

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlemény a Szt-István-kórház III. sebészeti osztályáról. Lövéses sérülés nyomán fejlődött rák. 239. lap.

Glück Miklós: Közlés a székesfevárosi Régi Szent János-kórház bőr- és nemibeteg-
osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.) Gyógyító kísérletek
„granugenol“-al, különös tekintettel lábszárfeleképek gyógyítására. 243. lap.

Wiener Imre: Közlés a mellinei cs. és kir. várkórház belgyógyászati osztályáról. (Pa-
rancsnok: Latzel Albert dr., cs. és kir. főorvos.) Ujabb adat a kiütéses typhus
körjelzéséhez. Előzetes közlés a vizeletnek egy szín-reactiójáról. 245. lap.

Berend Miklós: Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekórházról. Csecsemő-
védelmi actiónk következő legsürgősebb lépéseinek előkészítéséről. 246. lap.
Schächter Miksa dr. †

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. E. Heinrich Kisch: Das Geschlechtsleben des
Weibes — **Härtel:** Die Lokalanästhesie. — **Lapszemle. Belorvostan. Kaminer és
Zondek:** A malariaparasita-gazdáról. — **Böttner:** A diagnostikai tuberculin-oltás. —
Sebészet. Neisser: A testben maradt ólomlövegek mérgező hatása. — **Venerás beteg-
ségek. Fein:** A nemi bajok elleni küzdelem. — **Kisebb közlések az orvogyakor-
latra. Plehn:** A malária-recidiva kezelése. 248–249. lap.

Magyar orvosi irodalom. 249. lap.

Vegyes hírek. 249. lap.

Tudományos Társulatok. 250–251. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Lövéses sérülés nyomán fejlődött rák.

Irta: Pólya Jenő dr., kórházi főorvos, egyet. tanár.

Azt hiszem, hogy éppen manapság, midőn a lövéses
sérülések kérdése olyan szomorúan nagy mértékben actualis,
nem lesz minden érdek nélkül való az osztályomon észlelt
alább ismertetendő két eset, melyekben lövéses sérüléssel
kapcsolatosan keletkezett rák. Az eseteket annyival inkább
tartom közlésre méltónak, mert a mennyire emlékszem,
lövéses sebből kiinduló ráknak csupán egy esetéről¹ olvastam,
— megjegyzem azonban, hogy az irodalom ez irányú teljes
át kutatását jelenlegi elfoglaltságom igazán nem engedte meg.

1. M. J., 44 éves bérkocsissegéd. Felvételt 1916 május 26.-án. 1914
tavaszán revolverlövés érte a bal csipőtányér és bordaív közti terü-
leten, a golyó nem jött ki. A bemeneti nyílás nem gyógyult be, hanem
folyton gennyedt. Sebét ő maga kötözte, orvosnál sohasem volt. 1916
márcziusában azt vette észre, hogy a lövéses seb helyén kemény daganat
nő, mely eleinte nem fájt. Pár hét óta azonban rohamosan nő a daga-
nat, a melyben szúró fájdalmakat érez és a mely igen könnyen vérzik.
A bal csipőtányér és bordaív közötti területen a csipőtaraj fölött 2
harántujjal kezdődő és a bordaív helyéig terjedő ovalis, 8 cm.-es hosszú
és 7 cm.-es rövid tengelyvel bíró, erősen felhányt szélű, karfiolszerű
göböket mutató, kemény, részben szürkés-fehér lepedékkal fedett, rész-
ben szürkés-vörös színű apró göböcskékből álló, bűzös váladékot
termelő fekély, mely éles határu, környezetében azonban 1½ 2 cm.
széles, elmosódó határu vörös udvarral bír (1. ábra). — A bal trochanter
maior csúcsának magasságában, tőle mintegy 3 harántujnyira hátrafelé
egy revolvergolyó tapintható. A Röntgen is ezen a helyen golyót mutat
ki. Aortaaneurysma. Nagy kétoldali scrotalis hernia. — Műtét novocain
localis anaesthesiában 1916 június 2.-án. A tapintható golyóra rámeteszünk
és: azt a gluteus maximus rostjai közül, a melyek között körülbelül 3
cm. mélységben fekszik a bőrfelülettől számítva, eltávolítjuk. Minthogy
genyedés nincs, a bőrt néhány varrattal egyesítjük; collodium-kötés.
Ezután a carcinomát az izomzatig terjedőleg kimetesszük s pontos
vérzéscsillapítás után a sebszéleket silkvarrattal lehetőleg egyesítjük,
a mi kétoldalt sikerül is, csak a középen marad egy ötkoronásnyi
bőrhány, a melyet jodoformgazeval tamponálunk.

A kiirtott daganatról Entz tanár a következő leírást adta: A
vizsgálatra küldött féltényérnyi kerek szövetdarab a bőrt és a bőr alatti,
mintegy ½ cm.-nyi világos-sárga lebenyes zsírréteget foglalja magában.
A kiirtott rész alapján itt-ott néhány izomnyaláb és bonyedarábka
tapad. A bőr a kiirtott darab szélein ½ cm.—1½ cm. szélességben
egészen változatlanul látszik, halvány; a kiirtott lebeny közepét azon-
ban 7×6,5 cm. terjedelemben fekély foglalja el, a melynek szélei
karélyosak, sáncszerűen kiemelkedők és bab-féldiónyi, a bőrről ki-

emelkedő, tömött, fehéres szövetcsomókból állanak, melyeknek felületét
a bőr hámjára emlékeztető szövetréteg borítja, a csomókat mélyre
hatoló rendetlen lefutású szakadékok választják el egymástól. A fekély
alapját szintén szabálytalan alakú, borsó-mogyorónyi, tömött fehéres
szövetcsomók alkotják, melyek az átmetszeten egynemű fehéres szövet-
ből valók. A daganatszövet a bőr irharétegébe mindenütt beszűrődött, sőt
helyenként a bőralatti zsírrétegbe is beburjánzott s apró kötegei egészen
a leválasztás helyéig nyomulnak. A metszéslapról friss állapotban való-
színűleg tejszerű nedvet lehetett lekaparni, a formalinban keményített
készítményen ezt nem vizsgálhattam.



1. ábra.

A daganatból készült metszetek szélén az ép bőr rétegei jól fel-
ismerhetők, a bőr alatti kötőszövet felületes rétegében még a daganat
közvetlen szomszédságában is egészen szabályos verejtékmirigyek van-
nak. A rostos kötőszövet, melynek rostkötegeit a daganat szétfeszítettet
a daganat mellett gömbösesen beszűrődött, mely beszűrődés a dagana,
mélyében fekvő részekben is jól felismerhető. A kifekélyesedett rész
szélén a felületes hámból különböző vastag, hol egy-két sejtsorból álló,
hol vastagabb hámkötegek és menetek burjánoznak az írha kötőszöve-
tébe és a bőralatti kötőszövetbe, a melyek hol finom csipkeszerűen
összefüggő reczétet alkotnak, hol rendetlen, otromba hámtömegeket.

¹ Wolff: Lehrbuch der Krebskrankheit II. 169. oldal.

Ezek a hámfészkek pedig legkülső, a kötőszövettel érintkező sejtrétegekben apró köbalakú, a Malpighi-réteg sejtjeire emlékeztető sejtekből, míg belsejükben nagy, sokszögletű, hólyagos magvú sejtekből állanak. A legnagyobb hámfészkek belsejében pedig *van Gieson*-nal mindennél intenzíve sárgára festődő, majdnem homogen, concentricusan rétegezett szarúgyöngyök — cancruid-gyöngyök — vannak.

Tekintve, hogy a daganatszövet határ nélkül burjánzik, a mélyebb szövetrétegekbe, a nyirokutakba nő, hogy a felületen szétesett és a daganat belsejében is degeneratio mutatható ki, kétségtelen, hogy a hám rosszindulatú burjánzásából eredő rákkal, carcinoma epitheliale keratodessal állunk szemben.

Síma lefolyás, július 9.-én gyógyultan távozott.

Ebben az esetben tehát a revolverlövés nyomán fistula keletkezett s a fistulából indult ki a rák. Teljesen analog *Broca*-nak *Wolff* által idézett esete, melyre cikkem elején céloztam s mely szintén lövéses sérülésből kiinduló fistula nyomán keletkezett. A fistulák, különösen osteomyelitis, tuberculosis által fenntartott csontfistulák nyomán keletkezett rákok már régóta ismeretesek, hiszen már *Celsus* is tudott róluk (*Wolff*), és teljesen úgy ítélendők meg, mint azok a rákok, melyek más chronikus irritamentumok — legyen az gyakran ismétlődő mechanikai, chemiai, hő- vagy fényinsultus, avagy állandó lobos izgalom — folyománya-képpen keletkeznek, a melynek különösen a bőrrákok keletkezésében — mint az általánosan ismeretes — igen jelentékeny szerepet játszanak. Tudjuk, hogy bizonyos szokások, foglalkozások, életviszonyok, melyek a test bizonyos helyeit bizonyos gyakran megismétlődő insultusnak teszik ki, a bőrráknak bizonyos specialis localisatiójára disponálnak. A napnak, szélnek s az időjárás egyéb viszontagságainak kitett földművesek, tengerészek arczárkái, a pipás emberek alsó ajakrákja, a kéményseprők scrotumrákja, a kátrány- és paraffin-munkások alkarján, a röntgenisták kezén, a kashmiri bennszülöttek hasbőrén fejlődő rákok ennek közismert példái.

Chronikus bőrbetegségek, különösen olyanok, a melyek éveken át elhúzódnak, mint a lupus, a xeroderma, a lábszár-fekély, szintén praedisponálnak a rákra s éppen így a fistulák is, melyeknek a lövéses seb nyomán fejlődő fistula az egyik válfaja, az esetükben észlelt rák pedig a fistularákoknak egy ritka formája.

Hogy ezentúl is, azon tömeges lövéses sérülések után, melyeket a világháború létrehozott, ritkaságszámba fog-e menni a rák kiindulásának ezen forrása, az mindenesetre kétséges. *Hansemann* egy előadásában,² melyben a háborúnak a rosszindulatú daganatokra való befolyásáról szólt, céloz erre a lehetőségre, midőn azt mondja, hogy be kell várnunk, nem fognak-e az eljövendő években hegekben és régi fistulájárokban rákok fejlődni, melyeket aztán a háborús tevékenységre kellene visszavezetni.

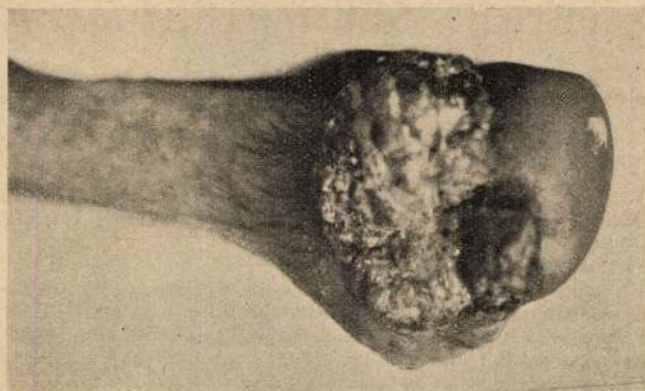
A közölt esetből kétféle praktikus következtetés folyik. Egyfelől a fistularák lehetőségére való gondolás egy okkal több arra, hogy az ilyen lövéses sebek után támadó fistulák sebészi megszüntetésére törekedjünk s azokat az idegen testeket (lövedékdarabok, ruhafoszlányok, elhalt csontok), melyek ezeket a fistulákat fenntartják, a szervezetből operative eliminálni törekedjünk, másfelől pedig felvetődik ezen eset kapcsán az a kérdés, vajjon az ilyen lövéses sebekből származó fistulákból és hegekben keletkező rákot a háborús sérülés direct folyományának kell-e tekintenünk; annyival is inkább fel kell vetnünk e kérdést, mert ezek a fistulákból és hegekben, különösen széles, nagy, rosszul táplált, hámkopásokra, exoriatiókra, „feltörésre“ hajlamos hegekben (a minők a békepraxisban elsősorban az égési hegek, de a melynek bárminő hosszas gnyedéssel gyógyuló és eredetileg nagy defectussal járó folyamatok után támadhatnak, így a háborús sérülések között, sajnos, nagyon gyakran látott roncsoló sérülések után is) kiinduló rákok rendszerint csak évekkel, sőt évtizedekkel a seb teljes begyógyulása után szoktak jelentkezni. *Wolff* citált munkájában *Beigel* esetét említi, a hol egy amputatio hegében 70 évvel a műtét után mutatkozott a rák. Magam nemrégiben láttam két esetet, melyekben a rák 22, illetve 31 évvel a szenvedett mechanikai sérülés után jelentkezett az illető sérülés után visszamaradt hegben. Ezek a következők:

² Kriegsärztliche Vorträge, III., 170. oldal, Fischer, Jena, 1916.

Sz. N. J., 29 éves napszamos.

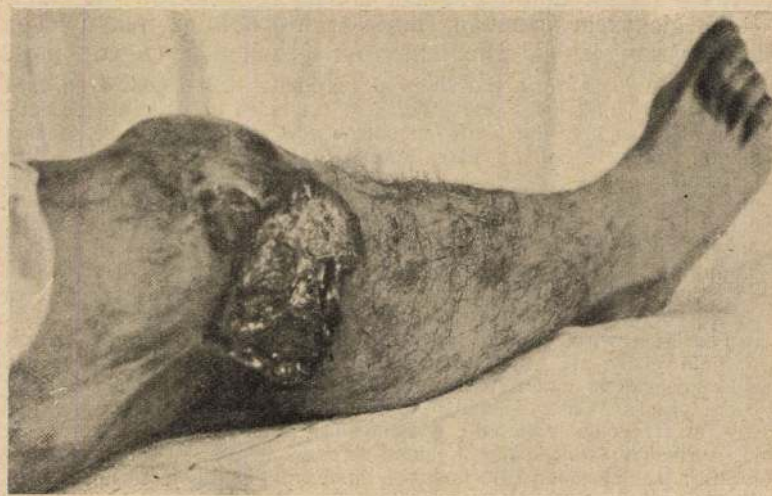
6 éves korában cséplőgép lecsapta bal lába fejét. A csont sebe begyógyult, azonban egy év előtt állítólag feltörte a lábbelije. Kenőcsökkel kezelték, de nem gyógyult, úgy, hogy most a seb növekedése és gnyedése miatt felkeresi osztályunkat.

Status praesens: A bal láb a saroktáj kivételével hiányzik. A csont egyenetlen, dudoros felszínű, bűzös váladékkal fedett fekélyt mutat (2. ábra). A belboka körül féltényérnyi területen a bőr pirosan elszineződött, duzzadt. A bal lábszár atrophias. 1916 augusztus 4.-én amputatio a lábszár alsó harmadában Billroth-narcosisban; a seb per primam gyógyult.



2. ábra.

Az amputált végtagról *Entz* tanár a következő leírást adta: A levágott csonton levő karfiolszerű, sáncszerűen kiemelkedő, középen szétesett daganat szélei mindenütt tömött, meglehetősen szívós (formalinban conservált állapotban), fehéres daganatszövetből állanak, a melynek metszslapján már pusztá szemmel alveolaris szerkezetet lehet felismerni. A mikroskopi metszetekben a daganatszövet meglehetősen felületes marad, úgy, hogy már $\frac{1}{2}$ cm. mélységben teljesen ép erekkel átjárt rostos kötőszövetből állanak a metszetek. E szövet vékony kötegekben hatol be a felületes daganatos rétegbe s ezt kisebb-nagyobb fészkekre osztja. A sejtfészkek laphámából állanak, a melyen az összes jellemző szövetrétegek felismerhetők, ú. m. a Malpighi-réteg sejtjeire emlékeztető apró hengeralakú sejtek, a szabálytalan sokszögű s végül az elszarusodott hámsejtek is. A nagyobb sejtfészkek közepét egy-egy durván réteges szarúgyöngy foglalja el. Minthogy a sejtkötegek a nyirokutak elágazását utánzó szabálytalan reczázásban függenek össze egymással, a daganatot laphámráknak kell tartanom, mely a lassan fejlődő, hosszú ideig metastasis nélkül fennálló, ritka esetekben recidiváló, tehát egészben benignusabb cancruidok közé tartozik.



3. ábra.

K. K. M., 40 éves, földműves-napszamos.

9 éves korában szecskavágó gépbe került a jobb térde. A gép lenyúzta a jobb csomb bőrét, melyet az orvos visszahajtott és összevarrt. A visszavart bőr elfeketedett és leöklődött. Sebe azután 3 év múlva gyógyult csak be teljesen. A gyógyulás azonban nem volt végleges, hanem a patella mellett lateralisán egy körülbelül koronányi nagyságú területen levő sebégyakran feltört, nedvezett, sebe e helyen hol begyógyult, hol kiujult. Körülbelül $\frac{1}{2}$ év előtt munkaközben kocsi ütődött jobb térdéhez. Azóta sebe terjedni kezdett s most, bár járni s dolgozni tud, mégis kellemetlenséget okoz neki. Ezért műtét céljából felkereste osztályunkat.

Status praesens: A jobb térdizület táján, a patella magasságában, ettől lateralisán egy férfitenyér felénél valamivel nagyobb, szabálytalan alakú, felhányt szélű, szalonnás alapú anyaghiány látható (3.

ábra), mely körül régi hegesedések nyomai mutatkoznak. E hegesedések a czombon hátul majdnem a farredőig terjednek. Január 15.-én műtét Billroth-keverék narcosisban.

A fekélyt bőven az éppen a fasciával együtt kimetszszük. A defectust Thiersch-lebenyekkel transplantáljuk, melyeket ugyanazon czombról veszünk.

Az Entz tanár által végzett szövettani vizsgálat a következőket mutatta: A daganat mellett kiirtott bőrreszleten semmi lényeges eltérés sem tűnik fel. A középvastag hámrétegen vékony szaruréteg ismerhető fel. Az irha durva rostos kötőszöveve nagyon sejtszegény, erci összehúzódottak. A daganat felé közeledve, az első szembeütő elváltozás, hogy az irha kötőszövetét igen sok apró gömbölyded sejt — részint lymphocyták, részint leukocyták — járja át. E rétegbe a hám vastkos csapok alakjában mélyen benyomul, de a felületes hám még megismerhető. A tulajdonképpeni daganat szélesen kifelécsodott s e miatt itt teljesen hiányzik a felületes hámboríték. A hám alatti kötőszövetréteg, valamint az irha is csak messzire szétolt vékony kötőszöveti kötegek alakjában maradt vissza. Közöttük mindenütt kisebb-nagyobb, egymással rendetlen, recézetten összefüggő hámsejtfészkek vannak, melyek részben még egészen fiatal, alacsony hengeralakú vagy kőbalakú, részben már nagyobb, a bőrhám spinocellularis rétegének megfelelő nagy, lapos sejtekből állanak, részben pedig kisebb-nagyobb koncentrikusan rétegezett, majdnem egészen egynemű, áttünő szarúgyöngyökké alakultak át. A hám nem tekinti a természetes szövethatárokat, hanem mindenütt az irha mélyébe tör, sőt a leválasztás vonalát is eléri.

Diagnosis: Carcinoma epitheliale (cancroid).

És ilyen esetek után igazán nem szabad Thiem³ álláspontjára helyezkedni, hogy 2—3 év a maximalis időhatár, melyen belül a keletkezett rák s az előző sérülés között valamely aetiológiai nexust felvehetünk, ezen a határon túl pedig a rákképződést más okoknak, új sérüléseknek és egyéb ingereknek kell betudnunk.

Nem helyeselhetjük ezt a megszorítást. Mert bizonyára igaza van Thiem-nek abban, hogy ha a sérülés teljes begyógyulása után a hegben rák támad, abban új ingereknek is van részük, de ezek az ingerek, minők a ruházat dörzsölése, a cipő nyomása, az izzadság, a piszok stb. éppen elkerülhetetlenek, az élettől és a mindennapi foglalatosságtól elválaszthatatlanok és az ép bőrt sokkal kevésbé irritálják, mint a heges bőrt, különösen, ha a hegesedés kiterjedt, exulceratióra hajlamos. Úgy, hogy ha az ilyen esetekben rák keletkezik, akkor azt a sérülést, mely a heget okozta, ha nem is tekinthetjük az évek multán fejlődő rák direct, közvetlen okozójának, de mindenesetre erre a legnagyobb mértékben praedisponáló momentumnak és bizvást mondhatjuk, hogy ha az a sérülés nem történt volna s a betegnek ilyen kiterjedt hegei nem voltak volna, akkor legnagyobb valószínűséggel rákja sem keletkezett volna.

Természetes azonban, hogy csak olyan esetekben szabad felvenni ilyen aetiológiai nexust, a hol kétségtelen, hogy trauma ment előre és hogy a daganat pontosan a trauma behatásának helyén létrejött hegben vagy fistulában keletkezett. Az anamnesis, a melyet kapunk, nem mindig megbízható, s az anyagi és egyéb socialis érdekek, melyek nem egyszer fűződnek ahhoz a körülményhez, hogy a betegségek összefüggése valamely előző sérüléssel megállapíttassék, nem szolgálhatnak az anamnesis megbízhatóságának javára. Nem egyszer csak egyszerű félreértésről van szó. A harcztérről kaptam egy katonát inoperabilis buccacarcinomával; a segédorvosnak azt adta elő, hogy megsebesült. Mikor aztán faggattuk, hogy miként sebesült meg, azt mondta, hogy e kifejezés alatt csak azt értette, hogy a lövészárokban kapta a sebet a szájában, de sem golyó, sem egyéb sértő eszköz nem érte, a seb magától keletkezett.⁴

Míg az eddig felvetett kérdésekre meglehetősen határozottsággal és világossággal birtunk felelni, a megoldatlan problémák egész sorozata elé állított bennünket a következő eset:

2. S. K. 46 éves földműves. Felvétetett 1916 december 31.-én. Egy esztendő előtt Szerbiában puskagolyótól sérült meg. A golyó a jobb pofa közepén hatolt be és az áll táján akadt meg. Temesvárott távolították el; hogy melyik kórházban, azt nem tudja. Sebe egy hónap

³ Handbuch der Unfallkrankungen, Deutsche Chirurgie, 67. köt.

⁴ Inter parentheses megjegyvezve, most, hogy idősebb évfolyamok soroznak, nagyobb figyelemmel kellene lenni ezekre a szájbeli carcinomákra, mert nemrégiben volt észlelésem alatt egy szintén inoperabilis pofacarcinomában szenvedő beteg, a kinek állítása szerint már besoroztatása alkalmával megvolt a rákos fekélye a szájában.

alatt gyógyult be. Ezután egy hó mulva a helyén pattanás keletkezett, mely kifakadt. Ezzel a sebbel Karánsebesre került, hol újra megoperálták. Kimetszették a régi műtét helyét és ez a seb is begyógyult, azonban husvétkor kiujult és azóta állandóan folyik.

Status praesens: Az arc egész jobb fele duzzadt. A duzzanat felmegy a temporalis tájra és le az állszöglet mögé. Az arczon egy a masseter elülső szélétől egészen a felső és alsó ajak közepéig terjedő, kemény, vastkos infiltratum, mely az állkapocshoz van rögzítve. A száj kinyitása korlátozott, körülbelül 2 cm. metszőfog-távolságra sikerül. A pofában levő infiltratum két helyen typusos felhánt szélű, krátterszerű fekélyt mutat, melyek közül az egyik a szájug táját, a másik a masseter előtti tájat foglalja el (4. ábra). A fekélyben typusos csapok láthatók. A száj nyálkahártyája kifelécsodott, csak a felső áthajlási redőben a molarisok táján, a hol a hátulsó fekély átfürödött egy helyen a szájba. A szájugban levő fekély alsó szélének elülső részén egy varratokkal egyesített seb nyomát jelző heg látható. A fekély elülső alsó szegélyén körülbelül ujjnyi széles, elmosódott határu pir látszik.



4. ábra.

A beteg már felvétele napján lázas, erősen köhög, igen gyenge; a lázak és a gyengeség folytonos fokozódása közben január 11.-én meghalt.

Bonczolási jegyzőkönyv (Entz tanár): Meningitis purulenta praecipue ad scalam posteriorem cum hydrocephalo acuto interno. Periostitis maxillae et phlegmone chronica rami dextri mandibulae. Periostitis ad foramen ovale dextrum. Carcinoma faciei dextrae, carcinoma buccae et ad sulcum gingivobuccalem dextrum. Parotitis purulenta dextra. Bronchitis purulenta diffusa. Defectus totalis renis dextri et ureteris dextri.

Az arcz jobb felén, a jobb szájugnál körülbelül 5 koronányi nagyságú, szabálytalan alakú, felfelé a járomcsont alsó széléig terjedő, lefelé az állkapocs szélét majdnem elérő, hátrafelé a külső hallójáratot 2 harántujjnyira megközelítő egyenetlen, felhánt szélű fekély van, melynek szélei kendermagnyi—borsónyi tömött bőrhiddal elválasztva, egy második, körülbelül koronányi kifelécsodott terület van, melynek szélét a kisujjnyira megvastagodott, tömött beszűrődött felső és alsó ajak alkotja. E tömött beszűrődésű területen a jobboldali áthajlási redőre terjed és 1/2 cm.-nyi, egymással párhuzamosan haladó, durva sáncszerű megvastagodások alakjában domborodik a szájug felé. E daganatos fekély szomszédságában az összes lágyrészek sűrű zöldes-sárga gennyel beszűrődöttek és egész terjedelmükben szennyes zöldes-szürkén elszíneződtek. A genyedés a szájug felől a koponya-alapra is ráterjed és a foramen ovale táján fillérnyi területen a koponya-alapra folytatódik.

A szövettani lelet Entz tanár vizsgálata szerint a következő:

A daganatból első ízben készített metszeteken nem lehet kellőleg tájékozódni, a mennyiben a kimetszett szövetdarabok alapszöveve gömbö-sejtekkel dúsan áthatott rostos kötőszövet, melyben itt-ott a szövet mélyébe hatoló áhmeneteket találtam. E menetek általában különböző nagyok, többnyire üregek, belésük vastag hámréteg, melynek leg-mélyebb sejtsorai apró, sokszögű hámsejtekből állnak, felületes sejtrétegei azonban lapos hámsejtek, igen elterjedt elszarusodással, vastag szaruréteggel. A szövetben azonban sehol sem találtam olyan hámsejteket és szabálytalan áhmeneteket, mint a milyeneket rosszindulatú hámdaganatokban találni szoktunk s ezért a kötőszövet kiterjedt sejtes beszűrődése következtében inkább arra kellett következtetnem hogy idősült, lobos szövetképződéssel van dolgom s a hám meglehetősen szabályos szerkezetéből arra gondoltam, hogy a hám talán a gyuladás termelte apró szövetcsatornákon keresztül burjánzik a mély-ségbe. Ezért újabb metszeteket készíttettem, a melyeknek átvizsgálásakor kiderül, hogy a felületet egészen vékony, sokrétegű laphámoríték vonja be; itt-ott még felismerhetők a szörtüszők és a faggyúmirigyek,

a mélyebb szövetek helyett azonban tisztára rostos kötőszövetet találunk, izomszövet, idegek, erek egyáltalában nem mutathatók ki. A kötőszövetnek egymást rendetlenül átszövő rostkötegei mindenütt gömbszerűen beszűrődtek. E beszűrődés néhol oly tömeges, hogy a kötőszövet rostjai egészen háttérbe szorulnak. Legnagyobb részben azonban rendetlen laphámsejtek foglalják el az ép szövetek helyét, a melyek hol tömörek, hol üregesek. A tömör hámfészkek különböző nagy, rendetlen sokszögű, köb alakú vagy lapos sejtekből állanak, melyeknek széles protoplasmája a *van Gieson*-eljárással élénksárgára festődik, kicsi magja hólyagszerű, jól látható nucleolusokkal. A sejtek minden ragasztóanyag nélkül sorakoznak egymás mellé, tehát minden tekintetben megfelelnek a laphámsejteknek. Az üreges menetek egy részének lumene teljesen üres, nagyobb részük belsejét azonban egészen egynemű, igen erősen sárgára festődő szarútömeg tölti ki.

Tekintve a hám tetemes felszaporodását, tekintve továbbá, hogy a hám nem respectálva a természetes szövethatárokat, a mélységbe burjánzik és itt egymással rendetlen fészkekben összefüggő hámmeneteket alkot, nem lehet kétség az iránt, hogy a hámdaganat, mely a szövetek helyét elfoglalja, rákos természetű.

Diagnosis: Carcinoma keratodes.

Ebben az esetben tehát az anamnesis szerint a daganat nyomon követte a lövéses sérülést és pontosan annak helyén fejlődött, még pedig olyan helyen, melyen a beteg a sérülés bekövetkezése előtt soha semmiféle kórosat nem tapasztalt. Mindenesetre hiányossága az esetnek, hogy nem tudtuk megállapítani, minő kórházakban kezeltetett előzőleg s hogy ott mit mondott és mit találtak nála s így teljesen csak a beteg bemondására vagyunk utalva. Azonban kételyre okot szolgáltató specialis momentum hijján (az egyszerű földműves-embernek persze fogalma sem volt arról, hogy rákja van) kénytelenek vagyunk az ő bemondását valóban elfogadni.

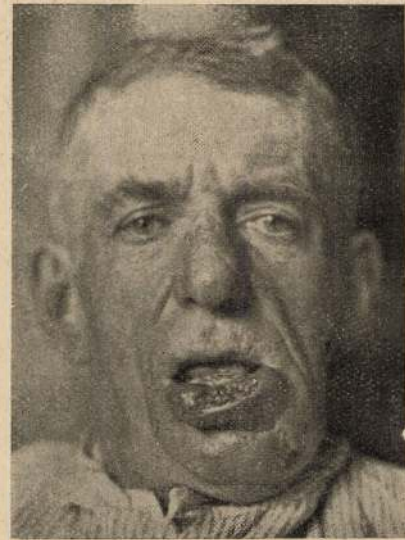
Ez az eset ily módon az acut traumás eredetű rák kérdése elé állít bennünket, s ez a kérdés, hogy nevezetesen egyszeri traumás behatás előidézhet-e rákot vagy sem, egyike a leginkább vitatott, és valljuk meg, legfogósabb, legkényesebb kérdéseknek.

Bizonyos, hogy a publikum és az orvosok köztudatában a rák és különösen az emlőrák már régen mint traumás eredetű megbetegedés szerepel. Azonban a tudósok ezt úgy magyarázták és nekünk is így tanították, hogy ilyen anamnesissel bíró esetekben a trauma csak felhívta a beteg figyelmét az emlőjében levő daganatra. A míg az asszony meg nem ütötte az emlőjét, nem nézte meg soha gondosabban, nem tapogatta s így a daganat, mely kezdeti szakában fájdalommal nem okoz, elkerülte figyelmét. De hogy ez nincs egészen így — legalább az esetek egy részében —, azt meggyőzően bizonyítja *Schöppler* esete, melyet *Coley*⁵ idéz. 36 éves nő keresi fel 1909 márczius első napjaiban, a ki terhesnek hiszi magát. Megvizsgálja ezért emlőit is és semmi kórosat sem talál. Márczius 10.-én a nő leesik a lépcsőn s megüti a bal mellét. *Schöppler* 11.-én látja s a bal emlő külső felét egy helyen érzékenynek és kissé vér-aláfutásosnak találja. Ez egy hét alatt elmúlik. Április végén azonban pontosan a sérülés helyén mogyorónyi daganat jelenik meg, mely gyorsan nő, május végén már almányi. Ekkor eltávolítják. A mikroszkopos vizsgálat intracanalicularis sarcomának mondja. Július végén daganatnak nyoma sincs. Augusztus közepén azonban két daganat fejlődik a heg szomszédságában, mely szeptember elejéig az egész emlőre ráterjed. Az emlőt amputálják, a mikroszkopos vizsgálat carcinoma simplexet derít ki.

Coley személyes statisztikája szerint 250 rák közül 82-ben (32·8%), 120 emlőrák közül 52-ben (43·3%) szerepelt az anamnesisben trauma; az általa citált *Mc. Williams*-féle statisztikában 65 emlőrák közül 29-ben (44·6%) említett a beteg előző traumát.

Az arczon levő rákok közül különösen az ajakrák anamnesisében szoktak szerepelni lórúgás, harapás, metszett (borotva), zúzott, égett sebek; de az arcz más részein: az orron, pofán fejlődő rák eseteiben is kapunk egyszer-máskor hasonló anamnestikus adatokat. Egy ilyen lórúgás után keletkezett ajakrák képét, melyet az utóbbi időben volt alkalmam észlelni és operálni, mutatja az 5. ábra. Egy darázscsípés után keletkezett orrcarcinomát az Orvosi Hetilap ezidei 6.

számában (66. lap, 3. ábra) ismertetem. *Löwenthal* nagy gyűjtőmunkájában 42 az alsó ajakon, 3 a felső ajakon, 17 az orron, 35 az arcz egyéb részein székelő rákot sorol fel, melyek anamnesisében hasonló momentumok szerepelnek. Bizonyos, hogy a szigorú kritikát az esetek egy része nem állja meg, de másfelől egyenesen tagadni az oki összefüggést valamely trauma és az azt követőleg az elszenvedett trauma helyén fejlődött rák között sokszor nagyon nehéz, különösen ha a sérülést, mint 2. esetünkben (*S. K.* lövéses sérülése esetében), közvetlenül követi a rák megjelenése, ha a rák helye pontosan megfelel a sérülés helyének és be van bizonyítva, hogy a sérült testtáj előzőleg teljesen egészséges, minden daganattól mentes volt.



5. ábra.

Coley, a ki óriási személyes tapasztalatra hivatkozhatik, nagyon energikusan lép sikkra a rák traumás eredete mellett s igen értékes anyagot gyűjtött össze a malignus daganatok traumás aetiológiájának bizonyítására. Észleletei közül azonban főleg csak azok meggyőzők, melyek a sarkomák traumás eredetét bizonyítják, nevezetesen pedig azok az esetek, melyekben a traumát rövid idővel megelőző orvosi vizsgálat szolgáltatja bizonyítékát annak, hogy az elszenvedett trauma előtt daganatnak nyoma sem volt s így különösen azon két esete, melyben orvosi műtét volt a daganatot kiváltó trauma. Az egyikben lúdtalp redresszálása után a bokában, a másik esetben herniotomia után a műtét helyén jelentkezett a sarkoma. Feltűnő ezeknek a trauma után fejlődő daganatoknak nagy malignitása, rapid növekedésre, metastasisokra és recidivára való hajlandósága (acute traumatic malignancy).

Általában azonban tagadják az acut trauma jelentőségét a rák aetiológiájában. *Hansemann* fentebb említett előadásában s a hozzá fűződő vitában. *Orth*, *Waetsold*, *Benda* ellene nyilatkozott e felvételnek s csak *Benda* tett a sarkomák tekintetében kivételt. Az oka ennek a húzódozásnak kétségtelenül részben az, hogy az összefüggés mikéntjét nehéz megmagyarázni, de ezt annál kevésbé szabad nyomós érvek tekintetünk ezen összefüggés ellen, mert hiszen a rák keletkezését kielégítően eddig egyáltalán semmiféle teoriával sem sikerült megmagyarázni és így egyáltalán nem marad más hátra, mint megnyugvással regisztrálni a kétségtelen empiriás tényeket, mert az igazán nagy hiba volna, ha a tények elismerését attól tennők függővé, hogy birunk-e részükre kielégítő magyarázatot találni (*Coley*). Utóvégre a tények természetszerűen megelőzik a belőlük folyó teoriákat; a magasból való leesés tényét és practikus következményeit sok ezer éven át ismerte az emberiség, mielőtt *Newton* a gravitatio törvényeit felfedezte.

Másfelől azonban az is bizonyos, hogy a traumás eredet felvétele az esetek túlnyomó többségében kizárólag az anamnesisen, vagyis a betegek bemondásán épül fel s hogy a betegeknek ezen bemondásait mindig cum grano salis kell

⁵ *Annals of surgery*, 1911, 220. és 221. füzet.

értékelné. Tudjuk, hogy a betegek — különösen a kevésbé intelligensek — milyen eredeti fantáziával tudják nemcsak betegségüket általában, hanem annak minden egyes phasisát is külön-külön megmagyarázni s éppen a meghülés és a trauma az a két momentum, melyet a legkülönbébb változatokban s a legfurcsább összefüggésben szoktak aetiologiai momentumként feltálni. És ha egész önzetlenül és öntudatlanul cselekszik ezt az esetek túlnyomó tömegében, oly esetekben, midőn kártérítési igényekről lehet szó, akár baleset-biztosító társulatokkal, akár a sérülésért valamiképpen felelőssé tehető magánosokkal vagy vállalatokkal szemben, az öntudatos önzés is hozzájárul a fantázia kiszínezéséhez, hiszen hányszor fordul elő más esetekben is, hogy betegség miatt szenvedett rokkantságot és munkaképességcsökkenést baleset rovására igyekeznek írni s így szerezni maguknak valamelyes anyagi kárpótlást. Ez a körülmény még jobban megnehezíti a szakértő helyzetét, mely anélkül is eléggé kényes, mert hiszen sem azt, hogy a rákképződés valamely sérülés direct folyománya lehet, sem azt, hogy a kettő között aetiologiai összefüggés nem állhat fenn, a tudomány mai állása mellett nem állíthatjuk.

A mire tehát a szakértőnek elsősorban súlyt kell helyezni s a mit nagy óvatossággal és körültekintéssel kell megállapítania, az az, hogy van-e, vagy volt-e valóban daganat, volt-e csakugyan előzően trauma, s ha igen, kimutatható-e a trauma s a daganat között pontos helybeli és időbeli összefüggés, és különösen, hogy a daganat megjelenése nem előzte-e meg az állítólagos sérülést.

De ha nyilvánvaló is, hogy a daganat pontosan a sérülést követőleg mutatkozott s pontosan a sérülés helyén, mely azelőtt teljesen normalis volt, akkor is az egyszerű acut traumát legfeljebb többé-kevésbé praedisponáló momentumnak szabad tekintenünk, mely arra nem hajlamosított egyénekben nem hozhatna létre rákot vagy sarkomát, épp úgy, mint a hogy tuberculosisra nem hajlamos ember nem kap egyszerű distorsio után ízületi tuberculosist. S ebben principialis különbséget látok a kiterjedt hegeket, fistulákat létrehozó traumák s az ilyeneket elő nem idéző egyszerű contusiók s egyéb egyszerű sérülések, mint az esetünkben bementett lövés között.

Az előbbieket egyenesen rákos dispositiót teremtenek, a mely dispositio esetleg csak évek hosszú sora mulva vezet rákra; ez utóbbiak, ha egyáltalán, csak már meglévő dispositio mellett tudják a daganatot létrehozni, mely azután rögtön, vagy legalább is nem sok idővel a sérülés után növekedésnek indul, vagy az is lehet, hogy az egyszerű traumás behatás csak a már meglévő kész daganatcsirát tudja gyors növekedésre bírni s az addig nem manifest daganatot manifestté tenni. Bizonyos tapasztalatok, nevezetesen, hogy látszólag jóindulatú szemölcsök megpiszkálása után gyorsan növekvő sarkomák keletkeztek, hogy traumák után a sérült helyen metastasisok gyors növekedését észlelték, egyenesen utalnak ezen eshetőségre.

Közlés a székesfevárosi Régi Szent János-kórház bőr- és nemibeteg-osztályáról (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.)

Gyógyító kísérletek „granugenol“-al, különös tekintettel lábszárfekélyek gyógyítására.

Irta: Glück Miklós dr., kórház segédorvos.

A per secundam, sarjadzással gyógyuló sebek gyógyulása két, részben egymás mellett, részben egymás után lejátszódó folyamatból tevődik össze: 1. a kötőszövetnek az őt alkotó elemekkel együtt való regenerációja, 2. a seb behámosodása. Ezek a folyamatok azok, a melyekkel a sebek gyógyulásakor számolnunk kell és a melyek elősegítése a seb gyorsabb gyógyulása céljából feladatunkká lehet.

A behámosodással ritkán lesz bajunk: részben, mert a hámnak a test összes szövetei közt legnagyobb hajlama van a regenerációra, részben mert a hámsejteknek megvan azon tulajdonsága, hogy felületeken kiterjedni szeret. Ahol mégis

lassan haladna a hámosodás, ott a pikrinsavban, salicylsavban, skarlátpirosban, methylenkékben stb. elég hatásos eszközökkel rendelkezünk.

De annál gyakrabban megakadunk, ha mély, genyedő sebüregek sarjakkal való kitöltése, begyógyítása a feladatunk. Hogy a sarjadzaskor mely tényezők szerepelnek, azt főleg Rost¹ vizsgálta. Szerinte a sarjadzást előidézik: 1. a bacteriumok testében levő bizonyos anyagok, a melyek a bacteriumok szétesésekor lesznek szabaddá, 2. bizonyos sejtek szétesési termékei, a melyek talán a polynuclearis leukocyták testében levő tryptikus anyagok hatására válnak szabaddá. Ezen két tényező befolyásával hatunk közvetve a granulatio fokozására, a mikor kenőcsös, nedves vagy például perubalzsamos kötést adunk.

Még nehezebbek a viszonyok a seb gyógyulását illetőleg a status varicosuson alapuló ulcus crurisoknál, a hol a sarjadzás és gyógyulás főkélléke, a kellő vérellátás, a szövetek kellő táplálása hiányzik; a hol továbbá a rossz statikai és nyomás-viszonyok miatt a szöveteknek semmi spontán hajlamuk nincs a regenerációra. Itt érezzük leginkább hiányát oly szernek, a mely direct hatna a granulatióra, direct ingere volna az új sarjak készítésében szereplő meglévő kötőszöveti elemeknek. Ilyen anyagot rendszeres vizsgálatai közben Rost² fedezett fel.

Ez a szerző 300 legkülönbözőbb anyagot fecskendezett házi nyulak csontveléjébe és ebből, bizonyos idő mulva készített mikroszkopi készítmények alapján, ítélte meg azok hatását. A legjobban hatott egy ásványi olaj, a melynek hatása Werner³ vizsgálatai szerint bizonyos telítetlen szénhidrogénekhez van kötve, minők a terpenek és polyterpenek. A hatást támogatják nagymolekulájú, organikus kötésű basikus anyagok és bizonyos OH-gyököt tartalmazó anyagok. E hatékony alkotórészek mellett vannak az olajban oly anyagok is, a melyek a kötőszövetet erősen izgatják, hyperaemiát, gyuladást, tályogot okoznak. A Knoll-czég az olajat e káros anyagoktól megtisztítva, „granugenol“ néven hozta forgalomba.

Az így tisztított olaj tiszta, sárga, semleges kémhatású, sűrű folyadék, melynek gyenge, a kőszénre emlékeztető szaga van. Alkoholban, vízben oldhatatlan. Hatóanyag-tartalmát brómmal határozzák meg (Hegner módszere szerint).

Rost, ki először foglalkozott vele, főleg ott ajánlja, a hol nagy anyagvesztések vannak, a miket kötőszövetesen kell kitölteni. Empyemás, osteomyelitises ürök, különböző eredetű fistulák eseteiben látott szép eredményeket.

A többi szerző (Kolb,⁴ Runck,⁵ Fiedler⁶) indicatiójának területét körülbelül ugyanezekben jelöli meg. Szinte egyöntetűen kiemelik a sebgyógyulás gyorsaságát, erős, felesleges, egészséges sarjak képződését. Fiedler, saját eredményei alapján, perityphlitises tályogok műtéte, tuberculosus nyirokmirigyek kiirtása utáni üregek kitöltésére ajánlja. Runck pedig kiemeli, hogy tölcseyszerűen behúzódó hegek granugenolkezelés mellett kimaradnak, mert a nagymennyiségű sarjak kiemelik a heget. Sőt már meglévő, behúzódó hegek esetén is kipróbálta és ajánlja „subcutan“ szövetplastica céljaira olyképpen, hogy a behúzódó heget alápáraeparálva, azt kiemeli és a felemelés által létrejött ürt granugenollal besarjastja. Ugyanezen szerző bizonyos „biologiai“ antisepsis hatást is tulajdonít a granugenolnak, a mit talán a phagocytáló leukocyták fokozott odavonzásával fejt ki.

Seubert⁷ gyógyulni nem akaró Röntgen-ulcus 2 esetében látott meglepő hatást, Hiller pedig a fistulosus genyedés eseteiben már Rost-tól leírt eredményeket erősíti meg; ő is rövid idő alatt a genyes secretio megszűnését és a fistulák záródását észlelte.

¹ Fr. Rost: München. med. Wochenschrift 1915., 25. szám.

² Rost: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1915, 133. kötet.

³ Werner: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1915, 133. kötet.

⁴ K. Kolb: München. med. Wochenschrift, 1915, 25. szám.

⁵ Runck: Medizinische Klinik, 1915, 37. szám.

⁶ Fiedler: Deutsche med. Wochenschrift, 1915.

⁷ Seubert: Münchener med. Wochenschrift 1916, 12. szám.

Reiss⁸ nagy anyagon a legkülönbözőbb esetekben ki-próbálta: súlyos sérülések, kiterjedt lágyrészesveszteségek, decubitusok, friss, nagyobb műtéti sebek, csontfistulák esetében alkalmazta. A többi szerzővel ellentétben, úgy látszik, kevésbé van elragadtatva a granugenoltól. Szerinte a genyes secretio nem csökken, sőt fokozódik és az egész gyógyulás alatt igen élénk (két esetben mi is észleltük); antisepsises hatása úgy látszik csekély, mert alkalmazása mellett állott be egy ízben pyocyaneus-genyedés. De ő is kiemeli és hangsúlyozza, hogy a képződött sarjak erősek, élénk pirosak és hogy a zsugorodás sokkal csekélyebb, mint egyébként.

Legutóbb Schlenzka⁹ ajánlotta tisztán sequestrotomia után, egyenlő mennyiségű zincum oxydatummal felületen sarjadzó sebek, valamint lábszárfekélyek ellen. Heusner¹⁰ pedig impetigo contagiosa és ekzema eseteiben ajánlja higítatlanul, vagy paraffinum liquidummal keverve.

Mi, anyagunknál fogva, főleg a rosszul sarjadzó és hámosodó sebek egy típusát, az évek óta fennálló, már mindenféleképpen kezelt, begyógyulni nem akaró, status varicosuson alapuló ulcus crurisokat választottuk therapiás kísérleteinkhez.

A szert az üvegen rajtalevő használati utasítás szerint alkalmazzuk: a vele benedvesített gazedarabbal letapintjuk a sebet, s azt rajta hagyva, kötéssel rögzítjük. Ezenkívül betegeinket állandóan ágyban tartjuk, lábaikat esetleg kissé felpolczolva. Jó eredményeink nem csekély része ennek az intézkedésnek tulajdonítható. A kötést naponként, legfeljebb másodnaponként váltjuk.

Az elmúlt fél év alatt az elhanyagolt ulcus crurisoknak mintegy 25 esetében alkalmazzuk a granugenolt. *Már e helyen leghatározottabban kiemelhetem, hogy az eddigi tapasztalatok a granugenolnak elsőrangú gyógyító hatását mutatják lábszárfekély eseteiben.* A gyógytartam a fekély nagysága szerint természetesen különböző volt: átlagosan 26—30 nap; a legrövidebb gyógytartam (forintnyi fekély esetében) 16 nap, a leghosszabb gyógytartam (10 éves, heges udvartól körülvevett, tenyérrnyi ulcus esetében) 48 nap volt.

Mielőtt a granugenollal szerzett tapasztalatainkat összegezném, néhány kórtörténetet óhajtok a pontosan megfigyelt esetek közül kivonatossan közölni.

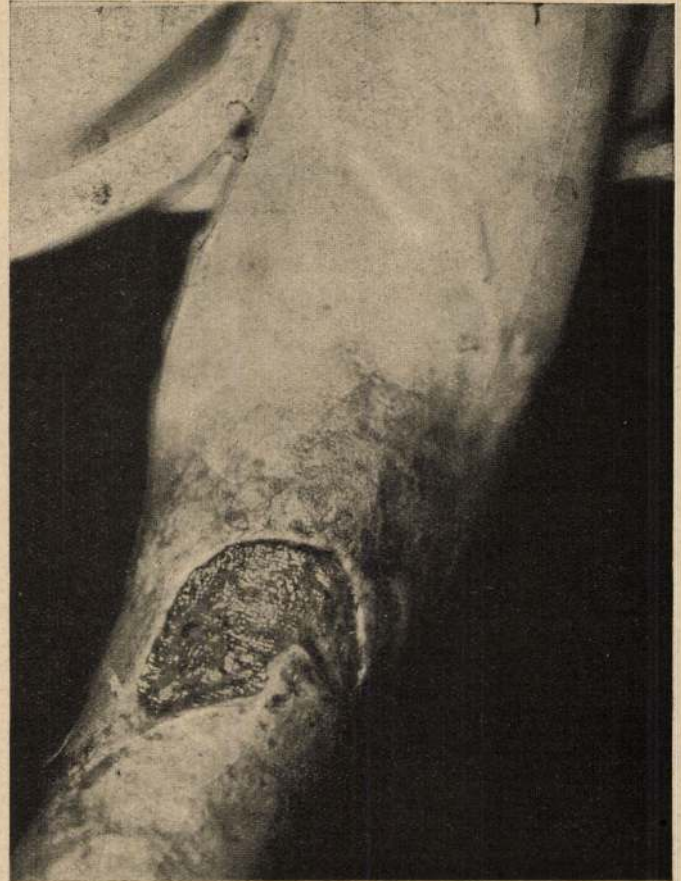
1. B. L.-né, 60 éves nő. Felv. júl. 25.-én. 20 év óta áll fenn a baja, fekélyei 6 év óta vannak. St. pr.: Mindkét lábon erősen tágult gyűjtőeres hálózat. A bal belső boka mögött és fölött gyermektenyérrnyi vaskos, callosus szélű és genyes alapú fekély. Hasonló jellegű és nagyságú fekélyek a jobb láb mindkét bokája táján, valamint a lábszár alsó és középső harmadának határán. Bőséges, rendkívül bűzös genyedés. Ther.: Ulcusok megtisztítása bőrvaselinnel. Júl. 31.-én: Granugenol-kezelést megkezdjük. Aug. 7.-én: Genyedés teljesen megszűnt; fekélyek szagtalanok, felnyíjnak, alapjukon élénkpiros granulatio. Augusztus 13.-án: A jobb lábszár külső oldalán levő fekély teljesen gyógyult; a többi 3 koronányi; minimalis secretio, egészséges sarjak, élénk hámosodás. Aug. 17.-én: Jobb lábszár elülső felszínén levő fekély gyógyult; bokák táján levők szemlátomást kisebbeknek. Szeptember 2.-án: Fekélyek begyógyultak. Helyükön kiemelkedő hegek.

2. S. F.-né, 66 éves nő. Felvétetett augusztus 17.-én. Baja 2 év óta áll fenn. A bal lábszáron tágult gyűjtőeres hálózat, a lábszár duzzadt bőre livid színeződésű. Belső boka felett ötkoronányi, genyes alapú, keményen leszorított szélű fekély. Ther.: Granugenol. Augusztus 20.-án: Genyedés megszűnt; fekély alapja feltisztult; élénk sarjadzás. Augusztus 26.-án: Élénkpiros, egészséges sarjak; szélről szépen hámosodik; fekély koronányi. Szeptember 2.-án: Fekély fillérrnyi, teljesen száraz, szagtalan. Szeptember 7.-én: Fekély teljesen begyógyult.

3. K. A.-né, 48 éves nő. Felvétetett augusztus 26.-án. Stat. praes.: Mindkét lábszáron tágult erek; bal lábszár befelső felületén forintnyi ulcus. Szeptember 1.-én: Fekély fillérrnyi, élénken sarjadzik, tiszta alapú, széle felől élénk hámosodás. Szeptember 8.-án: Fekély teljesen gyógyult.

4. K. P.-né, 56 éves nő. Felvétetett október 9.-én. 10 éve vannak fekélyek a lábszáron. Stat. praes.: Mindkét lábszáron tágult gyűjtőerek. Jelenleg a bal lábszár középső harmadának feszítő oldalán tenyérrnyi, callosus szélű, genyes alapú fekély (l. 1. sz. ábra); hasonló fekély a bal belső boka fölött. Mindkét fekély körül pigmentációk és hegesedések. Ther.: Granugenol. Október 12.-én: Feltűnően erős, genyes secretio. Október 16.-án: Secretio lényegesen csökkent; a megtisztított sebnek élénkpiros sarjakat mutat. Október 20.-án: Egészséges sarjak, élénk

hámosodás. Október 26.-án: Száraz, mitsem secernáló fekélyek. Október 29.-én: A lábszár elülső fekélye gyógyult; a boka fölötti mitsem genyedő, tiszta alapú. November 3.-án: Kis hypergranulatio miatt lapis-edzés.



1. ábra.



2. ábra.

⁸ Reiss: Berliner klinische Wochenschrift 1916, 19. szám.

⁹ Schlenzka: Berliner klin. Wochenschrift 1916, 37. szám.

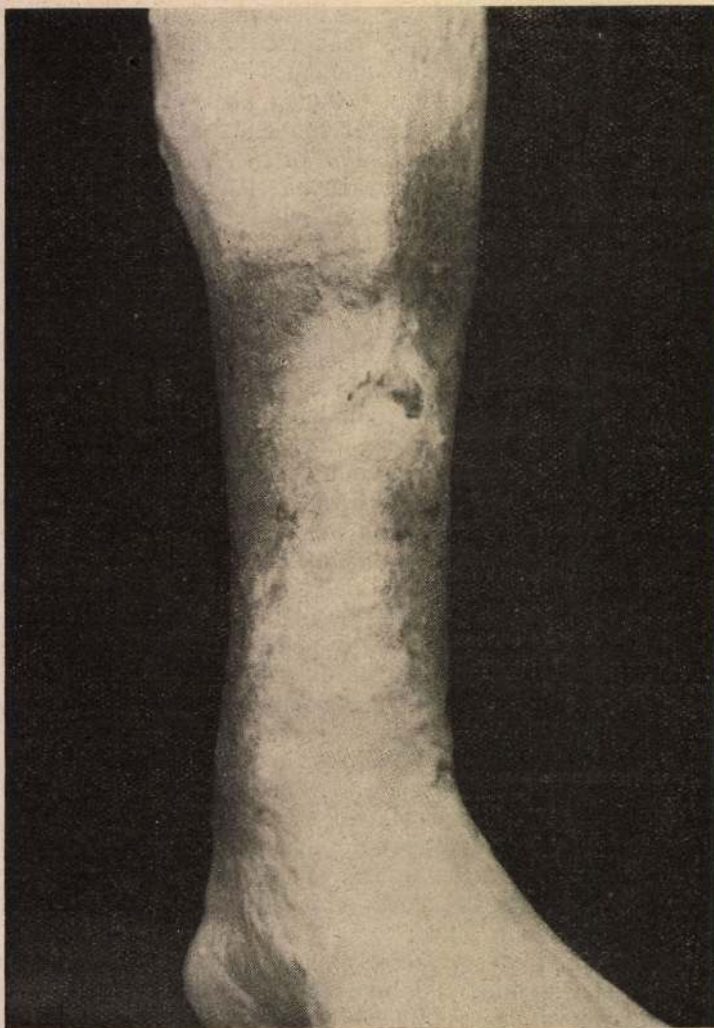
¹⁰ Heusner: Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 40. szám.

November 10.-én: Csupa egészséges sarj, kissé lassú hámosodás; a seb forintnyi. November 16.-án: Hámosodás élénkítésére Mikulicz-kenőcsöt

kap. November 27.-én: A fekély teljesen gyógyult. Vaskos rózsaszínű heg jelöli a fekély helyét (2. sz. ábra).

5. K. T., 66 éves nő. Felvétetett október 27.-én. 6 év óta áll fenn baja. Jelenleg mindkét lábszáron tágult gyűjtőerek; bal lábszáron gyermektenyérszerű, erősen genyes seb, felnőtt tenyérszerű, livid udvartól körülveve. Ther.: Granugenol. Szeptember 30.-án: Csökkent secretio, élénk sarjadzás. Október 6.-án: Seb szélen élénk hámosodás; secretio csekély; sarjadzás igen élénk. Október 10.-én: Kis hypergranulatio miatt lapis-edzés. Október 20.-án: A fekély sokkal kisebb, mítsem genyedő, tiszta alapú; élénk sarjadzás, hámosodás. Október 26.-án: Seb $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú, 1 cm. széles. November 3.-án: Seb lencsényi. November 7.-én: Teljesen gyógyult.

6. Sz. I., 43 éves nő. Felvétetett szeptember 31.-én. 3 éve áll fenn baja. Stat. praes.: A jobb lábszáron erősen tágult gyűjtőerek; a lábszár alsó felének külső felszínén erős pigmentatio, melynek centrumában tenyérszerű, bűzös detritussal borított fekély van. A jobb öregujjon csekély onychogryphosis, csekély subungualis hyperkeratosis. Ther.: 5% protargol-glycerin-oldat. November 4.-én: Fekély még mindig bűzös, egyenlőtlenül és renyhén sarjadzik és genyed. November 7.-én: Nem oly bűzös, secretio valamit csökkent. Granugenol-kezelést kezdünk. November 9.-én: A fekély szemmel láthatóan összehúzódik, szagtalan; sarjak még kissé szürkés-sárgák, kistokú genyes secretio még van. November 11.-én: Semmit sem bűzös, nem genyes, tiszta sarjak, sőt kis hypergranulatio; élénk hámosodás a szélek felől. November 14.-én: Semmit sem genyed, egészséges, élénkpíros sarjak; a fekély felényi. November 17.-én: A fekély 5 cm. hosszú, 2 cm. széles. Élénk hámosodás, élénk granulatio. November 23.-án: 3 cm. hosszú, $1\frac{1}{2}$ cm. széles, tiszta alapú a seb. December 1.-én: Keskeny csik az egész seb. December 10.-én: Teljesen begyógyult. Az egész tenyérszerű ulcus helyén kissé kiemelkedő rózsaszínű heg (3. sz. ábra).



3. ábra.

Elhanyagolt, ökölnyi bubo inguinalisok megnyitása után keletkező hatalmas üreg kitöltésére kíséreltük meg 5 esetben a granugenol alkalmazását, jodoformos gaze-zal felváltva, vagy teljesen egyedül. E kevés eset nem ad jogot arra, hogy pro vagy contra nyilatkozhassunk, de úgy látszik, hogy a gyógytartam valamivel rövidebb, a tályogúr sarjakkal való kitelődése élénkebb, a képződő heg kevésbé behúzódó, mint jodoform-gaze egyedüli alkalmazása esetén.

Mielőtt tapasztalataink összegezéséhez fognék, még

ulcus molle serpiginosumnak granugenolra gyógyult esetét óhajtom közölni.

Sz. V., 26 éves férfi. Kezelésre jelentkezett 1916 október 25.-én. A penis bőrén korona-nagyságú, genyes alapú, alávált szélű fekély, melynek sem alapja, sem széle nincsen beszűrődve. Ther.: 2-3 naponként carbol-edzés és rendszeres kezelés $\frac{1}{2}$ %-os cupr. sulfur.-oldattal.

A fekély a leggondosabb kezelésre sem gyógyul. A fekély distalis és proximalis szélei egyre újra meg újra kirágódnak, a mi mellett a fekély oldalsó szélén gyógyulás mutatkozik, úgy, hogy a fekély keskenyebbé válik.

Miután a jodoformos kötés sem hoz létre gyors gyógyulást, 1916 december 20.-ától naponkénti granugenolos kötés kap. Ennek hatása alatt a sarjadzás gyorsan megindul, a tovaaterjedés megáll és a fekély 1917 január 2.-ára begyógyul.

Eczemák, impetigók eseteiben, mint Heusner ajánlja, nem mernők a granugenolt alkalmazni, mert tapasztalásunk szerint kissé izgatató hatása van a bőrre, a mi nem elhanyagolható körülmény a gyakran minimalis ingerre új visszaeséssel reagáló eczemák és a gyenge bőrű gyermekek impetigója eseteiben.

Mindezek után a granugenol hatását tapasztalataink alapján a következőkben összegezném:

1. A bőséges genyes secretio rövid idő alatt megszűnik. Átmenetileg, mint Reiss is írja és mint főleg 4. esetünkben észleltük, feltűnően erős lesz a genyes secretio, de csak pár napra. Utána megszűnik és a seb majdnem száraz.

2. Az egészségtelen, renyhe, szürke sarjakat csakhamar élénkpíros, egészséges, tömött sarjak váltják fel.

3. Feltűnő a szagtalanító hatása. Sebekben, melyek mellett kezelésbe vételkor még a legedzettebb orvos is alig tud megmaradni, 2-3 nap múlva már csak a granugenol enyhe szaga érezhető.

4. Élénk hámosodás, mely azonban esetleg csak következményes hatás: a seb feltisztulása, a genyes secretio megszűnése, a tiszta sarjakkal kitöltött seb kedvező felszín nyújt a hámosodásra.

5. A képződött heg sima, egyenletesen tömött, eddigi tapasztalásunk szerint kozmetikailag is teljesen kielégítő.

Mikor a kártársak figyelmébe ajánlom, reményelem, hogy mindnyájan, a kik a szerrel kísérleteznek, hasonló jó eredményekről szereznek meggyőződést.

Közlés a meljinei cs. és kir. várkórház belgyógyászati osztályáról. (Parancsnok: Latzel Albert dr., cs. és kir. főorvos.)

Ujabb adat a kiütéses typhus kórjelzéséhez.

Előzetes közlés a vizeletnek egy szín-reactiójáról.

Irta: Wiener Imre dr., cs. és kir. főorvos, osztályvezető.

Egészséges egyének vizelete, előzően aetherrel kirázva, Jenner-festékanyaggal + $\frac{1}{100}$ hypermangan-oldattal intensive kék színű lesz, míg a kiütéses typhusban szenvedőké, főleg a lázas szakban, intensive zöld színűvé.

A reactio végzése a következő:

4 cm³ vizeletet összekeverünk ugyanilyen mennyiségű aetherrel és az oldatot 1-2-szer jól összerázzuk. Ezen oldathoz adjuk már most a Jenner-hypermanganat-oldatot, a mely következőképpen készül:

2 cm³ destillált víz, 3 csepp Jenner-festék-anyag és 10 csepp $\frac{1}{100}$ hypermangan-oldat 1-2-szer összerázandó.

A fenti vizelet-aether-keverékhez adjuk már most ezen 2 cm³ destillált vízzel készült Jenner-hypermanganat-oldatot, a midőn is azt látjuk, hogy egészséges vagy másnemű betegségben szenvedő egyének vizelete intensive kék, a kiütéses typhusos betegeké ellenben intensive zöld színű lesz.

Az előbbi kiütéses typhusra negativ-nak, az utóbbi pedig positiv-nak jeleztetik.

Eddigi vizsgálataim eredményét a következő táblázat tünteti fel:

19 egészséges	valamennyi negativ
2 hastyphus	mindkettő negativ
1 mellhártyagyulladás	negativ
1 vesegyulladás . . .	negativ
7 lázas malaria . . .	valamennyi negativ

2 lobaris pneumonia	negatív
1 lobularis "	kétes (±)
1 bélhurut	negatív
8 kiütéses typhus:	
<i>a—d</i>) a betegség tetőfokán (Weil-Felix 1:1600 erősen positív)	erősen pozitív;
<i>e</i>) defervescentiá- ban	gyöngén pozitív (2 nap után negatív)
<i>f</i>) és <i>g</i>) teljesen láztalan álla- potban	negatív.

Utólag még két esetet vizsgáltam:

1 kiütéses typhus (Weil-Felix 1:200 pozitív): *positív*.

1 kiütéses typhusra gyanú (Weil-Felix negatív): *negatív*.

A reactio végzésekor mindenkor friss vizeletet kell használnunk.

Ezen kevés vizsgálatból természetesen a reactio gyakorlati jelentőségét illetőleg ez idő szerint még nem mondható ítélet, csak a további vizsgálatok fogják gyakorlati értékét megállapíthatni.

Vizsgálataimat folytatom s a gyakorlati eredményekről, valamint a reactio biochemiai alapjáról annak idején részletesen beszámolok.

Közlemény a budapesti Fehérkereszt-gyermekórházból.

Csecsemővédelmi akciónk következő legsürgősebb lépéseinek előkészítéséről.

Irta: *Berend Miklós* dr., főorvos, egyetemi magántanár.

(Folytatás és vége.)

Említettem, hogy milyen magas követelményeket állítanak fel a csecsemővédelem női vezetőinek kiképzésével szemben Németországban. Ezzel szemben nálunk egyelőre 6 hetes a kiképzés. Olyan örvény, olyan gigantikus különbség tátong itt egyelőre az intézmények szellemi niveau-ja közt, a melyet momentán nem is tudunk áthidalni.

De módunk van rá, hogy ez az áthidalás előkészíthető.

Ez a mód: a csecsemőgondozó és beteg-csecsemőápolónők kiképzése részben egy-, részben kétéves kurzusokban azon intézetekben, a melyek e célra alkalmasak.

Mihelyt ki van mondva, hogy előnyben részesülnek a védőnői kinevezésnél azok, a kik 1—2 éves csecsemőórházi szolgálat után kerülnek oda, mihelyt ki van mondva, hogy *a sikerrel végzett 1—2 éves diplomás csecsemőápolónőt a Stefánia-Szövetség alkalmazza*, abban a perczen meg van ennek a garantiája.

Mi nem tekinthetjük — ezt hangsúlyozni kívánom — a jelenlegi kiképzési módját a védőnőnek másnak, mint átmeneti stádiumnak, a mely szinte automatic megszűnik, a mikor elég számú olyan diplomás csecsemőnő áll rendelkezésünkre, a ki kiképzési ideje alatt a gyermekágyi ápolást is elsajátítja. Akkor ez a hat hetes kurzus már nem lesz más, mint a socialis védelemnek begyakorlása. És akkor valóban olyan védőnőink lesznek, a kik önállóan és helyesen fognak eljárni tudni és betölthetik hivatásukat.

De nemcsak azért szükséges ezeknek a pontoknak bevezetése a védőnői kiképzésről szóló rendeletbe, illetve nemcsak azért szükséges a magasabb kiképzési lehetőségekről gondoskodnunk, hogy a védőnői intézmény niveauját emeljük, bár nézetem szerint ez a legelső és a legsürgősebb ok.

Hanem azért is, mert ha eredményt akarunk elérni, olyan magasabb előképzettségű nőkről is kell gondoskodnunk, a kik a védőnőnél önállóbb, magasabb hivatást töltenek be. Itt lesznek pl. a majdan felállítandó bölcsődék, napközi otthonok, tejkonyhák, consultatiók és Fürsorgestelle-k, a dispensaire-ek, a melyek mind rá fognak szorulni a jól képzett védőnőre. Itt vannak a menhelyek és csecsemőosztályok, a melyeknek ma nincsenek kellőleg kiképzett csecsemő-

ápolónők, s a melyek mind örömmel fognak minél magasabb képzettségű nőket alkalmazni. Itt lesz a városok csecsemővédelmének szervezése, melynek élére legalább egy tökéletesen képzett fővédőnő állítandó.

Azért is nélkülözhetetlenek ezek, mert — és itt feltétlenül fel kell vetnem azt a tudtommal még nem tárgyalt kérdést — ki fogja ellenőrizni a védőnői működést a vidéken?

Ez az ellenőrzés tudtommal még nincs megszervezve. Pedig ez csak két összejátszó tényező harmonias munkájával képzelhető el.

1. Az egyik, az első, az illető városokban alakult csecsemővédelmi bizottság, a mely vagy communális, vagy csak közjótékonyasági alapon áll. *Már most kell megállapítani a Szövetségnek ezen, a csecsemővédelmet a vidéken majd gyakorló intézmény adminisztrációs munkájának egységes szervezését az egész országra*, mert különben nem fogjuk az eredményeket áttekinthetni és ellenőrizni.

Mint hogy azonban ezen csecsemővédő-bizottságtól ne várhatunk mást, mint a védőnők működésének támogatását, gondoskodnunk kell

2. külön az anya- és csecsemővédelmet ellenőrző közegről — nevezük ezt egyelőre népegészségi felügyelőnőnek.

Mondjuk, hogy valamelyik megye kiképeztesse 10—15 anya- és csecsemővédőnőt. Gondoskodnunk kell, hogy mire ezek kiképzése be van fejezve, az illető városban vagy községben, a hol működni fognak, már a csecsemővédő-bizottság megalakuljon. Mikor pedig állomáshelyükre mennek, ez a vándorfővédőnő velük megy, beiktatja őket, beállítja a gyakorlatba, megteremti a szükséges contactusokat. *E napok alatt anya- és csecsemővédő vándortanító kurzust tart*, a mely kurzus leghathatósabb propaganda-tevékenység lehetne egyrészt, másrészt a védőnő munkájának legjobb bevezetése.

Azután megy tovább; más faluba, más városba. Neki tesznek a kerületekben levő összes védőnők hónaponként jelentéseket; 2—3 hónaponként újra megy, újra meglátogatja őket, utána néz a könyveknek, érintkezésben marad a hatóságokkal; a csecsemővédő-bizottsággal egyetértésben meggyőződik az esetleges hiányokról és azokat kiküszöbölni igyekszik. Ellenőrzi és állandóan tanítja a védőnőt.

Bevallom, úgy képelem, hogy egy ilyen állásra csak nagyon jól kiválasztott, magas műveltségű s egyúttal bizonyos társadalmi routine-nal bíró, tekintélyt szerezni és fentartani is tudó olyan nők lehetnek hivatva, a kik legalább 1½ évi csecsemőórházi elméleti és gyakorlati, tehát megfelelő szaktanfolyamokban nyert kiképzésen kívül ½ évet részben gyermekágyi ápolással és általában felnőttek ápolásával töltöttek, részben és főleg pedig a socialis anya- és csecsemővédelem, a tuberculosis és alkoholismus elleni küzdelem begyakorlásával, s a kik a községi adminisztrációt is elsajátították.

Mint hogy tehát ezek kiképzése két évet vesz igénybe, feltétlenül szükségesnek látszik már most gondoskodni olyan szaktanfolyamok szervezéséről, a hol ezek kiképezhetőek legyenek.

Az eddig elmondottakból levonva a következtéseket, Szövetségünk egyik legfontosabb feladatának tekintem olyan szaktanfolyamok létesítésének elősegítését és támogatását, a melyek feladatukul tűzik:

1. kinevelni azt a személyzetet, a mely az anya- és csecsemővédelem minden irányú vezetésére és keresztülvitelére képesítve van és ez által

2. automatic áthidalni azt az örvényt, mely az állami szaktanfolyamok redukált igényei és a valódi követelmények között fennáll.

Ezeknek a szaktanfolyamoknak a feladata volna:

1. csecsemő-ápolónőket kiképezni 6 hónapos tanfolyamban;

2. nagyobb képzettségű védőnőket, a kik a létesítendő orvoshygiénis intézmények vezetését is képesek legyenek átvenni (1 éves tanfolyamok) és végre 2 éves tanfolyamokban ezek ellenőrző felelőseit, a népegészségügyi felügyelőket.

Harmadik tiszteletteljes indítványom tehát az elmondottak alapján az, hogy e szaktanfolyamok létrejövetelét a Szövetség a maga munkájának is tekintse; hogy az illető intézeteket arra felhatalmazza, hogy a jelölteket ne csak a maguk, de a Szövetség nevében szólítsák föl a kurzusban való részvételre.

És most engedjék meg végezetül, hogy felvessek egy gondolatot, a mely tárgyamhoz nem tartozik, de a melyet olyan sürgősnek tartok, s annyira kiegészítené az elnök parlamenti actióját, hogy el nem hallgathatom.

Ez a gondolat a dajkakérdés radikális megoldása.

A háború — ez a kegyetlen tanítómester — természetesen megcsökkentette a dajkák számát és egyrészt megdrágította ennek az élő emberhúsnak az árát, másrészt — és ezt hangsúlyoznom kell — megtanította az anyákat arra, hogy az úrigyermek bölcsője mellett egészen jól elfér a gyermekszobában — mert el kell, hogy férjen — a dajka gyermekének a kis kosara is. Ma már legfeljebb hadsereg-szállítónéknál találkozunk — és ott is leküzdhető — ellenszegüléssel, ha a dajkát a tejttestvérség alapján ajánljuk. *Ez olyan fontos néppsychologiai momentum, melyet fel nem használni az eddig veszendőbe ment, pusztulásra ítélt dajkagyermek megmentésére bűn volna, mert nem kell egyebet tennünk, mint a háború által előidézett állapotot perpetuálnunk — és ez volna tán az egyedüli haszna ennek a vérözönnek, ha elérnénk azt, hogy az utolsó fehér rabszolga, a dajka, megszűnik rabszolga lenni és anya maradhat.*

Az első és legfontosabb kérdés: *lehetséges-e ez orvosilag?* A felelet: *igen; feltétlenül.*

Ma már minden gyakorlóorvosnak, a ki látja, hogy a tejttestvérség mellett mind a két gyermek kifogástalanul fejlődik, be kell látnia azt, a mit minden olyan gyermekorvos tud, a ki nagyobb csecsemőkórházi tapasztalat fölött rendelkezik, s a mit hajlandó vagyok pontos kórházi súlygörbékkel és statisztikai táblázatokkal 10 évi megfigyelés után bebizonyítani, hogy minden vagy majdnem minden (10 közül legalább 7) *egészséges asszonynak van annyi teje, hogy a saját 3—4 héttel idősebb gyermeke mellett egy fiatalabbat is teljesen kifogástalanul elszoptathat; bebizonyíthatom bármikor, hogy a tejelválasztásnak ez a fokozása — hogy ne egy, hanem két gyermeket szoptasson a dajka — egy-két nap alatt elérhető.*

Az a töredéke az asszonyoknak pedig, a melynek a tejelválasztása nem ilyen kielégítő, úgysem való dajkának.

Azt proponálom tehát — s ez a *negyedik* tiszteletteljes indítványom —, hogy azon az alapon, hogy

1. *ma már a tejttestvérség bevált, kipróbált, a köztudatba átment és elfogadott intézmény;*

2. *hogy orvosilag nem rosszabb, de jobb az eddigi eljárásnál, mert az a számtalan eset, mikor a dajka „nem vált be“, vagy a dajkának „rossz a teje“, kizárólag azon dysharmonia által volt — illetve van — előidézve, a mely a dajka-tej meglevő nagyobb mennyisége és az újszülött aránylag sokkal kisebb táplálékfelvételi szükséglete közt fennáll (mert rossz anyatej nincs, csak rossz szoptatási technika van) s a minek vagy az a következménye, hogy a csecsemő elrontja a gyomrát, ha kiszívja a neki meg nem felelő túlnagy mennyiséget, vagy az, hogy nem szopja ki s akkor a dajkának pang, megcsökken, sőt egészen visszafejlődhetik a tejelválasztása;*

3. *azon az alapon, hogy minden dajkaságra alkalmas, egészséges nőnek van annyi teje, vagy fokozható 1—2 nap alatt annyira, hogy saját gyermekén kívül egy másik fiatalabbat is tudjon szoptatni: mondjuk ki, hogy a dajkaság intézményét jelenlegi alakjában mint az emberi jogokkal, mint az államsocializmussal meg nem egyeztethető és orvosilag sem indokolt formáját egyrészt a rabszolgaságnak, másrészt a privilegizált gyermekgyilkosságnak, tovább fenntartani nem engedjük és követeljük helyette a kötelező tejttestvérség intézményét.*

A következő törvényjavaslat-tervezetet van ezek alapján szerencsém a Szövetségnek bírálatra beterjeszteni, hogy elfogadása esetén a belügyminiszter úrhoz eljuttassam:

1. §. „Magyarországon magándajkát csakis az vehet a gyermekéhez, a ki a dajka gyermekét annak tejttestvéreként házába veszi, azt ugyancsak szoptatni engedi s arról a szop-

tatás és elválasztás egész ideje alatt gondoskodik. Ez a kötelezettség mindaddig fennáll, míg a dajka a házban van, tehát akkor is, ha közben a dajka saját gyermekét tejihiány miatt vagy más okból orvosi tanácsra elválasztotta.“

2. §. „Dajkaszolgálatot csak hatósági közvetítés után és csakis megfelelő intézetekből, kellő orvosi vizsgálat és megfigyelés után kikerülő olyan nők vállalhatnak, a kik saját gyermeküket, mint a gazda gyermekének tejttestvérét, magukkal viszik és tovább táplálják, úgy, hogy a dajka és gyermeke közti kapcsolat állandóan megmaradjon.“

Ennek a javaslatnak törvényerejűvé válása azt jelentené, hogy:

1. kevesebb lenne a dajkát keresők száma és a nagyságuk inkább maguk szoptatnának;

2. a magyar állam megszabadul a legveszélyeztetettebb 8—10.000 gyermek ellátási kötelezettségétől és azok helyett más 8—10.000 gyermeket vehet fel menhelyeibe. Eddig a dajkaságba adást az állami menhely — igen helyesen — nem vállalta. Ezentúl vállalhatják, mert egyenlő lesz az ideális formájával annak, a mit „kihelyezésnek az anyával“ nevezünk s a mi tudvalevőleg az állami ellátás legjobb és valóban kielégítő formája;

3. azt jelentené, hogy a nagyobb városok anyaotthonainak ügye is közelebb jut a pénzügyi megoldás felé, mert a szülőházból kikerült s az anyaotthonba felvett, ott 1—2 hétig megfigyelt dajkajelölt ellátási díját az fizetné, a ki a dajkát alkalmazza; ez lépne az eddigi közvetítési díj helyébe;

4. azt jelentené, hogy míg ma mindnyájan — szülők, a kik megfogadták és orvosok, a kik eltérni kénytelenek voltak — csendes büntársai voltunk — tehát mindnyájan, az egész társadalom! — annak, hogy a dajka gyermeke az esetek aránytalanul nagyobb számában elpusztult, s bizonyára nem túlozok, ha az 1 éven belül elpusztuló dajkagyermek számát azok 50—60%-ára becsülöm: ezentúl egyrészt nem fog egyik gyermek életbentartásához annak az emléke tapadni, hogy miatta egy másik elpusztult, hanem annak a felemelő tudata, hogy mellette egy másik gyermek életben maradása is biztositott;

5. azt jelentené, hogy a dajkagyermek az eddigi legveszélyeztetettebb milieuból: az angyalcsináló körmei közül kiszabadul, és belekerül a legkevésbé veszélyeztetettbe: a jómódú gyermekek közé, a kiknek halálozási százaléka 5—6%-ot meg nem halad;

6. azt jelentené, hogy míg eddig a dajka bérének legnagyobb részét elzsarolták tőle a gyermekét eltartók — a végén temetésre! —, addig most félretehetheti az egészet és nem kénytelen magát a kényelmes dajkaélet után prostituálni, mi ma akárhányszor megtörténik; lesz egy kis összegyűjtött tőkéje, a melyből megél gyermekével együtt, a míg újra bele tud helyezkedni, mint munkát talált egyén, a társadalomba;

7. azt jelentené, hogy míg eddig ha véletlenül mégis megélt a dajka gyereke, nyűg volt neki és teher, ha a dajka a szolgálatból kikerült; *nem szerette, nem érzett iránta anyailag*, mert hisz nem volt ideje megszeretni, el volt tőle választva; a miből az következik, hogy ezek a véletlenül megmaradt gyermekek még a második életben is rendkívül nagy veszélyeztetésnek voltak kitéve. Most mindez megszűnik, mert a dajka és gyermeke közti kapcsolat egy percre sem szűnt meg.

8. A tejttestvérség a köztudatban és az emberi érzésben úgy szerepel, és a multban, a mikor még gyakori volt, úgy tekintetett, mint a rokonság egy neme. Valószínű, hogy ezután is lesz sok olyan jobbérzésű család, a mely nem fogja tökéletesen elfelejteni gyermekének tejttestvérét, s ennek ez az összeköttetés csak hasznára lehet.

9. Számokban kifejezni, hogy hány életet tudnánk így megmenteni, azért nem tudom, mert absolute hiányzanak a statisztikai adatok arról, hogy hány magándajka van évente alkalmazásban Magyarországon, még Budapesten sem tudjuk, hogy mekkora a számuk. De talán nem veszek fel túlnagy számot, ha legalább 8000-re becsülöm őket. Fele elpusztult, ez 4000 magyar ember, a ki nincs. Ha javaslatom törvényé válik, el fog pusztulni maximum 8%, ez összesen 640, és 3400 magyar élet meg fog maradni évente.

E törvényjavaslat-tervezetnek két jogi praecedense van. Az első a méltán híres francia Loi Roussel, a mely csak a 3 hónapig gyermekét szoptatott anyának engedi meg az elszegődést magánajkaságba, azon természetes célzattal, hogy ha az anya 3 hónapig szoptatja a gyermekét, megszereti, kevésbé válik el tőle, s ha elválk is, akkor történik ez, mikor a gyermeke már a legveszélyeztetettebb korban túl van.

Hogy az én javaslatom mindezeket a célokat sokkal eredményesebben éri el, az kétségtelen.

A második az 1915. évi, a háború tanulságaitól sugalmazott norvég gyermekvédelmi törvény, a mely még sokkal szigorúbban, sőt teljes radikalizmussal szól bele az anyák önrendelkezési jogába s a gyermek jogait még az anya akarata ellen is megvédi.

E két törvény praecedense és tanúsága annak, hogy az államnak e viszonyokba beleszólni nemcsak joga, de kötelessége is — és tiszta sor, hogy 3400 évente megmentett magyar emberélet megér 2, a törvénykönyvbe iktatott paragrafust.

És nem kerülne egy fillérbe sem.

Schächter Miksa dr.

Rendünknek széles körben ismert és nagyrabecsült tagja dőlt ki április 30.-án idő előtt — 57 éves korában, hosszas szenvedés után. *Schächter Miksa* dr. emléke sokáig fog még élni kartársai, tisztelői, barátai és betegei hálás és kegyeletos emlékében. Vétenénk az ő emléke ellen, ha olyan babért fűznék neve köré, a mely nem illeti meg. Önálló irodalmi működése szakmája, a sebészet terén szerény keretben mozgott és sem itthon, sem a külföldön nem tudott nagyobb figyelmet kelteni. Nem annyira produktív, mint inkább kritikus tehetség volt: mestere az elemzésnek, az értékest és maradandót a selejtestől szétválasztó bírálatnak. Az orvostudomány haladását megvilágító s egyéb, gyakran vitatkozó cikkei, melyek részben lapjában, részben napilapjainkban jelentek meg, biztosan számíthattak az olvasó érdeklődésére, annál is inkább, mert minden soruk magán hordta a nagytehetségű, vérbeli író elmésségét, tollforgató ügyességét; itt volt erejének a súlypontja. Mint ember sok szép tulajdonság egyesült benne: egyeneslelkűség, bátor szókimondás és mindentől való tartózkodás, a mi üzletszerű az orvosi hivatásban. Lelkének egy szép tulajdonságából: hűségéből fakadt az a nagy kultusz, melylyel volt mesterének, *Kovács József* tanárnak az emlékét övezte s ha kellett, meg is védte. *Schächter Miksa* dr. váci születésű volt, oklevelével *Kovács József* mellé került három évre mint műtő-növendék s további négy év múlva a helkologia és sebkezelés magántanára lett. A Gyógyászat-nak előbb, *Kovács* tanár mellett, főmunkatársa, majd később szerkesztője és tulajdonosa volt. Az Igazságügyi Tanács mellett évek hosszú sora óta a jegyzői tisztet töltötte be nagy buzgósággal. Legutóbb az egyetem a rendkívüli tanári címmel tüntette ki, de e kitüntetésnek már alig örvendhetett, mert olyan időre esett, mikor hosszú idő óta lappangva fennállott baja (tuberculosis) már nagyon rosszra fordult. Aldás emlékére!

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Heinrich Kisch: Das Geschlechtsleben des Weibes. Dritte vermehrte Auflage. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1917.

Az emberpusztulás jelen korszakában a családot, fajt és nemzetet fenntartó női nemi életnek hordereje nagyobb, mint valaha s már ezért is meleg elismerés illeti a szerzőt alapos tudással megírt munkája harmadik kiadásának meg-

jelenése alkalmával. A mű a női nemi élet harmadik szakának megfelelően három fejezetre oszlik: menarche, menakme és menopausa; mindegyik szak élet-, kór- és egészségtanával behatóan foglalkozik, de azért e kereteken belül nem feledkezik meg az eugenikáról s a nő nemi életének egyéb socialis vonatkozásairól sem. Könyve első kiadásának előszavát a szerző a következő szavakkal végzi: „Reményem, hogy könyvem az orvosnak és biologusnak annyi hasznót fog hozni, mint a mennyi örömet nekem a megírása szerzett!” A szerző nyugodt lehet, művét mindenki élvezettel és haszonnal fogja forgatni.

Deutsch Ernő.

Härtel: Die Lokalanästhesie. Neue deutsche Chirurgie. Band 21. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1916. Ára 12.60. márka.

Nagyon jól megírt könyv, melynek minden sebészettel foglalkozó orvos sok hasznát veheti s melyben minden a helybeli érzéstelenítésre vonatkozó tudnivalót meg lehet találni. A bevezető fejezetek a helybeli érzéstelenítés történetét, indicatióit, a localis anaesthesiára szolgáló praeparatummok chemiai és biológiai sajátosságait, a helybeli érzéstelenítés különböző formáit s az általános technikai tudnivalókat ismertetik, a következők végigmenve az egész testen, a különböző tájékok érzéstelenítésére szolgáló s az egyes műtétek igényeinek leginkább megfelelő eljárásokkal ismertetnek meg. Az előadottakat valóban kitűnő, igen tanulságos ábrák világítják meg és ügyes összeállítások és sémák szolgálnak a tájékozódás megkönnyítésére. A könyv iránya eminenter gyakorlati s elsősorban a technikai kivitel ismertetésére helyez súlyt; ebben egészen aprólékos részletekig megy, de az indicatiók, contraindicatiók, valamint a kivitel szempontjából fontos topographiai viszonyok is behatóan vannak ismertetve, úgy, hogy minden tekintetben igen kiválónak kell mondanunk a munkát.

Pólya.

Lapszemle.

Belorvostan.

A malariaparasita-gazdáról ír *Kaminer* és *Zondek*. Olyan eseteken kívül, a milyeneket már mások is észleltek (chininnel hiányosan avagy semmiféleképpen sem kezelt malariás betegek, a kiknek vérében állandóan találhatók malariaparasiták roham és láz nélkül; az illetők általában jól érzik magukat, csak időnként van rövid ideig tartó subjectív rosszérzésük; a lép némelyik esetben meg van nagyobbodva, más esetben nincs), láttak olyanokat, a melyekben az illetők teljesen jól érezték magukat, rohamuk vagy lázuk sohasem volt, vérükben azonban a tertiana-parasita ivartalan fejlődésalakjainak egész sorozata volt kimutatható; a lép megnagyobbodott. Ehhez hasonlót különben már *Koch* is látott Keletafrika négerai között; ha azután az ilyenek más vidékre kerültek, rögtön megbetegedtek. A szerzők eseteiben a parasiták eltüntetése chininnel minden esetben sikerült (*Nocht* eljárása). (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 14. szám.)

A diagnostikai tuberculin-oltás ismeretéhez szolgáltat adatot *Böttner*, a königsbergi egyetem belklinikájának segédje. Két betegen ugyanis tuberculin bőr alá fecskendezésére a hőmérsék nem emelkedett, a gócz-reactio is aránylag későn állott be (napok múlva), csak általános betegség-érzetről, nagyfokú gyengeségről panaszkodtak az illetők az oltások kapcsán; az egyikben 9, a másikban 16 nappal a tuberculin-befecskendezés után gümöbacillusok voltak a köpetben kimutathatók. Ezek az esetek tehát azt bizonyítják, hogy ha hőmérsékemelkedés nem áll be tuberculin befecskendezése után és gócz-reactio sem mutatkozik azonnal, nem szabad még gümőkór jelenlétét kizárnunk, hanem tekintettel kell lennünk az esetleg beálló betegségérzetre és hosszabb időn át kutatni, vajjon nem áll-e be késői gócz-reactio. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 14. szám.)

Sebészet.

A testben maradt ólomlövegek mérgező hatásának demonstrálására egy betegét mutatta be *Neisser* tanár leg-

utóbbi előadásán Stettinben. A 34 éves, azelőtt teljesen jó egészségnek örvendett, többször könnyen sérült tisztnek 1915 májusban shrapnellgolyó hatolt bal mellkasfelébe. Sebe simán gyógyult. 6 hét múlva enyhe, majd $\frac{1}{2}$ év múlva egyre erősbödő húzó fájdalmak keletkeztek majd itt, majd ott, de főleg hátában és orrgyöke táján, „mintha állandóan influenzája volt volna“.

E körülbelül 4—6-hetenként jelentkezett s 2—3 napig tartott rohamok alkalmával felfogóképessége, munkavágya erősen csökkent s egész egyénisége s temperamentuma megváltozott.

Röntgen-vizsgálattal megállapított, hogy a bal rekeszizom felett egy ép, kerek, a légzőmozgásokat követő shrapnellöveg ül. A beteg foghúsán semmi pozitív jel nem volt található; reflexei kis mértékben fokozottak voltak; a vér képe normalis volt, csupán a vizelet reagált a *Lewin-féle reactióra pozitíven*. (A bepárolgatott s izított vizelet-maradékot salétromsavval újból bepárolva és destillált vízben feloldva, kénhydrogennel elegyítjük, mire barna csapadék áll elő, a mely sósavban (vas) nem oldódik. Új kémlel joddal sárga, kénsavval fehérles csapadékot ad.)

Ebből kétségtelenül megállapítható volt, hogy a sérülés előtt teljesen egészséges egyén betegsége azonos a *Westphal* által leírt *ólomneurastheniával*, mely a kifogástalan constitutiójú idegrendszer hevenyen támadja meg, kifejezetten rohamszerűen jelentkezik — közbeeső teljesen jó közérzet mellett —, míg a rohamok alatt a myalgias és neuralgias tünetek s a psychés depressio praevaleálnak.

A szerző utal a fenti reactio nagy fontosságára, mely, ha pozitív, a löveg okvetlenül eltávolítandó. (Münchener med. Wochenschrift, 1917, 7. sz.) M.

Venereás betegségek.

A *nemi bajok elleni küzdelemről* ír *Fein* (Wien). A szerző részletesen kifejti, hogy sajnálatos módon azoknak az általános intézkedéseknek egy jó része, melyek egyéb ragályos bajok terjedésének megállítására jól beválnak, a nemi bajok természeténél fogva csak igen tökéletlenül hajtható végre. Ilyen intézkedés az izolatio. Ez a nemi bajok esetén voltaképpen csak abstinenciából állana s éppen ez az, melyet a betegek megszegnek. Ennek egyik oka, hogy a fertőzött egyén nem is tudja, hogy beteg. Áll ez különösen a nőkről. A másik oka ennek a nemi ösztönnek hatalmas volta. A nemi izolálásnak hatalmas kerékkötője továbbá a nemi bajoknak hosszas, sőt időszült tartama (syphilis), szemben a legtöbb egyéb ragályos bajjal. Egy másik fontos követelmény, a fertőző anyagnak elpusztítása, sem vihető ki a nemi izolálás tökéletlensége miatt oly kívánatos módon, mint az a legtöbb fertőző bajban lehetséges. Ugyancsak hajótörést szenved az a törekvés is, hogy a fertőző forrásokat felderítsük. A szerző dolgozatán általában meglehetősen pessimismus vonul végig, a mi kétségtelenül helyes megfigyelésen és sok tapasztaláson alapszik. Szerinte az í óasztal mellett kidolgozott sok propositio legtöbbször az élettől való elrugaszkodás eredménye. Hiszen a nemi érintkezések legtöbbje nem valami nyugodt, megfontolt cselekvés, hanem a percnyi hangulat és alkalom műve! Mindazonáltal sok javulás várható a nemi bajok elleni küzdelem terén, még pedig leginkább a therapia fejlesztése terén, valamint az egyéni prophylaxis állandó hirdetése útján. Ha a betegségeket erélyesen és jobban kezelik, akkor majd a fertőzés ritkább s a fertőzőképesség rövid ideig tartó lesz. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1917, 12. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A *malaria-rcidiva* megakadályozására *Plehn* szerint legalább hat hónapos chinin-kezelés szükséges. Úgy jár el, hogy először 3 egymás után való napon 1—1 gramm chinint ad, azután 4 napi szünet után két napig a vacsora után szintén 1—1 grammot, majd 4 napi szünet után $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{2}$ grammot és így tovább. (Vereinigte ärztliche Gesellschaften in Berlin, február 28.-án tartott ülés.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917. 17. szám. *Balassa László*: Az organikus eredetű epilepsiáról. *Szana Sándor*: Anyaságbiztosítás vagy népbiztosítás.

Budapesti orvosi ujság, 1917. 18. szám. *Horváth Mihály*: A cholinchlorid heg-öldő hatásáról.

Vegyes hírek.

Választás. *Vas Bernát* dr.-t a székesfővárosi bakteriologiai intézet igazgatójává, *Strössner Ödön* dr.-t és *Kiss Gyula* dr.-t pedig ugyan-ezen intézmény osztályvezetőjévé választották. — A temesgyarmati kör-orvosi állásra *Albetz Viktor* dr.-t választották meg.

Meghalt. *W. Schultess*, az orthopaedia rendk. tanára a zürichi egyetemen, 62 éves korában.

A **Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylet**-ének választmánya *Schächter Miksa* dr., egyetemi rendk. tanár halála alkalmából elhatározta, hogy nagynevű, köztiszteletben és közbecsülésben álló, lelkes, egyik megalapító tagjának, hosszú idő óta választmányi tagjának emlékeztérére, a ki maga is a folyó évben József öccse nevére 1000 koronás alapítványt tett, külön alapítványt létesít. Ezen alapítvány növelésére *Lévay József* dr., kórházi főorvos 50 koronát küldött. *Katona József* dr., pénztáros.

Személyi hírek külföldről. *L. Löhrer* (álatlan) és *A. Tobsitz* (gyermekorvostan) gráci magántanárokat, továbbá *A. Bednarski* lengbergi magántanárt (szemészet) rendk. tanárrá nevezték ki.

Hírek külföldről. Egy dán orvos egy millió márkát ajánlott fel arra a célra, hogy 15.000 berlini iskolásgyermek Kopenhága környékén helyeztessék el a nyári hónapokra. — Németországban „Német orvosok nemi-ethikai egyesülete“ czimen társulat keletkezett az erkölcszetelenség elleni küzdelem irányítására és előmozdítására. Elnök *Sattler* tanár, az ismert lipcei szemész, választmányi tagjai többek közt *Axenfeld*, *Aschoff*, *Zweifel*, *Wundt* és *Rille* tanárok. Az egyesület a prostitutio ellen s különösen a német egyetemi hallgatók közt elharapódzott grissette-viszonyok ellen akar actiót megindítani.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.

Vízgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bõrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utca 34.

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógy módok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — benulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen. —

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-60, 81-01. Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.

Szabad orvosválasztás.

Igazgató-főorvos: Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ kir. tanácsos.

Dr. Eckwert és Murányi

orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-

LABORATORIUMA

Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134—40.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium. FŐORVOSI HELYETTESÍTÉS.

Hüvösvölgyi Park Szanatorium

Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet.

Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145—90. Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegeknek, üdülőknek és rekonvalescenceknek. Hízó-kúra

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én). 250. lap. — A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 251. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én.)

Elnök: Jendrássik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Benedict Henrik és Buday Kálmán: Mitralis-szűkületet okozó szívсарcoma.

Benedict Henrik: Tudvalevő, hogy a belső szervek rákos megbetegedései első megjelenésükkel igen gyakran heveny megbetegedés áruháját öltik.

A leggyakoribb példák: a vastagbél körkörös rostos rákja igen gyakran minden előzmény nélkül a heveny bél-elzáródás, az epeutak rákja heveny cholecystitis képében lép a porondra és minél több beteget lát az orvos, annál inkább meggyökeredzik benne az a felfogás, hogy különösen akkor, ha idősebb egyénről van szó, valamely betegségnek előzmények nélküli, heveny, sőt zajos kezdete nem szól rossztermészetű daganat ellen.

A következő esetben a rossztermészetű megbetegedés hosszú időn át sajátos áruhát öltött.

A 29 éves, feltűnően jól táplált, bőséges zsírpárnájú hajadon, kiről hozzátartozók és orvosok azt állították, hogy az utóbbi időben inkább hízott, hirtelenül baloldali mellkasi fájdalommal, heves szívdeobogással betegedett meg. A beteg hőmérséke 38,7°-ra emelkedett, nehezen, megerőltetetten légzett, a légvételek száma percenként 40-re emelkedett, ajkai, orra, ujjai cyanosisossá váltak.

A vizsgálat mérsékelt nagyságú mellhártya-izzadmányt derített ki és nagyfokú szivgyöngeséget. A pulsus 120—128 között ingadozott, napokon keresztül mutatta a pulsus irregularis perpetuus képét. Digitalis adására az érverés rendeződött, de sohasem szállott 88 alá. Az erőteljes szívcsúslökés diffuse az V. bordaközben, a bimbóvonalon kívül, a jobb kamara lüktetése szintén kiterjedten és emelőkben tapintható. A szívtompulat minden irányban nagyobb-nak tűnt fel és a Röntgen-vizsgálat is a szív tágulását derítette ki mitralis konfigurációban, e mellett a bal mellkasban izzadmányt is tüntetett fel, egyéb elváltozásokat azonban nem. A szív feletti hallgatódzási tünetek az első néhány napon bizonytalanok voltak, de az első hét végén a mitralis-szűkület csatlakoztatlan jelei mutatkoztak, t. i. praesystolés zöreje, rövid ékelt systolés hang, melyet protodiastolés zöreje követett. A betegség második és harmadik hetében vérköpés állott be, a fájdalom a bal tüdő basisán intenzívebbé vált, a szívdecompensatio tünetei fokozódtak. Minden okunk megvolt heveny endocarditist felvenni, melynek valószínűleg szemölcsös termékei a mitralis szájadékat szűkítik. Ezen felvétellel nem ellenkezett az, hogy a mitralis-szűkület tünetcsoportja néha ismét napokra eltűnt és egészen szabálytalan szívhangoknak, néha azonban igen szabályos diastolés galopprihythmusnak adtak helyet. A vérköpés infarctusokból volt leszármaztatható és a mellette kifejlődött, kissé sanguinolens izzadmány szintén teljesen beilleszkedett a heveny endocarditis keretébe.

Ezzel szemben nem esett latba, hogy a vér bakteriologiai vizsgálata negatív, a leukocytosis igen mérsékelt volt és a kvalitatív vérkép szintén nem mutatott eltérést.

Ezen lázas időszak, melynek folyamán azonban a hőmérsék sohasem emelkedett 38,7° fölé, 8 hét múlva engedett, vele együtt a vérköpés is szűnt és a dyspnoe kevésbé heves volt. Mindamellett a beteg állapota hanyatlott és dacára annak, hogy az alsó végtagok vizenyője igen csekély volt, hasa nem lohadt le, hanem ellenkezőleg, növekedett. Folyadékot alig lehetett a hasban kimutatni, ellenben sikerült a has alsó részében homályos resistentiákat tapintani, melyeket a végbélen keresztül elérni nem lehetett. A vaginalis vizsgálat a virgo intactán lehetetlen volt.

Ebben az időszakban még ki lehetett deríteni azt, hogy

a betegek a havibaja kb. egy év óta rendkívül szabálytalanul jelentkezett és hogy három hónap óta egyáltalában kimaradt.

Midőn a beteg 2 héttel a lázas időszak lezajlása után és 10 héttel a betegség heveny kezdete után meghalt, a diagnózisból csak a heveny úton keletkezett mitralis-szűkület maradt vissza — tüdőbeli infarctusokkal. Előidéző okairól biztosat mondani nem lehetett, mert az észlelők előtt heveny, lázas betegség kíséretében keletkezett mitralis-szűkület és a később talált alhasbéli resistentiák közt elfogadható kapcsolatot megszerkeszteni lehetetlennek látszott. A boncolás (Buday tanár) ezen kérdésre és az egész esetre teljes világosságot vetett.

Buday Kálmán: Az autopsia eredményét a következőkben ismertethetem: A holttest nincs lesóványodva, a hasfalon vastag hájréteg. A has erősen előbóltosult, a hasüreg megnyitása után a hájús cseplest félrehúzva, két szabadon mozgatható daganat tűnik elő, a melyek a kis medencéből emelkednek fölfelé és a petefészkek helyét foglalják el. Ezen daganatok kb. gyermekfej nagyságúak, egy-egynek súlya 700 gramm. Felületüket félgömbömszerű, mogyorónyi-narancsnyi dudorok teszik egyenetlenné; a metszslapon hasonló nagyságú kerek szürkésfehér csomók láthatók rózsaszínű stromába beágyazva. A stromában még igen apró kölesnyi daganatgöbök is vannak elhíntve. A daganatcsomók tömörök, de lágyak, a nagyobbak közepe fakósárga, elhalt. A bal kürt has-végén is vannak apró daganatgöbök.

Ezen kétoldali solid petefészkdaganatok másodlagos természete valószínűnek látszott abból, hogy egyes különálló kisebb-nagyobb dudorokból voltak összetéve. A hasszerveket tovább vizsgálva, mind a két mellékvesét daganattá átváltozva találtuk; közülük az, a mely a bal mellékvese helyén ül, kétökölnyi, erősen elődomborodik s felülről a bal vesét behorpasztja. A vékony tokot a daganat helyenkint áttöri, állománya lágy, szakadékonny, szélső részei szürkésfehérek, a belsők szárazak, fakósárgák. A jobboldali mellékvese helyén lévő daganat csak gyermekökölnyi, egyébként az előbbihez hasonlóan lágy, a központi elhalás itt hiányzik. A feltárt bal vena cava inferiorba a baloldali vena renalisból egy hüvelykujj vastag hengerded daganat nyulik be, a mely legömbölyített véggel bír, ez a daganatthrombus a vesegyűjtő-érbe csak addig terjed fel, a míg a vena suprarenalis beléömlik, azontúl csak a vena suprarenalisba követhető egészen a mellékvesedaganatig. A jobboldali mellékvese daganata egy magasabban szájadzó vena suprarenalisba tört be kisebb daganatpolypus alakjában.

A bal tüdőt a bal mellürben meggyült savós folyadék nyomja össze; ezen tüdő hilusában néhány mogyoró-gesztenye nagyságú fehér lágy daganat van, a melyek a bal tüdő egyes nagyobb venáiba is betörték s azokat eldugaszolták. A jobb tüdőben csak a mellhártya alatt van egy mogyorónyi daganat.

A szív középnagy, billentyűi épek. A bal pitvar nagy polypus-szerű daganat tölti ki, a mely a pitvar bal felső részéről lóg le, s úgyszólván közvetlen folytatása a bal alsó vena pulmonalis-törzset mintegy 2½ cm hosszúságban teljesen kitöltő ujjnyi vastag daganatthrombusnak. Ez a szív-pitvarbéli daganat 6 cm hosszú, alapján 3½ cm vastag, alsó vége kissé elvékonyodik, de azért itt is jó hüvelykujj vastag s legömbölyítve végződik. A daganat ezen alsó vége áthaladva a bal venás szájadékon, a melyet erősen szűkít, lenyúlik a bal szívkamra felső részébe is majdnem a szemölcsizmok csúcsáig. Felszíne sárgásfehér, nagyrészt elég síma, néhol apró göböktől egyenetlen. A szív-pitvarfal azon részén, a hol a daganat ül, a pitvar fala néhány mm. szélességben fehéres daganat által kissé megvastagított és infiltrált.

A boncolás ezek szerint kiderítette azt, hogy a szív

bal vénás szájadékának szűkületi jelenségeit a polypus-szerű szívdaaganat okozta, s nyilvánvaló volt az is, hogy a baloldali hydrothorax a tüdővenák daganatos elzárásának a következménye. Kevésbé könnyű eldöndeni azt, hogy a szívdaaganat milyen összefüggésben áll a mellékvese- és petefészekdaganatokkal. Ezért mikroskopiailag is megvizsgáltuk őket, hogy esetleges összetartozásukra nézve tájékozást szerezzünk.

A különböző daganatok szöveti képe lényegileg azonosnak bizonyult, s szerkezetük alapján valamennyien a sarkoma gigantocellulare nevet érdemlik meg. A daganatsejtek általában nagyok, igen sűrűn állnak, alakjuk rendkívül változatos; szeszélyes össze-visszaságban fordulnak elő gömbölyded, tojásdad, orsó alakú, szabálytalanul sokszögű és sok nyulványú ill. csillagalakú sejtek. Igen eltérő a sejtek nagysága is, a kisebb és középnagy sejteken kívül vannak olyanok is, a melyek ezeknél ötször-tízszerte nagyobbak; ezen nagyobb sejtek magvai lebenyesek vagy igen szabálytalanul megnyúltak, némelyek hasonlítanak a csontvelő óriássejtjeihez, másokban a nagyszámú sejtmag inkább koszorú alakban helyezkedik el. Elhalások mindegyik daganatban észlelhetők, de különösen kiterjedtek azok a szív daganatában, a melynek a felületén fibrinszálak szövédéke váltakozik daganatsejthalmazokkal. A bal mellékvesedaganatban ezenkívül hosszúkás sejtkötegeket is találtunk, amelyek alakja, elrendeződése a hypernephromáknak megfelelő.

A különböző daganatok ezen szöveti egyezősége megerősítette a boncolás alkalmával már megalkotott azon véleményt, hogy nem függetlenek egymástól. Miután a petefészekdaganatok áttéti természete kétségtelennek látszott, most már inkább csak a mellékvesék és a szív daganatának egymáshoz való viszonya kívánt tisztázást. Mindent mérlegelve az látszik legvalószínűbbnek, hogy az eredeti daganat a bal mellékvesében volt, s ennek a metastasisai a tüdő- és szívdaaganatok és a másik oldali kisebb mellékvese-daganat. Az irodalmi feljegyzések szerint ugyanis a szív elsődleges daganatai igen ritkák, míg a mellékvesének az óriás sejtű sarkomáját, a mely tulajdonképpen atypusos hypernephroma, már elég sokan észlelték. A mellékvesedaganatban egy helyen a hypernephroma-jelleg még felismerhető. A szívdaaganat áttéti jellegét még az is bizonyítja, hogy az közvetlen folytatása a vena pulmonalist kitöltő daganatthrombusnak.

A kétoldali nagy petefészekdaganat eléggé megmagyarázza a havi vérzés kimaradását. Az erős hízást pedig és az állkörüli szörzetképződést, a melyet a betegen az utolsó időben észleltek, talán annak lehetne tulajdonítani, hogy a mellékveséket a daganatburjánzás nagyrészt tönkretette; ugyanis ilyen jelenségeket kétoldali mellékvesedaganat esetén nőkön már többen leírtak.

(Folytatása következik.)

A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

1. Keppich József: A vékonybél angiómája.

H. A. hadimunkást 1904-ben jobboldali sérve miatt megoperálták. A sérv recidivált és 1907-ben újabb műtétet végeztek rajta. Azonban ez a második műtét sem sikerült, mert a recidiva rögtön beállt. Sérve lassanként nagyobbodott. A beteg igen sokat szenvedhetett, több ízben voltak kizáródási jelenségei, fájdalmi és hányásingere. 1916 október 16.-án a következő statussal vétetett fel a 16. sz. helyőrségi kórház I. sebészeti osztályára: „A jobb lágyékahajlatban közel ökölnagyságú daganat látható. Közvetlen mellette egy hasonló, de kisebb daganat. A daganaton át egy 12 cm. hosszú, helyenként 7 cm. széles heg fut. A sérv tartalma göbös felületű és a hasürbe visszahelyezhető. A sérvkapu közel négy harántujj hosszúságú, ovalis nyílás.” Ezek szerint tehát recidiv sérvről van szó, a melyet 1916 november 3.-án chloroformaether-narcosisban megoperált.

Az erősen kitágult heg kimetszése és a megvastagodott sérvtömlő kiirtása. A tömlő tartalma igen megvastagodott és kitágult vakbélkacsokból állott, a melyeken kétkoronásnyi, ovalis, kemény tapintatú angiomaszerű képződmények ültek, szorosan egymás mellett elhelyezve. Az ileum legalsó, fél méter hosszúságú részlete volt ilyen módon elváltozva. A sérvtömlőnek distalis részében több cystaszerű képződmény és számos galambtojásnagyságú szervült haematoma volt. Egy kis angiómát, mikroskopi vizsgálat céljából, kimetszett. A sérvkapu zárása céljából a musc. rectus fasciáját bemetszve, a nyílást az izommal befedi; a musc. obliquus externus fasciáját csomós selyemöltésekkel összevarrja. A gyógyulás reactionmentes volt. A sérvkapu jól el van zárva. A szövettani vizsgálat eredménye (Goldzieher m.-tanár): „A kimetszett daganat igen sejtű sarjszövetből áll, igen nagyszámú vérrel. Ezek a vérerek nagyobb részét kitágult, vérrel gazdagon ellátott capillarissok, kisebb részét pedig terjedelmesebb, helyenként thrombotizált erek. A capillarissok nagy száma, helyesebben azoknak sarjadzás útján való szaporodása arra enged következtetni, hogy itt daganatszerű képződménnyel állunk szemben.”

Angiómák a vékonybélben igen ritkák. Mivel a daganatok jóindulatúnak látszottak és mivel vérzéstől sem kellett tartani, el nem távolította, annál kevésbé, mivel az angiómák meglehetősen felületesek voltak. Feltehető, hogy az angiómák a bélben az állandó gyuladással ingertől származtak, mely a bélnek a sérvtömlőben való állandó tartózkodásától keletkezett.

2. Keppich József: Sokszoros lipoma az egész testfelületen.

F. E., tüzér (31. sz. tábori ágyúsezer.) mostanáig mindig egészséges volt, 46 éves, nő, 3 egészséges gyermeke van. 1915 október 12.-én typhusban megbetegedett, annak dacára, hogy előzőleg oltva is volt. 9 hétig volt ágyban fekvő beteg. Lábadozása idejében, körülbelül december közepén, észrevette, hogy az egész testén csomók képződnek, melyek lassanként növekedtek.

Status praesens: Középtermetű, jól táplált izmos férfi, szív, tüdő rendes. Mindkét felső végtagon, a törzsön és mindkét czombon mogorónyi, lúdtojásnyi, sőt ökölmekkora nagyságú daganatok, melyek a bőrrel nagyobb részét össze vannak növe, úgy, hogy a bőr csak nehezen ránczolható. Némelyek könnyen mozgathatók, mások meg a test fasciájával vannak összenöve. Egy daganatot szövettani vizsgálat céljából eltávolított. A vizsgálat eredménye: lipoma.

A daganatok keletkezésének az oka teljesen ismeretlen; messzire vezetne, erre vonatkozólag teoriákat felállítani és tárgyalni, csupán csak azt kell tényként leszögeznünk, hogy ez az igazán ritka eset typhusmegbetegedés után fejlődött ki. Műtéti kezelés egyelőre nincs javalva.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1206/1917. sz.

Az üresedésben levő Hosszúpályi, Monostorpályi és Vértes községekből álló hosszúpályi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Pályázni szándékozókat felhívom, hogy orvosi oklevelüket, egyéb képzettségüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal és születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket hozzám **1917. évi május hó 21.-éig** adják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Javadalmazás: évi 1600 kor. törzsfizetés, 5 évenként 800 koronáig emelkedhető 200 kor. korpótlék, a szabványos látogatási és műtéti díjak, természetbeni lakás veteményes kerttel.

A megválasztandó körorvos négy nagyobb uradalomtól meg egyezés esetén rendszeres évi díjazást kaphat.

A választás napját később fogom kitűzni.

Derecske, 1917 május 1.

A főszolgabíró.

3339/1917. sz.

Jászkesér községben a **községi orvosi állás** nyugdíjazás folytán megüresedett, ezen állásra ezennel pályázatot nyitok.

Az állással 1600 korona fizetés és 600 korona lakbér van összekötve. A megválasztott orvos tartozik a halottkémlési, védhimlőoltási, valamint minden a törvény és szabályrendeletekben felsorolt teendőt a megszabott díjazásért teljesíteni.

Megjegyzem, hogy a községnek 6000 lakosa van, kik az orvosi segély igénybevételéhez ragaszkodnak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **folyó évi május hó 20.-áig** hivatalomhoz terjesszék be. Az állás **folyó évi június hó 1.-én lesz elfoglalandó.**

Jászapáti, 1917 április hó 29.-én.

Szénásy, főszolgabíró.

A szabolcsmegyei „Erzsébet“-közkórházban Nyiregyházán megüresedett **két alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása egyenkint 1400 kor. évi fizetés és 600 korona segély, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés. A pályázó orvostudor, esetleg szigorló orvos urak, illetve úrnők kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához czimezve **folyó évi május hó 30.-ig** a kórház igazgatóságához nyujtsák be. Az állások **június 1.-éig** elfoglalandók.

Nyiregyháza, 1917. évi április hó 29.-én.

Klekner Károly dr., kórházi igazgató-főorvos.

A **József kir. herceg Sanatorium-Egyesület** tulajdonát képező gyulai József tüdőbeteg-sanatoriumában megüresedett **egy segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás 1600 korona előleges havi részletekben folyósítandó évi fizetéssel, lakással (szoba, fürdőszoba), fűtéssel, világítással, mosással és első osztályú ételmezéssel van javadalmazva. Szigorlóorvosok és orvosnők is pályázhatnak.

Az állás a kinevezés után legkésőbb **8 nap alatt elfoglalandó.**

Felhívom ezért mindazokat, a kik ezen segédorvosi állást elfoglalni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket legkésőbb **1917 május 20.-áig** nagyméltóságú **Lukács György** úrhoz, a József kir. herceg Sanatorium-Egyesület elnökéhez czimezve a József kir. herceg Sanatorium-Egyesület irodájába (Budapest, IV., Sütő-utca 2. szám) nyujtsák be.

József-sanatorium, Gyula, 1917 április 23.

Gáli Géza dr. s. k., igazgató-főorvos.

Kör-, uradalmi- és ker. munkásbiztosító pénztári orvosi állás föltendő be mielőbb bánáti vagyonos német községben. 5000 koronán felüli fixum, szép magánpraxis, 5 szobás természetbeni lakás fürdőszobával. Lehetőleg nős urat óhajtanánk. Hadbavonult segédszolgálatot teljesítő pályázók felmentése bizonyosra vehető.

Bővebb felvilágosítás nyerhető **Végh István** gyógyszerésznél, Istvánvölgy (Torontál vármegye).

CAPHOCAL

állandó összetételű és hatású diaetikus tápkészítmény.

Előnyei: Kiváló kellemes íze, melynél fogva, úgy a gyermekgyógyászatban, mint a belgyógyászatban könnyen alkalmazható és hasonló készítményekkel szemben igen gazdaságos.

Eredeti doboz ára: **5 korona.**

Készíti: **Caphocal Művek Diaetikus Tápszergyár.**

Gyári iroda: Budapest, VII., Izsó-utca 7. Telefon 89—10, hol minta és irodalom készséggel áll az orvos urak rendelkezésére.

Magyarországi főraktár: Garay gyógyszerár Budapest, VII.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhimlő-
:: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.
És balra rti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)

Iglófüred gyógyfürdő
Szepes m.

1. év június 5.-én megnyílik.

Szobák: 3—11 korona napi árban.

Étkezés (közös étkezés: reggeli, ebéd vacsora):

személyenként naponta K 11.—,
gyermekeknek naponta K 6.—.

Prospektust küld **IGLÓFÜRED GONDNOKSÁGA.**

Narsodil Dr. Szelényi

A szakkörök egyhangú véleménye szerint a subkután alkalmazásra szolgáló legtekélyesebb magyar arsenkészítmény. Köbcentiméterenként 0.05 gramm, illetve 0.10 gramm dimethylnatrium arsenatot tartalmaz ampullákban.

Teljesen steril.

Mellékhatásoktól mentes.

Legerősebb arsen gyógyhatás.

Nem mérgező.

Sohasem bomlik, tartós.

Dr. Szelényi-féle Narsodil-injectio a vörös vérszámát szaporítja. Különösen indikáltak anaemia, kezdő tuberculosis, chlorosis, malária, neufalgia, neurasthenia, stb. stb. eseteiben, továbbá idült bőrbajoknál: psoriasis, ekcema, lichen ruber stb.

Kis doboz 3 korona. Nagy doboz 4 kor. 50 fill.

Gyártja: **Dr. Szelényi Árpád, vegyészeti gyára, Debreczen.**

Kapsulae Sangonor

sec. Kormos

a Gonorrhoea gyógyításának legjobban bevált hazai készítménye.

(Tartalmaz: Tiszta keletindiai sandalfa-olajt és Kawa-mézgat.)

Előnyei: Könnyen emészthető, a gyomor igen jól tűri, mellékhatások nem lépnek fel. A helyi kezelést előmozdítja, a betegség heveny és idült stádiumában.

Ezen kitűnő Antigonorrhoeicumból orvos uraknak mintadobozzal készséggel szolgál:

Kormos Aladár

Magyar királyi gyógyszerár

Budapest, V., Fürdő-utca 12.

Ő cs. és kir. fensége József főherceg udv. szállítója

NEUMANN H. orthopaediai gépek gyára

BUDAPEST, VIII., József-körút 33.

Telefon: József 136.

Gyártelep: VIII., Mária-u. 2.

Ajánlja orvosi utasítás szigorú betartása mellett készülő **orthopaed-gép, müláb, műkéz, haskötő** és egyéb **orvosi bandage** készítményeit az orvos urak szíves figyelmébe. Felvilágosítással és árajánlással a legnagyobb készséggel szolgál. Megrendelések a leggyorsabban és legpontosabban lesznek elintézve személyes felügyelettel mellett.

Hazánk legnagyobb ilyenmű gyára.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tauffer Vilmos: A női nemzőszervek hygienéje. 253. lap.

Borbély László: A budapesti kir. magy. tudományegyetem II. számú szemklinikájának közlése. (Igazgató: Hoór Károly dr., egyetemi ny. r. tanár.) A peritomia és periectomia. 256. lap.

Réthy Aurél: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.) A légyszájpad és hátulsó garattal összenövéseinek oídása. 257. lap.

Szemkő Barna: 320 napos terhesség.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Marberger Sándor: Hogyan védekezzünk a tuberculosis vagy gümőkór ellen? — *Wilhelm Stekel:* Onanie und Homosexualität. — *Lap-szemle. Belorvostan. Stühmer:* A himlőellenes védőoltás. — *Ditthorn és Schultz:* A köpetben levő gümöbacillusok kimutatásának megkönnyítése. — *Sebészet. Reich:* Bél-resectio. — *Toges:* Végbélispolyp kezelése. — *Szülészeti és nőorvostan. Bumm:* A terhesség megszakításának jogosult és jogosulatlan indicióiról. — *Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. O. Müller:* Erysipelas. 259—261. lap.

Magyar orvosi irodalom, 261. lap.

Vegyes hírek. 261. lap.

Tudományos Társulatok. 262—263. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A női nemzőszervek hygienéje.*

Irta: *Tauffer Vilmos.*

A női nemzőszervek hygienéjének néhány kérdését külön és összefüggésben tárgyalni szükségesnek látszik, mert vannak bizonyos dolgok, amelyek a gyakorlatban lépten-nyomon előfordulnak és olyan kóros hatányokra vonatkoznak, amelyeknek tervszerű áttekintése máris czélszerű útmutatásokat adhat nem egy női baj megelőzésére; kérdések, melyek összefüggésben állanak a gyermekneveléssel és a nő társadalmi s lelki életével és nemi ösztöneivel. Az ilyen összefoglalás bizonyos mértékben vezérfonalat ad az orvosnak kezébe, hogy a női nemzőszervek hygienéjét illetőleg mi mindenre kell figyelnie. A női nemzőszervek betegségeinek keletkezése, néhány fejlődési rendellenességet, szülés alatti sérülést és némely daganatképződést, továbbá egy és más táplálkozási zavart leszámítva, jóformán mind fertőzésen alapszik. *Stroganow* óta tudjuk, hogy a vulvában és a vaginában már néhány órával a szülés után bacteriumtenyészet van és azt is ismerjük, hogy ez a korai fertőzés idővel fokról-fokra terjed fel a hüvelyen át a méhnyakba, a méhbe és a kürtökbe, sőt bizonyos kórfarmákban a hashártyára is. A towaterjedés rendszerint per contiguitatem történik a nyálkahártya felületén, ritkábban halad a vírus a vérerek és a nyirokpálya mentén (sebinfectio) és csak kivételesen jut a fertőzés a nemi részekhez a szervezet más helyén lokalizált betegségből a vér- vagy nyirokpályák útján, mint például a tuberculosis.

Döderlein és mások kimutatták, hogy a női nemzőszervek magasabb részei, nevezetesen a méhür, a felfelé haladó infectióval szemben kitűnő védőgáttal bír a méhnyakcsatornában szívosan tapadó cervicalis nyálkadugaszban, amelynek bactericid hatása a méhür sterilitását mindaddig biztosítja, a míg a védőgát mechanikai úton (műszerek, például méhkutató, vagy csüngő burokrészlet a gyermekágyban, rothadó peterészlet abortus alkalmával) nem töretik át. Igaz, hogy a hüvelyben található normalis tenyészet az egészséges nőben többnyire csak ártatlan saprophytákból áll, de *Krönig* és *Menge* kimutatta, hogy az ártatlannak látszó mikrobák nem kis százalékában az eseteknek kórtermelő természetűvé

változnak és hogy az ilyenek a hüvely savanyú vegyhatású váladékában sokszor az egész életen át rejtőzhetnek, anélkül, hogy valaha bajt okoznának, t. i. mindaddig, a míg a táptalaj meg nem változik, azaz el nem veszi savi vegyhatású minőségét, a míg sebzés, pangó vérvaladék, visszamaradó peterészlet, decidua-foszlány vagy a gyermekágyi váladék pangása a táptalaj minőségét meg nem változtatja és a mikroba virulentiáját át nem alakítja.

Az újabb megismerések arra is megtanítottak már, hogy nem annyira a saját bacteriumok, hanem az idegenek, azaz a melyek kívülről vitetnek be a szervezetbe, azok, a melyek a súlyosabb és a halálos fertőzések megbetegedéseket okozzák; tudjuk továbbá már azt is, hogy a legtöbb, a legsúlyosabb pusztítást a női nemzőszervek egészségében és a legtöbb nyomorúságot a családban a mindig fenyegető gonococcus okozza.

Elsőrangú feladatunk tehát a nemzőszervek hygienéjében azokat a körülményeket és tényezőket megismerni és lehetőleg elhárítani, a melyek fertőzések megbetegedésre hajlamosítanak, avagy azt létrehozzák; a prophylaxis javarésze épp ebben fog állani.

A női nemzőszervek egészségének konzerválása érdekében a női élet egyes szakáiban bizonyos sajátlagos körülmények veendő figyelembe: meg kell figyelniük először már a gyermeket; másodsor a hajadont, gyors fejlődésének, pubertásának idejében egészen a házasságig; harmadszor a házasságba lépő ifjú nőt nemzési életének fontos változataiban; és végre negyedszer a hajlott korú nőt a menopausa, azaz a matrona-korba lépés idejében, különösen figyelve arra hogy a női nemi élet mindezen korszakaiban sok olyan különleges körülmény forog fenn, a mely ezen korszaknak sajátja és a mely az egész szervezet egészségi állapotára specialis módon gyakorolhat kártékony hatást.

A művelt nemzetek sorában már mi is régen síkra szálltunk az újszülöttek szemének védelme érdekében, közvetlenül a szülés után a gonorrhoeás fertőzés ellen. Az újszülött leánykát a nemzőszervek sajátos formája miatt már a szülés alatt fertőzés veszélye fenyegeti, a mikor például medenceveggel jön a világra. Duzzadás, belőveltség, véralfutás elég gyakran fordul elő rajtuk, különösen az élet első napjaiban, tehát jogosnak látszik az újabb felhangzó követelés, t. i. az, hogy legalább a notoriusan gonorrhoeás anya leány-újszülöttjének vulváját is ecseteljük a szokásos védőszerrel (2%-os argenticum-nitricum-oldat, sofol, argenticum-aceticum-stb.), azaz, hogy kezdjük meg a prophylaxist ezen

* Mutatvány a *Tauffer Vilmos* és *Tóth István* szerkesztésében mostanában megjelent „A nőgyógyászat kézikönyve” című munkából.

nyálkahártya-részletet illetőleg is a megszületés percében, úgy, a mint azt a szem érdekében megteesszük (*Siredey*). A végbél közelsége is a szennyezés veszélyének teszi ki a női nemzőszerveket, a bacterium coli és bélférgek (*oxyuris*) nem ritkán innen származnak át a hüvelybe. A leánykának másokkal egy ágyban való időzése és az a szokás, hogy a gyermeket a felnőttek saját ágyukba veszik, azon veszélyt hordja magában, hogy a cseléd, az ápolónő vagy az anya meg nem figyelt időszült gonorrhoeája megfertőzheti a kis gyermek annyira fogékony nyálkahártyáit. Ugyanilyen veszély fenyegeti azokat a direct vagy indirect érintkezés által is, tisztogatás, mosás vagy letörlés alkalmával az ápoló személyzet tisztátalan keze útján. Kétségtelen, hogy a szokásos fürdőzés és mosogatás alatt is történhetik gonorrhoeás fertőzése a hüvelynek az élet első napjaiban; továbbá kétségtelen, hogy a tömeges fertőzés kis leánykákön intézetekben (*vulvovaginitis-járvány*) hasonló módon keletkezik, nevezetesen, ha több gyermek ugyanazon fürdővízben fürdik és ugyanazon lezárt ruhát használja. Helyénlevőnek látszik tehát a figyelmeztetés, hogy épp úgy, mint gyermekágyasainknál, az újszülött napi kezelésének eszközei közül is száműzzük a gyanus szövetdarabokat, különösen a szivacsot és használjunk ezek helyett, a hol csak lehet, biztosan tiszta hydrophilvattát, melyet használat után mindig megsemmisíthetünk, és tanítsuk ki a notorice gonorrhoeás anyát, hogy az újszülöttnék nemcsak a szeme, hanem a hüvelybemenet-nyálkahártyája is fertőzhető. Nem kételkedem, hogy így a csecsemőkörben és az élet első éveiben előforduló vulvovaginitis sokszor lesz elkerülhető.

Kis leánykákön, kik a gyermekszobában a padlón, pokróczon, nyáron a szabadban a földön, porban és homokban játszadoznak, könnyen keletkezhetik vulvovaginitis, mert a kicsinykének külső nemi részei úgy vannak alkotva, hogy a szemérem-ajkak között a praeputium redőiben, a hol a smegma és a faggyúmirigyek váladékának pangása folytán a hám felpuhul és a hol hámdesquamatio keletkezik, a fertőzésre könnyen nyílik alkalom, mert a homok, a por és a szenny a szűk hymen-nyíláson át könnyen jut be a hüvelybe, de nehezen ürül ki onnan. Ilyenkor azután a viszketés provokálta vakarás apró sérüléseket okoz a felhámon és alkalmat ad a fertőzésre. Övjük tehát a kisdedeket e bajtól, öltöztessük csukott nadrágocskába, fürdöztessük naponta kétszer és figyeljünk rá, hogy a nemi részek táját minden alkalommal szappannal és bőséges vízzel gondosan megtisztogassák.

Többgyermekes, okos anyákkal megbeszéltem a kérdést, hogy mi jelentőséggel bír a fiú- és leánygyermek együttléte a sexualis hygiene szempontjából. Egybevágó véleményük volt, hogy a gyermekek közötti nemi különbség egészen kedves ártatlansággal jut azoknak a tudatára, így például idősebb leánygyermek kisebb fiúöccsét szemlélve (a midőn azt czélszerűtlenül ültették az edényre), észrevételét a következő szavakban fejezte ki: „Dada vigyázzon, a Pubsinak kint maradt a piselő masinája!” Világos jele ez annak, hogy a kis leány a különbséget, mely önmaga és a kis fiúcska nemi részei között megvan, már észrevette és felismerte.

Veszélyes lehet a 10—12 éves kor, a mikor különböző családok fiú- és leánygyermekei kerülnek össze a játszóházban; a fiúk között t. i. nem egy akad olyan, a kinek fejében az idő előtt ébredő sexualis érzés már motoszkál, a ki a tudatlan és mitsem sejtő leánykák nemi részei iránt különösen érdeklődik és azoknak érintését keresi. Ekkor vannak kitéve a leánykák a romlott fiúk érintésének, a minek folytán, eltekintve a sexualis érzés idő előtti ébredésétől és az esetleges erkölcsi romlástól, a nemi részeknek közvetlen érintkezése révén fertőzéses betegségekre is van alkalom. Lesújtó példáját láttam ennek 13 éves leánykán, kit orvos édesatyja virulens gonorrhoeával és — horribile dictu — negyedik havi terhes állapotban hozott rendelésemre.

A leánykákön előforduló heveny fertőzéses betegségek (kanyaró, scarlatina, diphtheria) alatt és után mindig különös

figyelemmel legyünk a nemzőszervekre. E betegségeknek, a melyeknek mikrobáit többnyire nem is ismerjük, a melyekről azt sem tudjuk, vajjon a véráram útján, vagy a bőrbe és a nyálkahártyába való közvetlen bejutás útján, avagy toxinjaik által okoznak bajt: hámfoszlás, hurutos duzzadás, heveny és időszült gyuladás a hüvelyben, a méhben, sőt a kürtökben és a petefészkekben is lehet a kísézőjük. Ezen sokszor meg nem figyelt vagy nem helyesen determinált betegségeknek következményeit az egész életen át hordhatja magában a nő és nem egyszer az ilyen korai gyermekkorban lefolyt medenczebeli gyuladás az oka az állandó sterilitásnak és más női bajoknak is.

A vulvitis és más, a külső nemi részeket érő inger, a mely dörzsölést, vakarást provokál, alkalmas a sexualis inger felkeltésére és arra, hogy a leánygyermek megtanulja az onaniát. A sokszor keservesen panasztolt onania, a mint azt az alábbiakban látni fogjuk, igen sokszor ilyen helyi bajokból veszi kezdetét.

Mindennapi panasz tárgya az orvos előtt a gyermekek időszült székrekedése. A felnőttek között hihetetlen mértékben elterjedt székrekedésnek okát vizsgálva, számtalanszor halljuk, hogy az már a legkorábbi gyermekkortól fogva fennáll. *Winckel* sokszor látta a kezdetét olyan csecsemőkön, a kiket nem az anyjuk szoptatott, a kik idősebb dajka emlőire kerülve, meg voltak fosztva a korai anyatej colostrumának kiváló hashajtó hatásától. A már játszi korban levő gyermek nem szívesen hagyja félbe játékait és leküzdve a székelésingert, maga szoktatja a bél alsó részletét a kitágulásra és renyheségre. A pubertás idejében különösen a társadalmi érintkezés és az álszűgyen hord magában sok alkalmat arra, hogy a bél kiürítése elhanyagoltassék. Érdemes próbát tenni, milyen gyakori eset, hogy gyermekek és fiatal leányok nem tudnak számot adni utolsó székelésük idejéről. Különben a felnőtteknél sincsen ez másként, nevezetesen a városi lakóknál, a hol a mindennapi életfeladat mindenkit mód felett elfoglal; jóformán idejük sincsen az embereknek, hogy a székelési ingernek a maga idejében eleget tegyenek, és legyőzve azt, mesterségesen szoktatják a bél alsó részletét a felhalmozódó bélsár elviselésére. Különösen hátrányos az időszült székrekedés mellett a vizeletnek sokszor hihetetlen hosszú ideig visszatartása is, a mikor a telt hólyagnak a méhre való dislokáló hatása annál súlyosabb, mert a telt bél már amúgy is eltolja azt rendes helyéből. Arra is fel kell hívnom a figyelmet, hogy a fiatal hölgyek sokszor a rájuk várakozó társas együttlétet tartva szem előtt, mintegy praeparálják magukat arra, hogy ne kellessék vizeletet üríteniök és evégből sokan csak minimalis mennyiségű vizet isznak és a vizivástól idővel csaknem elszoknak, úgy, hogy táplálkozásuk túlságosan szárazzá válik, a mi más hátrányoktól eltekintve, szintén hozzájárul a székrekedés fenntartásához.

A vastagbélben való bélsár-pangás mindenbizonnyal a teltég és feszültség érzetét kelti és gyakori következménye az étvágytalanság, a mely gyermekeken nem egyszer egészen az anorexiáig fokozódik; a bélsár-pangásból gastrointestinalis betegségek, sőt intoxicatiók is származhatnak, lázzal, rosszulléttel, kölikával, vakbélizgalommal, hányással. Olyan példát is láttam gyermekén-felnőttön egyaránt, hogy fenyegető ileustünetek miatt már-már laparotomiára került a sor és a valóban nagy veszélyt csak a szerencsés módon alkalmazott és megismélt magas beöntések oldották meg kedvezően. Különösen hangsúlyoznunk kell tehát, hogy a nők makacs székrekedése a közönséges okokon kívül — t. i. a bélmedvek hiányos elválasztása, az epeelválasztás, a beidegzés, a hasfal izomzatának hatása és a táplálék czélszerűtlen összetétele — még igen sokszor onnan is származik, hogy a székelés rendezésére már a gyermekkortól kezdve sohasem figyeltek kellően.

Az időszült bélsár-pangás a nemzőszervek működését sem hagyja érintetlenül; nevezetesen a flexura sigmoidea, mely elég hosszú mesenteriuma folytán tetemes eltolódásra alkalmas, telt állapotában befekszik a medenczébe, eltolja helyéből a méhet és a tetemes gyűjtőérfonatok (plexus ute-

rinus, pampiniformis) összenyomása folytán idősült bővérűséget idéz elő az összes belső nemzőszervekben, melynek következményei a menstruációs vértorlódás alkalmával könnyen beláthatók. Végső esetben a felhalmozódott bélsár még daganatot is utánozhat a medenczében, a mi nem egyszer okozott súlyos tévedést, különösen gyermekeken. Mindezekhez hozzájárul még a hashajtók örökös használata folytán keletkezett izgalom a belek nyálkahártyáján az ő következményeivel. Minthogy az idősült székrekedés nemcsak gyermekeken, de felnőtteken is számtalan kisebb-nagyobb, enyhébb és súlyosabb rosszullétnek lehet az indító oka, kétségtelenül szükséges, hogy a gondos anya a legkorábbi időtől kezdve önmaga tartsa felügyelet alatt a gyermekek és növények leánykák bélfüleit és hogy már korán megértse velük e dolgok nagy fontosságát.

Ruházat. A ruházat alkalmazkodjék a test formáihoz és ne igyekezzék a test formáit átalakítani. A derékfűző divatja sok esztelenséget produkált már a világon; egyszer a darázszerű derékfűző két részre igyekszik osztani a hasúrt, feltolva és lefelé nyomva annak tartalmát; máskor alulról emelve, mindent felfelé igyekszik tolni a hasürben, szorítva a rekeszt, a májat és a beleket, kiforgatva viselőjét természetes formájából. A mostanában divatos „Mieder“-ben a középső erős vaspánt a szeméremesont felső széléig ér le, és be-meg felfelé tolja a hájas hasfalakat, nem törődve a derékterület nagybodásával; minthogy ez a szerkezet szabadon hagyja a rekesz alatti tájat és nem törődik a deréköv bővebb voltával, bizonyos mértékben hasznos is olyanoknak, a kik ellazult hasfalak és tágult hasüregük folytán enteroptosisis dispositióval bírnak s a vongálás következtében örökös has- és derékfájdalmakban szenvednek; emeltetvén a hasfalak tömege, a hasüri zsigerek is támaszt találnak a pánczélszerű hasartóban és az állapot javul.

A szoknya megkötése a derékon nyomást gyakorolhat a májra és különösen a haránt remesére, akadályozva annak szabad mozgását és talán secretióját is. Nem tiltakozhatunk eléggé a szorító harisnyakötők, a szűk és a magassarkú lábbelik ellen sem, továbbá gyermekeken a túlságosan rövid harisnya és a lábszárak meztelensége ellen még hideg időben is, a mit a túlzásra hajló anyák a gyermekek „edzése“ czimén divatszerűen szeretnek használni. Egyedül az időjáráshoz mért ruházat, a *csukott alsónadrág télen-nyáron* az évszaknak megfelelő szövetből észszerű.

A leánykák kellő *testgyakorlata* még mindig el van hanyagolva különösen minálunk; a csak kevesek által kultivált teniszjáték, korcsolyázás és táncz az, a miben minálunk a testgyakorlat kimerül és a melynek túlzásai nem egyszer ártanak is. Az úszást csak igen kevesen űzik, a lovaglás nagy luxusszámba megy, a vívás pedig igen ritka kivétel. Rendszeres tornászás, ugrás, mászás csak néhány leányiskolában s ott is inkább csak a jó látszat kedvéért van divatban. A tornászásnak mint életszükségletnek kellő felismerése, úgy látszik, nagyon későn fog elkövetkezni, pedig kétségtelen, hogy a tornászás nemcsak izomgyakorlat, hanem fontos gyakorlása az egész szervezet minden részletének, az akaraterőnek, a bátorságnak, a beidegzésnek, a központi idegrendszernek, az agyvelőnek és a gerincvelőnek is egyaránt, tehát minden orvos törekedjék reá, hogy a hol lehetséges, népszerűsítse a leánygyermek rendszeres tornászását.

A leány a serdülő korban. A pubertás kora. A gyermekkorban a szunnyadó nemzőszervek kevés pathologiailag jelentőséggel bírnak; jelentőségük akkor lép előtérbe, a mikor a leánykák nemzőszerveiben, nevezetesen a petefészkekben, a szaporodásra irányuló életfunkciók megkezdődnek, a mikor az előbb szunnyadó *Graaf*-féle tüszők szabványos fejlődése megindul és a periodusos vértorlódás a petefészkekben rendessé válik, azaz, a mikor az a rejtélyes belső secretio, a melynek hatását újabb időben mindinkább megismerni tanuljuk, olyan hatalommal jelentkezik, hogy a serdülő leánykából pár rövid hó alatt csodamódon a hajadont varázsolja elő. Ilyenkor nemcsak a testformák hirtelen megváltozása, a derék megnyúlása, a medenczetájának és az emlőknek duzzadása, a

szövetnek megjelenése észlelhető, hanem az egész idegrendszer is jelentékeny változásokon megy át. A vértorlódás a nemzőszervekhez, a nyálka- és vérkiválasztás, a nyálkahártyáknak periodusos vérbősége és a secretumnak esetleg előforduló pangása mind alkalmas arra, hogy a nemzőszervek addig ártatlan mikrobái új életviszonyokra találjanak és jelentőségükben átváltozzanak. Az egészséges nőben e nagy átváltozás jóformán minden zavar nélkül folyik le és rendes jelenség, hogy e tényezők összessége alatt a szervezet felvirul, megszépül és a gyermekleányból szemünk előtt, mint a bimbóból a rózsza, kifejlődik a szűz; ilyenkor az első havi tisztulás jóformán miben sem különbözik attól, a mit rendszernek szoktunk nevezni.

A szervezetnek ez a nagy átalakulása azonban nem mindig megy végbe ilyen kedvezően. A szunnyadó hajlamok (tuberculosis, chlorosis) nem ritkán ilyenkor lépnek előtérbe és mutatják, hogy a nemi szerkezet életfunkciói által előidézett változás milyen mélyen nyúlik bele a szervezet általános háztartásába. A szívbeidegzésnek zavarai, a fehérjevizelés a gyermekkorban kiállott scarlatina utóbajaként, továbbá az idegrendszerben a neurasthenia, chorea, szunnyadó hysteria és a hereditásban szenvedőkön, szerencsére ritkán, a hebefrenia (az ifjak elmezavara) azok a súlyos bajok, a melyek előtérbe léphetnek. A gondos orvos mindezeket előre látva, a dispositiókat korán felismerve, igyekezzék a leányka szervezetének ellenálló képességét minden irányban egyenletesen kifejleszteni, a felismert dispositiókat elég korán ellensúlyozni. Szép és hálás feladat ez a háziorvosra nézve, ki az intelligens család bizalmát bírva, bölcs előrelátással minden tényezőnek czélszerű elrendezésével sokszor érhet el nagy eredményeket, elhárítva a fenyegető bajokat.

Elég sokszor észlelhető, hogy leányokon a test magassága és az egész csontrendszer fejlődése jóformán azon a fokon áll meg, a melyen a pubertás találta; elég gyakori az az észlelet is, hogy a nők szervezetének kifejlődésében, nevezetesen az alsó és felső testfél fejlődésében nincsen arányosság, a mennyiben a csipők, a medenczetájék, a mons veneris és az alsó végtagok, különösen a combok aránylag hatalmasok, míg a mellkas, az emlők, a vállgyűrű és a felső végtagok aránylag satnyák és a fej kicsiny; mintha az alsó és felső testfél nem is tartoznék egy és ugyanazon egyénhez. Ilyeneken nem egyszer észlelhetjük a tüdőbajra való hajlamot, az orrgaratürben adenoid vegetatiókat, az érrendszer hypoplasiáját és ezzel kapcsolatban a chlorosist és anaemiát. Az ilyen egyéneken látjuk, hogy a pubertás nem a felvirulás ideje, hanem a szervezet leromlásának kezdete. A hószám rendetlenül, túlságosan bőségesen, fájdalommal mutatkozik, nyálkás kifolyás (leukorrhoea) gyengíti a szervezetet és az említett lappangó dispositiók egyike-másika előtérbe lép.

Az eshetőségeknek ezen egész sorozata állván szemünk előtt, figyelmünk már korán irányuljon arra, hogy a helyes életmód, a munka és nyugalom czélszerű elosztása, klímás segítő eszközök, torna, hydrotherapia, massage, tengerpart és hegyi tartózkodás, továbbá a sport minden helyesen megválasztott eszköze és a szabadon űzött társasjátékok stb. stb. útján a szervezetet egyensúlyba hozni és a pubertás idejére és feladataira előkészíteni igyekezzünk.

A pubertás idejében szóba jövő testgyakorlatok közül talán nem felesleges a *kerékpározás* kérdését a női hygiene szempontjából kissé közelebből is szemügyre venni. Az utóbbi években több oldalról volt megvitatva, vajjon a kerékpározás ártalmas-e a fiatal nőknek vagy sem? Ugy látszik, hogy a vélemények mostanában már eléggé tisztázva vannak. Egyetértünk ugyanis abban, hogy nem sportként űzve, nyugodtan megengedhető, sőt naponta egy-két órán át ajánlható is, mert czélszerűen helyettesítheti a fiatal leányokra nézve nem egyszer unalmas és ezért elhanyagolt sétát, mert élénk mozgással jár a szabad levegőn és mert a folyton változó táj és az út állandó megfigyelése igen előnyös psychés szórakozást is nyújt. Az az aggodalom, hogy a nyomás és a surlódás a külső nemi részek izgatását okozhatná, nem látszik igazoltnak, mert a helyesen készített, t. i. elől nem túl-

ságosan magas ülőpárnán, egyenes tartású ülés mellett, a medence ülőgumói nyugosznak közvetlenül az ülésen és a kerekeket hajtó mozgás által a külső nemi részek nem is érintetnek.¹ A sportszerű kerékpározás szerencsére már divatját multá és az ezzel együtt járt túlerőltetés kérdése (különösen a szívet és a fehérjevizelést illetően) elvesztette jelentőségét. A mérsékelt kerékpározást kár volna ellenezni, mert mint kitűnő tornaeszköz, igen jó szolgálatokat tehet különösen ideges, dysmenorrhoeás, neurastheniás és hysteriás egyéneknek és asszonyokon a hasfalak izomzatának petyhüdsége ellen is. (Hogy terhesség idején, gonorrhoeás bajok jelenlétekor, hólyagpanaszos egyéneknek és betegeknek okvetlenül tiltandó, azt mondanunk sem kell.)

A pubertás idejében fontos kérdés az iskoláztatás; az iskoláztatás önmaga, továbbá az a körülmény, hogy az iskolai tanulás feladatai egybeesnek a nevelés különbeni feladataival. Nem egyszer igen nehéz lesz megvonni a határt, hogy mikor válik a feladat halmozottsága ártalmassá; különösen nehéz pedig a helyes középút megtalálása ott, hol a növendékleánykák nagyobb számmal vannak együtt (internátusok, kollegiumok), hol a tanterv és intézeti rend bizonyos átlag részére van megállapítva és csak legkisebb mértékben alkalmazkodhatik az egyes egyén szervezetének külön követelményeihez.

Sajnos, hogy az iskolában a sokszor tömegesen halmozódó köröscsírákat nem tudjuk közvetlenül kimutatni; de lépjen be bárki is a tanítás végén egy népes iskolaterembe és azonnal észlelheti, hogy minő ártalmas légkörben ülnek a chlorosisra, vérszegénységre disponált leánykák, nem is szólva a rossz padokon való gubbasztás veszedelméről a közeledő vagy már belépett tisztulás napjaiban; az ilyen hátrányok mind mérlegelendők lesznek, a mikor egy leánykának egészségi állapotáról van szó.

Winckel megszívlelendő dologra figyelmeztet különösen a német és schweizi leány-pensiókat illetően, a hova hazánk számos családja küldi növendék leánygyermekait, t. i. arra, hogy a leányok szervezeti fejlődésük e fontos éveiben az internátusokban sokszor koplalnak, vagy legalább is hiányosan tápláltnak, és hogy az idegen vagy túlságosan egyhangú étkezés mellett többnyire a kenyérben meg nyalánkságokban keresnek kárpótlást, a mitől azután túlságos savképződés áll be a gyomorban és ez az egészséges táplálék felvételére is alkalmatlanná válik.

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. magy. tudományegyetem II. sz. szemklinikájának közlése. (Igazgató: Hoor Károly dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A peritomia és periectomia.

Irta: Borbély László dr., a klinika I. tanársegéde.

A peritomia és a periectomia két lényegileg egészen azonos indiciójú, kisebb műtéti beavatkozás. Az egyik a szemteke kötőhártyájának bemetszése közvetlenül a szaruhártya szélén, a másik, a periectomia, egy körülbelül 2—2.5 mm. széles kötőhártya-csiknak kimetszése ugyancsak a szaruhártya szélével határosan. Úgy az egyik, valamint a másik eljárással a szaruhártyára húzódó, újonnan képződött vérereket átvágjuk.

A mint Hoor¹ szemészeti műtéttanában olvashatjuk, mindkét műtét sűrűbben ezezt pannusnál, főleg pannus trachomatosusnál indikált és mindkét műtét egyúttal vérelvonó eljárás-számba megy (Hoor);² bár a vérzés nem mondható nagyon jelentékenynek, de mint helybeli vérelvonás, mégis csak számottevő.

A műtétnél ez a szűk indició-köre azonban bizo-

¹ A kerékpár-sport hatása a női szervezetre a nőorvosok new-yorki társaságában 1896-ban beható vita tárgya volt. (Amer. gynecol. and obst. Journ. 1896. Juni, July, Aug. és Centrbl. f. Gynaec. 1897, 305. l.)

² Szemészeti műtéttan. (Universitas kiadása, Budapest, 1913, 16. oldal.)

³ Hoor; A szemészet tankönyve. (Universitas kiadása, Budapest, 1912, 129. oldal.)

nyára kibővítésre szorul. Brecht³ a műtét újabb indicióit állítja fel, melyeket Salzmann⁴ is nemrég megjelent közlésében helyesel és tapasztalatai alapján magáévá tesz.

Ezek az indiciók:

a) sokszoros, recidiváló szaruhártya-infiltratumok, a mennyiben vérerek újképződésével járnak és

b) heveny körülírt szaruhártya-gyuladások, melyek a rendes orvoslásnak ellenállnak, mihelyt újonnan képződő vérerek mutatkoznak, ha mindjárt csekélyebb számmal is.

Blumenthal⁵ a műtéteknek egyikét vagy másikat oly fekélyek ellen is ajánlatosnak mondja, melyek trachomás pannus szélén jelentkeznek.

Mindenesetre tapasztalataink szerint is legáltalóbb Salzmann⁶ nézete a peritomia és periectomia indicióját illetően, mely röviden ez: a műtéti beavatkozásra elsősorban a bonczolástani viszonyok mérvadók, nevezetesen a fekély progressiójának jelei sűrű ereződéssel együtt; továbbá, ha hasonló fekélynél a szokott orvoslás-eljárások teljesen eredménytelennek bizonyulnak, mert egészen felesleges minden műtéti beavatkozás, ha ugyanazt, talán ugyanolyan idő alatt, a rendes, nem operatív orvoslással is el lehet érni.

A fekély aetiologiáját Salzmann is egészen közömbös körülménynek tartja.

Bár ezek az indiciók sem bővítik még túlságosan a peritomia indiciójának körét, mégis osztjuk tapasztalataink alapján Salzmann-nak nézetét, ki úgy találja, hogy a peritomia újabban nem igen részesül már a neki kijáró figyelemben, annyira, hogy Czermák-Elschnig⁷ a nagy műtéttanában négy sorban végez vele és ez a négy sor is apró nyomás.

A peritomia ma valóban ritkán alkalmazott, de ősrégi műtét, melyet Terrien⁸ szerint már az arabok ismertek és végeztek és melyet egészen tévesen sokan Furnari-nak tulajdonítanak, ki a műtétet a mult század közepén felelevenítette és dicséretre ugyan, de távolról sem ő volt az, a ki először végezte.

Terrien abrasion conjunctivale címen elég kimerítően tárgyalja a műtétet és synonymaként a „circumcision conjunctivale“ és a „syndectomie“ elnevezést említi.

Az operációra a szemet tonocainum suprarenalenak 2—2 percnyi időközben 3—4-szeri becsepegtetésével készítjük elő; akár a cocain, akár a novocain, holocain vagy alypin stb. egymagában nem ad elég megbízható érzéstelenítést az ilyen gyuladt, izgatott, érzékeny szemben. Bizonyára bármelyik más érzéstelenítő szer és bármelyik mellékvesekivonat együttes becsepegtetésével ugyanazt az érzéstelenítést érhetjük el, mint a tonocainum suprarenaleval.

A mellékvese-kivonat becsepegtetése ellenére is azonban a vérzés úgy a műtét alatt, valamint utána is elég kiadós.

A Terrien részéről javasolt 1%-os cocain-oldatnak subconjunctivalis befecskendezését egészen feleslegesnek látjuk.

Az operatio technikája egyszerű és a következő: A szemhéjterpesztő vagy a Desmarres-kanalak elhelyezése után a szemet alkalmas helyen rögzítjük és domború élű kis skalpellel (vagy akár egyenes lándzsával is) közvetlenül a szaruhártya kerülete mentén, ott, a hol az újonnan képződött vérerek a szaruhártya-fekélyhez vagy a pannushoz vonulnak, a szemteke-kötőhártyát a skleráig bemetszszük; a metszés kétoldalt az újonnan képződött vérereken 2—2.5 mm.-nyire túl terjed. Feltétlenül ajánlatos, ha ezután csípővel megfogjuk a kötőhártya körzeti sebszélét és azt lapjára hajlított kis ollóval 2—3 mm.nyi magasságig aláaknázunk. A periectomiánál körülbelül 3 mm.-nyire az első metszéstől, ezzel concentricusan egy második, ugyancsak a skleráig terjedő metszést

³ Ueber Peritomie der Hornhaut. (v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie. 1874, 20. kötet, 1. rész, 113 oldal.)

⁴ Ueber die Peritomie. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1913, 30. szám.)

⁵ Beiträge zur Behandlung trachomatöser Hornhauterkrankungen, insbesondere der Geschwüre. (Beiträge zur Augenheilkunde. 1898, 36. füzet, 1. oldal.)

⁶ L. c.

⁷ Die augenärztlichen Operationen. (Berlin-Wien, 1908, II. kiadás, 1. kötet, 326. oldal.)

⁸ Chirurgie de l'oeil et de ses annexes. (Páris, 1902, 298. oldal.)

ejtünk és az ily módon körülmetszett kötőhártya-csikot csipővel megfogva, lapjára hajlított kis ollóval egészen kivágjuk.

Bár a peritomia hatása a sebszél kellő aláaknázásával meggyőződésünk szerint semmit sem marad a periectomia hatása mögött és így tulajdonképpen mellőzhető, mégis túlzottan tartjuk *Terrien* aggályát, ki periectomiánál a szemet symblepharontól félti. 2.5 mm. széles kötőhártya-csik kimetszése mellett ilyentől alig kell tartani; ez a csekély hiány semmiféle káros következménnyel sem jár és a kimetszés nyomán vonalszerű, alig látható fehér színű heg marad. 6—10 mm. széles kötőhártya-csik kimetszése azonban, a mint ezt *Czermák-Elschnig* javasolja, illetőleg a hogyan ők ismeretik a műtétet, igenis symblepharon kifejlődésére adhat alkalmat, de meg azután az ilyen széles csiknak kimetszése egészen felesleges is.

A műtét jó hatását *Salzmann*-nal egyetértőleg elsősorban a helyi vérelvonással, továbbá azzal magyarázzuk, hogy a beteg cornea tőszomszédságában képződő sebgranulatio mintegy levezetőleg hat. A fekély reparatiós szakában jelentkező újonnan képződött vérerekről általában azt tartják, hogy ezek a hámszövet gyorsabb pótlására hivatottak. Ez bizonyára így van, csak hogy egyrészt bizonyos, hogy az újonnan képződött vérerek jelenléte a fekély gyógyulásának nem abszolút feltétele és kelléke, másrészt meg úgy látszik, hogy a túlságos sűrű vérekképződés éppen nem alkalmas a fekély gyógyulásának gyorsítására.

A keratitis parenchymatosáról írt monographiájában *Hoor*⁹ utal arra, hogy mennyire ellentétesek a nézetek az újonnan képződött vérereknek a homály feltisztulására és az izzadmány felszívódására való hatásukat illetőleg. *Saemisch*, *Panas*, *Terrien*, *de Wecker* és mások azt állítják, hogy a homály feltisztulása annál gyorsabb és annál alaposabb, mennél több az újonnan képződött vérér. *Schmidt-Rimpler* szerint a homály feltisztulására a vérerek egyáltalában egészen közönyösek, sőt *Schweiger* úgy találja, hogy a szaruhártya-homály annál sűrűbb marad, minél sűrűbb volt az ereződés.

A peritomiával különben sem jutunk ellentétbe az újonnan képződött vérerek feladatáról és céljáról vallott felfogással, mert a műtétet, a mint mondottuk és ezt újból hangsúlyozzuk, akkor tartjuk helyénvalónak, ha sűrű ereződés mellett vagy annak ellenére a fekély kétségtelenül terjed; szóval, ha sűrűbb is az ereződés, de a fekély nem haladó tendenciájú, a peritomia egyáltalában nem indikált.

Befejezett incisio vagy excisio után a sebet pár percig engedjük vérezni, azután a szemet sterilis vízzel kiöblítjük és a szokásos egyszerű védőkötésünket alkalmazzuk (bórlint-lebeny, hydrophil gazepárna, leukoplast-csik); a beteg nyugodtan fennjárhat. Az érzéstelenség teljes elmúltával a szem kissé sajog, de ez rendszerint $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra múlva elmúlik és a fájdalom az operatio előtt fennállottal szemben többnyire lényegesen alábbhagy, sőt teljesen megszűnik. Az erre az orvoslásra alkalmas szaruhártya-fekély nem gyakori, mert mégis csak az a szabály, hogy az újonnan képződött vérerek jelentkezése a fekély megállapodásával és visszafejlődésével esik egybe, tisztuló, visszafejlődésben levő fekély pedig, bármi sűrű legyen is az ereződés, nem tárgya a peritomiának vagy periectomiának.

A 16 megfigyelt esetnek helyszüke miatt még vázlatos leírását is mellőzöm, de megállapítom, hogy valamennyiben igen szép eredményt értünk el. Külön kell megemlékezni azonban kifekélyesedett, sűrűn ereződött pannus lymphaticus ama esetéről, melyet a beteg állítása szerint 8 hónapja szakadatlanul orvosoltak, anélkül, hogy számbavehető javulás következett volna be. Az esetet periectomia céljából felvettük, főnkörm az az előadás keretében bemutatta a hallgatóságnak azzal, hogy a periectomiától várja a gyógyulást, annál inkább, mert az eset az indicatio minden egyes tételének különösen megfelel.

Három héttel az operatio után a beteget gyógyultan elbocsáthattuk.

⁹ A keratitis parenchymatosa. (Szemészet, 1908, 2—3. sz.)

Közlemény a budapesti kir. tud. egyetem orr- és gégegyógyászati klinikájáról. (Igazgató: Onodi A. dr., egyetemi tanár.)

A lágyszájpad és a hátulsó garatfal összenövésének oldása.

Írta: Réthi Aurél dr., egyetemi tanársegéd.

A lágyszájpad és a hátulsó garatfal összenövésének rendesen lueses fekélyek gyógyulása után jelentkeznek, ritkább esetekben pedig diphtheria, lupusos fekélyek vagy traumás behatások után is észlelhetők. Az összenövést tuberculosus fekély, sőt egyszerű garathurut következményének is tulajdonították, bár ez utóbbi egyáltalában nem látszik valószínűnek; ebből a szempontból még a pemphigus is inkább jöhet tekintetbe. Scleroma rendesen heges szűkültre vezet és nem összenövésre. A congenitalis esetek is minden valószínűség szerint lueses folyamatokban lelik magyarázatukat.

Bármely körülmény legyen is a fennálló összenövés okozója — tekintünk el ezúttal az orrlégzés hiányánál beálló egyéb következményektől és csak azt vegyük megfontolás alá, hogy teljes összenövésnél egyfelől a szaglóképesség szenved, másfelől pedig az orr- és melléküregek váladéka az orr kifuvásának gátolt volta miatt nem távozik el —, az összenövés oldása okvetlen szükségesnek mutatkozik. Igaz ugyan, hogy különösen tökéletlen atresiák eseteiben, az egyéni subjectiv kellemetlenségek nem állanak mindig arányban az anatómiai elváltozásokkal, de azért mégis el kell háritani egyfelől a váladékpangás, másfelől a korlátolt orrlégzés következményeit az összenövés oldása által.

A feladat nem könnyű és e miatt nagy az ajánlott eljárások száma. Az összenövésnek véres úton való oldása egyszerűre vagy több ülésben magában véve egyszerű dolog, történjék ez akár galvanokauterrel, akár a *Dzondi*-féle késsel vagy egyik végén lapjára hajlított ollóval. Már nehezebb azonban az így létesített közlekedés megtartása; csőszerű képletről lévén szó, az érintkezés a sebfelületek között újabb összenövések, valamint meglevő és újból képződő hegek zsugorodása folytán körkörös szűkültre vezethet. *Heymann* ezért az esetleg fennálló szűk nyílás vértelen tágitását ajánlja laminaria és szivacs segítségével. (Hand. d. Laryngolog. und Rhinolog. Bd. II. 473. l.)

Az összenövés műtéti úton való oldása után számos kísérlet történt az elért eredmény állandósítása céljából. A kísérletek 5 irányban csoportosíthatók: 1. *tractio*, 2. *expansio*, 3. *obturatorok* alkalmazása, 4. *plastika*, 5. *műszerrel történő tágitás*.

A *tractió*s *methodus* alkalmazói közül felemlíthető J. E. *Schadle*, a ki az orron és szájon Bellocq-csővel keresztülhúzott gazecsikot a felső ajakon csomozza (Journal of Americ. Medical Association, 1894). *Betham Robinson* (Londoner Laryngolog. Gesellsch. 1907) és R. *Panse* (Dresden) a sebfelületeket selyemfonalakkal távolítja el egymástól. Előbbi a lágyszájpadot elhúzó, az orron és szájon át vezetett selyemfonalat a felső ajak felett egyesíti, utóbbi a septum membr. előtt elvezetett és mindkét orrüregben át húzott erős fonál végeit a molarisokon rögzíti. *Werner-Manheim* drainsóval hasonlóan jár el.

Az *expansió*s *methodus*hoz tartozik a már fentebb említett tágitás laminaria és szivacs segítségével, úgyszintén *Liewe* ajánlata, ki az orrgaratba egy colpeurynterszerű labdát vezet, mely felfújható (Münchener Med. Wochenschr. 1895). Nagy hátránya ennek az eljárásnak, valamint a némelyektől ajánlott gazetamponadenak az otitis media veszélye.

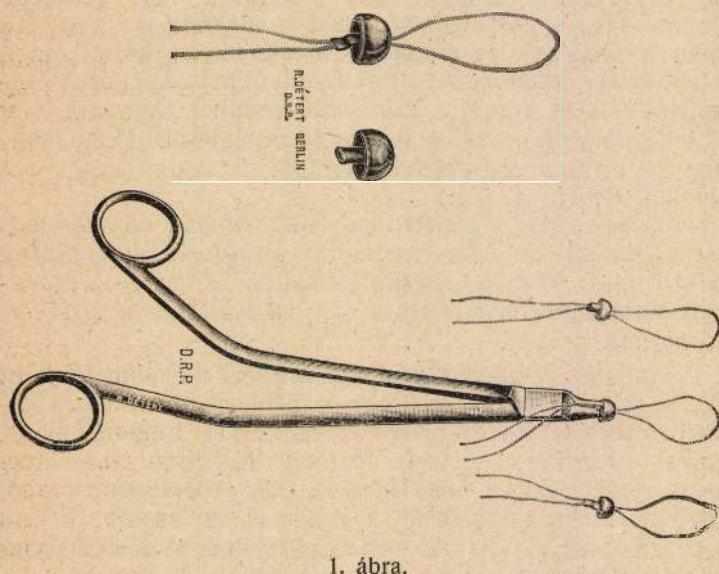
Obturatorokat legelőször *Kuhn* (Archiv f. Ohrenheilk. 1879) és *Beregszászy* (Internat. Klin. Rundschau, 1888) alkalmazott. Utóbbi az obturatórt a septum membr. előtt csomózott fonalakkal rögzítette. *Heymann* (Handb. d. Laryng. Bd. II. S. 476) csőformájú prothesist használt, melyet egy szájpadlemezen erősített meg. Hasonlóan járt el *Kollbrunner* (Dissertation, Strassburg, 1896) és *Schmidt* (Verwachsungen im Rachen usw. Düsseldorf, 1896), *Chiari* (Wiener kin. Wochenschrift, 1896), valamint *Hamilton* (Australian Medical

Gazette, 1899), de csőformájú prothesis helyett lapszerűt használnak.

Nagyon csábító a *plastikai* eljárás, mely a sebfelületet befedve, a közvetlen érintkezés megakadályozásával az összenövést meg tudja gátolni.

Már *Dieffenbach* (Operat. Chirurgie. Bd. I.) ajánlotta a leválasztott lágyszájpad szabad sebszélének varratokkal való egyesítését. Újabban *Diakonoff* és *Wenglowsky* (Chirurg. Gesellsch. Moskau, 1908) a sebet egy a hátulsó garatfalról lepraeparált lebenynyel fedi; *Napalkoff* viszont az oldalsó garatfalat garatmandola-részekkel használja fel erre a célra. *Zerenin*, valamint *John O. Roe* (N. Y. State Journal of Medicine, 1909) a pofa nyálkahártyájából készít lebenyt. *Maljutin* és *Iwanoff* (Zeitschr. f. Laryngolog. Bd. I.) az uvulát használja fel erre a célra.

Magam részéről a német laryngologusok stuttgarti nagygyűlésén *R. Panse* (Dresden) előadásához a következő megjegyzéseket fűztem: „A szájpád és garatfal összenövésénél három lehetőséget különböztetünk meg. Az első esetben a szájpád elülső felszíne ép. Ilyenkor úgy járok el, hogy a szájpád elülső felszínéről praeparálok le két nyálkahártyalebenyt, melyek alapja az összenövés alatt van. A lebenyek lepraeparálása után oldom az összenövést oly módon, hogy a lebenyek a hátulsó garatfallal összefüggésben maradjanak. Miután a lágyszájpad és hátulsó garatfal közti összenövést oldottam, feltolhatom a lebenyeket a hátulsó garatfalra, azaz a sebfelületre, hol varratokkal erősítem meg. A lebenyek eredeti helyei között visszamarad egy nyálkahártyahíd, mely meg fogja akadályozni a lágyszájpad zsugorodását. A varratok készítése egyszerű, csak a csomózásuk nehéz, miért csomózás helyett plombjaim használatát ajánlom, a mit az Orvosi Hetilap 1914. évi 411. l.-jén és az Archiv f. Laryngolog. 27. kötetében ismertettem (1. ábra).“



1. ábra.

„A második lehetőség adva van, ha a szájpád heges, a hátulsó garatfal azonban ép. Ebben az esetben a hátulsó garatfalról egy convexitásával lefelé néző széles nyálkahártyalebenyt praeparálok le, melynek alapja az odanőtt szájpád alsó szélével összefüggésben marad. Oldjuk a lágyszájpad-garatösszenövést és a lebenyt a lágyszájpad hátulsó sebfelületére fordítjuk. Ezután görbe tűvel egyszerűen matraczvarratot készítünk, melyet a szájpád elülső felszínén csomózunk.“

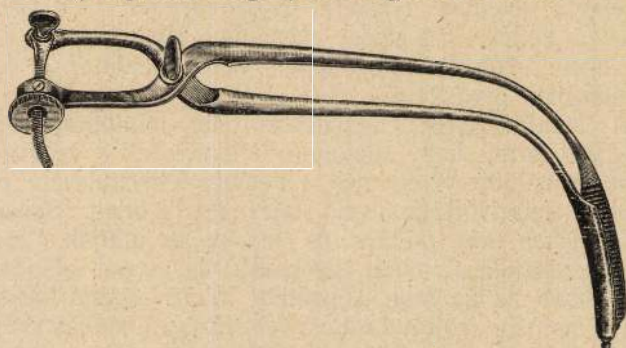
„A harmadik esetben úgy a szájpád elülső felszíne, mint a hátulsó garatfal teljesen heges. Ebben az esetben tanácsos úgy eljárni, mint a submucosus septumresectionnál. A septumon elől függélyes irányban nyálkahártyametszést ejtünk. Most le kell választani egészen a choanákig terjedőleg egy a septum alapjától számítva 2—2.5 cm. széles nyálkahártyaszalagot. Az odanőtt szájpád megfelelő oldalát felszabadítjuk és selyemfonalat erősítünk a nyálkahártyaszalag elülső végéhez, melyet az orron és szájon át előre húzunk. Végre teljesen felszabadítjuk két vízszintes metszéssel a nyálkahártyaszala-

got és a selyemfonál segítségével hátrahúzzuk. Magától értendőleg a sebfelzíneknek correspondeálniok kell. A nyálkahártyát varratokkal vagy tamponade-dal rögzítjük.“

Tapasztalásaim azonban azt mutatják, hogy jóllehet a plastikai eljárás segítségével meg tudjuk akadályozni az összenövéseket, mégis a körkörös, heges szűkület előbb-utóbb ismét beáll. Ebből az okból tartom minden más eljárással szemben legtökéletesebbnek a műtét utáni *műszeres tágitást*.

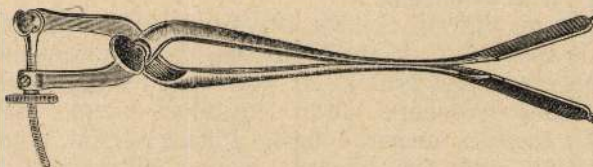
Chiari manualis tágitást alkalmaz, a szájpádot nap-nap után előhúzza és masszálja (Wiener Laryngolog. Gesellsch. 1896). *Lichtwitz* (Annales de malad. d. l'oreille, 1894) Benique-szondával tágit. *Khautz* (Wiener Med. Presse, 1900) a *Pocher*-féle, a rhin. post.-nál használatos lágyszájpadhorgot alkalmazza. *Hajek* a tágitáshoz először szintén lágyszájpadhorgot használt (Internat. klin. Rundschau, 1892), de később (Allgem. Wiener Med. Zeitung, 1897) egy a *Fränkel*-féle orrtükör mintájára szerkesztett tágitót ajánlott, melyet a beteg még hosszú időn át rendszeresen alkalmazhat. *Pieniazek* a tágitáshoz a *Jurasz*-féle fogót használja (Handb. der Spec. Chirurgie. Bd. I. 2.).

Delseaux háromnyelű, *Halász* (Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1903) laposan meghajlított tágitót alkalmaz.



2. ábra.

Nagy hátránya mindezeknek a tágitóknak az a körülmény, hogy a szájon át alkalmazzák, miáltal egyrészt csak nagyon rövid ideig használhatók, másrészt pedig alkalmazásuk — mint a *Delseaux*-féle tágitóé — nagyon nehézkes. A tágitó eljárás azonban csak akkor éri el teljesen célját, ha alkalmazása könnyű és a beteg hosszú időn át nyugodtan tűri. Ezt igyekeztem elérni és legutolsó idevágó esetben sikerült is megvalósítani.



3. ábra.

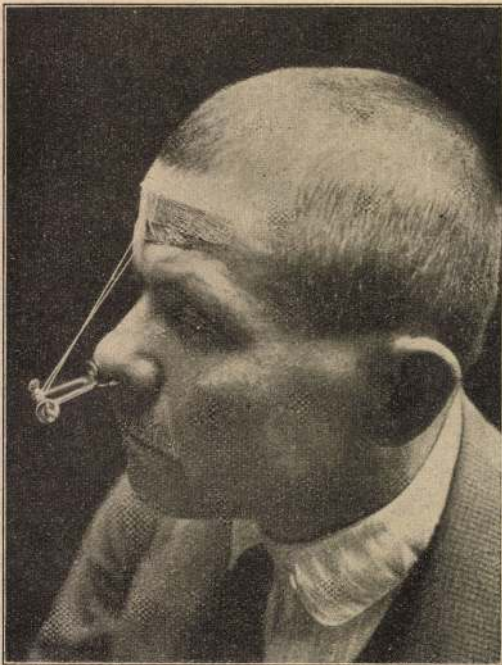
A kétkarú hosszúnyelű műszer (2. ábra) szülőfogó módjára szétszedhető és egyesíthető, a rajta levő csavar félfordulatával rögzíthető, míg egy harántirányú csavarral a karok egymáshoz közelíthetők és távolíthatók. Mivel a karok közvetlenül a harántirányú csavarmenet mögött kereszteződnek, legjobban a karok legtávolabbi, derékszög alatt meghajlított hátulsó része távolodik el egymástól. A két kart — fülkatheter módjára — külön vezetjük be, az egyiket a jobb, másikat a bal orrfélbe és

azután egyesítjük őket. A tágitót a harántirányú csavarmenet segítségével nyitva, a karok hátulsó végei távolodnak és ki-fejtik az oldalsó garatfalra a szükséges nyomást.

Magától értetődik, hogy a karok bevezetését gátló, esetleg fennálló septum-deviatiót vagy kagylótúltengést előbb műtétileg kell megszüntetni, mire az alsó orrjárat elég teret nyújt a karok számára.

Ha a szűkület helye magasabban fekszik, akkor zárt állapotban a műszer karjainak nem csak vízszintes, hanem lefelé hajlított része is összefekszik, mert egymással parallel. A légyszájpad legalsó részletében levő szűkület esetében, ha a zárt műszer vízszintes kar-részlete össze is fekszik, a lefelé hajlított résznek esetről-esetre, kisebb-nagyobb mértékben szét kell térnie, hogy a kívánt hatást szétcsavarása után elérje. (3. ábra.)

Minthogy a lefelé hajlított kar-részlet széttérése a görbületi ponton kezdődik, az egyes karok bevezetése minden különösebb nehézség nélkül történhetik. A széttérés nagyságát a műtőnek kell a megrendeléskor a műszerészszel közölnie.



4. ábra.

A műszer bevezetését a beteg is gyorsan megtanulja. Ezen eljárással gyógyult esetem a következő:

R. B. 42 éves elektrotechnikus. Primaer fertőzés 20 év előtt; két évvel ezelőtt a galicziai harcztéren torkában kiterjedt kifeléyesedés jelentkezett, mely teljes összenövésre vezetett és csak a légyszájpad alsó részét hagyta szabadon. Műtét 1916 február 3.-án, mikor is minden plastika nélkül véres úton oldjuk a légyszájpad-garatösszenövéseket; majd egy eléggé rugalmas orrecsetelő szondát patkószerűleg meghajlítva, két végét jodoformgaze-zel körülcsavartam és selyemmel rögzítettem; azután erős selyemfonalat kötöttem a patkóalakú horog közepére, a selyemfonalat Bellocq-csővel az orrba húztam és a rugalmas patkót ily módon az orrgaratüregbe vezetve, a fonalat tapasztalással rögzítettem az arczon. Így jöttem arra a gondolatra, a mely engem „*a per-nasalis epipharynx-dilatator*“ megszerkesztésére vezetett. A műszer néhány nap alatt elkészült és azóta eleinte minden éjjel, később minden második, harmadik, negyedik napon volt bevezetve. Hogy a műszer kicsúszását megakadályozzuk, a műszernek az orrból kiálló végére selyemfonalat kell alkalmaznunk, melyet a homlokon tapasztalással rögzítünk (4. ábra). A tágitó egész éjjel bennmaradhat, a beteg jól tűri, nem okoz neki semmi kellemetlenséget; alvása zavartalan. A beteg rendkívül heves fejfájásai teljesen elmaradtak és az orrgaratür az összeszűkülésre a legcsekélyebb hajlamot sem mutatja.

A műszer készítője: Garay, Budapest, Kossuth Lajos-u.

320 napos terhesség.

Közli: Szemkő Barna dr.

Az Orvosi Hetilap f. évi 4. számában „Partus serotinus“ cím alatt megjelent cikk kapcsán bátorkodom közölni esetemet. Érdemesnek tartottam leírni, mert nemcsak az eddig ismertetett túlhordásokat mulja felül, hanem mert a magzatra semminemű káros befolyással nem volt.

Az eset a következő:

B. K.-né I.-P., 24 éves, jól fejlett egészséges asszony. 15 éves kora óta rendszeresen menstruál, 2—3 napig vérzik, 32 naponként. Utoljára 1915 november 20.-án vértett. Deczember 10.-én férjhez ment; 20.-án férje a harcztérre vonult. További közölségek kizárhatók. Az intelligens, fiatal asszony bemondásai teljesen megbízhatók; a családnak nemcsak orvosa, de régi barátja is vagyok. A deczember 24.-ére várt menstruatio elmaradt. Az asszonyka terhesnek érzi magát; január végén hányogat s jelentkezik a többi apró, szokásos jel. 1916 május 23.-án a magzat megmozdul. Az asszony az elég nagyfokú anaemián kívül az egész idő alatt egészséges. November 9.-én este 10 órakor, minden előző jel nélkül, megindulnak a fájások s primiparánál egészen szokatlan gyors s könnyű szülés következik $\frac{1}{2}$ órakor.

A szülést, sajnos, nem észleltem, mert időközben katonai szolgálatra vonultam be. A környezet bemondása után közölhetem csak, hogy az egészséges fiúgyermek közepesen fejlett volt, mindjárt születése után erőteljesen sírt, jelenleg 3 hónapos, teljesen egészséges, korához képest szokatlanul nagy, jól táplált.

Esetemben tehát biztossággal megállapítható csaknem napra a fogamzás. Minthogy nem valószínű, hogy a november 24.-i menstruatio petéje termékenyült meg, ez csak a deczember 24.-ike óta várt menstruatiót megelőző ovulatio petéje lehetett. Közölsés csak deczember 10. 20. között történt, tehát nagy valószínűséggel lehet felvenni a conceptiót 20.—21.-ére. Már most, ha érvényesnek vesszük a szabályt, hogy a magzatmozgások a terhesség közepére esnek, a szülésnek a május 23.-áig eltelt napok (153) kétszerese = 306 nap mulva kellett volna bekövetkeznie, vagyis október 22.—23.-án. A szülés már ezt a hosszú 306 napos terminust is két héttel késte el, tehát 320 napos volt.

Esetem a terhesség időtartamával a törvényben felvett 10 hónapot is föltúlulta, nem is szólva a szokásos időről, a 280 napról. És ha az asszony férje a harcztéren ezalatt elesett volna, a felmerülhető per kapcsán az asszonyon s gyermekén a törvény betűihez ragaszkodó bíróság részéről a legnagyobb igazságtalanság eshetett volna meg. Az eset nemcsak mint partus serotinus érdekes, de, tekintve, hogy teljesen egészséges és normális fiúgyermek született, igazolni látszik azt a theoriát, hogy a terhesség időtartama tizszer annyi nap, a mennyi a menstruatiók közötti intervallum. Esetemben ez 32 nap volt s minthogy a fogamzás napja elég bizonyossággal felvehető, a szülés éppen a 320. napon következett be.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Marberger Sándor: Hogyan védekezzünk a tuberculosis vagy gümőkór ellen? A tüdőbaj otthoni, sanatorium-szerű gyógykezelésének módja. Budapest, 1917. Athenaeum kiadása. 232 oldal. Ára 3-20 kor.

Megemlékezünk a kis könyvecskéről, bár a nagy közönség számára készült. Az orvosnak ugyanis a tuberculosis megállapítása alkalmával nemcsak gyógyszer szabad rendelnie, hanem kötelessége a beteget alaposan tájékoztatni, mily életmódot folytasson s hogyan óvja környezetét a fertőzéstől. Szükséges az is, hogy az egészséges környezet tudja, miként védekezzen a betegség ellen. Az orvosnak e köteles munkáját

lényegesen megkönnyíti, ha oly népszerűen megírt könyvet juttathat a beteg kezébe, melyben ez a szükséges tudnivalókat megtalálja, a nélkül, hogy az öngyógyítás kísértésébe esnék.

Marberger könyve e czélnak teljes mértékben megfelel, elterjedése feltétlenül hasznára fog válni a tuberculosis elleni küzdelem ügyének.

Ország.

Wilhelm Stekel: Onanie und Homosexualität. Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1917.

Úgy a gyermek-, mint az ideg- és elmeorvos úton-útfélen találkozik a könyvben tárgyalt kérdésekkel, melyekkel régebben *Krafft-Ebing* foglalkozott mesteri módon, később *Freud* tanai által új világlátásba helyeztetek s melyeket *Stekel* jelen művében látunk a legmodernebb felfogás alapján megvilágítva. A „Nervöse Angstzustände“, „Die Sprache des Traumes“ és „Die Träume der Dichter“ című érdekes művek írója *Freud*-nak tanítványa, azonban megszűnt mesterének csálhatatlanságában hinni, saját útjain jár, ami a mester és tanítványa közt szakításra vezetett. *Stekel* *Freud*-nak zsarnokságot („wissenschaftlicher Papismus“) vet szemére, elismeri genialitását, de nem akar oly tanítvány lenni, ki csak az esetben kedves tanára előtt, ha tanait vakon követi. Nagy tudományos készültséggel, éles kritikával és ragyogó stylussal foglalkozik a szerző közérdekű tárgyával.

Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

A himlőellenes védőoltásra vonatkozó érdekes esetet ismert *Stühmer*. Katonáról van szó, a kit bevonulása óta kétszer oltottak himlő ellen, még pedig másodszor két hét előtt. Mindkét oltás a bal felkaron történt. A második oltás nem fogamzott meg, de 8 nappal utána a jobb karon oltáshólyagok fejlődtek. Az esetet a szerző úgy magyarázza, hogy az illető, a ki tetves volt, vakaródzással vitte át az oltás helyéről az anyagot a másik karjára; az oltás helyén pedig azért nem fejlődtek pustulák, mert a már ismételt ugyan-ezen a helyen végzett oltások miatt ott helybeli bőrimmunitás fejlődött, maga a szer-vezet azonban már nem volt immunis. A gyakorlatra nézve tehát az követ-kezik az ismertett esetből, hogy az újraoltások helyéül olyan helyeket válasszunk, a hol még nem történt oltás. (Medizinische Klinik, 1917, 16. szám.)

A köpetben levő gümöbacillusok kimutatásának megkönnyítésére *Ditthorn* és *Schultz* a következő eljárást ajánlja, a mely egyrészt nagyon egyszerű, másrészt pedig eredményesség tekintetében az *Uhlenhuth*-eljárást is felülmúlja. Az eljárás röviden a következő: A köpetet körülbelül ugyanannyi steril vízzel hígítva, tizedrészannyi 15%-os káli-lug hozzáadása után jól összerázzuk; sok esetben már ilyen módon eljárva homogenné válik a folyadék, ha azonban sok a mucin, 10—20 percig 47—50° C. hőmérséken kell tartanunk (thermostatban vagy egyszerűen vízfürdőben), hogy kellőképpen homogenné váljék. Ezután 20%-os ferrum oxychloratum-oldatból 1.5—2.0 cm³-t adunk hozzá (legjobb úgy eljárni, hogy a vaschlorid-oldatot tartalmazó pipettát felső nyílásán újjunkkal betartva beléeresztjük a homogenné lett és hígított köpetbe s a pipettával végzett keverő mozgás közben kb. 1/2 perc alatt folytatjuk be a vaschlorid-oldatot). A képződött csapadékot ezután kettős szűrőpapíron felfogva, a szokásos módon felkenjük, megszáritjuk, fixáljuk és megfestjük. Utánfestés nem szükséges, mert az előző káli-lug-kezelés miatt a nem saválló bacteriumok feloldódtak. (Centralblatt für Bakteriologie, Originale, 79. kötet, 4. füzet.)

Sebészet.

Bélresectiót végzett *Reich* a bél lumenének megnyitása nélkül, invaginatio útján egy betegén, a kinek vastagbelében kis almányi, a bél lumenét körkörösén szűkítő rákos daganata volt.

A hasüreg megnyitása és a daganat felkeresése után megfelelő nagyságú mesocolont ékalakúan kimetszve a vastagbelet a daganat felett és alatt bélzúzóval összezúzta s a daganatot tartalmazó bélrészletet az odavezető bélrészletbe betüremlyítette annyira, hogy a két összezúzott hely egy színbe jutott s ekkor az utóbbi helyet az ép bélserosa keresztülöltésének két rétegében befedte. A daganatot tartalmazó bélrészlet a 8. napon kiürült a végbélen s azóta a vastagbél peristaltikás működése teljesen kifogástalan. Megjegyzi a szerző, hogy ez eljárás csak akkor használható, ha a daganat a betüremlyítéssel a bél lumenét nem zárja el. Előnye, hogy a bél lumenét nem nyitjuk meg s a fertőzés eshetőségeit teljesen kizárhatjuk. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 16. sz.)

M.

Végbélsipolyos betegeknek, írja *Toges*, ha naponta 1—2 kanál csontszénat adunk per os, akkor a székeletük szaga teljesen eltűnik. A betegre nézve rendkívül demoralizáló eme körülmény megszüntetésével a végbélsipolyt némileg tűrhetővé tesszük. (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 17. sz.)

M.

Szülészet és nőorvostan.

A terhesség megszakításának jogosult és jogosulatlan indicatióiról *Bumm* professor a berlini szülész- és nőgyógyász-egyesületben tartott előadásában a következőket mondta: A népesség szaporodásának rohamos csökkenésében nagy része van a vetélésnek és sokszor a vetélésben résztvevő orvosoknak. Ezért feltétlenül szükséges szigorúan pontos utasítást kidolgozni arra nézve, hogy a terhességet milyen esetekben szakíthatja félbe az orvos. A 70-es és 80-as évek statisztikája szerint átlag minden 8—10 szülésre esett egy abortus, ma a vetélések száma megkétszereződött. Berlinben évi 50,000 szülésre 10,000 vetélés esik. A német birodalomban 1913-ban 1,900,000 terhesség közül 300,000 végződött vetéléssel. Mennyi ezek közül a provokált abortus? A hollandi statisztikák szerint 15%, Amerikában 35%, Franciaországban 50%, Oroszországban 75%. *Lindeman* halensei kimutatása szerint Berlinben az abortusok közül 90% provokált, *Olshausen* szerint csak 80%. Az előadó klinikáján 4 hét leforgása alatt 100 vetélő asszonyt vettek fel, kik közül 89 vallotta be a magzatelhajtást. Ezek szerint az évi 300,000 vetélés közül 200,000-et indítottak meg. Az orvosnak a hivatása adja meg a jogot ahhoz, hogy bizonyos esetekben megszakítsa a terhességet. De ez is mütét, s ennek is, mint minden mütétnek, megvannak a javallatai, és pedig vagy az anya életveszedeleme, vagy ha a magzat kiviselése nagyon súlyossá teszi az anyának valamely betegségét. A terhesség első felében ritkán forog az anya élete veszélyben (atrophia hepatis flava, perniciosus anaemia, hyperemesis veszélyes alakjai). Az esetek nagyobb részében olyan betegségekről van szó, a melyekben a terhesség előreláthatólag, de nem biztosan fogja súlyosbítani az anya állapotát, így például diabetes, osteomalacia, súlyos nephritis gravidarum és terjedő tuberculosis. A tuberculosis egyesekben a terhesség alatt csakugyan rohamosan terjed, máskor azonban igen nehéz annak a megítélése, vajjon súlyos vagy könnyebb esettel van-e dolgunk. Az orvos mindig a legjobb tudása és lelkiismerete szerint járjon el. Az ítélete legyen feltétlenül objectív, a sokszor túlzott panaszok és symptomák ne vezessék félre. Az esetlegesen, de nem biztosan létrejövő veszély nem indicatio. Például lehetséges, hogy az asszony lázas lesz, vagy eclampsias lesz, de ez nem bizonyos. Sokszor nem a szigorú indicatiohoz tartják magukat az orvosok, a mit bizonyít az, hogy az előadó a klinikájára művi vetélés végett utalt 202 eset közül csak 59-ben végezte a mütétet. Némelyek szerint van socialis indicatio is, ezt az orvos sohase fogadja el, például sokgyerekes szegénysorsú tudóbajos terhes asszonyon ne vállalja a mütétet azért, mert nincs módja gondozni és gyógyíttatni magát; mások humánus indicatióiról szólnak, például Kelet poroszországban volt orvos, a ki az orosz betérés alkalmából teherbe jutott nőknél megcsinálta az abortust. Van eugenikus

indicatio is, olyanokon, a kiknek testi és lelki betegsége öröklődik s nem kívánatosak a társadalomra az utódok. Csakhogy a mai orvosi tudás szerint még nem tisztázódott az öröklődő bajok kérdése, azért annak gyakorlati jelentősége még nincs. A vetéléseket legnagyobb részét nem is az orvos végzi, hanem vetéléssel foglalkozó javasasszony, bába. Ez ellen kellene védekezni valahogy. Egyrészt fontos az orvosokat visszatartani attól, hogy szigorú indicatio nélkül végezzenek vetélést, de másrészt a közönséget is erkölcsileg és lelkileg befolyásolni kellene. A mai asszony nem tekinti szentnek a terhességét, nem tartja kötelességének magzatát kiviselni, a terhesség az ő számára kellemetlen physiologiai folyamat, a melytől igyekszik minél hamarabb megszabadulni. Az orvosok egy része a hivatását csak az anyagi oldaláról nézi, és nem utasítja vissza a közönség követeléseit. Azt gondolja — a miben igaza is van —, hogy ha ő nem végzi el az abortust, megcsinálja más. A magzatelhajtás ma széles néprétegekben annyira megrögzött szokás, hogy segíteni ezen sem erkölcsi, sem vallásos úton már nem lehet. Némelyek azt tartják jónak, hogy a vetélést mindig csak két orvos consiliumban végezhesse és az indicatiót protocollum alakjában, írásban tegyék le. A papir türelmes és két rokonlélek könnyen találkozik. A másik mód talán hatásosabb: minden vetélést jelentsenek be, így ellenőrizni lehet azt, hogy ki és hányszor végzi a műtétet. A ki ritkán csinálja, bizonyára a szigorú javallathoz tartja magát, ellenben a ki gyakran végzi, annak a körmére nézhetnek. A ki pedig fél a bejelentéstől, annak oka van eltitkolni az igazságot. (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. LXXIX. kötet.)

Endreyne Selymes Irén.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Erysipelas gyógyítására O. Müller szerint a legegyszerűbb és legolcsóbb — mert mindennemű gyógyszert és kötőanyagot feleslegessé tevő — eljárás a vörös fény alkalmazása. Bármilyen fényforrás (villany-, gáz-, petroleum-lámpa, napfény) használható, tehát vörös körtéjű villanylámpa, piros ernyőjű gázlámpa, vörös cylinderű petroleumlámpa, napfény vörös függönyön át bebocsátva. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 11. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 18. szám. *Rózsa Félix*: Gyomorvérzés ulcus nélkül.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 19. szám. *Ranschburg Pál*: Az idegvarratok eredményességéről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Salamon Alajos* dr.-t szamosújvári járásorvossá nevezték ki.

A Magyar Szent Korona Országai Balneologiai Egyesülete május 21.-én d. u. 1/26-kor tartja közgyűlését az Orvosegyesület helyiségeiben. A gazdasági osztály ugyanaz nap d. e. 10 órakor tartja évi ülését.

Személyi hírek külföldről. *E. Riecke* lipcei magántanárt a göttingai egyetemen a bőrkórtan rendk. tanárává, *W. Brünings* jenai magántanárt a greifswaldi egyetemen az oto-rhino-laryngologia rendk. tanárává nevezték ki.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága által a tuberculosis diagnostikájáról és terapiájáról 1917. évi május hó 18.-ától június hó 16.-áig rendezendő továbbképző tanfolyam programja. Május 18.-án a budapesti tudományegyetem III. sz. belklinikáján (VIII., Ludoviceum-utca 2.): * D. e. 11 órakor *Bencze Gyula* dr. egyetemi magántanár, főorvos előadása: „A tüdőtuberculosis és szolgálatképesség.” * D. u. 6 órakor *Elischer Gyula* dr. egyetemi magántanár előadása: „A Röntgen-vizsgálat a tüdőtuberculosis diagnostikájában.” Május 19.-én az Erzsébet királyné sanatóriumában (I., Budakeszi erdő.) * D. e. 10 órakor *Ország Oszkár* dr. osztályos főorvos előadása a tüdőtuberculosis diagnostikájáról. D. e. 11 1/2 órakor *Scharl Pál* dr. igazgató-főorvos előadása a tüdőtuberculosis terapiájáról. D. u. 2 órakor ebéd. D. u. 3 1/2 órakor *Ország Oszkár* dr. betegeket mutat be. Május 20.-án a III. sz. egyetemi belklinikán: * D. e. 10 órakor *Ország Oszkár* dr. előadása a tüdőtuberculosis diagnostikájáról (folytatás). * D. e. 11 órakor *Scharl Pál* dr. előadása a tüdőtuberculosis terapiájáról (folytatás). Május 21.-én az Erzsébet királyné sanatóriumában: D. e. 10-1 óráig és d. u. 3 1/2-6 óráig: a sanatorium bemutatása, üzemének ismerte-

tése, bemutatások a diagnostika és terapia köréből. Május 22.-én a budapesti cs. és kir. IV. sz. tartalékkórházban (Külső üllői-út). D. e. 10-1 óráig: *Kovács József* egyetemi magántanár ezredorvos előadása és bemutatása a tüdőtuberculosis kórházi terapiájának köréből, különös tekintettel az előrehaladottabb esetekre. A III. sz. egyetemi belklinikán: * D. u. 6 órakor: *Dalmady Zoltán* dr. egyetemi magántanár ezredorvos előadása a tüdőtuberculosis klimatoterapiájáról. * D. u. 7 órakor: *Pekár Mihály* dr. egyetemi magántanár előadása a tüdőtuberculosis socialis vonatkozásairól. Május 23.-án a tüdőbeteg gondozó intézetben (VIII., Kistemplom-utca 6.): D. e. 10-1 óráig és d. u. 6-8 óráig: a tuberculosis-dispensaire működésének bemutatása Május 24.-én a tüdőbeteg gondozó intézetben: D. e. 10-1 óráig a tuberculosis-dispensaire működésének bemutatása. A III. sz. egyetemi belklinikán d. u. 6 órakor: * *Kentzler Gyula* dr. igazgató-főorvos, ezredorvos előadása a dispensaire-rendszerről és annak jelentőségéről a tuberculosis elleni küzdelemben. * D. u. 7 órakor: *Pausz Albert* dr. cs. és kir. vezértörzsorvos a tuberculosis elleni küzdelem érdekében a katonai hatóságok részéről kiadott rendeleteket ismerteti. Május 25.-én elutazás Rózsahegyre (indulás a keleti p. u.-ról d. u. 6 óra 30 p.-kor). Május 26.-án, 27.-én és 28.-án részvétel a magyar orvosok tuberculosis-egyesületének Rózsahegyben tartandó III. nagygyűlésén. A m. kir. Országos Hadigondozó Hivatal rózsahegy-i intézetének bemutatása. Május 28.-án elutazás Besztercebányára. Május 29.-étől június 16.-áig gyakorlati továbbképzés a m. kir. Országos Hadigondozó Hivatal besztercebányai intézetében. (Az intézet vezetője *Benczur Gyula* dr. egyetemi magántanár, ezredorvos, gégeorvosa *Tóvölgyi Elemér* dr. egyetemi magántanár, törzsorvos.) A tanfolyamon a cs. és kir. hadügyminister rendeletére kivényelt katonarvosok vesznek részt. A Budapestben tartandó (a programban *-gal megjelölt) előadásokon más orvosokat is szívesen látnak. Az utóbb említett előadásokon részt venni kívánó orvosok szíveskedjenek ezen szándékukat a bizottsággal (VIII., Mária-utca 39. sz.) szóval vagy írásban közölni. A tanfolyamon tartandó előadásokról és gyakorlatokról kívánatra az illető előadók, a tuberculosis-egyesület nagygyűléséről *Ország Oszkár* dr. főorvos (Erzsébet királyné-sanatorium) adhatnak részletesebb felvilágosítást.

Meghalt. *Sidlauer Armin* dr., miskolci orvos 66 éves korában május 7.-én. — *Steinfeld József* dr. 70 éves korában e hó 4.-én Cservenkán. — *Szabó György* dr. 69 éves korában e hó 5.-én Székelyhídon. — *Kacser Vilmos* dr., a trencsényi járás nyugalmazott orvosa, tiszteletbeli megyei főorvos, 67 éves korában e hó 2.-án. — *W. Schoen*, a természet rendk. tanára a lipcei egyetemen, 70 éves korában.

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

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schöné-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvételtnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete, VII., Nyár-utca 22. szám.

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

Dr. HALPERTH ÁKOS
KARLSBAD
HAUS HERZOG v. BRABANT

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäed-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Budapesti medico-mechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

RÖNTGEN-REINIGER
és vill. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R.-T.**

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Helioterapia.
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én). 262. lap. — A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 262. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én.)

Elnök: **Jendrássik Ernő.**

Jegyző: **Molnár Béla.**

(Folytatás.)

Coecum-volvulusnak coecum-vastagbél-resectióval gyógyított esete.

Erdélyi Sándor: A bemutatott 32 éves beteget 1916 november 23.-án vették fel az új Szent János-kórház sebészeti osztályára. Állítólag kis jobboldali inguinalis sérve 21.-én délután kiszorult, de estére magától visszacsúszott. Fájdalmi azonban egyáltalán nem enyhültek, sőt 22.-én egész nap egyre fokozódtak, teljes szék- és székrekedés kíséretében, valamint hányással és csuklással.

Mivel felvételkor a sérvtömlő üres volt, ellenben kezdődő peritonitis tünetei mutatkoztak, nagy fájdalom, meteorismus, igen nagyfokú elesettség, 120-as pulsus, rendkívül felpuffadt has, száraz nyelv, belső elzáródást kellett feltételezni. **Manninger** főorvos megbízásából a bemutató azonnali műtétet végeztet narcosisban. Jobb alsó ferde hasmetszéssel megnyitva a hasüreget, kiderült, hogy a fossa iliaca és retrocoecalis hatalmasan puffadt vékonybélkacsokkal van tele, melyek a coecumot egészen a középvonalgig, sőt azon túl a bal oldalra szorítják át. A coecum maga emberfejnyire kitágult, gangraenás, serosája repedésekkel telt, közvetlenül a megszakadás határán van. Az odavezető utolsó ileumkacs hátrafelé csapva a colon ascendensre kereszteli, s így körülbelül 60—80 cm.-nyi vékonybélkacs a coecum s a csípőtányér közé van szorítva. A vékonybélkacsok a coecum keresztelése magasságában is többszörösen meg vannak csavarodva; lividek ugyan, de utóbb visszanyerik életképességüket. Az arteria ileo-colica s részben a colica dextra leszorítása és elzáródása miatt a körülbelül 36 órás vértelenség következtében a coecum s egy nagyobb colon ascendensdarab elhalt, s a peritoneum is erősen belővelt, lobos lett, bőven véres exsudatummal. Az elhalt coecumot és colont reszekálni kellett; a bemutató resectio ileocoecalist végzett; az utolsó ileumkacsot a colon transversummal kötötte össze side to side anastomosissal s kiirtotta a coecumot, meg a colon ascendens elhalt s részben még élő, de technikai okokból meg nem hagyható darabját. A hasfalat szűkítő varratokkal részben elzárta, a fossa iliacát s az anastomosis helyét drainezte. Harmadnapra a szék beöntésre megindult, megfelelő kezelés után a peritonealis tünetek visszafejlődése néhány nap alatt befejeződött; a drainék eltávolítása után nyílt kezeléssel körülbelül öt hét alatt gyógyult. A mi a kórkép kifejlődését illeti, kétségkívül a kiszorult, majd visszacsúszott herniából kiinduló peristaltica s a nagyfokú coecum mobile jelenléte magyarázza meg a coecum volvulusának létrejöttét. A coecum s a mesocolon körülbelül 180°-ra volt tengelye körül elcsavarodva, míg a keresztelő vékonybélkacsok s mesenteriumok tengelyük körül 360°-ra csavarva helyezkedtek el. Általában a rendkívül mobilis sigma-volvulus a gyakoribb, míg a coecumé ritka. Ilyenkor **Wilms** szerint nem elegendő ok csupán a coecum mobile jelenléte, a mely különben sokkal gyakoribb, mint gondolnók s appendix-műtétek alkalmával elég fejtörést okoz a sebészeknek, hanem más kiváltó oknak is kell lenni; esetleg enteritis kólikákkal, vagy hernia, mint a jelen esetben, vagy appendicitis roham utáni összenövés, vagy álszalag jelenléte. **Wilms** szerint a coecum-volvulus nem okoz oly súlyos tüneteket, mint a vékonybél-volvulus, s a coecum elhalása s a peritonitis kifejlődése 2—3, sőt 4 napig is eltarthat. Jelen esetben a tünetek jelentkezése után körülbelül 36—40 órával került a beteg műtetre s ez idő alatt a vastagbél gangraenája és a peritonitis már kifejlődött.

Hüllt tanár 1910. évi ileus-statisztikájában 93 ileusból 8 volvulus-operáltja közt egy coecum-volvulus sem volt, s az addigi irodalomban is rendkívül ritkán fordul elő; azóta elszórvá egynéhány eset volt közölve s valószínűleg néhányat nem közöltek.

(Folytatása következik.)

A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: **Mohr Mihály.**

Jegyző: **Ifj. Háhn Dezső.**

(Folytatás.)

3. **Keppich József:** Négy hólyagkő a húgyhólyag lősérülése következtében.

M. M., 6. orosz vadász-gyalogezredbeli fogoly tiszt Czartorysknál 1915 október 25.-én fegyvergolyótól, járó helyzetben, a jobb czomb legfelsőbb részén megsebesült. A lövedék áthatolt a kis medenczén és a bal gluteus közepén át távozott. A beteg vizelete 5 napig véres volt, a vizeléskor nagy fájdalommal. Két hónapon át állandóan katheteren vizelt. November végén láz állott be, úgy, hogy a bemeneti nyílást fel kellett tární és a czomb belső oldalán ellennyílást alkalmazni. A sebek 1916 január közepére begyógyultak. Ezután erős cystitis keletkezett, gyakori vizelési-ingerrel és erős fájdalommal a vizeléskor, miért a beteget hosszabb ideig kezelték. Júliusban a vizelet egy ízben véres volt; a vizelettel kis concrementumok is ürültek. November 18.-án narcosisban cystoskopi vizsgálatot végeztek a betegen: az orificium internum urethrae-ban néhány kisebb, a hólyagban pedig galambtojás nagyságú kő találtatott.

Műtét nov. 21.-én chloroformather-narcosisban. Magas hólyagmetszés. A hólyagot harántmetszéssel nyitotta meg, benne galambtojás nagyságú, a hólyagnyakban pedig 3 datolyaszemmekkoraságú hólyagkővet talált. Valamennyit eltávolította, a húgyhólyagot csomós catgut-öltésekkel két rétegben bevarrta, vigyázva, hogy a nyálkahártya átöltését elkerülje. A cavum Retzii-be gummidraint helyezett és a seb többi részét csomós öltésekkel egyesítette. Állandó katheter, melyet 8 nap mulva eltávolít. A gyógyulás reactionmentes, a katheter eltávolítása után a beteg spontan vizel. Jelenleg a seb gyógyult egy lencsenagyságú, sarjadzó felület kivételével.

Valamennyi hólyagkő azáltal keletkezett, hogy a lövedék a csípőcsontból 4 csontszilánkot a húgyhólyagba sodort, melyek ott rekedve incrustálódtak és hólyagkővek képződésére vezettek. A három kisebb hólyagkővön a csontszilánkok világosan felismerhetők, a negyedikben pedig, miután a közepén szétfűrészelték, a metszésfelületen datolyaszem-nagyságú csontszilánk kétségtelenül felismerhető.

4. **Keppich József:** Lövedék eltávolítása a czombból.

R. G., tényleges szolgálata idejében 7. dragonyos-ezredbeli legényt, genyedés miatt 1911 április havában a bal gluteusán megoperálták. Ugyancsak a bal gluteusán sebesült meg fegyvergolyótól 1914 október 21.-én az orosz harcz-téren. A seb 6 hét alatt begyógyult. 1915 január 5.-én megkísérelték a lövedéket operative eltávolítani. A kísérlet nem sikerült. A második eredménytelen kísérlet június 8.-án történt. Mindkét kísérletet Röntgen-felvétel segítségével végezték és behatolásul a czomb elülső felszínét választották; itt két, 8—8 cm. hosszú heg található. A harmadik kísérlet 1916 szeptember 25.-én rászúrásos módszerrel történt (**Keppich** dr.) chloroformather-narcosisban. A lövedék az ülőgumó előtt, a czomb belső oldalán feküdt és kéznyomással igen kevésbé volt befolyásolható. Röntgen-fény ellenőrzésével tűt szúr be, a tűt a lövedékkel együtt megmozgatja és a lövedéken kissé túlszúr. Hosszmetszés a czomb belső legfelsőbb részé-

ben, a tü beszúrása helyén át vezetve. Behatolás az abductorok között. A lövedék 8 cm. mélységben kérges szövetbe ágyazva feküdt, mely oly kemény volt, hogy az első perczen a tuber ischiinek nézték. A lövedéket a környező kérges szövetrel együtt élesen eltávolítja. Gummidrain behelyezése után a seb zárása. A lövedék egy gyalogsági fegyvergolyó deformált hüvelye. A gyógyulás reactionmentes volt, a drainsző két nap múlva eltávolított. A beteg teljesen meggyógyult.

5. Keppich József: Lövedék eltávolítása az agyból.

E. L., 17 éves hadi gyárimunkás öngyilkossági szándékából 1915 január 13.-án revolverrel föbelőtte magát. A golyó az agyban akadt meg és azóta állandó fejfájásról panaszkodik. A jobb halántéktájon lencsenagyságú behúzó-dott belövési heg. A Röntgen-vizsgálat a deformált lövedéket közel a középvonalhoz, a sulcus praecentralis közelében, 3—4 cm. mélységben az agyfelülettől számítva mutatta. Minden egyéb vizsgálat negatív, kiesési tünetek nincsenek. A lövedék eltávolítása Röntgen-ellenőrzés mellett történt, a rászúrásos módszer segítségével, 1916 december 4.-én. Műtét helyi érzéstelenítéssel.

Mivel a lövedék a láb mozgató centruma közelében feküdt, a bemeneti nyílást a lehetőség szerint a homlokhoz közelebb igyekezett elhelyezni. Érzéstelenítés Hackenbruch szerint 1%-os novocain-oldattal. Ívalakú metszéssel lebenyt készít, melynek alapja a fül felé néz. A metszést prophylaxisos vérzéscsillapítás céljából két sor Haidenhain-féle varrat között végzi. Kiindulásul Stille-féle fúróval két lyukat fúr.

E két lyukból kiindulva, a Dalgren-féle csontfogóval a csontlebenyt körülmetszi és a lebenyt kihajlítja. Az agyburkot a sutura coronariával párhuzamosan 2 cm. hosszúságban megnyitja. A dura erősen megvastagodott. A piának néhány vérerét lekötötte. Az agyba való beszúrára gombosvégű tűt használt. Az egész műtégi területet, úgyszintén a műtő kezét három rétegben steril kendőkkel befedve, Röntgen-fény ellenőrzésével a lövedéket a tüvel megérintette. A lövedék eltávolítása Röntgen nélkül történt. Az agyállományt éles késsel bemetszi; a tü mentén haladva, fogóval megfogta és 4 cm. mélységből kiemelte a lövedéket. Az agysebbe celloidin-drainsövecskét helyezett, az osteoplastikás lebenyt visszahelyezte és a sebet átöltő és felületes bőröltésekkel bevarrta. Kötés.

A Haidenhain-féle varratokat december 7.-én, az átöltő öltéseket 9.-én, a draint 11.-én, a többi varratot pedig 12.-én távolította el. Gyógyulás per primam intentionem. A beteg már december 11.-én felkelt az ágyból. Jelenleg egyáltalán nincsenek panaszai.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

5318/1917. sz.

A bethleni és kékesi járási tiszti orvosi állásokra pályázatot hirdetnek.

Mindkét járási tiszti orvosi állás 2000 korona kezdőfizetéssel, a bethleni 450 korona lakáspénzzel, a kékesi 360 korona lakáspénzzel s mindkét állás 600 korona útiátalánnyal van javadalmazva és nyugdíj-jogosultsággal jár.

A kékesi járásorvos a kékesi és szentgotthárdi, a bethleni járásorvos a kerlési körorvosi körök orvosi teendőivel is, azok betöltéséig, meg lesz bízva s ezért külön díjazásban lesz részesítve.

A kékesi járásban egy uradalom is van.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket a 12.500/1912. B. M. sz. alatt kiadott vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon, a vármegye főispánjához címezve folyó évi június hó 2.-áig bezárólag hozzám annyiával is inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vételét nem fogják.

D és, 1917 május hó 2.-án.

Az atispán.

Kör-, uradalmi- és ker. munkásbiztosító pénztári orvosi állás töltendő be mielőbb bánáti vagyonos német községben. 5000 koronán felüli fixum, szép magánpraxis, 5 szobás természetbeni lakás fürdőszobával. Lehetőleg nős urat óhajtanánk. Hadbavonult segédszolgálatot teljesítő pályázók felmentése bizonyosra vehető.

Bővebb felvilágosítás nyerhető Végh István gyógyszerésznél, Istvánvölgy (Torontál vármegye).

1206/1917. sz.

Az üresedésben levő Hosszúpályi, Monostorpályi és Vértes községekből álló hosszúpályi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Pályázni szándékozók felhívom, hogy orvosi oklevelüket, egyéb képzettségüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal és születési bizonyítvánnyal felszerelt kérvényüket hozzám 1917. évi május hó 21.-éig adják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Javadalmazás: évi 1600 kor. törzsfizetés, 5 évenként 800 koronáig emelkedhető 200 kor. korpótlék, a szabványos látogatási és műtési díjak, természetbeni lakás veteményes kerttel.

A megválasztandó körorvos négy nagyobb uradalomtól megegyezés esetén rendszeres évi díjazást kaphat.

A választás napját később fogom kitűzni.

Derecske, 1917 május 1.

A főszolgabíró.

Természetes gyógyfürdők házi használatra!

mint: sós (Sole-)
szénsavas-
kén-
Abietin-Pinosal (fenyőtükivonatot pótlására)

fürdők
fürdők
fürdők

Dr. W. Sedlitzky-féle halleini szab. fürdő-tabletták és halleini anyalóg.

Az orvos uraknak minták és irodalom díjmentesen áll rendelkezésre. Kapható minden ásványvízkereskedésben, gyógyszerárakban és közvetlenül az alanti cég által

Dr. W. Sedlitzky, Hallein.

Iglófüred gyógyfürdő Szepes m.

f. év június 5.-én megnyílik.

Szobák: 3—11 korona napi árban.

Étkezés (közös étkezés: reggeli, ebéd vacsora):
személyenként naponta K 11.—,
gyermekeknek naponta K 6.—.

Prospektust küld

IGLÓFÜRED GONDNOKSÁGA.

Ferglobin-Ökrény.

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

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr. fémvasnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

Olcso medicatio!

Obstipatiót nem okoz!

Ferglobin-Örkény

cum arseno.

Tablettánként 1/2 milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukemia eseteiben, le-romlott phtisikus betegeknek és recon-valescenseknél.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf“ gyógyszerháza és gyógyszerészeti laboratoriuma
Budapest, IV., Váci-utca 1.

Dí mentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhímlő-
 :: termelő intézete ::
 A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
 Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.
 És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjectio.

Rózsavölgyi Imre
 gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
 Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

MATTONI-FÉLD
GISSHÜBLER
 természetes
 égvényes
SAVANYÚVIZ.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

A magy. kir. belügyminiszter által **Sanatorium**
 672/10936. szám alatt engedélyezett

kedély- és idegbetegek részére
Sátorajújhely.

Embarin

Energikusan ható

antisyphiliticum

intramuscularis és subcutan injectiók számára.

A kezelés kezdeténél azonnal a legtöbb syphilitikus
 jelenségek visszafejlődése tapasztalható. A befecskendéseket jól tűrik és fájdalmat alig okoznak.

6 ccm-t tartalmazó üvegek, dobozok 10 ampullával à 1,3 ccm

Collargol

nemcsak a legjobban bevált szer

általános fertőzéseknel,

sepsis, pneumoniánál, acut izületi csúznál,
 wolhyn. láznál stb.-nél,

hanem ingermentes, veszélytelen, fölötte hatásos

helyi antiseptikum

fertőzött sebek, daganatok, gonorrhoea,
 cystitis, pyelitis, endometritis és a

szem-, fül-, orr-, és melléküregei fertőzésének kezelésénél.

Csővecskék 1 g. Collargollal.

Csővecskék 50 tablettával à 0,05 g.

Árleszállítás

a **HEYDEN-féle**

gyógyszerészeti präparatumoknál.

Ismét az olcsó német áraknak
 megfelelően szállíthatnak.

Chemische Fabrik von Heyden

Aktiengesellschaft

Radebeul-Dresden.

Tannismut

Kitünő symptomatikus hatás

bélhurutok esetén.

A Tannismut egyesíti magában a wismut- és tannin-
 hatását, az eledel számára a tolerantiát gyorsan helyreállítja,
 az alsó bélrészekre is hat és olcsón és könnyen szedhető.

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

Csővecskék 20 jóízű tablettával à 0,5 gr.

Xeroform

Teljesen méregtelen sebhintőpor. Ingermentes,
 sterilizálható, kiszáritó, erős desodorans, gyorsan ható
 bőrtképző erővel. Különösen hatásos nedvező ekzemák,
 ulcus cruris és égési sebeknél.

Hintődobozok és hintőüvegek 5—5 gr.-al.

Bádogdobozok 25, 50, 100 gr.-al.

Heyden-féle acetyl-salicyl-t

csakis

Acetylin

elnevezés alatt sziveskedjék rendelni.

Acetylin-tabletták vízben nagyon könnyen szétesnek, olcsók,
 kifogástalan minőségűek és hatásuk biztos.

Bádogdobozok 20 és 40, üvegcsővecskék 20 tablettával à 0,5 g.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Jancsó Miklós: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud. egyetemi klinikáknak „Pasteur” tartalékkórházából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr. egyetemi tanár.) Kísérleti vizsgálatok a visszatérő láz recidiváinak pathogenesisére vonatkozólag. 265. lap.

Szöllős Henrik: Nagyszámú, túlnyomólag fertőzött traumás aneurysmán tett tapasztalatok. 269. lap.

Tauffer Vilmos: A női nemzőszervek hygienéje. 271. lap.

Kerntler Jenő: A „Technik für Kriegsinvaliden” congressusa Bécsben. 274. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. G. C. von Walsem: Die morphologische Blutuntersuchung am Krankenbett. — **J. H. Lubinus:** Lehrbuch der medizinischen Gymnastik. — Új könyvek. — **Lapszemle. Belorvoson. Walko:** A fertőző bélbetegségek kapcsán fejlődött pajzsmirigygyulladás után jelentkező hyperthyreoidismus és heveny Basedow-kór. — **Sebeszet. Etselsberg:** Az idegen testek Röntgen-ellenőrzés mellett eltávolítása. — **Bőrkórta. Zumbusch:** A seborrhoeának és hajhullásnak hintőporral való kezelése. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Curschmann:** Luminal okozta dermatitis. 275—276. lap.

Magyar orvosi irodalom. 276. lap.

Vegyes hírek. 276. lap.

Tudományos Társulatok. 277—278. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud. egyetemi klinikáknak „Pasteur” tartalékkórházából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyetemi tanár.)

Kísérleti vizsgálatok a visszatérő láz recidiváinak pathogenesisére vonatkozólag.

Irta: **Jancsó Miklós** dr., egyetemi tanár.

A protozoon-megbetegedések egy csoportjában a bántalom egyetlen lázas rohammal folyik le. E lázrohamnak lezajlásával a betegség megszűnik s gyógyulás következik be, vagy halálosan végződik az. Így látjuk ezt a szarvasmarhák pirosoma-megbetegedésében („parti láz”), a csirkék és libák spirosoma-bántalmában (spirosomiasis gallinarum) és különösen gyakran kisebb laboratoriumi állatainknak erősebben virulens protozoonok nagyobb mennyiségével végzett experimentalis fertőzésében (trypanosomák, pirosomák, spirosomák).

Hogy a gyógyulás miképpen következik be ezen megbetegedésekben, arra nézve felvilágosítást azok a vizsgálatok adnak, a melyeket **Marchoux** és **Salimbeni** a csirkék spirosomiasisában, **Gabritschewsky**, **Levaditi**, **Uhlenhut**, **Neufeld** és **Prowazek** a recurrensben végeztek.

A fertőzött argas reflexus által inficiált csirke vérében a betegség-tünetek megjelenésekor a spirosomák gyors szaporodásnak indulnak, úgy, hogy 2—3 nap multával csak úgy nyüzsögnek a vérben az élénk mozgásban levő spirosomák. A következő napokon kezdenek ezek fürtökbe összeverődni: agglomeratio jelenségei észlelhetők. A megbetegedés 5.—6. napján vagy elpusztul a csirke, vagy pedig pár óra alatt lezajló kritikus hőleesés kíséretében vérből az összes spirosomák nyomtalanul eltűnnek, úgy, hogy egyetlen egy sem található s a csirke meggyógyul. **Marchoux** és **Salimbeni** vizsgálatai azt derítették ki, hogy a spirosomáknak ez az eltűnése a vérsavó bakteriumölő tulajdonságának következtében jön létre, a melyben a spirosomák feloldódnak; a mi úgy az élő állatban, mint in vitro látható.

A **Gabritschewsky**, **Novy** és **Knapp**, **Manteufel**, **Neufeld** és **Prowazek** vizsgálatai kimutatták, hogy ugyanez történik febris recurrensben is úgy állatokban, mint az emberben az első roham végén. Ha az illető állat vagy ember nem pusztul el, a mi emberi recurrensben csak igen ritkán észlelhető (**Hödlmoser**), akkor a vérben nagyszámban felszaporodott spironemák a krízis alatt teljesen eltűnnek a vérből a vérsavó parasitaölő és parasitaöldő tulajdonsága miatt, a mely

tulajdonságokat a vérsavó csak a krízis előtt igen rövid idővel nyeri.

Éppígy történik ez a trypanosoma-fertőzésekben, a mint azt legelőször **Rabinowitsch** és **Kempner** a patkányon kimutatta. Éppígy kimutatták ezt a **Nocard** és **Theiler** vizsgálatai, legalább is a kutya pirosoma-megbetegedésére nézve, habár **Kossel** és **Schütz** a szarvasmarha pirosoma-bántalmában a vérsavóban parasitaölő ellentesteket nem tudott kimutatni.

Nem sikerült kimutatni ellentesteket a vérsavóban a mai napig a váltólázban sem.

*

A protozoon-megbetegedések egy másik csoportjára nézve éppen az a jellemző, hogy a recidivák úgyszólván szabályszerűen, tehát minden alkalmi ok közrejátszása nélkül is jelentkeznek. Ezek közé a megbetegedések közé tartoznak a malaria, a pirosoma-megbetegedések sok fajtája, a trypanosomiasisok és a recurrens. Különösen a recurrensben tekinthető úgyszólván szabálynak a recidiválás.

E recidivák — relapsusok — pathogenesisének kiderítése már régen vizsgálatoknak tárgya és arra különböző hypothesisek állítottak fel.

Balfour vizsgálatai alapján a recurrens-spiromáknak a vörös vértestekben lefolyó intracellularis életfolyamatára következtet, a hol ezek kikerülnek a vérsavó pusztító hatását, azután megint elszaporodnak és recidivát okozhatnak.

Schaudinn recurrensben a lépben és a májban kerekded képleteket talál, a melyeket ő nyugalmi állapotban levő spironemáknak, avagy oszlási alakoknak tart.

Tedeschi kísérleti állatai májában és lépében a láztalan időszak alatt is megtalálta a recurrens-spiromákat, de nem találta meg a **Schaudinn** által leírt „nyugvó alakokat” s így arra a következtetésre jut, hogy recurrensben kevés számú spironema a láztalan időszakban a belső szervekben megmarad, kikerül a vérsavó ölő hatását s ezekből regenerálódnak újra a fertőzés.

Levaditi 1907-ben azt a felfedezést tette, hogy a recurrens-spiromák patkányban, mely állatnak spironema Obermeyerivel történő kísérleti fertőzésében rendszeren két roham észlelhető, merőben különbözően viselkednek az állat vérsavójának pusztító hatásával szemben, a szerint, hogy az első, avagy a második rohamban vizsgálta azokat. Míg ugyanis a második roham alatt vett vér savója erős opsoninos és spironemaölő hatású „in vitro” az első rohamból származó spironemákra, addig a második rohamból származó spironemákra teljesen hatástalan.

Ennek alapján **Levaditi** és azután **Manteufel**, **Ehrlich** és **Gonder** a recurrens pathogenesisének következőleg fejté meg:

„Nemsokára a fertőzés után, a mely természetes viszonyok között mindig a subcutisból indul ki, a spironemák belejutnak a véráramba. A beoltott spironemák és az organismus egyéni ellenállóképessége szerint rövidebb vagy hosszabb idő alatt következik be azoknak elszaporodása, a mely emberben átlag 5—8 nap alatt olyan fokot ér el, hogy lázas reactiót vált ki. A lázas roham addig tart, a míg elég immuntest (amboceptor) nem képződik arra, hogy a spironemák elöllessenek és föloldassanak. Ha ez már bizonyos mértékben megtörtént, akkor szűnik a hőcentrum izgalma és az állat hőmérséke esik. Ha az antitest-productio erőteljes és gyorsan következik be, akkor a spironemák a krízis előtt és után rövid idő alatt mind tönkremennek és az infectio végképp legyőzetik. Ez így van gyakran olyan patkányokon, a melyek hasürébe erősen fertőzött vér nagyobb mennyiségét fecskendezik be, ellenben kivételesen észlelhető majmokon és emberen is. Ha ellenben az antitest-képződés lassan és nem elég energikusan történik, mint az pl. olyan patkányokon észlelhető, a melyeknek bőre alá kevés mennyiségű fertőzött vér oltatott be, és mint az rendes dolog a majmokon és emberen, akkor az első roham kissé elnyúlik és ez által a kedvező körülmények megteremtődnek arra, hogy a képződött antitestekkel szemben egyes spironemák immunizálódjanak és a krízist túléljék. E krízist túlélő serum-ellenálló spironemák száma szerint fog a vérben a spironemák elszaporodása későbbben vagy korábban olyan mérvet ölteni, hogy a hőmérsék ismét felemelkedik és más betegség-tünetek is újból beállnak. A parasiták számának ez a hullámos felszaporodása és megfogyása addig ismétlődik, míg vagy elpusztul a megtámadott szervezet, vagy pedig végül olyan energikus antitest-képződés következik be, hogy a spironemák alkalmazkodóképessége nem lesz elégséges arra, hogy a megsemmisülést elkerülhessék. Harmadik lehetőség a „chronikus spironemahordozóság“, a melyet Koch afrikai vizsgálataiból ismerünk.

E nézet szerint tehát a visszatérő lázban úgy az incubatio ideje, mint a relapsusok időtartama és gyakorisága, valamint a lázalan intervallumok időtartama főként a fertőzést létrehozó spironemák mennyiségétől és minőségétől, de másfelől a megtámadott szervezet ellenálló képességétől is függ; legalább is mindezeket a kórtüneteket experimentálisan ilyen módon önkényesen befolyásolhatjuk.

Recidivatörzs képződése és a recidivatörzs megsemmisítése mindaddig ismétlődik a fertőzött egyén vérében, a míg a recurrens spironemátörzs még olyan új recidivatörzs termelésére képes, a melylyel szemben a fertőzött szervezetnek vérsavója fajlagos antitesteket még nem tartalmaz, a mi a recurrens spironemáinál 2—3—4—5, sőt kivételesen 9 generatiót tesz ki legfeljebb. Ekkor, ha a megtámadott szervezet eddig el nem pusztult, a fertőzés megszűnik, mert a vérsavója olyan parasitapusztító tulajdonságokat szerzett a rohamsorozat alatt, hogy a recurrens-spironemák minden recidivatörzsét, a melynek termelésére azok csak képesek, meg tudja ölni.

A recidivák tehát a visszatérő lázban a recurrens-spironema recidivatörzstermelő képességének mint faji jellemvonásnak, és a szervezet fajlagos immuntesttermelő képességének mint ellenállóképességnek, megismétlődő ütközetei; a relapsusok hossza és száma, az intervallumok időtartama pedig a fertőzést okozó spironemák számától és virulentiájától és a szervezet ellenálló képességétől függ.

Levaditi-nek ez a szép és érdekes, de némelyek által phantastikusnak tartott hypothesis állatkísérletek eredményein alapul. Emberen sem ő, sem mások e hypothesis-t támogató vizsgálatokat nem végeztek.

Levaditi alapvető kísérletei a következők voltak¹:

A spironemák feloldására vonatkozó kísérletek:

Patkány vérsavója recidiva alatt + spironemák első rohamból	immobilisatio. agglutinatio. spirillolysis.
---	---

¹ C. Levaditi et I. Roché: Immunisation des spirilles de la Ticks-fever contre des anticorps. Mechanisme de la rechute. Comptes rendus hebdomadaires d. Séances et Memoires de la Société de Biologie, 1907. Tom. 62. Séance du 4. Mai.

Patkány vérsavója recidiva alatt 60 ^o -ra fölhevítve + spironemák recidiva alatt	nincs hatás.
Patkány vérsavója recidiva alatt + spironemák patkányból recidiva alatt	nincs hatás.
Normalis patkány vérsavója + első rohamból vagy recidivából származó spironemák	nincs hatás.

Oponinokra vonatkozó vizsgálatok: opsonizáló hatás:

Patkány recidiva alatt vett vérsavója 1:10 hígításban + leukocyták + első roham spironemái	94:100
Normalis patkányserum 1:5 hígításban + leukocyták + az első roham spironemái	4:100
Patkány recidiva alatt vett vérsavója 1:10 hígításban + leukocyták + recidiva alatti spironemák	20:100
Normalis patkányvérsavó 1:5 hígításban + leukocyták + spironemák recidiva alatt	4:100

Következtetés: a beoltott patkány vérsavója a recidiva alatt intensive hat a primaer fertőzés spironemáira (egerek és patkányok), de semmi hatással sincsen a recidiva spironemáira.

Az antitestek változatlanul megmaradnak a recidiva alatt is.

A recidiva spironemái nem befolyásolhatnak ezen antitestek spirolytikus és opsonizáló tulajdonságai által.

Az első fertőzés spironemáival kevert recidiva-serum + az első fertőzés spironemái	erős mozgás.
--	--------------

A recidiva spironemáival kevert recidiva-serum + az első fertőzés spironemái	mozgás megszűnik, spironemák szemcsésen szétessenek.
--	--

Következtetés: a spirolytikus antitestek összehozva a recidiva spironemáival nem köttetnek meg általuk; míg ellenben az első fertőzés spironemái által megkötetnek.

Ezek a vizsgálatok azt mutatják, hogy a recidiva spironemái igen fontos characteristicumok által különböznek a primaer fertőzés spironemáitól. És pedig különböznek abban, hogy az antitestekkel szemben insensibilisek és kevés olyan receptorral bírnak, a mely az antitesteket megkötni tudja. Ezek a különbségek jól láthatók in vivo kísérletekben is a patkány hasürébe oltott kétféle spironemával.

A recidiva magyarázata tehát az, hogy néhány spironema elkerüli az első roham alatt a phagocyták által való elpusztulást, ezek hozzá szoknak a vérsérum antitestjeihez, a mely hozzá szokás aztán öröklődik, az ő kísérleteiben egérben 3 passageon, patkányban 2 passageon keresztül.

Kísérleteik eredményét hasonlónak találják Ehrlich kísérleteinek eredményéhez, a melyeket a trypanosomák chemotherapiájánál kapott.

Levaditi ezen vizsgálatait kiegészítik a Manteufel kísérletei, a melyekből az tűnt ki, hogy a recidiva alkalmával vett vér nem védte meg a kísérleti állatokat (patkány, egér) a recidiva alkalmával vett spironemák fertőzésétől; míg ellenben kifejezetten védőhatású volt a primaer fertőzés spironemáival szemben.

Kísérleteit következőleg végezte:

Olyan patkányt, a melynek vérében kullancslázzal történt fertőzés lezajlása után 7 nappal megint megjelentek a spironemák, elvértet citromsavas sóoldatba. Ebből egy cm³-nyit kivesz (Spir. II. vér), a többi 20 percig 50^o-on melegíti (II. vér 50^o). Közben elvértet egy második patkányt, a mely szintén a Dutton-féle recurrens-spironemákkal való fertőzés 2. napján van s ennek a vérének használja citromsavas oldatban. (Spir. I. vér.)

Ezekkel 5 patkányt olt be:

- 0.5 cm³ Spir. I. vér.
- 0.3 cm³ Spir. II. vér.
- 1.0 cm³ II. vér 50^o.
- 1.0 cm³ II. vér 50^o + 0.5 cm³ Spir. I. vér.
- 1.0 cm³ II. vér + 0.3 cm³ Spir. II. vér.

Eredmény: a), b), e)-ben fertőzés jön létre, c) és d) fertőzéstől mentes marad.

A recidiva alkalmával vett vér (II. vér 50^o) tehát nem tud megvédeni más állatot a recidiva spironemáival szemben, ellenben megvédi a fertőzés első napjaiban észlelhető spironemáktól. Ezt a kísérleti eredményt nem tudjuk másként megmagyarázni, mint azzal a felvétellel, hogy a spironemák az immunis vérben tartózkodásuk alatt azzal szemben serum-állóvá váltak — mondja Manteufel.

A protozoon-recidivák kérdését még bonyolultabbá teszik Ehrlich-nek, Laveran-nak megfigyelései.

Ehrlich-nek az állatok trypanosoma-fertőzésére vonatkozó vizsgálataiból az tűnt ki ugyanis, hogy e recidiváló sporozoonok különböző módon viselkednek a recidivák tekintetében a szerint, hogy miféle állatfajba oltjuk be őket:

míg a nyúlban csak kevés recidivatörzset létesítenek, addig az egerben folyton új és új recidivatörzsek fejlődését láthatjuk. Ugyanaz a protozoontörzs különböző serum-álló törzs productióját mutatja fel tehát a szerint, hogy miféle állatfajban vegetál.

Laveran pedig azt találta, hogy a kecske számtalan antitesttypust tud produkálni a különböző trypanosoma race-okkal szemben.

A kérdést még bonyolultabbá teszik azok az állatokon, valamint betegeken tett észleletek, a melyek kimutatták, hogy a recurrens-spiromák különböző típusai egymástól különbözően viselkednek a recidivák létrehozása tekintetében is. Mühlens² közli Chosky-nak a Bombayban 1909-ben tartott orvosi congressuson bemutatott táblázatát, a melyen a különböző recurrens-spiromatypusok characteristicumait és az általuk kísérleti állatokban és emberben létrehozott fertőzésben észlelhető kórtörténeteket állította össze. E táblázatból az tűnik ki, hogy az egyes recurrens-spiromatypusok között a recidivák tekintetében is különbségek mutatkoznak úgy állatok kísérleti fertőzéseiben, mint ember spontan megbetegedéseiben.

Végül a Manteufel vizsgálatai reámutatnak arra, hogy a recurrensben a recidivák jelentkezése függ a spiromák bejutásának módjától is, így nagyobb mennyiségnek hasürbe oltása után recidivák patkányon nem észlelhetők, ellenben kisebb mennyiségnek bőr alá oltása után igen.

Mindezek a körülmények kívánatosá teszik a recidivák kérdésének protozoonokon minél szélesebb alapon való vizsgálatát.

*

Minket közelebről az érdekelt, hogy vajjon magán a spontan fertőzött emberen végzett vizsgálatok igazolják-e Levaditi-nek a protozoon-megbetegedésekben észlelhető recidivák pathogenesiséről állatkísérletek alapján megalkotott hypothesisét?

Boszniai recurrens-betegeken végzett vizsgálataink.

Alkalmunk nyilván febris recurrensben megbetegedetteken ilyen célú vizsgálatok végzésére, azokat ez irányban megindítottuk laboratoriumi kísérletek végzésére azért különösen alkalmas viszonyok között, mert egyetlen egy esetből kiinduló endemia észlelésére nyílt alkalmunk. Így vizsgálataink úgyszólván a laboratoriumi kísérlet pontosságával voltak végezhetőek.

A febris-recurrens nálunk Kolozsvárt egyáltalában nem fordul elő. 1914 november 8.-án Kolozsvárnak Fellegvár nevű várába Dolna-Tuzláról mintegy 200 boszniai letartóztatott szállítottak be, a kik Boszniában és Hercegovinában a serajevói gyilkosság után, mint gyanús elemek, szedettek össze Dolna-Tuzlára. Itt nagy piszokban voltak, 70—80-an összezsúfolva egy szobában s itt erősen megtvesedtek. Sok megbetegedés fordult ott elő közöttük, sokan meghaltak közülük, de ők nem tudták, hogy miféle betegségben. Innen hozattak november 8.-án a kolozsvári Fellegvárba, hol teljesen külön épületben, a többi fogolytól elkülönítve helyeztettek el több szobában. Az egész Fellegvárban sem oroszok, sem szerbek különben nem voltak elhelyezve.

Még egy ideig itt sem voltak kellőleg megtisztíthatók fehérnemű- és ruhahiány miatt. Mindjárt ideérkezésük után meghalt közülük egy idős ember november 15.-én, a kin a megejtett boncolás a halál okául croupus pneumoniát állapított meg (Kenyeres Balázs).

December 19.-én új letartóztatott fogolyszállítmány érkezik: 40 boszniai, a kik Serajevóból hozattak ide. Ezekből 25 külön egy szobában helyeztetik el, 3 magánzárákba záratik, a többi elosztva a többi szobába kerül. Egy kivételével a többi négy szoba egy közös nagy helyiségbe nyílik, ebben a közös helyiségben van a konyha, ebben tartatnak a betegvizsgálatok. Az összes betegek együtt sétálnak a tágas udvaron a séta ideje alatt.

² Mühlens. Kolle und Wassermann: Handbuch der pathogen. Mikroorganism. 1913. VII. kötet, 917. oldal.

Megérkezésük után december 29.-én egyszerre 5 recurrensben szenvedőt hoznak be klinikánkra, a kik mind decz. 24—27.-e között betegedtek meg ugyanazon szobában. 1915 január 7.-én megint 3 recurrens-beteg jön be ugyanebből a szobából, a kik január 1—5.-e között betegedtek meg.

Erre felmegyünk a letartóztatottakhoz a Fellegvárba január 12.-én s megvizsgáljuk őket. Abban a szobában, a melyből a recurrensesek klinikánkra bejöttek, 11 újabban megbetegedett találunk, a kik mind január 6—8.-a között betegedtek meg.

Mivel a foglyokon sok ruha- és fejtetűt, ágyneműiken, pokróczaikon sok ruhatetűt találtunk, a fogház felügyelőjével a letartóztatottak és ruhájuk, ágyneműjük tetűtlenítését eszközöltetjük; a mi azonban csak lassan volt foganatosítható, mert a letartóztatottaknak váltó fehér- és ruhaneműje nem volt.

Amíg ez a tetűtlenítés végrehajtatik, január 13—15.-e között még újabb megbetegedések fordulnak elő, ebből a szobából még 6 megbetegszik recurrensben. Ezért január 16.-án ezt a szobát kiürítjük, az egész szoba lakóit, szám szerint még 21-et, behozzuk a klinikára, ezek itt pontosan tetűtlenítetnek s megfigyelés alá vétetnek. Ezek közül itt benn a klinikán még 10 betegszik meg recurrensben, a legutolsó a 12. napon bejövetele és tetűtlenítése után.

A gőzfertőtlenítővel végzett tetűtlenítést a fogházfelügyelő elég pontosan hajtja végre, mert az ezután klinikánkra bejövő letartóztatottakon vagy egyáltalán nem találunk tetűket, vagy csak elvétve egyet-egyet. Bármelyik letartóztatott betegszik meg ugyanis ezután, az mind hozzánk kerül be azonnal. Ezután azonban recurrens-megbetegedések tömegesebben már nem fordulnak elő közöttük.

Január 21.-én megbetegszik egy abból a csoportból, a kik december 19.-én jöttek Serajevóból és elkülönítve voltak egy más szobában 25-en. Ugyszintén megbetegszik recurrensben a magánzárákba zártak közül is egy.

Február 2.-án egy következő szobába kap be a fertőzés s onnan betegednek meg sorban 4-en február 11.-éig.

Az utolsó recurrenses február 17.-én betegszik meg, több aztán Kolozsvárról távozásukig, márczius 25.-éig egy sem.

A 240 letartóztatottból tehát 1914 december 24.-étől 1915 február 17.-éig 45 kapja meg a febris recurrensst itt Kolozsvárt.

I. Activ immunizálási kísérletek.

1. Az első kérdés, melyet eldöntenünk kellett, az volt, hogy vajjon fertőzhetünk-e valamely rendelkezésükre álló kísérleti állatot boszniai recurrensesek spiromáival direct átoltással. (Lásd az I. és II. táblázatot.)

E célból január 26.-án N. V.-től első rohama 5. napján (a roham 5 napig tartott, vérvétel délután, másnap reggelre már láztalan lesz) a kargyűjtőérből vett vér 0.5—0.5 cm³-ével hasürbe oltunk 4 fehér egeret (1, 2, 3, 4) és 2 tengerimalacot 1, illetőleg 2 cm³-rel.

Eredmény: 3 fehér egéren (1, 2, 3) fertőzés létrejön; már 24 óra mulva a farok véreben igen nagyszámú, élénken mozgó spiromaták találhatók; egyiken (4) fertőzés nem jön létre. Az előbbieken a következő napon még több a farok véreben a spiromák száma, ez utóbbiában ekkor sem találunk. 3 nap mulva a fertőzés után egyikben sem lehet spiromákat találni, a 4. számú eldöglött az 5. napon.

A két tengerimalac fülvérében spiromák nem voltak találhatóak.

Mivel ebből az 1. számú kísérletünkből kiderült, hogy betegeinkben olyan recurrens spiromák vannak jelen, a melyek direct átoltásban fertőzik a fehér egereket, vizsgálatainkat következőképpen folytattuk tovább:

2. Azt a 3 egeret (1, 2, 3), a melyet január 26.-án N. V.-től oltottunk 0.5—0.5 cm³ vérral a beteg első rohamának 5. napján, beoltjuk február 7.-én első rohama 5. napján levő D. D.-ből ismét hasürbe 0.5—0.5 cm³ vérral (a roham 6 napig tart el, vérvétel után 32 óra mulva lesz D. D. láztalan).

Sorszám	Név	Hány éves	Bejön a klinikára	Rohamok száma	I. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat	II. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat	III. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat	IV. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat
1	N. V.	56	I. 26	?	I. 22-I. 26	40°0'-40°6'	I. 27 -	I. 28-II. 17?	38°50'-39°5'	II. 17 +						
2	D. D.	25	II. 6	2	II. 3-II. 8	39°20'-40°4'	II. 8 +	II. 16-II. 19	38°50'-40°1'	II. 16 +						
3	T. V.	40	II. 10	3	II. 7-II. 14	38°10'-40°8'	II. 10 +	II. 23-II. 27	39°40'-40°5'	II. 24 +	III. 4-III. 5	38°7'	III. 4 -			
4	T. G.	28	II. 18	2	II. 16-II. 20	39°0'-40°2'	II. 20 +	III. 1-III. 4	38°40'-40°1'	III. 2 +						
5	Szl. N.	32	II. 12	2	II. 8-II. 13	39°20'-40°0'	II. 13 +	II. 17-II. 23	38°80'-40°0'	II. 22 +	II. 23 0'4 neo-salvarsan					
6	D. Gy.	70	II. 17	2	II. 11-II. 18	37°80'-39°8'	II. 18 +	II. 28-III. 5	36°80'-39°8'	II. 28 +						
7	G. J.	44	I. 16	3	?	?	?	-I. 18	-41°0'	I. 16 +						
8	N. R.	18	II. 9	2	II. 5-II. 9	39°60'-40°5'	II. 9 +	II. 18-II. 22	36°50'-40°0'	II. 18 +						
9	M. R.	19	I. 13	4	II. 2-I. 15	39°70'-40°6'	I. 13 +	I. 24-I. 28	39°40'-41°2'	I. 23 -	II. 4-II. 5	39°40'	II. 4 -	II. 9-II. 10	38°40'	II. 10 -

(I. táblázat.)

Bosnyák recurrrenseseinken észlelt rohamokra vonatkozó adatok.

Eredmény: spironemákat a következő napokon egyik egér vérében sem találtunk; mindhárom egér immunisnak bizonyult tehát az első roham spironemáival történt újraoltásnál.

3. Február 17.-én az előbbi 3 egér közül 2-t (1, 2) hasürbe oltunk *D. D.*-től első recidivája 2. napján (a recidivája 4 napig tart el) vett vérrrel, az egyiket 0,3, a másikat 0,5 cm³-rel. A harmadikat nem oltjuk be, hogy ennek vizsgálatával az előbbi oltásokból eredő esetleges recidivát ki-zárhassuk.

Eredmény: mindkét most beoltott egérnek (1, 2) a vérében spironemák találtak már másnap; azonban mindkét egéren most határozottan enyhébb fertőzés jött létre, mint első oltásunk után: a spironemák száma az egész fertőzés lezajlása alatt jóval kevesebb.

4. Annak bebizonyítására, hogy előbbi kísérletünkben nem az játszott szerepet, hogy az első oltás után 22 nappal a spironemákat tartalmazó vérrrel eszközölt activ fertőzés által létrehozott immunitás már megszűnt s azért voltak ismét fertőzhetőek az egerek (1, 2): beoltjuk február 20.-án a megelőző kísérletben controllul szolgáló egeret (3) 0,5 cm³ vérrrel, melyet *T. G.*-től első rohama 5. napján vettünk (a roham 6 napig tart el).

Eredmény: Fertőzés nem jött létre. Tehát az első roham spironemáival hasürbe oltott egerek immunitást csupán az első roham spironemáival szemben nyertek; míg ellenben ez által az oltás által immunitást az első recidiva spironemáival szemben nem nyertek.

5. Ugyanezt a 2 egeret (1, 2) beoltjuk február 25.-én *T. V.*-től első recidivája 3. napján vett 0,5-0,5 cm³ vérrrel a hasürbe. (A roham 5 napig tart el, vérvétel után 34 órával pseudokrisis.)

Eredmény: Fertőzés egyikben sem jön létre.

6. Ismétléseként ezen 1-5. számú kísérleteinknek beoltunk február 7.-én 3 fehér egeret (5, 6, 7) a hasürbe *D. D.*-től első rohama 5. napján vett 0,5-0,5 cm³ vérrrel. (A roham 6 napig tart el, vérvétel után 32 óra múlva lesz a beteg láztalan.)

Eredmény: Mindhárom létrejön fertőzés igen sok spironemával a farokból vett vérben már az oltást követő napon. Az oltás utáni 3. napon vérükben spironemák már nincsenek.

Február 17.-én e 3 egérből 2-t (5, 6) beoltunk *D. D.*-től első recidivája 2. napján vett vér 0,3-0,5 cm³-ével hasürbe (a recidiva 4 napig tart el); a 3. egér (7) controllul szolgál.

Eredmény: A két előbbi egéren (5, 6) fertőzés létrejött, a controllul szolgálón (7) nem található spironemák a vérben. Tehát nem az egérben önként létrejövő recidiváról van szó.

E controllul szolgáló 7. számú egeret beoltjuk február 20.-án *T. G.*-től első rohama 5. napján vett 0,5 cm³ vérrrel a hasürbe. (A rohama 6 napig tart el.)

Eredmény: Fertőzés nem jött létre.

Míg ellenben február 25.-én beoltva *T. V.*-től, ki első recidivája 3. napján van (a recidiva 5 napig tart el, vérvétel után 34 óra múlva pseudokrisis), eredő 0,5 cm³ vérrrel a hasürbe, a fertőzés létrejött. Ellentétben ezzel nem fertőződik a február 17.-én *D. D.*-től első recidivája alatt vett vérrrel oltott s positiv eredményt adó egyik egér (5), a midőn most szintén *T. V.*-től, tehát az első recidiva 3. napjáról származó vérrrel oltjuk be hasürbe.

Mit mutatnak ezek a kísérletek?

Recurranses bosnyákjainkból az első recurrans-roham alatt vett vérnek 0,5 cm³-ével hasürbe oltott fehér egereken úgyszólván minden esetben létrejött a fertőzés. Ez a fertőzés 2 napi fennállás után spontán meggyógyult, utána immunitás következett be. Ez az immunitás azonban csupán az első rohamot létrehozó spironemákkal szemben szerzett meg az első roham spironemáival végzett fertőzés által; az első recidiva spironemáival való oltásnál ugyanis ezek az egerek nem bizonyultak immunisnak.

(II. táblázat).

	Nap	1	2	3	4			
N. V.-től I. roham 5. napján hasürbe	I. 26	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³			
	27	+++	+++	+++	—			
	28	+++	+++	+++	—			
	29	—	—	—	—			
	30	—	—	—	—			
	31	—	—	—	+			
	II. 1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6					5	6	7
	D. D.-től I. roham 5. napján hasürbe	7	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³
		8	—	—	—	+++	+++	+++
		9	—	—	—	+++	+++	+++
		10	—	—	—	—	—	—
11		—	—	—	—	—	—	
12		—	—	—	—	—	—	
13								
14								
15								
16								
D. D.-től I. recidiva 2. napján hasürbe	17	0.3 cm ³	0.5 cm ³	—	0.5 cm ³	0.5 cm ³	—	
	18	+	+	—	—	+	—	
T. G.-től I. roham 5. napján hasürbe	19	++	+	—	+	+	—	
	20	—	—	0.5 cm ³	—	—	0.5 cm ³	
	21	—	—	—	—	—	—	
	22	—	—	—	—	—	—	
	23							
	24							
	25							
T. V.-től I. recidiva 3. napján hasürbe	25	0.5 cm ³	0.5 cm ³	—	0.5 cm ³	—	0.5 cm ³	
	26	—	—	—	—	—	—	
	27	—	—	—	—	—	++	
	28	—	—	—	—	—	+	
	III. 1	—	—	—	—	—	—	
	2	—	—	—	—	—	—	
	3							

Az I. recidivánál a recurrensben szenvedő emberben található spironek tehát állatkísérletek útján kimutatható módon más biológiai sajátságokkal bírnak, mint az I. rohamot kiváltó spironek.

Az I. recidiva spironekával végzett fertőzés után kísérleti egereink immunitást szereztek ezen I. recidivát létrehozó spironekkel szemben is.

(Folytatása következik.)

Nagyszámú, túlnyomólag fertőzött traumás aneurysmán tett tapasztalatok.

Közli: Szöllős Henrik dr., ezredorvos, operateur, jelenleg a m. kir. 4. sz. honvéd tartalék-kórház parancsnoka.

A szatmár-németi megfigyelőállomás kórházában 1915 február 1.-től 1916 márcziusig terjedő idő alatt — míg a megfigyelőállomás vezető orvosa és sebésze voltam — 104.000 (egyszáznegyezer) sebesült és beteg fordult meg és közülök 124 aneurysma került műtét alá. A valójában előfordult és már ott is diagnoskált érsérülések száma ennél jóval nagyobb volt. De a folyton változó sebesültek igen nagy számánál fogva — napi 10—12 órai munkaidő mellett is — csupán a sürgős sebészi beavatkozást igénylő esetek voltak ott operálhatók, a többi az ország belsejébe szállítatott.

Ezen érsérülések mindegyikét puskagolyó, illetve shrapnell-szilánk okozta és a sérülés idejétől a kórházunkba való felvételig általában 4—10 nap telt el. Verebely nomenclatu-

ráját véve alapul, 4 esetben communicatio arterio-venosa volt jelen, a többi 120 haematoma communicans volt.

Értörzsek szerint a következőképpen oszlottak meg:

Carotis communis	1 (arteriosum)
Carotis externa	2 (arteriosum)
Subclavia	11 (3 art.-venosum)
Brachialis	22 (14 art.-venosum)
Radialis	9 (7 art.-venosum)
Radialis és ulnaris	4
Iliaca communis	1 (arteriosum)
Iliaca externa	2 (arteriosum)
Glutaealis	4 (3 art.-venosum)
Femoralis	26 (20 art.-venosum)
Poplitea	24 (19 art.-venosum)
Tibialis antica és postica	2
Tibialis postica	3 (3 art.-venosum)

A sürgős műtéti beavatkozás okai az esetek túlnyomó számában: 1. az érsérüléshez társuló, leggyakrabban magából a haematomból kiinduló phlegmone, 2. az esetek egy részében a daganat rohamos növekedése, nagy fájdalmak, illetve a daganat feletti bőrréteg olyan mérvű elvékonyodása, hogy a szállítás közben megpattanásától lehetett tartani. Ide csatolom végül azon eseteket, a hol 3. a súlyos, többnyire éjjel megindult profus vérzés volt a beavatkozás oka, de az ellátáskor aneurysmára tipikus viszonyokat találtam.

Spontan gyógyulást 1 esetben észleltem. Egy körülbelül diónyi, élénken lüktető, az art. femoralissal összeköttetésben álló ilyen haematoma a 4. héten zsugorodni kez-

det, a lüktetés megszűnt, a sérüléstől számított 7. héten a daganat teljesen eltűnt és az ér felett a végtagon hosszabb megfigyelés után — mely idő alatt a beteg állandóan fennjárt — sem volt valamely elváltozás észlelhető. 6 hónappal később a különben megbízható egyéves önkéntes a harcztér-ről hírt adott megáról, mely szerint a sérült czomb könnyebben fírad, mint azelőtt, de végtagján duzzanatot vagy más szembetűnő változást azóta sem észlelt.

A legsúlyosabb 69 esetben, a hol phlegmonék — ezek között 6 phlegmone fractura, továbbá 4 gázphlegmone — komplikálták az aneurysmát, a phlegmonék szabályszerű el-látása mellett érlelővé végeztem. Közülök 11 sérültön (15%) jelentkezett gangraena, még pedig az axillaris és a brachialis gázphlegmoneval komplikált 1—1 esetében a felkar közepéig érő, a brachialis 3 esetében a könyök, illetve az alkar kö-zepéig, egy iliaca externa és egy femoralis esetében a lábszár, illetve a czomb alsó harmadáig, továbbá poplitea 4 esetében a lábujjakra, a bokáig, illetve a lábszár alsó harmadáig terjedő gangraena.

A 11 közül 4 nappal — 2 héttel az amputatio után thrombosis, sepsis folytán elhalt 4 (5·8%). Az ide tartozó többi 58 esetben (köztük 2 brachialis súlyos mély gázphleg-monéval) a végtagok vérellátása, a ligatura daczára, kifogás-talan maradt, a betegek lázmentesen, tisztán sarjadzó sebbel továbbbították hátrább fekvő kórházakba.

A 2. pont alatt említett csoportba 30 érsérülés sorol-ható. Ezek közül 21 esetben rövidebb-hosszabb kifejtetés is lehetséges volt, mely idő alatt a collateralisok kifejlődését a szokásos manipulációkkal — hideg-meleg fürdő, massage, a végtag alacsonyán, majd magasan fektetése —, továbbá egy e célra készített pelottával, a daganatra alkalmazott enyhe fokozódó nyomással igyekeztünk elősegíteni.

A végtagokon ülő aneurysmáknál a 4. hét végén alkal-maztuk a *Henle, Korrtokoff, Frisch, Moszkowitz* ajánlotta, a collateralisok kifejlődését ellenőrző próbák valamelyikét. Leg-gyakrabban, *Moszkowitz* szerint, a végtag distalis részét egy gummipólyával az aneurysmáig anaemizálva, az értörzset közvetlenül az érdaganat felett úgy szorítottuk le, hogy az utóbbin pulzálás ne legyen érezhető. Most lebontva a dis-tális részről a gummipólyát, ha a collateralisok elegendők, akkor az anaemizált végtagon reactiv hyperaemia áll be. Az arterio-venosus aneurysmáknál tévedésre adhat okot a min-dig jelentkező venosus hyperaemia, de ez kevés gyakorlattal az előbbtől jól megkülönböztethető.

Ha ezen próba negatív volt, akkor a műtéttel, a lehető-séghez képest, vártunk és erélyesen folytattuk a fennemlített eljárásokat. Egyik ilyen esetben fordult elő a már említett spontan gyógyulás is.

A 9 ki nem fektethető, de asepsises aneurysma mind-egyik esetében sikerült oldalsó érvarratot végezni. A 21 kifejtetett sérült közül 10-en oldalsó érfalegyesítést, 11-en lekötést végeztem. Ez utóbbiak közül egy, a collateralis próbát jól adó art. femoralis lekötése után az ujjak végső perczen, to-vábbá egy, az előző csoportba tartozó, megvarrt poplitea-esetben bokáig érő gangraena állott be. Az e csoportba tar-tozó többi 28 beteg simán gyógyult.

25 sérültet a spontan meginduló súlyos vérzés miatt kellett azonnal operálni.

Itt 6 esetben oldalsó érvarratot végeztem — mindenkor figyelembe véve *Parczewszky* ajánlatát, hogy az ér eredeti lumenének $\frac{1}{3}$ -ára meg ne szűküljön —, ligatura tehát 19 esetben végeztetett. Közülök 1-ben (5·5%), egy 4 nappal előbb sérült art. és v. femoralis esetében bokáig terjedő gangraena állott be. Ugyanezen beteg 3 héttel az amputatio után tetanusban halt el.

Két esetről kívánok még bővebben megemlékezni: egy vérző állapotban beszállított carotis communis-sérüléstről és az iliaca communis egy érdekes, ritka formában jelentkező aneurysmájáról.

A nyak felől a szájüregben is áthatoló lősérültet a kór-ház mellett elhaladó egyik kórházvonatról szállították le, a hol az kevéssel előbb vérezni kezdett. A vonatot kísérő or-

vos a löcsatornát a száj felől szorosan kitömte ugyan, de abból tovább is állandóan szivárgott a vér. A beteg súlyos állapotára való tekintettel, mint gyorsan, perczek alatt kivi-hetőt, a sérült carotis communis lekötését végeztem. Úgy ez esetben, mint a már előbb lekötéssel kezelt carotis externa 2 esetében, minden kellemetlen tünet nélkül síma gyógyulás következett be.

A másik, igen tanulságos eset kórtörténete rövid ki-vonatban a következő:

H. I., 26 éves közhuszár, 4 héttel ezelőtt a Kárpátok-ban haslövést kapott. Egyik tábori kórházban 3 hétig feküdt, 10 napon át koplalt. Fölvételekor, 1915 márczius 20.-án, a köld-ök mellett, attól jobbra begyógyult fillérnyi bemeneti löseb. Kimeneti sérülésnek nincsen nyoma. A coecum táján körül-belül tenyérszerű, kifejezett, tompult kopogtatási hangot adó resistentia. A has többi része szabad, dífense nincs, a pulsus, hőmérsék normális, az étvágy jó, a szék rendben. A végbélen át rugalmasfalu tömlő volt tapintható.

Röntgen-készülék akkor nem állván rendelkezésre, fel-vettem, hogy a belek között jól eltololva a lövedék ül és kö-rüle vér vagy geny van. A beteget fektettem, hasára jeges, majd Priessnitz-borogatásokat kapott.

A felvétele utáni 6. napon súlyos tünetek között hir-telen rosszul lett. Sápadt, pulsusa szapora, alig tapintható, hőmérséke 35·4, testét hideg verejték borítja.

Laparotomia pararectalis metszéssel át. A felemelt, elő-domborodó, egymással fibrinosusan összetapadt vékonybél-kacsokat óvatosan szétfejtve, nagy haematomába jutottam. A friss, piros vérral kevert vérrögöket gyorsan kitakarítva, az üreg legmélyebb pontján, függőleges helyzetben — hegyével az iliaca communis felső falát éppen átütve és abban meg-állva — megtaláltam a hegyes orosz puskagolyót, a melyet helyéből kiemelve, az arteria ismét vérezni kezdett.

A löveg, többszörösen sértve a beleket, átütötte az iliaca communisnak a hasüreg felé tekintő falát és abban megállott. Tekintve a nagy haematomát, az erős vérnyomás által onnan kell hogy kiemeltetett legyen annyira, hogy az arteria vérezhetett, majd csökkent vérnyomás mellett — elősegítve a fekvő helyzet által is — abba ismét visszasülyedt és dugó módjára zárta az érnek kölesszemnél alig nagyobb sérülését, a mely azután fokozódó vérnyomás mellett ismét vérezni kezdett.

A finom nyílást néhány öltéssel zárva, a hasüreget hátrafelé draineztam. Zavartalan gyógyulás.

Azon esetekben, amelyekben lekötés végeztetett, ez az esetek túlnyomó számában *Kikuzi, Frisch* ajánlata szerint a haematoma üregén belül, közvetlenül a sérülés alatt és felett történt.

Összegezve a fenti eredményeket, 124 traumás aneu-rysmá közül oldalsó érvarrat végeztetett 25, lekötés 98 eset-ben, spontan gyógyulás volt 1 esetben. A 28 varrat közül gangraena 1 (3·5%) betegen jelentkezett, a 98 ligatura közül 13 esetben (13·2%). Meghalt összesen 5 (4%).

A következő táblázat áttekinthető formában mutatja azon értörzseket, melyekre a fenti számok vonatkoznak:

Értörzsek	Oldalsó varrat	Gan-graena	Lekötés	Gan-graena
Carotis communis	—	—	1	—
Carotis externa	—	—	2	—
Subclavia	1	—	10	—
Axillaris	1	—	12	1
Brachialis	1	—	21	4
Radialis	—	—	9	—
Radialis és ulnaris	—	—	4	—
Iliaca communis	1	—	—	—
Iliaca externa	1	—	1	1
Glutaealis	—	—	4	—
Femoralis	3	—	22	3
Poplitea	17	1	7	4
Tib. ant. és post.	—	—	2	—
Tib. postica	—	—	3	—

Valamely szabályt az aneurysmák mikénti ellátására vonatkozóan ezen esetekből levonni nem mernék. De az adott mostoha viszonyok között — minden esetet külön-külön mérlegelve — az aránylag nagyszámú lekötés dacára, az eredmények éppen nem mondhatók rossznak.

A női nemzőszervek hygienéje.*

Irta: *Tauffer Vilmos.*

(Folytatás.)

A helyesen kimért rendes napi *szellemi foglalkozás* egyáltalán nem árt a pubertásban levő leánykának, mert elvonja őt az unalomtól, az álmodozástól és a minden rossznak alapját tevő semmittevéstől; tehát hasznos reá nézve, ha módjával történik és ha gondunk van reá, hogy a rendszer a túlterhelés végleteibe ne essék. Az intelligens középosztálynak gyermeknevelési rendszerében sokszor túlságos szerepet játszik az iskolán kívül való tanítás, t. i. a zene, nyelvek, festés, kézimunkázás stb. Az iskolai feladatok elvégzése után a szórakozásra és testedzésre fennmaradó idejét a leánykának jórészt ezek veszik igénybe. Ha valami, úgy igazán ez a házfoglalkoztatás és extra-tanulás az, a mi a túlterhelést okozza. Végtelenül hasznos volna az ifjú női nemzedékre, ha általánosan elfogadtatnék, hogy a specialis műveltség megszerzését hagyja a nevelés akkorára, a mikor a leányka túl van az iskolán és a pubertás idején. Hasznos volna, ha általánossá válnék az a meggyőződés, hogy a játék és szórakozás a növendék-leány jövőjére épp oly fontos, mint a munka maga. A szabad levegőn való mozgás, a gymnastika és a sport minden czélszerű neme emeli az izomerőt, fejleszti a tüdőt, fokozza a mozgás szépségét, erősebbé, szebbé, értékesebbé teszi a testet. Kérdezem tehát: vajjon a bizonyos hányaddal erősebb, hajlékonyabb, kecsesebb mozgású, egészségesebb leány *physicuma*, átlagos intelligencia mellett, nem ér-e többet az életben, mint a kevesebb testierő és szépség mellett, tehát a *physicum* rovására, a nagyobb tanultság és fejlettebb műveltség? Magam mindig az előbbit helyezném magasabbra. Egy híres nőorvos (*Lawson-Tait*) különösen a zongorát okolta mint olyant, a mely a petefészkek physiologiás működését (congestiót idézvéen elő) hátrányosan befolyásolja. Ha túl is lőtt a célon, annyiban kétségtelenül igaza van a skót tudósnak, hogy a zongora az a foglalkozás, a mely a legtöbb időt és a legtöbb szellemi munkát rójja a művelt osztály fiatal hölgyeire zárt helyiségben, a pubertás idejében, és mint ilyen, egyike azon foglalkozásoknak, a melyek nevelési rendszerünkben a túlterhelést okozzák. A zongora-tanítás mániája világszerte uralkodik, már pedig alig van valami, a mi kevésbé jutalmazná a reáfordított fáradságot, mint éppen ez. Távol áll tőlem a zene művelése ellen szót emelni; ellenkezőleg, a lélekműveltség egyik legértékesebb részét tiszteltem benne, mely igen sok embernek életét szebbé, tartalmasabbá tudja tenni; csak az ellen vagyok, hogy a talentum nélküli gyermekleányokat kínozzák a végtelenül húzódozó zongoraórakkal, annál inkább, mert a zenei műveltséget később, a mikor az értelem kedvvel fogadja be azt, sokkal kevesebb fáradsággal és minden hátrány nélkül szerzheti meg, míg a kieroszakolt skálázás a pubertás idejében olyan testi és szellemi fáradsággal jár, melynek a századik sem veszi igazi hasznát, kárát pedig igen sok vallhatja. Tehát csak azt engedjük zongorázni, a kiben tehetség nyilvánul meg, a kin a gyakorlás a testet és a szellemet edzi, nem pedig kínozza.

Kétségtelen, hogy a pubertás idejében a legszembe-tűnőbb változás a leányka *idegrendszerében* megy végre, a melynek egyik lényeges megnyilvánulása az aránylag gyors átváltozás a leány jellemében és egyéniségében. Hogy vajjon bizonyos reflexek játszanak-e itt szerepet, kapcsolatban az ovulatióval, avagy a fontosságában mindinkább előtérbe lépő belső secretióban keressük-e azt a tényezőt, mely ez időben

az ifjú női szervezetben a gyors átváltozást felidéz — a tudomány még nem derítette ki. Az egyik leánykán a melancholiához hajló magábaszállás, a külső dolgok iránt való érdeklődés megcsappanása, a tanulási kedv hanyatlása észlelhető; a másikon érzelmi hullámzások, feltűnő érzékenység, lépten-nyomon a csalódás érzete, indokolatlan sírásra való hajlam mutatkozik; a harmadikon mindennek az ellenkezője: a tanulási vágy, az ambitio fokozódása az, a mi szembe-tűnő; sokszor nem is egyéni hajlam, hanem egy barátnő vagy idegen suggestiv példájának hatása által felköltött feltűnési vágy a jellem uralkodó vonása, a mikor t. i. valakizhez hasonlónak vagy valakinél különbnek óhajt látszani; a negyediken a kiválásra való törekvés, valamely tudomány-szakban vagy művészetben való excellálás vágya uralkodik a jellemem, sokszor kárára az intelligencia harmóniás fejlődésének és túlizgatásával az idegrendszernek, különösen ha az elért eredmény nem fedezi a reáfordított igyekezetet. Van még egy más csoportja is a fiatal hölgyeknek, kiknek lelki állapota figyelmünket kihívja; ha nem is éppen a pubertás idejében, de röviddel azután kerülnek az ilyenek szemünk elé; ezek, egyéb kenyérkereső pályákat nem tekintve, különösen a medikák között fordulnak elő, kiken a kitünőség hiúságán kívül az a remény, hogy az egész familia sorsának jobbrafordulása a diploma megszerzésétől függ, igen könnyen meghozza a túlterhelés végzetes következményeit; ezeken a legnemesebb belső indítatok vezetnek az idegrendszer csőd-jéhez: a neurastheniához.*

A leányok és fiúk együttnevelésének kérdése paedagogiai szempontból eldöntött kérdésnek látszik lenni. Semmi kifogásom ellene, ha a gyermekek közös iskolában tanulnak; a közös játszadozást sem kifogásolom, a mikor ez nyilvánosan történik; de elkerülendőnek tartom a felügyelet nélkül való együttlétet és játszadozást abban a korban, a mikor a gyermekekben az érzéki érzet ébrednek és a kíváncsiság fürkészt, ilyenkor a tudatlan ártatlanság veszélyessé válhatik. Élénken marad emlékezetemben a már fennebb említett 13 esztendő terhes leányka története, kit orvos édesatyja gonorrhoeás helyi bajjal hozott hozzám és a kin egyszersmind a 4. hóban levő terhességet kellett konstatálnom; a leányka sehogy sem tudta megérteni atyjának kétségbeesését állapota fölött és azt, hogy ő „terhes állapotban“ van. Lesújtó volt reánk szemlélőkre nézve a leányka nevető öröme a felett, hogy neki „gyermeke“ lesz és megható az ártatlan mentegetőzés, „hisz nem tudta, hogy Jancsival játszadozni nem szabad“. Ilyen példák után kétségtelen, hogy a fiúk és leányok együttnevelésének és játszadozásának paedagogiai kérdésében az egészségi érdekek óvatosságra intenek.

Nem kevésbé fontos a serdülő korban a barátnék és a környező személyek óvatos megválasztása és az alkalmazott kiszolgáló egyének szorgos megfigyelése is, mert egyenesen kiszámíthatatlan az az egészségi és morális hatás, mely a növendék-leányok mindennapi érintkezésében rejlik. Mindennapi tapasztalás, hogy a barátnék, a bonneok, nevelőnők megválasztása minálunk jóformán egészen a véletlentől függ. Alkalmunk volt tapasztalni, hogy a sentimental, szerelmi csalódásban boldogtalan nevelőnő miképp oltotta be szellemileg világfájdalommal az ő hozzá szeretettel ragaszkodó növendék-leány tanítványát, kit éretlen ésszel szívbeli ügyeinek intusává avatott. Észleltünk esetet, a hol a bonne a leánykát a tribadia lejtőjére vezette és egy másikat, melyben a bonne a 12 éves fiúcskának a nemi különbséget kettőjük között saját nemzőszervének demonstrálásával igyekezett megmagyarázni.

Nem egészen jogosulatlan *H. Rohleder* kifakadása (*Winckel: Allgemeine Gynaecologie. Wiesbaden. 1909. S. 72*), hogy a medikus a klinikán a nemi élet perverzitásairól és az onania következményeiről nem nyer elégséges tanítást és hogy e miatt az életbe kikerülő orvosok ezen eminens módon fontos kérdéseket illetőleg maguk sem igen tudnak sokkal többet, mint a laikusok; holott szerinte az onania a legelterjedtebb népbetegségek egyike és — kétségtelenül túlzással —

* Mutatvány a *Tauffer Vilmos* és *Tóth István* szerkesztésében mostanában megjelent „A nőgyógyászat kézikönyve“ című munkából.

a nők 95%-áról véli állíthatni, hogy a pubertas idejében onanizál.

Azt a visszautasítást, a melyben *Winckel* tanár *Rohleder*-t részesítette (l. c.), csak a saját szempontjából tarthatta jogosultnak, mert kétségtelen, hogy az onaniát, mint betegséget előidéző okot, a nőorvosi klinikán csak röviden, mellékesen és mindig kedvetlenül tárgyaljuk. Megvallom, hogy különösen amióta női hallgatók is vannak előttem a teremben, legszívesebben elkerülöm e tárgy érintését, különösen, a mióta alkalomadtán a nőhallgatók irulását-pirulását és némely kevés neveltségű férfihallgatónak illetlen mosolygását kelle észrevennem, melyet rajtuk egész komoly és tárgyilagos szavaim kiváltottak. Kellemetlen és feszélyező dolgokról vegyes hallgatóság előtt beszélni, különösen ha komoly oldalról hangzik fel olyan túlzott és merész állítás, hogy a pubertásban levő nők 95 százaléka onanizál. Pedig kétségtelen, hogy az orvos alapos tájékoztatása az ilyen kérdésekben az életre és gyakorlatra nézve igen fontos, különösen azért, mert máraz első jelenségek láttára kell praeventive vagy curative módot találnia a fenyegető bajok elhárítására. Veszélyes álszemérem és hibás felfogás, hogy az ilyen kényes és állítólag szemérmert sértő dolgokról nőekkel, nevezetesen anyákkal, beszélni illetlen, sőt sértő dolog. Tapintat, kimélet igen is kell hozzá, de a feladat elől kitérni hiba, mert a legtöbbször egészen tájékozatlan anyát helyesen vezetve és felvilágosítva, betegséget előzünk vagy gyógyítunk meg. Az onania irodalmát, lényegét, az onania módjait és eszközeit, továbbá a nemi élet perversitását behatóan tárgyalja *Winckel* fennemlített művében, a melyre az érdeklődőt utalom.

Az *onania* olyan természeti jelenség, a melyet az állatvilágban lépten-nyomon megtalálunk. Ismert dolog, hogy a fiatal bika-borjú, a ló, a kutya és a majom, sőt az elefánt is onanizál. Az onaniát mindkétnemű gyermekek már a legfiatalabb korban láthatni. *Pouillet* 12 és 17 hónapos gyermekek látta azt és *L. Mayer* 5 és 7½ éves leányt és fiút említ, kik együttesen onanizáltak. A clitorisnak önmaga vagy más személy által végzett dörzsölése a leggyakoribb módja a masturbációnak, az ujjal, a czombok egymásra dörzsölésével, a medenczének mozgatásával az ülésen, a varrógépnek lábbal való hajtása közben stb. A merevedő testek által körülvevő húgycső tájának frictiója egy második, elég gyakori módja az onaniának; innen van, hogy elég gyakran látunk beteget, kinek hólyagjába idegen test csúszott be és súlyos kőképződésre adott okot. A vaginalis masturbatio (ujjal vagy idegen testtel) úgylátszik kevésbé gyakori, bár ismeretes, hogy a penist utánzó félkemény tárgyak nemcsak az asszonyvilág raffinált magas rétegeiben, hanem a keleti félművelt népek között is Chinában, Indiában nagyon el vannak terjedve. Egészen elképzelhetetlen, hogy a nők milyen mindenféle idegen testet használnak e célra. Klinikánkon előfordult, hogy elég nagy kávécsészé szorult be egy nő hüvelyébe, a melyet a gyuladós és vizenyösen dagadt hüvelyből csak narkosisban, eldarabolva sikerült eltávolítani. A legkalandosabb dolgokkal találkozunk e tekintetben az irodalomban. Így például *Heurt* említ narancs nagyságú, sárga viaszból készült golyót, melynek közepébe olyan összegyűrött vendéglői étlap volt ágyazva, a melynek dátuma szerint 26 évvel előbb került a nő hüvelyébe. *Aman* a német gynaekologusok congressusán Kielben (1895) hatalmas fémgxyertartatót mutatott be, melyet csak nagy nehézséggel vett ki a nő hüvelyéből, ki azt onania céljából erőszakolta magába.

A masturbációnak nincsen biztos és jellemző tünete, az általános jelenségek között a halványság, levertség, fáradtság, szívdobogás, fokozott ingerlékenység, keresztváji fájdalmak, kéjes álmok, izomgyengeség, az étvágy elapadása olyan jelenségek, a melyekkel igen gyakran találkozunk különben is, de ha figyelünk, nem egyszer okozati összefüggésben láthatjuk azokat az onaniával. Változás a jellemében, a kedélyhangulatban, aggodalmasság, a súlyos következményektől való félelem különösen olyanokon fordul elő, kik megrémítő olvasmányok (lexikonok, laikusok részére üzlet céljából szerkesztett orvosi könyvek) útján szereztek információt a rossz

szokás súlyos következményei felől. Ilyenekkel szemben az orvos megnyugtató szava nem egyszer aranyhidat épít a rossz szokás elhagyásához. Igaz, hogy súlyos idegbajok vélt vagy valódi okai között gyakran szerepel az onania is, de ismerte az onania felette nagy gyakoriságát, mégsem mondható, hogy az mindig vagy csak gyakran is okozza idegbetegséget.

A tapasztalat azt mutatja, hogy az onanisták utóbb, ha nemi vágyaiknak rendes kielégítését megtalálták, rendszerint felhagynak rossz szokásukkal és csak kivétel az olyan, akin a megszokott túlságos izgatást nem pótolja a rendes coitus. Másként alakul a dolog az olyan szerencsétlen házasságban, ahol a nő a férjével való coitust utálja és inkább türi, hogy az utóbbi masturbáló szolgálatot végezzen rajta; legsúlyosabb a helyzet akkor, a mikor impotens vagy meggyöngyült potenciájú férfi e módon igyekszik a nőt kárpótolni a sexualis kielégítésért, a melyet ő nem tud nyújtani.

A súlyos idegbajok, melyek roncsolt idegrendszerű nőknél az onania kapcsán előállnak, csak kisebb részben következményei ennek, tulajdonképpen más helyre is tartoznak és itt nem tárgyalhatók részleteikben.

A nemi részeken alig található következményes elváltozás, legfeljebb a helyi izgatás tünetei vehetők észre rajtuk, t. i. vérbőség az introitusban, fokozott elválasztás a nyálkahártya mirigyekben, a nagy szeméremajkak közül kicsüngő nymphák ránczos és fonyadt volta, a clitoris meghosszabbodása, a sphincter és levator ani contractiója az introitis érintésekor, önkéntelen lasciv mozdulatok a vizsgálat alkalmával, mindezek olyan localis jelek, a melyekből talán más jelenségek figyelembevételével onaniára gondolhatunk. A vérszegénység, a chlorosisos állapot is elég sokszor fordul elő olyanokon, kik bevallják, hogy régi idő óta rabjai e rossz szokásnak. Megmagyarázhatatlannak látszó neuralgiáknak, látás-zavaroknak, indokolatlan kedélyhullámzásoknak, melancholiás levertségnek és életuntságnak, hysteriás convulsióknak stb.-nek okát keresve, nem egyszer az onaniában találjuk meg azt és a czélszerű módon kifaggatott beteg nehéz követ érez leszni lelkeről, a mikor végre kimondotta a szót, megtette vallomását.

A gyógyítás nagy körültekintést kíván és csak ott sikerül, a hol a beteg belátva hibájának súlyosságát, sőt talán veszélyességét is, készségesen követi tanácsainkat és minden eszközt felhasznál az alkalmi okok elhárítására. De egészen eredménytelen lesz gyógyítási törekvésünk minden esetben, a mikor a beteg részéről a morális akarat hiányzik, vagy a mikor erkölcsi romlottság és lasciv környezet uralkodik gondolkodásán.

Az első tisztulás egészséges leányokon minden lényegesebb panasz és baj nélkül szokott járn; gyakori jelenség azonban és nem mondható kórosnak, ha a tisztulást megelőző néhány hónapban időnként mérsékelt kereszt- és derékfájdalom mutatkozik és néhány napig teltségi érzet az alhasban zavarja a közérzetet. Ezen tünetcsoportnak két-háromszor való megismétlődése rendszerint jelzi az első havitisztulás közeledését. A tisztulás ideje alatt való magatartásra nézve, a milyen észszerűnek látszik a kimélet, a czélszerűtlen hatányoktól való óvakodás, épp annyira nem helyeselhető, ha az egészséges nő túlságba megy és quasi betegként viseli magát. Az egészséges leányka nyugodtan folytathatja tanulmányait és rendes napi foglalkozását, de kerüljön el mindent, a mi vértorlódást idézhetne elő a medenczében: hosszú séta, kirándulás, hegymászás, kerékpározás, korcsolyázás, táncz, tennisjáték, lovaglás mind fokozhatná a vérvesztést. Figyeljünk arra is, hogy ilyenkor könnyebben hül meg a nő, hogy a légköri viszonyokkal szemben érzékenyebb. Kíméljük hát gondosan ennek szélső hatányaitól, de a viláért sem a rendes tisztaság rovására. A nemi részek tájának mosogatása mindig langyos vízzel és szappannal végeztessék naponta kétszer a tisztulás alatt is; a túlmeleg vagy hideg víz elkerülendő, mert az első fokozhatná, az utóbbi pedig elnyomhatná a vér kiválasztását. A fürdést ilyenkor rendszerint tiltani szoktuk, bár kérdés, vajjon csakugyan ártalmas-e az?

A fürdőorvosok közül sokan, épp a vérzés csillapítása érdekében, rendszeres fürdőzést rendelnek ilyenkor is. A tisztulási vér, a hozzá keverődő bőséges mirigyváladék miatt is, rendszerint lugos vegyhatású és mint ilyen kevésbé hajlamos az alvadásra; ezért a rendes havitisztuláskor alig látunk véralvadékokat a felfogó ruhaneműn vagy a tükörben. Ha alvadék nagyobb darabokban ürül, mindig kóros állapotra kell gondolnunk és arra, hogy valamely ok folytán a vér rohamosan és nagyobb mennyiségben ürül ki a méhből és a hüvelyboltozatban pang. A váladék túlerős szaga, maró tulajdonsága rendszerint rothadás vagy más természetű bomlás következménye és olyankor áll elő, mikor rothadást okozó csírák tartózkodnak a nemi szervekben.

A havitisztulás alkalmával a művelt osztályok hölgyei is többnyire ezen célra készült felkötő ruhákat használnak és az elhasználtak számából ítéljük meg a tisztulás enyhességét vagy bőséges voltát. Egészen véve ezt az eljárást sem lehet kifogásolni, feltéve, hogy az elhasznált és vértől átívódott ruhák rövid időn belül alaposan kifőzetnek, kilugoztatnak, azaz sterilizálnak. Kétségtelen, hogy ennél megbízhatóbb és ajánlatosabb jól szívó vattából és hydrophil gaze-ból készült hosszúkás pamatokat használni a felkötéshez, melyek használat után a tűzbe kerülve, biztosan ártalmatlanná válnak. A felkötő ruhák ellen az az alapos kifogás tehető, hogy legtöbbször nemcsak egy, hanem több nőtagja a családnak használja azokat, és nem lévén kizárva, hogy illetéktelen más egyének, például cselédek is hozzáférnek, hiányos deszficiálás esetén fertőzést okozhatnak. Hogy ez aggodalom nem pusztán theoria, azt egy alkalommal sajnos láttuk igazolva előkelő családban, hol az anya és leánya megfoghatatlannak látszó módon egyidejűleg betegedett meg vulvovaginitis gonorrhoeicában. A baj forrását kutatva, egy intimus alkalmazott (nevelőnő) subacut gonorrhoeájában találtuk meg azt, a ki folyása miatt titokban a ház hölgyeinek felkötő ruháit használta, a melyek nem lévén véresek, bizonyára csak hiányosan, felületesen, lugozás nélkül lettek mosva és tisztogatva.

A havivérzés higiénejeének megbeszélése alkalmával talál az orvos legjobb módot és alkalmat arra is, hogy az anyának figyelmét a nemzörészek tisztántartásának fontosságára felhívja; arról a tisztaságról van itt szó ugyanis, a melynek elhanyagolása sokkal többször okoz családi szerencsétlenséget, mint azt a laikus előre gondolná. A kérdés egyáltalában nem kényes, ha a leánykák már a korai gyermekkorban megszokják, hogy a nemzörészek táját naponként legszorgosabban kell bőséges szappannal és vízzel megmosni. Figyelmeztesse az orvos az anyát, hogy a szeméremrés redői között a kis és nagy ajkak közötti területen és a clitoris redőiben a faggyúmirigyek váladéka, a smegma tapad, pang és igen könnyen bomlásnak indul, különösen nyáron, a mikor a vizelet, meg a végbél táján való szenny és az izzadás folytán bőséges ok van arra, hogy az amúgy is laza felhám maczerálása és lefoszlása menjen végbe, a mitől azután bõrgyulladás, sőt nem egyszer fertőző betegség is keletkezik. Szinte feltűnő, hogy a szenny és a tisztátlanság dacára, a mely a nemzörészek táján oly gyakran található, a hüvelyben felhágó megbetegedés leánykák aránylag ritkán fordul elő; ez kétségtelenül onnan van, hogy a természet kitűnően gondoskodott az érintetlen nő belső nemi szerveinek védelméről a fenyegető mikrobaikkal szemben, a mennyiben a hüvely savanyú vegyhatású váladéka az óvhatatlanul bejutó pathogen csírákat ártalmatlanná tudja tenni, úgy hogy a nemzörészek magasabb részleteinek megvédéséről a külső szenny dacára külön módszerekkel gondoskodni érintetlen leányokon felesleges.

Arra a kérdésre: vajjon használtassunk-e tisztító hüvelyöblítéseket a havitisztulás után vagy sem, általánosságban nemmel kell felelnünk; áll ez egyaránt az érintetlen szűzeket, mint az egészséges nemzörészekkel bíró asszonyokat illetőleg is. Nyomban változik azonban a helyzet, ha a nemzörészek épsége akár mechanikai módon (szülés), akár infectio folytán megváltozott; az ilyen esetekben a tisztulás elmúltával való kiöblítés igen is szükséges, a különben követendő

magatartásról pedig annakidején a megfelelő kórformáknál lesz szó.

A nő természetében rejlik, hogy a pubertas elkövetkezése után a gyermekded közlékenységet többé-kevésbé kifejezett zárkózottság váltja fel; a leány női állapotának öntudatára ébredett egyénisége a környezetével szemben zárkózottabbá lesz és a felkelt szeméremérzet védelmére kél a külső érintésekkel szemben. Innen van, hogy contactus útján hevenyész keletkezésű fertőző megbetegedéssel jó családbeli leányokon aránylag igen ritkán találkozunk.

(Folytatása következik.)

A „Technik für Kriegsinvaliden“ congressusa Bécsben.

Ismerteti *Kerntler Jenő* dr., Pozsony.

A congressus április 16.-án és 17.-én folyt le *Zita* királynő jelenlétében és *Károly István* főherceg védnöksége mellett. A német és osztrák orthopaedek és az e szakmában dolgozó mérnökök közül nagyon sokan jelentek meg. Az üléseket általában nagy érdeklődés kísérte, az összes előadásokon és bemutításokon meglátzott a folytonos cél tudatos munkásság és az a törekvés, hogy az eddig megállapított eredmények alapján jobb és tökéletesebb művégtagok készüljenek.

Az első napon *Exner* tanár elnök megnyitó és üdvözlő szavai után *Schiel* bécsi nagyiparost és *Spitz* tanárt választották meg helyettes elnöknek.

Az általános előadások sorát *Tandler* tanár kezdte meg. Az emberi test izületeiről beszélt, különös tekintettel arra, hogy ezek mennyire szolgálhatnak a művégtagok izületeinek mintaképül. A természet utánzása, sajnos, lehetetlen, mert a természetes viszonyok egészen mások. Az alsó végtagot például általában a légnyomás tartja meg.

Hochenegg tanár a csonkolások javalatairól beszélt. Békében nehéz sérülések, ipari megbetegedések, gümőkör, üszkösödés, ritkán nagy formahibák az indicatiók. A háborúban vannak rögtön beálló indicatiók, mint a végtag leszakadása, teljes roncsolása, üszkösödés, csillapíthatatlan vérzés és súlyos fertőzés, és vannak a sebkezelés folyamán beálló indicatiók (sepsis).

Eiselsberg tanár a csonkítások általános technikájáról beszélt, a különböző amputatiós methodusokról, valamint a csonk borításáról, az idegek összenövéséről, a lebenykészítésről, a csonknak bőrrel való fedéséről, hordképességéről, a hegképződésről stb.

Gocht tanár (Berlin) a térdizületről szólva rámutat arra, hogy a természetes térd forgáspontja 2 cm.-rel van az izület középpontja mögött. Azt ajánlja, hogy a múltában biztonság céljából a forgáspontot még 2 cm.-rel, vagyis összesen 4 cm.-rel helyezzük az izület középpontja mögé.

Spitz tanár előadásának címe: „Az orvos és a művégtag“. Az orvosnak a művégtagok készítésében elsősorú fontos szerepe van. A művégtag mintázójának és készítőjének, a prothesisnek a testtel való szoros összefüggése miatt, ismernie kell az emberi testet és annak erőforrásait. A csonk sorvadása miatt a művégtagon végzendő javítások módját és a végleges műláb feladásának idejét is az orvosnak kell megállapítania. A technikai munkához is kell az orvosnak értenie, hogy meg tudja mondani, milyen módon lehet adott esetben a természetes izületet utánozni. Szükségesnek tartja, hogy a jövő orthopaedgeneratio technikai téren is alaposan kiképeztesse,

Hartmann (Berlin), a „Prüfstelle für Ersatzglieder“ elnöke, ez intézmény berendezéséről beszél. A művégtagok elbírálása orvosi és műszaki részről történik. A legfontosabb bíráló azonban maga a végtag viselője. Az iparos rokkantakat minél előbb munkába kell állítanunk, hogy meglássuk művégtagjuknak az életben és iparukban való használhatóságát.

Leu vezértörzsorvos (Berlin) a porosz hadügyminis-

terium hadigondozó tevékenységéről beszélve szükségesnek tartja, hogy a hadigondozás minden rokkontra vonatkozólag élethossziglan álljon fenn és hogy a művétagoknak és alkotórészeinek gyártására nagyszabású katonai művétaggyár létesüljön.

Az aznap délután és a következő napon tartott specialis előadások és bemutatások közül a következők voltak a fontosabbak:

Lorenz az alsó végtag művétagjainak kérdésével foglalkozott. A művétag térdizületétől meg kell kívánnunk, hogy mozgatható legyen és hogy biztos támaszt nyújtson, vagyis hogy becsuklása és ezáltal az elesés meg legyen akadályozva. Az eddigi tapasztalások szerint compromissumot kell kötnünk a természetes láb és műláb között. Lorenz ezt egy fékszerkezettel oldja meg, a mely a térd behajlítását csak 20—25 fokig engedi meg, tovább nem. Ezáltal az esés veszélye nincs ugyan kiküszöbölve, de lényegesen csökkent. Ilyen elv szerint van szerkesztve Hermann „prágai“ lába. A tolózárról azt mondja az előadó, hogy sokszor szükséges az alkalmazása, de a műlábból botlábát csinálunk vele, még pedig rossz és drága botlábát. Különben nem ellenzi magát a régi botlábát sem, különösen földmunkával foglalkozó, sokat járó embereken, a kik erős munka közben tapasztalás szerint ezt használják legzívesebben.

Igen használható alsó művétagot mutatott be Ludloff (Schäfer szerkesztette Mainzban). A ccomb és lábszár helyén egy-egy Mannesmann-cső van; a térdizület úgy van szerkesztve, hogy a felső cső az alsónak egy kivágásába minden megterheléskor lesüllyed és egy erős fogba bekapaszkodva sarnir-izületében a végtagot nyújtott állásban fixálja. Előnye ennek a végtagnak, hogy csőszerkezete miatt egyszerű, könnyű és olcsó; hátránya, hogy csak egy állásban, vagyis nyújtva fixál.

Gocht (Berlin) szintén az alsó művétagokról beszélt. A térdizület biztosítását 3 módon érhetjük el: 1. fékkel, a mely megterheléskor az izület behajlítását lassítja és bizonyos fokon túl nem engedi; 2. megterhelés esetén rögtön beálló fixálással nyújtott tartásban; 3. megterhelés esetén rögtön beálló fixálással minden tartásban, tehát hajlítva is. Éppen ez utóbbi nagyon actualis kérdés. Ennek megoldására bemutatta az Engels-féle tervezetet, a mely elvben jó, de nincs még teljesen kidolgozva. Itt említem meg a Soukop-féle térdet, a mely a kapcsolatos kiállításon volt látható és a kérdést meglehetősen bonyolult mechanizmussal iparkodik megoldani.

A lábról magáról is többen beszéltek. Schanz (Drezda) kifogásolja azt, hogy a rendes láb formájára készült műlábbnál a testsúly csak a sarokra és lábujjvégre nehezedik. Ez által a járás kétütemesen döcögő lesz, azonkívül a láb közbeeső része a járás mechanizmusában nem vesz részt, pedig járáskor a térdizülettől lefelé húzott munkavonal a saroktól a lábközépcsontok elülső végéig tolódik el. Ezért a műlábak sarkát és talpát úgy készítették, hogy az egy lefelé domború körsegmentumból áll. Ezen a gördülő lábon az emberek jól és egyenletesen járnak és járás közben az egész láb támaszfelületét kihasználják.

Scheede (München) szintén lábtervet mutat be. Abból az elvből indul ki, hogy a műlábbnál a legnagyobb megterhelés a bokaizület tengelyében van, a mi ezt az izületet hamar tönkretesz. Ezért ő a lábszárat levezeti egészen a talpig és ehhez a lábszárvéghez csatol előre és hátrafelé egy láb-és sarokizületet. Ily módon a műlábás lábszárának legömbölyített végén hordja testsúlyát, ezzel támaszkodik a földre, illetőleg cipője talpára. Ennek a lábnak legfeljebb az a hátránya, hogy a lábszár kifelületű alsó végén a talpra nehezedő súly hamar tönkre teszi a cipőtalpat, a min megfelelő szilárd betéttel kellene segíteni.

A lábak kérdéséhez még Tandler szolt, szakszerű anatómiai directivákat adva a járás mechanizmusához. Különösen kiemelte, hogy a lábak természetes tartása a párhuzamos tartás és nem a katonás, oldalt divergáló lábtartás; továbbá, hogy a járás mechanizmusánál nem csak a hátulról előre való

gördülés, hanem az oldalirányban való rotatio is figyelembe veendő.

A felső művétagokról szóló előadások közben Radicke (Berlin) a Németországban nagyon elterjedt Brandenburg- és Tannenberg-karokkal ellátott amputáltakat vezetett elő. Bemutatta azonkívül a mezőgazdasági munkásoknak kitűnő szolgálatokat tevő és minden fogásra használható Keller-kezet és saját találmányú czélszerű eketartóját. Kifejtette továbbá annak a szükségét, hogy többféle mezőgazdasági munkánál a könyökizületet megfelelő tartásban merevre kell állítani és hogy éppen ezért a könyökizületnek erősnek, ellenállóknak kell lennie.

Ehrenfest (Egger) ábrák kapcsán mutatja be, hogy mily elvek alapján dolgoznak a mérnökök, hogy a természeteshez hasonló izületeket készítsenek. Bemutatta azonkívül a Pallenscha mérnök által készített műkart, a mely lényegében az amerikai Carnes-karnak czélszerű módosítása és különösen a művelt középosztály számára készül. Egy ilyen (jobb) műkarral ellátott főhadnagy a hallgatóság előtt demonstrálta ennek a prothesisnek kiváló használhatóságát.

Silvestri mérnök szintén műkarrá vonatkozó izületi szerkezeteket mutat be, a melyek arra szolgálnak, hogy az ujjakat nyujtsák és zárják, továbbá azokat bármely kívánt állásban automatic megartsák. Két ilyen szerkezetet mutatott be rajzban, még pedig egy csiga- és egy rugós ék-szerkezetet. Az utóbbit előnyösebbnek tartja, mivel a csigaszerkezet alkalmazásához a fel- és lecsavarodó huzal elhelyezésére sokkal több hely kell.

Feldscharek mérnök (Wien) bemutatta kétoldali kar-amputáltakon azokat a kézfogásokat, a melyek az öltözködéshez, tisztálkodáshoz, evéshez stb. szükségesek.

Boschan mérnök a művétagok mechanikai és technikai vizsgáló állomásainak berendezéséről beszél. Ezeket a helyeken olyan gépek vannak felállítva, a melyek a művétagokkal a használatban szokásos mozdulatokat végzik, még pedig a normalisnak megfelelő erővel, továbbá beállítható gyorsasággal és megterheléssel. Ilyen módon néhány napi munka után végzett pontos számítás alapján meg lehet állapítani, hogy a művétag az évek folyamán mennyire fog elhasználandni.

Schlesinger (Berlin) érdekes stereogramok alapján referálta a munkavégtagjukkal dolgozó felkar-amputált iparosok munkaképességéről. A stereogramokon, a melyeket az izületekre alkalmazott villanylámpákkal vettek fel, legfontosabbak az épkarú ember váll- és könyökizületében munkaközben végzett ∞ alakú mozgások. A stereogramnak ez a formája annál jobban zsugorodik egyenes vonallá, minél magasabban végeztetett a csonkítás. Azonkívül minél rövidebb a csonk, annál rosszabb a munkás testtartása is a végzendő munkánál. Mindezek alapján arra az eredményre jutott, hogy a felkarjukon amputált iparosok az eddig használatban levő munkavégtagokkal nem elég teljesítőkésesek ahhoz, hogy régi mesterségükben megmaradhassanak; vonatkozik ez különösen az asztalosokra, lakatosokra, fém- és faesztergályosokra stb. Régi foglalkozásukban megmaradhatnak a felkarjukon amputált pékek, festők, mázolóok és tapétázók, akiknek teljesítő képessége épkarúakkal szemben 70—80% között változik.

Az előadásokat és bemutatásokat élénk discussio követte. Végezetül Exner tanár elnök zárószavában köszönetet mondott a congressuson megjelenteknek, különösen Károly István főherczegnek, a ki fővédnöki állásban kiváló módon mozdítja elő az egyesület munkásságát. Rövid záróbeszédében a berlini vendégek nevében Hartmann, a Prüfstelle elnöke köszönte meg a bécsi kollegák vendégszeretetét és azt az óhaját fejezte ki, hogy a szövetséges államok testgyeenezinek további közös működése a művétagok készítése terén minél áldásosabb legyen. Bejelentette végül, hogy a berlini „Prüfstelle für Ersatzglieder“ folyó évi június hóban tartja meg legközelebbi összejövetelét, a melyre már most meghívja az összes jelenlevőket.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

G. C. von Walsem: Die morphologische Blutuntersuchung am Krankenbett. S. Hirzel, Leipzig, 1917. Ára 2 márka.

A betegágnál végzendő vérvizsgálatnak még mindig van több oly kisebb-nagyobb hiánya, melynek pótlása a mindennapi gyakorlat szempontjából igen kívánatos.

A szerző most megjelent kis füzetkájében találunk több oly újítást és módosítást, melyek igen ügyesnek látszanak és mindenesetre érdemesek, hogy utánvizsgálattal használhatóságukról meggyőződjünk.

Igy, hogy csak néhányat említek, a vérvételhez csapantyús eszközt szerkesztett, melynek előnye, hogy kezelése egy kézzel történhetik; a nativ, valamint a száraz készítményhez a tárgylemezt chloraethyllel előzetesen lehűti, mert a vér egyenletes eloszlódását a hideg, a mint arra már *Hayem* utalt, nagy mértékben előmozdítja. A tárgylemezeket a vér kikenése után alkalmas dobozban elhelyezve, centrifugában szárítja.

Külön eljárása van a fixálásra, a festésre, melyet, mint-hogy melegítés is szerepel benne, thermopanoptikusnak nevez; a vörsejtek számlálására szintén eredeti methodust dolgozott ki (panarithmikuss módszer), mellyel egy és ugyanazon kamrában meg tudja számlálni a vörös vörsejteket, a leukocytákat és vérlemezkéket, sőt megállapíthatja a leukocyták különböző féleségeinek egymáshoz való arányát is.

A mikroszkopra alkalmazott külön szerkezet képessé teszi a vizsgálat, hogy a számlálásnál szükséges összes mozgások (praeparatum eltolása, mikrometer csavarása) egy kézzel történhetnek, míg a másik kéz egészen szabad és a nyert adatokat feljegyezheti. A számadatok rögzítésére és a sejtek lerajzolására ugyancsak külön eredeti eljárás szolgál.

Talán már a felemlített példákban is eléggé kiviláglik, hogy a szerző, a ki a vérvizsgálattal alaposan és behatóan foglalkozott, a létező technikai hiányokat felismerve, azokon többnyire egészen eredeti eljárásokkal és készülékekkel iparkodott segíteni; hogy minő eredménnyel, arról csak kontrollvizsgálatok adhatnának kellő feleletet. Ezek bizonyára nem is fognak elmaradni, mert hisz a vér vizsgálata ez idő szerint a vizeleté után talán a legelterjedtebb vizsgálati eljárások közé tartozik és a kik foglalkoznak vele, ismerik azokat a nehézségeket, melyek legtöbbször technikai hiányokból és tökéletlenségekből származnak.

Mindenesetre elismerés illeti a szerzőt, hogy a vérvizsgálat technikájában alkalmazott érdekes módosításaival és újításaival a szakköröket megismertette. *Vas B.*

J. H. Lubinus: Lehrbuch der medizinischen Gymnastik. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1917.

A gyógytorna általános és részletes fejezeteit átnézetesen taglalva és gazdagon illusztrálva (177 ábra), határozottan nagy szolgálatot tett a szerző az e téren tanulni vágyó orvosközönségnek. Ma nemcsak a sebészek és testgyógyászok, hanem a belső betegségek kezelésével foglalkozónak is meg kell barátkoznia e szakmával. Gyors és kimerítő tájékoztatással szolgál az előttünk levő munka, melyet jó lélekkel ajánlhatunk kartársaink figyelmébe. *Deutsch Ernő.*

Új könyvek.

A. Hiller: Hitzschlag und Sonnenstich. Leipzig, G. Thieme. 3 m. — *W. Winternitz: Wasserkur und natürliche Immunität.* Leipzig, G. Thieme. 2 m. — *E. Sonntag: Die Wassermann'sche Reaktion in ihrer serologischen Technik und klinischen Bedeutung auf Grund von Untersuchungen und Erfahrungen in der Chirurgie.* Berlin, J. Springer. 6:80 m. — *F. Schauta: Die Frau von fünfzig Jahren. Krieg und Geburtshilfe.* Wien, M. Perles. 2:80 k. — *Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung in der Schweiz. Sammlung von Aufsätzen, herausgegeben von der Schweizerischen Zentralkommission zur Bekämpfung der Tuberkulose.* Bern, A. Francke. 6 m. — *M. Faulhaber: Die Röntgen-diagnostik der Speiseröhrenerkrankungen.* Halle, C. Marhold. 1:40 m. — *L. Aschoff: Ueber die Benennung der chronischen Nierenleiden.* — *F. Müller: Bezeichnung und Begriffsbestimmung auf dem Gebiet der Nierenkrankheiten.* Berlin, A. Hirschwald. 2:80 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A fertőző bélbetegségek kapcsán fejlődött pajzsmirigygyulladás után jelentkező hyperthyreoidismusról és heveny Basedow-kórról ír *Walko* tanár. A pajzsmirigy gyulladását typhus után 24 esetben (kb. 1⁰/₀), paratyphus B. után 12 esetben (kb. 2:4⁰/₀), paratyphus A. után 2 esetben (kb. 2⁰/₀) és dysenteria után csak 1 esetben (rendkívül nagyszámú dysenteria-eset daczára) látta. A gyulladás nem a betegség tetőfokán jelentkezett, hanem többnyire hosszabb idővel (5—10 héttel) a betegség lezajlása után; meglevő struma mellett rendszerint előbb fejlődött ki és többnyire tovább is tartott. Az esetek 25⁰/₀-ában a gyulladásos folyamat genyedésbe ment át.

A jelzett 39 eset közül 21-ben thyreotoxikus jelenségek állottak be különböző fokban, sőt néha a Basedow-kór tünetcsoportja mutatkozott: cordiovascularis tünetek, főleg a szív működés nagy labilitása, nyugtalanság, álmatlanság, finom hullámú reszketés; a szemtünetek korán jelentkeztek, de eltérően a genuin Basedow-kórban észlelhetőktől, inkább múlt jellegűek voltak; az exophthalmus, 3 eset kivételével, nem volt jelentékeny; nagyfokú gyengeség és lesóványodás minden esetben volt. A mi a vért illeti, sok esetben a leukocyták száma tetemesen megkevesbedett, a lymphocyták pedig általában erősen megnövekedett, a nélkül azonban, hogy a lymphocytosis foka és az eset súlyossága között valami összefüggés volt volna kimutatható; a lymphocytosis néha a Basedow-tünetek megszűnte után hónapokkal is még fennállott (ezzel szemben a typhus láztalanodási szakában beálló lymphocytosis a láztalanvá válás után 2—3 hónappal már megszűnik).

Tekintettel arra, hogy a 39 eset közül 18-ban a hyperthyreoidismus jelenségei teljesen hiányoztak: fel kell vennünk, hogy a pajzsmirigynek gyulladás okozta súlyos működés-zavara egymaga még nem elegendő a thyreotoxia előidézésére, hanem egyidejűleg még valami más tényezőnek is jelen kell lennie. Ez a tényező, több szerző szerint, az idegrendszernek nem teljesen rendes állapota. Az említett 21 beteg közül 13-on sikerült az ideges dispositiót kimutatni. De úgy ezekben az esetekben, mint azokban, a melyekben az ideges dispositio kimutatása nem sikerült, felvehető az eredeti bélbeli fertőzőbetegség (typhus, paratyphus) okozta toxikus megkárosodása is főleg a sympathicus-idegrendszernek. (Medizinische Klinik, 1917, 13. szám.)

Sebészet.

Az idegen testek Röntgen-ellenőrzés mellett eltávolításának módjai közül *Eiselsberg* tanár a *Holzknicht*-eljárást tartja a legjobbnak. Előzetes tájékoztatás (átvilágítás) után a beteget oly műtőasztalra fektetjük, mely alatt *Lilienfeld*-lámpa van elhelyezve. Megfelelő desinfectio után a *Holzknicht*-féle nézőszekrénykével ismét felkeressük az idegen testet s ennek megfelelőleg a bőrt megkarczolva, felkeressük és eltávolítjuk. Ha az idegen test igen kicsiny, vagy vándorol, a műtét közben újból könnyen felkereshető a nézőszekrénykével (kryptoskop), a mely steril áthuzattal van ellátva.

A szekrényke segítségével eddig közel 250 lövedéket stb.-t minden esetben sikerült eltávolítani. A kryptoskop nagy előnye, hogy nem kell a műtőtermet elsötétíteni. (Mediz. Klinik, 1917, 15. szám.) *M.*

Bőrkórtan.

A seborrhoeának és hajhullásnak hintőporral való kezelését ismerteti *L. v. Zumbusch*. A gyakorlóorvos minduntalan kerül abba a helyzetbe, hogy a fejkorpa s a velejáró hajhullás ellen kérnek tanácsot. A seborrhoea hol száraz, hol meg zsíros alakban fordul elő. Előbbeni esetben korpás hámlás, utóbbiban a hajnak átítatott zsíros volta a főtünet. A női hajzat ilyenkor alig fésülhető, összeesik, kevésnek lát-

szik, a miért is ez gyakori panasznak tárgya. Mindkét alakjában a seborrhoeának utóbb viszketés és hajhullás szokott jelentkezni. Különösen a következményes hajhullás az, a mi a beteget az orvoshoz viszi. A szerekek egész légiója ismeretes e baj ellenében s kétségtelen, egyik-másik használ is, ilyen a kátrány, tannin, salicylsav, resorcin stb. Még több természetesen a haszontalan szer. A leghatásosabb szer azonban még mindig a kén marad. Fontos ennek alkalmazás-módja. Hosszú hajzatnak, főként ha a seborrhoea amúgy is zsíros természetű, nem adhatjuk a ként kenőcs alakjában, mert a hajzatot elcsúfítja, zsírosan átítatja. Helyes módosítás ezért a *Riehl*-é, a ki a ként kevés glicerinnel kevert alkoholos mixturában adja. Csekély hátránya e jó alkalmazás-módnak, hogy a kénpor könnyen meglátszik a hajzaton s az eljárás is elég gondosságot igényel. A szerző ezért már évek óta a kénpor használatát, a mit egyébként már mások is ajánlottak. A recept a következő: sulfur. praecipit. 40'0, amyli oryzae 50'0, pulv. rad. ireos florent. 10'0, ezt a port vattatamponnal 4-naponként a fejbőrre visszük. Másnap reggel a hajzaton levő port puha hajkefével eltávolítjuk. Ez alkoholos vattatamponnal is végezhető. Fejmosás legfeljebb négyhétenként. Az eljárás haszna abban áll, hogy a kén közvetlenül érintkezik a bőrrel s hogy a puder a zsírt felszívja, tehát tisztítóan hat. Mindez rendszerint minden irritatio nélkül megy végbe. Ha a puder nehezen távolítható el a hajzatról, az amyllum pótolható semen lycopodii-vel, a mely könnyebben mozgó por. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 13. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Luminal okozta dermatitis két esetét észlelte Curschmann. Az illető esetekben 10 centigrammos adagoknak naponként háromszor használata után 5—7 nappal jelentkezett a heveny ekzema minden tulajdonságával bírt dermatitis, a mely a szer elhagyása után gyorsan megszűnt. Calcium-sók egyidejű adásával e dermatitis jelentkezése úgylátszik megakadályozható. A szerző egyébként megjegyzi, hogy a luminal kitűnő eredménnyel használható úgy genuin, mint Jackson-epilepsia eseteiben; hatása sok esetben felülmúlja a bromét. Különösen epilepsia nocturna eseteiben látta feltűnő hasznát; így egy esetben a 10 év óta halmozott rohamokkal járt éjjeli epilepsziában szenvedett fiatal asszony gyorsan kisebbedő, most már csak időnként adott minimalis adagok mellett 2 $\frac{1}{2}$ év óta rohammentes. Tetania egy esetében szintén feltűnő volt a luminal-kezelés (naponként 2—3-szor 5 centigramm) kedvező hatása. (Therap. Monatshefte, 1917, 4. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 19. szám. *Pach Henrik:* A malariás betegségek Albániában.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 20. szám. *Deszimirovity Koszta:* A járványos sárgaság és a váltóláz.

Vegyés hírek.

Kinevezések az igazságügyi orvosi tanácsban. A igazságügyminister *Nékám Lajos* dr. egyetemi tanárt az igazságügyi orvosi tanács tagjává három év tartamára kinevezte, a tanács jegyzői tennivalóinak ellátásával pedig *Ritók Zsigmond* dr. tanácsost bízta meg.

Kinevezés. *Földesi Mór* dr.-t kisúczaujhelyi járásorvossá, *Nagy Ignác* dr.-t a Félix-fürdő orvosává, *Ábrahám Gyula* dr.-t a szegedi közpórházhoz segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Polgar József* dr.-t márkusfalvi körorvossá választották.

Turán Bódog dr. orvosi gyakorlatát Franzensbadban (Hindenburg-villa) ismét megkezdte.

A „Gyógyászat” szerkesztését *Szenágy Sándor* dr. vette át. Főmunkatársai *Lévy Lajos* dr. és *Mohr Mihály* dr. Laptulajdonosok és kiadók *Schächter Miksa* dr. örökösei.

A M. Tud. Akadémia jutalomtétellei közül a következőknek van orvosi vonatkozásuk: 1. Kivántatik a biológiai tudományok körébe tartozó valamely fontosabb kérdésnek önálló megvizsgálása és feldolgozása. A pályázók jelölik meg, hogy mily segédesszökökkel, esetleg milyen nyilvános vagy magánlaboratóriumban szándékoznak a kérdés megfigyélésével foglalkozni s mikorára készülhetnek el munkájukkal? A tervezet 1917 december 31.-éig küldendő be az Akadémia főtítkári hivatalába. A végrehajtással való megbízás az 1918. évi nagygyűlésen hirdetik ki. Jutalma *Bésán József* alapítványa kamatjövödelméből

2400 kor.; a jutalom csak önálló becsü munkának adatik ki. 2. A cholera és typhus elleni oltások statisztikája. Kivántatik: 1. Az eddig közzétett külföldi statisztikák eredményei és kritikája. 2. Az újabb oltások eredményei a katonaság és a polgári lakosság körében, különös tekintettel Magyarországra és Ausztriára. 3. A védőoltások eredményei az oltóanyag különböző készítmódja szerint. Határnap: 1917 december 31. Jutalma a Pollák Henrik-alapítvány kamatjövödelméből 1500 korona. A jutalmat csak abszolút becsü munka nyerheti el. A jutalom csak abban az esetben fizethető ki, ha szerzője igazolja, hogy a jutalmazott munka könyv alakjában és legalább 200 példányban megjelent.

A **Budapesti Orvosi Kör** 1917 május 9.-én tartott választmányi ülésén nagynevű tagja, néhai *Schächter Miksa* dr. emlékének megőrkítésével foglalkozott. Első sorban a Budapesti Orvosi Kör országos segélyegyletében „Schächter Miksa-alapítványt” létesít és erre gyűjtést indít az elhunyt barátai, tisztelői, olvasói körében. A gyűjtést megkezdte 2000 K-val. Az alapítvány kamataiból orvosok özvegyei és árvái segélyeztetnek. — Azután a „Gyógyászat-jutalomdíjat” elnevezi „Schächter Miksa—Gyógyászat-jutalomdíj”-nak. Oszre emlékünnepelet rendez, melyen *Prochnov József* egyet. magántanár mond emlékbeszédet. Végül kiadja a Budapesti Orvosi Kör „Schächter Miksa válogatott munkáit”. Adományokat elfogadnak a napilapok, a „Gyógyászat” szerkesztősége (IV., Károly király-út 24. sz.) és *Katona József* dr. segélyegyleti pénztáros (IX., Mester-utca 1. sz.)

A **marienbadi orvosi üdülő-otthon** („Aerzteheim”) májustól szeptemberig 65 helyet ad magyar, német és osztrák orvosoknak egy-egy hónap tartammal. A folyamodások „Vorstand des Vereines Aerztliches Erholungsheim in Marienbad” címre küldendők, megjelölésével annak, hogy mely hónapban kívánja az illető igénybe venni a helyet. Orvosok nejei csak férjük ápolása céljából vétetnek fel. Az egylet tagjai (legalább 5 kor. évi járulék) előnyben részesülnek, úgyszintén azok, a kik betegségüket a mostani háborúban ténykedésük folytán kapták.

Személyi hírek külföldről. A prágai német egyetemen a nőorvostani rendes tanszékre *G. A. Wagner* bécsi magántanárt, a 2. sz. női klinika tanársegédét nevezték ki. — *C. Dugge* (törv. orvostan) és *Fr. Best* (kisérleti kórtan) rostocki magántanárok tanári címet kaptak.

Meghalt. *Liptay Béla* dr. nyugalmazott halmi körorvos, e hó 5.-én 70 éves korában. — *O. Ranke*, az elmekórtan rendk. tanára a heidelbergi egyetemen, a harcztéren.

Dr. *Szigeti Márton* Gleichenbergben újból megkezdte fürdőorvosi működését.

Lapunk mai számához **Urban & Schwarzenberg** könyvkiadó-vállalat Berlin—Wien prospektusa van mellékelve.

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógyászati, villamos kezelések. Hízláló, soványító kúrák. Bejáróknak is. **Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.**

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47. Vizgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészítők, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriá-utca 34.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14—51. **Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.**

Orvosi laboratorium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika. Szövetség-utca 14—16. Telefon József 16-03.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógy módok. Röntgen-laboratorium. *Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — bennütások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.*

Dr. Eckwert és Murányi orvosi-, vegyi- és bakteriológiai-
LABORATORIUMA

Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134—40.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszine felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én). 277. lap. — A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 277. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Orrplastikák lövéses sérülések után.

Pólya Jenő: 1. J. L. 20 éves, 1916 november 2.-án a galiciái harc téren golyó lövés érte az orrát; november 15.-én került a Zita-kórházba az orrháton végighúzódo sarjadzó sebbel, mely az orrgyök fölött a homlokra is áttért. A seb gyógyulása után az orrháton végig egy az orrgyökön kezdődő, felülről lefelé szélesedő 1—1½ cm.-es mély barázda húzódik, mely miatt az orr buldugszerűen kettéhasítottnak látszik.

Műtét december 18.-án novocain-localanaesthesiában. Az orr hátán levő heget kimetszszük, a sebszéleket mobilizáljuk, azokat egy az orrháton futó egyenes vonalban egyestjük.

Jelenleg az orrháton húzódo finom hegen kívül az orron semmi abnormitás sincs.

2. Sch. J. 21 éves, 1916 szeptember 3.-án az olasz harc téren sérült ekrasit-bombától és 1916 október 12.-én került a Zita-kórházba, 19 különféle sérüléssel fején, arcán, mellkasán, mindkét karján és lábszáran. Ezek gyógyulása után jött osztályomra babnyi penetráló defectussal a bal orrszárnynon és kis ékalakú defectussal a felső ajkon. December 18.-án aethylchloridnarcosisban a bal fülből 1½ cm.-es basissal bíró háromszögű lebenyt vágunk ki, melyet *König* szerint szabadon transzplantálunk a bal orrszárny fel-frissített defectusába; a fül sebet bevarrjuk. Az ajak-defectus széleit fel-frissítjük és az ajakpír szélének pontos összeillesztése után linearisan egyesítjük. Prima gyógyulás, teljes kozmetikai eredmény.

3. T. F. 25 éves, 1916 június 29.-én sebesült meg gránátrobbanás folytán. 1916 novemberében került Zita-kórházbeli osztályára; a bal orrszárnynon, a középvonal szomszédságában ékalakú defectus, az orrnyílás szűkült, a heges orrczimpa a septum szomszédságában tapad. Az orr bal széle magasabban áll mint a jobb. Az első műtét alkalmával (november 25) az orrszárny defectusát pótoljuk a bal fülből vett szabad transzplantatummal, azután hogy az orr ferdeségét megszüntessük, a jobb orrszárnnyat a czimpa körül félholdalakú bőrdarab kimetszésével s az orr belsejéből való kimetszéssel hasonlóvá tesszük a baloldalihoz, végül egy harmadik ülésben a septumból való kimetszéssel az orr piszeségén igyekszünk enyhíteni. A kozmetikai eredmény kielégítő.

Orrplastika egyszerű módja.

Pólya Jenő: (Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.)

Réthy Aurél: A Zsófia-hadikórházban levő plastika-osztályán az orrszárnyplastika gyakori műtét. A *König*-féle szabad transzplantatióval az eredmény különösen lues jelenléte esetén nem mindig biztos. A *Mutter*-féle eljárás még akkor is zsugorodásra vezet, ha Thiersch-lebenyeket helyezünk be s azok meg is tapadnak, ezért értékes *Pólya* eljárása.

Ajánlja a mindkét oldali sulcus naso-labialisból vett, hosszú lebenyekkel alkotott orrszárnykészítést, a melynél a defectus oldalán levő lebenyből a belfelület, a másik oldalból vett lebenyből a külbőr képezetik. A sulcus naso-labialis helyén levő seb összeöltve nem nagyon észrevehető, a természetes sulcust utánzó heget ad.

Pólya Jenő: Eljárása, mely a régi *Mutter*-féle eljárásból indul ki, az orrszárny s a lágyrészzorr egyik fele hiányának pótlására alkalmas. Az arcon torzító heget hagyó harántbemetszés helyett tengelyével a sulcus naso-labialis irányában fekvő, basisával felfelé tekintő háromszöget ir körül, melylyel kibélelve a bőrdefectust pótló

arclebenyt, annak nagyobb szilárdságot biztosít s azt utólagos zsugorodás ellen védi. A secundaer defectus egyesítése feszteleníti az orron levő varratot s az ezen egyesítés után a sulcus naso-labialisban keletkező heg megfelel a kozmetikai követelményeknek. Az ily módon carcinoma miatt 3 hét előtt operált bemutatott betegen a hegek már alig láthatók.

(Folytatása következik.)

A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

(Folytatás.)

6. Ehrlich Ernő: Elsődleges pajzsmirigy-echinococcus.

Sz. J., 86. gy.-ezredbeli káplár, 1916 márciusában vette észre, hogy nyakának jobb oldalán azóta állandóan növekedésben lévő daganata van, mely a cystosus struma ismert kellemetlen tüneteit okozza. Felvételnél tyúktojásnál nagyobb.

December 5.-én műtét localis vezetékes anaesthesiában harántmetszésből. A cysta enucleatioja a jobb pajzsmirigy-lebeny részleges resectiójával. A tumor felmetszése echinococcus árul el.

A thyreoidea primaer echinococcosus meglehetősen ritka kórkép. Eddig *Eiselsberg* közleménye alapján 24 esetről van szó az irodalomban. Műtét előtti diagnosisa szinte lehetetlen, sokszor még felmetszése után is tévedésre ad alkalmat. A thyreoidea kétségtelenül a véráram útján jut. A meglévő struma az előfordulására befolyással nincs. A betegek annyival korábban jelentkeznek orvosnál, mivel többé-kevésbé lobos folyamat lévén, környezetével hamarosan összenő és így a nehéz légzés gyorsabban jelentkezik. Megszüntetésére egyedüli radikális eljárás a műtét, melyet már az is sürgőssé tesz, hogy az echinococcus a larynxba betörve, halálos kimenetelű lehet.

7. Ehrlich Ernő: Addison-kór esete.

B. J., 34 éves, 1916 augusztus hó 20.-ától november hó 23.-áig malaria miatt kórházi kezelésben állott. Kétszer kapott 0.30 salvarsan-injectiót.

Jelenlegi panaszai: keveset köhög, a gyomra fel van fuvódva, has- és bélfájdalmak vannak, étvágytalan, gyöngének érzi magát, éjjel nem alszik, mindkét alsó végtagjában rheumás fájdalmakat érez. Jelenleg normalis hőmérséklete van.

A beteg hasa fel van fuvódva és a lép alsó széle nem tapintható. Arcbőre feltűnően barna és a kéz bőre hasonlóképpen, a mivel a körömök világos színe élénk ellentétben van. A genitálék, a könyöktájék és a derék köröskörül barnás színű. A szájnyálkahártyán fekete pontocskák láthatók. Vervizsgálat: vörös vérszámja 2,230.000, fehér vérszámja 3500 egy mm³-ben. A szénhidratok iránti tolerancia fokozott. 200 gr. szőlőcukornak éhgyomorral történt elfogyasztása után sem jelentkezik a vizeletben cukor.

A beteg az utóbbi időben több téstát vett magához, mint azelőtt, valamivel jobb színben van és kövérebb is, de mégis gyöngének érzi magát.

8. Ehrlich Ernő: Tympanismus nervosus esete.

M. V., 30 éves, bevonult az első mozgósításkor. 4½ hónapig volt a harc téren, 6 hónapig kórházban és 6 hónapig a lábadozó osztagnál.

A beteg nagyméretű gyomor-fufuvódásról panaszodik, a mi egy hegyről történt leesése óta áll fenn. A gyomor-fel-

fuvódás óriási fájdalmakat okoz a betegnek. Néha a gyomortáj lelapad, a mi itt 1916 december 14.-én is megtörtént. December 13.-án a hasbőség 92 cm., 14.-én csak 76 cm. volt, úgy, hogy 16 cm. a különbség.

Jelenleg a hasbőség 86 cm. A beteg székrekedésben szenved. Vizezés-nehézségei is vannak. Némelyik napon csak néhány deci vizeletet ürít, egyébként a 24 órás vizeletmennyiség körülbelül 700 gr. A has lelapadása után 2-3 napig csak keveset tud enni és a vizelet mennyisége is csekély. A próbareggeli után kivett gyomornedv csak kevés szabad sósavat tartalmazott. Röntgen-átvilágítás alkalmával 3 óra után a gyomorban semmi maradvány sem található. A belek erősen felfuvódottak. Hypertonia. Fájdalomérzés a vastagbél mindkét flexuráján. A vérvizsgálat eosinophiliára negatív.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

5318/1917. sz.

A bethleni és kékesi járási tisztviselői orvosi állásokra pályázatot hirdettek.

Mindkét járási tisztviselői állás 2000 korona kezdőfizetéssel, a bethleni 450 korona lakáspénzzel, a kékesi 360 korona lakáspénzzel s mindkét állás 600 korona útiátalánnyal van javadalmazva és nyugdíj-jogosultsággal jár.

A kékesi járásorvos a kékesi és szentgotthárdi, a bethleni járásorvos a kerlési körorvosi körök orvosi teendőivel is, azok betöltéséig, meg lesz bízva s ezért külön díjazásban lesz részesítve.

A kékesi járásban egy uradalom is van.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket a 12.500/1912. B. M. sz. alatt kiadott vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előírt módon, a vármegye főispánjához címezve folyó évi június hó 2.-áig bezárólag hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező kérvények figyelembe vételét nem fognak.

Dés, 1917 május hó 2.-án.

Az alispán.

2527/1917. sz.

Heves vármegye pétervásárai járásban Pétervására székhellyel 9 községből álló **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek,

A körorvos javadalmazása 1600 korona törzsfizetés, korpótlékkal 1200 korona állami pótlék, 500 korona útiátalány, 4 szobából álló természetbeni lakás, udvar s kerttel és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak a háború tartama alatt felemelt díjakkal.

A választást 1917. évi június hó 19.-én délelőtt 10 órakor Pétervására község-házánál fogom megtartani. Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám 1917. évi június hó 16.-áig adják be.

Pétervására, 1917 május hó 12.-én.

Drizsnyey Béla, főszolgabíró.

A szabolcsmegyei „Erzsébet“-közkórházban Nyiregyházán megüresedett **két alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása egyenként 1400 kor. évi fizetés és 600 korona segély, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés. A pályázó orvostudor, esetleg szigorló orvos urak, illetve úrnők kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához címezve folyó évi május hó 30.-ig a kórház igazgatóságához nyujtsák be. Az állások június 1.-éig elfoglalandók.

Nyiregyháza, 1917. évi április hó 29.-én.

Klekner Károly dr., kórházi igazgató-főorvos.

Gőzfertőtlenítő gépeket

stabil és kocsira szerelt kivitelben gyárt:

Szántó és Beck mérnök gépgyára,
IX., Viola-utca 7.

CAPHOCAL

állandó összetételű és hatású diaetikus tápkészítmény.

Előnyei: Kiváló kellemes íze, melynél fogva, úgy a gyermekgyógyászatban, mint a belgyógyászatban könnyen alkalmazható és hasonló készítményekkel szemben igen gazdaságos.

Eredeti doboz ára: 5 korona.

Készíti: Caphocal Művek Diaetikus Tápszergyár.

Gyári iroda: Budapest, VII., Izsó-utca 7. Telefon 89-10, hol minta és irodalom készséggel áll az orvos urak rendelkezésére.

Magyarországi főraktár: Garay gyógyszerár Budapest, VII.

Guajacetin

(brenzkatechinmonoazetsavas natrium)

a légutak hurutjainál, lázzal járó meghűlési eseteknél, rheumánál stb.

1 eredeti csomagolás	25 tableta	K 2.70
1 " "	50 " "	4.75
1 " "	100 " "	8.80

Migrol

(brenzkatechin monoazetsavas

Dimethylamidophenyldimethylpyrazolon)

Sedativum és antipyretikum

migrán és influenza ellen.

1 eredeti csomagolás (10 tableta à 0.5 g) K 2.—

Chemische Fabrik Fritz Kripke G. m. b. H. Berlin-Neukölln.

Képvisező Ausztria-Magyarország részére: A. HRADEZKY, Wien XVIII/1. Währingergürtel 57.

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.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Ónodi Adolf:** A felső légutak gümőkóros bántalmainak gyógykezelése. 279. lap.
Szórady István: Közlemény az Új Szent-János-kórház elmebetegosztályáról. (Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyet. m.-tanár.) Morbilli-psychois felnőttön. 283. lap.
Jancsó Miklós: Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud. egyetemi klinikáknak „Pasteur” tartalékkórházából. (igazgató: Jancsó Miklós dr. egyetemi tanár.) Kísérleti vizsgálatok a visszatérő láz recidíváinak pathogenesisére vonatkozólag. 284. lap.
Tauffer Vilmos: A női nemzőszervek hygienéje. 289. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *St. Meyer u. E. R. v. Schweidlen:* Radioaktivität. — *Georg von Mayr:* Statistik und Gesellschaftslehre. — *M. Klopstock u. A. Kowarsky:* Praktikum der klinischen chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. — *Lapszemle.* *Belorvostan. Zimmermann:* Nyelvváltozások és nyelvensatiók anaemia perniciosában. — *Scholz:* A mozgás-szervek megbetegedése typhus után. — *Maase és Zondek:* Sajátságos vizenyők. — *Sebészeti. Katzenstein:* Gényes bőr- és csontthányok. — *Küttner:* Az arteria vertebralis lektésére typosus eljárás. — *Schlender:* A tejlövések kezelése. — *Wohl:* Az appendix gömbsejtes sarcomája. — *Venerés betegségek. O. Kren:* Kísérletek a merarsol-lal, az enesol pótszerével. — *Finger:* A nemi bajoknak a mögöttes országgrészekben való lektüdése. 292–293. lap.

Magyar orvosi irodalom. 293. lap.

Vegey hírek. 293. lap.

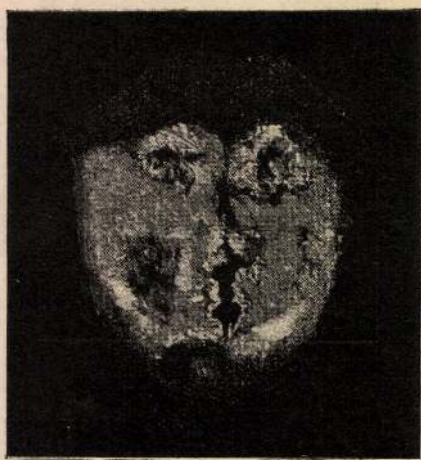
Tudományos Társulatok. 294–295. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A felső légutak gümőkóros bántalmainak gyógykezelése.*

Irta: **Ónodi Adolf** dr., egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

A tüdővész elleni védekezés minden országban napirnden van, a felső légutak gümőkórja számos congressuson volt beható eszmecsere tárgya és a gyógykezelés terén állandó a kísérletezés. Mielőtt kérdéstünk részletes fejtegetéséhez fog-nánk, előre kell bocsátanunk azon ismert tényeket, melyek úgy a bonczasztalon, mint élőkön, kedvezőtlen valamint kedvező életviszonyok között élt egyénekben egyaránt bizonyítják, hogy az egyes gümőkóros elváltozások spontán meggyógyu-



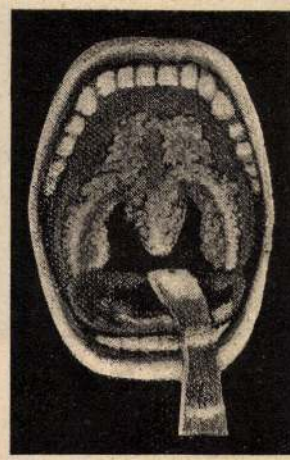
Beszűrődés és fekélyesedés a nyelven.

lása bekövetkezhetik. A felső légutak gümőkóros elváltozásainak spontán meggyógyulására vonatkozólag az irodalomból 1885-től máig 25 esetet állítottam össze. Ezek többnyire gümőkóros gégefekélyekre vonatkoznak. A magam esetében 22 évvel ezelőtt egy nizzai szaktársam állapította meg a gégefekélyt, mely minden kezelés nélkül Mentoneban és Sanremóban spontán meggyógyult. A spontán gyógyulások

* A magyar tuberculosis-egyesületnek f. é. május havában Rózsahegyen tartott nagygyűlésén felolvasott referatam.

elenyésző csekély számát azonban csupán mint érdekes tényt említjük. Néhány szóval érintenünk kell még a felső légutak elsődleges gümőkóros elváltozásait, hol az élőben és egyes esetekben a bonczoláskor is a tüdők teljesen épnek találtattak. Az irodalomból 1885-től máig az elsődleges gümőkór következő eseteit állíthatam össze: a gégében 25, az orrban 33, a mandolán 11, a garatban 9, a nyelven 7, az orr melléküregeiben 5, a légcsőben 4, a légyszájpadon 3, adenoid vegetatióban 3 és az orrgaratban 1 eset.

A felső légutak gümőkóros elváltozásai a legtöbb esetben a gégében fordulnak elő. *Nowicki* 5095 bonczolás közül 2076 esetben talált gümőkórt és ezekből 448 esetben volt gümőkóros a gége. *Lamallerie* 502 tüdőbajos közül 222 esetben találta a gégét is gümőkórosnak. *Willigk* 1307 bonczolás közül 237 esetben talált a gégében gümőkórt. *Dmochowski* 500 tüdőbajos hullájában 21-szer talált gümőkóros elválto-



Beszűrődés fekélyesedés a lágy szájpadon, a nyelvcsapon és a mandulákon.

zást az orrgaratban. *Strassmann* 21 tüdőbajos hullájában 13-szor talált gümőkóros mandolát. Klinikám 24.000 járóbetege közül 733 volt gümőkóros és pedig 682-szer a gége, 32-szer az orr, 12-szer a szájüreg és 7-szer a garat volt beteg. Ezenkívül az irodalomból 1885-től máig a következő másodlagos gümőkór-eseteket állíthatam össze: a gégében felette nagy számmal, a nyelven 87, az orrban 66, az orr melléküregeiben 36, a garatban 33, a mandolán 19, a légyszájpadon 12, adenoid vegetatiókban 6, az orrgaratban 6,

a légcsőben 4 és a nyelvmandolán 1 eset. Meg kell jegyezni, hogy ezek a számok nem lehetnek tökéletesek, mint-hogy az egész irodalom áttekintéséről nem lehetett szó. *Harada* és *Yamaguchi* a felső légutak gümőkóros megbetegedésének gyakoriságát 1.5%-ra teszi. *Makamura* 1%-ot vesz fel. *Wedenski* 1896-ban az irodalomból a nyelv gümőkórjának 110 esetét állította össze és *Heryng* 1894-ben az irodalomban az orr gümőkórját 90 esetben találta. Mindezen adatokat csupán tájékoztató célzattal bocsátottam előre.



Sarjak a gége hátulsó falán.

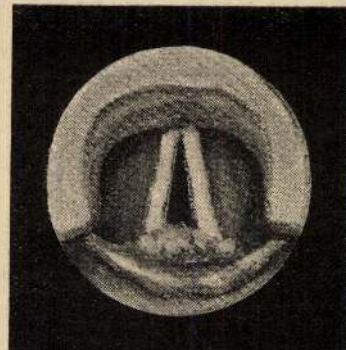
A mi a felső légutak gümőkórjának gyógykezelését illeti, ismeretes, hogy a gégetükör felfedezése előtti időszakban is *Trousseau* és *Bellocq* óta már alkalmazták az ecsetelést, a porbefúvást és az inhalatiót. Természetes, hogy a gégetükör ellenőrzésével a helyi kezelés szabatosabban történhetett. A gégetükör feltalálásával a gégegyógyászat első időszakában ugyancsak divott a lapissal való ecsetelés, melyet a gégetükör ellenőrzésével először *Czermák* alkalmazott. De már 1876-ban *Ziemssen* felemelte szavát, hogy az edzőszereket, az argentum nitricumot el kell ejteni és 1880-ban *Stoerk* kijelentette, hogy a gége helyi kezelése, az edzés, az ecsetelés teljesen eredménytelen és hogy kiterjedt gümőkóros fekélyek is tejkúra és kedvező klímás viszonyok mellett meggyógyulhatnak. Csakhamar elterjedt az a nézet, hogy a gümőkóros géget nem szabad helyi kezeléssel, edzéssel ingerelni és kezdtek elhagyni a lapiskezelést és alkalmazták az inhalatiót, a narcoticumokat és igénybe vették a klímás állomásokat (Madeira, Korfu, Velencze).



Sarjak a gége hátulsó falán és fekélyek a hangszalagokon.

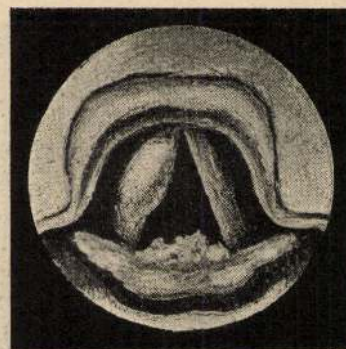
1880-ban *Schmidt* bevezette a desiniciens szerek alkalmazását a gégegümőkör gyógykezelésébe, így a 2%-os carbolsavat és a perubalzsamot. Aztán megkísérlették a különböző antisepticumokat, mint a creosotot, benzoésavat, thymolt stb. és *Mackenzie* 1887-ben a sublimatot is ajánlotta. A jodoformot, melyet *Lincoln* már 1874-ben bevezetett a gégegyógyászatba, *Mosetig* ajánlása folytán 1880-ban nagyon felkarolták, úgy, hogy 1882-ben nem kevesebb mint hét észlelő nyilatkozott a hatásáról, hatan kedvezően, *Fraenkel* csalódottan. *Lublinski* 1886-ban a jodolt ajánlotta. 1885-ben *Krause* a tejsavat és 1887-ben *Rosenberg* a mentholt hozta javaslatba. Mindkét utóbbi szer általános kedveltségnek örvendett, úgy, hogy még ma is alkalmazzák. 1890-ben jött *Koch*-hal a tuberculin-aura ismeretes csalódásaival. Hogy

képet alkossunk magunknak arról az erőfeszítésről, mellyel a gégegümőkört gyógyítani törekedtek, felsoroljuk mindazon gyógyszereket és physikai eljárásokat, melyeket időrendben alkalmazásba vettek; ilyenek a phosphorsavas mészbefúvások, forró levegő, *Brown-Séquard* féle herekivonat-injectio, thio-sinamin-injectio, fuchsin-spray, creosot submucosus befecskendezése, guajacol intratrachealis és submucosus befecskendezése, hetol subcutan és intravenosus befecskendezése, phenolsalyl-ecsetelés, carbolsav-inhalatio, lysol-inhalatio,



Sarjak a gége hátulsó falán.

resorcin, zincum soziodolicum, orthoform befúvása, napfénybesugárzás, anaesthesin, adrenalin, *Bier*-féle pangás, Marmorekserum, trichlor, chromsav, ichthyol, argyrol, chlorphenol, pyoktanin, nosophen, formalin, jodvasogen, nargol, cycloform, coryfin, alummol, bacterium coli, malachitzöld, ultravioletbesugárzás, ulsanin, *Friedmann*-serum, mesbé, aranycantharidin intravenosus injectiója, szénvívénybesugárzás és diathermia. Ehhez a listához nem kell kommentár, mindegyik szernek és eljárásnak voltak pártolói és voltak kedvező, meg látszólagos eredmények, egyesek felbukkantak, hogy ismét eltűnjenek. Kísérletek történtek a gégegümőkórnak Röntgen-fény-nyel és radiummal való gyógykezelésével is és némelyek biztató, mások teljesen negatív eredményt kaptak. Kísérleteztek az elektrolysisal kapcsolatban jodnatrium belső használatával is; állítólag a szabaddá vált jod kedvezően hat. Némelyek a mesterséges pneumothoraxnak a gégegümőkóra való kedvező hatásáról is szólnak, de *Winkler* hangsúlyozza, hogy



Sarjak a gége hátulsó falán, beszűródés a hangszalagon.

pneumothorax után a gége megbetegedhetik vagy a beteg gége rosszabbodhatik. Számos szószólója van a hallgató kúrának, részben kedvező klímás viszonyok, részben sanatoriumi kezelés mellett. A saját gégebajom spontan meggyógyulását is a déli tengeri klíma mellett a szigorú hallgató kúrának tudom be.

Referatumban a vegyes fertőzés (gümőkör és bujakör) alakjaival nem foglalkozom. A felső légutak gümőkóros bántalmainak sebészi gyógykezelésével pedig külön kívánok foglalkozni.

Általában akár helyi, physikalis, specifikus vagy sebészi kezeléssel van szó, hangsúlyoznunk kell, hogy az általános kezelésnek nagy szerep jut. Hogy a felső légutak gümőkórjában szenvedők, kiknek legnagyobb részében a tüdő is

beteg, gyógyhelyeken vagy sanatoriumokban kezeltessenek-e, ez a kérdés csupán azon betegeknek vonatkozik, kik megfelelő anyagi helyzetben vannak; a magunk részéről a sanatoriumi tartózkodás és kezelés mellett foglalunk állást bizonyos hibái daczára, kiváló sok előnye miatt, annál is inkább, mert az eddig említett gyógyeljárások a sanatoriumokban alkalmazott szakorvosok által végeztetnek. A tüdővész elleni sikeres védekezés az alsóbb néposztályok részére feltétlenül szükségessé teszi a népsanatoriumok igénybevételét. A sanatoriumi tartózkodás



Sarjak a gége hátsó falán, fekélyesedés a hangszalagon.

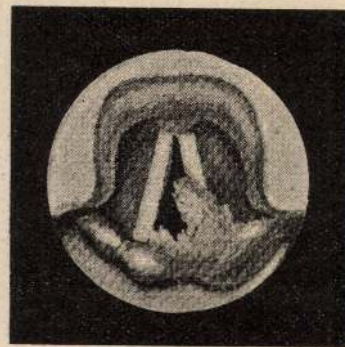
sok előnye lényegesen befolyásolja a szakorvosi kezelés kedvező hatását, hiszen a legtöbb esetben nem súlyos gége-elváltozások meggyógyultak vagy javultak az említett szerek és gyógyeljárások alkalmazására is. A spontán gyógyulások csak könnyebb elváltozásoknál és felületes fekélyeknél következtek be, úgy, hogy nem lehet csodálkozni, hogy oly sokféle gyógyszeres és physikai gyógyeljárással voltak eredmények elérhetőek, különösen kedvező klimás viszonyok, valamint céltudatos és rendszeres általános gyógykezelés mellett. Már 1884-ben *Loesch* szövettani vizsgálatok alapján kimutatta, hogy a bacillusok a gümőkóros szövetnek annyira a mélyébe hatolhatnak, hogy nem vehető fel az alkalmazott gyógyszeres kezelés tényleges hatása. Ez és a gümőkóros elváltozások súlyossága és kiterjedése egyrészt a gyógyszeres kezelés eredménytelenségét magyarázta meg, másrészt a gyógyításnak is más irányt adott, a miről alább lesz szó.



Sarjak a gége hátsó falán, beszűrődés a hangszalagon és a kannaporczon.

A tuberculin-kezelések a nagy csalódások daczára nem maradtak abba, különböző tuberculinok alkalmazásától fekélyek eseteiben eredményeket is észleltek, sőt némelyek a tuberculin-kezeléssel együtt az általános és helyi kezelést is ajánlják. A physikai eljárások közül még leginkább biztató a heliotherapia a nagyszámmal közzétett eredmények alapján, de itt is inkább könnyebb esetekről és nem mélyreható gümőkóros elváltozásokról lehet szó. A Röntgen-kezelés, a radiumbesugárzás és a diathermia ez idő szerint még a kísérletezés stadiumában van. A sok gyógyszer közül, mint említettük, úgy a tejsav, mint a menthol már 30 esztendeje tartja magát a gyakorlatban s nem lehet tagadni, hogy mindkettő jótékonyan befolyásolja a gümőkóros fekélyeket és felületes duzzanatokat, de mélyreható elváltozásoknál csakis

a sebészi beavatkozások után való alkalmazásuk vezetett eredményre. Később látni fogjuk, hogy a sebészi beavatkozások után a fentemlített gyógyszerek közül többet alkalmaztak. A beteg gége kimélése, a hallgató kúra a némaságig való fokozásával, sanatoriumokban vagy kedvező klimás viszonyok között tagadhatatlanul jótékonyan hat. Érdekes, hogy már *Schönlein*, *Trousseau*, *Bellocq* ajánlotta. *Lassere* 1824-ben utalt rá. *Schmidt* és *Semon* is a többi között nagyon melegen ajánlotta, kapcsolatban a sanatoriumi keze-



Sarjak és fekélyesedés a hátsó falon, perichondritis arytaenoidea.

léssel. A nyelési nehézségek és fájdalmak ellen az érzéstelenítő szerek használtak, mint anaesthesin, cocain, alypin, külön, valamint kapcsolatban adrenalin, tonogennel stb. spray, inhalatio vagy porbefúvás alakjában. A *Hoffmann* által ajánlott alkohol-injectio a felső gégeideg területén kiterjedt alkalmazást nyert, napokra, sőt hetekre megszüntette a nyelési fájdalmakat. Némelyek megkísérlették a novocain- és a stovain-injectiókat is. A dysphagia megszüntetésére vonatkozó egyéb eljárásokról a sebészi fejezetben lesz szó.

A mi a gége gümőkórjának sebészi kezelését illeti, már a gégegyógyászat első időszakában találkoztunk endolaryngealis beavatkozásokkal; így 1867-ben *Marcel* gümőkóros beszűrődés esetén a scarificatióra utalt, melyet *Türk* és *Bruns* végzett is és vizenyős duzzanatnál *Schmidt* 1880-ban és *Schech* 1882-ben alkalmazott. *Krause* és mások a scarificatiót a tejsav hatásának fokozása céljából végezték. A



Perichondritis arytaenoidea.

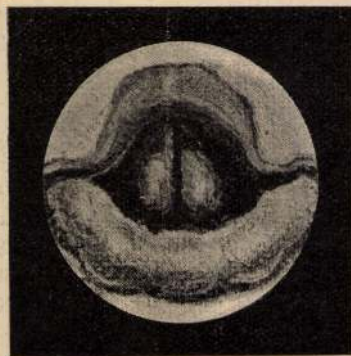
gégetükrözés előtti időben *Desault* és *Bedingfeld* a gümőkóros gégerészletek sebészi eltávolításának gondolatával foglalkozott. *Türk* és *Semeleder* fuldoklás eseteiben a légcsömetszést végezte és *Bryant* már 1868-ban ajánlotta, hogy légcsömetszés a bántalom korai szakában végeztessék.

Ezek előrebocsátása után sorra vesszük az egyes területek gümőkóros elváltozásainak sebészi gyógykezelését.

A mi a nyelvet illeti, az irodalomból 1885-től máig 7 elsődleges és 87 másodlagos esetet állítottam össze; semmi kétség, hogy a gümőkóros szövetek kikaparása és tejsavval való étetése, valamint galvanokaustikás elpusztítása egyrészt gyógyulásra, másrészt lényeges javulásra vezetett. Daganat-szerű elváltozás és elsődleges gümőkór eseteiben a gyökeres sebészi eltávolítás van helyén, sőt végezték a nyelv teljes kiirtását is. A lágyszájpad gümőkóros elváltozásainak 3 elsődleges és 12 másodlagos esetéről van tudomásom; az

elsődleges alakban a gyökeres kimetszés, a fekélyes és beszűrődéses alakban a kikaparás étetéssel és a galvanokaustika ajánlatos.

A garatmandola 11 elsődleges és 19 másodlagos esetét ismerjük; minden esetben a mandola gyökeres kiirtása van helyén. Több esetben az eltávolított mandola gümőkórját csak a szövettani vizsgálat mutatta ki. *Strassmann* 21 tüdőbajos hullájában 13 mandolát talált gümőkórosnak. Az adenoid vegetatiókat illetőleg 3 elsődleges és 6 másodlagos esetről



Perichondritis, beszűrődés a hangszalagokon.

van tudomásunk, a latens gümőkórt az eltávolított szövetrészek mikroskopi vizsgálata állapítja meg. *Lewin* 200 eset között 5% latens gümőkórt talált. *Piffel* 100 adenoid vegetatiót szövettanilag vizsgálva, 3-szor talált gümőkórt. Az adenoid vegetatiók már az orrlégzés szabaddá tétele céljából is gyökeresen eltávolítandók; gümőkóros egyéneken feltétlenül szükséges a gyökeres eltávolítás. Ritka a nyelvmandola gümőkórja, gümőkóros egyéneken szintén feltétlenül eltávolítandó.

A garat 9 elsődleges és 33 másodlagos gümőkóros elváltozásáról van tudomásunk. Legtöbbszörre a kikaparást étetéssel és a galvanokaustikát alkalmazzák. A primaer, diffúz infiltrációs garatgümőkórban az erélyes beavatkozás mellőzendő.



A gégefedő és a kannaporczok beszűrődése.

Az orrüreget illetőleg 33 elsődleges és 66 másodlagos esetet ismerünk. A fekélyek, beszűrődések és sarjak ellen alkalmazták a kikaparást étetéssel és a galvanokaustikás elpusztítást. Az eredmények rosszasága s az elég gyakori kiujulások szükségessé tették az erélyesebb sebészi beavatkozásokat. Azonfelül elég nagy számmal fordul elő az orrüregben a daganatszerű gümőkór; mi 20 ilyen gümőkóros tumort állítottunk össze, *Heryng* 42-t. Én a Stockholmban tartott tuberculosis-conferentián egy gümőkóros daganat kapcsán felhívtam a figyelmet a gyökeres sebészi feltárára és eltávolításra. *Körner*, *Preysing*, *Eicken* a gyökeres beavatkozás mellett foglalt állást. Izolált és az orrsövényre szorító gümőkóros elváltozás esetén a *Körner* által ajánlott endonasalis septumresectio jár eredménnyel, de részünkről daganatok jelenléte és kiterjedtebb elváltozások esetén, tekintettel a latens góczokra, feltétlenül szükségesnek tartjuk az orrüreg

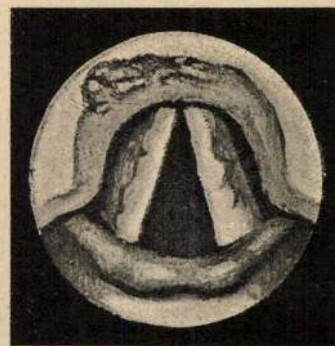
feltárást és a csontos orrral temporaer resectióját. Csakis ez eljárással lehet a manifest és latens gümőkóros elváltozásokat gyökeresen eltávolítani, a mint az elsődleges gümőkóros esetekben is megtörtént. A gyökeres sebészi eltávolítással összekötjük a környező szövetrészek thermokaustikás érintését.

Az orr melléküregeit illetőleg 5 elsődleges és 36 másodlagos gümőkór-esetet ismerünk. A melléküregek megbetegedését *Lichtwitz* 59 gümőkóros hullán 19 esetben, *Wertheim*



Perichondritis arytaenoidea, fekélyesedés a hangszalagokon.

106 gümőkóros hullán 31 esetben, *Minder* 17 gümőkóros hullán 4 esetben, *E. Fränkel* 48 gümőkóros hullán 9 esetben, *Dmochovszki* 29 hullán 3 esetben és *Oppikofer* 31 hullán 25 esetben találta. A gümőkóros melléküregek a következő arányban fordulnak elő: a Highmor-üregben 25, a homloküregben 4, a rostasejteken 6, az iköbölben 1, a Highmor-üregben és rostasejteken 1, a rostasejteken és az iköbölben 1, a Highmor-üregben, rostasejteken és iköbölben 1 és az összes melléküregekben 3 esetben. Klinikámon egy esetben az összes melléküregek gümőkóros elváltozásainak gyökeres feltárára és kitakarítására gyógyulás következett be. Felesleges hangsúlyozni, hogy gümőkóros melléküregbántalom eseteiben feltétlenül a gyökeres sebészi beavatkozás van helyén.



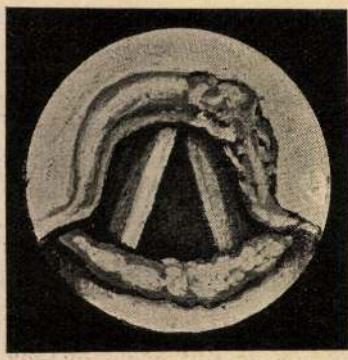
Fekélyesedés a gégefedőn és a hangszalagokon.

Az orrgaratban 1 elsődleges és 8 másodlagos gümőkór-esetről van tudomásunk. *Dmochovszki* 508 tüdőbajos között 21 esetben másodlagos gümőkóros elváltozást talált az orrgaratban. Többszörre fekélyes elváltozások, elvéve tumor, melynek gyökeres eltávolítása van helyén. Különben némelyek az orrgaratgümőkórban a tuberculin-kezelést is igénybevétték.

Most pedig áttérünk a gümőkóros gégebajok endolaryngealis és extralaryngealis sebészi gyógykezelésére, melyre vonatkozólag a vélemények és javallatok nagy hullámzást mutatnak. Az endolaryngealis beavatkozások: a curette, a galvanokaustika, daganatok eltávolítása, a gégefedő amputációja, az arytaenoidectomia és a felső gégeideg compressiója; az extralaryngealis beavatkozások: a légcsömetszés, a laryngofissio, a gége részleges és teljes kiirtása és a felső gégeideg resectiója.

A gümőkóros fekélyek, beszűrődések és sarjak endolaryngealis kikaparását 1887-ben ajánlotta *Heryng*, azon

megokolással, hogy a submucosa alatt beszűrődött szövetben levő gümös góczokat csakis az éles kanállal lehet eltávolítani; utána tejsav-étetés alkalmazandó. 3000 gümös gégebajos közül 270 esetben alkalmazta eljárását, Krause pedig 252 esetben végezte, azzal a különbséggel, hogy utána a tejsav mellett a 2%-os pyoktanint is igénybe vette. Heryng 1890-ben eljárásával kezelt két elhalt betegén a gége teljes gyógyulását kórboncztanilag és szövettanilag is be tudta bizonyítani. De azért eljárásának nagyszámu híve mellett



Fekélyesedés a gégefedőn és a kannaporczon.

akadtak ellenzői is. Gleitsmann 21 esetben behagedésről és gyógyulásról számolt be. Lubliner 92 esete közül 4 gyógyult, 30 jelentékenyen javult és 58 csak múlt javulást mutatott. Freudenthal 29 esete közül 4 gyógyult, 7 javult és 18 nem javult. Pollatschek 210 esetben kedvező eredményről számolt be. Észleltek reakciót is, így Moure két esetben a curette után kénytelen volt a légszűrészt végezni és klinikámon egy esetben a Killian-féle függő helyzetben végzett curette után szintén szükségessé vált a légszűrészt, míg egy másik hasonló esetben rohamosan következett be a rosszabbodás. Mindazonáltal el kell ismernünk, hogy az eljárás jól megválasztott esetekben szép eredményt biztosít és hogy reakció és utóvérzés ritkán fordul elő.

(Folytatása következik.)

Közlemény az Uj Szent-János-kórház elmebetegosztályáról.
(Főorvos: Hudovernig Károly dr., egyet. m.-tanár.)

Morbili-psychois felnőttön.

Szórady István dr., alorvostól.

Míg a magas lázakkal járó fertőző-betegségek: typhus, variola, erysipelas, scarlatina stb. igen gyakran vezetnek a delirium febrile képében lezajló heveny psychosisokhoz, aránylag ritkábbak ezek az enyhébb lefolyású, kisebb lázzal járó kanyarónál. Felnőtt egyénen maga a kanyaró is százalékban alig kifejezhető ritkasággal észleltetett, annál ritkábbak az ennek kíséretében lezajló psychosisok. Ezek Babarczy-Schwartz szerint túlnyomóan a mania jegyében folynak le, de ritkák, szemben a gyakori idegrendszeri complicatiókkal. Kovalevszky transitorius maniát észlelt dadogással és enuresissal.

Esetünkben morbilli-fertőzés kíséretében felnőttön észleltünk igen súlyos psychosist, mely a typosos incubatiós-delirium képében zajlott le. A nem túlságosan magas lázak okozta elváltozásokon kívül a betegség kifejlődésében fontos szerepe lehetett a Moravcsik által hangsúlyozott egyéni dispositionnak, a szervezet csökkent ellenállóképességének, mely esetünkben veleszületett és szerzett egyaránt lehet, mint azt az alább közlendők bizonyítják.

A climacterium idejében levő 45 éves, intelligens nőbeteg 1915 december 29.-én vétetett fel osztályunkra. Örök-lésileg terhelt családból származott. Anyja görvélykóros, elmebeteg nő volt. Egy bátyja öngyilkos lett; két nagynénje elmebajos. Testileg és szellemileg rendesen fejlődött. 14 év óta van férjénél, házassága steril. Leánykorában és később is vérszegénység miatt gyakorta állott orvosi kezelés alatt. Mint

tisztviselő sok üléssel, zárt levegőben való tartózkodással és éjszakai inspectiókkal járó hivatalt látott el. Kimerültsége miatt 1 év előtt nyugdíjba ment. Környezete kissé nervosus, labilis hangulatú nőnek ismerte, de psychés zavarai sohasem voltak. Körülbelül két hónapja nem menstruál, a menstruatio eddig is rendetlen időközökben ismétlődött.

A háború kitörése óta mint önkéntes ápolónő teljesített szolgálatot egy hadikórházban s ezt a hivatalát is éjjel-napot egygyé tévő túlbuzgalommal, fáradtságot nem ismerve, látta el. A karácsonyi ünnepekre a kórház kápolnáját maga díszítette fel és segédkezett az egyházi szertartások minden való tartásában. E sok munkától kimerültnak, fáradtnak érezte magát, de pihenést nem ismert környezete minden unszólása daczára sem.

Két héttel beszállítása előtt vette észre környezete, hogy viselkedése megváltozott. Éjjelenként nem tudott aludni, nyugtalanul járkált fel s alá. Karácsony éjjelén már különböző, többnyire vallásos jellegű hallucinatioók és illusioók jelentkeztek. A falakon levő képeken mindenütt Krisztust látta, majd a falon meg is jelent előtte Krisztus. Az ezt követő napokban öntudata álomszerűen elhomályosult, tétován járt-kelt, gyakran hangos, görcsös kacagásba tört ki, máskor lehangolt, álmos, nyomott kedélyű lett.

Behozatalakor az öntudat ködös, az egész állapot somnambulismus-szerű. Lehunyt szemmel tétován jár, ha vezetik; ha leültetik, aludni látszik. Járás közben gyakran hangosan felkacag, majd fejét jobbra-balra forgatva, a levegőbe szippant, szaglász, arczát fintorgatja s „piha-piha“-kiáltásokat hallat. Első éjjel semmit sem aludt, zavart. A kérdésekre csak ritkán ad választ, fejét a mennyezet felé fordítva, hallucinál.

Másnap nagyfokú motoros nyugtalanság áll be, mely-nél fogva az idegrendszeri- és belszervi vizsgálat csak hiányosan végezhető. Jól fejlett, közepesen táplált. Degeneratiós jelek nincsenek, a koponya rendes alakú. Az arcz symmetriás, mindkét oldalt jól idegzi be. A nyelven, szemhéjakon remegés. A pupillák fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Szív-tüdő ép. A hasban semmi eltérés. Inreflexek fokozottak, bőrreflexek szintén. Ujjtremor, dermatographia. Az érzőköri vizsgálata nem végezhető.

Deczember hó 31.-én a nyugtalanság fokozódik. Ágyából kiugrál, zavartan kiabál, céltalanul kapkod kezeivel. Környezetét félreismeri, a belépőket hangos kacagással, kéznnyujtással fogadja. Élénk hallucinatioók és illusioók egy perczig sem szünetelnek. Különösen a szaglási illusioók dominálnak. Folyton szippant, arczát fintorgatja. Máskor énekelve, stereotyp módon ismétli: ha-ha-ha, ha-ha-ha. Hálós ágyba helyezük, morphin subcutan, protrahált fürdő.

1916 január 1-től 8-ig a kórképet a motoros izgalmi tünetek folytonos fokozódása mellett a tömeges hallucinatioók, illusioók, töredékes, vallásos jellegű, fantasztikus téveseszmék jellemzik. Nedves pakkolások alig csillapítják, esténként alkalmazott hyoscin-injectio alig 3—4 óra hosszhat. Szenvedélyes, imádkozó pózok, majd hysteriform rohamok opisthotonussal, a végtagok, különösen a lábak folytonos dobálása egyre tartanak. Táplálkozása nagyon hiányos.

Január 8.-án észlelünk először a mellen és háton kúteget. Ugyanezen napon kissé nyugodtabb, fekvé marad, csak végtagjait dobálja. Táplálékot rendesebben vesz fel. Este hőmérséke is megmérhető: 38.3 C.

Január 9.-én typosos morbilli-exanthema (Szontágh tanár). A kúteg az egész testre és arczra is ráterjed. Esti hőmérsék 39.3.

Január 10-től 12-ig gyenge, álmatlan. Esti hőmérséke átlag 39.0.

Január 12 óta a kiütések halványulnak. A motoros izgalmi tünetek csökkenőfélben vannak, az alvás még hiányos. 15.-én mutatkozik a perceptio első, halvány nyoma, de többnyire még tartós, mély öntudatzavar áll fenn. 18.-án a kiütés eltűnt. Lázatlan, kezd tájékozódni. Másnap teljesen tiszta öntudat, környezetét felismeri. A nyugtalansága alatt keletkezett nagy kiterjedésű felfekvések miatt fekvőbeteg. A

decubitusok kötözése hyperolos kötésekkel eszközölhető már.

Febr. 1 óta fennjár, nyugodt, componált. Betegségébe belátással bír, tudja, hogy zavart volt. A zavartság idejére teljesen amnesziás. Psychés zavarok ettől kezdve nincsenek, csak ideges ingerlékenység, labilis kedélyállapot áll fenn. Vérszegénységének, decubitusainak kezelését márcz. 15-ig folytatjuk s e napon gyógyultan bocsátjuk el.

A betegség lefolyásában tehát az incubatio és nem a lázas, kiütéses szak alatt beálló delirium képét nyújtja, míg a kúteg megjelenésekor a psychés zavarok csökkenni kezdenek s a reconvalescentia a psyche zavaraitól teljesen mentes. Praedisponáló momentumokként a climacterium zavarai és a szellemi és testi kimerülés szerepelnek, de ezek fennforgása daczára is delirium toxicumnak vehetjük a körképet, hol aránylag kis láz, sőt az incubatio láztalan vagy subfebrilis temperaturája mellett is a morbilli ismeretlen kórokozói oly súlyos toxicosist létesítettek, mely a maniás állapotok legsúlyosabb alakjaira emlékeztető psychosist hozta létre nagy motoros nyugtalanságával. Typhusban és influenzában is szokott a láz előtt jelentkezni delirium, míg erysipelasban a betegség alatt vagy után, mint *Weichbrodt* 12 esetében, melyeket újabban közölt. Tágabb értelemben a háború psychosiai közé tartozik esetünk is, mert hisz a fertőző-betegség csirái talán fertőzött, a harctérről visszatért katonákkal való foglalkozásakor jutottak közelébe. Megjegyzem még, hogy a beteg távozása után majdnem egy évig még megfigyelésünk alatt állott s ez idő alatt szellemi életében semmi rendellenesség sem mutatkozott.

Közlemény a kolozsvári Ferencz József m. kir. tud. egyetemi klinikának „Pasteur” tartalékkórházából. (Igazgató: Jancsó Miklós dr., egyetemi tanár.)

Kísérleti vizsgálatok a visszatérő láz recidiváinak pathogenesisére vonatkozólag.

Irta: *Jancsó Miklós dr.*, egyetemi tanár.

(Folytatás.)

II. Passiv immunizálási kísérletek.

Előbbi kísérleteinkben bebizonyosodván, hogy egereinkben fertőzés rendszerint létrejön, ha azok recurrenses bosnyákjaink spironemákat tartalmazó véréből 0.5 cm³-rel hasürbe oltatnak: most arra vonatkozólag végzünk vizsgálatokat, hogy vajjon recurrensben szenvedő bosnyákjainknak vérsavójában mutathatók-e ki állatkísérletek útján immunanyagok és milyen viszonyban vannak azok az egyes rohamokkal? (Lásd a III. táblázatot.)

7. Február 17.-én *N. R.*-től az I. rohama utáni intervallum 8. napján (a roham 5 napig tartott) veszünk vért, azt azonnal centrifugáljuk s a vérsavóból oltunk hasürbe egy fehér egeret 0.3 cm³-rel (14.), kettőt 0.2 cm³-rel (13., 15.). Másfelől egy fehér egeret (16.) *M. R.*-től III. recidivája után 7 nappal vett vérenek savójából 0.3 cm³-rel oltunk be (*M. R.*-nek ez a III. recidivája 2 napig sem tart el, a beteg véreben spironemák nem találhatók).

Mind a négy egérbe e vérsavókkal összekeverve 0.5—0.5 cm³ vért is oltunk be, mely *D. D.*-től való I. recidivája 2. napján (a recidiva 4 napig tart el).

Eredmény: a 3 előbbi egér (13., 14., 15.) fertőződik, ellenben a 4. egér (16.) mentes marad a fertőzéstől. A fertőzött egerekben aránylag kevesebb számú spironema látható.

8. Február 10.-én *G. J.*-nek frissen vett vérsavójából, ki II. recidivája után 7 nappal van (e II. recidivája 1 napig tartó, durványos roham), beoltunk 0.1 és 0.2 cm³-rel hasürbe 2 fehér egeret (9., 10.) s e vérsavóval összekeverve 0.5—0.5 cm³ vért, mely *T. V.*-től való I. roham 4. napjáról (e roham *T. V.*-nek 8 napig tart el, 7.-én pseudokrisis).

Controllul szolgál 1 fehér egér, mely csupán *T. V.* 0.5 cm³ vérevel oltatik hasürbe (8.) és 2 másik egér (11., 12.), a melyek *T. V.*-től eredő 0.5—0.5 vérral és 0.2 cm³, illetőleg 0.5 cm³ közömbös emberi vérsavóval oltatnak hasürbe.

Eredmény: a 3 controllul szolgáló egérből a 8. és 11.

sz. egérben fertőzés létrejön igen nagyszámú spironemával vérükben; a harmadik: a 12. sz. másnapra elpusztul; ellenben a *G. J.* vérsavójával kombináltan oltott 9. és 10. sz. egér nem fertőződik.

*

Mit mutatnak ezek a vizsgálatok? E vizsgálatok tanúsága szerint bosnyákjaink vérsavójában az I. recurrenses roham kiállása után olyan immunanyagok voltak kimutathatók állatkísérletek útján, a melyek 0.1—0.3 cm³ mennyiségben képesek voltak kombinált intraperitonealis oltásnál megvédeni a fehér egereket 0.5 cm³-nyi olyan vér fertőző hatása ellen, a mely az I. recurrenses roham spironemáit tartalmazta.

Ellenben nem fejtett ki ugyanez az I. roham utáni intervallumban vett vérsavó védőhatást az I. recidiva spironemáival szemben ugyanilyen kísérleti berendezés mellett.

Sikerült azonban megvédeni egereinket kísérleteinkben ez I. recidiva spironemáinak hasüri beoltása után várható fertőzés ellen olyan módon, hogy kombináltuk a beoltásukat olyan recurrenses betegtől származó vérsavóval, a ki már I. recidivája utáni időben volt.

Recurrensben szenvedő bosnyákjaink vérsavójában tehát e kísérleteink tanúsága szerint védőanyagok voltak kimutathatók a recurrens-spironemákkal szemben. Ezek a védőanyagok különböztek egymástól az I. recidiva előtt és után abban, hogy immunizáló kísérletekben az I. roham után vett vérsavó védőhatást csupán az I. roham spironemáival szemben fejtett ki és nem fejtett ki védőhatást az I. recidiva spironemáival szemben. Ellenben az I. recidiván túlesett recurrenses beteg séruma védőhatást fejtett ki kombinált immunizáló kísérletben egereken az I. recidiva spironemáival szemben is.

9. Február 18.-án beoltjuk 8., 9., 10., 11. sz. egereinket *D. D.*-től eredő 0.5—0.5 cm³ vérral a hasürbe; az illető I. recidivája 3. napján van (roham 4 napig tartott).

Eredmény: a 8. sz.-ban, mely csupán *T. V.*-nek I. roham 4. napjáról vett vérevel oltatott hasürbe 0.5 cm³-rel és kontroll gyanánt szolgált, fertőzés jön létre aránylag kevesebb spironemával a fark véreben. A 9. sz. egérben fertőzés nem jön létre, ellenben a 10. és 11. sz. egér elég erős fertőzést mutat.

10. Ez egerekből a 9., 10., 11. számúakat beoltjuk február 26.-án *T. V.*-nek I. recidivája 4. napjáról származó vérből 0.5—0.5 cm³-rel a hasürbe (a recidiva 5 napig tart el, 4.-én pseudokrisis).

Eredmény: a 9. és 10. sz. egerek fertőződnek, és pedig több spironema látható a 9. sz. véreben, mint a 10. sz.-ében; míg ellenben a 11. sz. egéren fertőzés nem jön létre.

Épp így nem fertőződik a 8. sz. egér sem, a midőn márczius 1.-én *D. J.*-től I. recidivája 2. napján beoltjuk a hasürbe 0.5 cm³-rel (*D. J.* recidivája 6 napig tart el).

Hogyan magyarázható meg ezek az első pillanatra felütlőnek látszó kísérleti eredmények, a melyek az emberből származó spironemákkal egereken végzett activ immunizálási kísérleteink eredményeivel ellentétben állanak?

Mint kísérletünkben kitűnik, a 8. sz. egér, a melyen e kísérleti sorozatban tisztán activ immunizálást végeztünk recurrenses beteg I. rohamából vett spironemákkal, az újraoltásokra úgy viselkedik, mint azt előbbi, activ immunizáló kísérleteinkben tapasztaltuk; ugyanis recurrenses beteg I. recidivájából származó spironemákkal ez is fertőzhető, de ennek megisméltésekor fertőzése már nem sikerül. Teljesen ugyanezt az eredményt kapjuk a 11. sz. egéren is, a mely e kísérleti sorozatunkban szintén controllul szolgált és kombinált oltásban indifferens emberi vérsavóval, meg emberi recurrens I. rohamának spironemáival oltatott be a hasürbe. Ellenben a 9. és 10. sz. egérből, a melyeket egy I. recidiva után 23 nappal levő recurrenses beteg ember vérsavójával és az I. rohamban levő egyén spironemáival oltottunk kombináltan a hasürbe, a 10. sz. egér, mely e vérsavóból csak 0.1 cm³-t kapott, az I. recidiva spironemáival február 18.-án fertőzhető volt és február 26.-án ismét, tehát másodszor is, úgy mint a másik (9. sz.), a melyik 0.2 cm³ védősavóval oltatott.

	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	III. 1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
G. J. II. recidivája után 7 nappal vett vérsavójból	8	0.5 cm ³	+++	+++					0.5 cm ³	+									0.5 cm ³	-	-	-	-	-	
	9	0.5 cm ³	-	-					0.5 cm ³	-						0.5 cm ³	++	+	-	-	-	-	-	-	
	10	0.5 cm ³	-	-					0.5 cm ³	++						0.5 cm ³	+	-	-	-	-	-	-	-	
	11	0.5 cm ³	+++	+++					0.5 cm ³	++						0.5 cm ³	-	-	-	-	-	-	-	-	
Indifferens vérsavóból	12	0.5 cm ³	+																						
	13	0.5 cm ³																							
N. R. I. roham után 8 nappal vett vérsavóból	13	0.5 cm ³							+	++															
	14	0.5 cm ³							++	++															
	15	0.5 cm ³							+	+										0.5 cm ³	+	+++	+++		
	16	0.5 cm ³							-	-	0.5 cm ³									0.5 cm ³	+				
M. R. III. recidivája után 7 nappal vett vérsavóból	16	0.5 cm ³																							
	17	0.5 cm ³																							
	18	0.5 cm ³																							
	19	0.5 cm ³																							
	20.																								
	21.																								
	23.																								
	24.																								
	25.																								
	26.																								
	27.																								
	28.																								

Ezeknek a felöltő eredményeknek a magyarázatát a következőkben találjuk meg: a február 10.-én *T. V.*-nek első rohama 4. napjáról származó 0.5 cm³ vér a hasürbe oltva a 9. és 10. számú egeret megvédte a fertőzéstől. *G. J.*-nek, ki már az első recidivája után volt, vérsavója 0.2—0.1 cm³-nyi mennyiségben kombinált hasürbe való oltással. Ennek a két egernek ezzel a serumoltással elért immunitása csak olyan mértékű volt, hogy a kisebb mennyiségű vérsavóval oltott 10. sz. eger már február 18.-án, a midőn *D. D.*-nek vérével, ki első recidivájának 3. napján van, hasürbe oltatik, fertőződik. Sőt a 9. sz. eger kombinált vérsavóoltás által nyert immunitása is csökken már február 26.-ára olyan mértékben, hogy *T. V.* recidiva-törzsével most már fertőződik.

Másfelől kísérleti sorozatunkból az is kiolvasható, hogy e kombinált oltások az activ immunitás kifejlődését hátrányosan befolyásolják; ezért látjuk azt, hogy úgy a 9. sz., mint a 10. sz. egéren a február 18.-i első recidiva-törzsszel történt oltástól bár az egerek fertőzése létrejött, mégis azok február 26.-án első recidiva-törzsszel ismét fertőzhetőek voltak.

Ennek a magyarázatunknak helyességét mutatja 8. sz. kísérletünknek folytatása is:

a 16. sz. egeret, melyet február 17.-én kombinált oltásban *M. R. recurrenses* betegünknek 0.3 cm³ vérsavójával, a ki ekkor III. recidivája után a 7. napon volt és *D. D. recurrenses*nek, ki első recidivája 2. napján volt, 1.5 cm³ vérével hasürbe oltottunk és melyen fertőzés nem jött létre, beoltjuk február 20.-án ismét a hasürbe *T. G. recurrenses*ből vett vér 0.5 cm³-ével; az illető első rohama 5. napján volt (rohama eltartott 6 napig).

Eredmény: fertőzés nem jön létre.

Úgy ezt a 16. sz. egeret, mint a 15. számút, a mely február 17.-én szintén *D. D.*-től eredő vér 0.5 cm³-ével és *M. R. recurrenses* betegnek 0.2 cm³ vérsavójával oltatott kombináltan, beoltjuk márczius 1.-én *D. J. recurrenses* betegtől első recidivája 2. napján vett vér 0.5 cm³-ével a hasürbe (e recidivája *D. J.*-nek 6 napig tartott.)

Eredmény: a 16. sz. eger elpusztul, a 15. sz. egéren fertőzés létrejön, aránylag kevesebb spironemával vérében s lassúbb fejlődési menettel, mert csak 48 óra múlva találhatók vérében spironemák.

Az immunitás kifejlődése tehát ezen a 15. sz. egéren is hátráltatva volt a február 17.-én beoltott 0.2 cm³ immun-savó által s nem nyert az állat az első recidiva spironemáival szemben teljes immunitást.

Úgy *Novy* és *Knapp*, mint *Manteufel* egereken immun-savó és spironemák kombinált beoltásával több hónapi immunitást észlelt recurrenssal szemben. A mi kísérleteinkben az így kombinált oltás által elért immunitás sokkal rövidebb ideig tartott el; úgyszólván megközelítette azt az időtartamot, a melyet *Manteufel* egereken tisztán passiv immunizálással ért el és a mely egy hétnél nem volt hosszabb tartamú. Hogy a mi kísérleteinkben ez az idő ilyen rövid volt, annak oka az is lehet, hogy a spironema-tartalmú vér mennyisége, a melyet újraoltásokkor mi használtunk, jóval nagyobb: 0.5 cm³ volt, mint az általuk használt mennyiség, a mely csak 0.2 cm³-t tett ki.

III. Az orosz harctérről jövő magyar recurrenses betegeken végzett vizsgálatok.

1915 márcziusában új recurrenses betegek érkeznek az északi harctereinkről. Uzsok, Hajasd, Ungvár, Nagy-Berezna kórházaiban ezek együtt feküdtek orosz sebesültekkel és betegekkkel; ellenben szerbekkel, bosnyákokkal nem érintkeztek, sem a szerb harctéren nem voltak.

Ezek már idejövetelükkor az első recurrenses rohamokon túl voltak s itt nálunk recidivájukkal feküdtek. A klinikai tünetek a bosnyák letartóztatottakon észleltektől abban mutattak eltérést, hogy míg a bosnyákokon a megbetegedés a legtöbb esetben csak 2 rohamból állott azokban az esetekben is, a melyek salvarsannal nem kezeltettek és csak igen kivételesen volt kettőnél több roham észlelhető (a 45 recurrenses bosnyákból 4-en jelentkezett 3, illetőleg legfeljebb 4 roham,

Sorszám	Név	Hány éves?	Ben van a klinikán	Rohamok száma	I. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat	II. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat	III. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat	IV. roham	Hőmérséke	Vérvizsgálat
1	P. J.	28	IV. 27—V. 23	5	III. 6—III. 12	?	?	III. 18—III. 23	?	?	III. 28. IV. 1	38.3°—40.2°	?	IV. 9—IV. 13 V. roham IV. 24.-én	38.8°—40.4°	IV. 10+
2	H. G.	23	IV. 4—V. 17	3	?	?	?	?	39.6°—40.3°	?	IV. 18. IV. 21	39.8°—40.4°	IV. 19+ IV. 20+ IV. 22—		38.8°	
3	K. M.	21	V. 5—VII. 12	2	?—V. 7	41°	?	V. 15—V. 18	38.7°—40.5°	V. 19+						
4	L. M.	22	V. 14—VI. 20	2	V. 7—V. 12	?	?	V. 18—V. 21	39.2°—40.3°	V. 21+						
5	S. J.	23	V. 14—V. 26	2	?—V. 15	?	V. 14—	V. 21 V. 24	38.0°—40.5°	V. 26—	V. 26.-án elhal					

(IV. táblázat)

Északi harctérről jött recurrenseseken észlelt rohamokra vonatkozó adatok.

(V. táblázat).

	Nap	17.	18.				
P. J.-től III. recidiva 3. napján hasürbe ...	IV. 11.	0.5 cm ³	0.5 cm ³				
	12.	+++	+++				
	13.	+++	+++				
	14.	—	—				
	15.	—	—				
	16.	—	—				
	17.						
	18.						
	19.						
	20.			19			
	H. G.-től II. recidiva 3. napján hasürbe	21.		0.5 cm ³	0.5 cm ³		
		22.		—	++		
		23.		—	+++		
		24.		—	—		
		25.		—	—		
		26.		—	—		
		27.					
		28.					
		29.					
30.							
V. 1.		2.					
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						
	7.						
	8.						
	9.						
	10.						
	11.						
	12.						
	13.						
	14.						
	15.				20	21	
	K. M.-től I. recidiva 2. napján hasürbe ...	16.	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³
17.		—	†	+	++	++	
18.		—		++	+++	+++	
19.		—		—	—	—	
20.		—		—	—	—	
21.		—		—	—	—	
S. J.-től I recidiva 2. napján hasürbe ...	22.	—		0.5 cm ³	0.5 cm ³	0.5 cm ³	
	23.	—		++	—	—	
	24.	—		+	—	—	
	25.	—		—	—	—	

ez a harmadik és negyedik roham azonban egy, legfeljebb két napig tartó, aránylag alacsonyabb hővel járó roham volt s ilyenkor a legtöbbnek vérében spironemákat nem sikerült találnunk), addig ezeken az északi harcztérről jövő recurrenses magyarokon a 4., 5. roham gyakori, több napig eltartó, magas lázzal járó. Ezekről a recurrenses betegeinktől vett vérről a következő kísérleteket végezzük (IV. és V. táblázat).

11. Április 10.-én beoltjuk 1., 8., 9., 10., 13. sz. egerünket, a melyek a bosnyák recurrensesek első rohamának spironemáival és első recidiva-törzsével voltak megelőzőleg beoltva, egyik-másik többször is, rövidebb-hosszabb idő előtt, és beoltjuk a 3. számú egeret is, a mely csupán első roham spironemáival oltatott, valamint ennek egy fiókáját, a mely nemrég született és még oltva nem volt, P. J.-től III. recidivája 2. napján (e recidivája 5 napig tartott) vett vér 0.5—

0.5 cm³-ével a hasürbe. A beoltott vérben nagyszámú spironema van.

Eredmény: fertőzés nem jön létre egyik egerben sem.

E kísérlet eredményének felöltő volta miatt, mert hiszen azt várhattuk volna, hogy e III. recidivából származó spironemákkal ezek az egerek mind fertőződni fognak, beoltunk 2 új egeret (17., 18.) április 11.-én ugyancsak P. J.-től III. recidivája 3. napján vett 0.5—0.5 cm³ vérről a hasürbe. A beoltott vérben igen nagyszámú spironema volt látható.

Eredmény: mind a két, még eddig sohasem oltott egerben igen nagyszámú spironema található.

Az a körülmény tehát, hogy az előbbi kísérletekben nem jött létre az 1., 3., 8., 9., 10., 13. sz. egerek fertőzése P. J. III. recidivájából származó vérenek hasürbe oltásával, nem annak volt a következménye, mintha ezek az északi

harcztéren, bizonyosan oroszoktól acquirált recurrens-spiromák fehér egereket directe hasürbe való oltással nem fertőzének.

12. Április 21.-én beoltjuk az 5., 18. sz. egereket és egy új 19. sz. egeret *H. G.*-től II. recidivája 3. napján vett 0.5–0.5 cm³ vérrel hasürbe (a recidivája 4 napig tartott). A beoltott vérben igen nagyszámú recurrens-spiromák voltak található.

Eredmény: az 5. és 18. sz. egérben fertőzés nem jött létre, ellenben igen a 19. számúban.

Tehát a *H. G.* II. recidiva-törzsével sem fertőződik olyan egér (5.), a mely már bosnyák recurrensesek vérével volt oltva; dacára annak, hogy akkor csak első recidiva-törzsszel oltattott. Épp így nem fertőződik a 18. sz. egér sem, a mely *P. J.*, az orosz harcztérről jött recurrenses III. recidiva-törzsével 4 nap előtt oltattott.

Ellenben fertőződött az az egér, a mely most oltatott be legelőször.

13. Május 16.-án beoltjuk *K. M.* I. recidivája (a recidiva 4 napig tartott) 2. napján vett vérével a 8., 9., 10., 11. sz. egereket, azokat, a melyek február 10.-én *T. V.* bosnyák vérével oltattak volt be, úgyszintén a 14. sz. egeret, a mely február 17.-én oltatott *D. D.* bosnyák vérével; olyan egereket oltunk be tehát, a melyek vérsavóval és spironemákat tartalmazó vérrel kombináltan oltattak volt be, és mint láttuk, a későbbi fertőzési kísérletek során ezen kombinált oltási mód következtében nem jött létre náluk teljes immunitás.

Beoltjuk továbbá a 17. és 18. sz. egereket, a melyek április 11.-én *P. J.*-nek III. recidivájából származó recidiva-törzsszel oltattak volt be; a 19. sz. egeret április 21.-én *H. Gy.*-től eredő II. recidiva-törzsszel oltatjuk be. És végül beoltunk 2 új, eddig még nem oltott egeret is (20., 21.).

Eredmény: a 8., 9., 10., 11., 14. sz. egerek nem fertőztek, tehát azok nem, a melyek bosnyákok recurrens-spiromáival oltattak volt. A 17. sz. egéren fertőzés nem jön létre, a 18. sz. elpusztul másnapra, a 19. sz. vérében másnap kevés, harmadnap elég sok spironema látható, negyednap eltűnnek. A 20. és 21. sz. egér vérében elég erős fertőzés látható 2 napon át.

14. Május 19.-én beoltjuk *L. M.* I. recidivája 2. napjáról eredő vérrel (a recidiva 4 napig tartott) a 6. sz. egeret, a melyet először *D. D.* bosnyák vérével oltottunk be, továbbá annak 4 fiókáját, a melyek időközben születtek.

A beoltott vérben igen nagyszámú spironema van.

Eredmény: fertőzés sem az anyában, sem a fiókákban nem jön létre.

15. Május 22.-én beoltjuk *S. J.* I. recidivája 2. napjáról eredő vérrel (a recidiva 4 napig tart el) a 7. sz. egeret, a mely február 7.-én oltatott először *D. D.* bosnyák vérével, és a 19., 20., 21. sz. egereket. Ezekből a 19. sz. április 21.-én oltatott először *H. G.*-től eredő II. recidiva-törzsszel, másodsor május 16.-án I. recidiva-törzsszel; a 20. és 21. sz. május 16.-án oltatott *K. M.*-től eredő I. recidiva-törzsszel.

A beoltott vérben aránylag kevesebb spironema látható.

Eredmény: a 7. sz. egér nem fertőződik, a 19. sz. vérben már következő napon elég sok spironema látható, a 20. és 21. számún fertőzés nem jön létre.

A III. sz. kísérleti sorozatunkból ezek alapján a következők tűnnek ki:

Azokból az egerekből, a melyeket megelőző kísérleteinkben bosnyák recurrensesek vérében talált spironemákkal oltottunk be, egyetlen egy sem volt fertőzhető az északi harcztérről jövő recurrensesekben talált spironemákkal. De nemcsak, hogy ez a 11 egér nem volt fertőzhető, de nem voltak fertőzhetőek ezeknek az oltásuk óta született fiókáik sem — 5 drb. Ennek a körülménynek magyarázata nem található abban, hogy az északi harcztérről jött recurrenses betegeink vérében levő spironemák a fehér egereken direct átoltással fertőzést nem hoznak létre; mert valahányszor még sohasem oltott, vagy nem a bosnyák recurrensesek spironemáival fertőzött egereket (5 drb.) oltottunk be, a fertőzés mindig létrejött az északi harcztérről jött recurrensesek spironemáival is.

Az a körülmény, hogy a beoltott egerek időközben idősebbek lettek s talán azért nem voltak fertőzhetőek, szerepet nem játszhatott; mert hisz ezeknek az oltásuk óta született fiatal fiókáit sem tudtuk fertőzni az északi harcztérről jött recurrensesek spironemáival.

Abban sem található e körülménynek a magyarázata, hogy ezek az egerek olyan magas sorszámu recidiva-törzsekkel is fertőzve voltak már, s ezért alacsonyabb sorszámu recidiva-törzsszel szemben activ immunitást nyertek; mert hiszen oltottuk mi ezeket az északi harcztérről jött recurrensesekből II., sőt III. recidiva-törzsszel is, tehát magasabb sorszámuakkal, mint a bosnyákoké.

Manteufel-nek vizsgálatai azt mutatták, hogy a recurrens-spiromák különböző típusainak legállandóbb fajcharacteristicuma az immunitási reakciók állandósága. Nincs tehát semmi jogunk arra gondolni, hogy ezekben az esetekben, t. i. az orosz frontról jövő betegeinknél, valamely más típusú recurrens-spiromákkal állottunk szemben, mint a bosnyák recurrenseseknél, s ez utóbbiak spironemái erősebb immunitást hoztak létre, semhogy az orosz frontról származó spironemák beoltásával az legyőzhető lett volna.

Felfogásunk szerint ez az észlelésünk többféle magyarázatot enged meg, a melyek közül hogy melyik a helyes, az további kísérletekkel lett volna csak megoldható, a melyeket — sajnos — már nem volt alkalmunk végeztetni.

Az egyik magyarázat az volna, hogy a bosnyák recurrensesek spironemáit nagy mennyiségben tartalmazó s nagy mennyiségű vér intraperitonealis beoltása olyan nagyfokú immunitást hozott létre bizonyos idő eltelte után az így oltott egerekben a recurrens-spiromák ezen típusának összes recidiva-törzseivel szemben, hogy az már a recurrens-spiromák ugyane típusának a recidivák sorrendjében később következő recidiva-törzseivel sem volt többé legyőzhető s így a fertőzés nem volt művileg előidézhető.

Némi megerősítést látjuk e felfogásunknak *Manteufel*-nek és *Gonder*-nek azon tapasztalatában is, hogy a kis mennyiségű recurrens-spiromákkal bőr alá oltott patkányon avagy egéren többnyire észlelhetők önként beálló recidivák; ezek a recidivák ellenben nem állanak be akkor, ha a patkány vagy egér nagymennyiségű recurrens-spiromával a hasürbe oltatik be; a súlyosabb fertőzés tehát nagyobb fokú immunitást hozván létre, *Manteufel*, *Gonder* kísérleteiben az önként beálló recidivákat, a mi eseteinkben a beoltással elérni szándékolt recidivákat meg tudta akadályozni.

Ez a körülmény valószínűleg már többször fertőzött patkányokon és egereken hovatovább inkább érvényesül, mert hisz azt *Manteufel* is, mi is tapasztaltuk, hogy új recidiva-törzsekkel való fertőzések után a patkányok és egerek vérében a recurrens-spiromák hovatovább későbbben jelennek meg, a fertőzés kevésbé kifejezett, mert a spironemák száma kevesebb lesz a beoltott állat vérében. Olyan jelenségek mutatkoznak tehát, a melyek a mindjobban fokozódó, a recidiva-törzsek mindegyikével szemben közös immunitás tüneteiképpen fogható fel. Ennek a következménye az is, hogy emberen a rohamok hovatovább mind nagyobb intervallum után és mind kisebb intenzitással és extenzitással jelentkeznek.

Van azonban egy olyan körülmény észleléseinkben, a mely ennek a magyarázatnak ellene szólani látszik: a 13. és 14. sz. egerek ugyanis csupán egyszer oltattak be, és pedig bosnyákok recurrens-spiromáinak I. recidiva-törzsével és az I. roham utáni intervallumból eredő vérsavóval kombináltan, és mégis ezek sem voltak fertőzhetőek az északi harcztérről jött recurrensesek spironemáival. Holott az ily módon oltott egerek fertőzhetőnek bizonyultak a bosnyákok magasabb sorszámu recidiva-törzsével.

Ezért gondoltunk arra a másik magyarázatra, hogy a bosnyákok vérében talált recurrens-spiromák virulensebb törzs voltak, mint az északi harcztérről jötték vérében talált spironemák s így az előbbiekkal, mint virulensebb spironemákkal fertőzött egerek olyan fokú immunitást nyertek a recurrens-spiromák ezen típusával szemben, hogy az az

ugyanezen typushoz tartozó, de kisebb virulentiájú spironemáknak magasabb sorszámú recidiva-törzsével már nem volt legyőzhető.

Erre a következő körülmények mutatnak: önkéntlenül összefüggésben állónak látszik az a körülmény, hogy a bosnyák recurrensesek között 45 betegből csupán 4-en látunk II. recidivát beállani, ellenben III. recidivát egy esetben sem, és másfelől 6, az orosz harcztérről jött recurrenses közül 1-en II., 2-en III. és 1-en IV. recidivát is észlelünk, másrészt pedig azon körülmény, hogy a bosnyákokban talált spironemák az egerek activ immunizálásakor olyan nagyfokú immunitást hoztak létre, hogy az az orosz harcztérről jövő recurrenseseinkből származó spironemákkal legyőzhető nem volt. Tapasztalati tény, hogy nagyobb virulentiájú bacteriumok és protozoonok állatokba oltva, az immunitásnak nagyobb fokát hozzák létre. Így az a körülmény, hogy bosnyákjainkon kevesebb recidiva állott be és a bennük talált spironemák egereken nagyobbfokú immunitást hoztak létre; míg másfelől az északi harcztéren fertőzötteken többszörös a recidiva és az egereken kevésbé kifejezett a fertőzőképesség: amellet értékesíthető jelenségek, hogy a bosnyákjainkban talált recurrens-spironemák nagyobb virulentiával bírtak s hogy a többszörös recidiva a recurrens-spironemák kisebb virulentiájára mutató jelenség.

Hogy e körülmények előidézésében a recurrenses betegek egymástól különböző népfajhoz tartozóságának szerepe nincsen, arra is van egyetlen egy bizonyítékunk: egy magyar ember, a kit egy bosnyák recurrenses véletlenül fertőzött a szemébe esett vércseppel, szintén csak egy recidivát állott ki és önként gyógyult.

Felfogásunk megegyezik Schilling tapasztalataival is, a ki a következő eredményre jut: ¹ „A nagyobb virulentiájú spironemák sokkal lassabban győzve le, észrevehetőleg tartósabb hatású serumot hoznak létre azonnal, vagy már kevés relapsus után; a kisebb virulentiájúak gyorsan jelentkező, de aztán hamar gyöngülő immunitást hoznak létre, a mely sokkal több roham után tudja csak egészen felfüggeszteni a spironemák fejlődését.“

Nagyon sajnáljuk, hogy azt a kísérletet nem végeztük még, hogy ezeket az északi harcztérről jött betegektől beoltott egereket azután bosnyák recurrenseseink vérében talált spironemákkal oltjuk be, mert a bosnyák letartóztatottakat Kolozsvárról mind elvitték s így erre alkalmunk nem nyílt.

*

(Vége következik.)

A női nemzetség hygienéje.*

Írta: *Tauffer Vilmos.*

(Folytatás.)

A férjhezmenetel ideje. Művelt családok körében léptenyomon tapasztalhatja az orvos, hogy az anya, féltve szeretett leányát, a férjhezmenetel alkalmával aggodalommal tekint a defloratio esélyei elé; elég gyakran találkozzunk olyan jóra való fiatal férfiakkal is, kik életük e fontos mozzanata előtt szívesen hallgatják meg a szakértő orvos tanácsait. Valljuk meg, hogy orvosi tanulmányaink ideje alatt e „kényes kérdés“ alig fordul elő az egyetemi előadások kapcsán, úgy, hogy az orvosok, nem tekintve a specialistákat, legtöbbször maguk sincsenek kellőleg tájékozva a házaseset kezdetének mysteriumai tekintetében. Hibás, sőt veszedelmes hiedelem a férfivilágban, hogy a defloratio a házasság első éjjelén okvetlen meg kell, hogy történjék. A legtöbb esetben sok, igen sok physikai és lélektani körülmény szól ellene ennek, a mely mindkét fiatal egyéniséget megrabolja attól a testi és lelki

conditiótól, a mely az első cohabitatióra alkalmas. Gondoljuk csak meg, hogy mi mindennel járnak együtt a házasságkötésnek külső körülményei; mily mélyen hatnak a kedélyre az utolsó napok és órák formáságai még ott is, a hol a család és az ifjak örömben úsznak. Hát még ott, a hol nem ment minden simán, a hol az öröm aggodalmakkal vegyül. A nász izgalmi, a lakoma túlságai és az azt követő felhevülés sokszor kihozza a völgyényt higgadságából és mérsékletéből, tehát könnyen történik, hogy vágyódása az ifjú nő birtoklásáért határt nem ismerve, őt agresszívvé és nem egyszer brutálissá teszi. A szelidlelkű, nem túságosan érzéki nőt e megrohanás sokszor igen kellemetlenül, elijesztőleg érinti és a brutalitás nem egyszer aversiót kelt, mely kihat az egész életre.

A defloratio rendszerint, de nem okvetlenül fájdalmas; a fájdalom foka függ attól, hogy minő alkata van a hymennek; ha husos, rostos, ellenálló a szövete, ha nagyon kicsiny a nyílása, avagy rostaszerű több apró nyílással bír, de különösen, ha egyenletesen kifeszített és nagyobb akadályt teremt, akkor az első behatolás esetleg mély repedésekkel és a hymennek egyoldali félkörös leszakításával jár, a mi esetleg több napra kiterjedő fájdalmat okoz, különösen a folyton megújuló közösülési insultus miatt és azért is, mert e sérüléseket elég sokszor bizonyos fokú vulvovaginitis kíséri. Másrészt hiba volna azt gondolni, hogy a defloratio okvetlenül nagyobb fájdalmakkal kell hogy járjon, és végzetes lehet, ha a fájdalom meg a vérzés csekély voltából ítélve, a menyasszony szüzessége vonatik kétségbe, mert tudnunk kell, hogy elég gyakran fordul elő a finomszélű, nagyobb nyílású és tágulékony hymen, a mikor aztán kisebbfokú ellenállást az első coitus alkalmával csakis a hymen circularis alapja okoz. A defloratio fájdalma ilyenkor csakugyan nem jelentékeny és a kísérő vérzés alig számottevő, a miről különben is sokszor meggyőződhetik a nőorvos vizsgálatai alkalmával, a mikor egyik-másik szűz egyéneken a hymen gyűrűje alig ad ellenállást, a mikor ujjal és tükörrel való vizsgálatot is végezzünk vérzés nélkül, s a hymen jóformán sértetlen marad.

Tisztes özvegy családanya túl a Dunáról kétségbeesetten fordult hozzám levélben, anonyim módon, mint érdek nélküli szakértőhöz, mint orvoshoz és családapához. Megható levélben, melynek fogalmazása előkelő és művelt nőre vallott, trappáns módon rajzolta meg családi helyzetének psychológiáját egyetlen leányának férjhezmenetel kapcsán. A nászútra kelt, mindenben összeillő, nagyon szerelmes fiatal pár meleghangú levelekben adott tudósítást a távolból boldogságáról. Hazakerkezésük után a finom érzésű anya csakhamar idegen, hideg vonást fedezett fel az ifjak között, mely nyugtalanította bár, de nem annyira, hogy a látszólagos boldogságot kérdéssel merete volna zavarni. Fél év telt így és az anya aggodalma hovatovább mindinkább indokoltnak látszott, a mikor végre az ifjú asszony az elérékenyedés egy pillanatában vallomást tett, hogy az első coitus kísérlete óta férje többé nem érintette. A gávalléros gondolkozású fiatal ember hosszas szomorú hallgatás után vallotta be, hogy kételkedik feleségének szüzességében, hivatkozván arra, hogy legénykorában szűzleányt deflorálva, annak igen heves fájdalmi és igen ijesztő mértékű vérzése volt, a mi a nászjejen nagy meglepetésére feleségénél teljesen hiányzott. A fiatal asszony esküje és kétségbeesése sem tudta a csaknem kedélybeteggé lett férjét meggyőzni, ki szerencsétlenségének érzetében az elválás és az öngyilkosság sötét gondolataival foglalkozott. A fiatal nő minden szentségre esküdve biztosította anyját tisztaságáról, ez pedig életét és menybeli üdvösségét lett volna kész feltenni zálogul leánya ártatlanságáért.

A szerencsétlen anya emberséges érzéseire és lelkiismeretemre hivatkozva kérte tőlem a talány megfejtését.

Válaszul a fentebbieket írtam le. Levelem elküldése után pár nappal az ifjú férj és feleség hálálkodva állított be hozzám, elmondván, hogy objectív és minden érdek nélküli őszinte nyilatkozatom és magyarázatom csodabalzamsámként hatott fogékony szívükre, fátyol hullott le a sanyargatott lelkű férj szeméről és végtelen boldoggá lett, hogy hitét feleségének tisztaságában visszanyerhette.

De jegyezzük meg jól, hogy a defloratio alkalmával a vérzés elég nagyfokú is lehet, sőt életveszélyessé válhatik, a mit magam nem egy esetben láttam, a mikor t. i. a husos hymen alapján mélyre betérjedő repedés vagy a hymennek az alapról való lebeszterű lepedése alkalmával verőér sérült és a már-már fenyegető acut anaemia csak körülöltéssel volt elhárítható. A megfelelő szakaszokban látni fogjuk, hogy a brutális defloratio és coitus okozta sérülések a hüvelyfalán és boltozatban olykor az életet is fenyegethetik.

¹ v. Schilling: Speciell. Patholog. und Therapie inner. Krankheiten. Kraus und Brugsch, II. kötet, 895. old.

* Mutatvány a *Tauffer Vilmos* és *Tóth István* szerkesztésében mostanában megjelent „A nőgyógyászat kézikönyve“ című munkából.

A jól nevelt, erkölcsös és szelid lelkületű nőben is él már ilyenkor sejtelmesen az érzéki vágy, de inkább csak mystikus sejtés ez ő nála és az első érintésnek poetikus része dominál lelkületében. A legtöbbször fogalma sincsen a fájdalomról, a mellyel a defloratio járhat és nem egynek kiméletlen brutalitásként tűnik fel a férfi fékezetlen érzéki vágytól ösztökélt aggressivitása, mely maradandó nyomot hagyhat lelkében és magját rejti az együttélés sok dys-harmoniájának annál is inkább, mert az érzéki kiejérzet a legtöbb nőn csak lassan kél fel és akárhány van olyan is, a kire az ilyen aversiót keltő megrohanás hatása következtében a nemi érintkezés az egész életben undorkeltő marad. Mennyivel szebbé, mennyivel bensőségtejjesebb alakul az első nemi érintkezés, a melynek mysticismusa olyan régen foglalkoztatja a fiatal nő gondolatát, ha a férfi számolva a nő gyengéd lelkületével, szeméremérzetével, kiméletesen és óvatosan él férji jogaival és nem megrohanva, nem brutalisan győzi le szíve választottjának vonakodó ellenállását.

Talán nem felesleges szólni arról, hogy milyen illúziót rontó, sőt romboló hatással van a férfi kedélyére, sokszor a házaselet egész jövőjére, ha a házaselet első óráiban a nő mint „demivierge“ mutatja be magát és eldobva magától a bájos szeméremérzetet, mohón és féktelenül veszi, sőt követeli a talán régóta nélkülözött sexualis kielégítettségét, a mikor feleslegesnek tartja az előbb csak nehezen elviselt álorczáját a szeméremnek továbbviselni és eldobva magától a nőieséget, természetének bujaságát szeméremtelenül tárja fel a férfi előtt. A visszahatás sokszor rettenetes és éppen a legjobb, a legértékesebb férfiakra ilyen, a kik erkölcsükben, szokásaikban távol a kicsapongástól, mindig az önmérsékletet és a józólést tartották szem előtt sexualis előéletükben. Az ujonnan házastultak egyik-másikának öngyilkossági híre mindig felkelti bennem a gyanút, vajjon nem ilyen természetű lelki megrázkódtatás, vajjon az új élettársnak nem ilyen szomorú megismerése sodorta-e az illetőt a kétségbeesésbe.

Rendes körülmények között a defloratio könnyen elviselhető fájdalommal és mérsékes helyi gyuladással jár, mely kedvező körülmények között, ha a férj kiméletes, rövid idő alatt gyógyul.

Nagy baj, hogy az ifjak kedélyelete oly magas nimbust kölcsönöz a nászútnak, hogy az élet legpoetikusabb szakaszává kvalifikálták, pedig sok, igen sok bajt rejt magában. A fiatal nőnek félnksége, a szeméremérzet, röstelkedés az ifjú férj előtt, a tanácsstalanság nem egyszer nagyra növel valamely kicsiny bajt, oly nagyra, hogy már szerencsétlenség számba is megy. Világos, hogy a hüvelymikrobák ilyenkor, részben a hiányos tisztálkodás, részben a megismétlődő insultusok által sérült szövetekben változott táptalajt nyervén, intenzivebb gyuladást hozhatnak létre helybelileg, mely gyuladás otthon, a rendes viszonyok között, nyugalom és czélszerű eljárás mellett csakhamar meggyógyulna; a czélszerűtlen körülmények között azonban tovaterjedő hurut alakjában a méhcsatornába, sőt néha a méh üregébe is felhatolhat, a miből nem egyszer állandó természetű betegségek keletkeznek. Ilyen esetekben látjuk később a Douglas-redők fájdalmasságát, megvastagodását, mely a szövetek lobos izgalma folytán különösen oly nőknél keletkezik gyakran, kiknek hüvelye fejlődésénél fogva rövid, kiken a coitus traumája a hátulsó hüvelyboltozatot különösen érinti. Ilyen körülmények között késedelmeskedik nem egyszer már a nászút alatt a várt havitisztulás és két-három héttel később, a mikor végre megjön, mérsékelt fájdalomtól kísérve, nagyobb vérzés áll be; ennek az ifjak rendszerint nem tulajdonítanak nagyobb jelentőséget, pedig sokszor nem egyéb, mint korai abortus, mely a czélszerűtlen magatartás folytán, talán decidua-foszlányok miatt is maradandó betegséget hagy vissza a nemi szervekben, a miből végeredményben nem egyszer látunk kifejlődni idősült gyuladással betegségeket, melyek nagyobb vérzéssel, folyással, fájdalommal és lelki szenvedésekkel megrontják az ifjak testi és lelki életét és a mézeshelek szép illúziójából a családi nyomorúság veszi kezdetét. Még szerencséről szólhat az olyan, a ki a bajok kezdetén

jut szakavatott orvos kezei közé, ki felismervén az ok és okozat helyes összefüggését, elég korán czélszerű mederbe tereli a bajt, mielőtt még testben és lélekben nagyobb veszteség történt.

Kötelességünk tehát minden anyát figyelmeztetni, hogy férjhezmenendő leányát a defloratióról és a mézeshelek alatt való czélszerű magatartásról felvilágosítsa és arra intse, hogy minden kóros változsról, mely nemirészeinek állapotában előáll, az anyát vagy más tapasztalt meghittjét azonnal értesítse, elejét veendő a mélyebbreható súlyosabb megbetegedéseknek. Czélszerű lesz a fiatal nőt, ha előbb nem történt, legalább a házaselet első napjaiban arról is felvilágosítani, hogy már a legelső hetekben lehetséges a fogamzás, nehogy olyat tegyen vagy mulasszon, a mi annak megszakítására vezethetne. Ezért kell minékünk orvosoknak határozottan ellenezni az olyan nászutazást, a mely messze idegen országokba, ismeretlen vidékekre vezet, messze az anyától és más bizalmasaktól, mely nászutazás mindig fáradsággal és kiszámíthatatlan testi megerőltetéssel (hotel-élet, vasúti utazás, kocsizás, hegymászás stb.) jár, és végre is czélttvesztetté válik még kedélyi szempontból is, t. i. minden olyan esetben, a melyben a fiatal nő pár nap vagy hét alatt fogamzik; legtöbbször már a fogamzás percztől kezdve robottá válik részére a nászút, a mit azonban még magának sem hajlandó bevallani, annál kevésbé, mert számot sem tud adni magának a változásokról, melyek úgy testi, mint lelki állapotában végbemennek. Igenis, adjuk meg az ifjú párnak a csöndes visszavonulás lehetőségét, tegyük lehetővé, hogy a külvilág zajától távol elmélyedhessenek egymás bírásának boldogságában; vonjuk el a kíváncsi tekintetek elől érzésük szentélyét, segítsük kifejlődni a bensőségtejjel viszonyt, mely bensőség az ifjú pár egész élete legértékesebb kincsévé lenni hivatott, de tegyük mindezt észszerűen, mentesítve mindazon veszélyektől, a melyeket előbb felsoroltunk, oly helyeken és olyan körülmények között, a hol az ifjú asszony felett a szerető anya gyengéd gondoskodása örködhetik, hol az ifjú nő hívó szava mindig segítségül szólíthatja az anyát vagy más tapasztalt női bizalmasát, a hol a gyermekkor óta megszokott tisztaság, rendszeres mosakodások kényelmesen lehetségesek, a hol kényelmes fürdő áll rendelkezésére, a hol a nemzörészek localis izgalma ellen enyhítő borvaselin-kenőcs, hintőpor alkalmazása, naponta esetleg többször is, nem ütközik nehézségbe.

Gondoljuk meg, hogy a két individuum nemzőszervei közösségbe léptek és hogy soha sincsen kizárva, hogy a férfiú vagy a nő egyaránt (a legbecsületesebben gondolkozó tisztességes férfiút és a legártatlanabb leányt sem zárva ki) olyan csírákat viselhet húgycsővében vagy hüvelyében teljesen öntudatlanul, a melyek a másik fél nyálkahártyájára jutva abban gyuladást kelthetnek; mily végtelenül fontos, az egész életre kiható jelentőséggel bírhat ilyenkor, hogy a baj csírájában felismertessék és nem akkor, a mikor már hetek vagy hónapok multával a megbetegedés a méhbe hatolt és különösen a nőn évekre, talán az egész életre kiterjedő megbetegedést hozott létre. Mondjuk ki világosan, hogy élet és egészség jelentőségével bírhat, hogy egy lappangó gonorrhoea, ha a másik félen acut formában jelentkezik a baj, azonnal felismertessék és megfelelő kezelésben részesüljön.

Napjainkban, a mikor még vita tárgya, hogy vajjon felvilágosítsuk-e a növendék ifjúságot a nemi élet mysteriumai felől, szomorúan tapasztalhatja a szakember a hypokrisist, hogy „ártatlannak tartott“ ifjú hölgyeink közül sokan azzal a szörnyű „kikötéssel“ mennek bele a házasságba, hogy bizonyos ideig nem akarnak terhes állapotba jutni. Igazán szörnyűség . . .! Az indító ok pedig csak ritkábban az anyaságtól való félelem . . ., legtöbbször, sajnos, csak a vétkes hiúság, mely a terhesség külső jeleit perhorreskálja, avagy az élvezethajhászat, az asszonyaléttel együttjáró nagyobb szabadság utáni vágy, a világban való szereplés öröme az, a mi az ifjú nőket e sokszor végzetes kikötésre bírja. Túlmennék e tankönyv által megszabott határokon, ha ez eltévelyedésnek erkölcsi vonatkozásait bonczolgatnám; de

mégis legalább annyit röviden jelzek, hogy én részemről bűnnek minősítem a nőnek így megnyilvánuló erkölcsi fogyatkozását, melynek feltárásával a férfi szeme előtt szüziességének legszebb himporát önmaga törli le magáról és óva intenek ellene, mert meggyőződése, hogy épp a legértékesebb, a legmagasabb erkölcsi nívóan álló férfiak között találkozik a legtöbb olyan, kinek szemeiben az ilyen gondolkozást eláruló nő önmagát alázza le és leszáll a szerelem eszményi piedesztáljáról oda, a hol a férfi azelőtt a megfizetett szeretőt, az ágyast látta mélyen maga alatt. Egészen ocsmánnyá lesz a kérdés a részletekben, ha elgondoljuk, hogy az ifjak megeszményített bensősége helyett, a fogamzás elkerülése céljából minő minden aesthetikai érzést kigúnyoló csúnya eszközök vitetnek be ilyenkor a házaselet semmivel sem pótolható szentélyébe. Sajnos, hogy ezeket a consequentiákat a modern ifjú nő legtöbbször észszel talán fel sem éri, a kinek pedig közülök megadta az Isten a belátást, annak sokszor a cinismus erősebb az erkölcsi érzésénél. Nem kételkedem, hogy mostanában a sok züllött családi életnek, a sok elégedetlenségnek, az elválás stb.-nek, melyet nap-nap mellett látunk társadalmunkban, első csírája ilyen okokból kelt ki.

A nő sajátlagos megbetegedései a *szaporodási korban* túlnyomó részben a gonorrhoeás és puerperalis fertőzésből származnak; jelentőségükről és az ellenük, mint kívülről történő fertőzések ellen való védekezésről a megfelelő fejezetekben szólunk.

A *menopausa és a climax* kapcsán felmerülő kérdések tárgyalása, a mennyiben pathológiás természetűek, a megfelelő fejezetek körébe tartozik.

(Vége.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

St. Meyer u. E. R. v. Schweidlen: Radioaktivität.
Leipzig—Berlin, B. G. Teubner, 1916.

Az évek előtt még bizonyos fokig titokzatos radium ma a művelt orvos gyógyítóeszközeinek tárában meghonosult, s a tudományos balneo-therapiának egyik sarktétele a radioaktivitás ismerete. A francia *M. Curie* és az angol *E. Rutherford* munkái mellett méltó hely illeti a német szerzők jelen művét. Az elmélkedő orvos, a ki nem elégszik meg a gyógyító tapasztalatokon felépülő tudással, hanem a gyógyító agensek hatásának mikéntjével is szeret foglalkozni, hálás elismeréssel fogja forgatni e rendkívüli szorgalommal és széles látókörrrel megírt könyvet.

Deutsch Ernő.

Georg von Mayr: Statistik und Gesellschaftslehre.
(Moralstatistik mit Einschluss der Kriminalstatistik.) Tübingen, J. C. B. Mohr, 1917.

A statisztika a modern tudományos kutatás tárházának egyik elengedhetetlen alkotórésze; tudományos munkálattal a statisztika számadatainak bizonyító támasza nélkül ma már alig tudunk elképzelni. Az előttünk levő hatalmas munkából (1042 oldal!) minket orvosokat a születések, halálozások, válsások és öngyilkosságok mesterei módon feldolgozott statisztikája érdekel leginkább. A számadatok nyomasztó tömkelege daczára a munka minden részletében érdekes és felette tanulságos.

Deutsch Ernő.

M. Klopstock u. A. Kowarsky: Praktikum der klinischen chemisch-mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Vierte Auflage. Urban und Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1917.

A munka, mely a háború alatt két új kiadást ért meg, nem szorul bíráló méltatásra; a mű óriás kelendősege egyúttal legáltalánosabb kritikája is. Aránylag szűkre szabott kere-

tekben tárgyalják a szerzők, az elméletet és gyakorlatot egyaránt értékelve, a hatalmas anyagot, a szöveget kitűnően rajzolt és felette jól reprodukált ábrákkal téve még könnyebben megérthetővé. A klinikai alapon dolgozó gyakorló-orvos megbízható tanácsadójának nevezhető *Klopstock és Kowarsky* munkája.

Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

Nyelvelváltozásokról és nyelvssensatiókról anaemia perniciosában ír *Zimmermann*. Idetartozó eseteket az utóbbi években többen írtak le; az első eseteket *Hunter* közölte 1909-ben. A szerző a giesseni belklinikán 1³/₄ év alatt előfordult 9 anaemia perniciososa-eset valamennyiében megtalálta a zavarokat a nyelv részéről, még pedig 4 esetben már olyankor, a mikor még semmi más zavar nem figyelmeztette az illetőket a szóban levő komoly betegség fennforgására. A nyelv érzékenysége és fájdalmassága különböző fokú lehet, úgyszintén az objectiv elváltozások (a nyelv érdes, repedezett volta, esetleg erős vérbősége, hólyagocskák megjelenése) is különböző fokban lehetnek kifejlődve és néha inkább múló jellegűek, máskor azonban állandók és az alapbetegség fokozódásával rosszabbodnak. A mi a jelzett elváltozások eredetét illeti, némelyek az anaemia következményének tartják, a mi azonban aligha felel meg a valóságnak, mert más anaemiákban nem fordulnak elő. Sokkal valószínűbb, hogy ugyanaz az ok, a mely az anaemia perniciosát hozza létre, okozza a jelzett tüneteket is. Az a körülmény, hogy a nyelv-elváltozások sokszor mintegy pnaemonitarius tünetei a vészes vérszegénységnek, a gyógyítás érdekében lehet nagyjelentőségű, mert lehetővé teszi a gyógyításnak jókor való megindítását. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 18. sz.)

A mozgás-szervek megbetegedéséről typhus után ír *Scholz*. A csont és a csontthártya az eseteknek 18%-ában betegszik meg, az izmok részéről pedig az eseteknek 0-47%-ában vannak elváltozások. Az előbbieket klinice lueses gummákra emlékeztetnek, röntgenologice nehezen mutathatók ki s a hosszú csontok diaphysisén, erősen igénybevett izmok tapadása helyén, a kis csöves csontok végén, a szemüreg szélén és a csigolyákon fordulnak elő. Az izomgörczök többnyire a hasizmokban található beszűrődések alakjában. A genykepződés csekély, ha csak a typhusbacillusok idézik elő; genyesztő coccusokkal való társulás esetén azonban nagyobb-fokú lehet. A mozgás-szervek jelzett megbetegedése a láz-talanná válás után 3—4 héttel szokott kezdődni. Nyugalom, Bier-pangás, heliotherapia és röntgenezés kísérhető meg. (Brauer: Beitr. z. Inf. 4. kötet, 4. füzet.)

Sajátszerű vizenyőkről az utóbbi két esztendőben ismételtelen tetek közlést (*Jürgens, Rumpel, Knack*). A legutóbbi hetekben *Maase* és *Zondek* a berlini I. belklinikán észlelt 30—40 ilyen esetet, a melyek csaknem kizárólag 45—65 éves férfiakat illették. A kórkép jellemző vonásai a következők voltak: Nagyfokú hydrops, a mely legtöbbször hirtelen keletkezett; rendszerint az alsó végtagokra szorított, néha azonban a nemi szerveken és az arcon, sőt a felső végtagokon is mutatkozott. Kivételesen ascites és hydrothorax is előfordult. A bal szívkamara mérsékelten megnagyobbodott, gyakori a bradycardia, a mitralis és az aorta fölött nyilván accidentalis szívzörejek hallhatók; szíveredetű pangásnak jelei, lép- és májduzzadás nem találtattak; a vérnyomás — leszámítva a korról járó sclerosissnak megfelelő mérsékelt emelkedést — nem fokozódott. Gyakori a diarrhoea, néha nyálkás-véres hozzákeverődéssel, a mely vagy megelőzi vagy követi az oedemákat; a bakteriologiai vizsgálat dysenteriára negatív. A vizelet mindig világos, alacsony fajsúlyú, fehérjét és cukrot nem tartalmaz. Egy esetben polyneuritis is fennállott. A subjectiv tünetek többnyire jelentéktelenek: a betegek bágyadtak, fájdalmakról panaszkodnak a lábszárakban, fáradtnak érzik magukat; az említett diarrhoea nem jár hasfájással.

Vegyés kórházi koszt és ágynyugalom mellett az oedemák 4—8 nap alatt eltűnnek. Ha az oedemák kiürülése megindult, a beteg felkelése avagy táplálkozásának megváltoztatása nem késlelteti lényegesen a gyógyulást. Az oedemának kifejezetten intermittáló a jellege: megszünése után időnként újból jelentkezik mérsékelt fokban az alsó végtagokon vagy az arcon, hogy néhány nap múlva eltűnjék.

A mi a betegség aetológiáját illeti: a fertőzéses eredet nem valószínű; ellene szól a láztalan lefolyás, a lépmegnagyobbodás hiánya, a negatív bakteriologiai lelet, a leukocytosis hiánya. Sokkal közelebb áll a mai viszonyok közepette valami táplálkozási ártalomra gondolni. Feltűnő a szerzők azon tapasztalata, hogy olyan egyéneken, a kik 2—3 hónap óta erősen vízenyősek voltak, naponként 100 gramm zsírnak a táplálékhoz adása után már 3—4 nap múlva gyorsan csökken az oedema. Lehetséges, hogy úgy mint a beri-beriben, a melyhez nagyon hasonlít a kórkép, az organikus phosphoranyagok (phosphatidok) hiánya játszik szerepet. De az is lehetséges, hogy a kóros fehérjebomlás folytán képződő valamilyen anyagcsereméreg a baj okozója. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 16. szám.)

Sebészet.

Genyes bőr- és csonthiányoknak immunizált és antitestekkel telített bőrlebenyvel való befedésével kísérletezett jó eredménnyel *Katzenstein* tanár. E kísérletek kiinduláspontja az a tapasztalat volt, hogy a normalis körülmények között bacteriumok hatásának kitett szövetek a fertőzéssel szemben sokkal ellentállóbbá lesznek, sőt e szövetekben bizonyos ellenmérgek is képződnek.

A szerző a befedendő anyaghiánynak megfelelő nagyságú nyeles bőrlebenyt készített, a melyet alsó, még eddig csiramentes felszínével pár pillanatra a genyes sebfelülettel hozott érintkezésbe, majd ezután a lebenyt régi helyére tette vissza, csupán az összenövés elkerülése végett tett alá egy réteg steril mullt. 8—14 nap múlva a sarjadzó és antitestekkel megtelt bőrlebenyvel a genyes anyaghiányt befedve azt tapasztalta, hogy az megtapadt ott s ezzel egyidejűleg a váladékképződés is csakhamar megszűnt. Ily módon több esetben teljesen sikeres gyógyulást ért el nemcsak bőr-, hanem csont-anyaghiány eseteiben is, sőt Thiersch-lebenyvel is sikerült a behámosítás. (Zentralblatt für Chir. 1917, 15. sz.)

Az arteria vertebralis lekötésére a következő típusos eljárást ajánlja *Küttner*: A hasrafektetett beteg fejét erősen előrehajlított helyzetbe hozva, a processus mastoideus hátulsó széle mögött, a musc. sternocleidomastoideus hátulsó szélével párhuzamosan haladó, kb. 10 cm. hosszú bőrmetszéken át ez utóbbi izmot kipraeparálva előrehuzatjuk, majd az itt haladó idegek kimelésével a proc. mastoideus csúcsa magasságában átvágjuk harántul a musc. splenius capitis-t és az ez alatt fekvő musc. semispinalis capitist. Erre kikapinthatjuk az atlas hátulsó ívét, melynek éles felső szélét szabaddá téve, könnyen és biztosan reá jutunk az itt haladó arteriára, mely a bőr felületétől átlag 3½ cm. mélyen van. E lekötés-mód a nyak suboccipitalis részének igen gyakori sérülései miatt bir fontossággal. (Zentralblatt für Chir. 1917, 15. sz.)

A fejlővések kezelésére vonatkozólag a következő elveket követi *Schlender*: A tábori kórházban minden egyes fejlővést azonnal revideálni kell. Műtéti beavatkozást igényelnek a tangentialis és a felületesebb anyaghiányt okozott sérülések, továbbá azok, amelyekben a lövedék kitapinthatóan fekszik.

A sebnek varrattal való teljes elzárása a tangentialis lövéseknek csak ama eseteiben van megengedve, a melyekben a dura nincsen megsérülve, különben a varrat csak tamponálással vagy drainézzel együttesen alkalmazandó. A beteg továbbszállítása a sérülés minőségétől függően csak nagyobb rögzítőkötés alkalmazása után van megengedve. (*Bruns' Beiträge zur klinische Chirurgie*, CIII. kötet, 4. füzet.)

Az appendix gömbsejtes sarkomáját észlelte egy 35 éves, a chronikus appendicitis tüneteit mutató férfibeteg *Wohl*. Az appendix eltávolítása után 4 hónapra a beteg a jobb oldali medenczefélben beállott metastasisok folytán meghalt.

A sarkoma keletkezésének oka leggyakrabban a gyuladás. A traumának nincs szerepe. Az irodalomban eddig említett 10 esetben a beteg életkora 10—20 év között ingadozott. A tünetek megegyezők voltak az appendicitis tüneteivel. A kórjóslat igen kedvezőtlen. (*Annals of surgery*, 1916, 3. szám.)

M.

Venereás betegségek.

A merarsol-lal, az enesol pótlószerevel kísérletezett *O. Kren* (Wien). Az utolsó években a syphilis gyógyítása lényeges változáson ment keresztül, a mennyiben a kénesőn kívül most már az arsen is gyakori alkalmazásban részesül. Mai nap azonfelül az az irányzat, hogy az anti-lueses kúrát az esethez mérten kell megállapítanunk, mintegy individualizálni. Általában a legnagyobb energiával kell a syphilist gyógyítani. De vannak esetek, a melyekben a betegség jellege vagy az egyén állapota enyhébb anti-lueses kezelést igényel. Sőt sok az olyan eset, a melynek kezelésében kívánatos az ilyen enyhe kénesőkúrának az arsennel való kombinálása. Ezek inkább belgyógyászati esetek szoktak lenni (lueses cachexia, tabes, mesaortitis, lues + tbc. pulmonum stb.). Ily esetekben kedvelt szer volt már évek óta a francia gyártású enesol. Ezt most úgy látszik tökéletesen pótolja a *merarsol* (készítője: „Chemisch-pharmazeutische Werke Herbabny-Scholz in Bruck a. d. L.”). A kéneső és az arsen a merarsolban — csak úgy, mint az enesolban — szervesen van kötve. A 3%-os vizes oldat 2 cm³-es ampullákban kerül forgalomba. *Joannovic* állatkísérletekkel megállapította, hogy méregtani hatás dolgában a két szer egyforma *Kren* az új készítményről csak jót tud mondani. Azt találta, hogy a betegek, a kik átlag kétnaponként kaptak egy-egy befecskendezést, igen jól tűrték a szert, mely sem fájdalmat, sem kellemetlen mellékhatásokat nem okoz.

Friss secundaer esetekben a hatása természetesen nem elég erőlyes. A megfelelő belgyógyászati esetekben azonban igen kedvező eredménnyel járt a merarsol-kezelés. Feltűnő volt a jó roboráló hatása. 10 klgr.-os súlygyarapodás nem ritkaság. Jó hatásának bizonyult a szer lueses nephritis eseteiben is. A fehérjevizelés hamar megszűnt, a diuresis pedig jól működött. A pozitív Wassermann-reactiót természetesen csak úgy, mint az enesol, csak gyengén tudja a szer befolyásolni, illetőleg negatívvá változtatni. A legtöbb beteg 20 injectióban részesült. (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, 1916, 39—40. sz.)

Guszman.

A nemi bajoknak a mögöttes országrészekben való leküzdéséről nyilatkozik *Finger* (Wien). Minden intézkedés, mely a nemi bajok ellen irányul, a prostitutio ellenőrzésével kezdődik. Ez nyilván onnan ered, hogy ez a hygiénés intézkedés a legelterjedtebb és egyben a legrégebb is. Sajnos, ez az intézkedés a mai nap általánosan követett alakjában igen csekély haszonnal jár. Ennek a sajnálatos körülménynek több oka van. Az első az, hogy a mióta a prostitutiónak általános intézménye a XIX. század elején Franciaországból az egész continensen elterjedt, azóta a nemi bajok fertőzőképességéről és gyógyulási viszonyairól szóló tan tökéletesen megváltozott. A syphilisről például azt hitték abban az időben, hogy csak első- és másodlagos tüneteiben fertőző. Arról, hogy a korai latensszakban, tehát tünetmentesen is fertőzhet a syphilises beteg, általánosan nem tudtak az orvosok. A kankót is csak addig tartották fertőzőnek, a míg folyással jár. A kankót egyébként is csak „túlizgatottságból” eredőnek vették. A prostituáltak vizsgálatának rendszere tehát oly klinikai és therapiiai alapokon nyugodott, melyek tévesnek bizonyultak. De van e rendszernek még egyéb nagy hiánya is. Ilyen az ellenőrzés alatt álló nőknek a csekély száma.

Becslés szerint a berlini titkos prostituáltaknak a száma 25,000, a bécsieké 20,000. Ezzel szemben ellenőrzött prostituált van Berlinben 5000, Wienben 2000! A mostani rendszer a prostitúciónak tehát csak csekély tört részét éri el. De nemcsak csekély az ellenőrzött prostitúciót űző nők száma, hanem aránylag a legkevésbé veszedelmes is az a csoport, mely állandó kontroll alatt áll. A tapasztalás bizonyítja, hogy a legtöbb nemi betegség azon nők között található, a kik 15—20 év között állva, utóbb prostituálttá válnak. Tudnivaló, hogy az ellenőrzött prostituált nőknek 70—75%-a syphilitikus lett, még mielőtt ellenőrzés alá kerültek. A prostituáltaknak többi 25—30%-a két éven belül kapja meg a syphilit. A prostituáltak közül az idősebbek aránylag a legkevésbé veszedelmesek, mert a lues fertőző szakán rendszerint már túl vannak. A fiatal titkos prostituáltak azonfelül nemcsak azért a legveszedelmesebbek, mert rendszerint frissen betegek, hanem azért is, mert fiatalságuk miatt a legkeresettebbek, tehát a leggyakrabban fertőzők. Fontos volna ezeket minél gyakrabban ellenőrizni, s ha betegek, kórházban elhelyezni. Kórházi ápolás után javítóintézetbe valók. A fertőző források kiderítésének kérdése igen nehéz. Igen ritkán sikerül ugyanis a fertőző forrás kiderítése, részben azért, mert a nemi bajoknak incubatioja elég hosszú, részben pedig azért, mert a bemonások nem őszinték. Másfelől a bosszúból való hamis feljelentések is rontják az eredményt. A nemi bajok elterjedésének igazi és főoka nem a prostitúción, hanem a *promiscuitas*-ban rejlik. Tehát abban a körülményben, hogy rövid időn belül egy férfi több nővel s egy nő több férfivel érintkezik. A nemi bajok elleni küzdelemnek alapja *volta-képpen tehát a promiscuitas ellen való harcz*. Igen fontos a felvilágosítás. Ez több részre oszlik. Az első teendő, hogy minél többen ismerjék a nemi bajok jelentőségét és nagy elterjedését. Hirdetni kell továbbá a sexualis abstinenciának ártalmatlan voltát. Ismertetni kell végül azokat a szereket, melyeknek alkalmazása (condom, prophylaxisos befecskendések, kéneső-kenőcsök bekenése stb.) a nemi érintkezés veszélyeit lényegesen csökkentik. A nemi bajok elleni küzdelem sikerének érdekében *Finger* az 1916. évi dán törvény legfontosabb intézkedéseinek törvényhozási úton való átültetését is óhajtja. Ezek a következők: A fertőzőképes nemi-bajosoknak gyógyítási kötelezettsége. Tilos a nemi-bajos betegeknek kuruzslók által való kezelése. De tilos a levélileg való kezelés is, szintúgy az öngyógyítás céljából hirdetett mindenféle gyógyszer. Birói határozat esetén minden nemi-bajjal gyanúsított egyén vizsgálatra kényszeríthető. Olyan esetekben, a melyekben a beteg az orvos figyelmeztetése ellenére megmarad azon szándékában, hogy olyat tesz vagy elmulaszt, a mi által másnak egészsége veszélyben forog, az orvos feljelentési joga törvényesen biztosított. A nemi bajok által való veszélyeztetésnek büntetése. (Wiener klinische Wochenschrift, 1917, 12. sz.) *Guszman.*

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 20. szám. *Fischer Aladár*: A koponyasérülések sebészi ellátásáról.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 21. szám. *Horváth Ferencz*: Tonsillitishez társuló gyógyult súlyos pyaemia. *Deszímírovity Koszta*: A járványos sárgaság és a váltóláz.

Vegyes hírek.

Cím és jelleg adományozása. A király *Blum Ödön* dr. közegészségügyi főfelügyelői címmel felruházott felügyelőnek a közegészségügyi főfelügyelői jelleget, *Scholtz Kornél* dr. trachomaiügyi felügyelőnek pedig a közegészségügyi főfelügyelői címet és jelleget adományozta.

Kinevezés. *Forbáth Ernő* dr.-t a debreczeni közkórház tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Theil Albert* dr.-t Tesöldön körorvossá választották.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat évi közgyűlését június hó 4.-én délután 6 órakor tartja a budapesti kir. orvosegyesület (VIII., Szentkirályi-utca 21. sz.) helyiségében. Tárjak: 1. Elnöki megnyitó.

2. Titkári jelentés a társulat működéséről. 3. A pénztárvizsgáló bizottság jelentése. 4. Az igazgató-tanács egy harmadának megválasztása. (Kilépő tagok: budapestiek: *Generich Antal*, *Grósz Emil*, *Müller Kálmán*, *Tauffer Vilmos*; vidékiek: *Kenézy Gyula*, *Mann Jakab*, *Petz Lajos*, *Tauscher Béla*.) 5. Egy vidéki ig.-tanács-tag választása. 6. Öttagú pénztárvizsgáló bizottság választása.

A Magyarországi Bajtársi Szövetség Orvosi Szakosztálya folyó hó 15.-én tartotta II. ülését id. *Liebermann Leó* elnöklete alatt a budapesti Kir. Orvosegyesületben. A szakosztály hosszabb eszmecsere után kimondotta, hogy egy informáló iroda szervezését szükségesnek tartja. Ennek az irodának az volna a rendeltetése, hogy a magyar viszonyok iránt érdeklődőknek mindenkor megadná a szükséges felvilágosításokat, gondozásba venné a magyar orvosi bibliographia elhanyagolt ügyét, a külföld érdeklődésében részesített magyar orvosi irodalmi termékek kivonatolását vagy fordítását s rendezni kíván a bolgár és török orvosok számára továbbképző tanfolyamokat. A szakosztály továbbá kimondotta, hogy expedíciókat kíván rendezni a Keletre, melyekhez a megfelelő szakemberek közreműködésére számít. Szükségesnek látja, hogy a Szövetség egyes államai közt a kapcsolatot fenntartó folyóirat indíttassék meg, mely mindenekelőtt az informáló iroda felállításáról vinne hírt s máris közhírré tenné azokat a klinikákat, intézeteket, gyáratok stb., melyek a törököket és bolgárokat szívesen fogadnák be kiképzés végett. A hazai fürdők propagálása érdekében a Balneológiai Egyesület vezetőségével fog a szakosztály érintkezésbe lépni. Végül kimondatott, hogy a Bajtársi Szövetség Orvosi Szakosztálya szívesen látja tagjai sorában mindazokat az orvosokat, a kik érdeklődéssel vannak a Szövetség működése és nagy céljai iránt. A belépni kívánók szíveskedjenek szándékukat a titkárral: *Győry Tibor* dr.-ral (Budapest, IV., Veres Pálné-utca 34. sz.) levelezőlapon közölni.

A Budapesti önkéntes mentő-egyesület 1917 márcziusában 994 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1138 szállítást végzett, 68-szor mint mozgóország szerepelt és 20-szor vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A márcziusi havi működés főösszege 2220.

Személyi hírek külföldről. *O. Chiari* tanárra, az ismert bécsi gégeorvosra átruházott elhunyt bátyjának, *K. Chiari* dr.-nak, az urakháza tagjának bárói rangja. — *A. Guttman* berlini magántanár (szemészet) tanári címet nyert. — *Bednarski* dr. lembergi magántanárt a szemészet rendk. tanárává nevezték ki. — *H. Iselin* (balesetorvos) és *Fr. Suter* (sebészet) baseli magántanárok rendk. tanárok lettek. — *K. Dugge* (törv. orvos) és *Fr. Best* (kísérleti kórtan) rostocki magántanároknak tanári címet adtak.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15.
Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — **Vegyí és Röntgen-laboratorium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigoriterapia, fürdők. Schneé-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Kopits Jenő dr. ortopædiai intézetében VII., Nyár-u. 22. sz.
fekvő betegek is felvétetnek.

Dr. HALPERTH ÁKOS

KARLSBAD

HAUS HERZOG v. BRABANT

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

Budapesti medico-mechanikai **ZANDER** -intézet. Semmelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

RÖNTGEN-REINIGER
és vill. orvosi készülékek **GEBBERT és SCHALL R.-T.**

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-körút 9. (István-út végén.) Telefon 120-69, 81-01.
Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály.

Szabad orvosválasztás.

Igazgató-főorvos: **Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ** kir. tanácsos.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én). 294. lap. — A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 294. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(IV. rendes tudományos ülés 1917 február 10.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Az appendicitis kórbonczana és kórtana.

Goldzieher Miksa: Az appendicitis klinikai tüneteinek gyakran nem felelnek meg az appendixen makroszkopice látható bonctani elváltozások. Általában csak *Aschoff*-nak és tanítványainak vizsgálatai óta (1908), a kik nagyszámú műtét útján eltávolított appendixet hasonlítottak össze, tisztultak fogalmaink az appendicitis kórbonctanáról. *Aschoff* merev rendszerbe szedi az összes észlelhető jelenségeket. Szerinte minden appendixbeli lobos jellegű elváltozás acut appendicitis folyamának tekinthető. Az acut roham pedig apró, körülírt nyálkahártya-elváltozással, a primaer-infectióval kezdődik, a melyhez csakhamar phlegmone társul. A súlyosabb complicatiók: abscessus képződése és perforatiója, exulceratiók, falzatnecrosisok és gangraena mind csak az említett kezdeti szak után jelentkeznek. Az acut lobos elváltozások mindegyike gyógyulásba mehet át, miközben igen komplikált szöveti elváltozások fejlődhetnek ki; mindezek azonban csak az acut roham különböző kimenetelű jelenségeinek felelnek meg.

Az előadó nagy anyagon, közel 500 műtétilag eltávolított és számos hullából vett appendixen végzett szövettani vizsgálatokat és számos vetített képen bemutatja az *Aschoff* óta ismert typosus elváltozásokat, a melyek azonban nem merítik ki az appendixeken észlelhető kóros jelenségeket. Számos fényképen igazolja, hogy létezik egy *appendicitis acuta superficialis* is, a melynek megkülönbözteti 3 alakját: az *appendicitis superf. catarrhalis*, az *app. superf. ulcerosát* és az *app. superf. haemorrhagicát*. Az ez utóbbit jellemző vérzések néha nehezen különböztethetők meg a gyakori traumás appendix-vérzésektől, azonban erősen hibáztatandó az a felfogás, mely szerint az appendix-vérzések többsége ilyen traumás eredetű. Valószínű, bár kényszerítő erővel nem bizonyítható, hogy *app. superficialis* kapcsán olykor kifejlődik a mucosa és submucosa sclerosisa is, a mi utóbbi roham beálltát elősegítheti.

Az *appendicitis* aetiologiája nem egységes. A különböző kórokozók között legnagyobb szerepe a genyeltelt coccusoknak és bizonyos anaerob bacteriumoknak van, míg a *bacterium coli* inkább csak mellékes szereppel bír. Az *infectio* csak kivételesen haematogen. Az *Adrian*- és *Kretz*-féle elmélet, mely szerint szinte mindig haematogen *infectio* szerepelne, elvetendő. Az *infectio* a mucosa felszínén fölött történik (*Aschoff*) s valóban többnyire a krypták mélyén ül a primaer *infectio*. Ezért gyakoribb kryptás lumennél (50%) az *infectio*, mint kerek, bélsártartalmú lumennél (20%). Ez utóbbiaknál azonfelül aránytalanul gyakoribb az *app. superficialis* (22.4%) és ritkább a súlyos phlegmonosus *appendicitis* (16.8%), míg az előbbieknél a viszony éppen fordított (14%, illetve 24.6%). Ezekből következtethető, hogy a béltartalom pangása, főleg a kryptákban, kiváltja az ott visszatartott bacteriumok virulentiájának növekedését. Ilyen értelemben a bélsárkő is válthat ki *appendicitis*-rohamot; nyomás, usura által azonban nem idéz elő perforatiót, mint a hogy azt sokáig hitték volt.

Az *appendicitis* egy további aetiologiai tényezőjét a bél-férgekben ismertük fel. Igen gyakori az appendixban az *oxyuris vermicularis*, a mely kétféleképpen szerepelhet min kórokozó. Vagy felsebzi a nyálkahártyát és így elősegíti a *bacteriumos infectiót*, minek kapcsán akár súlyos phlegmone, akár csak *app. superficialis* fejlődik ki. Vagy pedig mélyen felszántja a mucosát, sőt submucosát is, miáltal súlyos görcsös rohamokat vált ki *infectio* nélkül is (*appendicopathia oxyurica*).

A klinikai jelenségeknek a bonclellettel való összehasonlítása megállapítja, hogy roham idejében operálva, mindig phlegmonosus lobot (typ. *Aschoff*) találunk, ritkán csak *app. superficialis* van jelen, azonban ilyenkor mindig *oxyuris*okkal. A phlegmonosus lob terjedése igen gyors, olykor már 2 óra alatt igen súlyos complicatiók fejlődnek ki. Ezért rohamban a lehető leggyorsabb műtét javalt.

Az „intervallum“-ban operált esetekben, klinikai tünetek hiányában is, gyakran lehet friss acut lobos elváltozásokat, tehát recidivát találni. Ezért az intervallumnak túlságos kinyújtása sem látszik célszerűnek, annál kevésbé, mert az appendix serosájának lobja a 15. napig többnyire már visszafejlődött.

A „*chronicus appendicitis*“ kérdésében meg kell különböztetni olyan eseteket, melyekben régebben heveny rohamok előfordultak, és olyanokat, a melyekben roham sohasem fordult elő. Az előbbieken bonctanilag megtaláljuk a megfelelő hegesedést, csak ritkán észlelhető teljes *restitutio ad integrum*. Utóbbiakra jellemző, hogy kb. 40%-ukban nem szűnnek meg a kóros tünetek a műtét után sem; ezekben tehát nem is lehetett szó *appendicitis*ről, a minek a bonctani negatív lelet meg is felel. A másik 60%-ban *catarrhalis* vagy heges *appendicitis*t találunk, nem ritkán pedig férgek jelenléte magyarázza meg a tüneteket.

Szontagh Felix: *Goldzieher* tagtárs igen szép s tanulságos előadásának csak egy passzusához, az *angina tonsillaris* és az *epityphlitis* közötti összefüggés kérdéséhez kíván néhány szót fűzni. Az összefüggés nem a véletlen dolga, hiszen számtalan rokon s analog momentum van a két betegség között. Akárhányszor megessik, hogy egy család egy tagja megbetegszik *angina tonsillaris*ban, ugyanakkor másik tagja *epityphlitis*ben. Látott eseteket, a mikor az *epityphlitis*hez másodlagosan társult *angina*. A bacteriumok az egyik bajban csakúgy, mint a másikban *haematogen* úton jutnak el az előzőleg disponált szervhez, illetve szervrendszerhez. Az *angina tonsillaris* mindenkor a *Waldeyer*-féle lymphás gyűrűnek, egy szervrendszernek a megbetegedése és pathogenesise csak *haematogen* vagyis endogen fertőzés feltételezésével érthető, illetőleg fejthető meg.

Goldzieher Miksa: Nem tagadta az *appendicitis haematogen* aetiologiájának előfordulását; az ilyen esetek azonban kétségtelenül ritkák. Az *angina* szerepét az *appendicitis* kórtanában szintén nem vonta kétségbe, sőt azt tartja, hogy olyan genyelteltők, a melyek már a tonsillában lobot okoztak, egyrészt könnyebben fertőzhetik a rokon szöveti szerkezetű appendixet, másrészt egyáltalában pathogenebbek a gyöngült immunitású szervezet számára.

Szontagh tanárral szemben azonban a fertőzés útjára vonatkozólag fentartja, hogy ez az esetek túlnyomó többségében mégis csak enterogen. Friss, néhány órás esetek vizsgálatakor mint legkorábbi elváltozást mindig a nyálkahártya-felszín genyes-fibrines lobját találjuk, míg *bacterium*-emboliák és emboliás abscessusok, a melyeket *haematogen* *infectiónál* találni kellene, nem láthatók. Ha tehát az anginának tulajdonítunk szerepet az *appendicitis* kórtanában, azt a lenyelt s így enterogen módon fertőző genyelteltőket tartalmazó váladékkal játszhatja.

A 16. számú cs. és kir. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

(Folytatás.)

9. Ehrlich Ernő: Mediastinum-daganat esete.

Sch. K., 40 éves. A beteg egy év óta tartó mellfájdalmakról panaszkodik, nehezen nyel és erős testmozgás után fulladás-rohamai vannak. Luest tagad.

A jól táplált beteg mellkasán baloldalt tágult erek észlelhetők. A manubrium sterni felett és attól kétoldalt, főleg balfelé, egy a szív-tompulattól különvált tompulat észlelhető. A szív balfelé csekélyebb mértékben megnagyobbodott. A

szívhangok tompák. A fentemlített tompulat felett pulsatio nem észlelhető. A Röntgen-lelet szerint a beteg széles és magasanfekvő mediastinaltumorban szenved. Tekintettel arra, hogy a betegnek exophthalmusa is van, mindenesetre feltehető a kérdés, vajjon nem substernalis strumáról vagy thymus persistensről van-e szó, mivel a beteg pajzsmirigyének jobb-oldala kissé szintén megnagyobbodott. A daganat nagysága és alakja azonban ezen lehetőséget kizárja.

10. Jankovich László: *Hydronephrosis vesemedenczék beékelődése folytán.*

A Komlósi és Ertl által bemutatott beteg kiirtott bal veséjét megvizsgálta s a következőket találta: A vese valóban szabályos tömlő, a mely $16 \times 11 \times 8$ cm. nagyságú, de azért vesealakú, átmetszve, tiszta folyadék ürül belőle s kiderül, hogy a többrekeszű tömlő tulajdonképpen nem egyéb, mint a kitágult vesemedencze, illetőleg a vesekelyhek, a melyek akár tyúktojásnyi nagyságot értek el s őket egymástól áttetsző fehéres, legfeljebb 1—2 mm. vastag sötétyvén választja el. Az így keletkezett többrendbeli üregeknek síma belfelületét fehéres hám borítja. A kelyheknek megfelelő dió-tyúktojásnyi üregek a felszínen is kidomborodnak, a veseállománynak azonban csak helyenként van a külső falon nyoma, a hól itt-ott 3—4 mm. vastag, összenyomott veseállomány maradt meg. Nagyobb mennyiségű veseállomány csak a felső poluson látható, a mennyiben itt a veseidomú tömlő kidudorodó $\frac{1}{2}$ diónyi részletei még akár $\frac{1}{2}$ cm.-nyi vastag veseállományt tartalmaznak. A keiyheknek megfelelő üregek a vesemedencze irányában egyesülnek és folytatódnak az ureterbe, melynek tölcésrszerűen táguló része egy felső és egy alsó kisujj vastag ágra oszlik és ezek vezetnek csak a vesemedenczének megfelelő közös üregbe, a hová a kelyhek nyílnak. Az ureternek tölcésrszerű és két ágra oszló részét egy „T” alakú barna kő teljesen kitölti s ezzel a vizelet távozását megakadályozta. Apróbb borsónyi, többnyire nyeles, buzogányszerű kövecskéket is találtam helyenként a kelyhekben. A kövek calcium-oxalatból állanak, tehát elsődleges, nem lobos eredetű kövek, a melyek származására nézve azonban csak feltevésekre vagyunk utalva. Az ureter szájadékának elzáródása valószínűleg úgy történt, hogy a vesekelyhekben képződött oxalat-kövek egyike a vesemedenczébe csúszott, ott az ureter-szájadékot elzárta s ez által fokozatosan a vese teljes elsovadásával járó hydronephrosissra vezetett.

(Vége következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az emlékezőképesség zavarairól fülbajok kapcsán értekezett *Urbantschitsch* tanár a „K. K. Gesellschaft der Aertzte in Wien” márczius 2.-án tartott ülésén. A külső, főleg azonban a középső fül megbetegedésének némely esetében az emlékezőképesség megfogyatkozását észlelte az előadó, még pedig többnyire csak időnként, rövidebb-hosszabb tartással; a fülbaj meggyógyulása után a jelzett zavar megszűnt. E zavar néha mesterségesen is előidézhető volt a külső vagy középső fülre gyakorolt nyomással (tamponálás). Neurastheniával avagy fájdalommal való összefüggés nem volt kimutatható. Az előadó otogen vasomotoros reflexhatást vesz fel az agyvelő ereire, a minek folytán az agyvelőnek vérrel ellátottsága csökken; ez ugyanis tudvalevően nagy mértékben befolyásolja az emlékezőképességet.

PÁLYÁZATOK.

A szabolcsmezei „Erzsébet”-közkórházban Nyiregyházán megüresedett két alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állások javadalmazása egyenkint 1400 kor. évi fizetés és 600 korona segély, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés. A pályázó orvostudor, esetleg szigorló orvos urak, illetve úrnők kérvényüket Szabolcs vármegye főispánjához címezve folyó évi május hó 30.-ig a kórház igazgatóságához nyújtják be. Az állások június 1.-éig elfoglalandók.

Nyiregyháza, 1917. évi április hó 29.-én.

Klekner Károly dr., kórházi igazgató-főorvos.

125/1917. eln. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, egyenként 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezéssel, s az elmeosztálynál való alkalmazás esetén még 300 korona működési pótlékkal javadalmazott két alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Folyamodni óhajtok felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos jószáji Purgly Sándor dr. főispán úrhoz címezve legkésőbb folyó évi június hó 30. napjáig közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtják be.

A pályázaton szigorló orvosok, esetleg ötödéves orvostanhallgatók is részt vehetnek.

Baja, 1917 április hó 30.

A polgármester.

3185/1917. ki. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye jászsági felső járásának Jászárokszállás községében (körülbelül 14.000 lakos) a II. községi orvosi állás más helyre történt megválasztás folytán megüresedvén, ezen állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1. 1400 korona évi fizetés és 4 ötödéves 200 koronás korpótlék; 2. 500 korona lakbér; 3. a kéjnovizsgálati díjak; 4. a IV—VI. kerületekben 1 korona 20 fillér halottkémlési díj a fizetőképeseiktől; 5. a vármegyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási, rendelési, műteti, fuvar, távolsági stb. díjak.

Felkérem a pályázni kívánó orvosdoctor urakat, hogy kérvényüket, oklevelüket s esetleges okmányait hozzám folyó évi június hó 30.-áig adják be.

Jászberény, 1917 május hó 18.-án.

A főszolgabíró.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhimlő-
:: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétkülö. osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninectio.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyvényes
SAVANYÚVIZ.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

Bayer-gyógyszertár

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Főhercegi udvari szállító.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

A tuberkulosis a mai kor követelménye. leküzdése

ként nagyon csekély költséggel ambulatoriumot (besugárzási oszlopot) egyidőben számos beteg besugárzására, Prof. Jesionek szerint berendezzen. Költségvetés és irodalom díjmentesen. Quarzlampefabrik Linz a. D. Stammhaus Hanau.

A budapesti VI. és VII. kerületi betegsegélyező pénztár rendelőintézetéből, (Főorvos Dr. Friedrich Vilmos. egyet. m. tanár), Dr. Schein M. a „Gyógyászat” 1915. 25/27. számaiban azt írja: Még feltűnőbb a Quarzlámpa besugárzás hatása az egész szervezetre. Sok beteg étvágyat kap, jobban néz ki, élénkebb, mozgékonyabb lesz, erősebbeknek érzi magát és testsúlyban gyarapodik. Ezen hatást felnőtteken is tapasztaltam, de főleg gyermekeken. A vegyileg ható sugaraknak a szervezetre számos esetben gyakorolt hatása kell, hogy az orvosnak imponáljon! A skrofulózis és tuberkulózis kivált a szegény néposztály betegségei. Ezek azon betegségek, melyek a társadalmi nyomort leghűbben követik. Ha az ultraviolettsugarak az egész körfelet eléri, egy olyan gyógymódot képviselnek, mely az egész szervezetre hatással kell hogy legyen.

A szegényebb néposztálynál ezen fény sugárzás módja pótolja a klimatikus gyógyintézeteket.

Elegendő, ha a bőrfelület naponta 5–10 percig lesz az ultraviolettsugaraknak kitéve. Nem túlzok, ha mondom, hogy az általános besugárzás — nem minden — de sok esetben hasonló eredményt hoz az egész szervezetre és a tuberkulózis lokális természetű megbetegedéseinél, mint a tengerpart vagy magaslatti levegő. Néhai Prof. Albert sebész-tanár Wien-ben, kinek a szegényebb néposztály beteg számára milyen érző szíve volt, sokszor esett búskomor hangulatban, ha felolvasásai alkalmából a skrofulózisban és tuberkulózisban szenvedő gyermekek egész sorát mutatta be. Nem tudta eléggé ismételni: Tej, tojás, hús és friss levegő. Ma hozzátehetné még, hogy: fény. És ezen utóbbit könnyen nyújthatjuk a szegény betegeknek, mert

egy ambulatoriumot „mesterséges magaslatti napfény”-nek elnevezett lámpával való kezelésre, minden orvos — városi hatóságok (iskolák), gyárigazgatóságok, vagy intézetek — közreműködésével könnyen berendezhet.

Ossal-ernyő

uj átvilágító ernyő, kiválik igen nagyon erős, világitóerő és a szemcsék nagy finomsága által.

Nagy fényessége lehetővé teszi kisebb készülékek eredményesebb felhasználását, úgy hogy az átvilágítási időtartam megrövidíthető. Ez által a csövek kimélednek és elhárítódik a bőr megégetésének veszedelem.

Éles és kontrasztos képeket ad, érzéketlen a meleggel és vegyi befolyásokkal szemben és évekig eltart.

Heyden-Folie

Erősítő ernyő Röntgen-felvételekhez,

ismert összehasonlíthatatlan erősítő hatásuk és a szemcséknek elgondolható legnagyobb finomsága által.

A Heyden-Folie nem veszti el erősítő hatását hosszabb használatnál sem, a lemez nem mutat utólag elváltozást vagy a legközelebbi felvételt megzavaró utófényt, azonkívül lemosható.

Nyomatványok első szakemberek véleményével díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Salit

Gyors fájdalomcsillapító és gyógyító szer
rheumatosisok és neuralgiák
külső kezelésére.

A bőr a Salitot higitás nélkül is tűri.

Javalatok: izomcsúz, lumbago,
acut neuralgiák, alkoholikus polyneuritis,
tendovaginitis, rheumatikus pleuritis,
könnyű acut ízületi csúz.

SALITUM PURUM 25, 50, 100 gr.-os üvegekben.

Arsenohyrgol

Enesol pótlására.

Ugyanolyan alakban és mennyiségben tartalmaz higanyt és arsént mint az Enesol. Befecskendezéseknél nem izgató és jól tűrhető

Antiluetikum

a lues minden alakjának kezelésére, nevezetesen a rosszindulatú korai és későbbi alakoknál; különösen bevált metaluetikus idegbetegségeknél.

Dobozok 10 ampullával à 2 ccm.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.