása kikerülhető. Nem fájdalmas, nem tűrhetetlen számára a hő. Az áramlás szabályozását kitünően lehet végezni az ábrán is látható gyűrűs csővel.



4. ábra.

5. ábra.

A gyűrű 1—1 milliméternyi tolása is képes arra, hogy a kiáramló víz hőfokát 1—2°-kal megváltoztassuk. Sokkal biztosabb és finomabb ez a szabályozás, mint a rendes vagy a *Leiter*-féle csappal.

Rendesen 2 liternyi folyadékot bocsátok a szondán keresztül. 50—52°-ú víz mellett 45°-ú kiáramló vizet bocsátva ki, az eljárás 8—10 perczig tart. Nagyobb hőfok mellett, a midőn a kiáramló víz hőfokát 45°-on tartom, természetesen lassabban kell bocsátani a vizet és így 12—15 perczig is eltart a kezelés.

Ha azonban a beteg nagyon kimelegedik, egész testén izzadni kezd, akkor nem erőltetem a dolgot, hanem beszüntetem a kezelést.

Ily kezelés után a húgycső nyálkahártyája igen élénken piros. Kívülről mérve az urethra alsó felületére tartott és odafogott közönséges hőmérővel 41°-ot is tudtam mérni. A felső felületén a corpus cavernosumokra helyezett hőmérővel 39·5°-nál többet nem tudtam lemérni. Igaz, hogy míg alul a bőr felületétől a szondáig 4—5 milliméter a szövetek vastagsága, fölülről néha meg 10 milliméternél is vastagabb rétegnek kell átmelegednie, a míg a hő a hőmérőt éri.

Ezen eljárás után a húgycső a vizeléskor érzékeny. Ha ez érzékenység — a nagyobb hő folytán — másnapon is tart, másnap szünetel a kezelés. Ritka eset, hogy e miatt még harmadnapon is szünetet tartok.

Vörner (Folia urologica 1910) a szondamelegítést villamos ellentállási alapon készíttetett fűtőtesttel végzi. A villamáramba bekapcsolva a fűtőtestet, a mely a szonda üregében van elhelyezve, tüzessé is tudja tenni a műszerét. Ennek a meggátlására kontrollapparatust kapcsol be az áramkörbe. Igaz, hogy kényelmes eljárás volna. De azt hiszem, nem oly biztosan szabályozható, mint az én methodusom és nem tudja a beteg maga is rögtön megállítani a hőemelkedést. Víz az mindenütt van, melegítő készülék is, irrigator is, úgy hogy semmi sem kell hozzá, csakis a szonda.

Egy hátrányát *Vörner* maga is felemlíti: nem lehet elég vékonyra szerkeszteni. Az én szondámból 14. sz. char.-t is lehet csináltatni, sőt még vékonyabbat is. Ámbár szerintem ilyenre nem igen van szükség. Nagyfokú szűkületeknél biztosabban elkerülhető az álút készítése a bougiekkal.

A kinek volt alkalma küzködni rigid, könnyen vérző, gyorsan recidiváló stricturákkal és az ilyen esetben megpróbálja a forró szondát, az méltányolni fogja a fényes, biztos és gyors eredményt és nem szívesen nélkülözné az instrumentariumából.

Az egyenes psychrophoron kívül a hátsó húgycsőben lévő szűkületek ellen használható az általam szerkesztett elektropsychrophor, a melynek csak a hajlása (Schnabel) nincs kaucsukkal elszigetelve.

1908-ban Berlinben, a német urologusok congressusán bemutattam a húgycső hyperaemizálására készíttetett műszereimet. Ugyanott előadtam az e gyógymóddal szerzett tapasztalataimat is. Azóta tett megfigyeléseimből arra a következtetésre jutottam, hogy a forró szonda alkalmazása kitűnő therapeutikus eszközünk lehet úgy a subacut, mint a chronikus blennorrhoea kezelésében, valamint a stricturák felpuhítását és tágítását célzó eljárásainkban.

Viszont azon reményem, hogy acut blennorrhoea eseteiben a 40°-ig vagy azon túl felmelegített húgycső a gonococcusokat megöli és a húgycsőből kipusztítja, nem járt a megfelelő sikerrel.

Eltekintve attól, hogy az acut lobos urethra nem is egykönnyen tűri a nagyobb hőfokot érzékenysége miatt, még az esetekben is, a midőn egyszer-egyszer sikerült is a beteg türelmével és fájdalomtűrésével a húgycsövet 40°-nál magasabbra melegítenem, a gonococcusokat kiirtanom nem sikerült. Pedig a húgycső hőfokát kívülről a bőr felületéről mértem. Már pedig in vitro a gonococcusok 40°-nál elpusztulnak.

Ez is csak azt mutatja, hogy a gonococcus élete és életfeltétele in vitro is más, a szervezetben is más.

Annál meglepőbb és örvendetesebb volt az a tapasztalatom, a melyet az infiltratumok és stricturák gyógyítása körül szereztem. Ha ezek voltak okai a húgycső váladékának és a váladék gonococcustartalmának, akkor ezek gyógyítása, a váladékképződés megszüntetése sikerrel járt.

Nem akarom ezzel azt is állítani, hogy a vizeletben úszkáló nyálkaczafatok is minden esetben teljesen eltűntek. Megvallom, hogy ezt vártam, sokszor azt hittem, hogy el is értem. Azonban a reggeli vizeletekben csakhamar újból kellett látnom a czafatokat, a melyeket a nappali vizeletben oly szívesen nem tudtam meglátni. Okát ennek az urethroskop segélyével sem tudtam megtalálni. A tátongó nyálkával telt, de egészséges, *nem lobos Morgagni*-féle folliculusokat mint *kórokozó* jelenségeket, nem tekinthettem abnormalisnak, elváltozásnak. Nem tartom lehetetlennek, hogy az éjjeli észre nem vett, vagy a reggel észlelt erectióknak is szerepe van a nyálkaképződésben.

A stricturák tágíthatóságát azonban a hyperaemiás kezelés nagyban elősegítette. Merev, mások által több ízben kezelt, vérzékeny stricturákat néhány esetben sikerült egyetlen csepp vér nélkül kitágítanom. Sőt 1—2 esetben hosszabb idő mulva is meggyőződhettem arról, hogy a stricturából normalisra tágított húgycsőkaliber tartja magát. Nem szűkül újra.

Azt is tapasztaltam, hogy az ily infiltratumok, de különösen szűkületek mellett gyakran jelentkező húgycsőfolyás, a mely a legritkább esetben mutat gonococcusokat, minden befecskendezés nélkül elmult, tisztán a normalis húgycsőkaliberre való tágítás után. Ez a váladék rendesen sokféle alakú és fajtájú bacteriumflorából, nagy hámsejtekből és sokszor alig található 1—1 genysejt keverékéből áll. Sokszor a bacillusok és nagy coccusok intracellularisak úgy a genysejtben, mint a hámsejtekben.

E tapasztalatokon felbuzdulva, megpróbáltam a forró szonda alkalmazását urethritis non gonococcica eseteiben is, a midőn idegen, nem pathogen dús bacteriumflorával találkoztam. Ilyen esetekről nem tudjuk biztosan, hogy az urethritishez társulnak-e kívülről a bacteriumok, vagy ezek a mikroorganismusok, melyek ép húgycsőből a nyílásról kiszorított nyálkában is előfordulnak, pathogenek-e.

A mikor már azt hittem több eset után, hogy a forró szonda az ilyen urethritisek ellen is kitűnő eljárás, akkor akadt 1—2 esetem, a melyben az adstringens kezelést nem tudtam elkerülni. Így hát azt mondhatom, hogy egyes esetekben magában használva, nem vezet eredményhez.

Makacsabb esetekben azonban mindig megpróbálandónak tartom sokszor éppen meglepő eredményességénél fogva.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

W. Croner: Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. Fünfte Auflage. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg.

A nyolcz év alatt öt nagy kiadást ért munkára csak röviden kívánjuk ráirányitani olvasóink figyelmét; évekkel ezelőtt az első kiadások egyikét már behatóbban ismertettük volt. A berlini orvosi iskola mindenesetre a vezetőszerepet játszók egyike s talán ez az egyik oka az olyan munka kelendőségének, a mely egy ilyen iskola therapiás működését tükrözteti vissza. Ez az ok egymagában azonban még nem volna elegendő, mert ismerünk munkát, a melyet ez a körülmény egymaga még nem tett nagyon keresetté. A könyv nagy sikerét főleg az biztosította, hogy szerkesztőjének sikerült oly munkatársakat találnia, a kik a legnagyobb tudással és ambitióval végezték a jól megállapított terv szerint feladatukat. A munka, mint az *egész* modern therapia rövid és jó encyklopaediája megérdemli, hogy minél több orvos asztalán foglaljon helyet.

H. Much: Die Immunitätswissenschaft. Würzburg, C. Kabitzsch, 1911.

Az immunitásról szóló tan, kapcsolatban a vele együtt járó diagnostikai és gyógyító eljárások nagy számával, az orvostudomány mai állásában elsőrangú szerepet visz. Nem csoda tehát, hogy az orvostudomány ezen rövid idő alatt bámulatosan nagyra emelkedett épületét ismertetni kívánó munkák száma máris tetemes. Nagyobb részük azonban olyan, a mely csak a szóban levő kérdésekben már járatosabbak számára való; az orvosok nagy zöme nem nagy hasznukat veszi. Hálás feladatot végzett tehát a szerző, a mikor oly könyvet állított össze, a melyből a teljesen avatatlan is könnyen érthető áttekintést kaphat az immunitás tanáról és a vele kapcsolatos számtalan diagnostikai és therapiai kérdésről; a melyből megismerheti, hogy mi tekinthető biztosan megalapozottnak és a gyakorlatban is használhatónak; a melyből fogalmat alkothat magának, hogy mennyi történt már e téren és hogy mennyit kell még tennünk. A nem nagy terjedelmű, mintegy harmadfélszáz lapra terjedő munkát melegen ajánlhatjuk olvasóink figyelmébe. Ára kötve 8 márka.

Lapszemle.

Belorvostan.

A chlorosissal összefoglaló előadásban foglalkozik *C. von Noorden*. A symptomatologiát tárgyaló részből kiemeljük, hogy *Noorden* a polyuriával járó eseteket kedvezőbbeknek, könnyebben gyógyíthatóknak tartja, mint azokat, a melyekben a vizelet mennyisége csökkent. A polyuria itt csak következménye a polydipsiának, vagyis a beteg fokozott szomjúságának. Ennek a polydipsiának a pontos okát adni nem tudjuk, de kapcsolatba hozhatjuk avval a körülménynyel, hogy a chloroticák szövetnedveiben több a víz, mint rendesen s a vérben is fokozott a vörös vérsejtek víztartalma a plasma rendes concentratiója mellett. A chlorosis gyógyulásával a szövetek vízbősége szűnik, egyforma fokon maradó vagy még növekedett diuresis mellett, a miért is a betegek ilyenkor a jó táplálkozás ellenére is fogynak.

A chlorosis okát a szerző a petefészkek hiányos működésében keresi. A petefészkeknek a petesejtek termelésén kívül még egy másik működésük van: belső secretio módjára bizonyos váladékot termelnek, a mely akár a vérerek útján közvetlenül, akár pedig az idegrendszer útján közvetve a csontvelőre, vagyis a vörös vérsejtek képződésére hat. Ez a működés az, a mely chlorosis esetén csökkent. A nemi szervek infantilismusa, hypoplasiája, egyedül vagy más degeneratiós jelekkel együtt igen gyakori a chloroticákon. Sokan közülök terméketlenek is maradnak; 85 steril nő közül, a kit a szerző erre megkérdezett, 56-nak volt leánykorában hosszabb ideig chlorosisa. Még ha látszólag rendes fejlődésű nemi szervekkel biró, rendesen menstruáló és fogamzó nőkön áll is fenn a chlorosis, fel kell tennünk, hogy a petefészkeknek a nemi működése rendes ugyan, de a másik, a hormonokat termelő működése fogyatékos. *Noorden* utal *Tandler*-nek arra az észleletére, hogy „eunuchoid“ fiúk leánytestvérei igen gyakran chlorotikusak. Ez a mulandó eunuchoidismus abban mutatkozik, hogy a fiúk az ivarérés előtti években feltünően elhizottak s a bőrük nőiesen finom. Később ez az állapot rendszerint megszűnik, a fiúk az ivarérés idején túl normalis fejlődést vesznek. Az oka ennek a mulandó fejlődési zavarnak a here interstitialis állományának tökéletlen fejlődése és működése, a minek folytán a pajzsmirigy is gyengébben működik a kelleténél; ennek a hypothyreoidismusnak az oka azután az elhízás. E szerint ez az eunuchoidismus mintegy hím-pendantja a chlorosisnak: mindkettőnek egy az oka.

A chlorosis egyik gyakori tünete a felületes lélegzés, a légszomj. Ennek oka a rekesz magas állása. Ennek a gyógyítására a szerző leginkább ajánlja a rendszeres lélegzési gyakorlatokat, a melyeket odahaza is lehet végeztetni *Müller* rendszere szerint. Ilymódon már egy-két hét alatt szép eredményt lehet elérni, a tulajdonképpeni alapbetegség javulása nélkül is.

A vaspraeparatumok egyik ismert főhibája, hogy székrekedést okoznak. Legrosszabbak ebben a tekintetben a vastartalmú orvosságok, középen állanak a vasat kénvegyületben tartalmazó ásványvizek (pl. Levico, Roncegno, Val Sinestra) s legjobbak a szénsavas vasat tartalmazó vizek, mint a langenschwalbachi és franzensbadi víz, csakhogy ezek csak akkor hatásosak, ha in loco iszszák. A vasnak subcutan alkalmazása sem jobb a többi alkalmazásmódnál, az is szorulást okoz, a mi érthető is, mert *Quincke* vizsgálatai szerint a bőr alá vitt vas is csak a bél s nem a vizelet útján távozik el a szervezetből. Az idősült székrekedést a szerző csak a diaeta útján gyógyítja; legrosszabb eljárásnak a sok klysmát tartja, mert avval a végbél előbb-utóbb kitágul s ennek az atoniája csak újabb oka lesz a székrekedésnek.

A vas mellett igen szép eredményeket érhetünk el az arsentherapiával. Mindakettőnek — a vasnak s az arsennak — egyenlő a hatása a chlorosisban: izgatólag hatnak a vérképző szervekre s evvel helyettesitik a petefészkek hiányzó analog működését. Azt a nézetet, hogy chlorosis esetén hiányzik a szervezetben a vas s a vaspraeparatumok jó hatása ennek a hiánynak a pótlásából magyarázható, már rég elhagyták. Milyen alakban alkalmazzuk az arsent? Az acid. arsenicosum s a liquor kalii arsenicosi rontja a gyomrot, pedig a chloroticák legnagyobb részének igen érzékeny a gyomra. Az arsentartalmú vasas források (Levico, Roncegno stb.) a gyomrot nem bántják, de szorulást okoznak, a mit pedig lehetőleg el kell kerülni a chlorosis orvoslásában. Franciaországban nagy keletnek örvend a chlorosis therapiájában a natrium cacodylicum és ferrum cacodylicum bőr alatti alkalmazása. A szerző, bár elismeri, hogy ennek a therapiának néha jó hatása van, nem szereti használni, mert megbízhatlannak tartja s több esetben mérgezést látott tőle. Mindkét készítményben az arsen szoros vegyületben van jelen, mely mint olyan hatástalan s melyből a szervezetnek az arsent le kell választania. Ez a leválasztás azonban különböző fokban s igen megbízhatatlan módon történik; néha az egész vegyület változatlanul megy el a vizelettel, máskor meg a felbontás oly tökéletes, hogy túlnagy arsenmennyiség szabadul fel s mérgezés áll elő. Leginkább dicséri a szerző az arsentartalmú therapeutikus eszközök közül a dürkheimi Max-forrást, mely egy literben 13·8 gramm konyhasót és 0·017 gramm arsentrioxydot tartalmaz. A betegek e vizet kitünően tűrik; se gyomorrontást, se székszorulást nem kapnak tőle. A kúra kezdetén a beteg napjában háromszor 20 cm.-t igyék belőle az étkezések után; ezt a mennyiséget lassanként háromszor 100 ccm.-re lehet emelni, a mi 5 mg. napi arsenmennyiségnek felel meg. *Noorden* egy betegén, a ki a Max-forráson kívül semmi egyebet sem használt, a vér haemoglobintartalma 8 hét alatt 55—60%-ról 85—90%-ra, vagyis a normalis mennyiségre emelkedett. Végül kiemeli a szerző, hogy a beteg lehetőleg fehérjében bővelkedő étellel táplálkozzék; különösen jó hatású a bő reggeli, a mely tojást és húst tartalmazzon. (Medizinische Klinik, 1911. 1. szám.)

Sebészet.

Appendicitis következtében támadt epileptikus görcsökről ír *Fritz Bernát*. A szerző első esete egy 20 éves betegápolóra vonatkozik, a ki ezen betegségéig teljesen egészséges volt. Pár heti prodromalstadium után, mely különösen fejfájás és hasi fájdalmakban nyilvánult, igen súlyos jellegű appendicitist kapott, kezdődve görcsökkel, melyek minden symptomájukban epileptikus görcsöknek feleltek meg. A has részéről mutatkozó tünetek mindjobban előtérbe nyomulnak: spontan nyilvánuló, heves fájdalmak a jobb alhas táján, a hasfal feszessége, 38·6°-ig emelkedő hőmérséklet. Az appendix eltávolítása után teljes gyógyulás, az epileptikus görcsök többé nem jelentkeztek.

A második eset egy 35 éves férfibeteg volt, a ki már gyermekkorában igen sokat szenvedett fejfájásban s kinek idegrendszere általában kissé labilis volt. Az appendicitis symptomái 12 évvel ezelőtt kezdődtek, ezen idő óta kisebb-nagyobb mértékben csaknem állandóan szenved ezen betegsége következtében. Majd ugyancsak epileptikus görcsök jelentkeznek nála, melyek az utóbbi időben már igen gyakoriakká válnak és legutóbbi rohama alkalmával igen heves hasfájdalmakkal komplikálódtak. A szerző az első betegre vonatkozó tapasztalata alapján arra gondol, hogy az appendicitis és epilepsia között bizonyos okozati összefüggés van. Appendectomiát végez, mire az epileptikus görcsök elmaradtak. Mindkét esetben az epileptikus rohamok reflectorikus úton jöhettek létre, okozva a féregnyúlvány gyuladásos izgalma által. A szerző bizonyos hasonlatosságot lát a gyermekkorban előforduló reflectorikus görcsökkel, melyeket a bélben lévő férgek avagy gyuladásos folyamatok idéznek elő. (Medizinische Klinik, 18. sz.) Ifj. *Háhn Dezső dr.*

Elmekórtan.

A pupillák viselkedéséről heveny alkoholmérgezés eseteiben értekezik *Stapel*. A szerző vizsgálatait részben a göttingai egyetem hallgatóin, részben az elme- és idegkórtani

klinika betegein végezte, a kik közül a csökkent ellenállóképességűeket választotta ki. Eredményeit a következőkben foglalja össze. Az acut alkoholmérgezés következtében mindkét pupilla egyenlő mértékben kitágul, a mit ritkán előzetes szűkülés vezet be. Pupillakülönbséget vagy alakváltozást nem észlelt. A mérgezés a retina alkalmazkodó képességét változott fényforrás iránt befolyásolja (csökkenti, lassítja). A pupillák reactiója fényre, összetérítésre, alkalmazkodásra renyhébb, a lefolyása és a kitérés nagysága csökkent. A renyhe reactiót megelőzheti és követheti kisebb fokozódás; a két szem reactiója között nem volt különbség. Sensibilis vagy sensoros inger és psychoreactio a pupillareactiót megváltoztatja; hogy ez fokozódásban vagy csökkenésben nyilvánul-e, a későbbi vizsgálatok dönthetik el. Mindezen pupillaris változás a csökkent ellenálló képességűeken, invalidusokon már kevesebb alkohol élvezésére is gyorsabban, erősebben és hosszabb ideig tartóan jelentkezik, mint az egészségeseken. Pathologiás részegségben nagyfokú pupillaris renyheség, sőt fénymerevség is észlelhető. Egészségesek „rendes“ részegségében sohasem találhatunk durvább pupillaris változást vagy fénymerevséget. (Monatschr. f. Psych. u. Neurol. XXIX. kötet 216. l.) *Goldberger Márk* dr.

Idegkórtan.

Az ischias pathologiájáról és therapiájáról tartott előadást *E. Müller*. Az ischias rendesen neuritisen alapszik s csak ritkán tekinthető igazi neuralgiának. Bizonyítja az előbbit, hogy külső ártalmaknak nagy szerepük van a keletkezésében, hogy a fájdalom nem rohamokban jelentkezik, hanem többé-kevésbé állandó, hogy sokkal gyakoribb férfiakon, mint nőkön (míg az igazi neuralgiák egyformán osztódnak el), bizonyítja végül az Achilles-reflex igen gyakori megváltozása vagy elveszése. A fájdalmat paraesthesiák vagy merevség érzése előzhetik meg; a fájdalom a baj teljes kifejlődésekor is igen változó, többnyire a láb külső oldalán, a peronaeus-területen veszi be magát, ritkábban a tibialis területén. A nyomási pontok nem szoktak állandóak lenni s ezért nem is birnak oly diagnostikai fontossággal, mint az ú. n. Lasègne-féle tünet, mely azon alapszik, hogy az ischiadicusnak már kis nyujtása is igen fájdalmas s így többféle fogással kiváltható. Az Achilles-reflex elvesztét, gyöngülését eseteinek felében mutatta ki az előadó; a reflex kiváltására legalkalmasabbnak tartja, ha a beteg hanyatt fekszik, lábszárát vízszintesig emeli, kissé kifelé rotálja és a vizsgáló a lábát fogja (a reflex-mozgás érzékelése végett), miközben kiváltja a reflexet; a reflex az ischias kezdetén élénkebb is lehet és a többi tünet meggyógyulása után is végleg elveszett maradhat. A therapiát illetően a szerző melegen ajánlja a Lange-féle injectiókat (80—100 cm^3 phys. konyhasóoldat, 1% β-eukainnal). (Münchener Medizinische Wochenschrift, 1911. 23. sz.) *L.*

Venereás betegségek.

A trichophytiasis fajlagos kezeléséről számol be *C. Bruck* és *Kusunoki* (Breslau). A trichophytiasis immunisatiós viszonyainak tanulmányozása a legutóbbi időben sok érdekes és tanulságos tapasztalásra vezetett, mely úgy látszik a therapiában is sikerrel lesz alkalmazható. *Neisser* és *Plato* voltak az elsők, a kik a trychophytiasis specifikus befolyásolását megkisérelték. A trichophyton-kulturákból előállított „trichophytin“-nek subcutan injectiójáról kiderült, hogy trichophytiasis profundában szenvedő egyéneken helybeli és általános reactiót képes kiváltani. A reactio folytán gyógyulást is sikerült létrehozni. De a reactio, és pedig úgy a helybeli, mint az általános, oly kellemetlen mellékhatásokkal járt, hogy az eljárás általánosítására nem került a sor. A szerzők „trichophytin“-jüket kétféle trichophyton-törzsből készítették: a trichophyt. gypseum-ból és a trich. cerebriformeből. A kivonat 3 hónapos kulturákból készül, melynek filtrálás után sterilnek kell bizonyulnia. A „trichophyton“ cutireactiót nem okoz sohasem, csakis intracutan eljárással szokott a reactio beállani. Ez az intracutan injectio (1—2 csepp az epidermis alá) ép egyéneken is idéz elő kisfokú pírt, de ez elenyésző a trichophytiasisos betegeknek lobos és infiltrált reactiója mellett. A reactio úgy a fölületes, mint a mély trichophytiasisos alakoknál áll be, de az utóbbiaknál jóval kifejezettebben. A szerzők azután leírnak egy mély trichophytiasisos esetet, a melyben ez az eljárás meglepő jó eredménynyel járt. Ez alkalommal a trichophytint a gypseum és cerebriforme keverékéből állították elő. A keveréknek 0·5 cm^3-jét Pravaz-fecskendővel a felkarnak több helyére oltották. A javulás már az injectio napján kezdődött. A szerzők kiemelik, hogy a trichophytines injectiók hatása nem abban nyilvánul, hogy a gombákat öli, hanem abban, hogy a beteg szövetekre specifikus gyógyító hatást fejt ki. A trichophytiasisnak antiparasitás kezelése tehát ilyen eljárás követésekor sem hanyagolható el. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911. 24. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A tökéletesen gyógyult urethritis után megmaradó húgycsőfájdalom *Finocchiaro de Meo* szerint néha a betegség egyetlen symptomája, bár a legtöbb beteg ugyanakkor más tünetekről is panaszkodik. Ezen húgycsőfájdalom kezdete, tartama, intenzitása, székhelye s kisugárzása igen különböző lehet, de az oka mindig a húgycsőnyálkahártya mélyebb rétegeiben létesült elváltozásokban keresendő. A gyógyulás folyamán keletkezett nyálkahártyahegek ugyanis változást idéznek elő az itteni idegrostokban, melyek egyrészt a heg által, főleg vizelés alkalmával történt vongáltatásuk alkalmával, de egyébként is, különösen sértett mivoltuknál fogva minden legkisebb inzultusra fájdalommal reagálnak. Nagyon természetes, hogy a nyálkahártyahegek a congestio következtében nyomást gyakorolnak az idegelemekre, mely annyira fokozódhatik, hogy egyes betegek, különösen merevedés alkalmával, valóságos neuralgiás rohamokat állanak ki. A gyógyszerkezelés egymagában nem szünteti meg ezeket a fájdalmakat, de a fokozatos, bár éppenséggel nem erőszakos tágítás és az infiltrált helyek enyhe masszálása fémszondán a nyálkahártya vérkeringési és anatomiai viszonyait javítja s így indirect kedvező befolyást gyakorol az idegelemekre is. Ezen sebészi beavatkozás következtében ugyanis az idegelemekben fokozódik az anyagcsere, emellett az érző idegrostok kinyujtatnak, a mi tudvalevőleg a legjobb módszer a makacs neuralgiák ellen. Súlyosabb esetekben a mechanikai kezelés hatását a perineumon létesített mérsékelt vérpangással és valamely érzéstelenítő vagy fertőtlenítő folyadékkal eszközölt hólyag-húgycsőöblítésekkel fokozhatjuk. (Folia urologica 1911, V. k. 7. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Röntgenologia.

Genitalis gümősödés Röntgen-kezeléssel gyógyult esete. *Spaeth* írja le ezt az érdekes gyógyulási esetet, melynek történetét és kezelés-módját a következőkben adjuk. Előbbi betegség után a fiatal női beteg medenczéjében, illetőleg hasürében egy a méhhel szorosan összefüggő daganat volt tapintható. A beteget, mivel mindennap hidegrázással egybekötött 40 fokos lázat kapott, a daganat elgenyedésének gyanuja miatt műtétnek vetették alá s két ülésben sikerült is a tályogot kifelé megnyitni. A kaparék szövettani vizsgálata gümősödést állapított meg. A gümős daganat a drainezés s többszöri kikaparás ellenére sem javult, a beteg folyton lázas volt, soványodott, úgy hogy közel járt az exitushoz. Végső mentség gyanánt a Röntgen-kezeléshez nyúltak s már az első besugárzás után feltünő javulás volt észlelhető. 18 ülésben 63 perczi összbesugárzás alatt, a sarjak kitöltötték a tályogürt s az eset teljesen gyógyult. Fél év multán a beteg meghízva s megerősödve tért vissza az üdülésből s a megejtett vizsgálat a medenczebeli szervek rendes viszonyát mutatta. A szerző szerint csakis a Röntgen-sugarak gyógyíthatták meg a beteget, mert a daganat daczolt minden eljárással s csak a besugárzásra reagált, még pedig feltünő módon. Javult rögtönösen a genyes

kifolyás, a sarjak megerősödtek, a hámosodás rohamosan terjedt, a beteg közérzete feltünően javult. Hogy gümősödést a Röntgen-sugár tud gyógyítani, azt bizonyítja a bőrfarkas gyógyulása, továbbá hogy *Bloch*, *Burret* csont- és izületi gümősödést is meggyógyítottak és *Gauss* ajánlatára a műtétre nem alkalmas hashártyagümősödést is néhány év óta Röntgennel kezelik. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911. 16. szám.) *Hruby* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Epilepsia ellen *Lion* (Szentpétervár) a *Poehl*-féle cerebrin bőr alá fecskendezését használja (kétnaponként egy 2 cm^3-es ampullányit); e mellett arsent is befecskendez (natrium kakodylicum 10—20%-os oldatából 0·1—1·0 cm^3-t). Ezen kezelésre rendszerint már az első héten tetemes javulás áll be; 2—4 hónapi kezelés után nem ismétlődtek többé — most már két éve — a görcsrohamok. Tapasztalatai most már 100-nál több betegre vonatkoznak. (Wratschebnaja Gazeta, 1910. 49. szám. Ref. Münchener mediz. Wochenschrift, 1911. 919. l.)

A veronal *Groeber* tapasztalatai szerint sokkal mérgezőbb, mint a hogyan általában fölveszik. Különösen ellenjavaltnak tartja a használatát olyan esetekben, a melyekben a vérerek functiója zavart, főleg a hasi erekre gyakorolt hűdítő hatása miatt. Mérgezés esetén a gyomormosáson kívül a hasnak megfelelő megterhelése, továbbá oxygenbelégzés használandó. (Biochem. Zeitschr., 31. kötet.)

Typhus abdominalisban beálló bélvérzés eseteiben a következő két orvosságot szedeti *Hirtz* oly módon, hogy az egyik órában az egyikből, a másikban a másikból vétet be evőkanálnyit: Rp. Ergotini 8·0; Calcii chlorati 6·0; Aquae destill. 150·0. — Rp. Extracti opii 0·1; Syr. cort. aurant. 60·0; Aquae destill. 140·0. (Rif. med., 1911. 233. l.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1911. 30. szám. *Felletár Emil*: Súlyos kolbászmérgezés. *Szántó Mór:* Reflexiók egy nem sikerült esethez.

Orvosok lapja, 1911. 30. szám. *Chudovszky Móricz*: Sebészeti megbetegedések.

Budapesti orvosi ujság, 1911. 30. szám. *Menyhért Vilmos:* Adatok a diabetes mellitus aetiologiájához és annak egy újabb gyógykezelési módja. „Gyermekorvos" melléklet, 2. szám. *Groszman Ferencz:* Adatok a serumbetegség klinikai ismeretéhez.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Hajós Béla* dr. közegészségügyi főfelügyelőnek a közegészségügy terén teljesített kiváló szolgálatai elismeréseül a király a III. osztályú vaskorona-rendet adományozta.

Kinevezés. *Zimmermann Károly* dr.-t az aradi megyei közkórház igazgató-főorvosává, *Lengyel Soma* dr., *Hegyi Mózes* dr. és *Nádor Henrik* dr mármarosszigeti kórházi főorvosokat tiszteletbeli megyei főorvossá, *Salgó Gusztáv* dr. adonyi, *Dömötör József* dr ercsii és *Márkus Sámuel* dr. polgárdii körorvosokat tiszteletbeli járásorvossá, *Gutlohn Henrik* dr. rozsnyói vasuti orvost vasuti orvosi tanácsadóvá nevezték ki.

Választás. A hódmezővásárhelyi munkásbiztositó-pénztár főorvosává *Nagy Dezső* dr-t, egyik kezelő-orvosává pedig *Müller Ferencz* dr.-t választották. — *Bene Jenő* dr.-t Gölniczbánya város orvosává, *Berényi Zsigmond* dr.-t Esztergomban kerületi orvossá, *Eisenmenger Rezső* dr.-t Báznán kör- és fürdőorvossá, *Nagy Jakab* dr.-t Miklóshalmán községi orvossá választották.

Uj magántanárok. *Körösy Kornél* dr.-nak a táplálkozás élettanából és *Torday Árpád* dr.-nak a vér és az anyagforgalom betegségei című tárgykörből a budapesti egyetemen magántanárrá történt képesittetését a vallás- és közoktatásügyi minister megerősítette.

Meghalt. *Mende Lajos* dr., volt megyei főorvos, 73 éves korában Pécsett. *Balogh Lipót* dr. 77 éves korában Czegléden. — *R. Köhler* dr., a hadsebészet tanára Berlinben.

Árkövy József dr. egyetemi tanárt a lengyel stomatologusok egyesülete legutóbb tartott közgyűlésén egyhangúlag tiszteletbeli tagává vá lasztotta.

Kisebb hirek külföldről. *A. Reinhardt* dr.-t Leipzigből a frankfurti Senckenberg-intézethez tanárrá hivták meg. — *Th. Weyl* dr. Berlinben tanári címet kapott.

A kasauli-i (India) Pasteur-intézet most tette közzé 1910. évi jelentését. Minthogy az intézet az 1910. évvel fejezte be működésének első decenniumát, a jelentés beszámol azon változtatásokról is, a melyeket a veszettségellenes védőoltás terén az elmult évtizedben a nevezett intézetben tettek s ezek során első helyen említi azt a körülményt, hogy az eredeti *Pasteur*-féle oltásmódot elhagyva, a *Högyes*-féle módszerre tértek át az utóbbi időben. Ez utóbbi módszerrel sokkal kedvezőbb eredményeket értek el, így a halálozás 1910-ben csak 0·19% volt, mig az régebben 0·61 és 1·28% között ingadozott. (A budapesti Pasteur-intézetben a halálozás 1910-ben 0·10% ot tett.)

A gümőkórellenes küzdelem állását Németországban a következő adatok tüntetik fel. Felnőtt tüdővészesek számára 99 népsanatorium működik, van ezenkívül 34 magánintézet is, úgy hogy felnőtt tüdőbetegek részére összesen 14.186 ágy áll rendelkezésre. Egy-egy betegre átlag 3 hónapi kezelést számítva, évenként 56.700 beteg részesülhet sanatoriumi kezelésben. Kifejezett gümőkórban szenvedő gyermekek részére 22 intézet létezik összesen 1000 ágygyal. Van ezenkívül 83 intézet 8122 ágygyal skrofulás és gümőkórra gyanus gyermekek részére. Az erdei üdülőhelyek száma 99; ezek közül némelyik éjjeli használatra is be van rendezve olyanok részére, a kik nappal még foglalkozásuk után járhatnak. Az erdei iskolák száma 15. A sanatoriumi beteganyag kiválasztására 34 megfigyelő állomás működik. Előhaladott tüdővészben szenvedők részére 144 kórházi külön osztály illetve ápoló-intézet áll rendelkezésre. A tüdőbeteg-gondozók (dispensaire) száma az elmult évben mintegy 200-zal gyarapodott.

Lévai József dr. sebész-főorvos lakását V., Rudolf-tér 6. szám alá helyezte át.

Lapunk mai számához *Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Leverkusen a. Rh* czég **„Adalin"** czímű prospektusa van mellékelve.

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

Dr. Turán Bódog május hó 1.-étől október hó 1-.éig **Franzensbad** („Prinz Wales").

Dr. Widder Bertalan operateur testegyenesitő (orthopädia) intézete csont- és izület- (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 10. Magyar-utcza sarok. Rendel: d. e. 11—12-ig, d. u. 3—5-ig. Szegényeknek dijtalanul.

Orvosi laboratorium: **Dr. SZILI SÁNDOR,** v. egy.tanársegéd, VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

Dr. Stein Adolf RÖNTGEN-LABORATORIUMA VII., Rákóczi-út 26. fldsz. 1. Telefon 112—95.

Gyermeksanatorium PORTORÉ
(Fiume mellett) 100 ágyra berendezett modern intézet. **Egész éven át nyitva.** Felnőtteknek külön osztály. Igen mérsékelt árak. Igazgató-főorvos: **Rajnik Pál** dr. Prospektus.

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

Reiniger, Gebbert és Schall r.-t. Röntgen- és villamos orvosi műszerek gyára. **Budapest, Rákóczi-út 19.**

Orvosi laboratorium: **Dr. MÁTRAI GÁBOR** v. egy. tanársegéd. Telefon 26—96. VI., Ó-utcza 39.

Ujtátrafüred Sanatorium
légzőszervi betegek részére. Legmodernebb kényelem — központi fütés — villanyvilágitás. Gondos ápolás, állandó orvosi felügyelet. Mérsékelt árak. Prospektus. Vezető főorvos: **Szontagh Miklós dr.** Egész éven át nyitva.

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

BAD HALL ⊡ OBERÖSTERREICH
Dr. WILHELM POLLÁK, Bahnhofstrasse.

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XI. rendes tudományos ülés 1911 április 29.-én). 559. l. — A Magyar Sebésztársaság IV. nagygyűlése. 561. l. — A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése 562. l.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1911 április 29.-én.)

Elnök: **Preisz Hugó.** Jegyző: **Fáykiss Ferencz.**

A nők fejhajzatának molyosságáról (trichorrhexis nodosa).

Csillag Jakab. (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.)

Recidivált carcinoma operált esete.

Scipiades Elemér: A 60 éves asszonyon a 3 év előtt vaginalis úton szorítócsípőkkel operált rák most a csepleszben újult ki s férfiökölnyivé nőve, az ileummal is elválaszthatatlanul összekapaszkodott, sőt abba be is tört. A daganatot 24 cm.-nyi vékonybélrészlet resectiójával még radicalisan lehetett operálni. Az eset érdekességéül a bemutató hangsúlyozta, hogy a genitalis carcinoma operálása után a folyamat, nem mint az rendszerint lenni szokott, a regionaer mirigyekben, hanem távolabb a csepleszben újult ki, másfelől pedig, hogy a recidivált carcinomát, mint azt a genitalis carcinomák operálása utáni kiújulások kapcsán oly ritkán tapasztalni, még 8 hónapi fennállás után is sikerrel lehetett operálni. A beteg egyetlen hőemelkedés nélkül gyógyult s a műtét utáni 13. napon hagyta el a klinikát.

Totalis placenta praeviának császármetszéssel gyógyított esete

Scipiades Elemér: A 17 év óta most már másodszor férjezett I. P.-n a műtéti indicatiót az élő magzat óhajtásán s az egy ujjnyi méhszáj mellett már jelentékenyen kivérzett beteg láztalanságán kívül még az is támogatta, hogy férje első feleségét placenta praevia melletti szülés alatt elvérzés következtében vesztette el. A beteget sima sebgyógyulás után egészséges gyermekével a 37. napon bocsátották el. A placenta praevia totalis formáinak kezelésére amerikai szülészek által bevezetett új kezelési módról ezen s másik két esetének tapasztalása alapján a bemutató úgy nyilatkozik, hogy adott esetekben indokolva van annak tért nyitni. Az eljárás azonban szerinte a nagy gyakorlat számára nem való, sőt indicatióinak felállítása még arra hivatott klinikán is rendkívül nagy körültekintést föltételez számtalan oly kérdés mérlegelésében, melyek a műtét helyes idejének és czélszerű módjának megválasztása szempontjából fontosak s melyek úgy látszik a siker titkát rejtik magukban.

Abdominalis partialis hysterectomiával gyógyított nem teljes méhrepedés.

Scipiades Elemér: III. P.-n harmadízben ismétlődött harántfekvésnél fordítás és extractio kapcsán keletkezett ruptura, melyben a megkisértett tamponade, minthogy a rupturánál, mint a műtétnél feltűnt, az uterina főága szakadt el, nem tudta a vérzést csillapítani s így a műtéti therapiának kellett jogaiba lépni. A 28 éves asszony, ki már egyszer egy más intézetben fordítás kapcsán incomplet rupturát állott ki, a mostani műtétből simán gyógyult s a 18. napon hagyta el egészséges gyermekével a klinikát. Ezen sok szempontból érdekes eset kezelése, mint a bemutató mondja, praecise beilleszthető azon régi conservativ kezelési elvek keretébe, melyeket a II. számú női klinika az uterus-rupturák therapiáját illetőleg, complet rupturáinak 45%-os gyógyulási eredményeire támaszkodva állandóan tanít s vallani fog mindaddig, míg az övéhez hasonló válogatatlan anyagon az operativ therapia kedvezőbb eredményeket nem fog produkálni. Ezzel kapcsolatban azonban hangsúlyozza a bemutató, hogy az olyan kisérleteket, melyek az operativ therapiának kivált az újabb időben annyit hangoztatott értékesebb voltát kivánják bizonyitani vagy kontrollálni, sem másoknál, sem magunknál perhorreskálni nem akarja.

Pituitrinnel kezelt szülési esetek.

Frigyesi József: Hypophysis-kivonatot, úgynevezett pituitrint használtak a *Tauffer* tanár vezetése alatt álló II. sz. női klinikán szülőfájások erősítésére. A pituitrin emeli a vérnyomást, erélyes összehúzódásra serkenti a méh izomzatát, valamint ingerlékenyebbé teszi motorius idegeit.

Négy esetben, hol a fájásgyengeség miatt elhúzódó volt a szülés és a magzat is a hosszas koponya-nyomatás miatt veszélyben volt, a bőr alá adott 1 cm^3 pituitrin már 1—15 percz mulva sűrűn jelentkező erős fájásokat váltott ki és a szülés spontán lefolyt zavartalanul. A felkeltett fájások átlag 2—3 óráig tartottak.

Káros mellékhatást nem láttak, de a szer azért alkalmazásában nagy óvatosságot igényel, mert ez még csak kisérletezés és a tapasztalás még nem elég nagy. Különösen veszélyes lenne megkisértése téraránytalanság vagy haránt-fekvés esetén. Későbbi tapasztalás fogja megszabni alkalmazási indicatióját, valamint azt is, hogy lesz-e jogosultsága a szülészeti gyakorlatban.

Lovrich József: Azok a biztató közlemények, melyek a pituitrinről megjelentek, minket is arra indítottak, hogy kisérletezzünk. Négy esetben alkalmaztuk, de nem a szülőtevékenység megerősítésére, hanem vérzések ellen. Háromszor abortus utáni erős vérzésnél, egyszer megszülető félben levő myomás polypnál. A tapasztalatok biztatók és kielégítők. Végképp nem lehet nyilatkozni, mert az eddigi eljárások annyira kielégítők a fájások erősítésére (chinin), hogy pituitrinre nem került a sor. Az atoniás vérzés ellen az secacornin intravenosus injectiója jó eredményt ad Tovább fogunk kisérletezni.

Mansfeld Géza: *Frigyesi* beszámolója nemcsak klinikai tekintetben nagy jelentőségű, hanem ebben első diadalát lehet látni egy új pharmakopoeai principiumnak. Mindenki, a ki therapiával foglalkozik, számtalanszor tapasztalta, hogy míg nagy számmal rendelkezünk bódítószerekkel bizonyos szervekre, addig kevés szerünk van, mely valamely szerv tartós tevékenységét hozná létre. Ezeknek a kudarczoknak ma az okát is megtaláltuk. Bódítani sejteket könnyen tudunk és a bódulatnak lényegét is tisztábban látjuk. Az izgalomra vonatkozólag azonban az utolsó évek vizsgálatai érdekes dolgokat deritettek ki. Alig ismerünk oly anyagot, mely a sejtben hosszantartó izgalmat tudna létesíteni. A szerv működését fokozó szerek csak úgy hatnak, ha bejutnak a sejtbe. *Straub* Freiburgban a szivet keresztül áramoltatván muscarinoldattal, azt tapasztalta, hogy nem a muscarin mennyiségétől függ a hatás, hanem attól, hogy milyen különbség áll fenn a szívsejtek és a folyadék muscarintartalma között. Ezek a potentialis mérgek, mert a potentialis differentiától függ a hatásuk.

A pharmakologiának utánozni kell a szervek működését szereivel. A legutóbbi időben az experimentalis pharmakologia a természettől vette a módot, megtalálta az idegpathologia terén. Tartós izgalmat látott fellépni, melyet az idegrendszer ingerlékenysége fokozott ismeretlen módon, talán olyan módon, hogy a physiologiai ingerek a rendesnél erősebb izgalmi állapotokat tartanak fenn. Igy az ingerlékenységet fokozza a physostigmin, a mint Bécsben megállapították. Nem direct a szerveket ingerli, hanem az idegvégződések ingerlékenységét fokozza. *Fröhlich* és *Frankl-Hochwart* a pituitrinről kimutatták, hogy az ingerlékenységet fokozza. Sem az uterus-, sem a hólyagcontractiót nem váltja ki, de az igerlékenység küszöbét kicsinyíti, úgy hogy pituitrin után már félolyan villamos áram is izgatja a méhet és úgy látszik, klinikai sikerekre is ez vezet. Ez a pharmakologiai principium sikere.

Frigyesi József: Nem akarok a belső secretionalis szervek correlatiójára utalni, csak arra, hogy a hypophysis-productum sokban analog a mellékvese hatóanyagával. Atoniás vérzések ellen secacorninnal jó eredményt lehet elérni. A chinin fájdalomerősítő hatását nem láttam, semmiesetre sem olyan mértékben, mint a pituitrinét.

Ritka kiindulású sepsis a terhességben.

Schmidlechner Károly: A terhesség alatti sepsisnek egy esetét vagyok bátor bemutatni, mely a genesise és a diagnosis meghatározásának nehézsége miatt érdemli meg figyelmüket.

F. hó 17.-én a délutáni órákban Balassagyarmatról egy

öntudatlan beteget hoztak klinikánkra. A kisérő hozzátartozói elmondották, hogy a beteg 22 éves, első ízben terhes, terhességének utolsó havában van. Az elmult hónapok alatt jól érezte magát, kb. két hét előtt megfürdött és azóta beteg. Lázas lett, térdizületei fájdalmasak, szíve táján szúrásokat érez, lélegzése nehezített. Állapota napról-napra rosszabbodik, ma éjjel óta eszméletlen és delirál Az elöhivott orvos morphium-injectiót alkalmazott és klinikánkra küldötte.

A beteg jól fejlett és táplált, öntudatlan subfebrilis, pulsusa szapora, 120 p. s., légzés szapora. Nyugtalanul hánykolódik, ujjait mozgatja, kezeivel kapkod, kérdésre nem reagál. Pupillák szükek. Szív kissé megnagyobbodott, felette gyenge systolés zörej. Mindkét oldali térdizület duzzadt, felette a bőr piros, meleg, mindkét alszár oedemás. Vizeletben sok geny, kevés fehérje. Terhességének utolsó havában van, szülés nem indult meg. Magzati szívhangokat nem hallunk. Nyelv skárlátpiros, garat kissé belövelt.

Morphium-injectiót, chloral-clysmát alkalmazunk, mire kissé megnyugszik és az éjjelt elég nyugodtan tölti.

Másnap, 18.-án reggeli hőmérsék 39 1, pulsus 130, öntudata nem tért vissza. A diagnosis megállapítására igyekezünk. Terhesség alatti eklampsiát kizárhatjuk, a fellépése, fejlődése és a mostani állapota teljesen elütő; vizelet bőséges, minimalis fehérjét tartalmaz. A beteg rángatódzása nem olyan, a minő az eklampsiás görcs. Terhesség alatti chorea is kizárható, különbözik fellépése és kifejlődése. Chorea esetében a coordinatiós zavarok hevessége által a táplálkozás csökken, a beteg erőbeli állapota már előzetesen lényegesen leromlik. Itt a beteg jól táplált. Choreánál a kényszermozgások is más typusúak. A belorvossal tartott tanácskozás sem vezetett eredményre, pontos diagnosist megállapitani nem lehetett, felvetette a meningitis lehetőségét. Az anya súlyos állapota mellett műtéti beavatkozás, a szülés megindítása és befejezése az anya állapotára valószínűleg nem volna befolyással és nagy veszélylyel jár, másrészről a magzat élete úgyis problematikus, magzati szívhangokat nem hallhatunk. Ezért egyelőre exspectative járunk el, sedativumokat alkalmazunk. Proctoclysis; igyekezünk a beteg erőbeli állapotát fentartani.

E nap lefolyása alatt állandóan magas a temperatura, este néhány contractiót észlelünk.

Harmadnap, 19.-én reggel fájások lépnek fel, bűzös magzatvíz ürül, $1^1/_2$ óra alatt a szülés lefolyik, a magzat érett, halott, magzatvízzel bűzös légbuborékok ürülnek, lepény bűzös.

A magzatvizet bakteriologiai vizsgálatnak vetettük alá, haemolytikus streptococcust találtunk nagy mennyiségben és még staphylococcusokat és bacterium colit. Ekkor már tisztán áll előttünk, hogy a szülőcsatornában súlyos infectio van jelen, valószínűleg ennek következménye a magas láz és az ezt kisérő tünetek.

A beteg állapota gyermekágyban sem változott, állandóan öntudatlan, nyugtalan, sikong, rángatódzik. Hőmérsék magas, pulsus szapora, szülés után 24 órával szívgyengeség tünetei között bekövetkezik a halál.

A bonczoláskor súlyos septikus endometritist találunk, kétoldali genyes parametritist és az általános sepsis elváltozásait, acut léptumort, subpleuralis vérzéseket, myodegeneratio et paralysis cordis, a nagy ereknek és endocardiumnak véres imbibitiója látható. Genyes pyelonephritis. Oly súlyos és előrehaladott tünetek, melyek a szülőcsatornának a szülés alatti infectiójából, a gyermekágy 24 órája alatt ki nem fejlődhettek, ezért máshol keressük az infectio okát. A térdizületeket megnyitva, genyes arthritist találunk. Gondolva az anamnesisnek azon adatára, hogy a beteg és hozzátartozói egy hirtelen fellépett és súlyos torokgyuladást jelöltek meg, a melynek fellépésével kezdődött a betegség és láz, megnyitjuk a tonsillákat: az egyikben egy babnyi genygóczot, a másikban genyes csapokat találunk. A genygóczok tartalmát bakteriologiai vizsgálatnak vetjük alá, itt már a bacterium coli tenyészete lép előtérbe. A halál és a sectio között elmult 24 óra alatt a colibacteriumok elnyomták a strepto- és staphylococcusokat. Azonban a haemolytikus mikroorganismusok jelenlétét mutatják a nagy erek belfelületein talált imbibitiók, a haemolysis nyomai.

Tisztán áll előttünk most már a kép, hogy a genyes tonsillitis volt az infectio kiindulási helye.

A nagy virulentiájú infectio és a termelt toxinjai hozták létre a sulyos klinikai képet, a lázat, a sensorium zavarát és valószínűleg ezek a tényezők okozták a magzat halálát és indították meg a szülést.

Ismeretes, hogy valamely primaer-góczból az infectiosus mikrobák a véráram útján szétvitethetnek a szervezetben és az infectiosus infarctusokat, synovitiseket és arthritiseket okozhatják.

Orthmann és *Hellendal* állatokon experimentalis úton kimutatták, hogy terhes állatoknál a bőr alá vagy viszerekbe fecskendezett mikrobák eljutnak az uterus falába is és az endometriumba, ott septikus megbetegedést okoznak. Kimutatták a placenta anyai vérereiben, sőt a magzatvízben is.

A haematogen infectiót klinikai alapon *Rosthorn* figyelte meg és tanulmánya alapvető. *Rosthorn* kimutatta, hogy az infectiosus megbetegedés kórokozói a terhesség alatt a véráram útján a placentába és pete ürébe juthatnak, ott megtelepedve szaporodnak és a szülést megindíthatják és a puerperalis sepsisnek kifejlődésére alapul szolgálhatnak. Az ilyen esetek ritkák, ezért bátorkodtam a fenti esetet elmondani.

Császármetszéssel ismételten operált beteg.

Balogh Andor: A budapesti II. sz. női klinikán egy egyénen két ízben végzett classikus császármetszés esetéről van szó, melynél a második műtét után béllenövés folytán ileus fejlődött ki, melyből a beteg csak az idején végzett relaparotomia, a béladhaesio oldása útján menekült meg.

Kórtörténet. F. M.-né, 37 éves VII. P., 150 cm. magas egyén, I. fokban általánosan szűk rachitikus lapos medenczével. Első három szülés klinikán kívül halott magzatokkal folyt le, kettő spontan, egy fogóműtéttel. IV. P. öt év előtt, magas fogóműtét klinikánkon asphyxiában elhalt magzattal. V. P. 4 év előtt klinikánkon, relativ indicatio alapján classikus császármetszés végeztetett sagitalis uterusmetszéssel, élő magzattal. VI. P. 2 év előtt művi koraszülés klinikánkon, ballontágítás, harántfekvésből hátra. Fordítás a nehezebb extractio alatt, a magzat elhalt. VII. P. 1910 deczember 13.-án, relativ indicatio alapján másodízben végzünk császármetszést élő magzattal. Egyúttal *Chrobak*-féle hysterotomiát végzünk további conceptio kizárása czéljából. Műtétnél az uterus és hasfal, az uterus hátulsó fala és a sigmoidea közt összenövések találtattak, melyeket szétválasztottunk. Műtét utáni 3. nap ileus fejlődik ki; ezért ekkor relaparotomiát végzünk. Az ileus okát a hasfalhoz történt béllenövésben (sigmoidea) találjuk meg és ezt oldjuk. A beteg 30 nap sima gyógyulás után gyermekével egészségesen távozik.

Az egy egyénen ismételten végzett császármetszések complicatiói különösen két szempontból birnak fontossággal. Az uterusheg elvékonyodhat, esetleg megrepedhet egy következő terhesség alatt.

További complicatiókra adhatnak okot a császármetszések után a méh és hasfal és hasüri szervek közt keletkező adhaesiók.

Az infectión kívül szerepet játszik ezen adhaesiók keletkezésénél a császármetszés alatt az uterus peritoneumának bizonyos bántalmazása (dörzsölés, idegen anyagoknak magzatvízzel való érintkezése).

Hogy az uterusseb és környezetének gyógyulási viszonyait kedvezőbben befolyásoljuk és így az adhaesiók keletkezését is redukáljuk, eltekintve az asepsis és műtéti technika fejlesztésétől, történtek bizonyos törekvések. *Döderlein* az uterussebnek jodoformcollodiummal való bevonását ajánlotta, egyes franczia szerzők pedig az uterusseb tájának a hasfalon át való drainezését.

A II. sz. női klinikán végzett 61 classikus császármetszésre 3 ismételten végzett császármetszés esik; mindegyik jelentékeny complicatiót tüntet fel. 1. Egyik esetben az uterusheg maximalis elvékonyodása találtatott. 2. A most bemutatott esetben az adhaesiók helyén bállenövés folytán ileus fejlődött ki. A 3. esetben a relativ indicatio alapján végzett császármetszés után következett művi koraszülésnél a méhheg táján tapadó lepény helyéről csaknem csillapíthatatlan vérzés támadt.

Tekintetbe véve a sectio caesarea közel 10% mortalitását s az egy egyénen ismételten végzett császármetszések vázolt komoly complicatióit, az első izben végzett császármetszés után a conceptio megakadályozását, a beteg sterilizálását ajánlják többen (*Fritsch, Hofmayer, Braun, Leopold*). Ezen álláspontón van *Tauffer* tanár is, kivéve ha az egyén, mint a bemutatott esetben is, maga kívánja a további terhesség lehetőségét. Ezzel szemben *Chrobak, Bársony, Spencer, Gellhorn* az első izben végzett császármetszés után nem tartják indikáltnak a nő sterilizálását.

A Magyar Sebésztársaság negyedik nagygyűlése.

Budapest, 1911 junius 1—3.

Ismerteti: ***Gergő Imre*** dr.

(Vége.)

Ötödik tudományos ülés.

Folytatólagosan a *has sebészetét* tárgyalták a következő előadások:

Gergő Imre (Budapest) *postoperativ gyomor-ileus esetéről számolt be.*

A bántalom fiatal leányon 8 nappal appendectomia után jelentkezett; keletkezésekor ideges gyomoratonián kívül gázfejlődésnek is lehetett szerepe, mely híg tojás elfogyasztását, majd pedig röviddel reá natrium bicarbonicum és magnesia usta bevételét követte. A gyomor kiürítésére és *Kelling*-féle helyzetre (fektetés emelt medenczével bal oldalra) az aggasztó tünetek azonnal szűntek, a beteg gyógyult.

Hozzászóltak a következők:

Pólya Jenő (Budapest) az elmult évben *heveny gyomor-ileus két esetét észlelte*: az egyiket gyomorresectio, a másikat szabad hernia umbilicalis műtéte után. Mindkét esetben az ileus úgy keletkezett, hogy a betegek egyszerre sok folyadékot ittak, ennek kiürítése és *Trendelenburg*-féle helyzet prompt gyógyuláshoz vezetett.

Róna Dezső (Baja) egyszer kizárt sérv miatt végzett bélresectio után a második napon, egy izben pedig appendicitis műtéte után harmadnapon észlelte *gyomor-ileus* tüneteit. Amott gyomormosás, emitt pedig gyomormosáson kívül *Trendelenburg*-féle helyzet gyógyulást eredményezett.

Makai Endre (Budapest) *spontán keletkezett heveny gyomor-ileus* esetéről számolt be, a mely peritonitis tünetei között került műtétre. A gyomor annyira kitágult, hogy még a kis-medenczébe is lenyúlt s az összes vékonybeleket a kismedenczébe nyomta. *Makai* a 8—10 liternyi gyomortartalmat gastrotomiával lebocsátotta, a sebet zárta és *Witzel*-féle jejunostomiát végzett. A beteg műtét után 6 órával collapsusban meghalt.

Dollinger Gyula (Budapest) *a máj erőművi sérülése után a belek között keletkezett emberfejnyi epetömlőt* távolított el partialis májresectióval. A tömlő mintegy $1^1/_2$ liter zöldes, nyálkás epefestéktől tingált folyadékot tartalmazott és a máj jobb lebenyének alsó szélével függött össze. Az epehólyag ép volt. *Dollinger* az irodalomban hasonló eset leírását még nem találta; a tömlő keletkezését úgy magyarázza, hogy sérüléskor a máj megrepedt, a megszakadt epeutakból az epe lassanként a hasüregbe ömlött és ott betokolódott.

A gyógyult beteget *Dollinger* bemutatta.

Pólya Jenő (Budapest) *pancreatitis acuta gyógyult esetét ismertette.* 47 éves férfi acut pancreatitissel került kezelése alá; *Pólya* a bajt kórismézte, éppen ezért várt, míg a súlyos tünetek spontán visszafejlődtek. 3 hét mulva, mikor a pancreastályog tünetei mutatkoztak, *Pólya* lényegesen jobb viszonyok között beavatkozott, a máj széle alatt egy nagy eltokolt tályogot nyitott meg, melyet drainezett.

A bántalommal kapcsolatos diabetes — a vizelet 1·6% czukrot, acetont, aceteczetsavat is tartalmazott — a műtét után teljesen megszűnt.

Kaczander József (Lupény) hozzászólásában *pancreatitis acutát 2 esetben észlelt.* Az első esetben perforativ peritonitisre tette a kórjelzést, a másik esetben pedig gondolt a pancreatitis acuta kórisméjére. Mindkét esete műtétre került, de letalisan végződött.

Uray Vilmos (Budapest) *ki nem tágítható végbélszűkületek esetében a heges szűkület magasságának meghatározására — Dollinger Gyula* tanácsára — a végbelet bismutemulsióval töltötte ki és x-sugaras felvételt készített.

Két heges végbélszűkület, valamint egy végbélcarcinoma esetében sikerült így a pontos tájékozódás, a szűkület magasságát, terjedelmét és fokát illetőleg.

Következett a *mellkas sebészetének* tárgyalása.

Alapy Henrik (Budapest) *gyermekek genyedő mellhártyagyuladásának gyógyítására* 3 év óta rendszeresen alkalmazza a következő módszert: oldalsó bordaresectiót végez; kiüríti a genyet és főleg a rostanyagot, azután a mellüregbe draint varr be, a szöveteket a drain körül légmentesen zárja; a mellüreget meleg bórvízzel megtölti és azután az ágy alá állított vízzel telt üveggel szívó drainaget alkalmaz. A tüdő fokozatosan kitágul, 1—2 hét mulva a drainezést elhagyhatjuk.

A módszer ellenjavalata: pyo-pneumothorax tüdősipoly után és bőremphysema.

Gyermekek idült empyemájának gyógyítására *Alapy* az eltorzító mellkasresectiót sohasem alkalmazza, hanem az odanőtt tüdőt felszabadítja, esetleg kérgéből *Delorme* szerint kihámozza.

Parassin József (Budapest) *a gümős mellhártyaizzadmányok gyógyításában Gilbert autoserotherapiájának híve.*

Az eljárás lényege, hogy a mellkas savós izzadmányából Récord-fecskendővel körülbelül 10 cm^3-t szívunk ki és a fecskendő tartalmát közvetlen a punctio helyén a betegnek subcutan bekebelezzük. Ezen befecskendezéseket azután 2—3 naponként ismételjük. Az esetek nagy számában öt, hat befecskendezés után, sok esetben két-három, egyes esetekben pedig már egyetlen befecskendezásre beáll az izzadmány felszívódása és így a gyógyulás.

Parassin 19 esetében az eljárás sikeres, 1 esetében pedig sikertelen volt. Szembeötlő már a kezelés kezdetén a beteg subjectiv állapotának gyors javulása. E mellett nem ritkán nagyobb izzadmánymennyiségek már egyetlen injectio után is eltűnnek, fokozódik a diuresis és a beteg súlyban gyarapodik. Az injectiók után gyakoriak a hőemelkedések, melyek úgy látszik a gyógyulás szempontjából nem mondhatók károsnak. A gyógytartam körülbelül 2 hét. Recidivákat *Parassin* nem észlelt.

Az autoserotherapia hatása magyarázására azt a nézetet fogadta el, mely specifikus anyagokat vesz fel s ezek hatásának érvényesüléséből magyarázza a gyógyulást.

Végül arra a conclusióra jut, hogy a gümős mellhártyaizzadmányok kezelésében az autoserotherapia kiváló, melynek hatása csak elvétve marad el.

Turán Géza (Budapest) *hozzászólásában az autoserotherapia lényegével foglalkozott.* Számos kisérlete alapján állítja, hogy a különböző testfolyadékok nem tartalmaznak kimutatható specifikus fehérje-antigent, mely az emberi vérsavó fehérjétől elkülöníthető volna. Ez is indikálja, hogy tuberculosisos exsudatumok eseteiben mindig alkalmazzuk az autoserotherapiát. Homolog tuberculin bevitelével a szervezetbe a legidealisabb tuberculintherapiát végezzük, a mit *Parassin* szép gyógyeredményei is igazolnak.

Az utolsó előadások a *fej sebészetével* foglalkoztak.

Fischer Aladár (Budapest) *a felső állkapocs temporaer resectiójainak egy új módját ismerteti.* Az eljárás lényege, hogy egy a *Weber*-féle metszésnek körülbelül megfelelő lágyrészcsontlebenyt készítünk, mely az antrum *Highmori* elülső falát foglalja magában az apertura piriformis keretének megfelelő részével együtt. Ezen lebenyt oldalt áthajtjuk úgy, hogy a lebeny charnière-ja a járomdomb alá jut. A *Highmor*-üreg medialis falát az alsó orrkagylóval együtt eltávolítjuk. Ekkor elegendő hely van arra, hogy az epipharynxból akár széles alapon ülő malignus daganatok is eltávolíthatók legyenek.

A daganat eltávolítása után a légyrészcsontlebenyt visszafektethetjük és finom varratokkal rögzíthetjük. *Fischer* szerint az eljárás kitünő betekintést és teret nyujt az epipharynxban levő daganatok kiirtása alkalmával és cosmetikus szempontból is teljesen kifogástalan.

Fischer Aladár a szájzár keletkezését buccalis defectusoknál úgy kerüli el, hogy a defectust ovalis alakban kimetszi, a nyálkahártyát hosszirányban, a pofa bőr-izomrétegét pedig haránt irányban egyesíti. Az eljárás előnye nagy egyszerűsége és hogy a lebenykészítéshez szükséges újabb metszésekkel nem torzítja el az arczot.

Navratil Dezső (Budapest) *a Denker-féle műtét értékét birálta az orr és melléküregeinek bántalmai esetében.*

Ismerteti ezen műtéti eljárást, kiemeli a műtét nagy cosmetikai értékét és hangsúlyozza, hogy ez eljárás csak azon esetekben jogosult, ha a *Highmor*-üreg elég nagy. A *Highmor-üreg nagyságáról x-sugaras felvétel segélyével győződik meg.* Ha vérzékeny tumorral van dolga, előzőleg a carotis externát leköti; *minden egyes esetben a Kuhn-féle peroralis tubaget alkalmazza,* a mely eljárás a praeventiv tracheotomiának messze felette áll.

Holzwarth Jenő (Budapest) *az exophthalmus pulsans sebészeti kezeléséről* értekezett. Gyógyítására a közös fejverőér lekötését ajánlja. Esetleges visszaeséseknél a lekötést mindkét oldalon végezhetjük, de ilyenkor a két ér lekötése között néhány heti, hónapi időköznek kell eltelnie. *Dollinger* tanár klinikáján e műtét 5 esetben történt, két betegen kétoldali, három betegen pedig egyoldali lekötés vezetett eredményhez.

Pólya Jenő (Budapest) *exenteratio orbitae után támadt defectusok pótlásáról szólt.* Ajánlja ily esetekben a szemüreg plombálását, ha azonban a műtét kapcsán az orrüreget, vagy melléküregeit is meg kell nyitni, akkor legjobb, ha az orbita, valamint az orr és melléküregei közt levő válaszfalat in toto kiirtjuk és az orbita bemenetét a homlokról, halántékról, vagy arczról vett lebenynyel befedjük. 6 esetében járt el ezen módon. A cosmetikai és functionalis eredmény valamennyi esetben a legjobb volt.

A nagygyűlés befejeztével *Ludvik Endre* elnök örömmel konstatálja a Magyar Sebésztársaság IV. nagygyűlése tudományos tárgyalásainak magas színvonalát és hogy a congressus számbelileg is hatalmas munkát végzett. A kitűzött 3 referatum tárgyalásán kívül 40 előadás, 21 bemutatás és 58 hozzászólás történt; 7 előadó pedig a zárszó jogával is élt. Köszönetet mond a tisztikarnak: *Manninger Vilmos, Laczkovics Elemér* és *Gergő Imré*-nek fáradozásukért.

Frater Imre indítványára pedig a nagygyűlés *Ludvik* elnöknek, valamint a tisztikarnak elismerését fejezte ki és ezt jegyzőkönyvileg is megörökítette.

A német nőorvosok egyesületének XIV. nagygyűlése.

(München, 1911 jun. 7.—10.)

(Folytatás.)

Cristofoletti és Thaler (Wien) a *Schauta* klinikáján követett eljárást ismerteti. *Thaler* a tuberculosus gravidáknak castratióját nem tartja helyénvalónak. *Schauta* klinikáján a II—III. hónapos terhesség esetén a méh kiürítésével egyidejűleg hüvelyen át végzik a tubasterilisatiót.

Gräfenberg (Berlin) lappangó ivarszervi tuberculosis esetén a méhüri kezelések veszélyességét hangsúlyozza. 6 esetben észlelte a teljesen aseptikus kezelés ellenére dysmenorrhoeánál a genitaltuberculosis hirtelen keletkezését; két esetben a kezelt asszonyok miliartuberculosisban haltak meg. Az elsődleges dysmenorrhoea kezelését megelőzőleg mindig végezzünk tuberculininjectiót; ha az eredmény positiv, akkor helybelileg ne avatkozzunk be. *Gräfenberg* az ilyen asszonyokon tuberculin-injectiókkal kisérli meg a gyógyítást.

Albrecht (München): 10 000 bonczolási jegyzőkönyvet nézett át s ezekből, meg a müncheni gynaekologiai klinikán szerzett tapasztalásai alapján azt hiszi, hogy a hashártya- és ivarszervi tuberculosis együttes előfordulása asszonyokon összefüggésbe hozható egymással. Még pedig körülbelül az esetek $^1/_3$-ában biztosan ki lehet mutatni, hogy az ivarszervi tuberculosis diffus hashártyatuberculosisra vezetett. Nagyon ritka azonban, hogy a peritonealis tuberculosis az elsődleges megbetegedés és hogy ez átterjedjen az ivarszervekre. Sokszor a hashártya és az ivarszervek haematogen úton, egyidejűleg fertőződnek egy, a szervezetben másutt (pl. a tüdőben) székelő góczból.

Falgowski (Posen): Két esetében hashártyatuberculosisnál a hasüreg egyszerű megnyitásával gyógyulást ért el, a tüdők mindkét nőben egészségesek voltak. Harmadik esetében, melyben beteg tüdők mellett a hashártyatuberculosist ugyancsak így kezelte, semmi eredményt nem látott

Zweifel (Leipzig): Határozottan activ álláspontot foglal el a genitalis tuberculosis kezelésében. Ha csak kevés reménynünk is van a gyógyulásra, operáljunk. Az esetleges bélösszenövések helyére jodoformport hint. A tuberculosis és terhesség kezelésére vonatkozólag megemlíti, hogy az 1902-ben Rómában tartott nemzetközi nőorvosi gyűlésen az activ kezelés mellett szólott s meglehetősen egyedül állott a propositiójával. Ma ismét egyedül marad nézetével, mert bár némely esetben tuberculosis miatt meg kell ugyan szakítanunk a terhességet, de nem helyeselheti, hogy annyira kibővítsük a javalatokat, mint azt legtöbben akarják.

Bumm (Berlin): 1. A genitalis tuberculosis könnyebb eseteiben mindenesetre jól meg kell fontolni, nem érhetünk-e el műtét nélkül is jó eredményt. 2. A tuberculosis és terhesség complicatiójára vonatkozólag az a véleménye, hogy sok esetben minden finomabb diagnostika nélkül is tisztába jöhetünk a tennivalóval; ezek azok a tüdőbajos asszonyok, a kik azzal a panaszszal jönnek, hogy mióta más állapotban vannak, a köhögés és rosszullét állandóan gyötri őket. Ilyen esetben a terhesség megszakításával prompt hatást lehet elérni. A sanatoriumi kezeléstől könnyebb esetekben remélhetünk ugyan gyógyulást, de itt a viszonyok reformálására van szükség: eddigelé a sanatoriumokban a tüdőbajos asszony felvételét megtagadták, mihelyt megtudták, hogy terhes. 3. A vaginalis méhkiirtást egyszerűbb műtétnek tartja, mint a sokszor igen nehéz művi vetélést s az utána pár héttel végzendő sterilisatiót. Sokkal tetszetősebb a Röntgen-sugárral való kezelés, de ennek eredményei még kétségesek. A hüvelyen át végzett méhkiirtással mindig jó eredményt ért el; nemcsak a hízás fontos az ilyen esetekben, hanem az anyagforgalom gyökeres megjavulása is.

Schauta (Wien): Az elsőfokú tüdőtuberculosisnál a művi vetélést indikáltnak tartja. Előrehaladottabb esetekben már nem használ. A művi vetéléssel egyidejűleg sterilez a hüvelyen át: beállítja magának a méh sarkát, kimetszi a kürt tapadási helyét és elvarrja — mindkét oldalt. Genitalis tuberculosis esetén igen conservativ. Az ascites levezetése könnyebbedést idéz elő; de már az adnexműtéteknél 25% mortalitása van.

Fehling (Strassburg): Az ivarszervek tuberculosisát illetőleg activ álláspontot foglal el.

(Folytatása következik.)