51. évfolyam. 48. szám. *Budapest, 1907. deczember 1.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAECOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Veszprémi Dezső és Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári m. kir. tud.-egyetem kórboncztani intézetéből és bőr- és bujakórtani klinikájából. Igazgatók: Buday Kálmán dr. és Marschalkó Tamás dr. egyet. ny. r. tanárok. Heveny májsorvadás a bujakór második időszakában. 852. lap.

Wenczel Tivadar: Közlemény a budapesti egyetemi I. számú női klinikáról. (Tanár: Bársony János.) A chorionepitheliomáról egy érdekesebb eset kapcsán. 854. lap.

Erdély Jenő: Ritkább esetek a gyermekorvoslás köréből. 855. lap.

Tárcza. Deutsch Ernő: II. nemzetközi csecsemővédelmi congressus. 857. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. E. Grätzer:* Der Praktiker. — *E. Grawitz:* Hämatologie des praktischen Arztes. — *L. v. Frankl-Hochwart:* Die Tetanie der Erwachsenen. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Besredka:* A gyógyszerumok mérgező hatása. — *Mandelbaum:* A spirochaeta pallida feltüntetése. — *Belorvostan. Pavinsky:* Az angina pectoris kezelése. — *Bennecke:* Katheterezés után beállott anuria halálos esete. — *Sebészet. Schmieden:* A Basedow-kór sebészi kezelése. — *J. H. Gibbon:* A Matas-féle endoaneurysmorhaphia. — *Crile:* A közvetlen vérátömlesztés technikája. — *B. T. Tilton:* A heveny tüdőtályog. — *R. Weil:* A cystás jellegű hypernephromák. — *Orthopaedia. W. Schulthess:* A gerincz úgynevezett concavoldali torsioja. — *A. Lorenz:* A concav torsio. — *Gyermekorvostan. Philipp:* Rákképződmények a gyermekkorban. — *Quinton:* Serotherapia tengervizzel a gyermekorvostani gyakorlatban. — *Bőrkórtan. Heymann:* A quarzlámpával tett tapasztalatok. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Rohlff:* Ischaemin. — *Wagner:* A paralysis progressiva kezelése tuberculinnal. 859—862. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 863. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 863. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 864—866. lap.

Melléklet. Gynaekologia. 3. sz. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi magántanár és Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár.

F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Benzosalin" készítménye. — Goedecke & Co. Leipzig „Pyrenol" készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári m. kir. tud.-egyetem kórboncztani intézetéből és bőr- és bujakórtani klinikájából. Igazgatók: Buday Kálmán dr. és Marschalkó Tamás dr. egyet. ny. r. tanárok.

Heveny májsorvadás a bujakór második időszakában.[1]

Irta: *Veszprémi Dezső* dr. egyetemi magántanár, kórboncztani adjunctus és *Kanitz Henrik* dr. bőr- és bujakórtani klinikai tanársegéd.

Valamikor az volt az uralkodó nézet, hogy a bujakórnak csak késői szakában támadnak belső szervekben is kóros elváltozások. Igen lassan tört magának utat azon — ma már általánosan elismert — felfogás, hogy a bujakóros fertőzés mindjárt kezdettől az egész szervezetre megbetegítő hatással van és valószinüleg igen gyakran már a betegség korai szakában okozhat a belső szervekben is kóros elváltozásokat. A bujakór korai szakában keletkező viscerális megbetegedésekre vonatkozó ismereteink csak nagyon nehezen és lassan bővültek, minthogy e tekintetben — boncz leletek által sem megerősítést, sem tájékozást nem szerezhetve — pusztán a klinikai észlelésre vagyunk utalva. A klinikai észlelés pedig e kórfolyamatok természetét illetőleg sokszor teljesen homályban hagy. És pedig azért, mert a különböző kórfolyamatokban, a melyek a belső szervekben keletkezhetnek, nem zárhatók ki az összes nem specifikus, illetőleg nem bujakórra visszavezethető okok, valamint hiányozhatnak a belső szervek megbetegedésére jellemző tünetek is. Ezek miatt tehát a legtöbbször nem vagyunk abban a helyzetben, hogy a belső szerveknek valamely bujakóros egyénen jelentkező megbetegedését kétség nélkül csakugyan a bujakór által feltételezettnek tekinthessük. Mindazonáltal ma már gondos klinikai észlelések, továbbá kórboncztani és kórszövettani vizsgálatok kétségen kivül bizonyítják a belső szerveknek a syphilis már korai szakában támadó bujakóros megbetegedését s a belső szervek közül különösen gyakran a májnak bujakóros bántalmát.

A lues másodlagos szakában a máj megbetegedése többnyire „*icterus*" által árulja el magát Jóllehet már a legrégibb észlelők előtt sem volt teljesen ismeretlen dolog a bujakórosok sárgasága, mégis *Gübler* volt az első, a ki 1853-ban — miután *Ricord* őt megelőzőleg kifejezte volt az okozati összefüggés gyanuját — igen beható tanulmány alapján megállapította a friss alkati bujakór és a sárgaság közti kórtani összefüggést. Ezt a nézetet azóta igen sok észlelés megerősítette, úgy hogy manapság az „*icterus syphiliticus*" a lues kórtanában állandóan szerepel.

A bujakóros sárgaság lefolyása rendszerint jó természetü, csak kevés alanyi panaszra ad okot, a beteg közérzetét alig zavarja és az esetek többségében a bujakórellenes kezelésre csakhamar visszafejlődik.

A bujakóros sárgaságnak ezen jó természetü alakja mellett észlelhetők azonban néha rossz természetüek is, ugyancsak a bujakór korai időszakában. Az addig jó természetünek mutatkozott sárgaság folyamán hirtelen igen súlyos tünetek, mint emésztési zavarok, hányás, nagyfokú elesettség, öntudatzavarok keletkeznek, a májtompulat napról napra kisebbedik, majd nemsokára coma, deliriumok közben beáll a halál. A bonczolás ilyen esetekben a *májnak heveny sárga és vörös sorvadását* deríti ki.

Hogy a bujakórnak a heveny májsorvadás keletkezésében van-e és minő szerepe, még mindig igen vitás kérdés. Való az, hogy az esetek nem csekély számában a heveny májsorvadás a bujakóros folyamat egyéb nyilvánulásaival *egyidejüleg* jelentkezik és hogy jól észlelt, kifogástalan esetek ismeretesek, a melyek a kétféle betegség között felvehető okozati összefüggés mellett szólnak.

Nem régen nekünk is volt alkalmunk halálosan végződő esetet vizsgálni, a melyben a heveny májsorvadás a florid bujakórral egyidejüleg jelentkezett. Esetünk közlését nemcsak a kórkép érdekessége, a szövödmény ritkasága indokolja, hanem azon körülmény is, a mely egyszersmind talán némi értéket is kölcsönöz neki, hogy alkalmat adott — tekintettel az újabb buja-

[1] Előadatott az „Erdélyi Muzeum-Egyesület" orvosi szakosztályának 1906. november hó 10.-én tartott ülésén kórboncztani és kórszövettani készitmények bemutatásával kapcsolatban.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

kóroktani vizsgálatokra — a kétféle betegség között felvehető pathogenetikai összefüggést valamivel közelebbről, tüzetesebben meghatározni.

Esetünk a következő:

P. E. 21 éves, nőtlen, kőművessegéd.

Kórelőzmény: Szülei és 6 testvére élnek és egészségesek. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Bőrbaj vagy örökölhető betegség a családjában nem fordult elő. Ő maga eddigelé beteg nem volt. Luesét 1906 május havában szerezte. Junius 9.-én sclerosissal a makkon és nagyfokú phimosissal vétetett fel a szamosújvári kórházba. Ott phimotomiát végeztek rajta, mely után a sclerosis higanytapasz alatt gyógyult. Táji nyirokmirigyduzzanattal és a másodlagos tünetek bekövetkezésére történt figyelmeztetéssel hagyta el a kórházat. Augusztus 7.-én újból jelentkezett a szamosújvári kórházban általános mirigyduzzanattal, sűrű mikropapulosus kiütéssel és kifoszlott papulákkal a száj- és toroknyálkahártyán. Augusztus 7.-étől szeptember 11.-éig 6 turnusban naponta 2 gm., tehát összesen 60 gm. higanykenőcsöt dörzsölt be. A kezelés folyamán a nyálkahártya elváltozásai teljesen visszafejlődtek, az exanthema barna festékfoltok visszahagyásával gyógyult, mire a kórházat elhagyta. Október közepén az egész köztakarón szétszórtan újabb és gyorsan kifekélyesedő kiütések jelentkeztek, melyek által aggasztva, 1906 november 1.-én klinikánkra vétette fel magát.

A beteg állapota felvételkor: Középtermetű, gyengébben táplált, kissé lesoványodott férfi. A sensorium tiszta, az idegrendszer sem az érzési, sem a mozgási körben eltérést nem mutat. A látható nyálkahártyák kissé halványak, a nyelv kissé bevont, az étvágy kielégítő, a székletét rendes. A belső szervek részéről kóros elváltozás nincs. A testsúly 52·6 kgm.

A lágyékhajlatban mindkét oldalon mogyorónyi, fájdalmatlan, porczkemény mirigyek tapinthatók, a könyöktáji, a nyaki és tarkó-mirigyek szintén jól érezhetők, babnyiak. A phimotomizált fityma belső lemezén jobboldalt kisfokú beszűrődés jelzi a sclerosis helyét. A végbélnyilást kifoszlott és túltengett papulák veszik körül, az elülső garatíven kétoldalt tejüvegszínű plaqueok láthatók.

Köztakaró. A mellkas és a hát bőrén, továbbá a farpofákon elég sűrűn gombostűfejnyi, kölesnyi egész kendermagnyi, kissé az ép bőr szine alá süllyedt, sepia-barna festékfoltok láthatók, melyek sok helyütt csoportokba állanak össze, vagy összefolyva egymással nagyobb, zegzugos szélű, szabálytalan alakú pigmentfoltokat alkotnak; a végtagokon csak elszórtan és különállva találhatók. E festékezettség a régebbi mikropapulosus kiütés visszafejlődési módozata.

Mindkét felső és alsó végtag bőrének feszítő oldalán nagyobb számmal kerek vagy tojásdad, lencsényi, krajczárnyi egész koronányi, felületesen ülő és a bőr fölé kissé kiemelkedő barnásvörös infiltratumok láthatók, melyeknek egy része középütt zavaros tartalmú halvány hólyagot vagy sárga genynyel telt pustulát visel. Igen számos helyen a pustula pörkké száradt be, melynek leválasztása után kölesnyi egész fillérnyi fekély tünik elő. Sok helyen az infiltratumok tetejét egész kiterjedésükben többé-kevésbé mély fekélyesedések foglalják el, melyek sárgásbarna vagy véres genynyel vannak fedve, vagy pedig a geny felett még vaskos, rupiaszerű, középütt vastagabb, a szélek felé pedig vékonyodó pörköt viselnek, míg alapjukon — letisztítá uk és a pörkök leválasztása után — előudorodó, egyenetlen felületű, vérzékeny sarjadzás látszik. Másutt a barnásvörös infiltratumot egyáltalában nem találjuk meg, hanem a pörk környékét csak erythemás udvar foglalja el és ha a pörköt leválasztjuk, éles szélű, felületes, sima, fénylő anyaghiány látszik. A nagyobb kiütések az alsó végtagokon találhatók. A fekélyek mélysége különböző, azonban a subcutisig sehol sem terjednek. A mellkas és a has bőre — a már említett festékfoltoktól eltekintve — ép, ellenben néhány lencsényi és fillérnyi, élénkvörös udvar által környezett és barnás pörkkel fedett beszüremkedés van a bal vállon és a jobb lapoczka tájékán, valamint szabálytalanul szétszórva egy-egy a háton és a jobb fartájékon. Mindkét hónaljárokban, valamint a genitocrurális redőkben rozsdavörös színű, éles, meredekszélű, szabálytalan korongalakú, merev beszűrődések láthatók, melyeknek egyenetlen dudorzatos felülete részben finom, hámló pikkelyecskékkel fedett, részben hámtól fosztott, mérsékelten genyedő. Szomszédságukban elszórtan egy-egy papula.

Minthogy a beteg erőbeli állapota elég jó volt, az exanthemának határozottan rossztermészetű jellege ellenére, óvatos higanyos gyógyítást tartottunk javaltnak.

A beteg 1906 november 1.-étől november 18.-áig volt észlelésünk alatt. A *kórlefolyásból* a következőket emelhetjük ki.

November 1. A beteg inunctiós kúrát kezd 3 gm.-os higanykenőcsesel. Azonkivül naponta 400 gm. Zittmann-főzetet fogyaszt.

November 4. Étvágytalanságról, émelygésről, hányásingerről panaszkodik. A nyelv bevont; a beteg a Zittmann-főzetet kihányja. A székletét retardált. Az antilueses kezelés kimarad.

November 6. A beteg levertnek, bágyadtnak érzi magát, gyomortáji nyomásról, étvágytalanságról panaszkodik. Enyhe icterus támad. Testhőmérséke délután 5 órakor 38·2 C°. Therapia: diaeta, natr. bicarb., pulv. rad. rhei aa, háromszor napjában 1 késhegynyit.

November 8. Az egész has, de különösen a máj tájéka érzékeny. A lép mérsékelten megnagyobbodott. A székürülés renyhe. A beteg erőtlen, szédül, fejfájásról, bágyadtságról panaszkodik. A pulsusszám csökkent.

November 10. A sárgaság fokozódik, a vizelet barna, sörszinű, habtartó, epefestéket, epesavakat és 4‰ fehérjét tartalmaz. A beteg gyakran hány, a hányadék epét, nyálkás folyadékot tartalmaz. A bélsár színtelen, illetőleg halvány sárgásszürke, agyagszerű. A hőmérsék reggeli alábbhagyásoktól eltekintve állandóan 37·5—38·5 C°. közt ingadozik.

November 13. A máj érzékenysége nő, a sárgaság fokozódik, úgy hogy a bőr sötét zöldesbarna szinűvé válik. A beteg rendkivül bágyadt, soporosus.

November 15. Az aluszékonyság annyira erőt vesz a betegen, hogy egész nap alszik. A bőrön nehány lencsényi vérzéses folt mutatkozik. A máj igen érzékeny, a májtompulat kisebb.

November 16. A két nap óta feltünően bágyadt és aluszékony beteg délut n hirtelen nyugtalankodni kezd, ide-oda hánykolódik, ingét letépi, környezetével czivakodik. Majd izgatott deliriumok lépnek előtérbe és majd csak egyes izmokra szorítkozó görcsök, majd általános convulsiók jelentkeznek. A pupillák rendkivül tágak, renyhén reagálnak. A légzés szapora, mély, hörgő. Az izgalmi tünetek este felé megszünnek és a beteg mély comába esik.

November 17. Reggel újból nagy nyugtalanság vesz erőt a betegen. Ez csakhamar valóságos őrjöngési rohamba csap át, mely a bódulat különböző fokozataival, kábultsággal, somnolentiával, mély comával váltakozva a déli órákig tart. Délután a beteg csendes, mély comában fekszik, verőérlökése leszáll 60 sőt 40-re, rendetlen, kihagyó. Kámfor-injectio.

November 18. Miután az éjszaka folyamán az izgalmi tünetek ismételten jelentkeztek, reggeli 6 óra 30 perczkor mély comában beáll a halál.

A jelenállapot és a kórlefolyás tüneteit tekintetbe véve *klinikai kórisménk* a következő: *Lues II. Syphilis cutanea papulo-ulcerosa. Papulae hypertrophicae ad anum, ad foss. axill. et sulc. inguin. lat. utriusque. Papulae mucosae oris. Lymphadenitis universalis. Pigmentatio cutis post exanthema micropapulosum. Icterus gravis.*

A kivirágzások a bőrön az észlelési idő alatt alig változtak. Elszórtan itt-ott nehány új papula keletkezett, melyeknek közepe csakhamar pustulává alakult át. A pustulák a kezdeti beszüremkedésnek peripheriás irányban való növekedése közben 3—4 nap alatt beszáradtak és pörkkel fedődtek. A régebbi elváltozások némelyikén gyógyulási folyamat volt látható. A pörk lehullott és az így keletkezett, többé-kevésbé mély fekély alapja megtisztult, míg szélein a hámosodás jelei mutatkoztak. Ezzel ellentétben néhány elváltozáson a fekélyesedés határozott terjedése volt megállapítható. Egészben véve azonban a köztakaró képe alig változott. Még megemlítendő, hogy a bőr festékfoltjai az észlelési idő alatt feltünően halványodtak, úgy hogy az utolsó napokban már nem is voltak láthatók. Teljes eltünésüket különben a bőrnek erősen icterusos színe is okozhatta.

A *bonczolás* a következő leletet nyujtotta:

Az igen rosszul táplált, alacsonyabb termetű férfihulla bőrszíne általában sötétsárga, az arczon és mellkason zöldes árnyalattal. A hulla hátán, oldalain és a fartájakon, különösen jobb oldalon, a bőrön elég sűrűn láthatók gombostűfej—lencsenagyságú sötét szederjes vérzések. A mi a bőr egyéb — nevezetesen bujakóros — elváltozásait illeti, ismétlések elkerülése czéljából utalunk a klinikai leirásra.

A keményburok kifejezetten sárga színű; belső felülete sima, halvány. A lágyburkok átlátszók, simák, középvértartalmúak. Az agykamarákban rendes mennyiségű, sötétsárga, tiszta savó; az érfonatok halvány szederjesek. Az agy-, agyalapi dúczok, kisagy, nyúltagy, Varolhíd középtömöttek, középvértartalmúak. Az agyalapi vérerek fala vékony, hártyás, átlátszó.

A hashártya sima, fénylő. Mindkét mellüregben 50 gm.-nyi sötétsárga tiszta savó. A tüdők mérsékelten puffadtak, szabadok.

A szivburok zsigeri lemezén különösen a nagyerek tövében számos pontszerű és lencsényi vérzés, néhol a vérzés csikoltságot mutat. A szív rendes nagyságú, izomzata igen petyhüdt, szakadékony, egyenletesen fakószürkés sárga színű, csak a jobb kamara izomgerendáin látszik sárga reczézet. A nagyerek belhártyája sötétsárga, sima; a billentyük épek.

Mindkét tüdő alsó lebenyének mellhártyáján számos köles—lencsényi szederjes vérzés, mely egyes helyeken sűrűbb csoportokban jelentkezik. A tüdőkben tapintáskor borsó—babnagyságú dudorok homályosan érezhetők, a melyek bemetszésre feketésvörös, kissé kiemelkedő vérzéseknek bizonyulnak. Általában legnagyobb számmal vannak az alsó lebenyekben, a többiekben csak igen gyéren láthatók. Egyébként a tüdők vérdúsak és mindenütt légtartalmúak.

A garat, bárzsing, gége, légcső nyálkahártyája, eltekintve az élénk sárga színeződéstől, a mely legerősebben a gégefedőn tünik fel, mindenütt halvány. A mandolák kicsinyek, halványak.

A lép rendes nagyságú, tokja feszes, sima; állománya halvány szederjes, középtömött, kevés vakarékot ad.

A vesék meglehetősen duzzadtak, tokjuk jól leválik. A felületük sima, sajátságos szederjessárgás színű. Állományuk feltünően petyhüdt, a kéreg jóval szélesebb. A vérdús, de a mellett barnászöld árnyalatú metszéslapon a kéregben fakósárga pettyezettség és csikoltság látszik. A lobrok szederjesek. A vesemedenczék és kelyhek bélelőhártyája halvány.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

A gyomor nyálkahártyája halvány, a fundustájon felemésztett. A belek nyálkahártyája mindenütt ép.

A máj feltünően kicsiny, egészen hátra és a rekesz alá van húzódva. Súlya 750 gm. Szélei elvékonyodtak, élesek, néhol szinte áttetszők. A máj felülete mindenütt sima, a jobb lebenyé inkább vörös, a balé narancs- vagy okkersárga szinü. A máj állománya feltünően petyhüdt, mindamellett inkább szivós tapintásúnak érzik. Már a bemetszésker is észrevehető a máj állományának bizonyos szivóssága, mert minden petyhüdtsége mellett is nehezebben metszhető. A metszéslap a jobb lebenyben fakóvörös vagy barnásvörös szinü, itt-ott kicsiny narancssárga foltokkal, a melyek azonban nem emelkednek ki, elmosódott határúak. A bal lebeny felé a máj szine mintegy fokozatosan megy át narancssárga vagy okkersárga szinbe, úgy hogy a bal lebeny már mindenütt ilyen, legfeljebb egyes kicsiny foltokban mutat elmosódott határú sárgásbarna és barnásvörös területeket; szabad szemmel felismerhető, regeneratiora mutató elváltozások, szemcsézettség, élénkebb zöldes festékezettség nem található. Másnapra a máj metszéslapján sajátságos fehér porszerü kivirágzás keletkezett, a mely górcső alatt *tyrosin*-jegeczekből állónak bizonyult. Az epehólyagban fűzöld nyúlós epe van.

Diagnosis. Atrophia flava et rubra hepatis in individuo syphilitico. Degeneratio adiposa gravior renum et myocardii. Haemorrhagiae disseminatae pulmonum. Ecchymoses cutis, pleurae et pericardii. Syphilis papulosa et ulcerosa cutis. Cicatrices punctiformes cutis. Icterus gravis universalis.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti egyetemi I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János.)

A chorionepitheliomáról egy érdekesebb eset kapcsán.[1]

Irta: *Wenczel Tivadar* dr. tanársegéd.

A chorionepithelioma malignum aránylag ritka újképződés; terhességgel kapcsolatosan, rendszerint a pete kiürülése után rövidebb-hosszabb idő mulva, de néha még a terhesség alatt a pete megtapadási helyén a chorionbolyhoknak fedőhámjából, tehát tisztán foetális elemekből fejlődik. Férfiakban és teherben nem volt nőkben találhatók ugyan hámdaganatok, a melyeknek a szöveti szerkezete hasonló a chorionepitheliomáéhoz, de ezek természetesen csak úgy tekinthetők, mint a rákdaganat egy változata. A chorionepithelioma malignum leginkább mola-terhességből keletkezik, és ha nem mola hydatidosával állott összefüggésben, akkor is inkább abortusok nyomán szokott támadni; rendesen kihordott terhesség után a legritkábban találkozunk vele. A legrosszabb természetü álképletek közé tartozik ez a daganat, mely mindvégig foetális jellegü marad és mint ilyen, elpusztítja az anyai szervezetet; igen gyorsan fejlődik, főképen a méh venái útján rendkivül hamar terjed és nagyon korán, rohamosan, úgyszólván szemünk előtt fejlődő metastasisokat okoz. Hasonló gyors lefolyást más malignus álképleteken nem is találunk, még a fiatal test carcinomáján sem. A chorionepithelioma malignum gyakran olyan viharosan folyik le, metastasisai a hüvelyt, a tüdőt, a májat, az agyat stb. olyan hirtelen lepik el, hogy a kiirtás még a betegség legelején sem jöhet szóba. De nem mindegyik terjed ilyen nagyon gyorsan, vannak olyanok is, melyek aránylag lassan fejlődnek, sőt gyógyulást is észleltek, ez azonban kivétel és semmi esetre sem jellege a chorionepitheliomának. Ezek szerint itt még sürgősebb kötelesség, mint a többi rossztermészetü álképletnél, a bajt nagyon korán, fejlődésének egészen a kezdeti szakában felismerni, hogy mihamar operálhassunk, a beteg méhét idejekorán eltávolíthassuk. Csakhogy a pete megtapadási helyén, a méh üregében rejtőző és csendben induló folyamatban néha még hetek vagy hónapok multán sem jelentkeznek olyan klinikai tünetek, hogy azok alapján biztosan lehetne felállítani a diagnosist. Ha valahol, akkor tehát itt van igazán nagy fontossága a górcsői vizsgálatnak, a mely a betegség kezdetén egyedüli alap a diagnosis számára. Ezeknek előrebocsátása után eme gonosztermészetü álképletnek érdekes példányát óhajtom leirni. Az eset a következő:

86/1907. sz. *A. M*-né sz. *A. B.* 21 éves földmívesasszony 15 éves korában kapta meg első havi baját, mely rendesen, 4 hetenként 4 napi tartammal jelentkezett. Utolsó menstruatioja szülése előtt 9 hónappal volt. A nő eddig csak ez egyszer volt teherben és e terhességének a végén szült élő, ép gyermeket. Az egész idő alatt egészséges volt, a gyermekágy is szerencsésen folyt le. A szülés után hat héttel azonban rendetlen vérzései kezdődtek, melyek 1—2 heti megszakításokkal állandóan fokozódtak. Fájdalmai nem voltak. A vérzések miatt tartósan kezelték, felvétele előtt egy hónappal curettezték is; ekkor orvosának jelentése szerint nagyon sok törmelékes szövetdarab ürült a méh üregéből. A vérzések azonban mindezek ellenére is tovább tartottak, a miért a szüléstől számított kilencz hónap mulva a klinikára jött a következő genitális állapottal: a vulva halovány, a vagina középtág, a portio vaginalis 1 cm., karcsú, a méhszáj ujjhegynyi harántrés, a méhtest rendes nagyságú, szabadon mozgatható, sem maga, sem környezete nem érzékeny. A méhszájból véres, nyálkás folyás. A felvétel utáni napon a méhet kitakarítottuk és belőle igen sok törmelékes kaparékot hoztunk ki. Ezen kaparék a betegség rossz természetének a gyanúját keltvén bennünk, górcsővel is megvizsgáltuk. A metszetek a chorionepithelioma malignum képét adták. Nagyobb biztosság kedvéért és óvatosságból, hogy a 21 éves asszonyon a diagnosis helyességéről minden kétséget kizáró módon meggyőződjünk, a kürettezést megismételtük és noha az első kaparás után csak kilencz nap telt el, mégis újból feltünő nagy mennyiségü szövettömeg ürült, a mely górcső alatt ugyancsak malignus chorionepithelioma-kaparéknak bizonyult. Genersich tanár metszeteinket felülvizsgálván, diagnosisunkat megerősítette. A méhet tehát előzetes kitakarítás után kiirtottuk. A mütét után a gyógyulás egészen simán folyt le és az asszony gyógyultan hagyta el a klinikát. Állapotáról az orvosa a napokban, tehát a méhexstirpatiotól számított 8 hónap mulva azt jelentette, hogy az asszony nagyon jól érzi magát és a kiújulásnak ez ideig semmiféle nyoma sem található.

Entz dr. kórboncztani tanársegéd szintén megvizsgálta a készítményeket és a következő véleményt adta róluk: „Az első kürettezéskor nyert bőséges kaparékban a véralvadékok közötti apró nyálkahártyaczafatok sejtekben dús alapszövete szabályos szerkezetü, egyrétegü, magas hengerhámmal bélelt mirigymeneteket tartalmaz. Az egyes mirigymeneteket meglehetősen széles kötőszövetsövények választják el; a mirigycsövek belsejében helyenként kevés szemcsés nyálkatömeget találunk. A véralvadékok jó része sok magvú színtelen vértestekkel áthatott szemcsés alvadék. Részben a mirigycsövekkel átjárt rostos szövetben, részint egészen szabadon, sajátos sejttömegeket találunk; ezek hol igen nagy vacuoláktól áthatott sokmagvú protoplasmatömegekből állanak, hol pedig ugyanilyen protoplasmatömegektől körülvett sejtfészkekből. Az utóbbiak nagy sejtekből alkottatnak, melyeknek tekintélyes hólyagos magja finom chromatinhálózatot tartalmaz, mig a protoplasmatömegek magvai egészen sötétre festődnek. Jól látható különbség van e kétféle alakelem protoplasmájának festődése között is; mig a sejtek plasmája alig vagy épen nem festődik, addig a plasmatömegek eosinnal intenzive megfestődnek. E sajátos hólyagos sejtek és a közöttük vagy rajtuk levő plasmatömegek mindenben megegyeznek a chorionbolyhokat borító kettős hámréteg sejtjeivel, a nagy hólyagos sejtek kétségtelenül a Langhans féle sejteknek felelnek meg, a nagy plasmatömegek pedig csakis syncytiális elemek lehetnek, mert sem a sarkomában, sem pedig a gümös képletekben, a hol óriássejtek előfordulnak, ilyen igen nagy, néhol a középerős nagyitású lencse egész látóterét kitöltő óriássejteket nem találunk s a sejtek megegyezése a chorionbolyhok fedősejtrétegével annyira feltünő, hogy csakis placentáris maradványokra vagy chorionsejtburjánzásra gondolhatunk. A chorionbolyhoknak megfelelő kötőszöveti stromával biró s hámmal borított képleteket a készítményben nem találunk. A nagy syncytium- és Langhans sejttömegek, a boholystroma hiánya, a syncytium-tömegeknek a különben ép nyálkahártya szövetébe való behatolása a chorionhám rossztermészetü burjánzásának a jelei. A második alkalommal nyert, ugyancsak bőséges kaparékban is van néhány egészen kicsiny nyálkahártyadarabka; azonkivül még helyenként egy pár sima izomsejtből álló szövetrészletet is találunk, a legnagyobb részét azonban véralvadékok és a már fent emlitett és részletezett kétféle sejttömegek alkotják, az utóbbiakban azonban inkább a syncytiumelemek vannak túlsúlyban. A chorionhámnak e tömeges elszapo-

[1] A gynaekologiai szakosztály november 12.-i ülésén bemutatva.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

rodása és az első kürettezés óta eltelt rövid idő alatt is fejlődött új burjánzás támogatja az első izben kifejezett azon feltevésünket, hogy itt a chorionhámnak rossztermészetü burjánzásával (chorionepithelioma malignum) van dolgunk. A kiirtott méh conserválás után 7·5 cm. hosszú, 3·8 cm. széles, 3·8 cm. vastag. A méh állomá nya meglehetősen szívós, izomfala a fundusban az elülső falon 19 mm., a hátulsó falon ugyancsak 19 mm. A méh üregе elég tág, a nyálkahártya a kürettezésnek megfelelőleg hiányzik, csak az elülső felülе ten a fundus táján van egy fillérnyi puha, vöröses, sarjadzó részlet. Az elülső fal közepe táján a méhszájtól 4·5 cm.-nyire, a fundustól 2 cm.-nyire egy kendermagnyi, vöröses, málékony csomócska s ez előtt egy borsónyi, puha, vörös csomó fekszik a méh izomfalában. A középvonaltól balra mintegy 3 mm.-nyire tett második bemetszésre még egy kendermagnyi hasonló csomócskát találunk. Mindezek egészen puha, málékony, taplószerü vörös szövetből állanak. A borsónyi csomó helyén a méh falából készített górcsöi metszeteken a makroskopi elváltozásnak megfelelően a méh normális, sima izomszövetből álló falában a borsónyi körülirt góczot látjuk, a mely legnagyobbrészt véralvadékokból áll, köröskörül mellette a kötőszövet sejtesen beszürődött; a véralvadék legnagyobb részét fonalas rostonya s itt-ott vörösvértestek alkotják, de a szélei felé s a belsejében is néhány protoplasmatömeg fekszik rendetlenül elszórt, igen intenziven festődő magvakkal. Ezen syncytiumnak megfelelő sejttömegeken kivül Langhans féle chorionhámot a daganatban nem találunk. A felületen a nyálkahártya helyett csak vékonyfalú erecskéktől áthatott egészen fiatal sarjadzásos szövet van; daganatsejtek ezen részletben nincsenek, nyilván azért, mert az ismételt kaparás alkalmával az egész daganat eltávolíttatott. A méh izomfalában ülő tumorgöbök azonban kétségtelenné teszik, hogy a kaparék górcsöi képéből felállított diagnosis (chorionepithelioma malignum) helyes volt".

Esetünkben nem molaterhesség, nem is abortus, de rendesen lefolyt és kihordott terhességet követő normális szülés után kilencz hónap mulva találkoztunk egy 21 éves nőben a kezdeti szakban levő rossztermészetü álképlettel. Ez a chorionepithelioma malignumban egészen szokatlan dolog. Ebből az anamnesisből és a klinikai képből sem merítettünk gyanút rossztermészetü daganatra. A közönséges endometritis kórképét utánzó rendetlen vérzések miatt végezett kürettezéskor nyert nagymennyiségü gyanús, törmelékes kaparék górcsöi vizsgálata adta csak meg a biztos diagnosist, a melynek helyességét azután a kiirtott méh praeparatumán talált úgy makroskopi, mint mikroskopi kóros elváltozások igazolták. Bár mai nap az uralkodó irány az, hogy a rossztermészetü méhdaganatokat inkább abdominális módon operáljuk, mi mégis a vaginális utat választottuk. Ha ugyanis a chorionepithelioma malignum már általános, akkor a betegség származékai nem úgy, mint például az uteruscarcinománál, a méh környékén, de mindjárt a tüdőben, májban, agyban és az egész testben mindenfelé elszórtan találhatók. A már nem lokális, hanem távoli metastasisokkal szövődött betegségen a leggyökeresebb abdominális operatioval sem segíthetünk, a lokális folyamatnál pedig miért tegyük ki a beteget annak a nagy beavatkozásnak, ha a méhet a sokkal kiméletesebb és kevésbé veszélyes vaginális műtéttel is eltávolíthatjuk. A betegség míg lokális, csak az endometriumban székel s leginkább megfelel egy metastasisok nélkül való corpuscarcinomának. Esetünkben úgy látszik elég jókor végeztük a műtétet, mert a beteg eddig, tehát nyolcz hónap óta recidivamentes.

A leirt daganat nemcsak azért tartozik a ritka méhdaganatok közé, mert a malignus chorionepitheliomák már magukban véve is gyéren fordulnak elő, de főképen azért, mert nem úgy, mint a a hogy megszoktuk, molaterhesség vagy abortus nyomán, de rendesen kihordott terhesség után találkoztunk vele. Ritkaságszámba megy az is, hogya fiatal, 21 éves asszonyban huzamosan maradt lokális a betegség és a rendetlen makacs vérzések mellett is, melyek kezelésre és többszörös kaparásra sem szüntek, a szülést követő kilencz hónap mulva még mindig csak a méhre korlátozva találtuk a rossztermészetü folyamatot. Gondolkodva ezen eseményen, talán megközelíti a valóságot azon combinatio, hogy a chorionepithelioma keletkezésére és fejlődésére az okot nemcsak a petében, hanem az anyában is keressük. Ha úgy okoskodunk, hogy a chorionboholy-hámelemek, ezen energikus, magukat a szomszédos anyai szövetekbe belemarni tudó, foetális eredetü sejtek, ellenálló, jól védekező, fiatal testben nem tudnak kárt tenni, lokalizálva tartatnak és idővel tönkre is mehetnek, az ellenállásukban meggyengült, védekezésre nem alkalmas, idősebb, alkalmasint nem is egészséges szervezetben azonban túlságos burjánzásnak indulhatnak (pl. a mola hydatidosa), sőt bizonyos körülmények között a betegesen annyira lábrakapnak, hogy a nőt elpusztítják (chorionepithelioma malignum), akkor a mi esetünkben is talán a 21 éves, aránylag erős test ellenállásának köszönhetjük azt, hogy a benne fejlődött rossztermészetü álképlet elemei annyi ideig féken tartattak. Ez a magyarázat látszólag ellentmond ugyan a köztapasztalásnak, mely szerint a fiatal testben mint alkalmatlan talajban a rossztermészetü daganatok gyorsabban fejlődnek, de mi úgy gondoljuk, hogy az a fiatal test, a melyben a rossz daganat magának nemcsak hogy fészket ver, hanem mindjárt burjánzásnak indul, már csökkent az ellenállásban és így védekezni nem tud. Mint a hogy más invasióval, pl. a tuberculosissal szemben is így viselkedik az ilyen szervezet.

Áttekintve a közölteket, esetünkből a következő tanulságokat gyüjtöttük: 1. a rövid időközökben megismételt kaparás alkalmával ürült nagymennyiségü törmelékes anyag helyesen figyelmeztetett a fiatal nő normális terhességét követő vérzések mellett fennálló betegségnek rorsztermészetü voltára; 2. a malignus chorionepitheliomát a górcsöi vizsgálat segítségével a kezdődő lokális stadiumban fel tudtuk ismerni; 3. a gyökeres műtéttel sikerült a beteget meggyógyítani, a ki ezideig, tehát nyolcz hónap óta recidivamentes.

Ritkább esetek a gyermekorvoslás köréből.

Irta: *Erdély Jenő* dr. (Győr.)

Az orvostudományok mai fejlettsége mellett mindinkább elkülönülnek az egyes szakmák, sőt mindegyik szakmában két főirányt különböztethetünk meg: az elméletit és gyakorlatit. Az előbbeninek kohóit természetszerüen a laboratoriumok alkotják, az utóbbi a betegágyon keresi a czéljaira alkalmas eseteket. A laboratoriumokkal összekötött klinikák, kórházak képezik közöttük az összekötő kapcsot és bizonyára nekik van a legtöbb joguk, hogy első helyet biztosítsanak, követeljenek maguknak. A gyakorlat bebizonyította azonban, hogy nem csekély fontosságú a magángyakorlatban előforduló, megfelelő esetek közlése is. Itt azonban olyan befejezett, minden oldalról megtámogatott kórisméket ritkán van alkalmunk felállítani. A behatóbb vizsgálati módszerek (vérvétel, próbaszúrcsapolás stb.) alkalmazásának sokszor ellene szegül a beteg vagy környezete. A költséges vizsgáló eszközöket sem szerezheti meg a gyakorló orvos. A boncolásról pedig, melynek oly végtelen nagy a jelentősége, úgyszólván teljesen le kell mondania. Nagyjelentőségü azonban a ritkábban előforduló és érdekes lefolyású esetek közlése egyrészt az orvosi statistika szempontjából, másrészt azért, mert a kartársak figyelme ezáltal jobban felhivatik. Nagy része az orvosoknak azt hiszi, hogy a ritkább esetek csak a klinikákon, kórházakban fordulnak elő, illetőleg ismerhetők fel. Pedig az itt kezelt betegek kevés kivétellel a magángyakorlat köréből utaltattak be. Hogy a figyelemnek ezen felhivása mily nagy jelentőségü, csak a féregnyúlványlob példájára hivatkozom, melynek kórjelzése azelőtt ritkaságszámba ment, ma pedig alig van nagyobb gyakorlattal biró orvos, ki egész sereg ilyen esettel ne rendelkeznék.

Még egyet kell megjegyeznem. A fővárosban lakó orvosnak rendelkezésre állanak az egyetem, a klinikák, orvosegyletek stb. gazdag könyvtárai. Ő tehát, föleg ha több nyelvet tud, kellő szorgalommal az egyes esetek irodalmát is feldolgozhatja, ismertetheti. A vidéken lakó azonban egyedül kézikönyeire van utalva; nem végezhet tehát oly nagyértékü munkát.

Ez alkalommal bátorkodom az érdeklődők figyelmét a következő esetekre felhivni:

F. M. 10 napos leány. Ötödik gyermek. Testvérei élnek, egészségesek. Időre született, de gyengén fejlett. Körülbelül egy hete veszik észre, hogy a bal szemrésből geny szivárog. A jobb szem teljesen ép. A baloldali szemrésből zöldessárga geny ürül. Az ugyanazon oldali belső szemzug alatt kissé lobos bőr fedte, nem éles határú daganat van, melyet megnyomva, bővebben ürül a geny a szemrésből. A daganat a

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

nyomás után egészen eltünt. A szemhéji és tekei kötőhártya teljesen ép, a szarúhártya szintén. Mindkét emlőmirigy diónyi, hullámzást mutat. A köldökcsonkon félbabnyi túlsarjadzás. Bujakórra, gonorrhoeára sem előzmény, sem tünet nincs.

Kétségtelen, hogy jelen esetben nem a gonococcus előidézte genyedéssel állunk szemben *Könytömlögenyedés hozta létre a kórképet, melynek oka Rochon-Duvigneaud magyarázata szerint az, hogy ama vékony nyálkahártyaválaszfal, mely a magzatkorban a könytömlő-orrjárat alsó végét elzárja, a méhenkivüli életben rövidebb-hosszabb ideig megmarad.* A könymirigy váladéka pang a könytömlőben, igen könnyen belejutnak genykeltő bakteriumok, a képződött genyes váladéknak pedig más útja nem lévén, a könypontokon át ürül ki.

A kezelés oda irányult, hogy a sipolyképződést meggátoljam, míg az előbb leirt választófal önként áttörik. Naponta többször kinyomtam a könytömlőt, a szemrésbe pedig 10%-os protargololdatot cseppentettem egyszer napjában. Már 4—5 nap mulva csökkent a genyedés, két héttel a kezelés megkezdése után pedig teljesen megszünt.

Az emlőkre védőkötést helyeztettem a daganatok teljes visszafejlődéséig, míg a köldökcsonkon levő túlsarjadzás lapispálczikával eszközölt rendszeres edzésre 10 nap alatt egészen eltünt.

A beteg gyógyulása után olvastam *Fejér Gyula* előadását „az újszülöttek világrahozott könytömlögenyedésének kór- és gyógytanáról". Az előadó szerint a gyógyítás két eszköze: a massage és a szonda. Szerinte az előbbit meg lehet kisérelni, de ha nehány nap alatt eredményre nem vezet, felhasítja az alsó könyvezetéket és szondáz. Nyolcz év alatt 11 esetet észlelt. Összes eseteiben az utóbbi eljárást követte Esetemben ezek egyikére sem volt szükség, a naponta két izben végzett kinyomása a genynek teljes gyógyulásra vezetett.

K. J. 7 hónapos fiú. Hetedik gyermek, 5 él, egészséges. Farfekvésben született. Akkor állitólag teljesen ép, jól fejlett gyermek volt, de feltünt a szülőknek, hogy 7 napos koráig székletét nem távozott tőle. Ekkor is csak beöntés útján sikerült bő székürülést előidézni. Kezdettől fogva anyatejen táplaltatott, még pedig 5 hónapos koráig kizárólag; azóta kétszer naponta tehéntejet is kapott, sőt mint a későbbiekből kitetszik, a szülők tudta nélkül egyebet is adtak neki. Önként a gyermeknek széklete sohasem volt ezen idő óta sem. Csak beöntés idéz elő ürülést; ilyen alkalmakkor egy liter vizet könnyen lehet betölteni. A beöntés előidézte székletek igen különbözők szinre, szagra, mennyiségre egyaránt. Néha igen kevés, száraz, máskor bő, nagyon büzös. Néhányszor gummicsövet toltak fel magasra a végbélen át, mely művelet mindig ürüléssel járt. Ily esetekben sok gáz is távozott. A feltünően értelmes anya állitása szerint gázok is csak úgy tudnak kijutni, ha kis csövet dug 2—3 cm.-nyire a végbélnyilásba. Kiürítése után az előbb puffadt has láthatóan besüpped. A puffadás legnagyobb mértékben a has bal oldalán mutatkozik. Nagyon sokszor megesett, hogy a beöntést sem követte ürülés, sőt a folyadék sem jött vissza. Az anyának is feltünt, hogy ilyenkor a gyermek sokkal többet vizel. Calomel adagolása kólikaszerű fájdalmat idézett elő, egyébként hatástalan maradt. Egy izben az anya tudta nélkül a gyermek mákos metéltet kapott, melynek meg nem emésztett részleteit két hét mulva találták meg a székletében. Három hét óta veszik észre, hogy a hasban daganat ül, mely helyét könnyen változtatja.

Első izben láttam a beteget 1907 április 7.-én. A vizsgálatkor talált állapot: A korához képest elég jól fejlett, mérsékelten táplált csecsemő csontrendszere középfokú angolkór tüneteit mutatja: kissé előálló homlokdudorok, foga még nincs, a mellkas oldalt kissé összenyomott, a bordaporczok és a csöves csontok végein duzzanatok. A nyálkahártyák halványak, az orr-, fülnyilások szabadok, tiszták, a bőralatti kötőszövet közepes zsirtartalmú, az izomzat petyhüdt tapintatú. A tüdők felett mérsékelt, durva hurut; a szív rendes. A has a vizsgálat alkalmával lapos, elterülő, körfogata 47 cm.; a hasizmok lazák. A hasban változó nagyságú, olaszdiónyi—gyermekökölnyi, izomtapintatú daganatot lehet érezni, mely helyét és nagyságát a vizsgálat ideje alatt is gyakran változtatja: néha a köldöktájon, máskor a bal rásztájon, hol meg a bal csipőtányérban érezzük. Ha a daganatot megnyomjuk, sir a beteg, de hevesebb fájdalom jeleit nem mutatja. Midőn ilyen alkalommal a gyermek hasát megfeszíti, a jól érezhető egyenes hasizmok között körülbelül haránt ujjnyi hézag marad. A köldök rendben. A has felett különben mindenütt dobos a kopogtatás hangja (a gyermeknek előtte való napon volt bő széklete). A végbél záróizma kissé petyhüdt, a mutatóujj elég könnyen bevezethető. Mintegy 3 cm.-nyire a végbélnyilástól a végbél bal oldalán haránt redő nyúlik az üreg felé, mely a körfogatnak mintegy felére terjed ki. A tovább haladó ujj a rendkivül tág S idomú bélbe jut, melynek alsó fala körülbelül derékszögben áll a végbélhez. A külső kéz segitségével sikerült a daganatot elérnem, mely mindenütt sima, egyenletes, csak alsó pontján éreztem homályosan köldökszerű bemélyedést. Hozzá kell tennem, hogy a gyermek kezelőorvosa előtte való napon szintén kereste a daganatot, de nem tudta elérni. A közérzet egyébiránt jó, láz nincs.

A beteg diaetájának kellő rendezését ajánlottam; első sorban kizárólagos szoptatást egyelőre. A beöntések folytatását elrendeltem.

Április 10. A végbélen át tallérnyi, teljesen ép ruhadarab és két körülbelül 5 cm. hosszú rojtja egy asztalterítőnek távozott. A daganat kisebb. Az angolkór ellen diaetás gyógyeljárás bevezetése.

Április 12. Papirrészletek távoztak a székletéttel, melyeken még a nyomtatás is meglátszott, azaz egészen épek, emésztetlenek voltak. Anyja az orvosok tudta nélkül naponta két izben nyolcz csepp ricinusolajat adott a beöntésen kivül. Ily módon napok óta kielégitő székletét van, melyben még mindig mákszemcsék lelhetők fel.

Április 16. A daganat eltünt. A gyermeknek a fenti módszerrel naponta van széklete. A közérzet jó, szépen fejlődik.

Április 22. A ricinust egy izben kihagyták. A székletét e napon elmaradt.

Május 9. A gyermek súlyban szépen gyarapodik. Többnyire naponta van széklete a fenti eljárással, e nélkül napokra elmarad.

Junius 10. Az állapot változatlan. Jelentékeny súlyszaporulat.

Julius 10. Egy hete állitólag hasmenésszerű székletek, de szintén csak beöntésre. Ismét lázas volt. Az utolsó hónapban mindössze 65 gm.-ot fejlödött. Jelenleg újból nincs széklete, noha beöntést kap.

Már kezdetben említettem, hogy a gyermek székletében gyakran találtak megemésztetlen, tápszert nem alkotó tárgyakat (ruhadarab, papiros stb.). Ezen különös szokása azóta is megvan: ha nem vigyáznak rá, kavicsot, homokot vesz a szájába, sőt többször le is nyeli.

A leirt jelenségek után véleményem szerint alig marad fenn kétség az iránt, hogy a jelen esetben *a vastagbél veleszületett tágulatával és izomrétegének túltengésével állunk szemben,* melyet először *Hirschsprung* irt le és mutatott be készitmények alapján az 1886-ban Berlinben tartott orvostermészettudományi gyülésen. Míg azonban *Hirschsprung* a tágulatot veleszületettnek tartja, addig *Marfan* arra figyelmeztet, hogy nemcsak a tágulat, hanem az S-idomú bélnek a lehágó vastagbélhez és a végbélhez viszonyított helyzete is akadálya lehet a bélsár tovahaladásának; ezen functionális szükület következménye a tágulat és izomtúltengés. *Göppert* esetében megvolt az S idomú bél és végbél között ezen tengelytörés, melyet, ha ujjal vagy csővel kiegyenesitettek, rögtön nagy mennyiségü bélsár és gáz távozott. Betege hónapok mulva csakugyan meggyógyult az által, hogy csövet vezetett a végbélen át a szükületen túl és ezt állandóan bentartotta. Esetünkben is hasonló körülményekkel találkozunk, mint a leirt tünetekből kiviláglik. Az állandó cső alkalmazását a szülőknek javaslatba hoztam, de nem egyeztek bele. A megfigyelés kezdetén érzett daganatot kétségkivül a bélfal részleges összehúzódása tételezte fel. Talán a később kiürült megemésztetlen anyagok izgatták a bél falát. Mindenesetre érdekes, hogy a szerzők egyhangú véleménye ellenére adott ricinusolajnak kétségkivül jótékony hatása volt a székürülésre. A beteget egyébként alkalmam van továbbra is megfigyelni.

W. K. 12 éves fiú. Hat éves korában diphtheriát állott ki, mely a gégére is leterjedt. Intubatio történt e miatt, mely idő óta hangja rekedtes. Egyébiránt jelen bajáig egészséges volt. Szeszes italokkal nem él. Egy év óta veszik észre, hogy hasa növekedni kezd. Mult év novemberében laparotomiát ajánlott a kezelő orvos, de az anya nem egyezett bele. Úgy az előbbi, mint a mostani orvos gümös hashártyalobot állapitott meg, melynek megfelelően a kezelés különböző szerek (thiocol, creosot stb.) adagolásában és zöld szappan bedörzsölésében merült ki. A folyadékgyülem mind nagyobb méreteket öltvén, a légzést is nagyon akadályozza, miért is az orvosa a szúrcsapolás által történő kibocsátását elkerülhetetlennek tartotta. Az anya kivánságára engem consultált, mikor is a következő jelenállapotot találtam:

A korához képest elég magas, erősen lesoványodott fiúgyermek csontrendszere ép, az izületek szabadok. A bőr szine halvány, kissé szederjes, a zsirpárna igen megfogyott. A fej alkotása rendes. Az ajkak, a látható nyálkahártyák szederjes szinűek. A nyaki gyüjtőerek erősen duzzadtak; verőeres lüktetés nem érezhető. Az áll alatt mogyorónyi—kis diónyi, fájdalmatlan, kemény mirigyduzzanatok, melyek egymással és a bőrrel nem nőttek össze. A mellkas lefelé szélesedő, jobboldala erősebben kitöltöttnek látszik. A szivhatárok kissé felfelé és bal felé vannak tolva. A szivhangok tompák, de tiszták. A szivcsúcson systolés behúzódást nem észlelni. Baloldalt alul-hátul a X., jobboldalt a VI. hátcsigolyáig terjed a teljes éles, nem dobos kopogtatási hang, mig ugyanezen az oldalon a hónaljban körülbelül a III., elül az V. bordáig. Kissé érdes, sejtes mindenütt a légzés, csak a tompulatnak megfelelő helyen gyengült. A has igen nagy terjedelmű: a köldöktájon 92 cm. körfogatú. Mindenütt tompa a kopogtatási hang, peczkeléskor a szabad vizgyülem falhoz ütődését érezni. A nagyon feszes hasfalon át tapintani nem sikerül. A nemi szervek bőre duzzadt, tésztatapintatú, az alsó végtagoké nem.

A mellkas jobb oldalában levő tompulatot úgy értelmeztem, hogy a megnagyobbodott és feltolt máj adja. E felvételt igazolta a hasi vizgyülemnek kibocsátása, mely a nagy légszomj csökkentése végett

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

eszközöltetett. Ez alkalommal mintegy 8½ liter folyadék bocsáttatott ki, melynek átlátszó, szalmasárga színe volt, mintegy 2½% fehérjetartalommal. A máj alsó szélét most körülbelül 5 ujjnyival a bordaiv alatt éreztük. Ugyanekkor a leirtam tompulat jórészt eltünt. A máj felszine sima; úgy a jobb, mint a baloldali rész részarányosan megnagyobbodott.

Mindezen tünetek alapján felállíthatónak véltem a *Pick-féle synechia pericardii* kórjelzését. Ennek főtünetei tud valevően a szederjesség, az elszigetelt hasvízkór, a túltengett máj, míg a szívlelet többnyire teljesen negativ. A folyamat alkalmasint gümőkóros eredetü. A szederjesség a hasüri folyadék kibocsátása után sem enyhült. A beteg átmenetileg jobban érezte magát, de néhány hét mulva a has ismét megtelt s ez idő szerint előbbi terjedelmét elérte. Érdekes, hogy a 93 cm.-nyi haskörfogat ellenére a nemi szervek vizenyős duzzanata nem tért vissza.

A kezelés jórészt a megfigyelésre szorítkozik. Néha creosotalt, máskor theocint szed.

M. L. 2 hónapos leány. A szülőknek feltünt, hogy már születése óta belégzéskor „hörög a melle". A satnyán fejlett, mesterségesen táplált gyermek köztakaróján számos furunculus vagy ezeknek nyomai. A gyermek nyugvása alkalmával is, de főleg siráskor, sajátszerü, a „tyúk kárálásához" hasonló hangot ad belégzéskor. A légszomjnak nyoma sem látszik. A szegycsont markolata felett mintegy forintnyi terjedelemben tompa kopogtatási hangot nyerünk.

A leirtakból következtetve *stridor inspiratorius congenitus*-szal van dolgunk.

G. N. 2 napos leány. Negyedik gyermek. Előtte 2 abortus. Atyján tabes dorsalis kezdeti tünetei. Állítólag időre született. A gyermek feltünően kék volta miatt hivattak. A korához képest elég jól fejlett, az érettség összes jeleit mutató beteg orra, a kéz és láb ujjai, fülei sötétkék színüek; a bőr egyebütt is halvány, szederjes. Az orrgyök kissé belapult, az orrjáratok bedugultak. Egyéb, bujakórra utaló tünet nincs. Légzéskor a segédizmokat is igénybe veszi, ennek ellenére erős gyomortáji behúzódás. A légzés nem hallható. Jobboldalt hátul-alul körülbelül a lapoczkaszögletig terjedően tompult a kopogtatás hangja. A szívtompulat a rendes határok között van, a szivhangok tiszták. A nyelv kissé vastag, erősen a szájpadhoz szoritott. Lenyomásakor a gyermek több izben mélyen, szabadon vesz lélekzetet Utána a szederjesség mondhatni varázsütésre egy-két perez alatt eltünt, úgy hogy az újszülöttön megszokott rózsapiros színnek ad helyet. A gyermek a vizsgálat ideje alatt nem sír, csak ajkait vonogatja. Az izmai petyhüdtek, felemelve majdnem rögtön visszaesnek, mindazonáltal nem hűdöttek. Szopni nem tud. Hőmérsék 38·5 C°.

Minden valószinüség szerint *aspiratio linguae* idézte elő a kórképet, melynek létrejöttét a bujakóros nátha segítette elő. Nem lehetetlen, hogy a leirt tompulat pneumonia albától ered.

TÁRCZA.

II. nemzetközi csecsemővédelmi congressus.

(Bruxelles, 1907 szeptember 12—16.)[1]

A tejkonyhaintézménynyel foglalkozó congressus kerete tágittassék e.

Escherich (Bécs): Az 1905-ben Párisban megtartott I. nemzetközi „gouttes de lait"-congressusból szürödött le azon igazság, hogy eredményes működés csupán azon esetben vihető keresztül, ha a „gouttes de lait" és a „consultation" karöltve működik, vagyis ha oly intézmények lépnek életbe, melyek a csecsemőtáplálás természetes és mesterséges fajával egyaránt foglalkoznak. Az előadó nézete szerint a táplálkáson kivül a gyermekhalandóság csökkentésének szempontjából mindazon tényezők fontossággal vannak, melyek a szegény néposztály anyagi helyzetére befolyással birnak s melyek bizonyos jogkérdéseket is tisztáznak; vagyis *Escherich* a jövőben egy nemzetközi csecsemővédelmi congressust kiván rendeztetni.

Deutsch (Budapest) lehetetlennek tartja, hogy a tejkonyhaintézménynyel, noha nagyon fontos, nemzetközi congressusokat ismételve lehetne foglalkoztatni. Oly congressust tart értékesnek, mely egyaránt foglalkozik a csecsemőkor hygienéjével, physiologiájával, pathologiájával s állami valamint társadalmi védelmével.

Cleary (London): A tejkonyhaintézmény a csecsemővédelmi congressus fontos részletkérdése lehet, de mint önálló congressus tárgya, nézete szerint nem szerepelhet.

[1] *Deutsch Ernő* távollétében előadását a congressus titkára olvasta fel.

Johannessen (Christiania): Norvégia multja s jelene élénken illustrálja, hogy a csecsemőtápláláson kivül a hygiene tudásának általánosítása, továbbá egyes sociálpolitikai momentumok mily nagy befolyással vannak a csecsemőhalandóság csökkentésére. Áldásdús müködést csak oly congressus fog kifejteni, mely a kisdeddel közegészségügyi, orvosi s jogi szempontokból egyaránt fog foglalkozni.

Concetti (Róma): A párisi congressusnak meg volt a jogosultsága, mert akkoriban a tejkonyha horderejének tudata még nem vált közkincsesé, sőt a két rokonintézmény, a „gouttes de lait" és a „consultation" közt oly ellentétek állottak fenn, melyeknek áthidalása szükséges volt s a melyek kiegyenlítése sikerült is. A csecsemővédelem kérdése nagy fontosságú, érdekes részletekben gazdag, melyeknek tudományos alapra helyezett feldolgozása eredménydús munkálkodás perspectiváját nyitja meg.

Saint-Philippe (Bordeaux): Valamint a csecsemővédelem összes kérdéseit felölelő „union internationale", mely a „gouttes de lait"-congressus gyermeke, nagy jövendővel bir, úgy a congressus maga is csak az esetben bir létjogosultsággal, ha programmját a multhoz képest szélesebb alapra helyezi.

Összefoglalás: Az I. nemzetközi „gouttes de lait"-congressus kimerítette a tejkonyhaintézmény kérdését s bebizonyította, hogy a „gouttes de lait" csupán a „consultation des nourrissons"-nal karöltve végezhet áldásdús müködést. A jövőben oly congressusok rendezése válik szükségessé, melyek a csecsemő hygienéjével, physiologiájával, pathologiájával, betegségeinek therapiájával, végre állami és társadalmi védelmével fognak foglalkozni.

Csecsemőhalandóság.

Forster: Angliában és Walesban 1905-ben az első életévben 1000 születésre 128 kisded halt meg. A halálozás maximuma a nyári hónapokra esett. Alacsony hőmérsék s bő esőzések idejében csekély, szárazság s nagy forróság szakában nagy a csecsemők halandósága. Falun kevesebb kisded pusztul el, mint városokban és ipartelepeken. Az első három élethóban, de különösen az első héten óriási a halandóság; az első élethétben 35 fiúra s 46 leányra esik egy haláleset. A törvénytelenek magasabb halandóságot mutatnak mint a törvényesek. Az angol adatok a „Registrar General" ban lesznek közzétéve.

Chalmers (Glasgow): 1870—1872-től 1900—1902-ig a gyermekhalandóság nagysága Skócziában változatlan maradt, különösen az első három élethóra vonatkozik e tény; némi javulás mutatkozott a 3—6. és 6—12. hónap tekintetbevételekor; az említett ténynek nagyrészt a veleszületett gyengeség az okozója; a helyzet javulása csupán intrauterin hygienével volna elérhető.

Singwall-Fordyce (Edinburgh): Skócziában az 1 éven aluliak halálozása az összhalálozásnak 20·9% át teszi.

Fabricius-Bierre: Dániában a 0—1 évesek halandósága az utolsó 40 évben 14·43—15·5% volt a fiukra, 12·00—12·81% a leányokra vonatkozólag.

Lindblem (Stockholm): Svédhonban az utóbbi időben a viszonyok tetemesen javultak.

Johannessen (Christiania): Norvégiában a csecsemők halálozási százaléka az élveszülöttekhez viszonyítva 1904-ben az egész országban 7·5, a vidéken 6·8, a városokban 9·9 volt.

Ulveling (Luxembourg): Luxembourgban 100 élve szülöttre átlag 15·86 hal meg az első életévben.

Jonkers (Groningen): 1000 élve szült közül 1900—1904-ben a németalföldi királyságban az első életévben elhalt 140·4, a mi az előző évekhez képest tetemes javulás.

Feyler (Lausanne): A „Bureau fédéral de statistique" a svájczi gyermekhalálozás pontos képét szolgáltatja. A születések száma csökken, a halálozás javulást mutat. 1904-ben 100 élveszülöttre 44·4 haláleset jutott.

Zelenski (Krakó): Galicziában 1898—1903-ban következők voltak az adatok: Évenkénti születések száma 323,577, az első életévben 68,777 gyermek halt el.

Paulino Romo (Malaga): Spanyolországban 1900-ban 18.248,020 lakóra 627,848 szülés és 536,716 halálozás esett.

Saralia y Pardo (Madrid) nézete szerint 1890 óta a halálozási százalék csökken, a születések száma növekedik, a népes-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

ség száma 1891—1897-ig emelkedett, azután csökkent, majd ismét emelkedett 1901—1902-ben.

Deutsch (Budapest): 1905-ben elhalt a magyar birodalom területén 22,827 fiú és 21,802 1 éves leány, 1—6 napos korban 11,416 fiú és 8299 leány. Az egész birodalom és a székesfőváros gyermekhalálozási viszonyait táblázatokban tünteti fel.

Yoler (Rochester): Az amerikai csecsemőhalálozás átlag 150‰-re tehető.

Moncorvo (Rio de Janeiro): Rio de Janeiroban 1905-ben az általános halálozás 14,663, az 1 éven aluli gyermekek halálozása 6825 volt, az arány tehát 21·6%.

Összefoglalás: A törvényes és nőtejjel táplált csecsemők, kik intelligens s jómodú szülektől származnak, csekélyebb halálozási százalékot mutatnak, mint a törvénytelenek és mestersége-sen tápláltak, kik müveletlen s szegény szüléknek köszönik létüket. Az államok javarészében lassan, de biztosan javul a helyzet.

A gyermekhygiene népszerüsítése és oktatása.

Rosenhaupt (Frankfurt a. M.): A bábák és óvónők kiképzése hiányos; a modern követelményeknek megfelelően berendezett csecsemőkórházakban rendszeresített tanfolyamok némikép javítottak a helyzeten. Az iskolákban, különösen a továbbképző és háztartási tanintézetekben, az általános egészségtan keretében a gyermekhygienéről is megemlékeznek. A napi és szaksajtó, továbbá a gazdag könyvirodalom gondoskodik az ezirányú ismeretek népszerüsítéséről. Anyakönyvi hivatalok, gyámhatóságok, rendelőintézetek beteg csecsemők részére és tejkonyhák egyaránt terjesztenek gyermekhygienével foglalkozó röpiratokat. Az előadó a természetrajzi oktatás keretén belül kivánja az egészségtani ismereteket tanítatni.

Zelenski (Krakó): Számos nőegyesület és a krakói tejkonyha állanak Galiciában a gyermekhygiene népszerüsítésének szolgálatában.

Deutsch (Budapest): A gyermekhygiene oktatása és népszerüsítése Magyarországon szorosan összefügg a Stefánia-gyermekkórház alapításával és össze van forrva *Schopf-Merei* s idősb s ifjabb *Bókay János* személyével. E kórházban nyernek oktatást az orvostanhallgatók, e helyen képezik ki a paediatereket s innen viszik szét az egész országba a kisdedekkel jelentkező anyák a gyermekhygiene ismeretét. A Stefánia-gyermekkórház után keletkezett gyermekkórházak, az állami gyermekmenhelyek, a tejkiosztó intézetek és bábaképezdék valamennyien e tárgy oktatásának központjai. A nőegyesületek országos szövetsége, az Erzsébet-népakadémia, a szabad lyceum, a közegészségügyi egyesület karöltve buzgólkodik az ezirányú ismeretek terjesztésén.

Raimondi (Paris): Francziaország az „école des mères“ hazája. A csekély natalitás s a nagy mortalitás inditotta *Budin* t, *Pinard* t, *Variot*-t, *Rotschild* ot s *Strauss*-t azon küzdelemre, melynek eredményei elvitázhatatlanok.

Aigre (Boulogne sur mer): Az előadó nézete szerint a tejkonyhaintézménynek nagy fontossága van a gyermekhygiene népszerüsítésében, a mennyiben részben a helyszinén, részben otthon az ellenörző közegek által oktathatók az intézet jótéteményében részesülők; másrészt a leányiskolák növendékei tanulmány czéljából látogassák a tejkonyhát.

Hussai-Maréchal (Liège): 1901 óta a földmivelési ministerium megbizatásából a „cours agricole“ keretében tartanak előadásokat a gyermekhygiene köréből.

Daniel (Belgium): Belgiumban már az elemi iskolákban oktatják a gyermekhygiene elemeit, bővebb s alaposabb a tanítás a háztartási iskolákban, külön cursus keretében végzik az ezirányu oktatást a tanítóképzőkben, az egyetemeken nagy szeretettel foglalkoznak e tárgygyal. A polgári házasság megkötése alkalmával ügyesen megszerkesztett röpiratot nyujtanak át az ifjú párnak, mely a gyermekhygiene elemeit tartalmazza. Nagy horderejü a „ligue nationale Belge pour la protection de l'enfance du premier âge“ ezirányú propagandája.

Gilsen (Bruxelles): „L'art maternel“ néven népszerü tanfolyamokat hirdetett 1906 és 1907-ben, melyeken a terhesség, gyermekágy és csecsemőkor hygienéjét adta elő.

Pareut (Aseremme): A röpiratok, szaklapok és kalendáriumok propagativ értékét méltatja.

Feer (Basel): A svájci egyetemeken a gyermekgyógyászat és hygiene kellő méltatásban részesül. A bábák kiképzése hiányos. A magasabb leányiskolákban kellő formában tanítják a gyermek egészségtanát. A baseli „pouponnière“-ben és a zürichi „école de nourrisons“-ban óvónők kiképzésével megfelelő módon foglalkoznak. A „Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege“ felette alkalmas a gyermekhygiene népszerüsítésére.

Camba (Bologna): 1815-ben kezdtek Olaszhonban a gyermekgyógyászattal foglalkozni, jelenleg hat egyetemen tanítják s kötelező vizsgatárgy. 1898 óta egy gyermekgyógyászati társulat folytat szép eredménynyel tudományos és propagatorius munkálkodást. A „Pediatria“ és a „Rivista di clinica pediatrica“ az olasz pediatria hivatalos organuma. A tejkonyha és csecsemőrendelés ez országban is nagyban terjeszti a gyermekhygienét.

Alvarez (Madrid): Spanyolországban a gyermekgyógyászat és az egészségtan egyetemi tanszékein tanítják a gyermekhygienét, megfelelően méltatják a tanítóképezdékben, továbbá a lelenczházakban („inclusas“), a tejkonyhákban, a csecsemők számára berendezett rendelőintézetekben. Az „Unio ibero americana“ 1906 óta *Carcia del Real* vezetése alatt rendez anyák számára gyermekegészségtani szaktanfolyamokat. Hűségesen szolgálják az ügyet az 1886 óta szervezett gyermekgyógyászati congressusok.

Alexandresco (Bucarest): Romániában a leányok számára szervezett középiskolákban behatóan tárgyalják a gyermekek egészségtanát. *Arbore* 1898 óta vasárnapi tanfolyamokat tart falusi dajkáknak, ily irányú ténykedést fejtenek ki a bábák és a közegészség szolgálatában álló hivatalnokok. A „Sprijinul“ nevü nőegyesület ez eszme érdekében hatalmas propagandát foganatosított.

Wernstedt (Stockholm): Svédhonban az orvostanhallgatók a gyermekgyógyászat hallgatására vannak kötelezve, mely szakma különben szigorlat tárgya. A stockholmi felső leányiskolában 9 heti, a „Barnavard“ nevü intézetben 3 havi cursusban oktatják a gyermekhygienét.

Johannessen (Christiania): A gyermekgyógyászatot 1846 óta hallgatják a norvég orvostanhallgatók. A bábatanfolyamon nagy gonddal tárgyalják a gyermekhygienét. A „Hjemmenes Vel“ nevü egyesület gyermekápolónői cursusokat tart.

Ulrik (Kopenhagen): Dániában a bábák által kiosztott röpiratokon kivül alig tesznek valamit a gyermekhygiene népszerüsítése érdekében.

Paget (Northamptonshire): A „County council of Northamptonshire“ egy a gyermekhygiene alapelveit felölelő röpiratot terjeszt szép eredménynyel.

Összefoglalás: A gyermekhygiene elemeinek tanítását a természetrajzoktatás keretében már a népiskolában kell megkisérleni; a közép-, háztartási, különböző női szakiskolákban, továbbá a tanítóképzőkben külön e tárgygyal foglalkozó tanfolyamok rendezendők. Egyetem, bábaiskola, gyermekkórházak, rendelőintézetek csecsemők részére, tejkonyhák és egyes nőegyesületek mind olyan tényezők, melyek az ügy érdekében hatalmas munkát végezhetnek.

A gyermekhalandóság ellen küzdő intézetek.

Würtz (Strassburg): Németországban jelenleg a terhes munkásnők gyámolításával kezdik meg felette hatásosan a gyermekvédelmet. A munkás betegsegélyző pénztárak a szülést követő hat héten át a munkadíj felét fizetik ki, mi által a természetes táplálás érdekében is hatalmas propagandát visznek keresztül. Szegény aszonyokról a szülőintézetek és terhes-otthonok gondoskodnak. Az anyasági biztosítás („Mutterschaftsversicherung“) elve óriás horderejü. A gyárakkal kapcsolatban szervezett bölcsődék és szoptatási jutalmak („Stillprämien“) nagy propagatorius értékkel birnak. A rendelőintézetek csecsemők számára („Säuglingsfürsorgestellen“) a természetes táplálás előmozditása és a mesterséges táplálásnak észszerü keresztülvitele szempontjából felette fontosak. A tejtermelés hivatalos ellenőrzése, az orvosi felügyelet alatt álló tejkonyhák, a népszerü röpiratok, a gyermekápolónők kellő kiképzése és a csecsemőkórházak szervezése mindmegannyi fontos tényező a gyermekhalandóság elleni küzdelemben.

Deutsch (Budapest): A maga nemében egyedülálló, nagy-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

lelkü s geniális conceptiojánál fogva világszerte elismert magyar állami gyermekvédelmet ismerteti. Történelmi visszapillantás után a gyermekvédelem alapelveit, a menhelyek és telepek berendezését s statistikáját adja. Mint az állami gyermekvédelem hatalmas támaszát és kiegészitőjét, az országos gyermekvédő liga tényked̈ését ismerteti, mely ismertetés keretén belül megemlékezik a tejkonyhák, csecsemőrendelőintézetek, gyermekkórházak, bölcsődék stb. stb. munkaprogrammjáról és az elért eredményről.

Zelenski (Krakó): 1905-ben kezdte meg működését Krakóban az első tejkonyha, áldásdús hatása máris észlelhető. Leopolban csecseműotthont szerveztek.

Johannessen (Christiania): Az 1901-ben kiadott norvég törvény a bábák teendőit, az 1892. évi törvény a törvénytelen gyermek apjának kötelességeit, az 1905. évi törvény pedig a dajkaságba adottak s a tápszülők egészségi állapotának hivatalos ellenőrzését állapitja meg.

Wernstedt (Stockholm): Svédhonban következő gyermekvédelmi intézmények ismeretések: „Barnhus“, melyben csecsemők természetes táplálásban részesülnek; „Barnkrubbor“, csekély díjért napközben látja el a szegények gyermekeit; szoptatónők otthona; „Mjölkdroppar“, szám szerint 15 tejkonyha. 1902 óta a dajkaságba adottak hivatalos ellenőrzésben részesülnek.

Roux és *Péhu* (Lyon): Lyon hatósága városi mintaistállót rendezett be. A 25—30 tehén naponta 240—250 liter tejet ád, melyet csecsemővédelemmel foglalkozó intézetek osztanak ki.

Marchandise (Bruxelles): 1889 óta törvény tiltja a gyermekágyas gyári munkásnők dolgoztatását. *Lust* bruxellesi „laiterie maternelle“-jét gyors egymásutánban követte 13 belga város. 1903 óta *Lust* és *Wibo* serkentésére létesült a nagy eredményekkel dicsekvő „Ligue nationale belge pour la protection de l'enfance du premier âge“, melynek jelenleg egy kitünöen szervezett „dispensaire de puériculture“-je van.

Panel (Rouen): Kimutatja, hogy a városi s állami közegész ségügyi közegek sokat tehetnek az anya által táplálás érdekében.

Plantenga (La Haye): 1872-ben keletkezett az első bölcsőde Hollandiában, jelenleg 13 városban van hasonló intézmény. A „Nederlandsche Vereiniging Onderlinge Vrouwenbescherming“ leányanyáknak támogatását tette feladatává. 1901-ben alapittatott az első csecsemőrendeléssel kapcsolatos tejkonyha.

Spolverini (Róma): Olaszországban állami gyermekvédelmi törvény nincs, de Róma városának hatósága a dajkaságba adottak hivatalos ellenőrzése és tejkonyhák szervezése által élénk és hatásos küzdelmet folytat a gyermekhalandóság ellen.

Cacace (Capua): A „L'instituto nipiogienico di Capua alapítója; ezen intézet „gouttes de lait“ (kecsketejet osztogat), „consultation des nourrissons“ és „école des mères“ alosztályokkal bir.

Benavenuti (Spanyolhon): 1788 ból származik az első spanyol gyermekvédelmi törvény. Élénk munkálkodást fejt ki a gyermekvédőegyesület. 8 város dicsekszik tejkonyhával. Madridban jól vezetett iskola van anyák számára.

Contrarida Cratunesco (Románia): 1831-ben kezdett a román kormány az elhagyott gyermekek gondozásával foglalkozni. A „Leaganul“ és „Materna“ nevü intézetek hatalmas csecsemővédelmi működést indítottak és a csecsemők természetes táplálása érdekében eredménydús küzdelmet visznek keresztül; a mesterséges táplálást bivalytejjel végzik.

Caraco (Konstantinápoly): Gyermekvédelmi törvény Törökországban nincs. A „Saint-Vincent de Paul“ és a „Crêche de la Panaghia“ foglalkozik a lelenczek istápolásával. Konstantinápolyban 4 gyermekkórház van berendezve. A „Société internationale pour la protection des enfants“ élénk működést fejt ki.

Magathaes (Bahia): Bahiában, mely Brasilia egy tartománya, gyermekvédő-egyesületet szerveztek, mely egészséges s beteg csecsemők és gyermekek istápolásával foglalkozik.

Összefoglalás: A csecsemő- és gyermekvédelemnek a terhes és gyermekágyasnő istápolásával kell kezdődnie, a következő lépés az anyatejjel eszközölt táplálás érdekében kifejtett küzdelemből áll. Nagy horderejü a női tej helyébe lépő állati tej termelésének s kiosztásának észszerü szervezése. A csecsemőkórházak s otthonok, a rendelőintézetek s tejkonyhák mind hatalmas fegyverek a csecsemőhalandóság ellen. *Deutsch Ernő* dr.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Grätzer: Der Praktiker. Erste Abteilung. Leipzig, G. Thieme. 1907.

A maga nemében egészen új az a munka, a melynek első fele előttünk fekszik. Szerzője abból a feltevésből indult ki, hogy a falusi orvosnak, a ki egészen magára van hagyatva, a kinek nem áll nagyobb könyvtár a rendelkezésére, s ha állana is, nem volna ideje használni sürgős felvilágositást igénylő esetekben, szüksége van olyan munkára, a mely állandóan az iróasztalán van, illetve melyet útjaira magával vihet, s a melyből a gyakorlat terén felmerülő minden kérdésre könnyü szerrel megbizható választ kap. A munka tehát tulajdonképen a mindennapi orvosi gyakorlat lexikonja, a mely betürendes összeállitásban tartalmazza nem csupán az egyes betegségeket s a velük való elbánást, hanem az orvosi gyakorlat mezején felmerülő egyéb kérdéseket is (balesetbiztosítás, bejelentési kötelezettség, elmebajosokra vonatkozó törvényes intézkedések stb.). A megjelent első rész a *K* betü közepéig terjed és 304 sürün nyomott lapot tölt be. A betük kicsinyek ugyan, a mi azonban nem baj, mert az ilyen könyvből nem kell huzamosabban olvasni, másrészt ilyen módon olcsóbbá is volt tehető a munka, a mely bizonyára sok barátra fog szert tenni azok körében, a kiknek a szerzője szánta. Az első rész ára 6 márka.

E. Grawitz: Hämatologie des praktischen Arztes. Leipzig, Verlag von G. Thieme, 1907.

Grawitz tanár nagy klinikai haematologiája épen terjedelme miatt nem való a gyakorló orvosnak. Nagyon helyesen cselekedett tehát a szerzője, a mikor ebből a nagy munkából kiválogatta azokat a részeket, a melyekre a mindennapos orvosi gyakorlatban szükség lehet és ezeket külön könyv alakjában közrebocsátotta. Hangsúlyozzuk azonban, hogy ez a könyv nem kivonata a nagy munkának, hanem a gyakorló orvos szempontjából fontos részek kiválogatása; ezek a válogatott részek azután meglehetős kimerítöen vannak tárgyalva. Az egész munka 211 lapra terjed s több szövegközi ábra mellett 6 kifogástalan szépségü színes táblát is tartalmaz.

Die Tetanie der Erwachsenen. Von Prof. **L. v. Frankl-Hochwart.** Wien u. Leipzig. Alfred Hölder. 1907. Zweite Auflage. 142 lap. Ára 4 k. 40 f.

Frankl-Hochwart, a tetaniakérdés egyik legalaposabb ismerője, könyvét 20 évi búvárkodás eredményeivel 160 pontos kórtörténet alapján második illetve, minthogy régebben monographiát is irt róla, harmadik kiadásban adja közre. Ezúttal kimaradt a gyermektetaniáról szóló rész, mely a Nothnagel-gyüjteménynek egy másik kötetében más szerzőtől talál helyet. F. felosztása a következő: 1. egészségeseken acut vagy recidiváló módon bizonyos helyeken egyes foglalkozások iránt való előszeretettel fejlödő, 2. gyomor- és bélbajokban, 3. heveny fertőző bajokban, 4. mérgezésekben fejlödő, 5. anyasági, 6. golyva- illetve epitheltest-kiirtásból keletkező, 7. egyéb idegbajokkal együttjáró tetania. A pajzsmirigytetaniában legnagyobb valószinüség szerint az epitheltestekben van a hiba. Lehet, hogy más tetaniák is innét indulnak ki, de ez még nem adja meg az okot, a mely a bajt létrehozza. F. azt hiszi, hogy fertözésről van szó. E mellett szól az, hogy e bajnak epidemiás-endemiás jellege van, hogy gyakran lázzal kezdődik és később subnormális hővel jár, hogy hallucinatiós zavarral társul, hogy egy helyen egy család több tagján egyszerre támad, hogy némely évben sok, másban kevés eset van. Ez a feltevés azonban még sok mindent megfejtetlenül hagy, igy pl. bizonyos foglalkozások szerepét és egyebeket.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A gyógyserumok mérgező hatását vizsgálta *Besredka*. Régebben végzett kisérletei szerint az olyan tengerimalacz, a melynek bőre alá $^1/_{100}$—$^1/_{200}$ cm³ lóserumot juttatunk, rendkivül

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

érzékenynyé válik az újabb serum-befecskendezéssel szemben, ha ez 12 nappal később közvetlenül az agyba történik. Az ilyen érzékenynyé tett tengerimalaczokat használta fel a szerző a gyógyserumok mérgező hatásának megállapítására. Azt találta, hogy a különböző eredetü serumok halálos mérgező adaga intracerebrális befecskendezéskor az ilyen sensibilizált tengerimalaczokon $^1/_4$ és $^1/_{128}$ cm^3 között váltakozik. Az egyenlő külső körülmények között élő lovak serumának mérgező hatása nagyjából egyforma. Nagy befolyással van azonban a serum kora, vagyis hogy mennyi idő telt el a serum nyerése óta; a vérvételtől számítva tíz napon át körülbelül egyformán toxikus a serum, azután csökkenni kezd a mérgező hatása, a mely ezen időn túl már csak alig észrevehetően csökken. Vizsgálatai alapján azt ajánlja a szerző, hogy a frankfurti serotherapiás intézet által felállított négy követelményhez (1. a gyógyserum teljesen tiszta legyen, 2. ne tartalmazzon mikrobákat, 3. ne tartalmazzon $^1/_{20}$%-nál több phenolt és 4. ne tartalmazzon szabad toxint, főleg tetanustoxint), ötödik gyanánt hozzácsatolandó volna, hogy sensibilizált tengerimalaczon $^1/_{20}$ cm^3 mennyiségben intracerebrálisan befecskendezve, ne létesítsen súlyos mérgező tüneteket. (Annales de l'Institut Pasteur, 1907. 10. sz.)

A spirochaeta pallida feltüntetésére új módszert ajánl *Mandelbaum*. Előnye ezen módszernek, hogy nagyon egyszerű, a spirochaeta természetes alakját nem változtatja meg és a mozgását sem szünteti meg. Az eljárás lényege az, hogy úgynevezett függőcsepp-készítményt állítunk elő, vagyis a spirochaeta jelenlétére megvizsgálandó anyagból egy keveset a fedőlemez közepére teszünk, kevés Löffler-féle methylenkékkel jól összekeverjük s azután még egy kacsnyi $^1/_{10}$ normálnatronlúgot adva hozzá, a fedőlemezt a szokásos módon a vájulattal biró tárgyüvegen elhelyezzük. A cseppecske szélét immersiós lencsével megvizsgálva, szépen látszik gyengén kékre festve az esetleg jelenlevő spirochaeta pallida. (Münchener med. Woch., 1907. 46. sz.)

Belorvostan.

Az angina pectoris kezeléséről ir *Pavinski*. A baj elején a panaszok az idegrendszer részéről jelentkező zavarokra vonatkoznak; a szívizomzat működésképessége ilyenkor még alig szenvedett károsodást. Ebben a szakban fődolog a beteget megnyugtatni (a szíverek elmeszesedését nem szabad említeni, mert a beteget egész életére megfoszthatja nyugalmától és a gyógyulás reményétől), esetleg bromkészítményeket adunk, a hygiene és diaeta tekintetében utasításokkal látjuk el, a dohányt és az alkoholt eltiltjuk. Ha vérőeres hypertensiót találunk, túlnyomóan tej- és növényi diaeta mellett jodot rendelünk kis adagban. Ha nem lassanként, hanem hirtelen jelentkezik a baj, bromot, morphiumot vagy valami más fájdalomcsillapító szert adunk s nehány napra ágyba fektetjük a beteget Ha az idegrendszer túlságosan izgatott, enyhe vízgyógymódot veszünk igénybe vagy pedig szénsavas fürdőket használtatunk, a melyek az érrendszert is tonizálják; nagyobbfokú hypertensio esetén azonban nem szabad használni ezeket a fürdőket. Az emésztőszervek, a máj és az anyagcsere betegségeiben szenvedőknek megfelelő ásványvízkúrát rendelünk, a mivel elérjük, hogy az erekre károsan ható anyagcseretermékek nem képződnek nagy mennyiségben s a képződők is gyorsabban kiürülnek. (Közbevetőleg megjegyzi a szerző, hogy a fürdőből visszautazó betegek ne látogassanak meg — mint a hogyan sokszor történik — nagyobb városokat, mert az ezzel járó psychés és physikai kifáradás, nemkülönben a rendetlen életmód lerontha tja a kúra kedvező hatását.) A betegségnek második szakában fájdalmak jelentkeznek, még pedig nem csupán gyors menéskor, hanem lassú mozgás mellett, sőt teljes nyugalomban is; némelyik beteg már ebben a szakban is légzésnehézségről kezd panaszkodni s időnként a kezdődő szívgyengeség tüneteivel is találkozunk már. Ilyen körülmények között a több napos ágynyugalom és a digitalis nagyon kedvező hatású; később a strophantusra térhetünk át (naponként 3—4-szer 6—12 csepp tinctura strophanti). Némelyek a stenocardiás rohamok ellen a diuretint ajánlják, mint a mely megszüntetné a koszorúerek görcsét; erről a szerző nem tudott meggyőződést szerezni. A szívműködés hanyatlása és a vérőeres nyomás csökkenése esetén csak nagyon óvatosan szabad használni a jodkészítményeket, főleg ha az általános táplálkozás is már rosszabbodik. Ugyanez mondható a szénsavas fürdőkről is. A stenocardia harmadik szakában már nem annyira az ereknek, mint inkább a szívizomzatnak bajával (myodegeneratio cordis) állunk szemben. Az orvoslás tehát ez ellen irányul a szokásos módon Általában mondható, hogy azokban az esetekben, a melyekben a szívizomelfajulás tüneteit angina pectoris-rohamok előzték meg, a gyógyítás eredménye nagyon kétséges, a prognosis kedvezőtlen.

A mi a roham kezelését illeti: nagyon fontos a nyugodt magatartás. A gyógyszerek közül leghatásosabbak, főleg ha a nyomás fokozott, a nitritek. Az első helyet foglalja el közülük a nitroglycerin, a melyet 1%-os alkoholos oldatban vagy $^1/_2$ milligrammos pastillákban adhatunk. Némelyik betegen jobban hat az amylnitrit (2—3 csepp) belégzése, vagy pedig a natrium nitrosum belső használata (1—2 gramm 180 gramm vízre, naponként 3—4 evőkanálnyit). Néha a chinin is 0·3 grammos adagban megrövidíti a rohamot. Némelyek az antipyrint, phenacetint, salipyrint, pyramidont stb. ajánlják; ezeket a szereket azonban csak nagyon óvatosan szabad használni, főleg a szívgyengeséggel járó esetekben. Ha az említett szerek nem használnak, a morphiumhoz nyúlhatunk (1—$1^1/_2$ centigramm belsőleg vagy bőr alá), a mely teljesen veszélytelen szer, ha jó, rhythmusos az érverés; ha azonban nem bizunk meg a szív működésképességében, előbb coffeint vagy kámfort kell befecskendeznünk, s csak azután a morphiumot. Ha emésztészavar vagy meteorismus váltotta ki a rohamot, klysmával bőséges széket idézünk elő; a drasticumok kerülendők a használatukkal járó nyugtalanság és az e miatt beállható szívgyengeség okából. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 46. sz.)

Katheterezés után beállott anuria halálos esetét ismertette *Bennecke*. 65 éves betege cystitis és zsugorvese diagnosisával tartózkodott a jenai belorvostani klinikán. Uraemiás jelenségei visszafejlődtek, állapotában tetemes javulás volt észlelhető, midőn húgycsőszükület gyanúja miatt megkatheterezték. A pöscsap és a bougiek bevezetése a hólyagzáróizom görcse miatt kissé nehéz volt, s a beteg heves fájdalmakról panaszkodott. Majd bágyadt lett s elesettségének érzete ágybafekvésre késztete, heves rázóhidege támadt, s heves gáttáji, a herezacskóba, az ureter- és vesetájra kisugárzó fájdalmak tették panaszainak tárgyát. Érverése 100-ra emelkedett, kissé feszes, vérnyomása körülbelül 140 volt. Pupillái szükek voltak, látszólag nem reagáltak, az ajkak és végtagok szederjesek lettek. Hőmérséke 35·8—36·0°-ról 38·4°-ra szökött fel. Az esti órákban igen nyugtalan volt, delirált. Nagymennyiségü folyadékot mohón ivott meg. 2 cgm. morphin adagolása után, a mit előzőleg eredménytelenül kapott volt, megnyugodott, e nyugalmat coma váltotta fel. Reggeltől délutánig tartó eszméletlenség után beállott a halál. Görcsöt egyáltalában nem észleltek rajta. A katheterezéstől a halál bekövetkezéséig eltelt idő alatt vizeletet nem választott ki, s az ezt czélzó gyógyszerek és érvágás hatástalannak bizonyultak. A boncolás nagyfokú kétoldali zsugorvesét, a hólyagnak üres s az alsó húgyutaknak sértetlen voltát derité ki. A szerző véleménye szerint az anuriát alkalmasint a húgycső egy bizonyos részének, talán a hólyag záróizmának erőművi izgalma idézte elő reflectoriusan. (München. med. Wochenschr., 1907. 42. sz.) *Ország Oszkár* dr.

Sebészet.

A Basedow-kór sebészi kezeléséről tartott előadást *Schmieden*. Möbius szerint a Basedow-kórban előforduló struma nem a betegség következménye, hanem az okozója. A túltengett pajzsmirigynek a normálisnál nagyobb mennyiségü s esetleg minőségében is megváltozott váladéka elárasztja a szervezetet s a Basedow-kórban észlelhető tüneteket idézi elő. Ezen elméletet támogatja először a Basedow-struma parenchymás, érdús jellege, a melylyel szemben a közönséges golyva rendesen colloidos vagy cystás elfajulást mutat; másodszor, hogy thyreoideakészítményekkel Basedow-kór esetén — a mikor fokozott az elválasztás — nem érünk el eredményt, ellentétben a közönséges strumával, a mikor csökkent az elválasztás; harmadszor a sebészi kezelés eredménye, a mennyiben a túltengett részek kiirtása után tartós javulás, sőt gyógyulás állhat be. Ezen elmélet szerint a Basedow-kórt kétféleképen gyógyíthatjuk: vagy tönkreteszszük a nagyobb mennyiségben ter-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

melt, a szervezetet mérgező anyagokat (antithyreoidin), vagy kisebbítjük az elválasztó parenchyma tömegét. A jelen viszonyok között csak a második módszer, a sebészeti kezelés vezet eredményre. Basedow-kór esetén struma-műtétet először Rehn végzett. A műtét technikáját s indicatioit különösen Kocher dolgozta ki, a ki az eset természetének megfelelően kisebb vagy nagyobb részek kimetszését, az odavezető erek lekötését, a sympathicus resectioját ajánlja. Az esetek legnagyobb részében eredményre vezet a leginkább megbetegedett pajzsmirigyfél kiirtása az isthmusig, a melyhez súlyosabb esetekben a másik oldal ereinek lekötése társulhat. Az által, hogy az általános narcosis helyett a helybeli érzéstelenítést honosította meg Kocher, nagyban alászállott a műtéti halandóság. A vérzést elkerülhetjük az erek előzetes tervszerű lekötésével. A hátulsó golyvatok megtartása (Mayo módszere) megóv a nervus recurrens s a gl. parathyreoideae megsértésétől. A mi az indicatiót illeti, nem helyeselhető az a nézet, a mely eredménytelen belorvostani kezelés után ultima rationak tekinti az operatiót, mert a betegség előrehaladása folytán egyéb általános (fáradtság, álmatlanság, hányás, hasmenés, hajhullás, izzadás, vérzékenység, lesoványodás) és ideges tünetek (kezek remegése, ájulás, szédülés, fejfájás, melancholia, görcsök) s szembeli elváltozásokon kivül (nystagmus, a látóélesség csökkenése, szemzárási zavar, kötőhártyamegbetegedések) igen gyakran támad a súlyos intoxicatio jele gyanánt a tachycardia mellett a kihagyó pulsusban nyilvánuló arhythmia, melyet nehézlégzés s cyanosis kisér. Ezen az állapoton már nem segíthetünk a műtéttel, a miből az a tanulság, hogy operáljunk minél előbb, ha a rövid ideig folytatott belorvostani kezelés eredménytelen maradt. Ha nagyfokú izgalmi állapotban van a beteg, ne operáljunk, hanem nyugtassuk meg előbb valami módon. A mi a műtét eredményét illeti, néhány esetben közvetlenül a műtét után javulás áll be, míg legtöbbször néhány napig tartó izgalmi állapotot, az intoxicatiós tünetek fokozódását észleljük, a melyet azután állandó javulás s legtöbb esetben teljes gyógyulás követ. Igaz, hogy gyakran hónapokig, évekig tart, míg elmulnak az utolsó tünetek. A mi a halandóságot illeti, Kocher utolsó 52 operált betege közül 1 halt meg. Mások nem tudnak ilyen jó eredményt felmutatni; általában 55—75% teljes gyógyulásról, 20% javulásról, 5—10% balsikerről, 5—12% halandóságról számolnak be a statistikák. Recidiva előfordul; ilyenkor ismét nagyobbnak találjuk a pajzsmirigyet s a műtét után ismét gyógyulás vagy javulás áll be, a mi szintén a Möbius-féle thyreogenelmélet mellett szól. (Therapie der Gegenwart, 1907. 9. füzet)

A Matas-féle endoaneurysmorhaphiáról ir *J. H. Gibbon.* Háromféle ilyen műtét van: *obliterativ*, midőn az arteriális nyilást elzárjuk s a tömlő lumenét megszüntetjük; *restaurativ*, midőn a tömlő lumenét eltüntetjük a belévezető ér integritásának sérelme nélkül; és *reconstructiv*, midőn (fusiformis aneurysmák esetében) az aneurysmákból új eret alkotunk. Recidivát csak az utóbbi műtét után észleltek (5 esetből 2), míg 22 obliterativ és 7 restaurativ esetben recidiva sohasem jött létre. Ezen 34 esethez még 4 újabbat füz a szerző az irodalomból és egyet saját észleléséből. Ez utóbbi eset egy popliteális aneurysmára vonatkozik. A végtag táplálkozása a műtét után nem szenvedett zavart, sőt a tibialis antica pulsusa, mely a műtét előtt nem volt érezhető, helyreállt, de a beteg 2 hóval a műtét után vese- és szívbajban elhalt. Recidiva nem jelentkezett. (Annals of surgery, 177. f.) *Pólya.*

A közvetlen vérátömlesztés technikáját irja le *Crile* 235 állatkisérlet és 32 klinikai eset kapcsán. Legczélszerübbnek bizonyult a vért adó egyén verőerének (radialis) centrális csonkjából a recipiens valamely felületes gyüjtőerének (karvena) centrális csonkjába ömleszteni át a vért; a vér átömlesztésének tartamára az ércsonkot egyesíteni kell akár varrattal, akár — a mi e czélra alkalmasabbnak látszik — a Payr-féle prothesis segítségével, melyet a szerző könnyebb kezelhetés czéljából nyéllel látott el. Ez a prothesis kis gyürü, melyen áthúzza a venát s felette kifordítja, úgy, hogy intimája kifelé nézzen, azután reáhúzza az arteriát s az ereket e helyzetben a prothesisen levő bevágás felett fonallal rögzíti, a vért igy tetszésszerinti mennyiségben s alvadékképződés nélkül lehet átömleszteni. (Annals of surgery, 1907. szeptember.) *Pólya.*

A heveny tüdőtályogokról ir *B. T. Tilton.* Néhány newyorki nagy kórházból 20 operált esetet állított össze; ebből 17 férfi, 3 nő. Az aetiologia 15 esetben pneumonia. A mortalitás 50%. Az egyszerü tályogok, melyek nem voltak gangraenásak és nem állottak fenn tovább 8 hétnél, egy kivételével mind meggyógyultak, míg a régi, elhúzódó esetek, a gangraena és multiplex tályog igen rossz prognosist nyujtanak. (Annals of surgery, 177. f.) *Pólya.*

A cystás jellegü hypernephromákról ir *R. Weil* egy esete kapcsán, melyhez az irodalomból még 6-ot csatol. A vese egyetlen cystás tömeggé alakult, melyben csak a közelebbi vizsgálat tudta a daganatelemeket kimutatni. Ezen cysták közelebbi természetét, különösen ha vérvizelés nem jelentkezik, igen nehéz helyesen felismerni. (Annals of surgery, 177. f.) *Pólya.*

Orthopaedia.

A gerincz úgynevezett concavoldali torsiojáról értekezik *W. Schulthess* (Zürich). A gerincz torsiojának a skoliosisos gerincz sagittális tengelye körüli oldalirányú elcsavarodását nevezzük. Az ívben oldalra hajlott gerinczen a csavarodás rendesen az ív convex oldala felé történik, bizonyos esetekben azonban a concav oldal felé. Ez az úgynevezett concavoldali torsio Schulthess baloldali totális skoliosisok klinikai vizsgálatakor már régebben elég gyakran észlelte a skoliosisos törzsön a görbület homorú oldalán a torsio jeleit. Lovett kipraeparált gerinczen és élő modellen végzett normális gerincz-mechanikai tanulmányaiban megállapította a gerincz elcsavarodása irányának a feltételeit. Ha ugyanis az oldalrahajlás alkalmával a gerincz egyúttal előrehajlik, a gerincz mechanismusából kifolyólag az ív domború oldala felé csavarodik; ha ellenben az oldalrahajlás hátrahajlott gerinczen következik be, a gerincz a homorú oldal felé csavarodik. A bécsi Lorenz-iskola tagadásba vette a concavoldali torsio lehetőségét. Schulthess, hogy e vitás kérdésbe világosságot vessen, megismételte a kipraeparált normális gerinczen végzett kisérleteket. A kisérletek kivitelére saját maga szerkesztett a gerincz végeinek befogadására szolgáló készüléket. Kisérletei megerősítették Lovet vizsgálatainak az eredményét. Schulthess véleménye szerint klinikai megfigyeléseknek kell még megállapítani, hogy a normális gerinczen észlelt e mechanikai viszonyok mennyiben érvényesíthetők a skoliosis pathologiájában. (Zeitschrift für orthop. Chir., XIX. kötet, 1—2. füzet.) *Kopits* dr.

A concav torsióról értekezik ugyancsak *A. Lorenz*, a ki a baloldali totális skoliosist concav torsioval a kezdődő skoliosisok gyakran észlelhető alakjának tartja, s a kit az eddigi magyarázatok nem elégítenek ki. Nem tartja elfogadhatónak Schulthess magyarázatát, hogy a görbület convex oldala legmagasabb pontjának fixálása esetén a felette levő gerinczrész concavoldali csavarodást szenved, mert az ilyen származású bordapúp tulajdonképen a totális ivü görbület felett fekvő ellenkező irányú görbület alsó szárához tartozik. A Lovett-féle magyarázatot, mely szerint a concav torsio a lordosisos gerincz inflexiojának a rendes kisérője, sem az anatomiai készítményeken, sem a demonstrált élő modell gerinczmozgási vizsgálataiból nem látja bebizonyítva. Ellenben a gerincz bármely szakaszában a függélyes tengely körüli rotatio által előidézett, a törzs úgynevezett rotatorius prominentiája a tövisnyúlványok ívének concav oldalán fekszik.

A concavtorsiós baloldali totális skoliosis már kezdettől fogva többszörös görbületü skoliosis, melyben a baloldali ágyéki görbület a háti gerinczrész rotatiós skoliosisával kompenzálódik. A háti csigolyák tövisnyúlványai ennek következtében ellenkező irányú csavarodást szenvednek s igy összekötő vonaluk az ágyéki ív lelapult folytatásának látszik, a mi miatt a deformitás egyetlen ivü görbületnek tartható. Minthogy az oldalgörbület irányát nem a tövisnyúlványok kitérése, hanem a csigolyatestek oldalra deviatiojának az iránya szerint határozzuk meg, az ily esetek okvetlenül a többszörös elgörbülésekhez sorozandók, a mit igazol a gerincz elülső részének Röntgen-sugarakkal való megtekintése is. A baloldali totális skoliosisok concav torsioja legfeljebb klinikai értelmében nevezhető ennek, mert klinikai vizsgálatkor a csigolyatestek kitérése közvetlenül nem vizsgálható. De még ilyen érte-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

lemben is csak látszólagos a concav torsio, mert sohasem a látszólagos totális görbület legmagasabb pontjának megfelelően fekszik az észlelhető bordaelhajlás, hanem a még latens, klinikailag nem diagnostizálható, magasabban fekvő ellenkező irányú görbülethez tartozik, melyhez viszonyítva a megszokott convex torsionak felel meg. Anatomiai értelemben concav torsio nem létezik. (Zeitschrift für orthop. Chir., XIX. kötet, 1—2. füzet).

Kopits dr.

Gyermekorvostan.

Rákképződmények a gyermekkorban című gyüjtőmunkájában *Philipp* feladatául tüzte ki az irodalomban eddig ismertetett s feldolgozott gyermekkori rákeseteket összegyüjteni s kritice méltatni. A gyermekkor határául a befejezett 15. életévet tekinti; csupán azon esetekre terjeszkedik ki, melyekben a diagnosist a mütét illetve bonczolat megerősítette. Összesen 390 ráknak kórismézett irodalmi esetet állított össze; ezek közül azonban csupán 87-et lehetett alapos tudományos birálat alapján mint olyat elismerni. Ehhez számítva a szerző által magán úton gyüjtött biztos 6 új esetet, összesen 93 biztos gyermekkori rákesetet sikerült összegyüjteni. Nem szerint a 93 eset közül 51 fiú, 42 leány. Localisatio szerint az egyes szervek következőképen oszlanak meg: gyomor és bél (30·1%), ovarium (20·45%), bőr (17·2%), máj és pankreas (16·5%), mellékvese (5·4%), here (3·2%), vese (1%), gége (1%), szem (1%), pajzsmirigy (1%), hashártya (1%), méh (1%). Teljesen mentesek a rákos megbetegedéstől a tüdő, hypophysis, penis, ondóhólyag, kürt és emlő. A gyermekkori rákesetek legnagyobb gyakorisággal a 9—15. életév közt fordulnak elő. A prognosis rossz; a halálos lefolyás 5 héttől—8 évig terjed. A szerző eredményeit a következő pontokban foglalja össze: 1. A hámrák igen ritka a gyermekkorban 2. Legnagyobb a gyakorisága a pubertas idejének közeledtével. 3. Leggyakoribb székhelyei: a gyomor és bél, a petefészek és a bőr. 4. Ellentétben a felnőttekkel, a két nem közt a gyakoriságot illetőleg eltérés nincs; ezen körülmény a gyermekkorban alig előforduló uterus- és mammarákra vezetendő vissza. 5. A gyermekkori rákokról gyüjtött tapasztalatok inkább az izgalmi theoria és a *Thiersch* féle hypothesis mellett szólanak, mint a *Cohnheim*-féle theoria mellett. (Zeitschrift für Krebsforschung, 1907. 3. f.) *Faludi Géza* dr.

Serotherapia tengervízzel a gyermekorvostani gyakorlatban. *Quinton* 1897—98-ban a párisi biologiai társulat ülésén ismertette azon észleleteit, melyeket a tengervíznek az állati sejtekre, szövetekre s az egész emberi szervezetre való befolyását illetőleg tett. A párisi klinikákon isotonussá tett tengervízzel számos esetben bőr alá fecskendezéseket végzett erősen legyengült, erőtlen, étvágytalan betegeken meglepő eredménynyel. Az első napon ugyan erősebb helyi reactio mutatkozott, de azután a betegek szemlátomást erősödtek, gyarapodtak, étvágyuk visszatért. A tengervíz ezen hatását *Quinton* a sejtek protoplasmájára gyakorolt megújító befolyással magyarázza; a tengervíz biologiai hatásosságát bizonyítja, hogy a mesterséges és sterilizált tengervízoldatoknak nincs meg ez a hatása. *Pagano* a tengeri fürdők kiváló hatásosságából indulva ki, a tengervizet sterilizálva, csekély mennyiségü jod hozzátétele után kis adagokban fecskendezte a bőr alá; a scrophulosisban elért eredményei kitünők voltak. *Quinton* eljárását többen utánavizsgálták s a véle mények legnagyobb része az eljárás hasznosságát megerősítette. *Funaro* a tengerparttól nehány kilometernyi távolságban egy e czélra szerkesztett, hermetice elzárt készülékkel szerezte be 10 méternyi mélységből a kisérleteihez szükségelt tengervizet. A víz sterillé tétele czéljából 1‰ mennyiségben hydrogensuperoxydot tett hozzá; ily módon a tengervizet sikerült sterilen tartani hosszabb időn át, az oltott culturák sterilek maradtak. Használat előtt a folyadékot 60°-ra felhevítve az oxygent kiüzte. A tengervíznek isotonussá tétele czéljából 2 rész destillált és sterilizált vizet kevert hozzá, mi által a folyadék Δ ja 0·57 lett. A szerző az igy előkészített tengervizet három súlyos betegen alkalmazta (enteritis, stomatitis, atrophia). A befecskendett mennyiség 30—50 cm³ volt, a befecskendéseket egy hónapon keresztül másod-, harmadnaponként ismételte. Helyi reactiót csekély (38°-nyi) hőemelkedéssel egyszer látott. Eredményei meglepők voltak; a gyenge, étvágytalan, bágyadt, súlyban erősen visszamaradt gyermekek szépen gyarapodtak (átlag 1 kilogrammot 1 hónap alatt), étvágyuk visszatért, életkedvüket, vidorságukat s elevenségüket visszanyerték. Ezen tapasztalatai alapján az eljárást mint követésre és kipróbálásra érdemest melegen ajánlja. (Riviste di clinica pediatrica, 1907. 9. f.) *Faludi Géza* dr.

Bőrkórtan.

A quarzlámpával tett tapasztalatairól számol be *Heymann*. A *Finsen*-féle fénykezelés a dermatologiai therapiában nagy változásokat idézett elő. Főleg a lupus vulgaris az a betegség, a melynek gyógyításában a legkiválóbb eredményeket tapasztalhattuk. De akadtak ezen fénykezelésnek hiányai is. Igy a készüléknek nagy drágasága és aránylag nehézkes kezelhetősége. A *Finsen*-kezelés pótszerei: a vasfény és az uviollámpa hatás dolgában nem mérközhettek az előbbivel. Legújabban *Kromayer* a *Küch* által felfedezett quarzlámpát ajánlotta a *Finsen* kezelés pótszeréül, a mely úgy látszik hivatva van gyorsan értékes gyógytényezővé válni a dermatologusok kezében. A lámpa hatása legjobban birálható a lupus vulgaris kezelésében. A szerző e czélból csakis a kék fényt használta és pedig úgy, hogy *Kromayer* ajánlatára a rövid hullámú ultraviolett és a hősugarakat absorbeáltatta és csakis a hatásos hosszú hullámú ultraviolett, violett és kék sugarakat engedte át. Ily módon a lámpa melegség érzete nélkül alkalmazható a börre és csak az szükséges, hogy a Finsen-féle nyomólencséhez hasonlóan a lámpával a börön nyomást fejtsünk ki. Ez azért szükséges, hogy anaemiát idézzünk elő, a mely az absorptiót csökkenti, s igy az áthatolóképességet fokozza. A szerző egyelőre nem sok esetről tesz említést és bár az eredmény általában kiváló, határozott véleményről ma még nem lehet szó. A quarzlámpával kezelést elsőben 3 lupus vulgarisos betegen próbálta ki, mindegyiken több megvilágítást végzett 15—30 percznyi tartammal. Quarzlámpával kezelést kapott még 2 angiomás beteg, 1 naevus pigmentosusos beteg és egy taetovált egyén (a taetoválás eltüntetése czéljából), ez utóbbi sikertelenül. Továbbá 1 egyén, a ki syphilises kiütése nyomán pigmentatiót kapott, 1 psoriasis vulgaris-eset és még mintegy 10 egyéb börbeteg. A szerző saját magán megkisérelte a quarzlámpa hatását a Finsen-készülékével összehasonlítani, az eredmény az volt, hogy a reactio ép börön ceteris paribus sokkal erélyesebb az előbbinél, mint az utóbbinál. A quarzlámpa nagy előnyét a szerző abban látja, hogy beszerzési ára aránylag csekély, áramfogyasztása pedig minimális. Bizonyos azonban, hogy a reactioképen olykor létrejövő nekrosisok mélyre terjedhetnek és nehezen gyógyulnak. Ez utóbbi körülmény tehát nagy figyelemre és óvatosságra kényszeriti az orvost. A kezelés a szerint, hogy mélyre terjedő, avagy csak felületes hatást óhajtunk kifejteni, végezhető rányomással vagy bizonyos távolságból rávilágitással. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 42. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Ischaemin. Az eddig használatban volt mellékvesekészítményeknek az volt a hátrányuk, hogy könnyen megromlottak. Ezen a bajon iparkodtak segiteni az ischaemin nevü mellékvesekészítmény előállításával. *Rohlff* dr. szerint az ischaemin oldata a palaczk felbontása után legalább is 6 hétig teljesen tiszta marad s a hatásában nem csökken, ennélfogva előnyben részesitendő a többi mellékvesekészítménynyel szemben. Újabban különben eucainnal együtt is forgalomba jut úgy tabletták, mint oldat alakjában. (Med. Klinik, 1907. 43. sz.)

A paralysis progressiva kezelése tuberculinnal. Abból a tapasztalatból kiindulva, hogy fertőzések közbejötte a paralysis progressivára nem egy esetben kedvező hatású: *Wagner* a Koch-féle tuberculin befecskendezésével tett kisérleteket, a melyek eredményéről *Pilcz* számolt be. Egy centigramm befecskendezésével kezdték a kúrát és 50 centigrammig emelkedtek. Rendszerint másodnaponként végezték az injectiót, a mely után a hömérsék átlagban 38·5°-ra emelkedett. Az eredmények biztatók, sőt a még csak kezdődő esetekben sokszor fényesek voltak. (Wiener med. Woch., 1907. 30. sz.)

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 47. szám. *Epstein László:* Az elmebetegek intézeti gyógykezelésének újabb irányairól. *Limbacher Rezső:* A rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásáról.

Orvosok lapja, 1907. 47. szám. *Fejér Gyula:* Tuberculosis conjunctivae esete.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 47. szám. *Heim Pál:* Álcroup és neuropathiás constitutio. *Fonyó János:* A scopolamin-morphium-bódulatról és alkalmazásáról a nőgyógyászati és szülészeti magángyakorlatban. *Lengyel Emil:* Igen ritka ikerszülés esete. „Fülészet" melléklet, 1. szám. *Irsai Artur:* Adat a scleroma elterjedéséhez és gyógykezeléséhez. *Schwarcz Ede:* Megjegyzés Irsai Artur dr. közleményére. *Ziffer Hugó:* A hallószerv elváltozásai az aggkorban.

Vegyes hirek.

Figyelmeztetés. A gyulai ker. pénztár visszautasította a békésmegyei orvosi kar követeléseit és most pályázatot hirdet 10 pénztári orvosi állásra, hogy meghiusitsa a békésmegyei fiókszövetség actioját. A magyar orvosi kar tudja e tekintetben kötelességét és bizonyosra veszszük, hogy soraiból nem akad pályázó ezen állásokra. Ha mégis akadna, a solidáris békésmegyei orvosi kar részéről megfelelő elbánásra számithat.

Kinevezés. *Frank János* dr.-t Temesvárott orvosi tanácsadóvá nevezte ki a magyar kir. államvasutak elnökigazgatója. — *Jarnek Gyula* dr.-t a ráczkevei járás orvosává nevezték ki.

Választás. *Kende József* dr.-t Vojvodinczon, *Kápolnay Kálmán* dr.-t pedig Csengeren körorvossá választották.

Az országos orvos-szövetség zólyommegyei fiókjának elnöke, *Feja Ferencz* dr. állásáról lemondott, a mit az e hó 15.-én tartott ülésen sajnálattal vettek tudomásul, érdemeit jegyzőkönyvbe iktatták és utódjává az elnöki székben *Raitsits Lajos* dr.-t, Beszterczebánya főorvosát választották.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat ez évi illetménye (1. *Dollinger Gyula* egyetemi tanár: A csipőizület gyuladása, merevsége és zsugorodása. 144 lap, 82 ábra. 2. *Krehl Ludolf* heidelbergi tanár: Kórélettan. Negyedik kiadását fordította Székely Ágoston, egyetemi rendkivüli tanár. XVI és 626 lap. 3. *Török Lajos*, egyetemi magántanár: A bőrbetegségek felismerése és gyógyitása. 730 lap) elkészült s a napokban kezdik meg szétküldését a tagoknak. Kellemetlenségeket elkerülendő, a Társulat kéri, hogy azon tagok, a kik tagdíjukat még nem küldték be, ezt most már ne is tegyék, hanem váltsák majd ki az utánvétellel küldendő könyveket. A Társulat a jelzett munkákból néhány fölös példányt nyomatván, az 1907. évtől számitóan néhány tag még felvehető. Felvilágositással szivesen szolgál az I. titkár (*Székely Ágoston* dr., Budapest, IX., Knezits-utcza 15).

Helyreigazitás. Lapunk legutóbbi számában a Budapesti kir. Orvosegyesület f. é. november hó 9.-én tartott üléséről szóló tudósitás *Hutyra Ferencz* dr. felszólalását részben hibásan közli. Nevezetesen a 849. lapon a jobboldali hasábnak felülről második bekezdésében a 4. mondat helyesen következőleg szól: „A Pirquet- és a Calmette-féle reactio *nem mindig* fedi egymást", az utolsó mondat pedig: „A reactio létesitésénél esetleg a gümőkóros szervezetben jelenlevő egyéb bakteriumok is érvényesithetik a befolyásukat és zavarhatják a máskülönben talán tájékoztató reactiót." A 3. bekezdés helyesen igy hangzik: „A Pirquet- és a Calmette-reactioról eddig csak azt tudjuk, hogy megfelelőnek bizonyult azokban az esetekben, melyekben a gümőkór klinikailag vagy bonczolás útján is megállapittatott, mig a többi esetben értéke még további beigazolásra szorul."

Meghalt. *Engel Imre* dr., Marosvásárhely nyugalmazott főorvosa, 66 éves korában. — *Hache* dr., a szövettan tanára a reimsi egyetemen.

Kisebb hirek külföldről. *O. Liebreich* tanár, a hirneves berlini pharmakologus nyugalomba vonul. Utódjául a tanártestület első helyen *H. Meyer* bécsi tanárt, második helyen *R. Gottlieb* heidelbergi tanárt és harmadik helyen *W. Straub* freiburgi tanárt hozta javaslatba. Meyer tanár hir szerint elfogadja a meghivást. — A bécsi neurologiai intézet november 23.-án ünnepelte fennállásának 25. évfordulóját. Ez alkalommal leleplezték az intézet alapitójának és vezetőjének, Obersteiner tanárnak a szobrát is. — Bécsben Strunz dr. magántanár javaslatára egy utczának Paracelsus nevét adták. A nagyhirű orvos és természettudós tudvalevően egy ideig Bécsben is tartózkodott.

Pestisre gyanús esetek fordultak elő Oroszország Prshewalsk-kerületében. Eddig 44 halálos eset jutott tudomásra. A bakteriologiai vizsgálat eredménye még ismeretlen.

A különböző gyógyszerek használatának elterjedtségéről érdekes adatokat tett közzé *Grimbert* tanár a párisi „Académie de médecine" október 1.-én tartott ülésén. Adatait Páris 219 kórházából gyüjtötte. Vannak gyógyszerek, a melyeknek használata az utolsó 10 évben nem változott; ilyen az opium (évenként 200 kilo), az opiumtinctura (450 k.), az extractum chinae (400 k.), a jodtinctura (300 k.), a glycerin (55,000 k.), a bromkalium (1200 k.), a natrium salicylicum (400 k.), a calomel (30 k.); évenként még mindig 1200 piócza fogy és altatásra 2000 k. chloroformot használnak el. A gyógyszerek egy másik csoportjának fogyasztása határozottan csökkent; igy a jodkalium fogyasztása 1200 k.-ról 700 k.-ra, a chininsóké 75 k.-ról 50 k.-ra, az antipyriné 397 k.-ról 250 k.-ra, a sublimaté 2000 k.-ról 693 k.-ra, a carbolsavé 12,000 k.-ról 5600 k.-ra, a jodoformé 600 k.-ról 200 k.-ra csökkent az utolsó 10 évben. 1900-ban még 66,000 liter rumot fogyasztottak, 1906-ban már csak 27,400 litert; a chantharides fogyasztása 20 év alatt 200 k.-ról 12 k.-ra szállott alá. A gyógyszereknek harmadik csoportjában növekedett a fogyasztás, igy a hydrogensuperoxydé 1000 literről néhány év alatt 102,000 literre, a formolé 300 literről 2000 literre emelkedett; nagymérvű az emelkedés az aspirin és a pyramidon fogyasztásában is.

Charcot könyvtára. Charcot, a mikor fiára hagyta könyvtárát, azt kivánta, hogy halála után épen úgy nyitva álljon barátainak és tanitványainak, mint életében. Jean Charcot eleinte atyja példáját követte és a Salpêtrièreban idegbajok tanulmányozásával foglalkozott, később azonban elhagyta az orvosi pályát és mint délsarki utazó szerzett elismerést. Jean Charcot ez alatt atyja óhaját nem teljesitette, ezért újabb elutazása előtt a könyvtárt a párisi orvosi tanártestületnek ajánlotta fel, de ajánlatát valamely ismeretlen okból nem fogadták el. A fiatal Charcot most a nagyértékű könyvgyüjteményt, melyért valamelyik német kereskedő 50,000 frankot akart adni, a Salpêtrièrenak ajándékozta. A könyvtárt Jean Charcot, Raymond, Bouchard tanárok valamint az állami és városi hatóság jelenlétében a minap avatták fel a Salpêtrièreban, a hol rajzaival, asztalaival és butoraival együtt oly módon állitották fel, a hogy régen a nagy tudós a Bd. Saint Germainen levő házában állott. A könyvtár értékére különösen fontos az, hogy Raymond tanár ugyanabban a mértékben fogja tovább fejleszteni, mint a hogy az alapitó elkezdte, a mennyiben az 1893 óta megjelent folyóiratok és monographiák sorozatával kiegészíti. A nagylelkű ajándékozót melegen ünnepelték honfitársai.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Benzosalin" czimű prospektusa van csatolva.

Jelen számunkhoz a Goedecke et Co. czég, Leipzig „Pyrenol" czimű prospectusa van csatolva.

Bier tanár berlini klinikáján sikerrel alkalmazott kúszó kúrát scoliosis eseteiben massage-, testegyenesitő- és gyógygymnastikai intézetemben én is bevezettem. **Halperth** dr., Budapest, VI. kerület, Andrássy-út 25. szám.

KELETI J. czég (Budapest, IV., Korona-herczeg-utcza 17) nagy orvosi árjegyzéke megjelent. Felkéretnek mindazon t. orvos urak, kik még nincsenek annak birtokában, hogy azt megrendelni szíveskedjenek. Az árjegyzék ingyen és bérmentve küldetik szét.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon sz. 90—46.

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szivneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb. Prospektus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

Orvosi laboratorium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—69

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDŐS JÁNOS DR. az élvezeti szerektől (alc., nic., coff., származó betegségek szakorvosa. Rákos-Szt.-Mihály, Remény-utcza 5. sz. a. Rendel délután 4—6.

Dr. WIDDER BERTALAN operateur testegyenesitő (orthopädia) intézete csont- és izületi (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel: délelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek dijtalanul.

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakács-tér 10. 14/153109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülőnők részére.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XX. rendes tudományos ülés 1907 november hó 9.-én.) 864. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.) 866. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes tudományos ülés 1907 november 9.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Kiss Gyula.**

(Vége.)

Detre László: Köszönetet mond a hozzászólóknak és Pirquetnek, a ki az előadást jelenlétével megtisztelte.

Az ellenvetéseket három csoportra osztva válaszol: az első csoport a Pirquet-féle eljárás jogosultságát vagy helyes voltát vitatja; a második a Detre-féle módosítás elméleti jogosultságát vonja kétségbe; a harmadik megpróbálta a módosítást, a nélkül azonban, hogy eredményei egyeznének az előadottakkal.

Az első csoport ellenvetései: 1. a reactio, a mennyiben negativ, nem bizonyító, mert nemcsak gümőkórtól mentesség esetében, hanem biztos gümőkór esetében is található negativ reactio; 2. positiv a Pirquet-próba nemcsak olyan esetekben, a melyekben a gümőkór klinice kimutatható, hanem gyanús vagy épen gümőkórra nem gyanús esetekben is. Mindkét ellenvetés nem helytálló. A Pirquet-reactio nem egyéb, mint veszélytelen formája a tuberculinreactionak; az összes ellenvetések egyaránt állanak a rendes probatorius tuberculinreactio ra is. Régóta tudjuk, hogy a mily megbizható a tuberculi reactio kezdődő esetekben, ép annyira bizonytalan eredményeket ad az előhaladottakban. E tételnek igazsága az állatgyógyászatban régóta elfogadott tény, a hol is a tuberculin tudvalevőleg diagnostikai czélokra kiterjedten alkalmazást talál. Előhaladott, klinikailag is könnyen kimutathatóan nagy fokban gümős állatok tuberculinra nem reagálnak, a mi azonban az eljárás diagnostikai fontosságából nem von le semmit. A negativ reactio csakis akkor irányadó, ha teljesen betegségmentes felnőttekről, vagy pedig beteg gyermekekről van szó. A gyermekeket pedig azért kell külön csoportba foglalni, mert Berend, Heim és John, továbbá Faludi adatai meggyőztek arról, hogy a gyermekek tuberculinra az első életévben ritkán reagálnak, hogy azonban a reagálók arányszáma az életkor előhaladtával egyre nő. Az a feltünő parallelismus pedig, a mely Heim és John számadatai, továbbá a Hamburger és Sluka boncolási eredményei között van, bizonyítja, hogy a tuberculin iránt való fokozódó érzékenység és a gyermekeknek gümőkórfertőzöttsége között szoros kapcsolat található. Az allergiának szigorú törvényszerüsége is arra utal, hogy igenis — bármily nehezünkre esik — el kell fogadnunk azt a tételt, mely szerint az emberek fertőzöttsége a kor arányában egyre nő, úgy hogy a felnőtteknek már csak talán egy tizede mutat tuberculosismentességet. Természetes, hogy ilyen körülmények között az egyszerü Pirquet-féle cutan reactio kétes esetekben biztos támaszpontot nem nyujthat. Épen ez okból ajánlotta az előadó az ő modificatioját, illetve a filtratumok használatát, a melyekkel kisérletezve, különbséget tudott tenni a positiv reactiók között is. Összes typusait egyes esetek észleletéből vonta le és ezek alapján meri állitani, hogy igenis meg lehet különböztetni a kiterjedt vagy régi reactio typusát a friss fertőzéses — a méregérzékeny — reactio typusától. Hogy pedig ezek a typusok nem önkényes jellegüek, annak legjobb bizonyítéka állandóságuk: egyazon egyénen, különböző időben végzett reactiosor egyazon eredményt nyujtotta; annyira biztos volt az előadó, hogy bemutatott eseteit, a melyeken a különböző typusokat az orvosegyletben eldemonstrálta, csak egy nappal az előadás előtt oltotta be újra és az eredmény olyan volt, hogy a demonstrálni kivánt typusokat (pl. egy friss tüdőinfectio acut bovin typusát) a legpontosabban bemutathatta. Minthogy a reactio, mint azt előadásában kifejtette, quantitativ, természetes, hogy a papula nagysága nagyon is függ a vérbe bevitt tuberculin menyiségétől, függ tehát a laesio nagyságától és e tekintetben Preisich ellenvetése teljesen jogosult. Tény az, hogy ha nem a legnagyobb gonddal végezzük a szúrásokat, irrationális eredményekhez jutunk, azonban a typusoknak egyazon egyénen való állandósága legjobb bizonyítéka, hogy a papulák különbözőségeit nem véletlen laesiokülönbségek okozzák. Legjobban bizonyítja pedig e typusoknak fennállását az a körülmény, hogy Berend, mint pedig Heim és John a legnagyobb könnyüséggel megtalálták saját eseteikben. Hogy Kentzler miért nem tudta eseteiben e typusokat megtalálni, nem tudom, lehetséges, hogy igazán kezdődő, friss esete, a mely az „acut typust“ adja, agyáltalában nem volt, az is lehet, hogy valamely erősebb Koch-féle tuberculinnal dolgozott. Kentzler mindenesetre elfelejtette megemliteni, hogy a mikor kérésére az előadó megmutatta neki egy egész kórház anyagán körülbelül 60—70 esetben a reactiokat, az összes reactiotypusokat a legnagyobb könnyüséggel látta meg és konstatálhatta első látásra.

Néhány szóval ki kell térni a Calmette-féle reactiora. Ez kevesebb esetben ad positiv reactiót, mint a Pirquet, tehát Calmette-tel kevesebb gümőkórost találunk klinikailag egészségeseken, mint a Pirquettel. A Calmette-reactio a Pirquet-félének csak egy különös fajtája, egyazon törvények uralkodnak mindkettő felett és a mennyiben különbség van, ez csakis onnan ered, mert Calmette oldata gyöngébb, mint a Pirquet-féle tuberculin. Tehát csak önmagunkat ámitjuk, a mikor a Calmette-féle próba alacsonyabb százalékszámainak inkább hiszünk, mint a Pirquet-próba magasabb százalékainak; ha a Pirquet-oltást higitottabb tuberculinnal csináljuk, alacsonyabb reactiós százalékot is fogunk nyerni. E mellett Pirquet eljárása teljesen veszélytelen, mig Calmetteé, mint azt Comby és más szerzők, továbbá Kétly László hangoztatják, egyenesen súlyos, hetekig tartó kötőhártyagyuladásokat hozhat létre. Ezzel szemben a cutan reactio teljesen veszélytelen eljárás, a mellett az előadó módositásában olyan finomságokat enged felismerni, a melyekre a Calmettereactio képtelen. Mindenesetre előny adandó a cutan reactionak a subcutan probatorius injectiók felett, a melyek által okozott reactiók némely esetben a folyamatot egyenesen súlyosbitják.

Áttérve a theoriás ellenvetésekre, Hutyra ellenvetéseivel szemben kérdi az előadó, van-e theoriás alapja az ő megkülönböztető reactiojának, és tény-e, hogy a gümőbacillusokra vonatkozó immunitásos adatok nem szolgáltatnak támaszpontokat a reactio specificitása kérdéséhez? Az előadó véleménye az, hogy a gümőbacillusok az immunitásos reactiók tekintetében teljesen úgy viselkednek, mint az egyéb bakteriumok. Ismeretes, hogy a gümőbacillushoz közel álló saválló bacillusok termékei sokal gyöngébb reactiót hoznak létre, mint a valódi tuberculin; hogy az állati tuberculin erősebb reactiót ad szarvasmarhán, mint az emberi, végezetül Bonome kisérletei egyenesen döntő fontosságúak az előadó által tárgyalt irányban. Bonome tengerimalaczokon oltott be egyrészt human, másrészt bovin törzsekkel és azonkivül emberi gümős köpettel. Feltünő, hogy a human törzszsel kezelt állatok vérsavója a human bacillus fehérjéjét, a bovin fertőzéses állatok savója a bovin tbc. fehérjét, végül a köpettel fertőzött malacz vére mindkét törzset erősen praecipitálta. E kisérletek egyrészt épen bizonyitják, hogy a két typus között az immunitásos reactiókkal kimutatható különbség van, másrészt pedig, hogy — legalább az ő eseteiben — a köpetben mind a két törzs jelen lehetett. Epen ezért, bár az előadó tudta, hogy adataival ellentétbe jut a két törzsre vonatkozó eddigi ismeretekkel, szükségesnek tartotta, hogy következtetéseit, a melyeket nagyszámú eset pontos észlelete alapján levonhatott, tekintet nélkül az eddigi irodalmi adatokra közzétegye.

Különben is kisérleteinek alapja az a tény, hogy a kik a subcutan injiciált human filtratumot jobban türik mint a bovin szürletet, ugyanezeknek a bőre is kevésbé érzékeny a human méreg iránt és forditva. A parallelismus a cutan és subcutan reactio között állandó, a miből azután következik, hogy a papuláknak különbsége nem megyarázható egyszerüen véletlenből, hanem kell, hogy mélyebb okok rejtőzzenek a mögött, miért érzékenyebb az egyik a human és miért a másik a bovin méreg iránt? Ennek a különbségnek az előadó más okát, mint a fertőzés különbözőségét, adni nem tudja, a mely magyarázat azonkivül az immunitás általános törvényeinek is — a melyeknek a tbc. ép úgy hódol, mint a többi bacillus — tökéletesen megfelel. Tény, hogy az előadó sokkal több bovin és vegyes fertőzést talált, mint mások, azonban nem talál abban semmi lehetetlent, hogy — a mit Behring külünben is vall — a primaer fertőzés a tápláló csatorna útján történik a gyermekkorban és csak később jön hozzá a belégzési human fertőzés, annyival is inkább, mert úgy látszik, hogy a tbc.-fertőzés bizonyos túlérzékenységet teremt egy későbbeni fertőzés iránt, a melyet Calmette kisérletei szerint az olyan kisérleti állat rosszul visel el, a melynek testében egy még le nem győzött előbbi fertőzés nyomai találhatók.

Krompecher tagtárs a theoriát csakis akkor fogadhatná el, ha állatkisérleteken igazolnók, hogy a kétféle törzszsel fertőzött állat (pl. kecske) valóban a fertőzéses törzsnek megfelelőleg különböző immun reaciokat v. tbc.-reactiót ad. Ezt a kisérletet feltétlenül meg fogja csinálni (mellesleg megjegyezve, tengeri malaczok nem adják sem a Pirquet-, sem a Calmette-próbát) alkalmas állatokon, s a mennyiben e kisérletek az előadó eredményeit megerősitenék, a most csak valószinüségi érvekkel támogatott theoria csakugyan az előadó által jelzett irányban fog megoldást találni.

(XXI. rendes tudományos ülés 1907 november 16.-án.)

Elnök: **Prochnov József.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

A venae ophthalmicae összenyomatása vagy részleges thrombosisa?

Fejér Gyula: A szemtekének és környékének gyüjtőeres érrendszere 3 főérből áll, ú. m. a vena ophthalmica superiorból, inferiorból és a vena centr. retinaeből. A gyüjtőeres vér elvezetését legtöbbször az ér falában és ürterében fejlődő thrombosis akadályozza, igy jön létre a vena centr. retinae thrombosisának jellegzetes kórképe gyors megvakulással, a reczehártyában fejlődő diffus számtalan vértócsával és esetleges másodlagos glaucomával,

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

ú. n. glaucoma haemorrhagicummal. A sinus cavernosus thrombosisa szintén jellegzetes kórképet idéz elő a szemen.

A véletlen folytán rövid pár hó alatt két esetet láttam fiatal nőkön. Az egyik az abortus 8. napján jelentkezett, a másik rostasejtgenyedés után; mindkettő 24—36 óra alatt fejlődött ki és teljes kifejlődése után pár órával halállal végződött.

A venae ophthalmicae körében a thrombosis ritkább kórkép, rendszerint a sinus cav. thrombosisának folytatása szokott lenni.

Egy fiucskát mutathatok be, a kin a venae ophthalmicae érkörében van az akadály, a gyüjtőeres vér elvezetése azonban nincsen teljesen beszüntetve. A 10 éves fiucskát mult év deczember hó 11.-én társa revolverrel homlokon lőtte. Még aznap felvették a Margit-kórházba somnolens, elesett állapotban; kérdésekre vontatva válaszolt, a szavakat nehezen tudta kiejteni, végtagjait jól mozgatta, láza nem volt, pulsusa 90. A jobb külső szemzug mellett borsónyi folytonossághiány volt, szemhéjai duzzadtak, kékesvörösek voltak, szemtekéje ép volt, pupillái jól reagáltak, a fiú látott, szemét minden irányban jól tudta mozgatni. Pár nap alatt a gyermek magához tért, a szemhéjak duzzanata visszafejlődött és január 2.-án gyógyultan távozott a kórházból. Szeptember hó elején újra jelentkezett és elbeszélte, hogy jobb szeme január hó vége óta kezd kidülledni, azóta rosszabbul lát. Az exophthalmus igen nagyfokú; a külső szemzug mellett kis lencsenagyságú bemélyedt heg látható. Úgy az alsó, mint a felső szemhéjak gyüjtőerei nagy fokban tágultak, a felső szemhéj vékony bőrén az egész hálózat áttünik, az alsó szemhéj kékes színezetű. A tarsalis és bulbaris kötőhártya gyüjtőerei szintén tágak, kacskaringósak, a limbust egész venahálózat veszi körül. A törőközegek épek, a jobb szem visusa $^5/_{15}$, közelben Csapodi III. sorozatát olvassa, a bal szem visusa $^5/_7$, közelben az I. sorozatot olvassa. A belnyomás rendes, a látótér kissé szükült. Érdekes a szemfenéki lelet: a reczehártya összes gyüjtőerei rendkivül tágultak és kacskaringósak, a vena centralis felső ága, mielőtt két ágra oszolnék, egyenes tükri képben majdnem 2 mm. vastagságú, a reflexszalag rajta igen széles, sokkal szélesebb mint az arteriákon, a vena mediana és macularis, melyek a másik szem reczehártyáján alig láthatók, szélesek és kacskaringósak.

A verőerek is teltebbek, a papilla nem duzzadt, határai élesek és a macula sem mutat elváltozást. A tükri kép tehát azt mutatja, hogy a gyüjtőeres vér elvezetése a reczehártyából akadályozva van. A szemhéjak, a bulbaris kötőhártya, a reczehártya gyüjtőereinek tágulata, gyüjtőeres vérbősége, az exophthalmus alapján tehát egész pontosan meg lehet állapítani, hogy a vena ophthalm. superior és inferior, valamint a vena centr. retinae érrendszerében valami akadály van, valami összenyomja, vongálja őket, mielőtt a sinus cavernosusba ömlenének. Az előzményekből tudjuk, hogy golyó hatolt az orbitába. A frontalis és sagittalis irányban felvett Röntgen-képek azt mutatják, hogy a golyó darabjai alkalmasint áthatoltak az orbitán és az orbita csonttölcsérének hátulsó részében a sinus sphenoidalis vagy a fossa pterygoidea közelében a csontban megakadtak.

Mütét útján a golyó darabjait eltávolítani felesleges és talán lehetetlen is, a gyermek jól érzi magát, a szemet illetőleg pedig várakozó álláspontra helyezkedhetünk. Egy dolgot azonban nem hagyhatunk figyelmen kivül, a pulzáló exophthalmus vagy aneurysma arteriosovenosum diagnosisának kérdését, mely szintén agyalapi csontrepedés vagy sérülés után szokott támadni; de a szemtekére helyezett kéz nem érez pulsatiót, nem hallunk fúvó zörejt vagy zúgást a szemteke környékén és a fiú sem panaszkodik zúgásról a fejében.

Hasonló kórképet és szemfenék- leletet észlelni ritkaság és kisérlet útján sem lehetne meggyőzőbben bemutatni a szemnek gyüjtőeres érrendszerében támadt akadálynak, azaz a főgyüjtőerek összenyomatásának tüneteit.

Osteomalacia súlyos alakja.

Lovrich József: Az osteomalacia kezelésében megkisérlették az I. sz. női klinikán az adrenalin-injectiokat, melyeket Bossi genuai tanár ajánlott. Bossi arra a tapasztalásra hivatkozott, hogy az adrenalin mint érösszehúzó szer a nemi szervek keringését befolyásolni tudja és ezen tulajdonsága miatt a csontvelő ereire is hathat.

A Bossi-féle kúrát egy 33 éves, négyszer szült asszonyon próbálták ki; összesen 50 injectiót adtak, azonban sem hasznát, sem kárát nem látták. A betegség a III. terhességgel kezdődött, a szülés után megjavult, a IV. terhességgel azonban súlyosbodott annyira, hogy a beteg járni sem tudott. Kezelése eleinte a szokásos phosphor-adagolásból állott egészen addig, a mig Bossi czikke a mult év január havában megjelent. Eleinte $^1/_2$, majd egész Pravaz Richter-féle tonogent adtak másodnaponként. A beteg a IV. befecskendés után járni kezdett, a javulás azonban csak múló volt, de ezért tovább folytatták a befecskendéseket. Minthogy 30 befecskendés után semmi különösebb eredményt sem láttak, a beteget castrálták. Ennek sem volt különösebb hatása, mert a beteg a sima lefolyású gyógyulás után sem tudott járni. Ezért castratio után újra adrenalint adtak, még pedig most már Parke Davis-félét. Az 50. befecskendezés után a beteget 6 hónapi ápolás után hazaküldték úgyszólván minden javulás nélkül. Az adrenalin-injectiók mellett complicatiót nem észleltek; a hőmérsék állandóan 37 C. alatt, az érverés 80—84 körül volt. A beteg 4 hónap után újra jelentkezett jó kinézéssel, kitünő közérzéssel, azonban a csontok elváltozásai változatlanul maradtak. Az abductorok contracturája mellett a beteg segítség nélkül is jár.

Ezen esetben tehát sem az adrenalin-, sem a phosphorkezelés, még a castratio sem vezetett czélra. Szokatlan, hogy az adrenalinnak nagyobb adagjait is jól türte a szervezet.

Kubinyi Pál: Januárban jelent meg Bossi közleménye és örömmel üdvözöltük olyan esetekre, melyekben a terhességet meg akarjuk tartani. Bossi csodát látott a szertől. Február havában egy XII. izben terhes, 42 éves nő jelentkezett, a ki a VIII. terhessége óta osteomalaciás. A medenczecsontjai annyira kaucsukszerűek voltak, hogy a magzat fejét homloktartásban engedte át. Terhessége 3. hónapjában került hozzánk és február 9.-én kezdtük kezelni Bossi szerint. Richter-féle tonogent kapott 0·5 cm³ adagban. A beteg nem javult. Eleinte zsibongást érzett az első végtagjaiban, azután melegséget, végtagfájdalmakat, majd erős fejfájás jelentkezett, arcza kipirult, de az állapotában javulás nem állott be. Velits a hőmérsék hirtelen felszállását és 140 pulsust észlelt. 13 injectio után bronchitis miatt abbahagytuk a kezelést. Később phosphort adtunk belsőleg. A terhességet kiviselte és augusztusban megcsináltuk a császármetszést.

A második eset f. évi októberben jelentkezett, 42 éves, XII. izben terhes. Utolsó szülése ez évi szeptemberben volt haránfekvésben, a torzult medencze miatt az élő magzat extractioval született; a végtagokon infractiók vannak, a mellkas is ellapult. A Parkes-féle adrenalint használtuk. Bossi nagy adagokat használ, 5 dmgm.-ot, ennek tulajdonitják a pulsus felszökését. Ezért a második esetben nem emelkedtünk magasabbra 2 dmgm.-nál. Eredményt nem láttunk, mire felmentünk a Bossi-féle dosisra, de ennek sem volt eredménye, ezért castratiót végeztünk.

Tehát az eredmények nem biztatók, egyéb közlések szerint sem.

Tauffer Vilmos: Az osteomalaciában oly inanitiós szak szokott bekövetkezni, az egész szervezetben olyan elváltozások mennek végbe, hogy azon rövid idő alatt, melyet a castratio után a beteg a klinikán tölt, a szervezet régi functioképessége nem is térhet vissza. A beteg a hosszú fekvés folytán bizonyos elváltozások sorozatán megy át, miáltal a statistikai viszonyok megváltoznak. A beteg még fennjár, de csontjai minden irányban összehajlásra alkalmasok és igy a törzs nyomása alatt az elülső medenczegyűrűfél benyomatása, csőrszerű symphysis áll elő, a promontorium benyomódása által a medencze kártyaszivalakú lesz. Az adductorcontractio egyik korai jelenség, mely fájdalmat okoz, s ezért a beteg czombjait befelé rotálja. A gerinczoszlop kiszámithatlan módon fordul el. Igy a mellkas összeroskadása mellett trombitaszerűen kitágul és oly módon közeledik a medenczecsontokhoz, hogy a bordaiv a crista ileit éri, a mellkas belapul, elfordul és a karok súlya folytán vájulat keletkezik az egész bordasor mentén. Tehát az a mozgásképtelen beteg, a kin az izmok elsatnyulnak, mikor megcastrálják, megszabadul a csontfájdalmaktól és bizonyos időnek kell eltelnie, mig táplálkozása javul. A subjectiv érzete jó, mert fájdalmai nincsenek és táplálkozása is megindul. Felállítjuk a beteget, a beteg nem tud járni statikai viszonyainak megváltozása miatt, az izmai is elszoktak a munkától. Tehát nem a gyógyulás hiánya, hanem az említett okok teszik lehetetlenné a mozgást. Ha az alapbajnak gyógyítása után kellő időt hagyunk eltelni, hogy az izomerő visszatérjen, hogy a megváltozott statikai viszonyok közt az innervatiót megtalálja, hónapok mulva látjuk azt a szép eredményt, a melyet Lovrich bemutatott.

Tehát kétségtelen, hogy osteomalacia miatt castráltjaink csak később, hónapok mulva gyógyulnak meg.

De van egy bizonyos foka az osteomalaciának, mely a végeredményt kérdésessé teszi. Ha a csontok már összehajoltak, ha az izmok elvesztették munkaképességüket, a castratio sem használ.

Lovrich József: A bemutatott eset azért érdekes, mert a terhességben adrenalint adni veszélyes, sőt Ney contraindikáltnak tartja. Az adag is kétséges, a mit a beteg még eltür. Ebben az esetben 1·5 cm³ sem okozott elváltozást. Ney szerint 0·1 mgm. a legnagyobb adag, tehát a mi adagunk Neyének 20-szorosa, és még sem láttunk tőle rossz hatást.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Chronikus előrehaladottabb esetben a castratio nem ad jobb eredményt, a bemutatott beteg az operatio után még két hónapig volt a klinikán, de nem tanult meg járni.

Egy másik esetünkről szándékosan hallgattam: a nem terhes osteomalaciás nőnek 25-ször 1·5 cm^3 t adtunk minden hatás nélkül; a beteg nem hagyta magát castráltatni.

(Vége következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Török Béla.**

Ventrifixatio után szükségessé vált császármetszés.

Rotter Henrik: F. J. 33 éves asszonyon ezelőtt két évvel retroflexio-versio uteri és descensus vaginae miatt, minthogy az asszony munkaképtelen volt, hüvelyszűkítő plastikai műtét és ventrifixatio végeztetett. Az asszony a műtét után 8 hónappal teherbe esett, ez volt a 7. terhessége. A terhességnek 3. hónapjától kezdve szúró és görcsös fájdalmakat érzett hasában, a melyek miatt többször kérte tanácsunkat. Egy hónappal a szülés megindulása előtt osztályunkra vétette fel magát. Kínzó fájdalmai ellen fektetéssel, borogatásokkal és kisebb adag narcoticumokkal küzdöttünk. A szülés junius 30.-án indult meg, a mikor is a belső vizsgálat kiderítette, hogy a ventrifixatio folytán a méh elülső fala kifejlődésében elmaradt; a méhszáj alig volt elérhető és a fájások úgy érvényesültek, hogy nem a méhszájat tágították, hanem az elülső méhfal által alkotott zsákot vékonyították meg. A magzat első harántfekvésben és I. állásban találtatott; a magzati szívhangok jók voltak. A szülés per vias naturales kizártnak volt mondható és az objectiv vizsgálat alapján ezért sectio caesarea abdominalist végeztem 4 órai vajudás után. A has megnyitásakor kiderült, hogy a méh fundusától a symphysis felé a hasi peritoneumhoz egy 5—6 cm. hosszú, tenyérnyi széles, kisujjnyi vastag, szívós szalag húzódik. Harántmetszés a méh hátulsó falán, mely a placenta szélét éri, a magzat kifejtése, a köldökzsinór ellátása, a placenta eltávolítása, a méhüreg alapos kitörlése minden különösebb vérzés nélkül volt végrehajtható. A méh sebét áthatoló és felületes catgut-csomósöltésekkel varrtam össze. Arra való tekintettel, hogy az asszonynak már 4 élő gyermeke volt, a retroflexiót korrigáló álszalagot meghagytam és az újabb terhesség megakadályozása czéljából tubaris castratiót végeztem. Hasfalreconstructio 4 rétegben. A kifejtett magzat 3800 gm. súlyú, 52 cm. hosszú, 35 cm. fejkerületű fiú volt. Az anya sebei per primam egyesültek és élő magzatával 3 héttel a műtét után gyógyultan hagyta el a kórházat.

Wertheim-műtét alkalmával felfedezett kettős ureter.

Rotter Henrik: K. J.-né 26 éves asszony szeptember 11.-én került osztályunkra és elmondja, hogy terhes még nem volt és míg havi baja ezelőtt rendes időközökben jelentkezett, most fél év óta rendetlen vérzései vannak, a melyek különösen közösülés után jelentkeznek.

A vizsgálat a következőket derítette ki: A vulva halvány, a vagina középtág, a nyakcsatorna az ujjat befogadó kráter, melynek fala málékony, vérzékeny szövetből áll. A méhtest kétakkora, kemény, lapos, anteflectált és -vertált, korlátoltan mozgatható. Mindkét adnexum gyermekökölnyi tumorrá van átalakulva és mindkét ligamentum cardinale infiltrált. A cervixből próba excisioval nyert anyag szövettani vizsgálatkor (II. sz. kórboncztani intézet) carcinomának bizonyult. Ennek a statusnak megfelelőleg Wertheim-műtétet tartottunk javaltnak, melyet 1907 szeptember 20.-án végeztem. A nyakcsatorna kikanalazása, kiégetése és összevarrása után laparotomia. Hasmegnyitás a középvonalban a symphysistől fölfelé a köldökig. Mindkét tuba gyermekökölnyi genyzsákká van átalakulva és szívós adhaesiók által a környezethez rögzítve. Ezen összenövések szétválasztása után alákötjük a jobboldali ligamentum infundibulopelvicumot és a ligamentum rotundumot, szétválasztjuk a ligamentum latum lemezeit és az ureter kikészítéséhez fogunk. És itt azt a meglepő tényt találjuk, hogy jobboldalt 2 ureter van. Az ureterek teljesen normális kaliberűek, szorosan egymás mellett haladnak rendes anatomiai lefutásukban, egymástól azonban jól különválaszthatók. Fölfelé a vesékig nem követtük az ureterekét és a veséből való eredésüket nem láttuk; alsó 2/3-ukat azonban végigkövettük és konstatáltuk, hogy egymás mellett ugyan, de külön-külön szájadzanak be a hólyagba. Az arteria uterina alákötése után a másik oldalon elvégezzük a szükséges lekötéseket és az ureter kikészítését. Letoljuk a hólyagot, átvágjuk a hüvelyt és a méhet a hüvelyboltozattal, a pyosalpinxekkel (megrepedésük nélkül) s a parametriummal a ligamenta sacro-uterina átvágása után egy darabban eltávolítjuk. Az arteria iliaca elágazása helyén mindkét oldalt babnyi-mogyorónyi infiltrált mirigy volt látható, melyeket kiirtottunk. A hüvely elvarrása után kötőszöveti ágyat készítünk a kipraeparált uretereknek; a hólyag peritoneumának a végbél peritoneumával való egyesítése által a kis medenczét a hasüregtől jól elzárjuk. Hasfalvarrat 4 étageban. Sima, láztalan gyógyulás, a beteg a műtét utáni 10. napon felkel.

(Folyt. köv.)

PÁLYÁZATOK.

4948/907. kig. sz.

Az üresedésben levő **tinnye-perbáli körorvos állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

Tinnye község részéről készpénzfizetés 1018 korona.

Tinnye község részéről fuvarátalány 40 korona.

Látogatási díj nappal 1, éjjel 2 korona. Halottkémlésért 50 fillér. Húsvizsgálatért 60 fillér. A községből elszállított hús vizsgálatáért 40, beszállított hústól 80 fillér.

Perbál község részéről évi fizetés 582 korona.

Perbál község részéről fuvarátalány 80 korona.

A község f. évi julius hó 26.-án tartott képviselőtestületi ülésén kilátásba helyezte a fuvarátalánynak 160 koronára felemelését.

Látogatási díj körlátogatások alkalmával 1 korona, más alkalommal szintén 1 korona és természetbeni fuvar, éjjel a fuvaron kivül 2 korona.

Halottkémlésért 80 fillér.

Műtétekért mindkét községben egyezség szerinti díjak.

A körorvos székhelye Tinnye. Perbál községet fuvarátalánya terhére hetenként háromszor, az előljárósággal megállapítandó napokon meglátogatni köteles.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi deczember hó 31-éig adják be.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Bia, 1907 évi november hó 22.-én.

2—1 *Geréby*, főszolgabiró.

4610/907. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskun vármegye abonyi járásához tartozó Zagyvarékás községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása:

1. Fizetés a község pénztárából havi előleges részletekben 1200 korona.
2. Látogatási díj nappal 40, éjjel 80 fillér.

Vágatási biztosi teendőkért szabályrendeletileg megállapított, drb.-ként 10—20 fillér. (A 2—3 km.-nyire levő Kohner-uradalom rendszerint a községi orvost alkalmazza évi 240 korona tiszteletdíj mellett.)

Természetbeni lakás nincsen, de van a községnek egy 4 szobás lakása, melyet az előbbi orvos is évi 200 koronáért bérelt.

A választást f. évi deczember hó 10.-én d. e. 10 órakor tartom meg Zagyvarékas községházánál.

Felhivom a pályázókat, hogy képesítésüket és eddigi működésüket igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket f. évi deczember hó 6.-aig nyujtsák be hozzám.

Abony, 1907. évi november hó 22.-én.

A főszolgabiró.

161/907. eln. sz.

A pozsonyi m. kir. állami kórházban **egy másodorvosi állás** megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi november hó 16.-án kelt 129,359/VII—a. számú magas rendelete alapján pályázatot hirdetek.

Felhivom azon magyarhoni illetőségű orvos urakat, kik ezen 1200 korona fizetéssel, szabad lakással, fűtéssel, világitással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott ideiglenes jellegű, két évi időtartamra szóló állást elfoglalni óhajtják, hogy az 1893. évi I. t.-cz. 9. §-ában megkivánt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt s a belügyminister úr ő nagyméltóságához czimzett folyamodványaikat f. évi deczember hó 9.-éig alulirotthoz nyujtsák be.

Pozsony, 1907. évi november hó 21.-én.

Pantocsek József dr., igazgató-orvos.

3663/907. sz.

Az újonnan szervezett **kőtelki községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok. Ezen állással 1000 korona évi fizetés és természetbeni lakás van összekötve. Az orvosi teendőkért a szabályrendeletileg megállapított díjak szedhetők.

Tartozik a megválasztott orvos a községi orvosi, halottkémi és a törvény, valamint a szabályrendeletek által reáruházott teendőket végezni.

Pályázati határidőül f. évi deczember hó 15. napját tűzöm ki, mely ideig a szabályszerűen felszerelt kérvények hivatalomhoz beadhatók.

Jászapáti, 1907. évi november hó 25.-én.

2—1 *Cseh József*, főszolgabiró.

3559/907. sz.

A szentjobbi körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. évi deczember hó 25.-éig adják be.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Az állás javadalmazása 1000 korona készpénz a kir. adóhivatalnál utalványozva és szabad lakás.

Látogatási díjak nappal 1 korona, éjjel 2 korona, körúton kivül 4 korona.

A körhöz a székhelyen kivül Hegyközszentmiklós, Hegyközszentimre és Csohaly községek tartoznak.

A körorvos kézi gyógytár tartására jogosult.

Székelyhid, 1907. évi november hó 23.-án.

3—1 *A főszolgabiró.*

3489/907. kig. sz.

Az 1600 korona fizetéssel és 600 korona úti átalánynyal rendszeresített **gavosdiai körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör Gavosdia, Lugoshely, Zséna, Kricsova, Cserestemes, Szendelak, Magur, Tapia, Harmadia, Zsidóvár, Zgribest, Kiszorlencz, Szilváshely, Gyulatelep és Csukát községből áll. A községek egymáshoz igen közel fekszenek, egy részük vasúton beutazható, maga Gavosdia forgalmas vasúti állomáshelyet is képez. A községek összes lélekszáma 12,000 s a körhöz több nagyobb uradalom tartozik.

A körorvos a községeket havonta kétszer meglátogatni, a vagyontalan betegeket ingyen kezelni tartozik. A vagyonos betegektől a szabályrendeletileg megállapított díjak szedhetők.

Lakást (4 szoba, megfelelő mellékhelyiség, házi kert) a körorvos részére Gavosdia község biztosit, melyet a körorvos a község által megállapitott megfelelő lakásbér ellenében köteles igénybe venni. A pályázók az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetőleg az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket s eddigi működésüket igazolni kötelesek. A pályázati kérvényeket f. évi deczember hó 20.-áig kötelesek hozzám benyujtani. A választást Gavosdia községházánál f. évi deczember hó 30-án d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Szákul, 1907. évi november hó 16.-án.

2—2 *Ifj. Biró Béla*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A **Bór- és Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

EGGER EMULSIÓ

KITÜNÖ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZITMÉNY

Minden gyógyszertarban kapható.

MALTOCOL LEGOLCSÓBB LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TÖRV. VÉDVE

ÁRA 1k.80 f.

TARTALMAZ: FAHÉJSAVAS (HETOL) MALÁTASZÖRPBEN 7% KAL. SULFO-GUAJAC. 2% CALC. ET NATR. GLYCEROPHOSFOR. 1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

KÉSZITI — MARBERGER GYULA VÖRÖSKERESZT GYÓGYTÁR UJPEST, VÁCI-UT 25.

Irodalom és minta ingyen.

Név védve. **Extractum** Név védve

Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümökórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.

1858

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

Dr. H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszivódást, mint a

Vasogen

Camphor-Chloroform-Vasogen

Utólérhetetlen, gyorsan ható analgeticum bármiuő fájdalmak ellen, jelesen rheumatikus és neuralgiás fájdalmak esetén.

Az értéktelen utánzatok elkerülése czéljából kérjük mindig csak „PEARSON“-féle eredeti csomagolást rendelni.

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmennyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1—2 nap mulva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maager Vilmos, Bécs, III/3.

Heumarkt 3.

Perdynamin

Kitünő izü, hig haemoglobinkészitmény

Legjobb erősitő szer felnöttek és gyermekek részére!

Korlátlan tartósságú
Könnyen emészthető
Teljesen felszivódó
Ártalmatlan a fogakra
Nincsen gyomorbeli panasz
Étvágygerjesztő
Vérképző.

Javalatok:

Anaemia, chlorosis, általános gyengeség, reconvalescentia, malaria.

Adag: Felnőtteknek 3-szor naponta 1 evőkanállal, gyermekeknek 3-szor naponta 1 teáskanállal.

Perdynamin-Kakao

erősitő és tápláló reggeli ital felnötteknek és gyermekeknek.

Irodalom és kisérleti minták kivánatra ingyen és bérmentve.

Szabadalomtulajdonos:

H. Barkowski, Berlin O. 27, Alexanderstrasse 22.

Képviselő Ausztria-Magyarország részére:

Mr. Camillo Raupenstrauch, kiérd. gyógyszerész,

Wien, II/1, Castellezgasse 25.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

51. évfolyam. 49. szám. *Budapest, 1907. deczember 8.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kanitz Henrik: Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyet. tanár.) A syphilis atoxylos kezeléséről. 867. lap.

Kovács Ödön: Közlemény a szegedi m. kir. női klinikából. (Igazgató-tanár: Mann Jakab kir. tanácsos). Amnionszalagok által okozott befűződés két esete. 870. lap.

Veszprémi Dezső és Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári m. kir. tud.-egyetem kórboncztani intézetéből és bőr- és bujakórtani klinikájából. Igazgatók: Buday Kálmán dr. és Marschalkó Tamás dr. egyet. ny. r. tanárok. Heveny májsorvadás a bujakór második időszakában. 872. lap.

Tárcza. Deutsch Ernő: II. nemzetközi csecsemővédelmi congressus. 874. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Tanárky Árpád:* A szekszárdi Ferencz-közkórház évkönyve 1896—1905. — *Lapszemle. Belorvostan. Walko:* Az olajkúra értéke gyomorbajokban. — *Oestreich* és *Strauss:* A gyomorbélcsatornának az anaemia perniciosában előforduló szövettani változásai. — *Idegkórtan. Aschaffenburg:* A hysteria újabb elméletei. — *Sebészet. Cathelin:* A vesegümőkór diagnostikája és sebészi kezelése. — *Conforti* és *Favento:* A prostata sarkomája. — *Kühner:* Epulis. — *M. Hofmann:* A tetanus serumkezelése. — *Ch. H. Frazier:* A Matas-féle endoaneurysmorhaphia. — *Venereás bántalmak. E. Metschnikoff:* A syphilis prophylaxisa. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Esmarch:* Nagy sublimatpastillák. — *Neu:* Alsol-crême. 876—878. lap.

Magyar orvosi irodalom. Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. — Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 879. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 879. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 880—884. lap.

Melléklet. Vereinigte Chininfabriken Zimmer Co. czég Frankfurt a. M. „Euchinin“ készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyet. tanár.)

A syphilis atoxylos kezeléséről.[1]

Irta: *Kanitz Henrik* dr. klinikai tanársegéd.

A syphilis állatokra való átvihetőségének megállapítása és a fertőzés közvetítőjének, a spirochaeta pallidának felfedezése egészen új utat nyitott a therapiás kutatásoknak is. A kéneső alkalmazásában a czéltudatos, tudományos búvárkodás lépett a nyers empiria helyébe és a kénesőkezelésnek sok, igen fontos kérdése, melynek tudományos eldöntése a spirochaeta felfedezése előtt alig volt lehetséges, bizonyára rövidesen tisztázódni fog az újabb vizsgálati eredmények alapján. E mellett megkezdődtek az óvó és gyógyító savó előállítását czélzó kisérletek is. Igaz ugyan, hogy e téren eddigelé csak törekvésekről számolhatunk be, positiv eredményekről még nem, de azért kétségtelen, hogy az immunizálási kisérletek hivatva vannak a syphilis gyógyítását egészen új mederbe terelni. E közben az aetiologiai kutatások eredményeinek hatása alatt egy új szer készül győzedelmes pályafutásra a syphilis elleni küzdelemben. Ez a szer az *atoxyl*. Mindenfelé nagy komolysággal folynak e szerrel a kisérletek és gyógyító hatását a syphilis legkülönbözőbb nyilvánulásaira már is sok és megbizható oldalról hangoztatják.

Az orvosi világ a kérdés elsőrangú fontosságára való tekintettel feszült figyelemmel kiséri e vizsgálatok eredményeit és ezért helyénvalónak találtuk, hogy ezen, az érdeklődés góczpontjában álló kérdéssel mi is tüzetesebben foglalkozzunk. Midőn ez alkalommal a syphilis atoxylos kezelését illető vizsgálataink eredményeiről óhajtok beszámolni, legyen szabad mindenekelőtt mélyen tisztelt főnökömnek, *Marschalkó Tamás* egyetemi tanárnak, e munkával való szíves megbizásáért, nemkülönben nagybecsű érdeklődéseért és támogatásáért, melyben vizsgálataim közben mindvégig részesíteni szíves volt, mélyen érzett köszönetemet e helyen is kifejezésre juttatnom.

A syphilisnek atoxylos gyógyítása e betegségnek már régebben is dívó arsenkezelésére hivja fel a figyelmet. Az arsen ugyanis már régóta szerepel a bujakór gyógyításában, sőt mint arra *Bloch* az atoxylos kisérletek megindulása alkalmából figyelmeztetett, a syphilis arsentherapiája épen ez évben éri meg századik évfordulóját. *Vogel* és *Zugenbühler* már 1807 ben ajánlotta az arsent elhanyagolt syphilis ellen (Hufeland's Journal, 1807. 5. füzet.) és nem sokkal később *Horn*, *Baer* és *Colhoun* is dicsérte kitünő hatását. A higany és jod mellett az arsen volt egyik főalkotórésze a *Donovan*-féle gyógyszernek is, melyért különösen *Ditterich*, a hires belorvos, lelkesedett. 1855-ben *Gaskoin* (Medical Times u. Gazette, I. kötet.) hangsúlyozza az arsennek feltünő jó hatását a higanynyal és joddal szemben makacskodó syphilisesetek ellenében. *Lewin* a lichen lueticus ellen alkalmazza az arsent; *Bloch* pedig a syphilis eredetéről irt munkájában (1901) utal az arsennek fajlagos hatására a malariában és a syphilist is tropusos betegségnek tartva, a kóroktani analogia alapján ajánlja ellenében az arsent mint specificumot. Ha nem is mint olyant, de mint a szervezetet erősítő, roboráló gyógyszert mindenesetre eddig is sokan alkalmazták az arsen különböző készítményeit a syphilisben, főleg rosszindulatú kórformái ellen és a súlyosabb, fajlagos anaemiával szövődött esetekben. Söt az enesol, egy nehány év előtt forgalomba hozott bujakórellenes szerünk arsennel köti össze a higanyt, hogy ily módon mindkét szer egyesített hatásával rendelkezzünk.

A syphilisnek atoxyllal való gyógyítása aetiologiai alapon indult meg és legújabb keletü. Az atoxylt *Laveran* ajánlotta először az álomkór ellen. Miután nemsokára a búvároknak egy egész sora, mint *Thomas* és *Breinl*, *Kopke*, *Broden* és első sorban *R. Koch*, az atoxyl hatását különböző trypanosoma-fajokra, különösen pedig az álomkór és a dourine kórokozóira megállapította, *Uhlenhuth Gross*-szal és *Bickel*-lel egyetemben kisérleteket végzett annak a megállapítására, hogy e szer gyakorol-e gyógyító

[1] Előadatott az Erdélyi Muzeum-Egylet *orvosi szakosztályának* 1907 november 16.-i ülésében.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

és védőhatást pathogen spirochaetákkal szemben is, melyeknek közeli rokonságát a trypanosomákkal *Schaudinn* kimutatta. Az első vizsgálatok, melyeket a szerzők ez év januáriusában közöltek, a tyúkspirillosisra vonatkoztak és az atoxylnak hatását szembeötlő módon bizonyították, a mennyiben elegendő mennyiségű atoxyl befecskendezésére egyrészt a spirochaeták a beteg állatok véréből eltűntek, másrészt pedig korai befecskendezések fertőzött állatokon a betegség kitörését megakadályozták.

Ezen kisérleti eredmények hatása alatt adott *Uhlenhuth* impulsust az atoxyllal való kisérletezésre syphilisben, valószinünek tartva, hogy közte és a trypanosomiasisok között nemcsak aetiologiai, hanem therapiás analogia is fennforog. Az eszmét lelkesen felkarolták és azóta mindenfelé nagy komolysággal folynak a vizsgálatok, úgy hogy a syphilis atoxylos gyógyitásáról már is terjedelmes irodalom keletkezett.

Uhlenhuth, *Hoffmann* és *Roscher* először syphilises majmokon végeztek kisérleteket. E kisérletekből kiderült, hogy az atoxyl nemcsak tünetileg hat, a mennyiben a jelenlevő bujakóros elváltozásokat el lehetett vele mulasztani, hanem védő hatást is gyakorol, a mennyiben a syphilises fertőzéssel egyidejüleg megkezdett atoxylinjectiókkal a lueses tünetek keletkezését az állatokon meg lehetett akadályozni.

Az első állatkisérleteknek ezen nagy perspektivát nyujtó eredményeivel szemben az emberi syphilis eseteiben végzett atoxylos kisérletek kezdetben negativ eredménynyel jártak. Igy *Lassar*, a ki — felbuzdítva *Koch* nak az álomkór atoxylos gyógyitásával elért sikerei által — már a mult év őszén, tehát tulajdonképen *Uhlenhuth*-ék idézett vizsgálati eredményeinek közlése előtt kezdte meg kisérleteit, a berlini orvosegylet 1907 február 13.-i ülésén teljesen negativ eredményekről számol be és még 2 hónappal később is azt irja: „Einstweilen hilft Atoxyl gegen Syphilis nichts“.

Hoffmann és *Roscher* a Lesser-klinika 2 betegén szintén eredmény nélkül alkalmaztak 0·20 gm.-os atoxyl-befecskendezéseket.

Zeissl 3 lueses betegen kisérelte meg az atoxylt és tapasztalatai alapján azt állitja, hogy az atoxyl a bujakórban legfeljebb mint roborans adható, de nem mint specificum. Itt említjük meg, hogy *Zeissl* tulajdonképen már 1903-ban alkalmazta az atoxylt syphilis eseteiben, de szembeötlőbb eredményt nem ért el.

Nagyon kétkedve fogadja az atoxyl hatását *Volk* is, a ki 50 betegen mintegy 1000 atoxylinjectioval kisérletezett. A napi adag kezdetben 0·10 gm. volt, melyről a kezelés folyamán 0·20 grammra emelkedett. Esetenként 30—40 injectioban 6—8—10 grammot juttatott a szervezetbe. Sok esetben hatástalan volt a kezelés, mig másokban a lueses tünetek szépen visszafejlődtek. *Volk* sem tulajdonit az atoxylnak fajlagos hatást, hanem azt állitja, hogy a készitmény jó hatása némely esetben inkább a szervezet erősitésében, mint a spirochaetáknak általa való elpusztitásában keresendő.

A vizsgálatokat *Salmon* közlései terelték új mederbe. Míg ugyanis a régebbi kisérletezők az atoxyl mérgező hatásától tartva a dosis maximalis gyanánt ajánlott 0·20 gm.-ot nem merték túllépni, addig *Salmon*, ki a Pasteur-intézetben *Metschnikoff* vezetése mellett végezte kisérleteit, sokkal nagyobb adagokat használt a befecskendezésekhez és velük feltünően kedvező eredményt ért el eseteiben. Eleinte fokozatosan egészen 1 gm.-ig emelte az egyes adagokat, később úgy járt el, hogy másodnaponként 0·50 gm.-ot alkalmazott 2—3 héten keresztül. Ez év április 13.-án a Société de biologie-ban számolt be eredményeiről, melyek 27 esetre vonatkoznak. A hatás valamennyi esetben kitünő volt, a primaer, secundaer és tertiaer elváltozások — akár csak kénesőkezelésre — egyaránt szépen gyógyultak. A gyógyulás időtartama 7 és 20 nap között ingadozott.

Salmon-nak feltünést keltő közlései után, melyek valószinüvé tették, hogy a régebbi kisérletek eredménytelensége a csekély adagokon mult, újból felvették a kisérletek fonalát az általa ajánlott nagy adagok alkalmazásával. *Hoffmann* és *Roscher* május 15.-én már 11 esetről referál. Tapasztalataik alapján az atoxyl elegendő nagy adagban félreismerhetetlen befolyást gyakorol a syphilises elváltozásokra. Legfeltünőbb volt a hatás lues maligna praecox eseteiben. A korai syphilidek is kifejezetten reagáltak atoxylra, de ezeken, különösen a mi a göbcsés kiütéseket illeti, lassubb volt a hatás, mint a kénesős kezeléskor. A nyálkahártyák elváltozásai is lassabban gyógyultak. A befecskendezések lokális kellemetlenséget nem okoztak, azonban a szerzők elég gyakran (11 eset közül 6-ban) észleltek általános mérgezés-tüneteket, igy kólikaszerü fájdalmakat, hasmenést, albuminuriát.

Lassar, a ki — mint említettük — kezdetben kétségbe vonta az atoxyl gyógyító hatását a syphilisre, később szinténn áttért a nagyobb adagok (0·40—0·60 gm. pro dosi 3 × hetenként) alkalmazására. Ezen kezelés 25 esetében kitünő eredményeket adott. A tünetek úgy a friss, mint a régi esetekben gyorsan visszafejlődtek. A hatás nagyjából egyforma volt a syphilis minden szakában. Mérgezés-tüneteket nem észlelt. Vizsgálatai alapján nem tartja az atoxylt univerzális szernek a syphilis ellen, de valószinünek tartja, hogy nagy adagokban fajlagos hatást fejt ki.

Lesser a bujakór kezelésének mai állásáról tartott nagyérdekü előadásában (Verein für innere Medizin, Berlin, 1907 junius 10) 28 syphilises egyénre hivatkozik, kiken az atoxylos kezelést kipróbálta. Mindig 0·40—0·60 gm. atoxylt fecskendezett be intramuscularisan (10% oldatból), kezdetben másod-, később harmadnaponként. Egy-egy beteg összesen 5—6 gm. atoxylt kapott. Az eredmény, a mi a tünetek eltünését illeti, mindig jó volt, néha meg épen feltünő. A primaer megkeményedés gyorsan gyógyult, a másodlagos tünetek már átlag lassabban tüntek el, mint a kénesős gyógyitáskor. Három esetben kedvezőtlen volt az eredmény. Nagyon sikeresnek látszott az atoxylkezelés ulcerosus malignus syphilis esetekben. Szépen javult myelitis luetica és glossitis sclerosa 1—1 esete. Mindezekből *Lesser* szerint bizonyos, hogy az atoxyl nagy dózisokban adva a legtöbb syphilises tünetet hosszabb rövidebb idő alatt elmulasztja. Mindazonáltal végleges itélet az atoxylkezelésről ma még nem mondható. Különös figyelmet igényelnek az atoxyl toxikus mellékhatásai, a melyek ily nagy adagokban korántsem ritkák.

Az előadást követő vitában *Rosenthal* tekintettel az atoxyl mérgező hatására, mely szerinte arra vezethető vissza, hogy a készitményből a szervezetben eddig még ismeretlen okokból nagyon változó mennyiségü arsen hasad le, a tiszta arsenessav használatát ajánlja az atoxyl helyett. Ez szerinte annál indokoltabb, mert az atoxylban is csak az arsen hatása jöhet szóba, az anilincomponensé nem. Ő 10 esetben kisérelte meg az arsenessavat syphilis ellenében. A hatás ugyanaz volt, mint atoxylkezeléskor.

A német búvárokkal majdnem egyidejüleg közölte *Hallopeau* vizsgálati eredményeit, melyek 72 betegre vonatkoznak. Nagy, 0·50—0·75 gm.-os adagokat alkalmazott háromszor hetenként és tapasztalatai alapján megerősíti *Salmon* észleléseit. A gyógyeredmény nagyon jó volt roseola, papulás kiütés, harmadlagos fekélyes folyamatok, lueses csontmegbetegedések eseteiben. Ellenben syphilis palmaris, túltengett genitális és perianalis papulák, leukoplakiás elváltozások a szájnyálkahártyán sokáig makacsul ellenálltak a kezelésnek. Feltünő gyorsan (hat 0·75 gm.-os injectiora) gyógyultak a fekélyes syphilidek lues maligna praecox eseteiben. *Hallopeau* is elég gyakran észlelt mérgezés-tüneteket. Tekintettel arra, hogy a szerrel szemben való intolerantia rendesen az 5—8. injectio után mutatkozott és tekintettel a készitmény cumulativ hatására, rövid kúrák alkalmazását és közöttük szünetek tartását ajánlja. E czélból az első injectioval 0·75, a másodikkal 0·60 gm. atoxylt ad. Ez után következik még 4 injectio 0·50 gm.-mal. Ily módon két hét alatt — másodnaponként adva az injectiokat — 3·35 gm. atoxylt visz a szervezetbe. Most 14 napi szünet következik, mely idő alatt az arsen kiválasztatik a szervezetből. 14 nap mulva folytatja a kúrát, mert egyszeri kezelés a tünetek eltüntetésére nem elégséges.

Moses (Bruhns osztályán) 19 betegen próbálta ki az atoxyl syphilisellenes hatását, miközben 0·30—0·50 gm.-os injectiókat alkalmazott. Eredményei nagyjából kedvezőnek mondhatók. 6 eset kizárólagos atoxylkezelésre (1·9—4·7 gm.) gyógyult, 7 eset lényegesen javult. A gyógyulás ezekben körülbelül épen olyan gyors volt, mint kénesö-kúra esetén. 2 esetben nagyon csekély volt a javulás, 4 esetben toxikus mellékhatások miatt félbe kellett hagyni a kezelést. E mellékhatások között legtöbbször gastrointestinális zavarok és albuminuria szerepeltek, 1—1 esetben

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

stenocardiás rohamot illetőleg gyógyszeres exanthemát észlelt. A szerző az atoxyl rendszeres alkalmazását a bujakór gyógyításában a kedvező eredmények ellenére sem ajánlja, mert még nem tudhatni, hogy elég erélyes és tartós-e a készítmény hatása.

Scherber a Finger klinikájának 62 syphilises betegén kisérletezett atoxyllal. A szerző másodnaponként 0·20 gm.-ot alkalmazott a bőr alá (nem az izmok közé). Összesen 15—30 injectiót használt 1—1 kúrához. Tapasztalatai szerint az atoxyl mindennemű lueses elváltozásra befolyással bir, a tünetek azonban lassabban mulnak el, mint az ugyanolyan tartamú kénesőkúra esetén. E mellett az atoxyl hatása nem tartós. A szerző részéről utólagos ellenőrzés alatt állott 40 beteg, ezek legtöbbjében 3—4, sőt néha már 2 héttel a kezelés után recidiva mutatkozott. A korai recidivák okát *Scherber* abban látja, hogy atoxylkezeléskor a lehasadt arsen gyorsan választatik ki a szervezetből. Lues maligna eseteiben sem tapasztalt oly feltünően kedvező eredményeket, mint a többi kisérletező, ellenben gyors és igen kedvező hatása volt az atoxylnak a gummás esetekben. Véleménye szerint az atoxyl a lueskezelés folyamán inkább csak közbenső kúra alakjában ajánlatos. Mérgezés-tüneteket — nyilván az általa használt alacsony adagok miatt — nem észlelt, mindazonáltal szerinte is a szernek mérgező volta miatt a vesék, a tápcsatorna és az érzékszervek a kezelés idején gondosan ellenőrizendők.

Kreibich és *Kraus* 31 esetben tanulmányozta az atoxyl hatását a syphilises elváltozásokra. Első alkalommal 0·20, az után minden injectioban 0·40 gm. atoxylt adtak a betegeknek. Az 1—1 kúrához elfogyasztott atoxylmennyiség átlag 2·0 gm. volt. Vizsgálataik eredményeképen a következő tapasztalatokat közlik: Az atoxyl kétségtelenül hatásos szer a syphilis ellen. Hatása legszembeötlőbb a betegség harmadik időszakában, azonban a más szakbeli tünetek egy része is többé kevésbé kifejezetten reagál az atoxylra. Recidivákat az atoxylos gyógyítással nem lehet megakadályozni, sőt azok sokszor már rövid idővel a kezelés után jelentkeznek. Kénesővel sikertelenül kezelt esetek atoxylkezelésre sokszor szépen gyógyulnak. Sokkal gyakoribb azonban, hogy a tünetek kénesős kezelésre gyorsan visszafejlődnek, ha a megelőzőleg alkalmazott atoxylos kúra hatására a javulás már megindult. Az atoxyl nem veszélytelen szer, azonban kellő óvatosság mellett súlyosabb mérgezés tünetek elkerülhetők.

Mindezekből a vizsgálatokból kétségtelenül az derül ki, hogy az atoxyl szembeötlő módon hat a syphilis különböző nyilvánulásaira, a mennyiben segélyével a jelenlevő bujakóros tüneteket sikeresen lehet eltüntetni. Azonban arra nézve, hogy vajjon az atoxyl csak tünetileg hat-e, vagy hogy tudja-e maguknak a kórokozóknak ártalmatlanná tételével az egész kórfolyamat kedvező lefolyását eredményezni, más szóval meg tudja-e a syphilist véglegesen gyógyítani, az eddigi kutatások nem adtak útbaigazítást. És ez természetes is, mert hiszen e kérdés eldöntésére — legalább a mi az emberi syphilist illeti — hosszasabb tanulmányozás, évekig tartó megfigyelés szükségeltetik. Csak a legutóbbi időben — vizsgálatainknak már a befejezése után — jelent meg néhány rövid, idevágó közlemény, mely a felvetett kérdésben figyelemre méltó adatokat nyujt. Ismertetésüket tehát helyénvalónak tartjuk, annál inkább, mert az atoxyl praeventiv hatása tekintetében is — mely különben már *Uhlenhuth*-ék első állatkisérleteiből kiderült — újabb érdekes tényeket hoznak tudomásunkra.

Neisser, a ki most Bataviában experimentális syphilis-vizsgálatokkal foglalkozik, majmokon próbálta ki az atoxyl hatását. Tapasztalata szerint az erélyes atoxylkezelés igen erős hatást gyakoról a syphilisre. Ezt nemcsak abból következteti, hogy pl. egy orangutangnak makacs syphilises tünetei 0·10 gm.-os atoxyl-injectiókra rövidesen meggyógyultak, hanem főleg abból, hogy míg syphilissel beoltott és később atoxylos kezelésnek alávetett majmok szerveivel (lép, csontvelő) az oltások rendszeresen negativ eredményre vezettek, addig ha bujakóros, de *nem* kezelt állatok szerveiből oltott, a fertőzés mindig bekövetkezett. E kisérletek nem mutatják ugyan, hogy atoxylos befecskendezésekre a kezelt állatok teljes csíramentessége, sterilizálása következett be, de mindenesetre valószinüvé teszik, hogy az atoxyl a generalizált virusra nagy hatással van. Azonban praeventiv hatást *Neisser* nem tapasztalt, a mennyiben a syphilis kifejlödött, ha az állatokon a syphilises infectioval egyidejüleg atoxylos kezelést kezdett meg.

Már határozottabb következtetésekre jut az atoxyl gyógyító és praeventiv hatását illetőleg *Uhlenhuth*, *Hoffmann* és *Weidanz*, legújabb vizsgálataik alapján. A szerzők syphilissel beoltott cerocebus fuliginosussal kisérleteztek, melyen atoxylkezelésre nemcsak az elsődleges keményedés tünt el, hanem a beoltást nem követték általános tünetek sem. Ezen a majmon sikerült 7 hónappal az első beoltás után újabb inoculatio által a jellemző lappangási időszak leteltével új typusos sclerosist létesíteni, melyben tömeges spirochaetákat találtak. (A szerzők szerint lokális recidiva teljesen ki van zárva.) Ez az észlelet a szerzők szerint azt bizonyítaná, hogy az állat az atoxylos kezelés hatása alatt a syphilisből teljesen kigyógyult. A teljes gyógyulást az bizonyítja, hogy 7 hónappal az eredeti fertőzés után, a mikor a syphilises majmok az eddigi tapasztalatok szerint *(Neisser)* az új oltással szemben rendesen immunisok, az állat fogékonysága a syphilises fertőzéssel szemben újra előállott.

Az atoxyl praeventiv, védő hatását illetőleg a szerzők első sorban régebbi kisérleteikre hivatkoznak, melyekben syphilissel beoltott majmokat azonnal az oltás után erélyes atoxylkezelésnek vetettek alá. Az állatokon, noha azóta hónapok teltek el, syphilises tünetek nem mutatkoztak. Ezenkivül nyulakon is kisérleteztek a praeventiv hatás tanulmányozása céljából. Ismeretes dolog, hogy syphilises anyag beoltása a házinyulak elülső szemcsarnokába az állatokon fajlagos keratitist létesít, melyet a spirochaeták óriási tömege jellemez. A szerzők a 10. állatpassageból származó anyaggal két sorozatban 8, majd 6 házinyulat oltottak be. Az állatok egyik fele rendszeres atoxylkezelésben részesült, még pedig úgy, hogy minden nyúl a beoltás napjától kezdve negyednaponként emelkedőleg 0·10 gm. atoxylt kapott intravenosusan. A többi 7 nyúl — ellenőrzés céljából — nem lett kezelve. Míg a nem kezelt állatok közül 5-ben (1 nyúl időközben septicaemiában elpusztult) 20—49 nap mulva az oltás helyéről kiinduló és jól kifejezett *syphilises keratitis* keletkezett — a melyet a *Bertarelli*, *Scherber*, *Hoffmann*, *Greeff*, *Clausen*, *Schucht*, *Tomasczewski* és mások leirásaiból ismerünk — addig az atoxyllal kezelt állatok kivétel nélkül egészségesek maradtak. Ezen állatkisérletekből a szerzők azt a nagy horderejü tényt állapítják meg, hogy az atoxyl nemcsak tünetileg, hanem *praeventive* is hat.

Metschnikoff kisérletei alapján megerősíti az atoxyl praeventiv hatását. Nagyszámú vizsgálatai közül *Hallopeau* a következőt közli: 7 macacust syphilissel oltott be. Míg az incubatio alatt atoxyllal kezelt 2 állaton a syphilisnek semmiféle tünete sem mutatkozott, addig az 5 nem gyógyított majmon typusos sclerosis fejlődött.

Egy 3 hét előtt megjelent második előleges közleményben *Neisser* már határozottan állítja, hogy a syphilissel fertőzött állatok atoxylbefecskendezésekkel (de kénesős és jodos kezeléssel is) teljesen meggyógyíthatók. A teljes meggyógyulás abból volt megállapítható, hogy az atoxyllal kezelt majmok újraoltásra újból megbetegedtek és új typusos primaer affectiót kaptak, míg a nem kezelt állatokon a reinfectiós kisérletek állandóan negativ eredményt adtak. A praeventiv hatást illetőleg *Neisser* nem mer még végleges itéletet mondani, de kisérleteiből úgy látszik, mintha az atoxyl már megtörtént fertőzés esetén a betegség fertőzését is meg tudná akadályozni.

Kétségtelen, hogy ezek az újabb kisérletek már több betekintést engednek a gyógyszerhatás lényegébe és a gyógyulásfolyamat megértésébe, azonban még oly gyér számúak és oly kezdetiek, hogy a belőlük való következtetés az *emberi* syphilist illetőleg merészség volna. Tulajdonképen a kisérletek megbizhatóságához is szó fér. Igy *Uhlenhut*, *Hoffmann* és *Roscher* majomkisérleteinek bizonyító értékét a védőhatás szempontjából lényegesen alászállítja az a körülmény, hogy a beoltás hatása — mint azt a szerzők maguk is bevallják — egyes esetekben nagyon későn mutatkozik, sőt „némelykor teljesen elmarad“. E mellett az is nagyon kétséges, vajjon az állatkisérletek eredményei minden megszorítás nélkül érvényesek-e az emberi syphilis pathologiájában. *Neisser* maga figyelmeztet e lehetőségre, midőn arra utal, hogy állatkisérleteiben oly dózisokat használt, melyek az emberi szervezet által türt adagokat többszörösen felülmulják. Az sem jogosult talán pathologiai szempontból, hogy a nyulak spirochaetás keratitiséből, a mely lényegében lokális fertőző folya-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

mat, következtetést vonjunk a mindig általános megbetegedést okozó emberi syphilisre. De mindezektől eltekintve az eddigi klinikai tapasztalatok összessége alapján is nagyon kétkedve kell fogadnunk az experimentális vizsgálatok bizonyító erejét. Mert kétségtelen, hogy az atoxyl a lues legkülönbözőbb tüneteit el tudja mulasztani. Az is valószinű, hogy a hatás közvetlen és specifikus. Azonban egyelőre a klinikai észlelések nem jogositanak fel arra, hogy az atoxylnak a human syphilissel szemben praeventiv és absolut gyógyító hatást tulajdonítsunk.

A mig a kisérleti búvárlat az atoxyl hatásának lényegét iparkodik tisztázni, a modern pharmakologia egyéb trypanosomaellenes, úgynevezett trypanocid anyagok előállításán fáradozik. Az *Ehrlich* által kezdeményezett chemotherapiai trypanosomatanulmányok oly festékanyagok előállítására vezettek, melyek az állatok némely trypanosomiasisát meggyógyítják. Ezen festékanyagok között legnagyobb szerepet játszik az *Ehrlich* és *Weinberg* által synthesises úton előállított *trypanvörös*, melylyel az egereknek mal de Caderas nevü trypanosomiasisa meggyógyítható. Később még több ilyen trypanocid anyagot állitottak elő, melyek azonban nem egyforma hatásúak, a mennyiben vannak trypanosoma-törzsek, melyek az egyik trypanocid anyagnak, pl. a trypanvörösnek ellenállnak, ellenben egy másik trypanocid anyaggal, pl. a trypankékkel, vagy a parafuchsinnal, vagy az atoxyllal könnyen befolyásolhatók. Közelfekvő volt tehát a gondolat ilyen trypanocid anyagok czélszerü kombinálásával kisérletezni a syphilisben is. A kezdeményezés érdeme *Uhlenhuth*-é, a ki már első közleményében utalt e kombinált therapia esetleges czélszerüségére. Ilyen irányú kisérletekről csak *Neisser* tesz említést idézett közleményében, a hol egész általánosságban — közelebbi adatokat mellőzve — csak azt jelzi, hogy kisérleteiben az atoxyl és trypanvörös együttes alkalmazása hatásosabb volt a kizárólagos atoxylkezelésnél. Hozzáteszi még azt is, hogy az emberen a trypanvörös alkalmazása nehézségekbe ütközik, mert a szer a bört hosszú időre intenziv vörös színüre festi.

Ezek a kisérletek természetesen még a kezdet kezdetén vannak. Felemlítésük csak a tökéletesség czéljából történt.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szegedi m. kir. női klinikából. (Igazgató-tanár: Mann Jakab dr. kir. tanácsos.).

Amnionszalagok által okozott befűződés két esete.

Irta: *Kovács Ödön* dr.

Az amnionszalagok által okozott fejlődési rendellenességek nem tartoznak a ritkaságok közé. Winckel[1] a müncheni szülészeti klinikán észlelt 30,000 szülés közül összesen 178 esetben talált fejlődési rendellenességet s ebből 29 volt amnionális eredetü. Mindamellett részletesen leirt esetek aránylag kis számban találhatók az irodalomban s a szaklapok csak a tudományos üléseken bemutatott esetekről számolnak be szükszavú jelentések alakjában. Azért nem lesz érdektelen két ilyen esetet részletesen ismertetni.

I. *F. L.*-né, 28 éves, férjes, 1907 julius 17.-én más természetü baja miatt jelentkezett a szegedi női klinika ambulantiáján. A beteg jobb kezén az Ia. ábrán látható fejlődési rendellenesség van. A II. ujj egész hossza 4 cm. Ebből 3½ cm. az első ujjperczre s ½ cm. a második ujjperczre esik. A harmadik perez hiányzik. Az első ujjperczen egy egyenes szélü, 2 mm. széles és 1 mm. mély barázda látható. A barázda alatt fekvő ujjrészlet körfogata teljesen megegyezik a másik kéz hasonló ujjának körfogatával, mig a befüződés felett az ujj hirtelen megvékonyodik. A középujj a bal középujjal megegyező méretü. Az első és a második perczen egy-egy, a fentivel teljesen azonos befüződés van. A IV. ujjnak csak az első percze van meg, 5 cm. hosszú, az alapján 2 mm. széles, 1 mm. mély barázda van. Az V. ujjon, mely teljesen hasonló a bal V. ujjhoz, az első perez közepe táján látható egy, az előbbivel megegyező befüződési gyürü.

A csontok állapotát a Röntgen-kép (Ib. ábra) mutatja. Az I., III. és V. ujj csontozatán semmi rendellenesség sem észlelhető. A II. ujj alapja normális képet ad, azonban felfelé folytonosan vékonyodik s tetején sipkaszerüleg ül a második percz csökevénye. A IV. ujjnak csak a kissé vékonyodott első percze látható.

A beteg családjában hasonló baja senkinek sem volt. Ő — a mint anyjától hallotta — „burokban“ született s ujjaira a mostani barázdáknak megfelőleg „lószőrforma szálak“ voltak csavarodva. Az utóbbi körülmény bizonyossá teszi, hogy a lefüződést amnion-szalagok okozták, bár ez a barázdák jellege alapján már magában véve is kétségtelen.

II. *F. K.*, 27 éves hajadon, 1907 julius 12.-én jött a klinikára, a hol vetélést fejeztünk be rajta. A beteg bal kezén a hüvelykujj interphalangeális izülete alatt 2 mm. széles és 1 mm. mély barázda észlelhető. A II. ujj hossza 8 cm., mig baloldalt 9 cm. Az első interphalangeális izület alatt 3 mm. széles és 2 mm. mély, a második interphalangeális izület alatt pedig 3 mm. széles és 4 millimeter mély befüződés látható. A második befüződéstől distálisan fekvő ujjrészlet gömbszerüen felfújtnak látszik, rajta lencsényi köröm. A III. ujjnak csak a 4 cm. hosszú első percze van meg, a IV.-nek szintén; ez azonban már csak 3 cm. hosszú. Az V. ujj első percze a

Ia. ábra.

Ib. ábra.

másik kézen levővel megegyező méretü, a második percz azonban csak 1½ cm. hosszú. A beteg ezt az ujját kiegyenesiteni nem tudja, úgy hogy a második percz állandóan tompaszögben van behajtva. Továbbá a II—V. ujj közt kisfokú syndactylia is van, mely a II. ujjon az első percz fejéig, az V. ujjon a második percz alapjáig terjed, a IV. ujj rudimentuma egyáltalában nem, a III.-é pedig csak kissé emelkedik ki az ujjak közti redőből.

A bal lábszár 3 cm.-rel rövidebb, mint a jobb (28 és 31 cm.). A jobb lábszáron a külső boka alsó csúcsa felett 8 cm.-re egy csaknem

II. ábra.

a csontig hatoló, 2 cm. mély és alapján 1 cm. széles bevágódást látunk (II. ábra). Itt a lábszár kerülete 16 cm. 5 cm.-rel a gyürü felett 26 cm., ugyanannyival alatta 25 cm. Hasonló bevágódás van a bal lábszár megfelelő helyén. A körfogat a barázda alapján mérve 13 cm., 5 cm.-rel felette 26 cm., ugyanannyival alatta 23 cm. Mindkét oldalon a befüződési gyürü alatt a bokák tája golyószerüen megvastagodott, puha tapintatú, de nem oedemás, a bőr igen vékony, száraz. Ugyanilyen a lábhát bőre is, azonban itt a bőralatti kötőszövet még tömegesebb. A bal láb hossza, miként a jobbé, 18 cm. (a tub. calcaneitől az öregujj hegyéig mérve). Kerülete a Lisfranc-féle vonalnál 16 cm., mig a jobbé 19½ cm.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

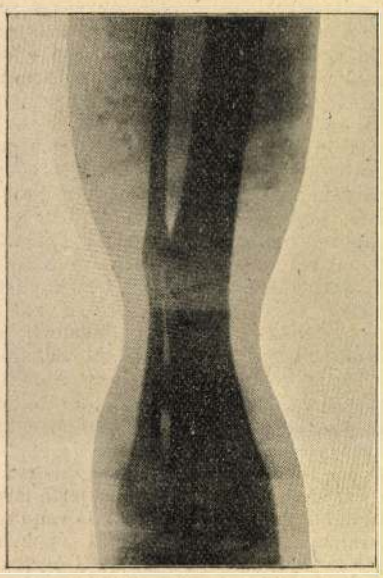
A lábujjak is csökevényesen fejlődtek. A jobb lábon az I. ujj hossza 4½ cm., a II—IV. ujjé 3 cm., az V. ujjé 2 cm. Valamennyi ujjon rendetlen alakú s körülbelül lencsényi nagyságú köröm van. A bal láb I—IV. ujja hasonló alakú és nagyságú, azzal a különbséggel, hogy az I. ujjon egy 3 cm. hosszú karomszerű görbe köröm van. Az V. ujj nem látható, azonban a bőr alatt tapintható 1 cm. hosszú rudimentuma.

Röntgen-átvilágításban nézve az ujjakat, minden ujj percz jól megkülönböztethető volt, bár eltorzult alakban és a rendesnél jóval kisebb nagyságban. A bal V. ujjnak pedig csak az első percze volt látható.

A befűződési barázdákat átvilágítva, jobboldalt semmi eltérést sem találtunk. Baloldalt azonban a III. ábrán látható képet kaptuk. Itt, a barázda felett néhány cm.-re, a tibia csúcsával a fibula felé néző szöget mutat. E helyen a fibula orsószerűen megvastagodott és a tibiával egyesült.

A beteg lábujjait mozgatni nem tudja. Passive azonban jól mozgathatók. A jobb bokaizületben úgy a plantáris mint a dorsális flexio rendes. Abductio és adductio nincs. Baloldalt csak kisfokú dorsális flexio észlelhető. A beteg kissé biczegve és lassan, de bot nélkül jár s mint cseléd, foglalkozásának eleget tud tenni.

Az előzményekre vonatkozólag azt tudhattuk meg tőle, hogy hasonló baj a családjában nem fordult elő. Három éves korában kezdett járni s állítólag 17 éves koráig úgy szaladgált mint a többi gyermek. Ekkor kezdett járása romlani, mely rosszabbodás csakhamar a mostani állapotát érte el. 24 éves korában szült, a gyermeke egészséges.



III. ábra.

Mielőtt az amnion-befűződések tárgyalásába fognék, néhány szóval aetiologiájukról akarok megemlékezni. Ezen befűződéseket az amnion- vagy — felfedezőjük után elnevezve — Simonart-féle[2] szalagok okozzák. Ezek hártyás, lapos vagy kötegalakú hidak, melyek az amniontól a magzat valamely részéhez vagy a foetuson át az amnion egyik részétől a másik részéhez vonulnak, végre pedig a foetusnak, esetleg a köldökzsinórnak egyes különböző részeit kötik össze. Ezek szerint különböztetett meg Simonart[2] foetoamnionális, foetális és amnionális szalagokat. Vannak azonban oly szalagok is, melyek a magzattól vagy az amniontól kiindulva, szabadon végződnek. Ezek kettészakadt ammionszalagoknak tekinthetők. A szalagok vastagsága néhány mm. től több cm.-ig ingadozhat. Általában véve az amnionális szalagok vékonyabbak, míg a foetális és foetoamnionálisak vastagabbak.

Simonart[2] e szalagok eredetét úgy magyarázza, hogy az amnion és a foetus bőrének gyuladása összenövést okoz, mely később a vongálás folytán köteggé nyúlik ki. Ez Credé[3] nézete is, ki még hozzáteszi, hogy az embryonális gyuladásoknak kevés hajlamuk van a genyedésre, ellenben annál több a plastikus exsudatiora. Mások ellenben kétségbe vonják, hogy az amnion, mint érnélküli szövet egyáltalában gyuladásba mehetne át. Így Braun G.[4] is, a ki úgy magyarázza a dolgot, hogy az amnion túlságosan gyors növése miatt redők képződnek. Ezek belelógnak a peteüregbe s összetapadnak a magzattal. Ily összetapadást okozhat a magzatvíz kevés volta is.

Küstner[5] szerint összetapadások gyuladás nélkül is létrejöhetnek a korai embryonális időszakban, midőn az epithelsejtek még fiatalok és nincsenek elszarusodva. Ilyenkor elegendő az összetapadásra a magzatvíznek kevés volta vagy a foetusnak az amnion valamely redőjével való véletlen érintkezése. Ha az érintkezés elég ideig tart, az összetapadások organizálódnak és állandóvá lesznek. A későbbi embryonális korban keletkező szalagok magyarázata már nehezebb. Ilyenkor ugyanis összetapadás már nem jöhet létre. Küstner[5] ezt úgy magyarázza, hogy az amnion és a magzat egymáshoz való dörzsölődése decubitust okoz s az ilyen módon hámfosztotta területen az összetapadás a fenti módon megtörténhetik. Küstner[5] ezt a folyamatot a serosus hártyák viselkedéséhez hasonlítja, a mennyiben az endotheljétől megfosztott hártya is hajlamos összenövésekre.

Az amnionszalagok által okozott anomalia gyakran csak e szalagok jelenlétében áll. Sokszor azonban súlyos rendellenességeket okoz. Ezen anomaliák három csoportba oszthatók: *1. hasadékképződések, 2. befűződések és amputatiók, 3. törések.*

A hasadékok úgy keletkeznek, hogy az embryoban jelenlevő hasadékok széléhez odatapad az amnion s a szélek egyesülését megakadályozza. Igy jön létre a nyúlszáj, az agysérv, a májectopia stb.

A lefűződéseket a foetus végtagjaira, esetleg más kiálló részeire csavarodó kötegek okozzák. A lefűződés foka az illető köteg által kifejtett nyomástól függ. Ha a nyomás csekély, semmi következményt sem okozó barázdák képződnek. Ha pedig nagyobb mérvü, akkor a strangulation túl levő végtagrészlet a fejlődésében visszamarad. Pl. Seitz L.[6] esetében a jobb felkaron a csontig hatoló befűződés volt s ennek következtében oly gyengén fejlődött ki az izomzat, hogy az alkar és a kéz müködésképessége majdnem teljesen hiányzott.

Ha még nagyobb a nyomás, az illető végtagrész mumifikálódik és lelökődik. Ezt a folyamatot „in statu nascendi“ demonstrálja Scheffczyk[7] esete, a melyben a bal II. és III. ujj volt leszorítva s a gyürü alatt oedemásan kétszeresére duzzadva és elfeketedve. Előrehaladottabb állapota e folyamatnak Seitz O.[8] esete, a melyben a kihordott és jól fejlett gyermeken a bal térd alatt volt a lefűződés s ezen túl egy a III hónak megfelelő mumifikált lábszár.

Az amputatio érheti mind a négy végtagot (Rothe[9] esete) vagy szorítkozhatik kevesebbre is. Igy Owen[10] esetében a jobb kar a deltoideus tapadásától kezdve hiányzott. Végre, s ez az amputatio legenyhébb és leggyakoribb esete, csak egyes ujjak vagy ujjperczek lefűződése észlelhető. Ilyet sokat találunk az irodalomban. Vannak azonban átmeneti esetek is. Ilyenkor még a csont is lefűződik s csak a bőr tartja össze a két részletet, miként a Springer[11] által leirt esetben. Itt egyéb rendellenességeken kivül a jobb lábszár közepén mély barázda volt, melyen túl lógott a láb. A Röntgen-kép a lefűződés helyén a csont teljes hiányát mutatta. Ily lógó részek az egész életen át megmaradnak, azonban előfordulhat, hogy évek mulva elhalnak és lelökődnek. E folyamat azonban a befűződések enyhébb fokán is megtörténhetik. A bőr hámja burjánozni kezd, nyomása miatt a csont felszívódik, majd obliterálódnak az erek, az illető rész elhal s leválik (*daktylolysis spontanea*). Menzel[12] ir le esetet, a melyben 44 éves asszonyról vált le ily módon a bal kéz középujja.

Eseteimben a lefűződéseknek majdnem valamennyi fajára van példa. Az első esetben a barázdaképződés legártatlanabb formái láthatók az I., III. és V. ujjon, a hol jelenlétükön kivül egyéb elváltozást nem okoztak. A II. és IV. ujjon azonban a gyürü feletti rész már jóval vékonyabb, mint a gyürü alatti. Továbbá — mint az Ib. ábra mutatja — a II. ujj első perczének közepén és a IV. ujj első perczének végén még erősebb strangulatio lehetett, mely az ujjak leválását okozta.

Hasonló dolog észlelhető a második esetben is. A II. ujjon levő befűződés folytán a II. és III. ujjpercz — főleg hosszirányban — hiányosan fejlődött, a III. IV. és V. ujj pedig spontan amputálódott. E három ujjmaradvány közt ezenfelül még syndactylia is van, a mennyiben a IV. ujj egyáltalában nem, a III. és IV. pedig csak kissé emelkedik ki az ujjak közti redőből.

A lábszárakon látható befűződések a lábaknak, különösen pedig a lábujjaknak hiányos fejlődését hozták létre. Az ujjperczek — a bal V. ujj második és harmadik perczét kivéve — szám szerint

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

mind megvannak ugyan, de fejlődésükben elmaradtak. Sorvadt az izomzat is, az Achilles-ín csak összehúzódáskor különböztethető meg. Ezenkivül bizonyos trophiás zavarokra mutat a bőr szárazsága, a körmök rendetlen, töredezett volta, főleg pedig a bal láb öregujján levő karomszerü köröm.

Végre a bal lábon az amnionális rendellenességek harmadik csoportjával, a törésekkel is találkozunk. A lábszár Röntgen-képén (III. ábra) ugyanis a tibia csúcsával a fibula felé néző szöget alkot. E helyen a fibula megvastagodott és a tibiával egyesült. Itt nézetem szerint a fibula törésével van dolgunk. Hogy jött ez létre? A régibb szerzők (Gurlt,[13] Braun[14]) az intrauterin töréseк okául a terhes méhet ért traumákat tartják. Mint praedisponáló okok szerepelnek azonban a rachitis foetalis, a lues, az osteogenesis imperfecta stb. Az újabb szerzők, nevezetesen Hoffa[15] szerint az amnionszalagok odanövése és húzása okozná a törést. Szerinte a törés közelében mindig lehet heget találni, melyet az odanőtt s később levált amnionszalag okoz Jelen esetben azonban nincs heg. Nézetem szerint itt úgy történhetett a dolog, hogy a lábszárra csavarodott szalag a végükkel egymáshoz rögzitett két csontot egymás felé nyomta s egyben az egész lábszárat abdukálta. A nyomás folytán a vékonyabb fibula eltört s ezután a nyomás megszünvén, csak a kifelé húzó erő érvényesült s elgörbítette a tibiát. Hogy a törés nem a barázda legmélyebb pontjának megfelelőleg történt, az is érthető, ha meggondoljuk, hogy egy, a két végén fixált pálcza, ha az egyik végéhez közelebb éri a nyomás, nem ott, hanem a közepéhez közelebb törik el.

Esetemben kiemelendőnek tartom még azt, hogy ily jelentékeny anatomiai elváltozások mellett a beteg járóképessége oly kevéssé zavart, hogy mint cseléd, hivatásának egészen jól meg tud felelni.

Végül Mann tanárnak az esetek átengedéseért s munkámban való szíves támogatásáért hálás köszönetemet fejezem ki.

Irodalom: 1. *Winckel:* Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. N. F. 1904. 373. l. Cit. Schmidt's Jahrbücher 286. k. 254. l. — 2. *Simonart:* Archiv de méd. Belge 1846. Cit. Müller: Handbuch der Geburtshülfe. II. k. 631. l. — 3. *Credé:* Monatschrift f. Geb. XXXIII. Cit. Müller: Handbuch d. Geb. II. k. 631. l. — 4. *Braun G.:* Zeitschrift d. Ges. der Aerzte zu Wien, 1854. Cit. Müller: Handbuch d. Geb. II. k. 632. l. — 5. *Küstner:* Müller's Handbuch d. Geb. II. k. 632. l. — 6. *Seitz L.:* Centralblatt f. Gyn. 1905. 466. l. — 7. *Scheffczyk:* Centralblatt f. Gyn. 1905. 1420. l. — 8. *Seitz O.:* Centralblatt f. Gyn. 1904. 875. l. — 9. *Rothe:* Centralblatt f. Gyn. 1904. 1517. l. — 10. *Oven:* Practitioner, 1899. Cit. Centralblatt, 1899. 39. l. — 11. *Springer:* Centralblatt f. Gyn. 1903. 624. l. — 12. *Menzel:* Tillmann's Lehrbuch d. Chirurgie, II. k. 606. l. — 13. *Gurlt:* Monatschr. f. Geb. 1857. Cit. Müller's Handbuch d. Geb. II. k. 639. l. — 14. *Braun G.:* Wiener Wochenschrift d. Ges. d. Aerzte, 1857. Cit. Müller's Handbuch d. Geb. II. k. 639. l. — 15. *Hoffa:* Orthopädische Chirurgie, 11. és 724. l.

Közlemény a kolozsvári m. kir. tud.-egyetem kórboncztani intézetéből és bőr- és bujakórtani klinikájából. Igazgatók: Buday Kálmán dr. és Marschalkó Tamás dr. egyet. ny. r. tanárok.

Heveny májsorvadás a bujakór második időszakában.

Irta: *Veszprémi Dezső* dr. egyetemi magántanár, kórboncztani adjunctus és *Kanitz Henrik* dr. bőr- és bujakórtani klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

A szövettani vizsgálatra különböző szervekből kivágott darabokat sublimatban, formalinban rögzítettük, haematoxylineosinnal festettük s mindezekből több darabot Levaditi szerint is kezeltünk. (Argent. nitr. + pyrogallus). A megvizsgált szervek közül csak azoknak a górcsövi leletét közöljük, a melyekben fontosabb elváltozásokat találtunk.

Máj. Rendes szöveti szerkezete úgyszólván teljesen tönkrement. A sejtsorok hiányzanak, a lebenykék elpusztultak, fel nem ismerhetők, csupán a lebenykék között levő kötőszövet s az ebben haladó epeutak maradtak aránylag jól megtartott állapotban a máj alkotó elemei közül. A jobb lebenyben jóformán csak a kötőszövetes váz maradt meg, mindenütt tág hajszálerekkel, a melyek erősebb nagyításoknál valamely szabálytalan hálózat, reticulum benyomását teszik, a melynek hézagait főleg vörösvértestek töltik ki. Ezeken kivül hol sűrűbben, hol gyérebben szétesett sejtek apróbb-nagyobb maradványai láthatók a sejtmagvak teljes hiányával. Helyenként nagyobb protoplasmatömegek vannak megrakva finom sárgásbarna epefestékszemcsékkel; gyéren szétszórva néhány nagy zsírcseppes sejt is felismerhető. Még valamennyire is ép májsejt egyáltalán sehol sem található. A vörösvértestek egyes helyeken egyenletesen élénken festődnek ugyan, legtöbbnyire azonban csak körvonalaik vannak meg, plasmájuk mintegy kilúgozódott. Az elpusztult lebenykékben egyenletes, de gyér elosztódásban sötétmagvú apró gömbölyded lymphocyták vannak szétszórva. A lebenykék közt levő kötőszövet igen sűrűn tartalmaz egymagvú apró lymphocytákat, úgy hogy határozottan lobos beszűrődés képét mutatja. Nagy számmal találhatók továbbá epeutak is. Ezeknek nagy része nem felel meg teljesen az ép májban látható szabályos köbös hámmal bélelt s észrevehető lumennel biró rendes epevezetékeknek. Ugyanis részint ovális, részint kerekded, néhol azonban meglehetősen hosszú tubulusszerű járatokat alkotnak, a melyek magas, sokszögletű, általában keskeny hámsejtekkel birnak. Lumenük vagy nagyon szük, vagy egyáltalán nincs. A sejtek protoplasmája eosinnal erősen festődik, úgy hogy ezek az epeutak sötét rózsaszinük által élénken kiválnak az alapszövetből. A sejtek magvai is chromatinban dúsak; magoszlási alakot nem sikerült találnunk. Ilyen apró epeutak olyan nagy számal vannak a különböző helyekről kivágott darabokban, hogy nagyrészük feltétlenül újonnan képződött epeutaknak felel meg s így felvehetjük, hogy a máj jobb lebenyében az interlobuláris epeutak proliferatioja megindult. A bal lebeny górcsői képe némi tekintetben különbözik a jobb lebenyétől. Nevezetesen a bal lebenyből készült metszetek inkább egyszerűnek látszanak, a májszövet teljes elhalásával és a magfestés teljes hiányával. A sejtsorok egészen felbomlottak, a sejtek szorosan egymás mellett rendetlenül feküsznek, töredezettek, sejtmagot egyetlen sejtben sem lehet találni. Hajszálerek a szétesett sejtek között szinte alig ismerhetők fel, vörösvértestek hiányzanak. A májsejtek változó nagyságúak, némelyek duzzadtak, mások széttöredeztek, mindannyia telve finomabb-durvább zsircseppekkel. Nagyobb protoplasmatömegek is találhatók sárgás epefestékrögökkel megrakva. A bal lebeny interlobuláris kötőszövete a jobb lebenyéhez viszonyitva szintén mutat különbséget. Ugyanis igen csekély fokú a gömbsejtes beszűrődés, sok helyt egészen hiányzik is, egyszersmind az epeutak proliferatioja is csak nagyon mérsékelt fokú. (Ugy hogy a górcsői kép szerint is a jobb lebeny elváltozásai már előrehaladottabb állapotot tüntetnek fel, tehát valamivel régebbi keletűnek minősithetők, mint a bal lebenyéi. A szövettani lelet megegyezik tehát a máj kórboncztani képével, a mennyiben a jobb lebenyben a vörös sorvadás jeleit találtuk, míg a bal lebeny kinézése inkább a sárga sorvadásnak felel meg.) Sudannal festett fagyasztott metszetekben mindenütt nagy mennyiségben láthatók szabálytalanul sűrű csoportokban finom zsírcseppekkel telt sejtek. Levaditi szerint kezelt készítményekben *spirochaetákat* nem sikerült találnunk.

Vese. Ugy a kanyarulatos, mint az egyenes húgycsatornácskák hámsejtjei erősen duzzadtak, szemcsések, nagyobbára rendetlenül feküsznek. Legnagyobb részükben a sejtmagvak egyáltalában nem festődtek, némelyikben pedig karyorrhexis és karyolysis jelei látszanak. Az elhalt hámsejtekben sárgászöld finom epefestékrögök is vannak. Az interstitiális kötőszövet, a glomerulusok aránylag mindenütt épek, sejtjeik, magvaik jól festődnek; néhol a glomerulusok szomszédságában egyes szűkebb húgycsatornácskakanyarulatok egészen épek, hámsejtjeiken az elhalásnak semmi nyoma. Sudannal festett fagyasztott metszetekben a hámsejtek legnagyobb része telve van finom zsircseppekkel. *Levaditi* szerint kezelt metszetekben egyetlen spirochaetát sem találtunk.

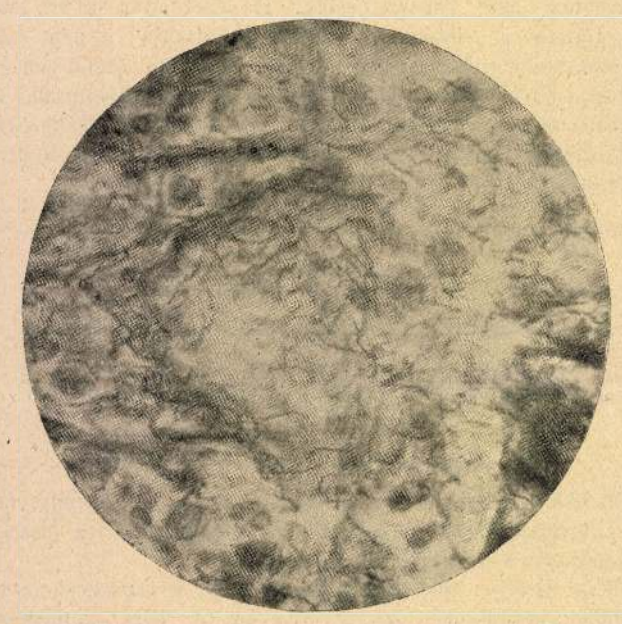
Bőr. A kimetszett papulosus részlet górcsői vizsgálatkor kifekélyedést egyáltalán nem mutat, hanem ellenkezőleg, egy a bőr szintje fölé is jól kiemelkedő területet alkot, a melynek felületét igen vastag, egyenetlen, szabálytalan elszarúsodás fedi. Az elszarúsodott hámrétegek erősen repedezettek, itt-ott nagyobb pikkelyekben a fedőhámtól elváltak. Néhol, így kiváltképen a fedőhám bemélyedéseiben, nagy tömegekben többmagvú fehérvérsejteket zárnak magukba. A kiemelkedő rész területén a fedőhám maga is jóval szélesebb a rendesnél és a kötőszövetbe mélyen benyúló széles hámcsapokkal bir, a melyek szabálytalan elágazódásokat, másodlagos ujjszerű nyúlványokat mutatnak, helyenként hámléczek által összekötve. Míg a megvastagodott hám egy részében az éptől egyébként szinte semmiben sem tér el, eltekintve az erősebb elszarúsodástól, a melyben a stratum spinosum közepén levő sejtek is résztvesznek, addig másutt a hámnak bazális részében, valamint a határos kötőszövetben, az irhában aránylag súlyos elváltozások találhatók. Nevezetesen a hámsejtek fellazultak, egymással való összefüggésüket többé-kevésbé elvesztették, a sejtközök sűrűn meg vannak rakva genysejtekkel és pedig néhol oly tömegesen, hogy egész genysejtcsoportok, mintegy apró tályogok keletkeztek. E mellett a Malpighi-réteg sejtjei között mindenütt szétszórva nagy mennyiségben láthatók többmagvú fehérvérsejtek, a melyek egyenként igen messzire, a hám legfelsőbb rétegeibe is elvándoroltak és a szarúrétegben leirt genysejtcsoportokba nyomultak. Az irha vérerei az egész kiemelkedő részben feltünően tágultak, vörösvértestekkel teljesen kitöltöttek, a kisebbek többmagvú fehérvérsejteket is nagy mennyiségben tartalmaznak, a melyek ellepik az erek falát is. A kötőszövetnek a hámmal határos részében, valamint az irha szemölcseiben változó kiterjedésű, többé-kevésbé intenziv lobos beszűrődés észlelhető, a mely nagyobbára többmagvú fehérvérsejtekből áll s csak csekély számban láthatók közöttük apró kerek egymagvú sejtek és plasmasejtek. Ellenben a kötőszövet mélyebb rétegeiben, kiváltképen az erek mentén apró gömbsejtes beszűrődés van, általában körülirtan, góczszerűen. Az irha a genysejtekkel infiltrált helyeken fellazult, hézagos. A most leirt elváltozásokat mutató bőrrészlettel — tehát a papulával — kétoldalt közvetlenül hatá-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

ros részén a bőr semmi eltérést nem mutat, a hám rendes vastagságú, az elszarúsodás igen csekély, a hámcsapok szabályosak, a kötőszövetben a gyuladásnak semmi nyoma.

A *Levaditi szerint* kezelt bőrmetszetek igen meglepő górcsői képet adnak. Az elváltozást mutató terület egy bizonyos részletében már gyenge nagyítással feltünik az irha szemölcseinek laza kötőszövetében halványsárga alapon valamely rendkivül finom, de igen sűrű fekete rajzolat. Ez egyes metszetekben olyan sűrű és tömeges, hogy a gyenge nagyításos kép olyanforma, mintha az alapszövet valamely finom és feketére festődött gombafonalakkal rendkivül gazdagon át meg át volna szöve. Immersiós nagyításnál igazán feltünő az a kép, a melyet az ilyen helyek mutatnak. Ugyanis a *spirochaetáknak* olyan tömege tünik elő, a minőt csak valamely bakteriummal zsúfolásig megrakott szövet szokott mutatni. Legnagyobb mennyiségben vannak az irhaszemölcsök kötőszövetében (1. ábra), s néhol a fedőhám elágazódásai által közrefogott kötőszövetszigetekben, még pedig helyenként olyan tömegesen, hogy az alapszövetet teljesen fedik. Elosztódásuk épen nem mondható egyenletesnek, néhol igen sűrűn vannak, szinte csomókban, másutt gyérebben szétszórva. Alakjuk kifejezetten csavarulatos, dugóhúzószerű, a mi legjobban a mikrometercsavar ide-oda forgatásakor tünik fel; lefutásuk teljesen szabálytalan, vagy egyenes irányú, vagy ketté hajlott, vagy egyik-másik vége visszagörbült, egymás felett keresztül-kasul feküsznek, másutt a kötőszövetes rostokkal párhuzamosan haladnak. Az ilyen módon spirochaetákkal elárasztott irharészletekben levő hajszálerek falában szintén változó mennyiségben, de általában némelyikben ugyancsak feltünő számmal láthatók. Némely hajszálérnek, sőt egy-egy nagyobb érnek a belsejében a vörösvértestek között is könnyűséggel fellelhetők. Az irha kötőszövetéből azután elárasztják a hám bazális rétegét, a melyben minden szabályos elrendeződés teljes hiányával változó mennyiségben lepik el részint a sejteket, részint a sejtközti hézagokat a legváltozatosabb helyzetben. (2. ábra.) Néhol csekély számmal vannak a hámban, noha az irhában egész tömegekben fordulnak elő, másutt inkább arányos, egyenletes az elosztódásuk a kötőszövetben és a hámban is. A hámréteg közepe felé mindinkább gyérülnek, de azért egyesek még a keratohyalinrétegben, sőt az elszarúsodott részben is találhatók. Ki kell emelnünk még a sok metszet átvizsgálása után feltünt azon körülményt, hogy a spirochaeták a papulának csak egy bizonyos részében vannak igazán tömegesen, és pedig az aránylag még épebb részében, az egyik átmeneti határhoz közel, s ezzel szemben a genysejtekkel jobban elárasztott részekben, valamint a hol már valóságos genysejtcsoportok, apró tályogocskák képződtek a hámban, a spirochaeták feltünően gyér számmal láthatók, mindazonáltal még a genysetjcsoportokban is néhány jól felismerhető.

Említést kell tennünk már csak a tárgyilagosság szempontjából is, hogy a papula területén az ezüstözéskor néha igen nagy mennyiségben képződő csapadék, fekete szemcsék teljesen hiányzanak; ellenben a szomszédos ép hámrétegnek az irhával szomszédos része erősen



1. ábra. Spirochaeták a hámban és az irhában. Papula syphil. Levaditi szerint kezelve.

telve van finomabb-durvább fekete szemcsékkel, rögökkel. Erősebb nagyításoknál olyanok, mintha sejtekben, néha nyúlványos, elágazódó sejtekben volnának felhalmozódva, vagy szabálytalan csomókba gyülve; míg a kötőszövetben sokkal csekélyebb mennyiségben fordulnak elő s szintén inkább csomókat alkotnak. Legjobban pl. pigmentes vagy zsircseppes sejtekhez hasonlíthatók. A magában a hámban lévő képletek, a melyek a rendkivül finom fekete szemcséket mutatják, alakjuk szerint nagyon emlékeztetnek a Langerhans-féle, elágazódó nyúlványokkal biró sejtekre *(Stöhr)*. Ezek az ezüstözésnek tulajdonítható képletek azonban annyira különböznek a spirochaetáktól, olyan durvák, hogy velük semmiképen össze nem téveszthetők. Sejthatárok, kötőszöveti rostok, rugalmas rostok úgy a kötőszövetben, mint a vérerekben egyáltalán nem adnak fekete rajzolatot, mindenütt halványsárga színűek, tehát már ez által is alapjában különböznek a spirochaetáktól, s szintén egyáltalán nem téveszthetők össze velük.

A Levaditi szerint kezelt tüdő-, agy-, tonsillametszetekben spirochaetákat nem találtunk.

* * *

A heveny májsorvadás kóroktani tényezői között a bujakór már régóta szerepel. Igy *Lebert* 1857-ben „*Icterus typhoides*“ czimű dolgozatában az irodalomból összegyüjtött 72 esetből 7-et talál olyat, a melyben egyidejüleg a bujakór korai tünetei is fennállottak. Hasonló statistikai viszonyt talál *Thierfelder* is. Az a kórkép azonban, a melyet Lebert „Icterus typhoides“-nek nevez — a mint *Richter* is megjegyzi —, nem felel meg teljesen a heveny sárga májsorvadásnak, továbbá eseteiben mint kórokozó a bujakór sem egészen biztos. Ámbár egy évvel később (1858) *Oppolzer* is említést tesz a bujakórral kapcsolatban keletkező májsorvadásról, mégis *Engel-Reimers* volt az, a ki idevágó kifogástalanul észlelt esetei alapján 1889-ben a heveny májsorvadásra a syphilis korai szakában külön is felhívja a figyelmet. Sőt a két bántalom között levő összefüggést klinikai és kórbonczolástani alapon hangsúlyozza. A XII. belorvostani congressuson 1893-ban *Senator* az addigi észleleteket két esettel erősíti meg.

2. ábra. Spirochaeták a fedőhámban. Papula syphil. Levaditi szerint kezelve.

Az összes idetartozó eseteket az irodalomból 1898-ig *P. F. Richter* — felhasználván *Moxter* és *Meder* összefoglaló dolgozatát is — gyüjtötte egybe és hozzácsatolta egyúttal saját két észleletét is. Ebben a munkában — a melyből csak a leglényegesebb dolgokat óhajtjuk kiemelni — *Richter* 41 olyan esetet említ, a melyben a heveny májsorvadás virágzó bujakórral egyidejüleg állott fenn. E 41 beteg közül csak 5 volt férfi, igen élénk ellentétben azzal a tapasztalati ténynyel, hogy a jóindulatú sárgaság a lues korai szakában mindkét nemben körülbelül egyenlő arányban észlelhető. Az esetek túlnyomó többségében a májelváltozások a secundaer időszak első tüneteivel egyidejüleg keletkeznek, többnyire a kiütések jelenlétében, ritkábban recidivával

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

kapcsolatban vagy a bujakóros fertőzésnek bizonyos hosszabb ideig fennállása után. Az ilyen heveny sárga májsorvadás klinikai képe és lefolyása a bántalomnak jól ismert klinikai képétől lényeges eltérést nem mutat. A részletekre vonatkozólag — ismétlések elkerülése czéljából — utalunk *Richter*-nek említett dolgozatára, a mely nemcsak teljes áttekintést nyujt az erre vonatkozó irodalomról 1898-ig, hanem a két bántalom között levő okozati összefüggés még igen vitás kérdéseit is behatóan tárgyalja és pedig az összegyüjtött elég gazdag anyag nyujtotta klinikai tapasztalatok és kórboncztani leletek alapján.

Nem hagyhatjuk azonban említés nélkül, hogy a *Richter* által összegyüjtött egyes észleletek elemzésekor több olyat lehet közöttük találni, a melyeket az adatok bizonytalansága vagy épen hiányossága miatt csak nagy óvatossággal szabad értékesítenünk. Hogy a heveny májsorvadás és bujakór között oki összefüggést vehessünk fel, természetesen első sorban is a lues kórisméje minden kétségen felül álló kell hogy legyen. Ha a bujakór kétséges, a megfelelő észleletek sem lehetnek kifogástalanok. Ebből a szempontból nem értékesíthető kellőképen *Budd*-nak 2 esete, a melyek közül az elsőben a bujakór egyedüli jeléül egy nem indurált fekély, a másikban pedig minden közelebbi adat nélkül lueses fekélyek említtetnek; továbbá *Kutschmann* esete, a melyben a felvétel alkalmával a nagy- és kisajkakon csak 3 sanker-fekély találtatott. Másfelől csak akkor vehetjük fel a bujakórt valamely szokatlan viscerális megbetegedés okozója gyanánt, ha — a mint *Richter* maga is hangsúlyozza — ez utóbbi a lues egyéb nyilvánulásával egyidejüleg támad. Mert ha a belső szervek megbetegedése a tünetmentes időszakra esik látszólagos egészség közepette, és különösen, ha a szerzett fertőzés és a viscerális megbetegedés között túlságosan hosszú idő telik el, első sorban mindig arra kell gondolnunk, vajjon nem csak véletlen szövődménynyel állunk-e szemben? Ha erre is tekintettel akarunk lenni, még 3 olyan esetet találunk, a melyet kellő megnyugvással nem sorolhatunk az idetartozók közé; és pedig *Engel-Reimers* 4., *Arnheim* 2. és *Richter* 2. esetét. Az elsőben a sárgaság a kenőkúra bevégzése és a beteg elbocsátása után 6 hét mulva jelentkezett, tehát a tünetmentes időszakban. A másik 2 esetben a bujakórnak felismerhető jelei, tünetei épenséggel nem voltak, a fertőzés pedig az egyikben fél évvel, a másikban körülbelül 2 évvel azelőtt történt. Nem voltak továbbá számunkra hozzáférhetők s így kellőképen ellenőrizhetők *Andrew, Ory* és *Dejèrine, Laporte* esetei, továbbá *Hilton Fagge* első esete, a melyről csak annyit találunk röviden megemlítve, hogy a beteg „syphilisben szenvedett és májsorvadásban pusztult el“. Leszámítva tehát e nem mindenben kifogástalan észleleteket, marad 31 értékesíthető eset.

A *Richter* közlése óta friss bujakórhoz csatlakozó heveny májsorvadás még néhány újabb esetének észleléséről is — bár röviden — be kell számolnunk.

Talamon esete 17 éves leány, a kin a bujakór másodlagos tünetei mellett hirtelen erős izgalom után sárgaság keletkezik. A 25. napon az icterus gravis kórképe fejlődik ki, vérzésekkel, deliriumokkal, görcsökkel és comával. Halál 4 nap mulva. Boncolláskor a máj a heveny sárga sorvadásra jellemző képet mutat, jóllehet a máj megkisebbedése nem volt valami nagyon kifejezett. A górcsői vizsgálatkor heveny interstitiális és parenchymatosus hepatitis találtatott.

Goldscheider és *Moxter* egy 18 éves leány esetét ismerteti, a kin mikropapulosus kiütések, a mandulákon papulák, általános mirigyduzzadás mellett sárgaság van jelen. Úgy a kiütések, mint a sárgaság kenőkúrára visszafejlődnek, az icterus azonban a kezelés kimaradása után újra jelentkezik. Az újból alkalmazott higanybedörzsöléseknek ellenére szabálytalan remittáló lázak jelentkeznek, hányás, öntudatzavar, majd két hét mulva comában beáll a halál. Boncolláskor a savós hártyákon, gyomorban, belekben vérzéseket, azután myocarditist, nephritis parenchymatosát és a máj igen erős megkisebbedését találják. A szövettani vizsgálatkor a kötőszövet nagyfokú burjánzása mellett helyenként a máj állományának elpusztulását, a vesékben pedig elzsirosodást mutatnak ki.

Thurnwald észlelésének tárgya 24 éves tiszt volt, a ki 1900 szeptemberében kemény fekélyt szerzett. Ugyanez év deczemberének végén a másodlagos bujakór kifejezett tünetei jelentkeznek, apró foltos kiütések a törzsön, általános mirigyduzzadás, bujakóros angina, papulák a mandulákon. Öt bedörzsölés után enyhe sárgaság keletkezik, a mely a rákövetkező két hét alatt állandóan és fokozatosan súlyosbodik, úgy hogy a májsorvadás jellemző kórképe alakul ki (a máj megkisebbedése, a vizeletben leucin és tyrosin, deliriumok, görcsök, coma stb.). A 4. napon az általános állapot súlyosbodása mellett halál. Boncoláskor vörös májsorvadást, heveny vesegyuladást, a szívizom zsíros elfajulását, tüdővizenyőt találtak. A szövettani vizsgálat leletéből kiemelendő, hogy a májban a sárga és tömöttebb részletek még megtartották ugyan valamennyire az acinosus szerkezetet, de a lebenykék közti kötőszövet már erős burjánzást mutat, valamint az epeutak újraképződésének jelei is felismerhetők, a májsejtek pedig nagyfokú zsíros szétesésben vannak. A vörös részletekben felismerhető májállománynak úgyszólván nyoma sincs.

Végre a legújabb időben *Nikolski* közöl esetet, mely 16 éves leányra vonatkozik, a kin az általános bujakóros tünetek kitörésével egyidejüleg heveny sárga májsorvadás fejlődik ki, a mely a beteg halálára vezetett. Górcsői vizsgálatkor a májsejtek teljes pusztulása alkotta a májelváltozások lényegét. *Fournier* és *Sereday-Lemaire* eseteit — a melyeket *Nikolski* említ dolgozatában —, minthogy közléseikhez hozzájutnunk nem sikerült, részletesebben nem ismertethetjük. Ha ezek után e két utóbbi esetet, valamint a *Richter* által összegyüjtöttekből a nem egészen kifogástalan észleleteket mellőzzük, 35 olyan biztos esetet ismerünk, a melyben a florid bujakórral egyidejüleg heveny májsorvadás találtatott. Ez a májsorvadásnak aránylag ritka előfordulásához képest elég tekintélyes szám, a melyhez most már hozzácsatolhatjuk a mi esetünket is.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

II. nemzetközi csecsemővédelmi congressus.

(Bruxelles, 1907 szeptember 12—16.)[1]

(Vége.)

A tejtermelés és eladás törvényes rendezése.

Deutsch (Budapest): Az 1895: XLVI. magyar törvény rendelkezik a tejvizsgálatról, eladásról és hamisításról; a csecsemőtejre vonatkozó külön előírások nincsenek.

Weisz (Bécs): Az 1896-ból származó, a tápszerek nyerését és eladását szabályozó osztrák törvény a tejre vonatkozólag felette hiányos. Egyes városok külön szabályzattal rendelkeznek (például Karlsbad). A különböző szakemberekből álló „Milchwirtschaftliches Comité“ kellő törvények előkészítésével foglalkozik.

Carpenter (London): Az angol törvények, különösen pedig az 1875-ből származók, pontos előírásokat adnak a tej nyerésére és eladására vonatkozólag. Egyes városokban hatósági „milk establishments“ vannak. A „Great Ormond-street“-i gyermekkórházban a csecsemőtejre vonatkozó szabályok és követelmények összeállítására gyültek össze a közelmultban London gyermekorvosai.

Thomson (Edinburgh): Skócziában az istállók s tejkereskedők vsszonyait az 1885., 1887. és 1899. évi törvények, az 1897-ből származó közegészségügyi törvény és a tápszerek eladására vonatkozó 1875. és 1879. évi törvények szabályozzák; pontos előírással szolgálnak mindazon tényezőkre nézve, melyek a fejéstől a tejnek a fogyasztókhoz jutásáig szerepet játszanak. A „Municipal milk depots“ gondoskodnak egyes városokban kellő minőségű csecsemőtápszerről.

Johannessen (Christiania): Törvényük nincs, de a christianiai s az 1898-ból származó közegészségügyi intézkedések átlag országszerte el lettek fogadva. 1895 óta ingyen tuberculinoltások vannak bevezetve. A tejtermelés és eladás körül foglalkozók egészségét hatóságilag ellenőrzik.

Lunddahl (Aarhus): A tejhamisítást szigorúan büntető törvényeken kivül mintaszerüek a „Kjöbenhavns Maelketfoersyning“ és Aarhus városának a csecsemőtejre vonatkozó előírásai.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Dufour (Fécamp): 1888-ból származik az istállók ellenőrzését czélzó, 1905-ből a tejeladásnak ellenőrzését szabályzó, 1904-ből a tejhamisítást elbiráló franczia törvény. Néhány város külön ezirányú hatósági intézkedéssel bir.

Henry (Bruxelles): A tejhamisítást üldöző belga törvény 1890 ből származik.

Van Wely (Hollandia): Országos törvény nincs, csupán egyes városi hatóságok, például Rotterdam, intézkednek a tej nyerésének és eladásának ellenőrzése tárgyában. Az előadó szigorú állami s hatósági rendelkezéseket követel, melyek különösen a csecsemőknek szánt tej nyerését és forgalomba hozatalát ellenőrizzék.

Borobia Diaz (Zaragoza): Spanyolország büntetőtörvénye a tápszerhamisítás tárgyában erélyesen intézkedik, a tejkezelésre vonatkozó hatósági szabályrendeletek nagy számban vannak. 1904-ből származik az állatok ragályos megbetegedéseire vonatkozó törvény.

Aderkas (Oroszország): Oroszországban, egyes hiányos s czélra nem vezető intézkedéstől eltekintve, a tejárúsítás ellenőrzése törvenyesen szabályozva nincsen. A viszonyok javításán a belügyministerium egy osztálya dolgozik.

Violi (Chichli): Papiron megvannak Törökországban a tejtermelést s eladást szabályozó törvények és rendeletek, keresztülvitelük azonban vajmi hiányos.

Pelletier (Montréal): A canadai intézkedések javarészt városiak s községiek, kis részben államiak s absolute nem egységesek. Megfelelő Québec szabályzata, hol a tuberculin alkalmazása kötelező.

Valdér (Cuba): A „departamento de sanidad" dolgozott ki egy a tej termelését, hamisítását s forgalomba hozatalát szabályozó rendeletet.

Összefoglalás: Állami és városi törvénykezés kidolgozása és foganatosítása szükséges, hogy:

1. A tehenek hivatalos állatorvosok ellenőrzése alatt álljanak. Kötelező tuberculinalkalmazás!
2. Az istállók a modern hygiene követelményeinek feleljenek meg.
3. A fejő személyzet s családja orvosi felügyelet alatt álljon.
4. A tej nyerése, szállítása, feldolgozása s eladása az asepsis elveinek feleljen meg.
5. Csecsemőtej néven csupán bizonyos követelményeknek megfelelő árú bocsátható a piaczra.
6. A tejhamisítás szigorúan büntettessék.

A tejkonyha-intézmény szerepe a gümőkór elleni küzdelemben.

Comby (Páris): Az anya általi szoptatás propagálása és megfelelő mesterséges táplálék kiosztása által a csecsemők emésztőszervei megbetegedéseinek megelőzésében és gyógyításában a tejkonyháknak előkelő szerepe van. A gümőkór *Comby* nézete szerint „contagion familiale" s nem a tápszerek útján jön létre s így a tejkonyhának a gümőkór elleni küzdelemben fontossága alig van.

Mariel (Páris): Kimutatja, hogy a tehenek 40%-a gyöngykóros, 4·10%-ban a tögy maga is meg van betegedve.

Calmette és *Potelet* (Páris): A tejkonyha a gyermekhygiene ismeretének terjesztése által közvetve küzd a tuberculosis ellen; közvetlen szerepet nem tulajdonítanak neki. A fertőzés módjának és jelenlétének kiderítésére a tuberculinnal végzett „ophthalmoreaction" t ajánlják.

Lefévre (Gembloux): A gümőkór csak kivételesen veleszületett, rendesen szerzett. A fertőzés a köpet vagy a tej révén megy végbe, a hajlam szerepe tagadhatatlan. A gyermekvédelmi intézmények tág értelemben mindenesetre nagy szerepet játszanak a gümőkór elleni küzdelemben.

Pattyu (Nieuport): Ajánlja, hogy azon gazdák, kik tuberculin-reactiót végeztetnek, bizonyos előnyökben részesüljenek.

Deutsch (Budapest): Az orvosi vezetése alatt álló intézetnek nagy fontosságot tulajdonít a gümőkór elleni küzdelemben, mert I. Küzd a természetes táplálás érdekében. II. A gümőkóros anyától elválasztja a kisdedet. III. Gümőbacillustól (typus bovinus) mentes tehéntejet osztogat. IV. A gyermekhygienét népszerűsíti. Therapeutice: I. Gyógyítva az emésztő szervek megbetegedéseit, a fertőzésnek esélyeit csökkenti. II. A görvély- s gümőkórosokat szakszerüen kezeli.

Ferreira (San Paulo): A tejkonyhának előkelő helye van a gyermekvédelmi intézmények között s mint ilyen közvetve a gümőkór prophylaxisában is fontos szerepet játszik.

D'Espine (Genève): A gyöngykór bakteriumainak megsemmisítésére a sterilizálást ajánlja; tuberculinra nem reagáló állatok tejét elegendő pasteurizálni. Gümőkóros szülék a tejkonyhák orvosa által kitanítandók, hogy mily módon óvhatják meg gyermekeiket a fertőzéstől.

Schrötter (Bécs): Ha a tejkonyha a csecsemővédelem összes irányzatainak szolgál, természetszerüen hatalmas prophylaxisos eszköz a tuberculosis ellen is.

Összefoglalás: A tejkonyha a gümőkór elleni küzdelemben közvetve s közvetlenül fontos szerepet játszik, mert: 1. a gyermekhygienét népszerüsíti.

2. A gümőkóros szülét kitanítja, mily módon óvja meg gyermekét a fertőzéstől.

3. A természetes táplálás érdekében küzd.

4. A gümőkóros anyát a szoptatástól eltiltja s a gyermeket kellő minőségü mesterséges táplálékkal látja el.

5. Az emésztőszervek betegségeit orvosolva, meggátolja bizonyos mértékben a gümőbacillus letelepedésének lehetőségét.

A csecsemő táplálása és anyagcseréje.

Michel és *Pervet:* Elméleti okoskodások alapján a természetes és mesterséges táplálás adagolását határozzák meg. A számítások mesterkéltek, de határozottan helyesek abban a tekintetben, hogy a túltáplálás kikerülésére „legkisebb adagokat" ajánlanak.

Siegert (Köln): A csecsemőnek naponta 4—5-ször nyujtat természetes vagy mesterséges tápot, az első hat hónapban 90—100, a második félévben 80—90 caloriát számítva kilogrammonként.

Langelez (Marcinelle): Azon helyes álláspontot vallja, hogy minimális tápadagokon kezdve emelkedünk, míg normális súlygörbét kapunk.

Leven és *Barret* (Páris): Radioskopiával figyelték meg a csecsemőgyomor viselkedését a táplálás alatt és után. Eredményeik a két órai táplálás ellen szólnak.

Finkelstein (Berlin): A tejforralás csupán a saját fajtának táplálásában szerepel mint kártékony tényező; vagyis a forralt női tej nem olyan tápláló a csecsemőre nézve mint a nyers, ellenben a forralt tehéntej a csecsemőre nézve táplálóbb mint a nyers.

Triboulet (Páris): A nyers tej, vagy a mint a franczia szerzők nevezik „lait vivant", physikai, vegyi és biologiai tulajdonai nem változtak meg; de nehéz a nyers tej conserválása, az ára pedig felette magas. A nyers tej ma még gyógyszer számba megy.

Dumont (Louvain): *A természetes csecsemőtáplálás* érdekében küzd. *A nyers tehéntej* alkalmazása csupán azon esetekben lehetséges, melyekben a tejnyerés asepsises voltáról és az állatanyag gyöngykórmentességéről meg vagyunk győződve. Az egyszerű *forralás* nem megbizható, csupán falun vihető eredményesen keresztül. *A sterilizálás* a legajánlatosabb conserváló eljárás; a *pasteurizálás* csupán az esetben megbizható, ha a fejés után rögtön alkalmazzák.

Deutsch (Budapest): Az egészséges állatanyag, az asepsises tejnyerés, az istállóhygiene, a fejőszemélyzet egészséges volta, a tejszállításnak és eladásnak gyors és kellő kautélák melletti keresztülvitele a *mesterséges csecsemőtáplálás* nyitja. Szép eredményeket ért el a *Székely* féle eljárással egészséges és gyomorbélbeteg csecsemőkön. A zsíros tej nyujtása javalatának a linzi osztrák-magyar tejgyár „*Ramogen*"-jével, az íróhasználat javalatának ugyanezen vállalat „*Buttermilchconserve*"-jével tesz eleget. Nyers tej helyett a „*Perhydrase-tejet*" alkalmazza, mely mint diaeteticum dyspepsiák, dystrophiák, eczemák, rhachitis s scorbutszerü megbetegedések ellen bevált, de nem alkalmas hosszas adagolásra.

Graanboom (Amsterdam): Az írót leginkább leves alakjában nyujtja, nyilván könnyen emészthető caseinjának s tejsav-tartalmá-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

nak köszönheti eredményes alkalmazását. Az adagolás első idejében jelentkező dyspepsiák kezelés nélkül is elmulnak.

Mayeral Oliver (Malaga): A szárított tejet (polvo de leche) ajánlja egészséges és az emésztőszervek bántalmában szenvedő csecsemők táplálására.

Raudnitz (Prága): A tehenek *galaktophoritisében* streptococcusok és leukocyták találhatók a tejben. Tengerimalaczra átoltott nyers tejjel kimutatható a *tőgyek tuberculosus* volta. A *Bernstein*-féle piszokmérővel állapítjuk meg a *tej tisztaságát, friss voltát pedig az aciditás meghatározásával.*

Moro (München): *Az alimentáris intoxicatioban* a bakteriumok csupán másodlagos szerepet játszanak, a mennyiben a megváltozott béltartalom előnyös talaj a bakteriumok szaporodására és virulentiájuk fokozódására.

Selter (Solingen): Úgy az egészséges, mint a beteg csecsemők székletében a táplálék minémüsége szerint zsír, szénhydratok vagy fehérjeanyagok lesznek nagyobb mennyiségben kimutathatók; ezek kóros állapotokban (például „Fettdiarrhoe", „Mehlnährschaden" stb.) kórosan fokozott mennyiségben lesznek találhatók.

Lesage (Páris): Az emésztőmirigyek munkája közös, nem működnek oly élesen elkülöníthető munkafelosztással, mint azt még nem régen hirdették.

Muls (Bruxelles): *Az emésztőszervek működését* elemzi s azon végeredményre jut, hogy a női tej emésztése kevesebb munkával jár, mint a tehéntejé.

Basenau (Amsterdam): A tej *gümőbacillus*-, streptococcus- és bakterium colitartalma ellen a forralást ajánlja.

Összefoglalás: Az egyetlen ideális csecsemőtápszer a női tej. Női tej hiján egészséges állatanyagból az asepsis elvei szerint nyert, szállított és feldolgozott tejet nyujtsunk kis adagokban s nagy időközökben, kikerülendő a túltáplálás ártalmait. A nyers tej jelenleg mint diaeteticum szerepel. A sterilezés az „artfremd" tejet biologiai szempontból nem denaturálja. *Deutsch Ernő* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A szekszárdi Ferencz-közkórház évkönyve 1896—1905. Szerkesztette **Tanárky Árpád** dr. igazgató-főorvos. Szekszárd, 1907.

343 nagyoctáv oldalra terjedő vaskos kötet számol be a szekszárdi közkórház 10 esztendős működéséről.

A kötetet a kórház 10 éves történetének vázlata vezeti be; ebből értesülünk, hogy a kórház 1895-ben bővült ki 200 ágygyal s így jelenleg 350 ágya van, melyeket az igazgató-főorvoson kivül 2 osztályos főorvos és 2 alorvos lát el. A forgalom bővülése mellett azonban ezen ágyszám is kevés, úgy hogy a kórház kibővítése már 1896-ban tervbe vétetett; a kórház saját jövedelméből meg is vett valami 70,000 korona értékü telket s a kórház kibővítése csak azon mulik, hogy az ezen telekcsoport és a kórház közt fekvő lakatlan és használatlan utczát Szekszárd nagyközség nem akarja a kórháznak átengedni. Mindenesetre elszomorító jele annak, hogy mennyire méltányolják nálunk a kórházak kulturális és közegészségügyi jelentőségét.

Pedig hogy a köz szempontjából mily fontos szerepet, mily áldásdús hivatást tölt be ez a tisztán alapítványaiból és betegápolási díjaiból fenntartott kórház, azt megmutatja egy pillantás azokra a statistikai adatokra, melyeket a könyv második része tartalmaz. Ezek szerint 1896-ban 1711, 1905-ben 2385 egyén ápoltatott; az ápolási napok száma 1896-ban 78,640, 1905 ben 114,967 volt. A kórház nagy forgalmát mi sem bizonyítja jobban, mint hogy a 350 ágyas kórházban már 1897 végén 405 beteg feküdt, sőt egy év (1903) utolsó napján 462 volt az ápoltak száma s olvassuk is, hogy a zsúfoltság pótágyak felállítását s a betegeknek a folyosón való elhelyezését teszi nem egyszer szükségessé.

A kórház 3 osztályból áll: belorvostani, elmekórtani és sebészeti; ez utóbbihoz tartozik a szülészeti és nőorvostani osztály, melynek keretén belül bábaképezde működik, mely 1905 végéig 121 másodosztályú és 82 az egész országban gyakorlatra jogosító bábadiplomát állított ki.

A könyv harmadik részében Tanárky igazgató-főorvos az általa vezetett sebészeti osztály 10 éves működéséről számol be. Ezen idő alatt 5043 sebészi beteg kezeltetett, a kiken 2629 mütevés történt A kezelt betegeknek több mint negyedrészét sérülések teszik ki, 10%-át rossztermészetü daganatok. Szomorú jelenség, hogy ezen rossztermészetü daganatok 50%-a egyáltalán nem operálható állapotban jelentkezett és a kétségen felül operabilisak száma nem tett ki többet 30%-nál. A sebészi kóresetekről a munka egész részletességgel beszámol, érdekes esetekről rövid kórtörténeteket nyujtva, a többiekről összefoglalólag. A munka ezen része rövid referatumra alkalmatlan, csak annyit konstatálhatunk róla, hogy több érdekes esetet tartalmaz és különösen érdekes betekintést enged a kórház beléletébe. Az acut esetek, sérülések, gyuladások ellátásán kivül álképletkiirtások, szabadsérvmütétek, húgykőmütétek, vaginális nőorvostani mütétek szerepelnek nagyobb számmal.

Mindenesetre fényes tanubizonyságát szolgáltatja e könyv annak, hogy a szekszárdi közkórházban intensiv, a tudomány legmodernebb magaslatán álló működés folyik s ennek megfelelő szép gyógyeredményeket érnek el. Vajha mentől több hasonló buzgalommal, hasonló operativ és klinikai tudással vezetett gyógyintézménye volna modern szinvonalon álló vidéki kórházakban oly szegény hazánknak!

Lapszemle.

Belorvostan

Az olajkúra értékéről gyomorbajokban ir *Walko* prágai docens. Alig 5 esztendeje, hogy Cohnheim, Ageron és Walko egymástól függetlenül ajánlotta az olajat bizonyos gyomorbajokban, a mennyiben a sósavtermelést hátráltatja, a gyomoraciditást csökkenti, bevonó és csuszamlássá tevő hatásával a pylorusgörcsöt szünteti, a hyperaciditas eseteiben úgyszólván rendszerint meglevő székszorulást javitja, e mellett nagy a tápláló értéke és a többi táplálóanyag emésztését nem zavarja. Az eljárást azóta nagyon sokan használták s többnyire elég jó, sőt kitünő hatását látták pylorusszükület, hypersecretio és hyperaciditas, valamint gyomorfekély eseteiben. Jelen közlésében a szerző főleg a gyomorfekély eseteiben elérhető kedvező eredményekről szól. Friss fekély esetén 14 napi szigorú ágynyugalmat rendel, 1—2 napra minden táplálékot eltilt és naponként többször ad 100 r. oleum olivarumból, 5 r. bismutum subnitricumból és 3 r. magnesia ustából álló rázókeveréket evőkanálnyi mennyiségben. Olajból, tojássárgából és czukorból álló emulsio is adható három óránként. A 3. naptól kezdve hideg tejet is kap a beteg s egyébként a Leube-féle eljárás foganatosítandó. Idült fekélyképződés esetén Fleiner-féle bismutbeöntést használ a szerző, a melyet annyiban módosított, hogy kicsiny vízmennyiségekkel előbb mindig jól kiöblíti a gyomrot s csak azután önti belé a bismutot tartalmazó olajat; utána ½—1 órára a jobb oldalára vagy a hasára fekteti a beteget. Ezt az eljárást két héten át naponként, később 2—3 naponként végzi a tüneteknek teljes elmulásáig. A diaeta a 2. héttől kezdve a Leube-féleével egyezik. Vérzéssel járó friss esetekben 2—3 napig a száján át semmi táplálékot sem kap a beteg, hanem naponként 4-szer 25 cm^3 oleum olivarumot 1—2 gm. bismutum subnitricummal, közbe pedig fehér gelatinából készült jeges gelée-t. A tulajdonképeni táplálás a végbélen át történik, 2—3 tojásból, 250 cm^3 50% szőlőczukoroldatból, egy tábla fehér gelatinából és 2—3 evőkanálnyi vörös borból álló klysma segélyével; később plasmonnal, hygiamával stb. kevert tejet, húsgelée-t, tejbe áztatott kétszersültet, tejes rizst stb. s minden étkezés előtt egy órával olajból, bismutból és magnesia ustából álló rázókeveréket ad evőkanálnyi mennyiségben.

Feltünő jó eredményeket látott a szerző az olajkúrától gyomortúlérzékenység eseteiben; olyankor, a mikor egyébként normális gyomormüködés mellett minden étkezés után súlyos emésztészavarok (émelygés, hányás) jelentkeztek, naponként végzett gyomoröblítés s utána natrium bicarbonicummal emulgeált oleum olivarum (50 cm^3) beöntése néha már egy hét alatt a zavaroknak végleges megszünését eredményezte.

Az olajat a betegeknek nagyobb része jól türi; csak 20% viseltetik vele szemben leküzdhetlen undorral, ilyenkor használatát nem szabad erőltetni. Az olajban levő, vagy belőle a gyomor-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

ban képződő zsírsavak izgató hatásának megelőzése czéljából alkaliákkal készült rázókeverékben adjuk. A szerző rendszerint úgy jár el, hogy 10 gm. natrium bicarbonicumot lehetőleg kevés vízben old, ezt az adandó olajmennyiséggel jól összerázza s az így finom emulsiojúvá vált olajat leöntve, hidegen vagy melegen használtatja. Izjavítás czéljából oleum menthae, 0·1—0·2 gm. menthol, elaeosaccharum citri vagy menthae cum saccharo lactis adható az olajhoz. Hyperaciditas eseteiben már évek óta nagyon jó eredménynyel rendeli a szerző a következőt: Rp. Extr. belladonnae 0·3, Magnesiae ustae 10·0, Elaeosacchari menthae cum saccharo lactis 6·0. M. Kávéskanálnyit az étkezés után. Olyanokon, a kik nem tűrik az olajat, kisérletet lehet tenni sardina-olajjal vagy mandolatejjel. Igen jó hatású a csontvelő is. 3—4 hétnél hosszabb ideig nem jó használtatni az olajkúrát, mert a gyomornedvelválasztás erős és tartós csökkenését okozhatja. Előnye az olajkúrának az is, hogy másféle gyógyitásmódokkal (karlsbadi kúra, gyógyszerek, diaetotherapia stb.) kombinálható. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 47. szám.)

A gyomorbélcsatornának az anaemia perniciosában előforduló szövettani változásairól ir *Oestreich* és *Strauss*. Az ezen kérdéssel foglalkozó régebbi szerzők gyakran észlelték anaemia perniciosában a gyomorbélcsatorna nyálkahártyájának sorvadását, a melyet egyesek elsődlegesnek, a vérelváltozás okának, mások mellérendelt vagy következményes elváltozásnak tekintenek. A sorvadáson kivül többen a nyirokszövet megszaporodását is találták s ezt gyuladásosnak itélvén, gastritis illetve gastroenteritis interstitialis progressiva atrophicansról beszélnek. Ezekkel szemben a szerzők már 5 évvel ezelőtt anaemia perniciosa 10 jól kórismézett esetét vizsgálva, 6 esetben többé-kevésbé kifejezett mirigysorvadást, 5 esetben a nyirokszövetnek nagyfokú, 2 esetben kisebb fokú szaporodását találták (3 esetben nem volt változás), a mely kifejezettebb volt a nyálkahártya bazális részeiben. Minthogy a gyuladás jeleit (föképenkötőszövetképződést) csak ritkán s akkor is nagyon csekély mértékben észlelték, a nyirokszövet megszaporodásában egyszerű hyperplasiát láttak, melyet összefüggésbe hoztak a vér lymphocytatartalmának ezen betegség nem komplikált eseteiben gyakran található nagyobbodásával. Azóta Oestreich kezdeményezésére Rojas más betegségben elhunyt 150 egyén béltractusát vizsgálta az említett szempontból s csak egy syphilises multiplex vékonybélszűkületet mutató esetben talált nyirokszövettúltengést. Ennélfogva a gyomorbélcsatorna nyirokszövetének hyperplasiáját az anaemia perniciosára eléggé jellemző elváltozásnak kell tekintenünk. A vér nyiroksejttartalmát újra vizsgálat tárgyává tették Strauss és Rohnstein s azt az esetek (24) felében találták megnagyobbodva. A nyirokszövethyperplasiát azon ártalom okozatának tekintik, a mely magát az anaemia perniciosát hozza létre. Nem hozzák közvetlen összefüggésbe a gyomorbélcsatorna mirigyeinek tönkremenetelével, a mely csekély mértékben elég gyakran előfordul s nincs rothadás által feltételezve, mint Faber és Bloch állítja. Az anaemia perniciosa elsődleges okának azért nem tekintik a gyomorbélcsatorna említett elváltozását, mert körülbelül 16—20%-ban sósavat találhatunk a betegek gyomornedvében, az apepsia javul, ha az anaemiás beteg állapotában javulás áll be, sőt eltünhetik, ha meg tudjuk gyógyítani a beteget (botryocephalus-anaemia), másrészt tudjuk, hogy obstipatio esetén sohasem keletkezett anaemia perniciosa, úgyszintén a bél egy harmadának kiirtása sem vezetett a vér lényeges megváltozására. Mindazonáltal nem tagadható, hogy az emésztőszervekben is támadhatnak néha oly folyamatok, melyek a vérképző szervek müködését károsítják. (Berl. med. Woch, 1907. 41. sz.)

Idegkórtan.

A hysteria újabb elméletei czímmel *Aschaffenburg* (Köln) czikkében főleg *Freud* nézetével foglalkozik. Ez a nézet nem nagyon különbözik a legrégibb görög felvételtől. A régiek azt hitték, hogy a kielégítetlen méh elhagyja helyét és a testben fel- és leszáll, mindenütt kóros tüneteket okozva. *Freud* pedig ma minden hysteriás tünet mögött ki nem elégített nemi vágyakat lát. *Freud* addig vallatja a betegeket, esetleg hypnosisos vagy „éber álom"-ban, míg a nemi eredetre bukkan és segítségül veszi az álomképek pontos elmondását is, beléjük magyarázva a nemi gondolatot azon hitben, hogy azt azokból hámozta ki. *Jung* (Zürich) e mellett egy saját módszert is alkalmaz, abból a helyes gondolatból indulva ki, hogy a gondolatkapcsolásban az affectustól kisért képzeteknek sajátos reactioidövel kell birniok. Ezért az előmondott ingerszavakat követő feleletben támasztópontot kell találni arra, hogy nem érintettünk-e feli ndulással kapcsolt gondolatkört. *Jung* felfogásában elhanyagolja a szokásassociatiók feltámadását, a mely a sajátlagos reactiót elnyomja. *Jung* ezenkivül elhanyagolja, hogy az egy- és többtagú ingerszók közt van különbség a reactioidőben is.

Míg *Freud* psychoanalysisnek mondja az ő módszerét, addig *Bezzola* a magáét psychosynthesisnek nevezi. Ő betegét bekötött szemmel, pihenő helyzetbe teszi, a melyben a maga kellemetlen érzéseire kell gondolnia. Igy a beteg hypnoid állapotba jut, a mely megfelel a bajt kiváltó élménynek. *Aschaffenburg* nem tartja helyesnek ezt a kisérletet, a mely az amúgy is zavarosan gondolkozó betegnek alkalmat nyujt, hogy játékszere legyen újabb zavaros képzeteknek.

Azokra a gondolatolvasás-eredményekre, a melyeket ezek a szerzők igy elértek, mások nem jutottak. Ezeket a leirt módszerek hívei azzal vádolják, hogy a „methodikát nem teljesen birják". *Aschaffenburg* ezzel szemben azt gondolja, hogy a beteggel bánni tudó orvos e módszerek nélkül is meg tudja találni a baj kiváltó okát. Azok az öntudatlannak tartott okok, a melyekre *Freud* és társai hosszú faggatás után jutnak, a vizsgálók subjectiv gondolkozásában gyökereznek és belőlük jutnak erőszakos magyarázások segítségével a betegekbe. Nem valószinü az, a mit többen hisznek, hogy Freudhoz más betegek jönnek, mint más orvosokhoz. Az sem hihető, hogy Bécsben a nemi gondolat inkább előtérben állana mint máshol. *Aschaffenburg* értékesnek tartja *Freud* azon felfogását, hogy az affectus okoz ideges tüneteket, de nem találta, hogy az affectusok erőszakos elnyomásakor azok tünetekké „convertálódnának". Söt ellenkezőleg, ha a beteget reá tudjuk birni, hogy nyomja el kényszerképzeteinek kiinduló pontját az által, hogy ne beszéljen és ne panaszkodjék róla senkinek, javulást lehet elérni.

Azokat az eredményeket, a melyeket *Freud* az ő módszerével elér, nélküle is el lehet érni, s a psychoanalysis káros lehet az által, hogy a beteg gondolkozását a nemi kérdések felé viszi. Különösen káros lehet — mint azt *Freud* legújabban teszi — mindenkiben homosexuálos és vérfertőző gondolatokat kutatni. Némely betegre ezen gondolatok felvetése annyira kínos, hogy neurastheniája fokozódik.

Feltéve, hogy a hysteria úgy keletkezik, mint azt *Freud* állítja, felmerül az a kérdés, hogy hasonló jelenségek miért nem okoznak mindenkin bajt. Az e felett való gondolkozásban kezdődik a hysteria elmélete. A lényeg az inger és reactio között fennálló aránytalanság, a reactio vagy túlzott vagy elégtelen. Ennek alapja endogen, azaz öröklött. Ferde nevelés és kényeztetés fokozza az ingerre való aránytalan reactiót. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907 október 31.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A vesegümőkór diagnostikájáról és sebészi kezeléséről értekezik *Cathelin* és 20 végzett nephrektomiája alapján a korai műtét hívének vallja magát. Operativ halálozása egy esetben volt. A vesegümőkór rendesen egyoldali megbetegedés, a másik vese megbetegedése haematogen úton jő létre, a mely fertőzést az általa leirt canalis venosus reno-capsulo-diaphragmaticus közvetíti. A kétoldali ureterkatheterezésnek nem híve s a cystitissel szövődött vesetuberculosis esetén vizeletseparatorját ajánlja. A műtéti technikát illetőleg a lumbális extracapsularis nephrektomiát ajánlja, a vérérkocsány en masse ellátást elveti, hanem a vérerek egyenkénti lekötését végzi. Felhivja a figyelmet arra, hogy a cystitis tuberculosa rendesen renalis eredetü. (Folia Urologica, 1907. 1. k. 2. f.) *Steiner Pál* dr.

A prostata sarkomájáról értekezik *Nicolich* osztályáról *Conforti* és *Favento*. Az irodalomban eddig 30 prostatasarkomaeset ismeretes, ezen esetekhez járulnak egy újabb esettel, a melyben transvesicalis prostatektomiát végeztek, de a daganat már a húgy-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

csövet és a hólyagot is infiltrálta; a beteg 4 hóval a műtét után cachexiában meghalt. A kórszövettani vizsgálat a prostata elsődleges lymphosarkomáját mutatta. Az irodalmi adatok áttanulmányozása után azon következtetést vonják le, hogy a prostata-sarkoma gyermekfejnyire megnövekedhet, gyakran infiltrálja a hólyagfalat s a húgycsövet, ellenben ritkán az uretereket. Áttételek gyakoriak. A klinikai tünetek a beteg kora szerint változnak. Hirtelen complet retentio rendesen csak fiatal egyéneken jelentkezik, idősebbeken hiányzanak a vizelési panaszok, rendesen későn mutatkoznak s kevéssé kifejezettek. Gyakoriabbak a végbél compressioja által okozott symptomák. A diagnosis gyakran nehéz. A sebészi kezelés eredménynyel inkább idős egyéneken jár, mert ezekben lassan növekszik a daganat és ritkán ér el terjedelmesebb nagyságot. (Folia Urologica, 1907. I. k. 2. f.)

Steiner Pál dr.

Epulis. A tübingeni sebészeti klinikán *Kühner* összeállítása szerint 31 év alatt 90 epulis-esetet kezeltek. Négy esetben nem történt műtét. Ezek közül három az epulis következtében meghalt. míg egy öt éves fiún, a mint azt a 25 év mulva véghezvitt vizsgálat bizonyítja, a daganat visszafejlődött. A 86 operált eset közül 7 esetben nem sikerült a végleges eredményt megtudni. 72 beteg állandóan meggyógyult a műtét után, míg 7 esetben recidiva keletkezett. Ezek közül 5 gyógyult recidiv operatio illetőleg spontan gyógyulás útján. A spontan gyógyulás három esetében valószinűleg nem valódi, hanem granulatiós tumor volt jelen. Két beteg a recidiva következtében halt meg. Az egyik eset, igen rossztermészetű óriássejtes sarkoma, 7 héttel a műtét után halálosan végződött, a másik esetben a recidiva szintén közvetlen a műtét után keletkezett és rövid időn belül vezetett halálra. 97·47%-a az eseteknek ezek szerint teljesen meggyógyult, vagyis az epulis megfelelő kezelés mellett csaknem minden esetben gyógyítható. (Bruns' Beiträge zur klin. Chir., 55 kötet, 3. füzet.)

Li.

A tetanus serumkezeléséről ir *M. Hofmann*, a grácz i sebészeti klinikán 30 esetben szerzett tapasztalatai alapján. 13 esetben subcutan történt a serum alkalmazása 53·8%-os halálozással, egy esetben subcutan és endoneurálisan (†), 16 esetben subcutan és dural infusiók formájában. Ezen esetekben a halálozás csak 12·5%-ot tett ki, vagyis meglepően alacsony, a mi nagyon bátorít a methodus további kipróbálására. A technika azonos a közönséges lumbalpunctioéval: körülbelül 20 cm^3 liquor lebocsátása után a höchsti gyár antitoxinjából 20 cm^3-t (100 A. E.) fecskendeztek a durális zsákba. 2, 3, 4 nap mulva, esetleg többször is, megismételték a befecskendezést. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 55. k. 3. füzet.)

Li.

A Matas-féle endoaneurysmorhaphiát két izben végezte *Ch. H. Frazier*. Az egyik esetben egy popliteális sacciform aneurysmát Esmarch-pólya által biztosított vértelenségben felhasított, a benne levő thrombusokat kihámozta, az ér lumenéhez vezető közlekedő nyilást finom selyemmel bevarrta, s azután az aneurysma falait két sor selyemvarrattal egymásra varrván, az aneurysma üregét eltüntette. Sima gyógyulás. A tibialis anterior pulsusa, a mely a műtét előtt sem volt érezhető, nem állt ugyan helyre, de a láb táplálkozása jó maradt s 9 havi észlelés alatt nem állt be recidiva. A másik esetben a Poupart-szalag alatt volt femoralis aneurysma 3 nyilással közlekedett az érrel, úgy hogy, annak ellenére, hogy az eret az aneurysma felett és alatt klammerrel lefogta, borzasztó vérzés állott be s a beteg majdnem az asztalon maradt. A nyilásokat elvarrta s az aneurysma üregét elzárta, a lábszár azonban a popliteában képződött thrombus folytán elhalt s amputálni kellett. Az irodalomban ismertetett 35—40 Matas-műtét között ez az egyetlen, melyet gangraena követett. (Annales of surgery, 77. f.)

Pólya.

Venereás bántalmak.

A syphilis prophylaxisáról ir *E. Metschnikoff* (Paris). Beszámol azon újabb vizsgálatairól, melyeket *Roux*-val és *Salmon*-nal egyetemben az Institut Pasteur-ben végzett. *Metschnikoff* most is meg van győződve a mintegy 1½ év előtt ajánlott calomeles kenőcs prophylaxisos hatásáról. Azon kifogásra, hogy az általa először ajánlott 25—33%-os calomeles lanolinkenőcs nem eléggé zsíros és sikamlós, újabban igen sok módosító kisérletet tett a kenőcs alapanyagát illetőleg. Végül megállapodott a következő összetételű kenőcsben: 33 gm. calomel, 67 gm. lanolin, 10 gm. vaselin. Ez a fertőző virus behatolása után közvetlenül vagy egy-két óra után alkalmazva megakadályozza a syphilis kifejlődését. Ennek bizonyítására felhozza *Maisonneuve* dr. esetét, a ki bőséges syphilises anyaggal beoltatva magát, az inoculatio utáni órában a kenőcsöt használta s így a syphilistől megmenekült. A szerző ily sikeres kisérleteket majmokon is végzett és pedig nagy számmal. A calomelkenőcs összetételét sokféleképen variálták, főleg a calomelt csökkentették benne, s innnn ered, hogy sok vizsgáló csakis negativ eredményt kapott. Kikel az ellen, hogy „Metschnikoff-féle kenőcs" s egyéb hasonló czímen rossz kenőcsöket gyártanak, a melyektől azután hatást várni nem lehet. *Metschnikoff* újabban prophylacticumként az atoxyllal is tett kisérleteket ez irányban. Ismeretes, hogy már *Uhlenhuth*, *Hoffmann* és *Roscher* is bátorító eredményekről tettek említést. A szerző vizsgálatai azonban ezektől teljesen függetlenül folytak. Elsöben két syphilissel inoculált jávai macacuson tette kisérleteit. Az egyik a fertőzés napján 0·15 gm. atoxylt kapott injectio alakjában, 17 napon belül pedig összesen 0·90 gm.-ot. Ez túlnagy adagnak bizonyult. A második állat 4 injectioval összesen 0·30 gm.-ot kapott. Mindkettőn a syphilises tünetek elmaradtak. Ugyanazon virussal oltott 5 másik macacus-majom atoxylos kezelés nélkül syphilist kapott. De úgy látszik, hogy sokkal kisebb adagok is elegendők a prophylaxis czéljából. Így egy esetben egy macacust 0·20 gm. atoxyl mentett meg a syphilistől. Egy másik esetben egy a szemöldök ívén oltott 3 kgm.-os macacus rhesus a virus beoltása után csak nyolczadnapra kapott 0·15 gm. atoxylt s a syphilis mégis elmaradt. Három ellenőrző kisérletben az állatok ugyanazon virustól megkapták a syphilist. *Metschnikoff* erre még más irányban is folytatta kisérleteit. Majmokat, a melyeket a syphilisvirussal végzett oltásoknak ellenére sikerült a syphilistől megmentenie, 77, 91 nappal az első oltás után syphilises virussal újra beoltott. Az oltások fogtak és az állatok a syphilist megkapták. E kisérletek tehát azt bizonyítják, hogy az első oltás alkalmával a virus nem terjedt el a szervezetben, tehát nem is támadt ennek kapcsán immunitás sem. *Metschnikoff* említést tesz még arról, hogy 2 oly férfin is végeztek látszólag sikeres praeventiv atoxyl-injectiokat (2 × 0·50 gm. atoxyl), kik lueses infectióktól tartottak. Ezek az injectiók, melyek különben csakis az illetők határozott kivánatára történtek, nem sokat bizonyítanak, de *Metschnikoff* sem von belőlük semmiféle következtetést. (Annales de l'Institut Pasteur, 1907. 10 sz.)

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Nagy sublimatpastillák. Eddig csak az Angerer-féle pastillák voltak forgalomban ½ és 1 gramm sublimat-tartalommal. Használatuk a nagyban való fertőtlenítéskor némileg kényelmetlen volt, a mennyiben a nagymennyiségű oldat készítéséhez szükséges sok pastillának egyenként kibontogatása időveszteséggel járt, másrészt pedig a pastilláknak túlságosan megfestettsége miatt a velük készült oldat a finomabb fehérneműn néha eltávolíthatlan vöröses foltokat okozott. *Esmarch* tanár utasítására tehát a Merck-gyár újabban 5 és 10 gramm sublimatot tartalmazó pastillákat hoz forgalomba, még pedig nagyon kevés festéktartalommal. Előnyük az is, hogy körülbelül 10%-kal olcsóbbak. (Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1907. 13. füzet.)

Az alsol-crême 1% aluminium aceto-tartaricumot tartalmazó közömbös kenőcs; a szaga kellemes, a színe fehér, testhőmérséken meglágyul, könnyen eltávolítható a bőrről s a fehérneműt nem piszkítja. A budapesti poliklinika dermatologiai osztályán *Neu* dr. több olyan esetben használta, a melyben lobellenes és antisepsises hatásra volt szükség, így főleg súlyos intertrigo, nedvező dermatitis és eczema, valamint Röntgen-fény okozta bőrlob eseteiben. Az alsol-crême-mel végzett kötözések ezekben az esetekben jól beváltak, a viszketés, égetés és fájdalom gyorsan mérséklődött s a lobnak objectiv tünetei is csakhamar javultak. (Pester medizinisch-chirurgische Presse, 1907. 38. szám.)

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Magyar orvosi irodalom.

Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből, VII. kötet, 4. füzet. *Kössa Gyula:* A toxikus köszvény természetéről. *Fettick Ottó:* A vajban előforduló bakteriumok, erjesztő- és penészgombák. *Besskó József:* Ektopia cordis.

Klinikai füzetek, 1907. 11. füzet. *Konrádi Dániel:* Öröklődik-e a ragály elleni mentesség? *Pándy Kálmán:* Az elmebetegek ügyének haladása néhány észak- és nyugoteuropai államban.

Gyógyászat, 1907. 48. szám. *Purjesz Zsigmond:* Van-e a Calmette-féle ophthalmoreactionak specifikus reactio-értéke. *Székely Zsigmond:* Curettage közben műszerrel átfúrt méh esete.

Orvosok lapja, 1907. 48. szám. *Hausner József:* Az endocarditis tanának mai állása. *Tafner Vidor:* A tükörcondensor.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 48. szám. *Irsai Artur:* Collaterális venapálya ritka esete. „Diaetás és physikai gyógymódok" melléklet, 3. szám. *Ország Oszkár:* A hasnyálmirigy functionális diagnostikájáról. *Molnár Béla:* A nucleinanyagcserefolyamatok és a köszvény diactás kezelése. „Bőr- és bujakórtan" melléklet, 4. szám. *Brezovsky Emil:* A luesnek atoxyllal való orvoslásáról. *Haftl Dezső:* Amerikából hazatért gyermekeken észlelt sajátságos bőrkiütés. *Schein Mór:* Az ősz hajszálak növése, viszonyítva a pigmentáltakhoz. *Weiner Miksa:* Extragenitalis syphilis-fertőzés ritka esete. „Fürdő- és vízgyógyászat" melléklet, 4. szám. *Okolicsányi-Kuthy Dezső:* A skrofulózis hydrotherapiája.

Vegyes hirek.

Alexander Béla dr. késmárki orvost a vallás- és közoktatásügyi minister a budapesti egyetem kötelékében létesített orvoskari központi Röntgen-laboratorium vezetőjévé nevezte ki.

Új egyetemi magántanárok. A vallás- és közoktatásügyi minister *Scholtz Kornél* dr.-nak, a budapesti tudomány-egyetem orvostudományi karán a „szemészeti diagnostikából", *Hudovernig Károly* dr.-nak ugyanezen egyetem orvostudományi karán az „elme- és idegbetegségek határkórformáiból" és *Poór Ferencz* dr.-nak ugyanez egyetem orvostudományi karán a „bőrbetegségek kór- és gyógytanából" egyetemi magántanárrá történt képesitését jóváhagyólag tudomásul vette és őket e minőségükben megerősítette.

Kinevezés. *Derekassy István* dr.-t Debreczenben vasúti egészségügyi tanácsadóvá nevezték ki. — Fejérmegye főispánja *Frank Géza* dr.-t a székesfehérvári szent György-közkórházhoz alorvossá nevezte ki. — *Horváth Géza* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere a jobbparti kórházakhoz segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Téchy József* dr.-t Marczaliban, *Baráko Gábor* dr.-t pedig Kumáron körorvossá választották.

A budapesti és a kolozsvári tisztiorvosi vizsgálatok eredménye. Az 1907 november hó 10.-étől 20.-áig *Budapesten* megtartott tisztiorvosi vizsgán a következő orvosok képesittettek: *Borha Jenő* körorvos Szalárd, *Chierego József* kerületi orvos Fiume, *Dóczi Imre* belügyministeri segédfogalmazó Budapest, *Feuer Lipót* községi orvos Mohol, *Gönczi Mór* magánorvos Budapest, *Groszwirth Zsigmond Salamon* magánorvos Héthárs, *Gurdélyi Géza* nyugalmazott honvédezredorvos Budapest, *Hajdu Béla* magánorvos Jászalsószentgyörgy, *Hruska János* körorvos Nyustya, *Jankulov Sándor* magánorvos Budapest, *Kiss Ödön* elmegyógyintézeti másodorvos Budapest, *Kovács Mór* körorvos Nagysomkut, *Kraemer Lipót* városi orvos Nagyszőllős, *Lefkovics Salamon* magánorvos Liptószentmiklós, *Mattyasowszky Honor* egyetemi gyakornok Budapest, *Plósz Sándor* körorvos Pacsa, *Pollermann Arthur* községi orvos Gilád, *Pruzsinszky Zoltán* körorvos Nagytószeg, *Schrank Ferencz* magánorvos Budapest, *Schwarz Viktor* uradalmi orvos Lengyel, *Schwarz Vilmos* kórházi másodorvos Pécs, *Singer József* kórházi másodorvos Arad, *Tihanyi Béla* klinikai gyakornok Budapest, *Weltner Sándor* városi orvos Pápa.

Az 1907. évi november hó 3—5.-éig *Kolozsvárott* megtartott tisztiorvosi vizsgán a következő orvosok képesittettek: *Csermák Béla* műtőnövendék Kolozsvár, *Grünwald Izidor* körorvos Bonczhida, *Kappel Izidor* tanársegéd Kolozsvár, *Kincs Miklós* kórházi másodorvos Zilah, *Klimó Béla* klinikai gyakornok Kolozsvár, *Rudnay Imre* pénztári orvos Salgótarján, *Vékás József* klinikai gyakornok Kolozsvár, *Zsakó István* tanársegéd Kolozsvár.

Fejér Vilmos dr., Stoósz fürdő igazgató-főorvosa a télen át Budapesten, VIII., József-uteza 16—18. szám alatt lakik.

A magyar orvosi szaklapok szerkesztőségének tagjai lapunk főszerkesztőjének meghivására f. hó 2.-án értekezletre gyültek össze s megalakitották a „Magyar Orvosi Lapok Egyesület"-ét, melynek czélja egyfelől, hogy a magyar orvosi sajtó tekintélyét és erkölcsi színvonalát emelje és közös érdekeit előmozditsa és megvédje, másfelől pedig, hogy mint az 1902-ben megalakult „Association Internationale de la Presse Médicale"-nak magyarországi szakosztálya működjék. Az alakuló ülés az egyesület elnökévé *Lenhossék Mihály* dr. egyetemi tanárt, ügyvezető titkárává *Győry Tibor* dr. magántanárt választotta meg.

Az „Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen" e hó 9.-én szaktanácskozást kezd meg a sexuális paedagogia kérdéséről. A megnyitó ülés tárgyrendje: *Liebermann Leó:* Elnöki megnyitó. *Kemény Ferencz:* A sexuális paedagogia története, mai állása és jövője. A szaktanácskozás coreferensei: *Schuschny Henrik* (Az iskolaorvos sexualpaedagogiai hivatása) és *Hahn Dezső* (Sexualpaedagogia és társadalomegészségügy). A tanácskozást az újvárosháza közgyülési termében tartják este 6 órakor s minden hétfőn este ugyanakkor folytatják.

Meghaltak. *Langfelder Dávid* dr. 78 éves korában Debreczenben. — *Mátray Miksa* dr. 52 éves korában Gyöngyösön. — *Folet* dr., a sebészet tanára a lille-i egyetemen. — *J. C. Simes*, az urologia tanára a philadelphiai poliklinikán.

Kisebb hirek külföldről. Helferich tanár utódjává a kieli egyetem sebészeti tanszékén *W. Anschütz* boroszlói rendkivüli tanárt, az ottani sebészeti klinika első tanársegédét hivták meg. — *C. A. Ewald* tanár Berlinben a Berliner klinische Wochenschrift szerkesztőségétől visszalép. Ewald tanár 27 év óta szerkeszti a lapot, az utóbbi években K. Posner tanárral együtt, ki most a lap főszerkesztője lesz s szerkesztőtársul *H. Kohn* dr.-t veszi maga mellé. — A bécsi Ferencz József-ambulatorium I. urologiai osztályának vezetőjévé *Kapsammer* dr.-t, a II. urologiai osztály vezetőjévé pedig *Schüller* dr.-t nevezték ki. — A Koch Róbert-alapitványra, a melyet a gümőkór tanulmányozására fognak szánni, eddig 126,000 márka gyült össze. — *S. Askanazy* königsbergi docens (belorvostan) a tanári czimet kapta. — A heidelbergi nőorvostani tanszéken Rosthorn tanár utódja *Menge* erlangeni tanár lett.

Az ez évi egyik Nobel-díjra, mint hirlik, *Laveran*-t, a malariaparasiták felfedezőjét hozták javaslatba.

Az Edinger tanár vezetése alatt álló neurologiai intézet Frankfurtban a napokban új, tágasabb intézetbe költözik át. Edinger tanár jelenlegi és volt tanitványai ez alkalommal ünneplésben részesitik a jeles neurologust, ki 20 éve áll az intézet élén s ez idő alatt nemcsak maga értékes dolgozatokkal gazdagitotta a neurologiai irodalmat, hanem jeles tanitványokat is nevelt. Az ünnepély folyó évi deczember 10.-én lesz.

Folia neuro-biologica czimmel új folyóirat indult meg, mely az idegrendszer anatomiájára, élettanára és kórtanára vonatkozó haladások ismertetését tűzte ki feladatául, s a mely ezirányú eredeti czikkeket is hoz. A lap szerkesztője E. Hekma dr. Groningenben, kiadója W. Klinkhardt Lipcsében; előfizetési ára 25 márka.

Jelen számunkhoz a Vereinigte Chininfabriken Zimmer Co. czég Frankfurt a. M. „Euchinin" czimű prospektusa van csatolva.

A Bier tanár berlini klinikáján sikerrel alkalmazott kúszó kúrát scoliosis eseteiben massage-, testegyenesitő- és gyógygymnastikai intézetemben én is bevezettem. **Halperth** dr., Budapest, VI. kerület, Andrássy-út 25. szám.

Antivulnerin néven rövid idő óta új összetételű kenőcs került forgalomba, mely görvélyes daganatok, valamint syphilis okozta mindennemű sebek, kiütések és bőrmegbetegedések ellen kitünőnek bizonyult. E szer előnye, hogy a sebet nem izgatja s hogy mérgező hatása nincsen. Készítője a „Fehér galamb" gyógyszertár laboratoriuma.

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

Vizgyógyintézet a „Fasor" (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon sz. 90—46.

Kopits Jenő dr. testegyenesitő intézetét **VIII., Gyöngytyúk-utcza 14. sz.** alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. Prospectus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 1703

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
14/153109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

Simonyi Béla dr. Modern **RÖNTGEN**-laboratorium Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek.
Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Telefon 49—57. **Vibratiós massage.**

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXI. rendes tudományos ülés 1907 november hó 16.-án.) 880. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.) 882. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1907. október hó 16.-án tartott XVII. szakülés.) 882. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 883 l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXI. rendes tudományos ülés 1907 november 16.-án.)

Elnök: **Prochnov József.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

(Vége.)

Májszúrás gyógyult esete.

Borszéky Károly: Annak az eldöntése, hogy a hasi sérülés a hasüregbe hatoló-e vagy sem, a legtöbbször nem ütközik nehézségbe; ma már több olyan helybeli és általános tünetet ismerünk, a melynek segítségével a kérdést biztosan eldönthetjük. A légzés felületes mellkasi jellege, az érverések száma, valamint a defense musculaire jelenléte a sérülésnek a hasüregbe hatoló voltát mutatja és ezzel a mütéti beavatkozást javalja.

Azonban azok az esetek, a melyekben mindezek a tünetek hiányoznak, nem feltétlenül ártatlanok. A bemutatandó eset példája annak, hogy mennyire óvatosnak és körültekintőnek kell lennünk, ha nem akarjuk a beavatkozás elodázásával a mütét szerencsés kimenetelének esélyeit csökkenteni.

29 éves, jól fejlett napszámost szállítottak be f. évi október 21.-én este Réczey tanár klinikájára. Beszállíttatása előtt fél órával hasbaszúrták. A bal egyenes hasizom külső széle mellett a köldök alatt három harántujjal volt a szúrt csatorna 1·5 cm.-es külső nyilása, a mely véralvadékkal volt kitöltve. A szúrás áthatoló voltának minden tünete hiányzott; a beteg érverése 80, elég telt és feszes, légzése nyugodt, a has érintésre sehol sem fájdalmas, a defense musculaire hiányzik, szabad folyadékgyülem nem mutatható ki. A beteg öntudata zavartalan, nem csuklott, nem hányt. Szondával vizsgálva a szúrt csatornát, a szonda az egyenes hasizomban akad meg. A szúrt csatorna lefutásának felderítése és az izom sebének ellátása czéljából chloroformnarcosisban a nyilást tágítjuk úgy a bőrön mint az izomzaton keresztül és ekkor tünik csak ki, hogy a szúrás mégis áthatoló. A peritoneum sebének tágítása után körülbelül egy liter részben alvadt, részben folyékony vér ömlik. A metszés meghosszabbítása után a vérzés forrását a májban találjuk meg; bal lebenye a szabad széltől 6 cm. nyi darabon egész vastagságában keresztül van metszve. A sebet vastag catgutvarratokkal egyesítve, a vérzés megszünt. Zavartalan gyógyulás.

Ez az eset tehát mutatja, hogy az eddig jellegzőnek ismert összes tünetek hiánya sem zárja ki a hasi sérülés áthatoló voltát; csak a szúrt, illetve lőtt csatorna feltárása adhatja meg a biztos felvilágosítást.

Ha addig várunk, míg a penetráló sérülésre jellegző tünetek kifejlődnek, a beavatkozást sokkal kedvezőtlenebb körülmények között leszünk kénytelenek végrehajtani.

Manninger Vilmos: A májsérülés-esetek nem ritkák. Az utolsó 2 hónap alatt a szt. János-kórház sebészi osztályára két esetet vette fel. Az egyik 28 éves munkás, a ki kocsiról esett le, 24 óráig súlyos állapotban volt, harmadnap hozták a kórházba. Külső sérülés nyoma nem volt, de súlyos volt az anaemia, mely fokozódott. Vidakovich látta először és subcutan májsérülést állapitott meg. 39 C° volt a hőmérsék. Laparotomia, a has tele volt vérrel, a máj hátulsó szélén egy közel 3 ujjat befogadó repedés. Az eset meggyógyult.

A másik esetben a 45 éves munkás cséplőgép tetejéről esett le. Másfél óra mulva hozták a kórházba súlyos állapotban. Öt bordája volt betörve, ökölnyi összemorzsolt tömeg a jobb máj hátulsó felületén. Noha infusiót végeztek, az operatiót követő napon meghalt. A bonczolat már nem talált sok vért.

A defense musculaire igaz, hogy nem jelentkezik mindig korán, de ha jelen van, a has belsejében történt súlyos sérülésre utal. Ez fontos subcutan ruptura eseteiben. Egy leánynak bal oldalába lőttek: lépsérülés, nagy haematoma, defense musculaire nem volt, tehát vártak s a beteg meggyógyult. Vidéken, a hol nem kapni gyorsan sebészsegítséget, a gyakorlóorvos csak a súlyos eseteket szállitja kórházba. Legideálisabb a metszett, szúrt májsebnek a varrása, de ha zúzódás van, tamponálni kell. Négy ilyen esetünk volt, csak egy halt meg. Igen nagy kellemetlenség a májsérülés után jelentkező epefolyás.

Milkó Vilmos: Áthatoló hassebzésre gyanús esetekben laparotomiát kell végezni. Két év alatt öt májsérülést operáltak, négy meggyógyult. A diagnosist mindjárt megállapították. Acut anaemia, défense musculaire. Ujabban thoraxsérülésekben is észleltük a défense musculairet.

Szabály, hogy csak friss sérülést szabad varrni, nem friss sérülést vagy hozzá nem férhető sérülést tamponálunk. Legczélszerübb per laparotomiam behatolni; bordatörés esetén transpleuralis úton hatolhatunk be.

Borszéky Károly: Manninger félreértett. Én csak a nyilt sérülések differentiális diagnosisáról beszéltem, melynek keretében nem akartam kitérni a májsérülések therapiájára.

A défense musculaire fontosságára nézve egyetértek a felszólalókkal. Alapján fel lehet venni a hasürbeli szervek rupturáját. De a défense musculaire később fejlődik, nem az első félórában.

Vakbélcsavarodás gyógyult esete.

Borszéky Károly: A 40 éves napszámos folyó évi október 8.-án teljes jólét közepette hirtelen rosszul lett, erős hasgörcsöket kapott és több izben hányt. Minthogy ezen idő óta széke nem volt, szelek sem távoztak, és állapota belső kezelésre és beöntésekre sem javult, október 11.-én Réczey tanár klinikájára vétette fel magát.

Felvételekor a hasat egyöntetüen puffadtnak találjuk, fölötte a kopogtatási hang váltakozóan dobos; a májtompulat megkisebbedett. Nyomásra a has mindenütt fájdalmas, a bal alhasi tájékon a rectus széle mellett mélyebb tapintásra homályos resistentiát lehet érezni; e helyen locscsanás is van. A végbél üres, a Douglas-üreg nincs kitöltve. A hólyagban 100 cm³ szalmasárga vizelet. A hőmérsék 38°, az érverés 86.

Ezen lelet alapján belső bélelzáródásra tettük a kórjelzést és a beteget chloroformnarcosisban azonnal megoperáltuk. Tekintettel a baloldalt tapintható resistentiára és az e helyen érezhető locscsanásra, legvalószinübbnek látszott, hogy az S romanum volvulusa oka az elzáródásnak. Ezért a hasüreget a középvonalban a köldöktől a symphysisig vezetett metszéssel megnyitjuk. A hasüreg megnyitása után erősen tágult vékonybelek tolulnak elő, a melyek serosája mindenütt erősen belövelt. Az elzáródás helye után kutatva kiderül, hogy a belek a rendestől teljesen eltérő elhelyeződést mutatnak; a colon transversum a hasüreg hossztengelyében fekszik, a minek következtében az egész vastagbél M alakot mutat; a colon transversum két szára közvetlenül egymás mellett fekszik teljesen összeesett állapotban; az S-romanum és a végbél ampullája jobboldalt fekszik és egészen üres.

Baloldalt a csípőárokban fekszik a vakbél, rajta a kis ujjnyi féregnyúlvány; a vakbél erősen kitágult, kékes-vörösen elszínesedett, a legalsó ileumrészlet és a vakbél mesenteriuma megnyúlt, gyüjtőerei erősen tágultak. Közelebbi vizsgálatkor kitünik, hogy a vakbél a beleszájadzó mintegy 5 cm.-nyi ileumkacscsal együtt a mesenterium körül körülbelül 180°-nyira meg van csavarodva. A visszacsavarodás könnyen sikerül és a vastagbél többi része erős korgással megtelik. Zavartalan, per primam gyógyulás.

A mütéti lelet tehát azon felvételünket, hogy az akadály helye a bal alhasban van, csakugyan beigazolta; azonban nem az S-romanum volt csavarodva, hanem a vakbél. A betegben u. i. a belek részleges situs inversusa volt jelen és a csavarodott bélrészlet a vakbél volt.

Azon tengelycsavarodások között, a melyek a beleken előfordulnak, tudvalevőleg az S-romanumé a leggyakoribb, a vakbélé a legritkábbak közé tartozik. Hogy egyáltalán létrejöhessen a mesenteriális tengely körüli csavarodás, okvetlenül szükséges (mint azt Zoege von Manteuffel kimutatta), hogy elegendő hosszú mesenterium commune ileocoeci legyen jelen; csakis ilyenkor jöhet létre a vakbélen csavarodás, de igy is igen ritkán észlelték. Weinreich 1901-ben csak 24 esetet tudott összegyüjteni az irodalomból.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Ujabbfajta tükörcondensor ultramikroskopi testecskék láthatóvá tételére.

Preis Károly: A Reichert K. czégtől való bemutatott készülék előnyösen különbözik az eddigi tükörcondensoroktól abban, hogy: 1. Auer-fény vagy spiritus-izzólámpa mellett is használható; 2. minden mikroskopra alkalmas; 3. olcsóbb.

Immersiós lencsékre nem alkalmas, hanem csakis száraz tárgylencsékre, de ezek elegendők is, a mennyiben Reichert 7/a, Zeiss-féle D vagy hasonló nagyítású tárgylencsével megfelelő eljárás mellett még az élő spirochaeta pallida mozgásai is kitünően láthatók.

Psychosis arteriosclerotica.

Oláh Gusztáv: Kizárja referatumából azon agy- és idegrendszer-bántalmakat, a melyek mint az általános arteriosclerosis közvetlen következményei támadnak, és nem azt tartja tisztázandónak, hogy mi minden keletkezhetik agy-arteriosclerosisban a psyche vagy idegélet körében vagy viszont, mely elmeés idegbántalmakban látunk különösen gyakran arteriosclerosist kifejlődni, hanem hogy felvehető-e az arteriosclerosissal kapcsolatba hozott különböző és változatos állapotok között oly alakulat, mely szinezetének, tüneteinek, kimenetelének sok esetben való megismétlődésében a klinikai individualitás kellékeivel bir?

Egy ilyen klinikai syndroma valóban létezni látszik és alkalmas arra, hogy psychiatriás typust alkosson, vagyis kóralakot sok közös vonással, közös kifejlődéssel, szóval kóregyéniséget, a mely megdiagnostizálható és megprognostizálható.

Az előadó ismerteti mindazon szerzők véleményét, a kik az arteriosclerosissal kapcsolatba hozott psychosisos állapotokat leirták. Majdnem valamennyiben megtaláljuk azt a formát is, melyet az előadó mint önálló, külön, typusos lefolyású psychosist, a többi főbb psychosis közé beiktathatónak vél. Felfogását a következőkben foglalja össze:

1. A konstatált arteriosclerosisból, akármilyen életkorban jelentkezik és akármily kiterjedésü és fokú, egyáltalán nem következik az agy-arteriák sclerosisa, sem ennek a veszélye.

2. Az agy-arteriák sclerosisa sem jár, mint olyan, elme- vagy idegkóros tünetekkel, még az igen súlyos formákban sem, sőt azt lehet mondani, hogy a physiologiai agy-arteriosclerosis épen nem disponál a psychosis arteriosclerotica ára.

3. Általános arteriosclerosis mellett, ha subjectiv agy-tünetek, szédülés, fejfájás arra utalnak, hogy agy-arteriosclerosis is fennforog és ha ilyenkor psychosisos tüneteket látunk kifejlődni, még nem következik, hogy rosszindulatú fajlagos psychosis arteriosclerotica forog fenn, mert agyarteriosclerosis más dementiás kórformákban is előfordul.

4. Azon életkorban, melyben az arteriosclerosis jelentkezni szokott, találunk egy chronikus, rossz prognosisú psychosisos alakulatot, melynek a megismétlődésében való egyformasága, kifejlődése, lefolyása jogot ad arra, hogy a psychosisok körébe mint önálló kóralakot belevonjuk, beleiktassuk, és a mely psychosis ép úgy, mint más involutiós psychosisok, agy-arteriosclerosissal jár, a nélkül, hogy az utóbbinak terjedelme vagy súlyos volta boncztani kifejezője volna a psychosisos alakulatnak

5. A lényeges és leggyakoribb tünetek a következőkben foglalhatók össze: helyi zavarok a mozgató körben az ideiglenesség jellegével, hemiparesisek egyes végtagokban, muló beszédzavar, az apperceptio időnkénti gátoltsága, az emlékezőtehetség cserbenhagyása, psychés kiesések és gátlások, aphasiás jellegü fogyatkozások, érzékzavarok, esetleg látótérszükület, múlékonyan fokozott reflexek, de normális pupillák.

Az előadó ismételten hangsúlyozza, hogy még ha a boncz-leletből meg is csinálhatjuk a diagnosist, a boncztani elváltozás még nem alkotja magát a betegséget, mert a psyche szerve, agypathologiailag már betegen, érintetlenül fenntarthatja a psychés müködést.

A psychosis arteriosclerotica elnevezést nem tartja szerencsésnek, mert ugyanannyi joggal a dementia paralytica is ugyanezt a nevet kaphatná, a melyhez pedig ezen kórformának semmi köze sincs.

(XXII. rendes tudományos ülés 1907. november 23.-án.)

Elnök: **Bókay Árpád**. Jegyző: **Kiss Gyula**.

Tetanus gyógyult esete.

Schmidl Emil: S. A., 15 éves vasöntőn sérülés után súlyos tetanus jelentkezett, egész testére kiterjedő tonusos görcsökkel, 40 C°-on felüli hőmérsékkel. A beteg két izben kapott 50 cm³, összesen 100 cm³ antitoxint subcutan. A betegség hatodik napján a rohamok gyakorisága és intenzitása csökkent, két hét mulva pedig teljes gyógyulás következett be.

Ihrig Lajos: Az a kérdés, tehető-e valami prophylaxisos intézkedés a tetaniára gyanus esetekben. Manninger egy ilyen esetben Bier-pólyát alkalmazott sikerrel. Be is mutatta az esetet a sebészeti szakosztályban. Ezen esetben is használtam, mint minden szennyezett friss seb esetén szoktam, a Bier-pólyát az első három napon át. A lobos duzzanat visszafejlődött és a seb 5—6 nap mulva meggyógyult, de a 12. napon mégis jelentkezett a tetanus. A Bier-féle eljárás tehát nem prophylacticum a tetanus ellen.

Hirschler Ágoston: Egy gyógyult esetről referál. A 35 éves vasúti pályaőr előadja, hogy felvétele előtt három héttel rozsdás vasszeg fúródott jobb lábába, melyet kihúzott, de a seb nem gyógyult. Felvétele előtt öt nappal görcsei voltak a törzs izmaiban, száját nem tudta nyitni, nehezen nyelt. A jobb lábháton a kisujjnak megfelelő lábközépcsonton fillérnyi, rendetlen szélü anyaghiány, mely 2 cm. mély, friss sarjakkal fedett, kevés genyet választ el. Tetanusbacillust a sebből nem lehetett kitenyészteni. Kifejezett trismus, tetanus, a táplálás nehezített. A hasizomzat feszes, a lábizmokban tonusos görcsök. Érintésre az egész testre kiterjedő görcsök 1—2 perczig, utánuk nagy kimerültség. A vese ép, a hőmérsék rendes.

A bal kulcscsont alá 30 cm³ antitoxint fecskendeztek; másnap az állapot változatlan; 4·0 gm. chloralhydratot és 4—5 cgm. morphiumot is adtak naponként. Másnap 30 cm³ serum, s később még ötször 20 cm³. Erre jobban lett. Lassanként elhagyták a chloralt és a morphiumot. A beteg összesen 160 cm³ serumot kapott. A 14. napon a görcsök megszüntek. Egy hónap mulva gyógyultan hagyta el a kórházat.

A glossitis therapiája prothesissel.

Balassa Béla: H. L., 54 éves orvos, nyelvében égető fájdalmai vannak három év óta, melyektől aludni sem tud. Előkelő bécsi, majd berlini specialistákat keres fel. Kórisméjük: glossitis parenchymatosa.

Hónapokon át ecseteléseket végez és különféle szájvizeket használ a nélkül, hogy állapota javulna.

Hozzám kerülve, feltünőnek találtam a nyelv szélén levő erős fogbenyomatokat. Ezért az alsó fogsor lingualis felületére kaucsuksínt alkalmaztam, a minek viselése következtében a nyelv nem nyomulhatott a fogazathoz, s ennek következtében fájdalmassága, mely három év óta szakadatlanul fennállott, két hét alatt teljesen megszünt.

Érdekes, hogy a fogak, noha teljesen épek, rendesek, mégis fenntartották a nyelv fájdalmasságát.

Aneurysma aortae és talán mediastinalis tumor esete.

Baumgarten Egmont: A 49 éves nőbeteg három hét előtt jelentkezett poliklinikai rendelésemen nyelészavarok miatt, melyek nyolcz nap alatt annyira fokozódtak, hogy még vizet sem tudott nyelni. A garatban fekélyek vannak, a gégében pedig első tekintetre úgy látszik, mintha az interarytaenoid redő közepén beszüremkedés állna fenn. A későbbi vizsgálatok azonban kideritik, hogy a beszüremkedés nem a gégében, hanem a garat hátulsó falán a középvonalban a gége fölött székel. A gégében csak hurut jelenségeit találom, motorius zavarok nincsenek. A nyakon nagy mirigyek tapinthatók. A beteget a belső vizsgálat megejtése czéljából Stern kartárshoz küldtem, a ki a betegen aneurysma aortaet állapitott meg. Ezután röntgeneztem az illetőt, a minek eredményéről később számolok be. A Röntgen-kép alapján Stern kartárs a következő részletes kórrajzot adja a betegről. A szívcsúcs az ötödik bordaközben, a bimbóvonalon kivül, emelő; a szívtompulat a negyedik bordán kezdődik, befelé a szegycsont bal szélén valamivel túl, kifelé a csúcslökés helyéig ér. Pulsatio a kulcscsont alatt azon területen, mely árnyékot ad, ugyanott tompulat, mely a szegycsont jobb szélétől valamivel kifelé kezdődik, s a bal parasternal vonalig, felfelé a kulcscsontig, alsó fele a harmadik borda felső széléig ér. Az aorta íve kitapintható, a symmetriás verőerek egyenlő erejüek, synchronok, a szívcsúcslökéssel

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

egybeesnek. A szív és a nagy erek hangjai tiszták, az aorta fölött igen erősek. A környéki verőerek rigidek. A tüdők felett eltérés nincs, a nyakon mirigyek tapinthatók.

Pozsonyban tartott előadásomban (gégetünetek a szív és nagyerek megbetegedéseiben) kiemeltem, hogy sokszor csak a gégetünetek (hüdések, nehézlégzés, köhögésrohamok) árulják el a nagyfokú sziv- vagy érelváltozást és feltünő, hogy a betegek sokszor fogalommal sem birnak súlyos bajukról. A jelen esetben tanulságos, hogy még a gégetünetek is hiányoznak, noha a belső és a Röntgen-vizsgálat alapján gégehüdés várható lett volna.

A Röntgen-átvilágításkor az aortaív helyén nagyobb árnyék mutatkozott, de feltünő volt, hogy csak az alsó belső része pulzált, míg az árnyék sokkal nagyobb felső és külső része pulsatiót nem mutatott. Minthogy a mások által és általam is látott aneurysmaárnyékok mind egészben pulzáltak, nem lehetetlen, hogy az árnyékot az aneurysmán kivül még egy tumor, talán egy infiltrált mirigy is okozhatja, ámbár alvadékok is okozhatnák az említett leletet.

A nyelési fájdalmak aneurysma eseteiben is előfordulnak, de rendesen hüdések kiséretében, mikor már oly nagy az aneurysma, hogy a bárzsingot is összeszoritja.

Betegem jellegzetes fekélyei és beszüremkedett mirigyei miatt jodkálit kapott, melyre állapota lényegesen javult. Nyakmirigyei kisebbek, a garatban és a gége fölött levő beszüremkedés annyira visszafejlödött, hogy most a gége hátulsó fala is látható, úgy hogy a nyelési nehézségeket, melyek már teljesen elmultak, mégis inkább a garatnak elváltozásai okozhatták.

Makai Endre: A mult évben bonczolt Ángyán osztályáról egy esetet tumor mediastinalis diagnosissal; consolidált aneurysma volt. A Székács osztályáról került bonczolt esetben pedig nem lehetett a boncz-asztalon oldönteni, aneurysma-e vagy tumor, csak a górcsövi vizsgálat derítette ki, hogy organizált aneurysma volt.

Baumgarten Egmont: Fenntartja az aneurysma diagnosisát, de lehetőnek tartja, hogy egyuttal tumor is van.

(Folyt. köv.)

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Török Béla.**

(Folytatás.)

Pemphigus foliaceus et vegetans esete.

Havas Adolf: A pemphigus foliaceus et vegetans prognosisa absolute rossz, csakis egyes kivételes esetek vannak az irodalomban felsorolva, a melyekben ideiglenes gyógyulásra jutott a dolog. A tankönyvek is úgy irják le a kórfolyamatot, hogy pár hét vagy hónap alatt a cachexia tünetei között halálra vezet. Ezelőtt két évvel volt alkalmam itt a társulatban egy pemphigus vegetans-esetet bemutatni, a melyben a tünetek visszafejlödtek és a mely kb. másfél évvel a bemutatás után phthisis pulmonumban pusztult el.

A most bemutatott beteg, Sch. N., egy év óta áll gyógykezelésem alatt. Midőn osztályomra felvettem, a fejbőrön a nyakszirt táján, a fülczimpán, mindkét hónaljban az emlők alatt, a köldök körül, a mons Venerisen, a nagy és kis szeméremajkakon beterjedöleg a vulvára és kifelé a czombok belfelületére, a végbél körül, a kézujjakon, a térdaljban, az alsó ajkon a köztakaró lencsényi vagy nagyobb területein hámtól fosztott vörös plaqueok vagy piszkosbarnás pörkkel fedett helyek vannak, a melyek zavaros tartalmú petyhüdt hólyagokkal szegélyzettek.

A hónaljban, az emlők alatt, a fejtetőn és az ivarszervek körül a fent leirt elváltozások egymással egybefolyva körkörös vagy polycyclusos nagyobb területeket alkotnak, a melyek felülete dudorzatos; a bör felületén $^1/_2$—1 cm.-nyire kiemelkedő, részben piszkosbarnás pörkkel, részben piszkosszürkés elhalt hámmal fedett, különösen a hasi tájon és az ivarszervek körül erős büzt terjesztő elváltozások találhatók. A tünetek mind elmultak és most sötét pigmentatio jelzi a helyüket.

A gyógyeljárás tüneti volt. Az egyszerüen hámjuktól fosztott helyekre bórkenőcsöt. a vegetatiókra kénzinkpastát alkalmaztam. Hét heti kórházi tartózkodás után a beteg az osztályt javultan hagyta el. Azóta ambulanter kezeltem. Most néhány hónap óta atoxylinjectiokat is kap. A tünetek most már majdnem tökéletesen visszafejlődtek, csak az alsó ajkon és a vulván látható még csekély kis maradványa a bajnak, a mely protargolkenőcsre rövidesen meg fog gyógyulni. Minthogy a beteg közérzülete immár jó, testsúlyban pedig feltünően gyarapodik, joggal mondhatom, hogy pemphigus vegetansa a gyógyulás útján van.

Erythema exsudativum multiforme bullosum.

Havas Adolf: A 14 éves leányka három hét óta szenved a betegségben. Mindkét kezén, különösen háti oldalukon és az alkarok alsó harmadán, valamint mindkét lábfejen élénk vörös, egész lencsényi, a felületen kissé kiemelkedő, tésztatapintatú duzzadások és egész nagy mogyorónyi, tiszta vagy zavaros savóval telt hólyagok láthatók. A beteg inkább égető, mint viszkető ingerről panaszkodik. Általános tünetek nincsenek. A beteg a helyi elváltozásoktól eltekintve másról nem panaszkodik. A diagnosis könnyü, a bőrelváltozásoknak részarányos elrendeződése mindkét kéz- és lábfejen typusos.

Minthogy a bántalom egyes időszakokban, tavaszszal és őszszel nagyobb számban észlelhető, Kaposi miasmás infectiót tételezett fel; a legnagyobb valószinüség azonban a toxikus és pedig a tápcsatorna útján létrejött infectio mellett szól, a mint azt már több alkalommal kifejtettem. Ezen alapból kiindulva minden ilyen esetben béldesinficienst alkalmazok első sorban, helyileg pedig szárító kenőcsöket és hintőporokat.

Krönlein-féle operálással eltávolított szemüreg-daganat.

Milkó Vilmos: A 70 éves nő egy év óta veszi észre, hogy látása romlik, hogy a bal szeme mind jobban kidülled és fáj. A Goldzieher tanár által végzett vizsgálat kiderítette, hogy a bulbus erősen kidülledt, le- és kifelé helyezett. A szemüreg felső szélén betapintva, homályosan resistentiát lehet érezni.

A visus $^5/_{30}$. Szemfenéki elváltozás nincs. A szemmozgások különösen fel- és kifelé korlátozottak.

Az előadó a Kocher által módosított Krönlein-metszéssel behatolva resekálta a szemüreg laterális falát, a mikor is láthatóvá lett a szemüreg felső-külső szelvényét kitöltő cystás daganat. A diónyi, erősen adhaeráló cysta vékony fala kifejtés közben beszakadt, s belőle sárgás kásaszerü törmelék ürült. A cysta falának azon részét, mely a bulbussal nem függ össze, sikerült a maga egészében kihámozni. A csontlebenyt visszafektetve, a bőrt bevarrta. Prima gyógyulás. A protrusio bulbi mindjárt a mütét után megszünt. A látás két hét alatt megjavult $^5/_{30}$-ról $^5/_{15}$-re. A szemmozgások minden irányban korlátlanok. A kiirtott cysta, bár a szövettani vizsgálat erre vonatkozó támpontokat nem nyujtott, úgy elhelyezése, mint tartalma miatt dermoidtömlőnek minősitendő.

Az előadó a Krönlein-féle mütétet ajánlja minden oly esetben, a melyben a bulbus épségben tartása mellett akarunk szemgödri daganatokat radikálisan eltávolítani.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1907. október hó 16.-án tartott XVII. szakülés.)

Elnök: **Udránszky László.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Veress Ferencz sclerodermia két esetét** mutatja be.

a) A 41 éves napszámos előadja, hogy 1903 deczembere óta egyre jobban érzi, hogy feszül és fáj a bőre, különösen karjain és lábain. Betegségének első tüneteit megelőzőleg egy hideg téli napon fáradságos munka után, izzadt testtel fütetlen istállóban aludt egy éjjelen át, s reggelre annyira meg volt dermedve, hogy nem tudott dolgozni és egy hétig ágyban fekvő beteg volt. Pár héttel később bőre keményedni kezdett. Most a két vállcsúcson s a felkarokon és alkarokon, mindkét könyökhajlat kivételével, a kéztőizületig, továbbá az inguinális tájék kihagyásával a czombokon, lábszárakon körüskörül, a hát, mellkas és hasfal legnagyobb részén, a bőr felülete sima, feszes tapintatú, helyenként csak gyengén infiltrált, de a bántalmazott helyeken majdnem porczkemény. A bőr színe ezeken a helyeken vöröses, majd-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

nem pigmentált, helyenként lilás szederjes vagy halványsárgás, viaszszínü és fényü, vagy barnásan pigmentált.

b) Egy 45 éves földmívesen 2—3 évvel ezelőtt kezdődött a bántalom a jobb bokatáj elülső felületén s most mindkét bokatájon, a lábfejeken, a lábszárak alsó kétharmadán, a has bal oldalán kifejezetten látható.

Szól a bántalom oktanáról, ismerteti tünettanát és orvoslását.

2. **Steiner Pál veseszúrás operált és gyógyult esetét** mutatja be. Ezen esetben a nagyfokú haematuria és collapsus tette a műtéti beavatkozást szükségessé. A műtét a vese feltárásából, a vese parenchymáján át a vesemedenczéig hatoló fél cm.-es szúrt seb varrásából és tamponálásból állott. A betegen a műtét után a haematuria 12 óra mulva megszünt, a vizeletben vesealakelemek nem jelentkeztek s a beteg zavartalan lefolyás mellett gyógyult. A nyilt vesesérülések a ritka esetek közé tartoznak, az irodalomban alig 60 ilyen eset ismeretes, kezelésükben a conservativ álláspont az egyedül jogosult.

3. **Steiner Pál medicinális higanymérgezés** két súlyos esetét mutatja be. Az egyik esetben másutt alkalmazott antilueses kilencz injectio után az egész jobb pofafélre, mandulára, szájpadívre, szájfenékre s a jobb nyelvfékre terjedő büzös lepedékes fekély jelentkezett szájzárral. Száj-fog-toilettet a kezelés alatt a beteg nem végzett.

A második esetben a lábszár-phlegmone miatt végzett feltárás után alkalmazott sárga higanykenőcskötések után mutatkozott a heveny higanymérgezés, mely az alsó állkapocs részleges elhalására vezetett.

Hozzászól: *Marschalkó Tamás, Papp Ernő, Veress Ferencz.*

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A táplálkozásmód befolyását a kisérletes gümőkór lefolyására vizsgálta *Lannelongue, Achard* és *Gaillard.* (Académie des sciences november 11.-én tartott ülése.) A kisérleti állatokat (kb. 800 gm. súlyú tengerimalaczok) három csoportra osztva, szénhydrátokban, zsírban és fehérjében dús diaetán tartották és intrapleurálisan fertőzték ugyanazzal a gümőkóros anyaggal. Az eredmény az volt, hogy a zsírdús diaetán tartott sorozat 40 nap alatt, a szénhydrátos koszton tartott 87 nap alatt, a fehérjében dús diaetán tartott pedig csak 371 nap alatt pusztult el.

A chlorcalcium használatáról az eczemában tartott előadást *Parhon* és *Urechié* egy arczeczemás beteg bemutatása kapcsán, a kit a chlorcalcium bajától megszabadított. Fölvetik a kérdést, hogy az eczemának egyik-másik esete nincs-e összefüggésben a mészanyagcsere zavarával. Hypothyreoidismussal kapcsolatos eczema egy esetében pajzsmirigykezelésre megszünt az eczema; már pedig tudjuk, hogy a pajzsmirigy jelentős szerepet játszik a mészanyagcserében. Talán a köszvényben gyakran észlelhető eczema szintén a pajzsmirigy hiányos működésére és az ily módon keletkező mészanyagcserezavarra vezethető vissza. (Société de biologie, 1907. november 16.)

PÁLYÁZATOK.

898 1/907. alisp. sz.

Fogaras vármegye alsóárpási járásában **Alsóárpás székhelylyel** és **sárkányi** járásában Sárkány székhelylyel újonnan rendszeresitett, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorolt, egyenként **2000 korona évi fizetés**, 350 korona évi lakbérilletmény és 600 korona utazási átalánynyal javadalmazott **két járási orvosi állásra** ezennel újból pályázatot hirdetek.

Felhivom tehát mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-ában előirt általános minősitésen kivül ugyanazon t.-cz. 9. §-ában és az 1893. évi 80,090. sz. belügyminiszteri rendeletben előirt minősitésüket, továbbá nyelvismereteiket (a román nyelv tudása kivánatos), életkorukat, egészséges voltukat, katonai kötelezettségük teljesitését, eddigi alkalmaztatásukat és végre erkölcsi magaviseletüket igazoló hiteles okmányokkal felszerelt folyamodványukat a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon f. évi deczember hó 28-áig bezárólag annyival inkább adják be, mert az ezen határidő letelte után beérkező kérvények figyelembe nem fognak vétetni.

Fogaras, 1907. évi november hó 26-án.

2—1 *Belle Sándor*, alispán.

3131/907. sz.

A lemondás folytán megüresedett **ugrai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen kör 3 közs égből: Ugra, Nagyharsány és Rojt községekből áll.

A körorvos javadalmazása:

1. Természetbeni lakás mellékhelyiségekkel és kerttel.

2. Készpénzfizetés 1300 korona, a nagyszalontai m. kir. adóhivatal által évnegyedenként és pedig az évnegyed utolsó hónapjának 1.-én fizetve.

3. A köri községektől fizetendő 500 korona személyi pótlék mindaddig, mig a körorvosok fizetése rendezve nem lesz.

4. Látogatási dij a körorvosnak székhelyén és a hivatalos látogatási napokon:

a) a körorvos lakásán 40 fillér,
b) a beteg lakásán 80 fillér
és éjjel e dijak kétszerese.

5. Hivatalos látogatási napokon kivül a köri községekben a fuvardijon kivül:

a) nappal 2 korona,
b) éjjel 3 korona.

Ugra községben a húsvágatásért és halottkémlésért megállapitott dijak szedhetése.

Megjegyeztetik, hogy a volt körorvos a körhöz tartozó gazdaságoktól 800—900 korona tiszteletdijat élvezett, a mire a megválasztandó körorvosnak is kilátása lehet.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy képesitésüket és eddigi szolgálataikat igazoló okmányaikat hozzám f. **évi deczember hó 15.-éig** adják be, mert a később beérkezett kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választást deczember hó 20.-án d. e. 10 órakor fogom Ugra községházánál megejteni.

A megválasztandó körorvos állását 1908. évi január hó 1.-én tartozik elfoglalni.

Cséffa, 1907. évi november hó 29.-én.

Minkovits, főszolgabiró.

2362/907. ki. sz.

Udvarhely vármegye homoródi járásához tartozó Homoródarócz nagyközségben a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, felhivom azon okleveles orvosdoktor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerüen felszerelt folyamodványaikat hozzám **1908. évi január hó 20.-áig** adják be.

A községi orvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés havi előleges részletekben, természetbeni lakás, 3 szoba, konyha, mellék- és gazdasági épületek és nagy kerttel; 40 fillér nappali, 60 fillér éjjeli rendelési dij; halottkémlésért esetenkint 1 korona; vágatási biztosi dijak, 3 hosszúöl tüzifa a lakásra hazaszállitva.

A községi orvos köteles kézi gyógytárt tartani.

Oklánd, 1907. évi november hó 26.-án.

2—1 *Szabady Tivadar*, főszolgabiró.

4948/907. kig. sz.

Az üresedésben levő **tinnye-perbáli körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

Tinnye község részéről készpénzfizetés 1018 korona.

Tinnye község részéről fuvarátalány 40 korona.

Látogatási dij nappal 1, éjjel 2 korona. Halottkémlésért 50 fillér. Húsvizsgálatért 60 fillér. A községből elszállitott hús vizsgálatáért 40, beszállitott hústól 80 fillér.

Perbál község részéről évi fizetés 582 korona.

Perbál község részéről fuvarátalány 80 korona.

A község f. évi julius hó 26.-án tartott képviselőtestületi ülésén kilátásba helyezte a fuvarátalánynak 160 koronára felemelését.

Látogatási dij körlátogatások alkalmával 1 korona, más alkalommal szintén 1 korona és természetbeni fuvar, éjjel a fuvaron kivül 2 korona.

Halottkémlésért 80 fillér.

Műtétekért mindkét községben egyes zség szerinti dijak.

A körorvos székhelye Tinnye. Perbál községet fuvarátalánya terhére hetenként háromszor, az előljárósággal megállapitandó napokon meglátogatni köteles.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy képesitésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám f. **évi deczember hó 31.-éig** adják be.

A választás kitűzése iránt később fogok intézkedni.

Bia, 1907. évi november hó 22.-én.

2—2 *Geréby*, főszolgabiró.

3663/907. sz.

Az újonnan szervezett **kötelki községi orvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok. Ezen állással 1000 korona évi fizetés és természetbeni lakás van összekötve. Az orvosi teendőkért a szabály rendeletileg megállapitott dijak szedhetők.

Tartozik a megválasztott orvos a községi orvosi, halottkémi és a törvény, valamint a szabályrendeletek által reáruházott teendőket végezni.

Pályázati határidőül f. **évi deczember hó 15. napját** tűzöm ki, mely ideig a szabályszerüen felszerelt kérvények hivatalomhoz beadhatók.

Jászapáti, 1907. évi november hó 25.-én.

2—2 *Cseh József*, főszolgabiró.

3559/907. sz.

A szentjobbi körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy szabályszerüen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. **évi deczember hó 25.-éig** adják be.

Az állás javadalmazása 1000 korona készpénz a kir. adóhivatalnál utalványozva és szabad lakás.

Látogatási dijak nappal 1 korona, éjje l 2 korona, körúton kivül 4 korona.

A körhöz a székhelyen kivül Hegykö zszentmiklós, Hegyközszentimre és Csohaly községek tartoznak.

A körorvos kézi gyógytár tartására jogosult.

Székelyhid, 1907. évi november hó 23.-án.

3—2 *A főszolgabiró.*

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

6974/907. sz.

Ó- és Újsóvé községekből alakított újsóvei körorvosi állásra f. évi deczember hó 20.-i határidővel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona fizetés, trachomakezelésért Ósóvé községtől 200 korona, Újsóvé községtől 100 korona és nappal 60 fillér, éjjel 1 korona 20 fillér látogatási díj.

Ujvidék, 1907. évi deczember hó 1.-én.

2—1 *Nikolits*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a **húgyhólyag bántalmainál** és **köszvénynél,** a **czukorbetegségnél,** az **emésztési** és **lélegzési szervek hurutjainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Otthon előállítható.

Kefir

Ezen **a táplálkozás fokozására** és testsúly **gyarapítására** szolgáló kiváló szer (**Phthisis, Chlorosis, neurasthenia, reconvalescentia**) praeparált (nyers kaukázusi kefirből előállított) kefirfermentem segítségével minden háztartásban és **minden évszakban** kényelmesen és **jól** készíthető. Szétküldés használati utasítással **„Tatár"** védjegy alatt történik; 4—6 héten keresztül naponta 1 liter kefir előállítására elegendő mennyiség ára 4 márka, bérmentve 4.20 márka. Prospektus díjmentesen.

Védjegy.

Dr. M. LEHMANN, Berlin C.

Heiligegeiststrasse 43/44.

Uradalmi orvosi állás hitbizományi birtokon betöltendő, lakás és évi tiszteletdíjjal. Bővebb felvilágosítást ad Mészáros Gyula dr., Budapest, IV., Váczi-utcza 78. sz., II. 16. (hétköznapokon délután 3 és 6 óra között személyesen is).

Sanatorium Göblingen

(Württemberg)

Kitünő klimatikus fekvés. Jeles gyógyberendezések.

a tuberkulosis valamennyi alakjának gyógykezelése.

Dr. Kraemer Dr. Jarosch.

Rendszeres specifikus kezelés. 4914

EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZITMÉNY

„GUAJATIN JENCS"

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és ⅓ 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

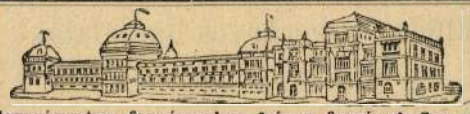
Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál. Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője JENCS VILMOS gyógyszerész,

2027 **Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.**



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemü thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimeritő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán.** 3376

Richter Gedeon vegyészeti gyára

Budapesten, X., Cserkesz-utcza.

HYDROPYRIN.

Új, vízben oldható acetylsalicylsav-készitmény.

Hatása azonos az aspyrinnal. Specifikus szer influenzánál, izületi loboknál. Lázellenes, lobellenes, fájdalomcsillapító. Előnye az aspyrin felett, hogy folyadékban könnyen oldódik. **A gyomor nyálkahártyáját nem izgatja.** Főzetekhez, forrázatokhoz adható.

Hydropyrin por és tabletta alakban kerül forgalomba.

Tabletták 1 és ½ grammos nagyságban eredeti phiolákban.

Egy phiola 10 darab 1 grammos vagy 20 darab ½ grammos tabletta ára: **1 korona 20 fillér.**

ALEXIPON

Acetylsalicylsavas aethylester.

Használatos mindazon esetekben, hol a salicylsavas készitményeket a bőrön át óhajtjuk érvényesiteni. Előnyei a mesothan és hasonló készitmények felett, hogy a bőrt nem izgatja, lobosodást nem okoz s tiszta, folyékony anyag. **Csúzos, rheumás és köszvényes esetekben a salicyl pótszere.**

50 grammos eredeti üveg ára 3 korona.

Lecithin Richter **Bromlecithin Richter**

Oleum Jecoris Aseli cum Lecithino Richter

Tonogen Richter **Tonocain Richter.**

Kisérleti anyagot kivánatra díjtalanul küld a gyár.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

HAEMOSTAN Extr. Hydrastis Gossypii Hamamelidis-tabletták. Mérgetlen haemostaticum anyaméh-, tüdő- és egyéb vérzéseknél.

CALMYREN Valeriana kámforpepsin - pillulák, neurasthenia, hysteria és szívneurosisok ellen.

DISPNON Theobromin-quebracho-tabletták asthma cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis ellen. Mint diureticum is beválik.

VAGINOL Higanyoxycyanat-sozojodolalumnol-hüvely gelatinkúpok. Megbizható és nem izgató antisepticum, infectiós és conceptiós prophylacticum hölgyek részére.

STAGOPHOR Protargolglycerin- és higanyoxycyanat - pastillák, elegáns nikkel-tokban. Védekezés nemi fertőzés ellen.

GELATIN-készítmények Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, tubuli elastici, suppositoria et amygdal. aurium.

Használatban az összes kiváló klinikákon, a legelső orvosi tekintélyek által rendelve.

Mintákat és irodalmat küld a készitő czég:

Austria-Apotheke, Wien, IX., Währingerstrasse 18.

Főraktár Magyarország részére:

RICHTER GEDEON „Sas-gyógytár"

Budapest, IX., Üllői-út 105.

A guajacolkezeléshez!

Herbacol,

egy új guajacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes izű szörp, a közel 40 év óta kitünőnek bizonyult **Herbabny-féle alphosphorossavas mész-vas-szörpből 7% kalium sulfoguajacolicum** hozzáadásával készül. A kalium sulfoguajacol., a vas- és mészhypophosphit, valamint keserű és antifermentativ aromás szerek egyesített hatását szolgáltatja és

különleges gyógyszer

a **légzőszervek hurutjai,** a **tüdőgümőkór** nem igen előrehaladt alakjai, **hökhurut, influenza, scrofulosis** és **rachitis** ellen. Különösen bevált és ajánlható **gyengeségi állapotok, üdülési szak** főleg **influenza,** croupos és hurutos **tüdőlobok** és mindenféle **heveny,** lázas megbetegedések után.

Adagolás: felnőtteknek 3—4 kanállal, gyermekeknek fele.

1 üveg ára 2 korona.

Csakis **orvosi vényre kapható a gyógyszertárakban. Klinikailag kipróbálva és kitünőnek minősítve.** Irodalom: Wiener med. Presse 1906. deczember 2, 48, sz., Wiener klin. Rundschau 1906. október 28, 43. sz. Orvos uraknak kivánatra minták ingyen.

SCHUTZ-MARKE — JULIUS HERBABNY WIEN

Egyedüli készitő és főraktár:

Dr. Alois Hellmann's

4870 **Apotheke „zur Barmherzigkeit"**

Wien, VII/1, Kaiserstrasse 73—75.

Antisclerosin

javalt minden **kezdődő anyagcserebántalomnál,** különösen

arteriosclerosis-nál.

Legjobb prophylacticum.

Beható experimentális és sokszoros klinikai kisérletek után **a legjobban megokolt gyógyitómód.**

Terjedelmes irodalom ingyen rendelkezésre áll.

Adagolás: naponként 3-szor mindig 2 tabletta. Eredeti csomagolás 25 tabletta üvegenként; kapható a gyógyszer-
3672 tárakban.

Orvos urak számára kisérleti mennyiség mérsékelt áron.

Fabrik pharmaz. Präparate Wilh. Natterer, München II.

Kérjük az orvos urakat, hogy az ismert és kedvelt

kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a

„Califig"

szóvédjegyet irják elő, mert ezen néven csak a

California Fig Syrup Company, San-Francisco

készitménye nevezhető.

Használati utasitás minden gyógyszertárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31—32, Snow-Hill.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára BUDAPESTEN, Király-utcza 12.

3068 Orvosi minták ingyen és díjmentve.

Név védve. **Extractum** Név védve

Chinae „Nanning"

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

1. **Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).**
2. **Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.**
3. **Heveny és idült gyomorkatarrhus.**
4. **Lázak és sebkezelés.**
5. **Lábadozóknál.**
6. **Terhes nők hányásánál.**
7. **Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.**
8. **Hg- és jodkali-dyspepsia.**

1858

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

Dr. H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Hunnia-forrás természetes, alkalikus, sós savanyúviz. 3602
Ezen gyógyvízben az uralkodó alkatrészek-mennyisége (19·6794 gm. egy literben), aránya olyan, hogy mellette úgyszólván eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmulja. Nagy előnye a viznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes ízű és könnyen emészthető. 4489
Főraktár: Édeskuty L., Budapest. — Kútkezelőség: Brassó.

LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén.
Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség. 2880 Prospektusok díjmentesen.
Daczára f. év január 17.-én történt tüzkárnak a rendes üzem fentartatik.

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"
Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható. 4036
Kívánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Cornutin. ergotic. „Bombellon" Alkalmazása: **per os** és **pro injectione.** Ideális anyarozskészítmény, 30 év óta kipróbált kiváló uter.num és haemostyptikum.
Cigarettae Grindel. robust. „Bombellon" Asthma-szivarkák papirhüvely nélkül, **igen megbizható enyhitő szer asthma,** emphysema, bronchitis esetében.
Cellotropin, 151,086. sz. német bir. szab. Specifikum tuberkul. bacillus és streptococcus okozta megbetegedések ellen, javalva **tuberkulosis,** skrophulosis, bronchitis, **pertussis,** orbáncz, hányszékelés esetében. **Nem kreosotkészitmény,** szag- és majdnem iznélküli, igen alkalmas a gyermekgyakorlatban.
Kapható BUDAPESTEN: Gyógyszertár a „Nádor"-hoz (Dr. Egger Leo és Egger J.) **Váczi-körút 17, „Angyal"-gyógyszertár** (Dr. Bayer Dezső) **Üllői-út 39** és **Török József** gyógyszertárában **Király-utcza 12.**
Irodalom és minták az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésre állanak.
H. Finzelberg's Nachfolger
Andernach am Rhein.

A HAZAI **VITA FORRÁS** SÓSKUT VASMEGYE
ALKALIKUS NATRON-LITHION GYÓGYVIZ
Orvosilag ajánlva: **húgysavas diathesis, köszvény, czukorbetegség, gyomor-, vese- és húgyhólyag-bántalmaknál** stb.
Mint üditő és borviz páratlan.
Bővebb felvilágositással szolgál a
Központi iroda: Budapest, V., Váczi-körút 54.
Főraktár: Édeskuty L. úrnál, Budapest, Erzsébet-tér 8.

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyúviz. —
A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.
Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.
Budapesti képviselő: 3698
Nádas Márton.
4486 **Kútkezelőség: Brassó.**

ELMEBETEGEK
kórismeit, jogvédelmét bőven tárgyalja **Babarczi Schwartzer Ottó**
„Psychiatriai jegyzetek és Elmebetegek jogvédelme"
czimű 3 kötetes mű, mely most 38 korona helyett **12 koronáért** kapható:
DOBROWSKY ÁGOST és Ta
4834 antiquariumában
Budapest, IV., Muzeum-körút 7. szám.

Sanatorium REKAWINKEL WIEN mellett (nyugati vasút).
Ideg- és kedélybetegek részére.
Pavillonrendszer, valamennyi gyógytényező, a Wienerwald legszebb helyén.
Helyközi telefon: Rekawinkel 2. Egész éven át nyitva.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER 3040
Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Reiniger, Gebbert & Schall
villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára
Budapest, VIII., Rákóczi-út 19.
Villanyos orvosi műszerek és készülékek, galvanisatio, faradisatio, elektrolyse, kataphorese, kaustika, endoskopia, franklinisatio. — Teljes Röntgen-berendezések, kapcsolható központi fényvezetékekhez, akkumulator-áramhoz vagy meglevő erőberendezésekhez.
Árjegyzék ingyen. 4017

Csak orvosi rendeletre! **Kapható minden gyógyszertárban!**
ANTIVULNERIN.
Szakorvosok által kipróbálva és ajánlva!
Teljesen új kenőcsösszetétel a görvélyes daganatok — nyilt sebek — genyes sebek, úgyszintén a syphilis és általában a bújakor okozta mindennemű sebek, kiütések és bőrmegbetegedések gyógyitására. Tartalmaz aqua regia-t és acidum salicylicum-ot. A sebet nem izgatja, a szövetet el nem roncsolja, mérgező hatása egyáltalában nincs. Tiszta, fehér, szagtalan kenőcs, mely a localis infectiót megszünteti, minthogy nemcsak meggátolja a bacillusok szaporodását, de azokat meg is öli, minek következtében a legmakacsabb sebek is meglepő gyorsan gyógyulnak.
Előállitás: Antivulnerin vállalat laboratoriumában.
Szétküldési raktár és iroda: Budapest, VI., Liszt Ferencz-tér 2. szám. 4456

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

51. évfolyam. 50. szám. *Budapest, 1907. deczember 15.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donath Gyula: Közlemény a szt. István-kórház idegosztályából. A bromlecithin és therapeutikai alkalmazása. 884. lap.

Kanitz Henrik: Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyet. tanár.) A syphilis atoxylos kezeléséről. 885. lap.

Veszprémi Dezső és Kanitz Henrik: Közlemény a kolozsvári m. kir. tud.-egyetem kórboncztani intézetéből és bőr- és bujakórtani klinikájából. Igazgatók: Buday Kálmán dr. és Marschalkó Tamás dr. egyet. ny. r. tanárok. Heveny májsorvadás a bujakór második időszakában. 888. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Sahli:* Ueber Tuberculinbehandlung. — *Friedländer:* Chirurgische Diagnostik. — *Hermann Nothnagel:* Das Sterben. — *J. Bresler:* Die pathologische Anschuldigung. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Janovski:* Az exsudatumnak és transsudatumnak nagyon hig eczetsavval való megkülönböztetése. — *Belorvostan. Linossier:* Az egyszerű gyomorfekély kezelése. — *Sebészet. Kothe:* A leukocytosis a féregnyujtványgyuladásban. — *Marwedel:* Haránt vesekőmetszés. — *Göbell:* Prostatektomia-esetek. — *Hügyszervi betegségek. H. Michels:* A masturbatio következményei. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Czerny:* Fertőzött sebek kezelése. — *Marvel:* Peritonealis odanövések megakadályozása. — *Barr:* Szer ismétlődő mellűri izzadmányképződés ellen. 890—893. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 894. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 894. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 895—899. lap.

Melléklet. Elme- és idegkórtan. 4. szám. Szerkesztik: *Babarczi Schwartzer Ottó* udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és *Moravcsik Ernő Emil* egyet. tanár.

F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Thigenol" készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház idegosztályából.

A bromlecithin és therapeutikai alkalmazása.

Irta: *Donath Gyula* dr. egyetemi magántanár.

A lecithinnek bevezetése a gyógytanba nemcsak organotherapiás eljárás, a mennyiben a tojássárgának egyik fontos alkotórészét alkalmazzuk, hanem egyszersmind a diaetetikába is vág, mert az idegrendszernek, vérnek, spermának, tejnek a szervképződésben nagyjelentőségű constituensét készen viszszük be a szervezetbe. Itt azonban mindjárt azon kérdés merülhet fel, vajjon a *Bókay Á.* tanár által már 1877-ben kimutatott tény, hogy a lecithin a pankreas zsírbontó fermentuma (lipase) által cholinra, glycerinre, phosphorsavra és szabad zsírsavra hasad, nem teszi-e illusoriussá a lecithinnek mint bioplastikai anyagnak használatát. Sőt újabban egy amerikai vegyész, *Coriat* (Americ. Journ. of Physiol., XII. köt. 1904.) megismertetett bennünket egy az agyvelőállományban és valószinüleg az idegsejtekben előforduló enzymmel, mely a lecithint szintúgy szétbontja, a mire egy más alkalommal a figyelmet már felhivtam.[1] Ezen ellenvetéssel szemben utalhatni lehet ezen hasadási termékek teljes felszívódására, a mit *Bunge* is bebizonyított, és így kétségkivül a lecithin synthesis útján épen úgy regenerálódik, mint a hogy az albumosékból és peptonokból a bélepithelben a genuin, alvadásra képes fehérje épül fel és a szénhydratokból a májban a glykogen. De azért a lecithin felbontatlanul is fel tud szívódni. Bizonyítják ezt *Slowtzoff*[2] kisérletei, ki kutyákat lecithinnel etetvén, ductus thoracicusukban a phosphorsavat kimutathatta; a lecithin tehát direkte átmegy a nyirokba. Sőt ezen szerző hajlandó csakis a nem friss és az eltartás közben elváltozott lecithinről felvenni, hogy az emésztéskor cholin hasad le belőle.

[1] A cholin kimutatása a cerebrospinális folyadékban polarisatiós mikroskoppal. Orvosi Hetilap, 1905. 36. sz.

[2] *B. Slowtzoff*: Beitr. zur chemischen Physiologie u. Pathologie. VII. köt. 508. oldal. 1905.

A lecithin szövetképző hatása *Desgrez* és *Aly Zaky* kisérleteiből tünik ki, kik kutyákon, házinyulakon és tengerimalaczokon megállapitották az agyvelő és a csontok súlynövekedését, valamint a phosphorsav felszaporodását. Az állatok súlyszaporulata ugyanis egyenletesen eloszlik a csontvázra és az idegrendszerre és a testben visszatartott lecithin phosphorsava a csontrendszer és az idegsejt felépitésére fordittatik. Ezen kisérleti alapokon nyugszik a lecithin alkalmazása, különösen a *neurastheniában* és rokon állapotokban, a *rhachitis* és *scrophulosisban*, tehát azon betegségekben, melyekben főleg anyagcsereelváltozásokból származtatjuk az ideg-, csont- és mirigyrendszer működészavarait. De indikálva van a lecithin egyéb kimerülési állapotokban is, a melyekben élénkebb anyagcsere és plastika kivántatik, minők a vérveszteségek, nemi kimerültség, szoptatás, hosszantartó genyedések vagy egyéb nedvveszteségek, reconvalescentia, aggság. Bizonyítja ezt azon számos klinikai kisérlet és gyógytani tapasztalat, melyet *Danilewski*-nek 1895-ben közzétett első vizsgálódásai óta első sorban franczia, azután olasz, német és honi szerzőknek köszönünk. Még különösen fel kell emlitenem a lecithin *vérképző* hatását. Ezt már *Danilewsky* kisérletei állapitották meg physiologiai irányban, *Serono* pedig *Bozzolo* turini klinikáján 1897-ben észleleteket tett vérbetegeken, kikben lecithinolajnak a bőr alá fecskendezésére a vörös vértestecsek száma, valamint a haemoglobin felszaporodott, mig a fehér vértestecsek száma változatlan maradt.

Újabb időben a lecithintherapia egy új érdekes készítménynyel gazdagodott, a *bromlecithin*-nel, melylyel *Bergell* és *Braunstein*[1] foglalkozott *Leyden* klinikáján Berlinben.

Richter Gedeon, budapesti gyógyszerész, kinek organotherapiás készitményei úgy hazai mint külföldi orvosok részéről a legnagyobb elismerésben részesülnek, és megelégedéssel mondhatjuk, a külföldön is fényes sikerrel állják ki a versenyt, czélszerübb módon állitja elő a bromlecithint. Módszere abban áll, hogy a széntetrachloridban (CCl_4) oldott vegytiszta leci-

[1] *P. Bergell* u. *A. Braunstein:* Das Lecithin und Bromlecithin. Die Therapie der Gegenwart, 1905. 156. oldal.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

thint a bromhydrogen hatásának teszi ki.[1] Ezen bromlecithin *Bergell* és *Braunstein* szerint azon előnynyel bir az egyszerű lecithin felett, hogy hasadása vékonybélnedv-, pankreatin- vagy steapsinkészítményekkel szemben lassabban és kevésbé tökéletesen megy végbe, úgy hogy 45%-kal is kevesebb bontatik szét mint a lecithinből. A bromlecithinnek klinikai vizsgálata pedig a haemoglobinnak, a vörösvértestecsek számának és a testsúlynak szaporodását épen úgy mutatta, mint a lecithinnél.

A rendelkezésemre bocsátott Richter-féle bromlecithint[2] főleg neurasthenia, neurasthenia sexualis, hysteria, hystero-epilepsia, hemicrania és anaemia súlyosabb eseteiben vettem igénybe, úgy osztályomon fekvő betegeken, mint a kórházi ambulatoriumban és magángyakorlatomban. A betegek nagy része, mielőtt a kórházba került, sokféle kúrán ment keresztül és mindenesetre egy ideig osztályomon észlelés alatt állott, mielőtt a bromlecithinkezelésnek alávetettük. Az eredményeket röviden abban foglalhatom össze, hogy a *táplálkozás javult, vele együtt az erőbeli állapot és a közérzet emelkedett és a számos subjectiv panasz, különösen a paraesthesiák és fájdalmak csökkentek.* A többi között észleltem egy *régi, súlyos hemicraniában és anaemiában* szenvedő 26 éves, túlerőltetett hivatalnoknőt, ki sokféle próbálkozás után a lecithintől, később a bromlecithintől tapasztalta a legkedvezőbb hatást, különösen e mellett tudta az azelőtt nélkülözhetlen legkülönfélébb antineuralgicumokat elhagyni. Egy másik eset *gyakori éjjeli pollutiókkal járó súlyos neurastheniában* szenvedő 29 éves kazánfűtőre vonatkozik, ki már 14 éves korában kezdette az excessusokat in venere, 18 éves korában kezdődött a sürü éjjeli pollutiója és 20 éves korában a testi és szellemi gyengülése. Öt heti bromlecithinkezelés alatt csak 1-szer volt pollutioja, míg azelőtt hetenként 2-szer is.

A bromlecithinnel elért eredményeim megegyeznek tehát azokkal, melyeket lecithinnel értem el.

Meg kell jegyeznem, hogy a bromlecithin szokásos adagjai mellett — $3 \times 2-3$ pastilla — a bromnak kevés szerepe van, mert egy pastilla csak 0·012 gm. bromot tartalmaz, úgy hogy körülbelül 7 pastilla felelne meg 1 gm. bromnatriumnak. És nem is a brom miatt adjuk a bromlecithint, hanem azért, mert az emésztőnedveknek jobban ellenáll mint a lecithin. Mindamellett, hogy a brom hatását is kipróbáljam, *genuin epilepsia* 1 esetében is adagoltam. Ez az eset 36 éves kereskedőt illetett, kin 6 év előtt mutatkozott az első görcsös eszméletlenségi roham, és kin az utolsó évben a rohamok havonta már 1—2-szer ismétlődtek. Ezen beteg 3×6 lepénykét kapott, tehát kétakkora dosist mint rendesen, a mit kifogástalanul türt. Ezen kezelés alatt a rohamok száma, mely *közvetlenül* előtte 188 nap alatt 20-at tett ki, most a bromlecithin adagolása időszakában 99 nap alatt 3-ra, *tehát egyharmadára süllyedt.* Természetes, hogy ezen egy esetből nem akarok következtetést vonni, de tekintve azt, hogy az utóbbi időben az epilepsia therapiájában a Merck-gyár által egy brómozott tápszer, a bromipin hozatott forgalomba, ennek rossz ízével szemben feltétlenül előnyben részesítendő a bromlecithin. Megérdemli tehát a bromlecithin a kisérletezést az epilepsiában is, ámbár az ára miatt egyelőre csak a jobbmódúaknak volna rendelhető.

[1] A bromhydrogennek sima additioja a lecithinhez azon gondolatot kelthetné, hogy ez a telítetlen oleyl-gyökökre vezetendő vissza. De még azon esetre is, ha a lecithinnek mindkét zsírsavgyöke, mely tudvalevőleg lehet stearyl, palmityl, oleyl vagy ezek combinatioja, tisztán oleyl lenne, nem felel meg a theoriás bromtartalom a találtnak. Igy e képletnek:

$$C_3H_5\begin{cases}(C_{18}H_{33}O_2)_2\\ PO_4H-N\equiv(CH_3)_3\end{cases} + 3\,BrH$$

$$|$$

$$C_2H_4(OH)$$

(diolein-lecithin)

$$= C_3H_5\begin{cases}(C_{18}H_{34}BrO_2)_2\\ PO_4H-N\equiv(CH_3)_3,\ BrH\end{cases}$$

$$|$$

$$C_2H_4(OH)$$

(bromlecithin)

= $C_{44}H_{89}O_9NBr_3$ megfelelne 23% brom, mig *Bergell* és *Braunstein* a tojássárgából előállitott bromozott lecithinben 27—29% bromot talált. A bromsubstitutiv lelet mindenesetre még tovább terjed.

[2] A bromlecithin-Richter 100 drb. lepénykét tartalmazó üvegekben jön forgalomba; minden lepényke 5 cgm. bromlecithint tartalmaz. Üvegjének ára 5 korona.

Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyet. tanár.)

A syphilis atoxylos kezeléséről.[1]

Irta: *Kanitz Henrik* dr. klinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

Az atoxyl — hogy pharmakologiai szempontból is röviden jellemezzem a készítményt — *Bertheim* vizsgálatai szerint a paraaminophenylarsensav mononatriumsója, mely 24·1% (a régebbi vizsgálatok szerint 37·7%) arsent tartalmaz. A készítmény kissé sós ízü, fehér, kristályos por, melyet meleg víz 20%-ban, hidegvíz 16—18%-ban old. Innen van, hogy a 20%-os oldatok mindig mutatnak némi pelyhes csapadékot. Hosszabb állás közben, valamint erősebb forraláskor a készítmény bomlik, a miért mindig frissen készített oldatok használandók, melyeknek sterilizálása 100 C°-on és legfeljebb 2 perczig történjék.

Az atoxylt *Schild* vezette be a therapiába 1902-ben. Azóta kiterjedten alkalmazzák mindazon esetekben, melyekben az arsenkezelés javalt. Hatására vonatkozólag *Blumenthal* végzett először kisérleteket. Az ő vizsgálataiból tudjuk, hogy az atoxyl mintegy 40 szer kevésbé mérgező, mint az arsenessav. Az atoxylinjectiók maximális adagául emberen 0·20 gm.-ot ajánl.

Az atoxyl hatékony alkotórésze minden valószinűség szerint az arsenessav. A készítmény anilincomponense a legtöbb szerző szerint hatástalan. *Blumenthal* abból következteti ezt, hogy sem okkersárga színt a vérben, sem balra csavaró anyagokat a vizeletben nem talált. Sorsáról a szervezetben még nagyon keveset tudunk. Csak az bizonyos, hogy arsen hasad le belőle. Valószinű azonban, hogy az arsen, mely chemiailag igen erősen (a benzol-gyürüben paraállásban) van megkötve a készítményben, csak lassan, az oxydatiós folyamatok révén létrejövő bomlás útján hasad le az atoxylból és hogy az utóbbi, más organikus fémvegyületekhez hasonlóan, addig míg változatlan állapotban van a szervezetben, nem fejti ki pharmakodynamiás hatását. Az arsennek ezen lassú, fokozatos lehasadása okozza, hogy az arsen hatása sokáig tart. További előnye a készítménynek, hogy az arsen lehasadása in statu nascendi történik.

Az atoxyl felszívódása gyorsan megy végbe. Kiválasztását illetőleg *Blumenthal* azt találta, hogy míg arsenessav adagolására az arsen azonnal megjelenik a vizeletben, addig (nyulakban), ha nem mérgező adagban adjuk az atoxylt, csak 30 óra mulva lehet a vizeletben arsent kimutatni. Mérgező adagok használatakor azonban korábban indul meg a kiválasztás. *Salkowski* és *Schild* 0·20 gm. atoxyl befecskendezése után csak a 2. napon talált arsent a vizeletben, és nyomokban még a 7. napon is ki tudta mutatni. Ezzel szemben *Croner* és *Seligmann* újabban emberben azt találta, hogy egyszeri befecskendés után az arsen legnagyobb mennyisége már 4—8 óra mulva kiválasztatik és 24 óra mulva a vizelet már egészen arsenmentes. Ismételt injectiók után a kiválasztás tovább húzódik, úgy hogy pl. emberben 72 órával a harmadik 0·10 gm.-os injectio után arsen nyomokban még kimutatható. Vizsgálataikból az is kiderült, hogy az atoxyllal bevitt arsen kis részét a máj megköti. Syphilises egyéneken, kik huzamosabb ideig kaptak atoxylt, *Salmon* és *Zdarek* tanulmányozta a kiválasztást. Mindketten azt találták, hogy a bevitt arsen legnagyobb része 14 nap alatt elhagyja a szervezetet. E vizsgálatok szerint a készítmény kiválasztása huzamos használat mellett is gyorsan megy végbe, a mivel azonban nem egyeztethető össze az a körülmény, hogy *Bornemann* atoxylmérgezés-esetében még $1^1/_2$ hónappal az injectio után is lehetett arsent a vizeletben kimutatni. Az atoxyl kiválasztási viszonyainak pontos tanulmányozása tehát igen kivánatos, különösen a készítménynek — mint látni fogjuk — nem épen ritkán észlelt mérgező tulajdonságai szempontjából.

Az atoxylnak legfőbb előnyét a régebbi arsenvegyületekkel szemben jó ideig abban látták, hogy enyhe és úgyszólván ártalmatlan tulajdonságai miatt intensiv arsenkezelésre igen alkalmas. Enyhe hatását, nem mérgező voltát az arsennek lassú, fokozatos lehasadására vezették vissza. A szerrel való kisérletezés

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

közben azonban nemsokára kitünt, hogy a készítményt tulajdonképen nem illeti meg a méregtelenséget jelző elnevezés. *Bornemann* megvakulást észlelt atoxylinjectiók következtében. *Hallopeau* is látott egy izben amaurosist, legutóbb pedig *Koch* említi az álomkór gyógyításáról szóló referatumában, hogy igen nagy számban észlelt megvakulást nagy atoxyl-adagokkal kezelt álomkórosokon. *Brenning* 2 esetben nagyothallást és vizeletretentiót látott, *Waelsch* súlyos hólyagizgalmi tüneteket. A mióta az atoxylt a bujakór gyógyításában is kiterjedten alkalmazzák, szaporodnak a mérgezési tünetekre vonatkozó észleletek. Az irodalmi adatok áttekintéséből kitünik, hogy a syphilis atoxylkezelése közben a legtöbb szerző észlelt enyhébb vagy súlyosabb toxikus mellékhatásokat. Ezeket a mérgezési tüneteket leggyakrabban a gyomor- és bélcsatorna, a vesék és az érzékszervek részéről jelentkeznek és bizonyítják, hogy az atoxyl méregtelensége korántsem tekinthető szabálynak, a miért is alkalmazása nagy körültekintéssel történjék.

* * *

Az atoxyllal való kisérleteket ez év juniusában kezdtük meg. Eleinte csak fekvő (klinikai) betegeken alkalmaztuk az atoxylt, később, mikor láttuk, hogy a nagy adagok alkalmazása sem jár veszélylyel, bejáró betegeket is kezeltünk vele.

A kezelést legnagyobbrészt az egyetemi gyógyszertárban készített 15%-os oldattal végeztük, melyet használat előtt 100°-on egy perczig hevítettünk. Mindig friss oldatokat használtunk. Csak kivételes esetekben alkalmaztuk a berlini Kaiser Friedrich-Apotheke által forgalomba hozott 20%-os steril oldatot. Kezdeti adagnak 0·20 gm.-ot vettünk, melyet naponként fokozatosan emelve, körülbelül 3—4 nap mulva 0·45—0·50 gm.-ra jutottunk. Ezt a dosist adtuk aztán másodnaponként a szükséghez képest hosszabb vagy rövidebb ideig. A kezelést sohasem szüntettük be hirtelen, hanem úgy, hogy fokozatosan csökkentettük a napi adagot. Kivételt ez alól csak azon esetek tesznek, melyekben nem várt körülmények az injectiók azonnali beszüntetését követelik. Néhányszor 0·60, sőt egy izben 0·75 gm.-ot is adtunk, de csak azért, hogy e nagy adagok hatását is kipróbáljuk. Néhány esetet pedig mindvégig alacsony (0·20 gm.) dózisokkal kezeltünk, mert ezen enyhébb adagolási mód hatékonyságáról is közvetlen tapasztalást akartunk szerezni. Az 1—1 kezeléshez elhasznált összes atoxylmennyiség 2·10 és 7·40 gm. között ingadozott. Az utóbbi mennyiséget 21 injectioban vittük a szervezetbe. Valamennyi betegünkön 618 injectioban 204·30 gm. atoxylt alkalmaztunk.

Az atoxylinjectiók technikája teljesen azonos a bujakórosokon végzett higanybefecskendezések alkalmával követett eljárással. Az injectiokat mindig felváltva a két glutaeus tájékán intramuscularisan adjuk. A bőrt aetherrel jól ledörzsöljük és a 4½ cm. hosszú platin-iridium-tűt hirtelen mozdulattal bedöfjük. A szúrás maga a betegeknek sohasem okozott fájdalmat. Lokális reactiós jelenségeket csak a legritkább esetekben észleltünk csekély beszürődések alakjában, a melyek azonban sohasem kényszerítettek arra, hogy a befecskendezést elhalaszszuk vagy más helyen alkalmazzuk.

Atoxylos kezelésben részesült összesen 50 beteg. A kezeltek közt volt 24 férfi és 26 nő, kiknek kora 19—60 év között ingadozott. A mi a lueses tüneteket illeti, sclerosisa volt 10 betegnek (közülük 5-ön már az általános tünetek is megvoltak). Másodlagos elváltozásokkal jelentkezett 23 beteg. Ezek közül 16-nak friss syphilise volt, az első exanthema kivirágzásaival (5 betegen még a sclerosis is megvolt), míg 7-ben a másodlagos időszak késői, recidiv tünetei szerepeltek, 2 beteg lues maligna praecoxban szenvedett. Harmadlagos elváltozásokkal 22 beteget kezeltünk.

A kezelés eredményeit, a mi a főbb pontokat illeti, az alábbi táblázat tünteti fel.

Tünetek	Összes esetek száma	Gyógyult	Javult	Nem javult
Sclerosis	10	4	3	3
Lues II.	23	16	4	3
Lues III.	22	20	1	1

A gyógykezelésnek pontosabb áttekintése czéljából az eseteket a betegségnek időszakai szerint csoportosítva fogjuk sorra venni, miközben azonban a kórtörténetek részletes ismertetését mellőzzük.

Sclerosist 10 betegen találtunk (5 betegen már a másodlagos tünetek is ki voltak fejlődve). Valamennyi beteg férfi volt, kiken a sclerosis 9 esetben a penisen ült, 1 betegen a pofa bőrén, alkalmasint borbélynál történt fertőzés következtében. Az eredmény csak 4 esetben volt kielégítő. Ezekben a sclerosisok teljesen gyógyultak, a fekélyek behámosodtak, a keményedés teljesen eltünt. A kezelés tartama 16—29 nap, az elfogyasztott atoxylmennyiség 2·90—5·05 gm. között ingadozott. Három esetben csak kisebb-nagyobb fokú javulás mutatkozott. Ezek közül kettőben lényeges volt a javulás és talán a teljes gyógyulás is beállott volna, ha a kezelést nem kellett volna egyszer a makacs albuminuria, egyszer pedig a beteg távozása miatt aránylag korán beszüntetnünk. Az egyik esetben azonban csak nagyon lényegtelen javulásról szólhatunk, noha a beteg 13 injectioval 4·45 gm. atoxylt kapott. A még fennmaradó 3 esetben alig volt számbajövő hatása az atoxylos kezelésnek, úgy, hogy kénytelenek voltunk a kezelés sikertelenségére való tekintettel 3·85, illetőleg 5·95 gm. atoxyl elhasználása után a kénesős gyógyításra áttérni. Érdekes, hogy ezen 3 utóbbi eset közül kettőben az egyidejüleg jelen volt exanthema gyorsan eltünt, annak ellenére, hogy az elsődleges elváltozás nem mutatott javulást.

A sclerosisokra majdnem minden esetben helyileg is alkalmaztunk atoxylt 10—20% os kenőcs vagy tapasz, és 10% os oldattal való ecsetelés alakjában. E lokális atoxylkezelés azonban nem gyorsította a gyógyulás menetét. Ellenben az általános atoxylos kúra mellett helyileg csak közömbösen vagy atoxyllal kezelt sclerosisok azonnal szemmelláthatólag jobban gyógyultak, mihelyt kénesőtapaszt alkalmaztunk reájuk. Két esetben az általános atoxylkezelésen kivül magukba a sclerosisokba, illetőleg köréjük is fecskendeztünk több izben atoxylt. E czélra 10%-os oldatnak 1—1 cm³-ét használtuk. Azonban a gyógyeredmény így sem volt jobb, sőt egyik esetünk épen azon betegek egyikére vonatkozik, kiken a sclerosis egyáltalában nem gyógyult.

Az elsődleges elváltozással és táji mirigyduzzanatokkal, tehát a második lappangási időszakban jelentkező betegeink kezelése közben azon gyakorlatilag nagy fontosságú kérdésben is iparkodtunk tapasztalást szerezni, hogy vajjon az ilyenkor alkalmazott atoxylkezeléssel meg lehet-e akadályozni vagy valamiképen befolyásolni a másodlagos tünetek keletkezését. Sajnos, csak 2 idevágó észlelésünk van, azok sem eléggé bizonyítók. Az egyik betegen 4½, a másikon 3 héttel a fertőzés után kezdtük meg a kezelést. Mindkét betegen gyógyult a sclerosis és elmult a lágyékmirigyek duzzanata, miután a betegek 4·40, illetőleg 4·50 gm. atoxylt kaptak. Az egyik beteg a kezelés megkezdésétől számított 52 napig, a másik 8 hétig állott észlelésünk alatt. Ezen idő alatt általános tünetek egyiken sem jelentkeztek, a mirigyrendszer általános beszűrődése is elmaradt. Távol áll tőlünk, hogy e 2 észlelésből az atoxyl praeventiv hatására következtessünk. Az észlelési idő rövid ahhoz. Az atoxylnak ilyen praeventiv hatását már csak azért is nagyon kétkedve kell fogadnunk, mert más oldalról már jelezték az ilyen therapiás beavatkozás sikertelenségét. Igy például *Bettmann* 5 eset közül egyben sem tudta korai befecskendezésekkel megakadályozni, vagy szembeötlő módon kitolni az általános tünetek keletkezését. *Scherber* kisérleteiben mindössze abban nyilatkozott e praeventiv kezelés hatása, hogy 7 eset közül 3-ban a rendesnél valamivel később (9—13 hét) keletkezett az exanthema. Lehet, hogy a mi 2 esetünkben is még csak ezután fognak az általános tünetek mutatkozni.

Figyelmet érdemel az atoxylkezelés kedvező hatása a *mirigyekre*. Eseteinkben többször észleltük a táji mirigyduzzanatok lelohadását, vagy az általános mirigybeszűrődés csökkenését. Az utóbbit a secundaer luesesetekben is gyakran tapasztaltuk. Az atoxylos kezelésnek kedvező hatása a mirigyekre csak 1 esetben maradt el (ebben az esetben a sclerosis sem gyógyult), hol a kezdetben mogyorónyi, indolens lágyékmirigyek a kezelés folyamán majdnem kisalmányi, rendkivül fájdalmas, kemény duzzanatokká nőttek meg, melyek csak a higanytapasz és kenőkúra hatására multak el.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Másodlagos elváltozásokkal 23 beteget kezeltünk. A kezeltek közt volt 16 *frissen fertőzött egyén*, kik a másodlagos időszak korai tüneteit mutatták és (az egyik mikropapulosus eset kivételével) antilueses kezelésben még nem részesültek. Öt betegen még a sclerosis is látható volt. Az exanthema alakja szerint volt 5 maculosus, 4 papulosus, 4 maculo-papulosus, 1 papulo-pustulosus syphilis és 2 mikropapulosus exanthema (lichen syphiliticus). Kilencz esetben plaqueok a szájnyálkahártyán és erodált, többnyire túltengett papulák a nemzőszerveken és a végbél körül egészítették ki a kórképet.

A másodlagos elváltozások teljesen gyógyultak 16 közül 10 esetben. A gyógyult esetek között voltak a súlyosabb kiütési formák is. A gyógyulás időtartama a roseolában átlag 18 napot, a papulosus kütegben átlag 25 napot tett ki. A papulo-pustulosus syphilid 4 hét alatt tünt el. A tünetek elmulasztása 3·05—7·40 gm. atoxylt igényelt. A gyógyult esetek közül külön is kiemelendő a 2 mikropapulosus syphilisesetünk. Az egyik beteg azelőtt nem részesült syphilisellenes kezelésben ; kiütése 21 injectioval 7·40 gm atoxylra gyógyult. A másik beteget megelőzőleg 5 hónapig sikertelenül kezeltük kénesővel. Harmincz darab 3 gm-os kénesőkenőcsös bedörzsölésre, 6 enesol- és 10 salicylhiganyinjectiora a lichen lueticus meg sem mozdult. Ekkor atoxylkezelésre tértünk át és 2 hét alatt három 0·50, három 0·60 és egy 0·75 gm-os injectiót adtunk a betegnek. Erre a kezelésre az exanthema rohamosan gyógyulni kezdett, úgy, hogy 6 hét mulva már csak apró sepiabarna festékfoltok és folliculáris hegecskék jelezték a helyét. Ezen súlyosabb és a tapasztalás szerint a kénesőkezeléssel is nehezebben befolyásolható eseteknek a gyógyulása feltünő módon bizonyítja az atoxylnak gyógyító hatását.

Ezen kedvező gyógyeredmények mérlegelésekor azzal a tapasztalati ténynyel is kell számolnunk, hogy a syphilis másodlagos elváltozásai spontan is visszafejlődhetnek. Kétségtelen, hogy ezen főleg *Blaschko* által felhozott ellenvetésnek van is némi jogosultsága. Azonban a tünetek a gyógyulást mutató esetekben az összes szerzők egybehangzó tapasztalata szerint oly szembeötlő módon reagálnak a kezelésre és gyógyulásuk folyamata annyira egybeesik a kezelés egyes phasisaival, hogy ezen esetekben a vis medicatrix naturae kizárólagos szereplésére nem lehet gondolni. Az atoxyl közvetlen gyógyító hatásának felvételére feljogosít azon tapasztalat is, hogy — mint azt alább részletezni fogjuk — a luesnek késői, fekélyes folyamatai is feltünő szépen gyógyulnak az atoxylos kúra hatására, noha ezek az elváltozások spontan visszafejlődésre kevésbé hajlamosak.

A 16 korai secundaereset közül 6 esetben kedvezőtlen volt az eredmény. Két papulosus exanthema semmit sem javult, noha a betegek elég erélyes atoxylos kezelésben részesültek. Kénesőkúra hatására később mindkét eset gyorsan gyógyult. Három esetben csak részleges javulást értünk el, a mennyiben csak a tünetek egy részét tudtuk elmulasztani. Az összes elváltozások eltüntetése ismét csak kénesőkezeléssel sikerült. A 6. esetben talán csak a kezelés korai beszüntetése volt az oka a kedvezőtlen eredménynek. A csak lényegtelen javulást mutató vagy egyáltalában nem gyógyuló esetekben kivétel nélkül enyhébb kiütési formák (foltos és göbcsés exanthema) szerepeltek.

Késői secundaer tünetekkel (circinaer és csoportos papulák a köztakarón, plaque-ok a szájüreg nyálkahártyáján, kifoszlott és túltengett papulák az anus körül és a nemzőszerveken) 7 beteget kezeltünk. A gyógyulási arány ezekben jobb volt, mint a friss esetekben, a mennyiben 6 esetben a tünetek az atoxylos kúra alatt teljesen visszafejlődtek. A gyógyulás időtartama 20—35 nap között ingadozott, tehát átlag hosszabb volt, mint a recens syphilidekben. A kezelés alatt 4·30—6·20 gm. atoxylt vittünk a betegek szervezetébe. Csak 1 esetben nem tudtuk az elváltozásokat (syphilidek a szájnyálkahártyán) elmulasztani. Ekkor kénesőinjectiókat adtunk a betegnek, melyeknek hatására a plaque-ok rövid idő alatt gyógyultak.

Itt említjük meg, hogy tapasztalataink szerint egyébként a szájnyálkahártya lueses elváltozásaira nem kedvezőtlenebb az atoxylkezelés mint a köztakaró syphilidjeire. Az általános atoxylos kúra hatására ép oly gyorsan, sőt 2 esetünkben előbb tüntek el, mint a bőr kivirágzásai. Helyi kezelés gyanánt a 10%-os atoxyloldattal való ecsetelés előnyös. Csak a nagyobbfokú beszürödéssel járó plaque okat czélszerű a kezelés megrövidítése czéljából lápiszolni. Nagyon jó volt továbbá az atoxylkezelés hatása a helyileg csak közömbösen gyógyított genitális papulákra.

Az atoxyl hatása és az exanthema formája között valamely törvényszerű összefüggést megállapítani nem tudtunk. A morphologiailag egy csoportba tartozó esetek közül is hol ezek, hol amazok reagáltak kifejezettebben az atoxylra. Hogy miben rejlik a hatás ezen feltünő egyenetlenségének az oka, arra nézve elfogadható magyarázat egyelőre nincsen. Az azonban bizonyos, hogy az atoxyl hatásának létrejövetelében döntő tényezőként sokkal inkább szerepelnek a szervezetben rejlő egyéni körülmények, mint a kénesős kezelésben. *Kreibich* és *Kraus* helyesen utalnak arra, hogy oly szernél, mely, mint az atoxyl is, néha nagy adagokban sem okoz kellemetlen mellékhatásokat, mig máskor már kezdettől fogva és a legkisebb dózisokra is a szervezetnek intolerantiájára való tüneteket vált ki, a készítmény hatékonysága lényegileg a szervezetnek a szerrel szemben való és egyénenként a legtágabb határok közt ingadozó reactio képességétől függ.

Ha észleléseink alapján meg is győződtünk arról, hogy az atoxyl a syphilis másodlagos elváltozásaira kifejezett hatást gyakorol, másfelől kétségtelen, hogy e hatás intenzitása tekintetében jóval mögötte marad a kénesőkúra hatásának. Ez nemcsak abból tünik ki, hogy az atoxylkezelés sok olyan esetben nem járt eredménynyel, mely a kénesőkúra hatására a mindennapi tapasztalat szerint gyorsan gyógyul és a melyben a később alkalmazott kénesőkezelés csakugyan gyorsan czélhoz is vezetett, hanem kiderül abból is, hogy a kedvezően befolyásolt esetekben is a gyógyulás átlag lassabban indul meg és tovább tart, mint a kénesővel kezelt esetekben.

Az atoxylos kezelés a hatás tartósságát illetőleg sem mondható egyenértékünek a kénesőkúrával, sőt a két szer hatékonysága közti különbség épen ebben a pontban jut legszembeötlőbb módon kifejezésre. Secundaer eseteinknek jó részét a kezelés után nem láttuk többé viszont és így nem tudhatjuk, hogy meddig maradtak tünetmentesek. Azonban a kezelés után így is 6 betegünk jelentkezett recidivával, míg kettőn még a kezelés folyamán mutatkoztak újabb syphilises elváltozások. Ez is az összes (23) eseteknek több mint 33%-át teszi. A recidivák, melyek eseteinkben kivétel nélkül a szájnyálkahártyát illették, már rövid idővel (1—2 héttel) a kezelés után mutatkoztak.[1] A tüneteknek ezen gyors kiújulása világosan mutatja, hogy az atoxylos kezelés nem nyomja el oly erélyesen a bujakór virusát, mint a jól végzett kénesőkúra. *Scherber*, a ki még sokkal többször látott recidivát az atoxylkezelés után, a következőkben adja e különbség magyarázatát: Az atoxylos kezelés után még sok proliferatiora képes virus marad a szervezetben, melyet a gyorsan kiválasztódó atoxyl nem tud elpusztítani. Ezzel szemben a kénesőkúra alkalmával a higanyt feleslegben vihetjük be a szervezetbe. Az ily módon mintegy lerakódott higany a tünetek elmulása után többletként szerepel és még sokáig tartó hatásával megakadályozza a recidivák keletkezését.

A mondottak alapján azt hiszszük, hogy az atoxyl használata a friss és általában korai syphilis eseteiben — noha a készítménynek közvetlenül a syphilises elváltozásokra gyakorolt gyógyító hatásáról meggyőződtünk — mégsem ajánlatos. Biztos hatására ilyenkor nem lehet számítani és ha el is mulasztja a meglevő tüneteket, azok — legalább az esetek egy részében — már rövid idő mulva újból előállhatnak. A kénesővel ilyenkor mindenesetre gyorsabban és biztosabban czélt érünk és hiba volna, ha ezt a sokszor bevált antisyphiliticumot, mely évszázados multra tekint vissza, egy ugyan kifejezetten gyógyító hatású, de e képességében mégsem megbizható és a mellett nem is egészen közömbös szerrel helyettesítenők. A korai lueskezelés folyamán az atoxyl legfeljebb mint közbenső kúra alkalmazható, a nélkülözhetetlen kénesős kezelések mellett. Ellenben értékes és minden orvos által bizonyára örömmel üdvözölt pótszere lesz a kénesőnek az atoxyl mindazon esetekben, melyekben a szervezetnek idiosynkrasiája a kénesővel szemben e szer használatát lehetetlenné teszi.

Lues maligna praecox kétszer szerepelt eseteink között.

[1] Azóta még 2 beteg jelentkezett recidivával.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Mindkét esetben feltünően gyors és kedvező volt az atoxylkezelés hatása. Az esetek részletes ismertetése helyett csak azt említem, hogy mind a két esetben friss syphilissel állottunk szemben (az egyik betegben még a sclerosis is megvolt) és hogy előbb egyik beteg sem részesült kénesőkezelésben. Az efflorescentiák az egész köztakarót illették és többé-kevésbé sürün elszórt borsónyi egész mogyorónyi, szétesett gummákhoz hasonló elváltozásokból és koronányi, egész gyermektenyérnyi, szabálytalan alakú, barnavörös infiltratumokból állottak, melyeknek legtöbbjét rupiás varok borították. A betegek igen elesettek, anaemiásak voltak. Az összes elváltozások a beszürődések gyors lelohadása és a fekélyek hegesedése közben feltünő hamar gyógyultak. Az egyik betegnek naponként 0·20 gm.-os, később 0·30 gm.-os, összesen 26 injectioval 6·80 gm. atoxylt adtunk, a másikat kétnaponként alkalmazott 0·45—0·60 gm.-os injectiókkal kezeltük, miközben 12 injectioval 5·75 gm. atoxylt vittünk a szervezetébe. A gyógyulás időtartama 28 illetőleg 24 napot tett ki. E mellett a betegek erőbeli állapota javult, anaemiájuk csökkent, testsúlyuk gyarapodott. Észleléseink alapján tehát megerősíthetjük azok nézetét, kik az atoxylban a malignus lues hatalmas gyógyító szerét látják.

A rossztermészetü syphilisesetek kezelésekor természetesen leginkább merülhet fel annak a kérdése, hogy vajjon az atoxylnak kedvező hatása közvetlen-e, vagy pedig csak közvetve az erőbeli állapot javítása, az anyagcsere fokozása és ez által a felszívódási viszonyok előmozdítása által jön-e létre. E lehetőségre azért kell főleg ezen kórformákban gondolnunk, mert a syphilis malignitásának végső okát — noha e tekintetben nincsenek végleg tisztázott nézetek — a legtöbben valamely constitutiós gyengeségben és a szervezetnek ebből származó kisebb ellenálló képességében keresik. Elképzelhetnők tehát, hogy az atoxyl kizárólag roboráló tulajdonságánál fogva hat. De azonnal kiderül e felvétel helytelensége, ha az atoxyl hatását a régebbi arsenkészitmények hatásával hasonlítjuk össze, melyeket eddig is gyakran alkalmaztak lues maligna eseteiben a szervezet erősítése czéljából. Az acidum arsenicosum, a natrium arsenicosum, a natrium cacodylicum kétségtelenül kedvezően befolyásolja a rossztermészetü syphilisben szenvedő egyének rossz erőbeli állapotát, azonban alig fejtenek ki gyógyító hatást magukra a súlyos bőr- és nyálkahártyasyphilidekre. Ezzel szemben az atoxyl nemcsak a szervezetet erősíti, hanem a lueses elváltozásoknak feltünő gyors és prompt gyógyulását is eredményezi, úgy hogy közvetlen hatását az utóbbiakra teljes joggal állíthatjuk.

(Vége következik.)

Közlemény a kolozsvári m. kir. tud.-egyetem kórboncztani intézetéből és bőr- és bujakórtani klinikájából. Igazgatók: Buday Kálmán dr. és Marschalkó Tamás dr. egyet. ny. r. tanárok.

Heveny májsorvadás a bujakór második időszakában.

Irta: *Veszprémi Dezső* dr. egyetemi magántanár, kórboncztani adjunctus és *Kanitz Henrik* dr. bőr- és bujakórtani klinikai tanársegéd.

(Vége.)

Visszatérve ezek után esetünk méltatására, kiemelhetjük, hogy különösebb fontossága *klinikai* szempontból is a kétféle betegségnek *egyidejü* keletkezésében, combinatiojában áll. A máj megbetegedésének klinikai képe semmi lényeges különbséget sem mutat a heveny májsorvadásban közönségesen észlelhető kórképtől. A prodromális időszak hosszúnak, elnyúltnak nem mondható, mert már a betegség 9. napján beköszöntöttek a súlyos tünetek s néhány nappal később a halál is beállott. A mi a bujakór tüneteinek és a máj betegségének időbeli viszonyát illeti, kiemelhetjük, hogy esetünkben ez utóbbi a florid időszakban, nevezetesen a syphilis egyéb tüneteivel fejlődött ugyan ki, de nem — miként az esetek többségében — az első secundaer tünetek jelentkezése alkalmával, hanem egy „recidiv exanthema“ kitörésével kapcsolatban. Az első kiütések, a mikropapulosus syphilidek már visszafejlődtek volt, úgy hogy a fertőzés megtörténte és a májsorvadás keletkezése között esetünkben mintegy 5½ hónap mult el. Ellenére az aránylag hosszú idővel azelőtt történt infectionak, tekintettel a bujakór és májbántalom tüneteinek *egyidejü* fennállására, teljesen indokoltnak látjuk a kétféle elváltozás között a kóroktani összefüggést felvenni. Indokoltnak véljük ezt annyival is inkább, mert a májsorvadás olyan exanthema recidivum jelenlétében lép előtérbe, a mely intenzitásban messze túlhaladja a bujakór virusa által okozott első kiütéseket. Továbbá mint fontos körülmény az is kiemelendő, hogy betegünkön mi már mindjárt a felvétel alkalmával súlyos fertőzést gyanítottunk, a melynek bizonyítására felemlíthetjük a korán keletkező, feltünően gyorsan fekélyesedő, széteső bőrelváltozásokat, már az első napokban jelentkező nagyfokú gyengeséget, elesettséget, vérszegénységet, a testsúly csökkenését és a rendetlen hőemelkedéseket. Az irodalomban közölt esetek között mindössze 4-et találunk olyat, a melyen hasonló súlyos fertőzés kórképe mutatkozott.

A boncztani és szövettani vizsgálatok adataiból nézzük először a *májra* vonatkozókat. A mint a leirásból is kitünt, a májnak nem minden része volt egyenlő mértekben és egyenlő módon elváltozva. Már a bonczoláskor szabad szemmel való vizsgálatkor is különbséget lehetett találni pl. a jobb és bal lebenynek képe között. Nevezetesen a jobb lebeny tapintáskor minden petyhüdtsége mellett is szívós, továbbá fakóvörös vagy barnásvörös volt, állományában szétszórtan egyes kicsiny okkersárga góczokkal, a melyek nem emelkedtek ki s górcső alatt nem regeneratiós acinusoknak feleltek meg, hanem csak nagyobb mennyiségü epefestékkel megrakott foltoknak bizonyultak. A bal lebeny pedig sokkal lágyabb, törékenyebb és inkább egyenletesen sárga színü volt, csak nagyon kevés, kisterjedelmü, legfeljebb lencsényi és elmosódott határú vörös folttal. Ezen szabad szemmel felismerhető különbségek egyébiránt feltüntek a górcsővel vizsgálatkor is. A jobb lebenyben a májsejtek teljesen eltüntek, a lebenykék közti kötőszövet nemcsak erős gömbsejtes beszürődést mutat, hanem mérsékelt burjánzást is, az epeutak nem nagyfokú felszaporodásával. Ezzel szemben a bal lebenyben a májsejtek súlyos zsíros elfajulása, néhol teljes elhalásig fokozódva található, azonban a májsejtsorok nagyobbfokú szétesést még nem mindenütt mutatnak; a lebenykék közti kötőszövetben alig számbavehető csekély lobos beszürődés mellett igen kisfokú az epeutak burjánzása is. Tehát a szövettani kép szerint is a jobb lebenyben sokkal előrehaladottabb volt a folyamat (atrophia rubra), míg a bal lebenyben fiatalabb keletü elváltozások — inkább a sárga májsorvadásnak (atrophia flava) megfelelők — találtattak, úgy hogy ennek alapján mondhatjuk, hogy a máj nem minden részében betegedett meg egyszerre.

Kifejezett *regeneratiót* a máj részéről, úgy mint azt *Neumann* találta, kimutatni nem lehetett. Ugyanis *Neumann* hasonló esetben a májsejteknek „adenoma“-szerü újraképződését találta, bizonyságául annak, hogy a májszövet maradványai némely esetben mintegy pótló hyperplasiába mehetnek át és igy az elpusztult szövet helyébe részleges újraképződés lép. A regeneratiós folyamat már az első héten megindul s jobbindulatú esetekben valóságos gyógyulásra is vezethet. Korábban ez eshetőséget nagyon kétségbe vonták, de mióta a májszövet újraképződésének lehetőségét boncztanilag is ellenőrizték s *Ponfick* a máj nagyfokú regeneratioképességét kisérleti úton is kimutatta, ezt a lehetőséget ilyen esetekben is általánosságban elfogadják. Csak ilyen módon lehet magyarázni a *Lancillo* esetének kedvező kimenetelét, valamint *Senator* második esetében a gyógyulást. Ez utóbbi egy 18 éves leányra vonatkozik, a kiben a nemi szervek bujakóros elváltozásai mellett a heveny májsorvadás kifejezett kórképe fejlődött ki, a máj erős megkisebbedésével, lépmegnagyobbodással, agyi tünetekkel, a vizeletben tyrosinnal. A beteg, bár közben gyakran kiújuló orbánczot — thrombosissal és genyes gyüjtőér körülötti gyuladással — állott ki, jobban lett. *Senator* a szokatlanul kedvező kimenetel ellenére a heveny májsorvadás kórjelzését, tekintettel az annyira kifejezett tünetösszességre fenntartotta. A mi esetünkben úgy látszik talán az idő rövidsége miatt nem keletkezhettek a máj állományának újraképződésére valló jelek.

A *vesék* elváltozásának magyarázatakor az a kérdés merülhet fel, hogy vajjon azok épen úgy, mint a máj megbetegedése, a bujakór okozójának hatására, tehát egy és ugyanazon ártalomra

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

vezethetők-e vissza, vagy pedig csak a súlyos anyagcserezavarok következményének tekintendők. Volt alkalmunk már reámutatni arra, hogy hasonlóan más súlyos fertőző betegségekhez, a bujakór is korai időszakában a különböző parenchymás szervekben elfajulásos folyamatokat tud kiváltani. És pedig keletkezhetnek ilyenek a vese állományában, a szívizomzatban — a mint mi is esetünkben a szívizomzat erős zsíros elfajulását találtuk —, és leggyakrabban a májban. Kiemelendő továbbá, hogy voltak esetek, a melyekben nem nagyon előrehaladott májbetegség mellett is a többi szerv részéről elég kiterjedt elfajulásokat észleltek. Ha a vesék bonczolástani és szövettani vizsgálatának eredményét tekintjük, nevezetesen a kifejezett elzsírosodást, az epithelsejtek súlyos nekrosisát, epefestékkel történt átivódását, önkéntelenül is gondolnunk kell olyan esetekre, a melyekben hasonló elváltozásokat találunk a vesékben súlyos icterussal kapcsolatban, de a melyekben nem szerepel valamely infectiosus tényező vagy bakteriologiai-toxinos hatás, hanem egyéb okok, mint például az epekövek után vagy a hasnyálmirigyrákban keletkező súlyos sárgaság eseteire. Épen ezért nem mernők határozottan állítani, hogy a szívizomzat és a vesék említett elváltozásait kizárólagosan a bujakór által feltételezett mérgező hatásnak kell tulajdonítani, hanem azt hiszszük, hogy ezekben mindenesetre része van a cholaemiás mérgezésnek is.

A legérdekesebb és legmeglepőbb góresővi képet azonban mindenesetre a *bőr* nyujtotta és pedig a kivágott papula *szokatlanul gazdag, lehet mondani óriási mennyiségű spirochaetaleletével*. Rossztermészetü bujakóros bőrkivirágzásokban a spirochaetáknak ilyen tömeges jelenléte annyival is inkább szokatlan s figyelemre méltó, mert az eddigi vizsgálatok ilyen esetekben legnagyobbrészt teljesen negativ leletet adtak. És akkor is, ha a spirochaeták jelenlétét sikerült is egyik-másik esetben kimutatni, azok távolról sem voltak olyan meglepő, minden várakozást felülmuló mennyiségben jelen, miként a mi esetünkben.

Buschke és *Fischer* például 5 malignus bujakórt vizsgáltak és sem fedőlemezkészitményekben, sem metszetekben spirochaetákat nem tudtak találni. Ezért gondolták, hogy nemcsak a harmadlagos bujakórban hiányzik a spirochaeta pallida, hanem a korai időszak némely különleges nyilvánulásaiban is. Később azonban mégis arra a nézetre jutnak, hogy kezdetben malignus bujakórban sem hiányozhatnak a spirochaeták, de a kifekélyesedett góczokból gyorsan eltünhetnek, a mit azzal vélnek magyarázhatni, hogy a bujakór rossztermészetü alakjaiban a fekélyes kiütésekben a spirochaeta pallida valamely különös fejlődési alakba megy át. *Herxheimer* és *Cohn* 8 lues maligna esetből 5-ben fedőlemezkészitményekben spirochaetákat talált. Még megemlíthetjük, hogy *Arning* Hamburgban ez évben élő spirochaetakészitmények bemutatása alkalmával említette, hogy lues maligna némely esetében nem talált spirochaetákat. A spirochaetavizsgálatok olyan gyakori negativ leletét a syphilisbúvárok arra vezetik vissza, hogy a kiütések specifikus szétesése, ellágyulása vagy épen elgenyedése miatt a spirochaeták hamar tönkremennek, elpusztulnak. Ugyanis tapasztalás szerint zárt papulákban és pustulákban — épen úgy, mint az elsődleges elváltozásokban — aránylag számos spirochaetát találni, ellenben a kiütések szétesése után azok már nem mutathatók ki. *Herxheimer* és *Cohn* azt hiszi, hogy a spirochaeta pallida talán nem tudja túlélni a genyedést okozó mikrobák által előidézett vegyes fertőzést és a felületről eltünik, vagy pedig anaërob tulajdonságuk miatt az említett feltételek között nem fejlődik. *Neisser* is tapasztalta, hogy az összes genyedő syphilisalakokból — akár malignus, korán szétesö kivirágzásokból is — az állatoltások mindig eredmény nélküliek, ha az oltásra a szétesett anyagot használjuk. Annak a nézetnek a valószinüségét, hogy a spirochaetavizsgálatok eredménytelensége a bujakóros kiütések szétesése által van feltételezve, megerősitheti az általunk talált börlelet is. Megemlítendő ugyanis, hogy a vizsgálat tárgyát épen kezdődő szétesésben levő, de még ki nem fekélyesedett papula alkotta, és hogy a spirochaeták a még meglehetősen érintetlen, aránylag épebb irhaszemölcsökben voltak különösen nagy tömegben. Azon részletekben pedig, a melyek genysejtekkel beszürödöttek, de kiváltképen, a melyekben kicsiny genygóczok, valóságos miliáris tályogok találtattak, spirochaeták is feltünően csekély számban voltak kimutathatók. Egy-egy példány azonban e genygóczokban is elég jól felismerhető volt.

Tulajdonképen nem tarthatjuk nagyon meglepő jelenségnek azt, hogy a lues maligna kiütéseiben a spirochaeták tömegesebben vannak jelen. Mert e kiütésekre jellemző rendkivül rohamos szétesés, gyors tovaterjedés magyarázatára egészen indokolt épen arra gondolni, hogy ezen erélyes hatás a megbetegedett góczokban nagyobb mennyiségben jelenlevő virusra vezethető vissza. Azonban egy eset alapján nem nyilatkozhatunk határozottan a lues maligna és a spirochaeta pallida egymáshoz való viszonyáról, sőt tekintettel az eddigi vizsgálatok aránylag gyakoribb negativ leletére, nem is akarjuk a rossztermészetü lefolyást *kizárólagosan* a kórokozó nagyobb mennyiségben való jelenlétének tulajdonítani. De nem is tartjuk ez utóbbi körülményt teljesen számításon kivül állónak és mellőzhetőnek, mert egyelőre épen olyan kevéssé bebizonyitottnak látjuk azt a nézetet, a mely épen a gyakori negativ spirochaetaleletre való tekintettel a kórokozó fokozott virulentiájának, illetőleg nagyobb számának egyáltalán semmi szerepet, semmi befolyást sem tulajdonit a rossztermészetüség tekintetében. S igy nem helyezkedhetünk a *Hoffmann* álláspontjára, a ki azt mondja, hogy ezek a rossztermészetü alakok nem a spirochaeták mennyisége, nagy száma által, hanem a szervezet reactiójának módja, csekély ellenállási képessége által vannak feltételezve. Mindenesetre még további vizsgálatok szükségesek ebben az irányban, és pedig különösen még szét nem esett kiütések, papulák vizsgálata, s ha ezek a mienkkel azonos eredményeket adnának, csak akkor nyerne valószinüségben az a feltevésünk, hogy a lues malignában szokatlanul erős agens, fokozott virulentia, illetve a kórokozónak nagyobb mennyisége játszsza a főszerepet.

Végül szóljunk a májmegbetegedés *létrejövetelének módjáról*. Ez a kérdés minden olyan esetben, a melyben a bujakór virágzó szakában és annak egyéb nyilvánulásaival egy időben heveny májsorvadás keletkezik, különösen abból a szempontból adott igen sok vitára alkalmat, hogy vajjon a májbetegség bujakóros alapon fejlődött-e, vagy pedig a bujakórtól teljesen független más ártalmak váltották-e ki?

Az erre vonatkozó vélemények közül mindjárt első sorban említhetjük, hogy a máj állományának elváltozásait a legelső észlelések alkalmával nem a bujakórnak, hanem a *kénesőkezelésnek* tulajdonították. De már *Lebert* figyelmeztet arra, hogy heveny májsorvadás olyan bujakórosokon is észlelhető, a kik kezelésben egyáltalán nem részesültek. A később közölt esetek között is nem egy olyan akad, a melyben voltaképen nem is használtak még kénesőt, vagy a máj részéről a tünetek a kezelés megkezdésével egyidejüleg keletkeztek, vagy pedig már hosszabb idő telt el azelőtt. *Senator* pedig joggal hivatkozik arra a tapasztalatra, hogy nőkben aránytalanul gyakoribb a májmegbetegedéssel járó szövődmény, holott általában a bujakór a férfiakban sokkal gyakoribb lévén, a kénesőkezelés is gyakoribb s igy a máj bántalma legalább is olyan vagy nagyobb számban fordulhatna elő férfiakban. Ezenkivül *Richter* említi, hogy a májnak súlyosabb elváltozásai heveny vagy idült kénesőmérgezés következtében még nem észleltettek. Mindezekből arra az álláspontra helyezkedhetünk, hogy a kénesőkezelésnek a májsorvadásban nem lehet fontosságot tulajdonítani.

Naunyn nem tud elzárkózni annak a lehetősége elől, hogy némely esetekben *phosphor-mérgezés* játszik közre. Nem mondjuk, hogy — tekintettel a fiatal nők túlnyomó számára, a kikben az ijedtség, a lelki egyensúly megbomlása folytán az öngyilkossági szándék is közelebb fekvő — a phosphormérgezésre gondolni épenséggel ne lehetne, azonban e minden biztos alapot nélkülözö és nem minden erőltetettség nélkül való feltevést egy szerző sem osztja. A magunk részéről sem fogadhatjuk el e véleményt minden esetre vonatkoztatva, mert számos olyan esetet észleltek, a melyben — miként a mienkben is — a phosphormérgezést ki lehet zárni.

Thurnwald, a ki szintén pontosan észlelt és bonczolt eset birtokában van arra nézve, hogy a májelváltozások előidézésében valamely érmegbetegedés szóba jöhet, azt mondja, hogy *a máj ereinek bujakóros megbetegedése* ebben az időben teljesen kizárható. A tüzetesebb bonczolástani és szövettani vizsgálatok is megerősitették *Thurnwald*-nak e nézetét, a mennyiben a máj erei telje-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

sen épnek bizonyultak és így ő is toxikus behatásra vezeti vissza a májsorvadás keletkezését.

Hogy a bujakórnak egyáltalában lehet-e szerepe, s ha igen, tulajdonképen miben áll a heveny májsorvadás előidézésében, e kérdés közelebbi eldöntésekor figyelembe kell vennünk a heveny sárga májsorvadás aetiologiáját általánosságban. Tudjuk, hogy e tekintetben egységes okról ez idő szerint nem lehet szó, mert a máj ezen betegségét igen különféle káros hatások válthatják ki. Néha nagyon súlyos fertőző betegségekhez csatlakozik, mint orbánczhoz, diphtheriához, gyermekágyi lázhoz, sepsises folyamatokhoz, osteomyelitishez, typhushoz stb. Máskor kivülről bejutó, vagy a szervezetben magában képződő mérgek a vér- és nyirokáram útján odavitetve okozzák a máj heveny sorvadását. Ha tekintetbe veszszük azt, hogy rendszerint fertőzésen alapuló hatások, különböző mérgező anyagok azok, a melyek a májsorvadás keletkezését magyarázzák, már a priori sem lehetetlen, hogy adott esetben *a bujakór virusa által termelt mérgező anyagok* okozzák a máj állományának hevenyen lefolyó pusztulását. Annyival inkább kell erre következtetnünk, mert a bujakórról tudjuk, hogy nem ritkán más belső szervekben is olyan elváltozásokat idéz elő, a melyek csak toxikus hatással magyarázhatók. Tehát teljesen igazoltnak látjuk azt, hogy a heveny sárga és vörös májsorvadás kóroktani tényezői között a bujakórnak is helyet adjunk.

Legelőször *Engel-Reimers* adott kifejezést annak, hogy a májsorvadás a bujakór által feltételezett toxikus anyagok hatására vezetendő vissza. „Es ist — mondja *Engel-Reiners* — wirklich nicht einzusehen, warum nicht auch die Syphilis gelegentlich ein Gift erzeugen soll, das zerstörend auf die Leberzellen wirkt.“ *Senator* ezt az analogiákra épített magyarázatot a kétféle betegség összefüggésére vonatkozólag bizonytalan értékű feltevésnek tartja, a melyhez a maga részéről nem mert csatlakozni. *Richter* ellenben elismeri e magyarázat lehetőségét és erre támaszkodva azt a kérdést veti fel, hogy vajjon a bujakór toxinjának ezen ritka localisatiojú hatása nincsen-e különböző praedisponáló tényezők által elősegitve? Azonban az összes közölt eseteknek ezen irányban való pontos áttanulmányozása e kérdést illetőleg semmi támpontot sem nyujt, mert az észlelt esetekben a májnak elváltozását sem a syphilises fertőzésnek rossztermészetüségével, sem a májnak előző megbetegedésével, sem pedig esetleges vegyes fertőzéssel kapcsolatba hozni nem sikerült.

Ha a kétféle bántalom között levő okozati összefüggést a mi esetünkre támaszkodva keressük, azt hiszszük, bátran eltekinthetünk mindazon feltevésektől, a melyek a bujakór szerepét figyelmen kivül hagyva, részint kivülről származó ártalmakra, pl. anorganikus mérgek hatására, részint pedig intercurrens betegségekre, vegyes fertőzésekre stb vonatkoznak. Tehetjük ezt annyival is inkább, mert hiszen esetünkben úgy a medicinális, mint az öngyilkossági szándékkal történt mérgezés, valamint bármilyen közrejátszó fertőző betegség kizárható. Úgy hogy nem marad más hátra, mint tisztán a bujakórt tekinteni ismertetett esetünkben a heveny májsorvadás előidézője gyanánt.

Hogyan magyarázhatnók már most a bujakórral kapcsolatban a májelváltozás keletkezését? Ebből a szempontból véleményünk szerint két momentum jöhet szóba. A máj szövetének megbetegedése vagy egyenesen a bujakór virusának — mikrobájának — közvetlen hatására vezethető vissza; vagy pedig a szervezetben képződő s a bujakór által termelt mérgező anyagok felszivódása — toxinok hatása — okozta a májsejtek elhalását.

A bujakór virusának, a *spirochaeta pallidának a májban való felszaporodásában*, illetve a máj szövetére közvetlenül gyakorolt hatásában már csak azért sem kereshetjük a májsorvadás okát, mert hiszen spirochaetákat a májban a legtüzetesebb kereséssel sem találtunk akkor, mikor az egyidejüleg teljesen azonos módon kezelt bőrmetszetekben óriási mennyiségben voltak kimutathatók. Hacsak azt a már eleve is teljesen valószinütlen eshetőséget nem veszszük fel, hogy a máj néhány napig tartó betegsége alatt az összes spirochaeták úgy elpusztultak, hogy a szövettani vizsgálat alkalmával már nyomuk sem találtatott. Ennek az eshetőségnek tarthatatlanságát azonban legjobban bizonyítja azon körülmény, hogy a máj egyes részeiben még mindig voltak frissebb keletü elváltozások, a hol tehát, ha a máj pusztulása csakugyan a spirochaeták direct hatására következett be, spirochaetákat feltétlenül találnunk kellett volna.

Mindezek után önként következik az, hogy a májsorvadás okának valamely *toxikus anyagot* tartsunk. Hivatkoznunk kell itt a szövettani bakteriologiai leletből a spirochaeták feltünő mennyiségére. A modern serologiai vizsgálatok bizonyítják, hogy a syphilis kórokozója toxikus anyagokat tud termelni. Ha már most a szervezet több helyén, esetünkben a bőrben, sok szétszórt góczban nagy tömegekben találjuk a spirochaetákat, jogunk van feltételezni, hogy ezek csakugyan a szokottnál jóval nagyobb mennyiségben termelnek toxinokat. Azt hiszszük tehát, hogy ezek a toxinok felszívódván, épen úgy mint más mérgező anyagok, a parenchymatosus szervekben a sejtek elfajulását okozzák, sőt nagyobb mennyiségben képződvén, az elfajuláskor súlyosabb elváltozásokra, *sejtelhalásra*, a sejtek szétesésére is vezethetnek, a mint azt a heveny fertőző betegségekben mindennapos példák bizonyítják és súlyosabb esetekben — a mint azt fentebb érintettük is — a máj részéről a heveny sárga sorvadás jellemző bonczolástani és szövettani képét váltják ki. Fel kell vennünk ennélfogva, hogy a mi esetünkben is a májsejteknek elhalását, a mely a sárga és vörös májsorvadás klinikai és bonczolástani képét nyujtotta, *olyan toxikus anyagok okozták, a melyek a bőr laesióiban óriási mennyiségben felszaporodott spirochaeták által termeltettek* és hogy az egész kórlefolyás szokatlan súlyossága részint a spirochaeták tömeges jelenlétében, részint talán igen erős virulentiájukban leli magyarázatát. A heveny sárga májsorvadás és a bujakór között levő okozati összefüggésre vonatkozó és az imént röviden kifejtett véleményünknek azonban bizonyos óvatossággal és némi fenntartással adhatunk csak kifejezést, már csak azért is, mert e tekintetben pusztán csak saját esetünkre támaszkodhatunk, a mennyiben halálosan végződő s így bonczolástani és bakteriologiai-szövettani vizsgálatok által megerősített eset újabban, a spirochaeta pallida ismerete óta nem volt még észlelés, helyesebben közlés tárgya. Nézetünknek megerősítését csak olyan esetektől várhatjuk, a melyekben a bujakórral kapcsolatban keletkező heveny májsorvadáskor a bőrben, a mi vizsgálati eredményeinkkel megegyezően, csakugyan feltünően nagy mennyiségben mutathatók ki spirochaeták. Arra azonban az esetünkből nyert eredmények mindenesetre feljogositanak, hogy a máj megbetegedését is tisztán bujakóros alapon keletkezettnek tekintsük, illetve, hogy a kétféle bántalom között *szoros okozati viszonyt* vegyünk fel.

Irodalom. *Lewin:* Casuistische und differentialdiagnostische Mittheilungen über akute gelbe Leberatrophie bei Syphilitischen. Bericht über die 60. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wiesbaden, 1887. — *Engel-Reimers:* Über akute gelbe Leberatrophie in der Frühperiode der Syphilis. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten. 1889. I. — *Engel-Reimers:* Über die visceralen Erkrankungen in der Frühperiode der Syphilis. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1892. XV. k. — *Senator:* Ikterus und akute gelbe Leberatrophie im Secundärstadium der Syphilis. XII. Congress f. innere Medizin. Wiesbaden, 1893. — *Naunyn:* Discussio u. o. — *Neumann:* Syphilis. 1896. — *Talamon:* Syphilis hépatique précoce avec ictère grave et atrophie jaune aiguë du foie. Médecine moderne, 1897. — *Arnheim:* Zur Kasuistik des Ikterus im Frühstadium der Syphilis. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 1898. XXVI. k. — *Richter:* Syphilis und akute gelbe Leberatrophie. Charité-Annalen, 1898. 23. évfolyam. — *Goldscheider* és *Moxter:* Über einen Fall von akuter gelber Leberatrophie im Secundärstadium der Lues mit pathologischen Veränderungen im Rückenmark. Fortschritte der Medicin, 1898. XV. k. — *Thurnwald:* Ein Fall von akuter roter (gelber) Leberatrophie im Frühstadium der Lues. Wiener med. Wochenschrift, 1901. 29. sz. — *Nikolski:* Akute gelbe Leberatrophie im Verlaufe der secundären Syphilis. Med. Obosrenje, 1906. 7. Ref.: Monatshefte f. prakt. Dermat., XLIV. k., 3. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Sahli (Bern): **Ueber Tuberkulinbehandlung.** Basel, Benno Schwabe, 1907.

Több mint 10 esztendei elméleti és gyakorlati velefoglalkozás után szól hozzá *Sahli* tanár a 44 oldalra terjedő füzetben a tüdővész tuberculin-therapiája kérdéséhez, igyekezve klini-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

kailag élesen megvilágosítani azt, a mit a túlzók egyik tábora heves antipathiájával, másik tábora pedig optimista lelkesedésével eltakart, fel nem fedett. Szerinte a tuberculin-kezelés, helyes alapelveken mozgó alkalmazás mellett, egyike a gyógytudomány legnagyobb haladásainak. A kivitelben a különböző tuberculinok (régi és új *Koch*-féle, *Denys*-féle és *Beraneck*-féle tuberculin) legóvatosabb adagolásainak, azaz a legenyhébb tuberculin-kúrának híve és szószólója, a kifejezett reactiót elitéli, mert a betegre ártalmasnak tartja. Az enyhe tuberculin-kúrák *Sahli* meggyőződése szerint mihamarabb a prophylaxis eszköztárában is szerepelni fognak tuberculosisra gyanús egyéneken s hivatva lesznek hasonló áldásos szerepet játszani a gümőkór elleni harczban, mint a minővel a himlőoltás a variola leküzdésében bir.

Okolicsányi-Kuthy dr.

Friedländer: Chirurgische Diagnostik. Wien, Alfred Hölder kiadása. 1907. 440 l.

A szerző, ki az Albert klinikának volt assistense, a gyakorlat igényeinek megfelelő diagnostikát óhalt művével nyujtani és eltérve a sablonos beosztásoktól, új rendszerben tárja elénk a sebészeti diagnostikát. Épen az új beosztás is megnehezíti ama feladat helyes megoldását, a melyet a szerző maga elé tüzött, hogy a mindennapi gyakorlat küzdelmeiben elhomályosodó associatiós és emlékképeket felújítsa, mert még a sebészi diagnostikában jártas is csak kellő tájékozódás esetén leli meg azt, a mit keres. 7 fejezetre oszlik a mü. Az 1. a bőr nyilt sérüléseit, a 2. a penetráló sérüléseket, a 3. a subcutan sérüléseket, a 4. az emésztőrendszer megbetegedéseit, az 5. a húgy-ivarszervi bántalmakat, a 6. a mozgató rendszer bántalmait, a 7. a daganatokat tárgyalja. Ezen beosztás több helyen ismétléseket is tett szükségessé. Értelmes, világos stilusa s tág diagnostikai ismerete szépen érvényesül e műben, de nem hagyhatjuk szó nélkül, hogy még ha gyakorló orvosoknak is irunk, a mai korban a diagnostikában mellőzni, elhallgatni az x-sugarak jelentőségét, a cystoskopiát, a functionális vesediagnostika létezését, nem lehet. A műben az, a mit tartalmaz, legnagyobbrészt megállja helyét, de annak, a mit ellhallgatott, hiányát több helyütt érezzük. A mű a „Medizinische Handbibliothek“ egyik köteteként jelent meg. *Steiner Pál* dr.

Das Sterben. Ein Vortrag von Hofrat Prof. **Dr. Hermann Nothnagel.** Zweite Auflage. 1908. Wien, Verlag Moritz Perles. 58 l. Ára 2 korona.

Nothnagel előadásában a halál okaival foglalkozik, azután hosszabban tárgyalja azt a kérdést, hogy a halál fájdalmas-e. Hivatkozva tapasztalatokra és azoknak kimondására, a kik vízbefulás, akasztás, hegyről való lezuhanás után életben maradtak, bár már elvesztették eszméletüket, N. arra az eredményre jut, hogy a halál beálltakor a haldokló semmi fájdalmat sem érez, bármilyen fájdalmas volt is egyébként a betegsége. Azoknak, a kik öreg korban végelgyengülésbe esnek és a kik hosszú betegségekben (pl. typhusban) leromlottak, annyira csökkent az életösztönük, hogy sokszor egész közömbösek a halál gondolatakor.

A kis füzet 3 hét alatt érte el a második kiadást. Az első lapon a szerző arczképe, az utolsó lapon annak a pár sornak a facsimileje van, a melyben *Nothnagel* közvetlen halála előtt stenocardiás rohamjait leirta. *Kollarits Jenő* dr.

Die pathologische Anschuldigung. Von Dr. med. **J. Bresler.** 1907. C. Marhold. Halle a. S. 42 l. Ára 1 márka.

A kóros vádaskodás lehet tudatos beteges hazudozásból származó, lehet zavart megfigyelés vagy gondolkozás következménye (illusio, hallucinatio, téves képzet), lehet tartalmilag helyes, de helytelenül megokolt. Megfelelő tapasztalatok előadása után B. kifejti, hogy mennyire helytelen a német eljárás, a mely a gyengeelméjüek esküallatti vallomását elfogadja. Az ok nélkül vádaskodók büntetése tekintetében az elmeállapot megvizsgálása volna fontos minden esetben. Sajátságos, hogy az olyan vádaskodó, a ki nem nevez meg határozott személyt, nem büntethető a német törvény szerint. *Kollarits Jenő* dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az exsudatumnak és transsudatumnak nagyon híg eczetsavval való megkülönböztetéséről (Rivalta-féle próba) ir *Janovski*. A próba lényege az, hogy a vizsgálandó folyadék néhány cseppjét 2 csepp jégeczetnek 100 cm³ vízben való oldatába ejtjük. A jégeczet helyett 20 csepp közönséges eczetet is használhatunk. Exsudatum esetén a csepp útjában az edény feneke felé határozott fehér vagy kékesfehér, füstre emlékeztető, vonalszerű zavarodást hagy hátra. Minden új csepp újra zavarodást okoz; a lebegő csapadékok később az edény fenekére szállnak, a hol kifejezett fehéres zavarodást alkotnak, a mely csak nagyobbmennyiségü jégeczet hozzáadására tünik el. Transsudatum esetén a csepp által okozott zavarodás feloldódik, mielőtt még a folyadékoszlop közepéig ért. A hullából vett folyadékok rendesen negativ eredményt adnak, de ilyenkor tulajdonképen az illető savós hártya viselkedéséből állapítjuk meg a kórjelzést. Rivalta 286 exsudatumot és 61 transsudatumot vizsgált meg ezen próbával s azt találta, hogy a positiv kimenetele mindig gyuladásos, a negativ pedig transsudativ folyamat mellett szól, úgy, hogy pl. a rossztermészetü daganat mellett keletkező izzadmány nem adja a reactiót, viszont azon csekélyfokú peritoneális izgalom, melyet többszörös csapolás idéz elő, elegendő arra, hogy a folyadékgyülem gyenge zavarodást mutasson. Vér jelenléte a próbát nem zavarja. Janovski egyéb komplikáltabb eljárásokon kivül (fajsúly, fehérjetartalom meghatározása, kryoskopia, cystoskopia, viscosimetria) 50 exsudatumot és 50 transsudatumot vizsgált meg ezen próbával s úgy találta, hogy a próba positiv minden oly esetben, melyben a klinikai képből s a többi eljárás eredményéből gyuladásos folyamatra kell következtetnünk, sőt positiv volt oly esetekben is, melyekben klinikailag határozottan gyuladásra kellett gondolni, de a többi eljárás eredménye vagy egészben vagy részben ellene szólt. Viszont előfordult olyan eset, midőn gyuladásra gondoltak (peritonitis tuberculosa) a klinikai vizsgálat s az izzadmány physicochemiai vizsgálata alapján, a Rivalta-próba azonban negativ volt s a bonczolás kiderítette, hogy hashártyacarcinosis okozta transsudatum volt jelen. Myocarditis folytán támadt ascites egy esetében a fajsúly s a fehérjetartalom nagyobb volt, mint a pangásos folyadéké szokott lenni, a Rivalta-próba negativ kimenete transsudatum mellett szólt, s ezt a kórjelzést a cystoskopiás formula is megerősítette. Több más esetben is alkalma volt a szerzőnek meggyőződni arról, hogy a Rivalta-féle próba érzékenyebb a többi eljárásnál. A gyuladásos folyadékban támadó zavarodás okát Rivalta régebben a leukocytákból származó nucleoalbuminban, újabban a vér eu- és pseudoglobulinjában keresi. Nyilvánvaló, hogy ezen próba széleskörü alkalmazásakor is néha téves kórismét fogunk felállítani, de a szerzőnek az a meggyőződése, hogy a csalódások sokkal ritkábbak lesznek, mint bármely más próba rendszeres alkalmazásakor. Ez okból s mivel ez a vizsgálati eljárás rendkivül egyszerü, kivitelére a vizsgálandó folyadéknak csak néhány cseppje s mindenütt megkapható reagens szükséges, megérdemli, hogy széles körökben úgy a kórházi mint a városi és falusi magángyakorlatban alkalmazzák. (Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 44. sz.)

Belorvostan.

Az egyszerü gyomorfekély kezeléséről tartott előadást *Linossier* (Vichy) a párisi belorvostani congressuson (1907 október 14—16). Nem foglalkozik a gyomorfekély pathogenesisével, csak utal arra a tényre, hogy a fekély bizonyos természetes gyógyulási hajlammal bir s ezért a kezelésnek arra kell törekednie, hogy a gyógyulást akadályozó tényezők: a fokozott gyomornedvelválasztás és gyomormozgás káros befolyását megszüntesse. Ezt legtökéletesebben elérjük a *diaetás kezeléssel*, a melynek főczélja absolut nyugalmat biztositani a gyomornak addig, míg a fekély meg nem gyógyul (la cure de repos stomacal). Ez a nyugalmi kúra szigorúan nem vihető keresztül, mert inanitiora vezet, de rövidebb-hosszabb ideig végezhető, ha a gyomron keresztül táplálást valami módon pótoljuk. A bőralatti táplálás nem felel meg a követelményeknek, mert az albuminoidoknak és

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

szénhydratoknak ez úton való bevitele veszélyes, a zsírok pedig keveset használnak. Alkalmasabb e czélra a végbélen át való táplálás, bár ez úton sem vihetünk 400 cal.-nál nagyobb energiamennyiséget a szervezetbe, mert bizonyos mennyiséget és concentratiót meghaladó tápláló beöntések a kúra czéljával épen ellenkező hatást: bélizgalmat váltanak ki. Ha a beteg nem türné a tápláló klysmát, egyidöre egyszerű vizes beöntésekhez folyamodhatunk, a melyeknek legalább psychés hatásuk van: a beteg azt hiszi, hogy táplálják. A beteg a tápláló végbélbeöntések ellenére természetesen napról napra fogy; ha a napi súlyveszteség meghaladja a 400 gm.-ot, abba kell hagynunk a kúrát. Előfordul, bár ritkán, hogy a végbélen át való táplálás folyamán parotitis támad, melyet úgy magyarázhatunk, hogy a nyálelválasztás csökkenése miatt könnyebben kerülhetnek bakteriumok a Stenon-vezetékbe. A nyugalmi kúra után táplálnunk kell a beteget. A táplálék legyen folyékony vagy pépes, ne legyen túlságosan meleg vagy hideg, ne tartózkodjék soká a gyomorban s ne izgassa a nyálkahártyát physikai tulajdonságainál fogva sem. Ezenkivül arra is kell törekednünk, hogy a táplálék chemiailag lehetőleg kevéssé izgassa a nyálkahártyát elválasztásra, s hogy a fekélyt kivonjuk a gyomornedv hatása alól. E feltételeknek nehéz megfelelni azért, mert a fehérjék, melyek lekötik a sósavat, nagy fokban izgatók, a zsírok és szénhydratok viszont kevésbé izgatnak, de nem közömbösítik a sósavat. Elvileg legjobb nitrogenszegény vegyes táplálékot nyujtani, physikailag is alkalmas alakban. Ha fájdalmak vannak, az azokat csillapító, nitrogenben gazdagabb táplálékra térhetünk át. A gyakorlatban használják a vegyes (tej), a fehérjékből (Lenhartz-féle étrend, a melyben föképen tej és tojás szerepel bizonyos határig naponként növekedő adagban, melyhez napok mulva egyéb fehérjés ételeket csatolnak) és a zsírokból (vaj, tejszin) álló étrendet (Senator). A szerző az absolut nyugalom kúráját tartja leghelyesebbnek, ha keresztülvihető.

A *gyógyszeres kezelés* kisebb fontosságú. Használják az elválasztás csökkentésére a natriumbicarbonatot, fájdalomcsillapításra a bismuthsubnitratot. A vérzések ellen alkalmazott ferrichloridot Bourget rendszeresen használta gyógyítás czéljából s jó eredményeket látott. Dicsérik a lúgos chloridos-sulfatos ásványvizeket.

A mi a *sebészeti kezelést* illeti, Rydygier mint gyökeres eljárást a fekély kimetszését ajánlotta. A műtét elég veszélyes, utána difformitás marad vissza, mely akadályozza a gyomor mozgékonyságát. A gastroenterostomia nem elég radikális, nem teszi feleslegessé a belorvostani kezelést, mert nem vonja ki a gyomor hatása alól a fekélyt. Legészszerübb a jejunostomia, mely a gyomor nyugalma mellett elegendő táplálkozást is megenged. Minthogy a sebészi kezelés biztos eredménynyel nem kecsegtet s a műtéti halandóság elég nagy (0·95—17%), az a meggyőződése az előadónak, hogy az egyszerü gyomorfekélyt belorvostanilag kell kezelni.

Castaigne (Páris) a *gyomorfekély complicatioiról* szólva, felosztja őket *hirtelen*, *hevenyen és lassan támadókra*. Az elsők közé tartozik az átfúródás folytán keletkező általános peritonitis s hirtelen támadó nagy vérzés. A peritonitist a bal hypochondriumban és az epigastriumban mutatkozó heves fájdalomból, a hőmérsék és érverés viselkedéséből kórismézhetjük. Ilyenkor gyors sebészi beavatkozás indikált, a mely a fekély kimetszésében vagy a nyilás elzárásában s a hasüreg gondos kitörlésében és drainezésében áll. A hirtelen támadó nagy vérzés idült, vagy addig tünetekkel nem járt fekélyből eredhet, előfordul azonkivül, hogy alig látható fekélyedés van csak (exulceratio simplex), vagy portalis pangás a vérzés oka. Ha igen nagyfokú a vérzés, sebészi beavatkozás szükséges; ha csekélyebb fokú, absolut nyugalomban, jeges víz alkalmazásában vagy 1%-os $FeCl_3$-oldattal való gyomormosásban áll a therapia.

A heveny complicatiókat a körülirt hashártyagyuladás s a gyomorkörüli tályogok alkotják. Ha a gyomor fala a fekély széleinek megfelelően a környezethez odanőtt, akkor átfúródás után körülirt hashártyagyuladás jön létre. A tályog helye a fekély helyzete szerint változik. Klinikailag két alakot különböztetünk meg, abdominális és thoracális alakot. Az elsőt jellemzi az ellenállás tapintásra és a tompulat, a mely mozdulatlan, ha a tályog csak genyet, helyzetváltozáskor pedig határait változtatja, ha a genyen kivül levegőt is tartalmaz. A thoracalis tályog összetéveszthető exsudatum pleuriticummal, a melytől megkülönbözteti alakján kivül a légzési tünemények csekély intenzitása. Az első esetben laparotomiát, a második esetben bordaresectiót kell végezni.

A lassan keletkező complicatiók közül leggyakoribb a pylorusstenosis, a mely gyomortágulást s pangást idézhet elő abban a mértékben, a melyben fokozódik. A stenosis ritka esetekben functionális, ideges természetü. Az anatomiai alapú pylorusstenosis természetesen sebészeti beavatkozásra szorul (gastroenteroanastomosis), a belorvostani kezelés csak a stenosis következményeit, a pangást, hypersecretiót, hányást enyhítheti. Az idült perigastritis, a mely a gyomornak a szomszéd szervekhez való odanövését eredményezi, a gyomormozgékonyság akadályozása miatt élénk, néha türhetetlen fájdalmakat, nehéz emésztést okoz. Kórjelzése megállapítható abból, hogy az illető helyen felfúváskor rögzitettnek találjuk a gyomrot. A kellemetlen állapot megszünik, ha az összenövéseket szétválasztjuk s hashártyával borítjuk. Az idült fekély complicatioinak tekinthetők bizonyos általános ideges tünetek, azonkivül az anaemia, melyet a folyton ismétlődő kisebb vérzések okoznak. Ez utóbbiakat legtöbbször csak sebészeti úton szüntethetjük meg (gastroenterostomia). Újabb vizsgálatok szerint elég gyakori a fekély átalakulása rákká. Erre következtethetünk akkor, ha a fájdalmak hevesek s makacsok, az egyén folyton soványodik, vérszegény, ha feketés vér van a gyomortartalomban. A rákra jellemző vegyi elváltozások ilyenkor még nincsenek. A therapia a szükség szerint választott mütét (pylorectomia stb.). Castaignenek is az a véleménye, hogy egyszerü fekély esetén nem szükséges a sebészi beavatkozás, egyrészt mert később a nyilás elzáródik, ha megint rendesen müködik a pylorus, másrészt mert duodenumfekély s másodlagos (operativ) dyspepsia származhatik.

Doyen (Páris) szerint többször szükséges a sebészi beavatkozás egyszerü fekély esetén, mint azt az előadók állítják; ő mint legjobb mütétet a pylorusresectioval kombinált gastroduodenostomiát ajánlja.

Hartmann (Páris) azt állítja, hogy a statistikák szerint a belorvostanilag kezelt betegek 24%-a 5 éven belül meghal. Ő 135 gastroenterostomiát végzett folyton kisebbedő halandósággal s igen jó eredményeket látott. Ezt a mütétet tartja leghelyesebbnek kellő indicatio (folytonos vérzések, pylorusstenosis) alapján végezve, mert a beteget oly állapotba hozza, hogy belorvostanilag eredményesen kezelhető lesz. *Monprofit* (Angers) egyszerü fekély esetén is ajánlja a mütétet oly esetben, mikor a betegnek nem áll módjában magát hosszas belső kezelésnek alávetni. Elismeri, hogy a mütét nem minden esetben eredményes; azt tartja tapasztalatai alapján, hogy ilyenkor a mütét nem felelt meg a czélnak (gastroenterostomia után két esetben relaparotomiát végezve, a gastrojejunális nyilást elzárva találta).

Tuffier (Páris) szerint a nem a pylorus táján székelő egyszerü gyomorfekély a belorvostan körébe tartozik. Kutyán végzett gastroenterostomiát, s radioskopiával konstatálhatta, hogy a táplálék a rendes pyloruson távozik.

Bourget (Lausanne) 500 gyomorfekélyest ferrichloridoldatos mosásokkal és alkaliás vizekkel kezelve szép eredményeket látott. Tapasztalatai szerint a gyomorszonda alkalmazása nem okoz kellemetlenséget. *Maillart* (Genève) szintén jó hasznát látta a gyomormosásnak. *Bard* (Genéve) szerint a gyomorfekély sokszor magától is gyógyul, mert hullában sokszor találhatunk oly hegesedett fekélyeket, melyeket az élőben egyáltalában fel sem ismertek. (Semaine méd., 1907. 43. sz.)

Sebészet.

A leukocytosisról a féregnyujtványgyuladásban értekezik *Kothe*, Sonnenburg osztályáról s a prognosis és diagnosis szempontjából a következő conclusiókat vonja le:

1. az érverési, hőmérséki és leukocytagörbének arányos és nem magas emelkedése az appendicitis jóindulatúsága mellett szól;

2. ha a hőmérsék a 37·9 C°-t nem haladja meg, a pulsus 96 és a leukocyták száma 14,000-nél nem nagyobb, egyszerü catarrhális az appendicitis;

3. súlyos klinikai symptomák mellett 38·2°C. hőmérsék, 116 érverés, 20,000 fehérvérsejt a féregnyújtvány súlyos elváltozására utal;

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

4. ha még eltérőbbek a görbék, rendesen már peritonitis van jelen;

5. az acut appendicitis operálása után, ha a folyamat jóindulatú, a leukocytosis csökken, ha ez azonban állandó marad, vagy még növekszik, valahol még genyedés áll fenn;

6. diffus peritonitis esetén a fehérvérsejtek száma kezdettől fogva alacsony maradhat;

7. prognostikailag fontos még az ugynevezett praemortális leukocytosis. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1907. 88. k. 4—6. f.)

Steiner Pál dr.

Haránt vesekőmetszést ajánl *Marwedel* nem komplikált vesekőesetekben, ha a vizelet savanyú vegyhatású s a vesemedencze fertőzése csak kisfokú. 5 esetben végezte a műtétet, a gyógyulás és a vesefunctio zavartalan volt. Miliaris vagy nagyobb tályog esetén a régi metszést ajánlja, a mely a genygóczok tökéletes kiürítését teszi lehetővé. (Zentralblatt f. Chirurgie, 1907. 31. szám.) *Steiner Pál* dr.

Prostatektomia eseteiről számol be a kieli klinikáról *Göbell*. 23 esetben végeztek prostatektomiát, 21 esetben jóindulatú túltengés miatt történt a műtét. Rosszindulatú prostatadaganat esetén a radikális beavatkozást észszerűtlennek tartják. Ellenjavalt továbbá a prostatektomia igen rossz általános állapot mellett, továbbá nephritis vagy veseelégtelenség esetén, pyelonephritisben, söt Helferich még a súlyos cystitisben is contraindicatiót lát, ha a hólyaghurutot előzetes kezelés nem javítja meg. Retentio urinae és cystitis esetén, ha a katheterismus nem végezhető, a cystostomia ajánlatos, ilyenkor a hólyag rendszeres kezelése mellett annyira javulhat a hólyag, hogy másodlagosan prostatektomia végezhető. Egyszeri retentio miatt nem végez prostatektomiát, hanem csak ha állandó retentio vagy ischuria paradoxa áll fenn. Vajjon asepsises hólyag esetén végzendő-e a prostatektomia, arról a cystoskop ad felvilágosítást, úgyszintén arról is, vajjon perineális vagy suprapubikus úton történjék-e a műtét. Újabban kizárólag suprapubikus prostatektomiát végez. A műtét kivitelében egyéni momentum, hogy a hólyagot előzetesen levegővel tölti meg, a prostata tokját késsel nyitja meg, a műtő maga assistál oly módon, hogy bal mutatóujjával per anum a prostatát a hólyag felé nyomja. A prostata eltávolítása után a hólyagot jéghideg bóroldattal öblíti; állandó kathetert s a prostata helyére két draincsövet alkalmaz. Ha a hólyagon ejtett seb nem nagyobb, mint a draincsövek kivezetésére szolgáló rés, nem alkalmaz hólyagvarratot, hanem a draincsövek mellé kis jodoformgazecsíkot vezet s az izmokat, valamint a bőrt csomósan egyesíti Az utókezelésben a gyakori hólyagöblítésre, a korai felkelésre he·yez súlyt. A suprapubikus úton operáltak legkésöbb 46, legkorábban 23 napon belül, átlag 38 napon belül, a perineális úton operáltak átlag 65 napon belül gyógyultak. Az utólagos vizsgálat kielégítő gyógyeredményről tanuskodik. A jó eredmény okát abban látja, hogy 1. a műtétet lumbális analgesiában végzik; 2. az eseteket megválogatják; 3. előzetes hólyagkezelést, 4. a műtét után hólyagdrainezést s öblítést és 5. gondos utókezelést végeznek. (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1907. 89. k. 5—6. f.)

Steiner Pál dr.

Húgyszervi betegségek.

A masturbatio következményeiről ir *H. Michels* és roszszalja, hogy a legtöbb orvos az utóbbi időben ezeket nagyon lebecsüli. Négy esetet említ, a melyben sokáig sürün ismételt önfertőzés a nemi ösztönt teljesen megszüntette. Mind a négy betegén jellemző tüneteket talált: a glans nagyon ránczos, cyanosisos és hideg volt és úgy a subjectiv, mint az objectiv érzékenysége meg volt zavarva; főleg az utóbbi tekintetében azt észlelte, hogy a tapintás- és a hőérzés erősen csökkent, míg a fájdalomérzése (tüszúrás) alig változott. A fitymának, a mony tövének és a herezacskónak megmaradt a rendes érzékenysége. Egyébként a négy férfi teljesen egészséges volt és szervi idegbajban sem szenvedett. Ennek ellenére a régi libidót még akkor sem kapták vissza, a mikor a gyógykezelés következtében némi gyenge merevedések már jelentkeztek. Az erectio nem volt többé olyan tökéletes, mint azelőtt.

Ezek a rendellenességek bizonyára valami szervi elváltozáson alapulnak; ez indította a szerzőt arra, hogy a nemzőszervnek az érzékenységét úgy egészséges embereken, mint sexuális zavarban szenvedőkön kipróbálja. Az ő kisérletei is megerősítették azt a *Hammond* és mások által hangoztatott véleményt, hogy bár a glans a normális viszonyok mellett is kevésbé érzékeny a tapintás és a hő iránt, mint a többi felbőr, egészséges emberen mégsem akkora a különbség, mint a milyent a nemileg elgyengülteken és az impotenseken észlelünk.

Az önfertőzés leggyakoribb következménye a korai magömlés; de ez még nem sujtja annyira a beteget, hogy csupán csak ezzel a bajával keresse fel az orvost. Viszont azok, a kik már valamilyen komolyabb panaszszal jelennek meg a rendelésen, a tanácskozás alatt elismerik, hogy az önfertőzés káros hatásáról akkor győződtek meg, a mikor a mony még alig merevedett meg és egy-két frictiora máris elfolyt a természetük. Kétségtelen, hogy az ejaculatio praecox sokkal komolyabb baj az asszonyra nézve, a kit az ilyen coitus ki nem elégíthet. A ki ebben a betegségben szenved, többnyire a feleségét okolja, pedig ő a hibás, a ki nem hogy orgasmust, de a legkisebb sexuális izgalmat sem tudja a tisztességes nőn kiváltani. Korai magömléssel terhelt 32 beteg közül 24 azt állította, hogy a felesége hideg természetü, míg 14 potens közül csak három vallotta ugyanazt. Kétségtelen tehát, hogy sok asszonyt vádolnak sexuális érzéketlenséggel, a kik egy életerős férj oldalán a házasságnak nemi gyönyöreit is élveznék.

Az önfertőzésnek többi, súlyosabb következményével csak röviden végez a szerző, mert ezekről újat alig mondhat. Az igazi humanismus nevében azonban arra kötelez, hogy a hol csak tehetjük, tettel és tanácscsal támogassuk a szülöket a masturbatio ellen köteles harczukban. A prophylaxis szempontjából kiemeli, hogy a gyermeket már a pólyában a helyes irányban kell nevelni. Nem szabad eltürni, hogy e gyermek ok nélkül a tagját megérintse. A kellő szigorral és ha kell fenyítéssel meg lehet a gyermekkel értetni, hogy az elkerülhetlen érintés is bemocskolja kezeit és rá lehet öt szoktatni arra, hogy utána mindig megmosakodjék. Ha érettebb már a gyermek, alkalomadtán megmagyarázzuk neki, hogy a felesleges érintéssel bajba kerül, sőt súlyos betegségbe is esik. Ezzel a neveléssel simán vezetjük át a gyermeket a legveszélyesebb koron és megóvjuk öt a masturbatiotól. (Deutsche medic. Wochenschr. 1907. 36. sz.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Fertőzött sebek kezelésére *Czerny* az arsent ajánlja. A sebet alaposan megtisztítván, nagyon kevés, finoman porított arsenessavat (As_2O_3) hint a sebre vagy visz kevés gyapot segélyével a sebbe. Utána a sebet és környékét carbolos kompresszekkel borítja. Több esetet ismertet, a melyben már az általános sepsis tünetei is megvoltak s az említett egyszerü kezelésre, minden sebészi beavatkozás nélkül rövid idő alatt gyógyulás következett be. (La semaine médicale, 1907. 48. szám.)

Peritonealis odanövések megakadályozására *Marvel* adrenalint tartalmazó konyhasóoldatnak a hasüregbe fecskendezését ajánlja. A physiologiai konyhasóoldat megakadályozza az izzadmány megalvadását s ily módon a felszívódását is elősegíti. Az adrenalin pedig érszükítő hatása útján mérsékli az exsudatiót. A meglevő izzadmány természetesen előbb a lehetőségig eltávolítandó. A beviendő konyhasóoldat mennyisége a lobos felület nagysága szerint 500—1500 cm^3 között változik, adrenalin-tartalma 0·02‰, hőmérséke pedig 37·7—43°. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1907 szeptember. 21.)

Ismétlődő mellűri izzadmányképződés ellen *Barr* néhány év előtt az adrenalin-befecskendezést ajánlotta. Újabban összeköti ezt sterilizált levegőnek befecskendezésével. Olyan módon jár el, hogy az izzadmány kibocsátása után a kibocsátott folyadék felének vagy háromnegyedének megfelelő mennyiségü levegőt juttat a mellüregbe s azután még 4 cm^3 1‰ adrenalin-oldatot is befecskendez. (Ref. La semaine médicale, 1907. 46. szám.)

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 49. szám. *Porosz Mór:* A prostata neurosisai és reflexneurosisai. *Limbacher Rezső*: A rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásáról.

Orvosok lapja, 1907. 49. szám. *Hausner József:* Az endocarditis tanának mai állása.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 49. szám. *Tauszk Ferencz:* A hydropyrin gyakorlati alkalmazásáról. *Kürthi Arthur:* A tuberculosis kórokozóinak differential festéséről. „Fülészet" melléklet, 2. sz. szám. *Böke Gyula:* A fül-garatcső kóros elváltozásainak befolyása a hallásképességre. *Ziffer Hugó:* Otogen agytályog esete.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Horovitz Artur* dr.-t a debreczeni törvényszékhez törvényszéki orvossá, *Láng Sándor* dr.-t pedig debreczeni törvényszéki fogházorvossá nevezte ki az igazságügyminister.

Választás. *Freund Ignácz* dr.-t Tiszaszentmiklós és Józova községek orvosává választották.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetemen. A tanártestület legutóbbi ülésén megválasztattak: Az I. sz. belklinikához: *Engel Károly* dr. és *Kentzler Gyula* dr. díjas gyakornoknak. A beldiagnostikai tanszékhez: *Bence Gyula* dr. tanársegédnek (meghosszabbítás). A II. sz. belklinikához: *Pesthy Endre* dr. díjas és *Menyhért Vilmos* dr. díjtalan gyakornoknak. A gyógyszertani intézethez: *Kabdebó György* dr. díjas gyakornoknak. Az I. sz. kórbonczolástani intézethez: *Kovács József* dr. díjas gyakornoknak. A szemészeti tanszékhez: *Békés Dezső* dr. díjas és *Imre József* dr. díjtalan gyakornoknak. A bőrkórtani intézethez: *Hlatky Tivadar* dr. díjtalan gyakornoknak. A fogászati tanszékhez: *Major Ferencz* dr. díjtalan gyakornoknak. — Az id. báró Wodianer Albert-féle 1300 koronás ösztöndíjra a tanártestület *Schütz János* orvostanhallgatót hozta javaslatba a vallás- és közoktatásügyi ministeriumnak. Schordann-féle szigorlati kölcsönt nyert *Fischer Sámuel*. — Ugyanazon ülésből a sub auspiciis regis való felavatásra felterjesztettek: *Liebermann Pál* és *Fekete Sándor* orvosjelöltek.

A „Budapesti orvosi kör országos segélyegylete" pénztárába befizettek: Novotny Lajos kir. tanácsos „Novotni Ignáczné szül. Ehrenhöfer Borbála" nevére 100 kor. alapítványt, Lipótvárosi orvostársaság 50 kor.-t. 4—4 kor. tagdíjat befizetett: Szederkényi Mihály, Gadány Lipót, Koch Béla, Fuchs Vilmos, Wappenstein Henrik, Ecsedi Mór, Schlesinger József, Terray Lajos, Kanócz János, Steiner József, Berkovics Miklós, Cseresnyés Ernő, Halász Henrik, Bertalan Pál, Bernolák József, Fridrich Alajos, Dudich Endre, Fehér Henrik, Mikó Géza, Engel Imre, Steinfeld József, Hirtenstein Leó, Marton Ödön, Lencsó Ferencz, Hoff Mór, Koreck József, Pamer Albert, Kenyeres Balázs, Schröder Gyula, Lövy Jakab, Kranstein Vilmos, Heinrich Adolf, Friebesz Alajos, Kulpin Dániel, Lövinger Miksa, Taub Ferencz, Fáry Béla, Áldori Mór, Kabdebó János, Wertner Mór, Glück Samu, Spät Henrik, Scheda Gergely, Weber Ignácz, Donath József, Lévay Dezső, Kovács Sebestyén Endre, László Samu, Zakariás István, Daday Vilmos, Berkovics Emil, Lichtfusz Antal, Taufer Jenő, Dohány Lajos, Zehenter Gusztáv, Spányi Géza, Mészöly József, Nyáry János, Blasberger Ignácz, Grósz Sámuel, Hübsch Miksa, Csiky Ferencz, Holländer Adolf, Luczy Gusztáv, Ruber József, Rosenberg Soma, Kaczvinszky János, Nuszer Lajos, Wenczel József, Stein Ferencz, Vész Ignácz, Ember Géza, Décsi Mór, Jankura Iván, Neumann Jónás, Gellényi Miksa, Horváth József, Löke Mór, Rüll János, Vida Lajos, Szántó Jakab, Itzés Zsigmond, Kórodi Kálmán, Sági Soma, Deutsch Mór, Mezey Gyula, Szőke Gyula, Krcsméry Cyrill, Jékel László, Czukor Lajos, Szirmay Vilmos, Pollacsek Sándor, Szepesi Zsigmond, Mayer Adolf, Ajkay Endre, Theil Albert, Székely Mór, Glass Rezső, Üveges László, Érsek Elek, Szekeres József, Doktor Sándor, Tittel Imre, Kozma Sándor, Milkó Ignácz, Skultéty Tivadar, Herwerth Vilmos, Kálmán Ignácz, Szegedy Kálmán, Molnár Vilmos, Róth-Schutz Vilmos, Raitsits Lajos, Krämer György, Róth Márk; 8—8 kor.-t fizetett: Séllei Imre, Veres Pál, Vadas József, Szalai Jenő, Mayer János, Szabó Ödön, Jármay László, Sternberg Géza, Varga Zsigmond, Náray Pál, Wagner Dániel, Györgyi József, Ochs József, Velics Antal, Baroch Samu, Ligeti József, Budai Mór, Lauschmann Gyula, Kronberger Adolf, Oravetz Kálmán, Raitsits Lajos; 12—12 kor.-t: Tolnay B. Bertalan, Fischer Lipót, Viola Vilmos, Kuthy Dezső, Nádaskay Béla; 10 kor.-t fizetett: Kórodi Simon és Gyömörey Oszkár; 16 kor.-t: Heller Jakab; 19 kor.-t: Laurovics János. Budapest, 1907. deczember 1. *Katona József* dr. pénztáros.

Ónodi A. és Rosenberg A. egyetemi tanárok *„Az orrbajok gyógykezelése"* czímü tankönyve, mely a magyar orvosi könyvkiadó-társulat kiadásában és egyidejűleg németül is megjelent, *A. V. Zahera* dr. fordításában orosz nyelven Szt.-Pétervárt most hagyta el a sajtót.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján november havában a szülések száma 131 volt (először szülő 60, többször szülő 71). A született magzatok száma 134, még pedig élő 115, halott 12, macerált 7; érett 95, kora 25, éretlen 14; fiú 72, leány 55, kérdéses nemü 7; törvényes 59, törvénytelen 75. A terhesek, szülőnők és gyermekágyasok között haláleset nem fordult elő. A nőbeteg-osztályon az említett hónapban 98 beteget ápoltak, a kik közül 2 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 93 esetben vették igénybe; a műtétek száma 83 volt.

A budapesti egyetem II. sz. szülészeti klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum november havában 113 esetben nyujtott segítséget; a műtétek száma 107 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület október hóban 731 esetben nyujtott első segítséget; ezenkivül 570 szállitást végzett, 102 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 20 esetben vaklárma miatt vonult ki. Az október havi működési főösszeg tehát 1423.

A budapesti poliklinikán november havában 3273 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 12,060 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület november havában 162 esetben nyujtott első segítséget; ezenkivül 30 betegszállitást végzett, 40 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 2 esetben téves jelentés folytán vonult ki. A november havi működési főösszeg tehát 234.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya november havában összesen 105 esetben működött.

Meghalt. *Doctor Frigyes* dr. székesfővárosi gyakorló orvos e hó 10.-én 63 éves korában. — *L. Hirt*, a boroszlói egyetem rendkivüli tanára, jónevű idegorvos, 63 éves korában. — *Unruh* dr., a drezdai gyermekkórház igazgatója, e hó 6.-án 60 éves korában. — *Baume* dr., a fogorvostan tanára Berlinben e hó 6.-án 59 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Wiedersheim* tanár, az anatomia tanára a freiburgi egyetemen, állásáról lemondott, mivel az anatomiai intézet megnagyobbitására kért összeget nem vették fel a badeni állami költségvetésbe. — A heidelbergi rákintézeten újabban ismét többen tettek alapitványokat, a melyek összege 55,000 márkát tesz ki. — A párisi orvosi fakultás dékánjává 1908-ra *Landouzy* dr.-t, a belorvostan tanárát választották. — *J. Hughlings Jackson*-nak, a nagyhirű idegorvosnak, a „Jackson-féle epilepsia" felfedezőjének, szobrot emeltek Londonban, a „bénultak és epilepsiások nemzeti kórházá"-ban. A leleplezéskor az ünnepi beszédet *Sir William R. Gowers* mondotta. — *M. Cloetta* dr.-t, a zürichi egyetemen a gyógyszertan rendkivüli tanárát, rendes tanárrá nevezték ki. — *Baginsky* tanár, a berlini hires gyermekorvos e hó 7.-én ünnepelte tanitói működésének 25. évfordulóját. — *Hedinger* dr. baseli rendkivüli tanárt rendes tanárrá léptették elő.

Az amerikai törvényhozók néha sajátságos javaslatokkal állanak elő. Igy vannak, a kik azt kivánják, hogy minden recipéről angol nyelvű másolat készitendő, a melyen a betegség neve is feltüntetendő, a mely ellen a gyógyszert adták. Mások azt kivánják, hogy az orvos ne követelhessen fáradozásáért díjazást, ha a gyógyitás eredménytelen maradt vagy ha a beteg meghalt. A „British medical journal", a mely ezeket a furcsaságokat közli, joggal jegyzi meg, hogy olyan törvény is hozandó, mely szerint az a törvényhozó, a kinek törvényjavaslata megbukik, javadalmazásától elessék s ismétlődés esetén ingyen lakást kapjon az államfogházban.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Thigenol"** czimü prospektusa van csatolva.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS.
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyitó intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon sz. 90—46.

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz** stb. Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Orvosi laboratorium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Dr. RINGER elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. **Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).**

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakács-tér 10.
14/153109 **SANATORIUMA.** Nőbetegek és szülőnők részére.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXII. rendes tudományos ülés 1907 november hó 23.-án.) 895. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.) 896. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1907. október hó 16.-án tartott XVII. szakülés.) 897. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXII. rendes tudományos ülés 1907. november 23.-án.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Kiss Gyula.**

(Vége.)

Méhszájképzés.

Id. **Elischer Gyula**: A 21 éves, Vihnye vidékéről való hajadon, ki először három év előtt szült rendesen, 1906 deczember 13.-án három napi vajudás után fogóval halott gyermektől lett megszabaditva. A gyermekágyban vizeletcsurgás támadt, mely ellen osztályomon keresett gyógyulást. Az 1907 szeptember 16.-i felvételi leletből kiemelem, hogy II. fokú egyaránt szük medencze van, melynek méretei: spin. 24, crist. 26, conjug. ext. 16 cm., conj. vera nem volt megállapitható. Különben a sipolyos betegek jellegzetes képét mutatja: a hüvelyboltozatban a portio vaginalist eltakaró 3—4 cm nyi hosszú és 1·5 cm. széles vaginafalból képzett híd, mely mögött vizelet ömlik.

A lobos folyamatok meggyógyitása és a hüvely hídképződményének eltávolitása után a portio helyét három, egymáshoz szorosan tapadt, borsónyi egész mogyorónyi dudor foglalja el, mely szivós, fénylő hegszövetbe van beágyazva Jobboldalt felfelé sekély árok lencsényi nyilással a hólyag ürébe vezet.

A leggondosabban eszközölt kutaszolás ellenére sem külső méhszájat, sem cervicális ürt találni nem lehet; a bimanuális és végbélvizsgálat kimutatja, hogy a hátrahajlott méh a Douglasban emlitett hegszövettel kemény lécz útján függ össze.

Október 4.-én végeztem a sipolyelzárást, melyet a portio vaginalis maradványa kikészitésével kezdtem meg; szándékomtól azonban csakhamar el kellett állanom, mert a parametran szövetbe jutottam. A sipoly körülmetszése után nagy lebenyben alá-fogtam a hólyag- és vaginafalakat s az elődomborodó hólyagfalat levonva, sikerült a fistulát teljesen elzárni. Ezen seb fölé alkalmaztam másodlagos befedésemet s végre a vaginális lebenyt összetűztem. Sima, láznélküli gyógyulás a nyolczadik napon. Tekintettel arra a körülményre, hogy a beteget úgy a sipoly újrakeletkezésétől, mint a netalán mégis bekövetkezendő fogamzástól, de mindenesetre a várható haemometrától meg kell óvnunk, folyó év október 29.-én a hátulsó hüvelyboltozaton át a méh fundusát kigördítve, a tubákat resekálva, a méh fundusa előtt új méhszájnyilást kikészitettem s a méhet visszahelyezve, a méhszájat a hüvelyben rögzitettem.

A méhürbe jodoformgazecsik. Láztalan lefolyás. Jelenleg az egész méhseb erősen összehúzódott, a méhür 4—5 cm. hosszú, a hüvely egészen rendes viszonyokat mutat. Hószám eddig nem jelentkezett. A beteg távozni kiván.

Az eset nemcsak többrendbeli szövődményével köti le figyelmünket, de tanulságos az erőszakosan alkalmazott fogó nagy veszélyessége tekintetéből is, továbbá megerősiti a terjedelmes lebenyképezés előnyeit, orvosethnografiai tekintetben pedig megczáfolja a tót faj széles medenczéjéről való hitet.

A *Freund* által ajánlott és *Tauffer* által kimüvelt módszer, nagy anyaghiánynyal párosult sipolyokban a méh falának felhasználása az elzárásra és új méhszájképzés a méh fundusa táján, ez esetben, bár módosított körülmények között és kivitelben, sikeresnek bizonyult.

Carcinoma és terhesség. Wertheim-műtét.

Rotter Henrik: A szent Rókus-kórház női osztályáról demonstrál egy hat hónapos terhes méhet, a melyet az elülső méhszájon székelő carcinoma miatt Werthem szerint távolitottak el. 31 éves asszonyról van szó, a ki három rendes szülésen esett keresztül, utoljára 14 hó előtt. Kilencz hónapig szoptatta utolsó gyermekét, ezután egyszer volt rendes havi baja. Három héttel a havi baj után vérezni kezdett, s ez a vérzése azóta csak kis szünetektől megszakitva csaknem folytonosan tartott. Nem tudja, hogy teherben van. A vizsgálat kiderítette, hogy a méh fundusa a köldököt egy harántujjnyival meghaladja, a méhtest gömbölyü és puha; a vaginális vizsgálatkor régi gátrepedés, mérsékelt hüvelyelőesés és az elülső méhszájon gyermekökölnyi, vérzékeny és málékony szövetből álló daganat találtatott. Diagnosis: carcinoma portionis, graviditas mensis VI. A szövettani vizsgálat el nem szarusodó laphámrákot eredményezett. (II. sz. kórboncztani intézet.) Tekintettel a carcinomának rossz természetére a terhességgel kombinált esetekben, Wertheim szerint operálta meg az asszonyt 1907 november 11.-én. A mütét typusos lefolyású volt, a jobb uretert infiltrált parametriumból kellett kihámozni. A nemi szervek eltávolitása után a hüvelyt elvarrja, a medencze fenekén a vérzést csillapitja és az uretereket saját módositása szerint látja el. A medencze peritoneumának egyesitése után hasfalvarrat négy étageban. Láztalan lefolyás. A nyolczadik napon a varratokat eltávolitja, a kilenczedik napon a beteg felkel, a 15. napon gyógyultan hagyja el a kórházat.

A bemutató ezután a műtéti mód megválasztását indokolja és arról szól, hogy az anya és a magzat életének figyelembe vétele mennyiben különbözik a gyökeresen operálható és gyökeresen már nem operálható esetekben. 34 esetben végzett eddig Wertheim-műtétet, s az a benyomása, hogy terhes méh esetén könnyebb a mütét.

Dirner Gusztáv: Egy héttel ezelőtt operáltam egy nőt ugyanilyen okból. Sectio caesareát végeztem és Wertheim-műtétet. Az esetet majd bemutatom. Nagy érdekkel látom, hogy már kezdődő esetekben is lábrakap az abdominális műtét nálunk is, hol eddig nagyon conservativ volt a felfogás Két év óta 44 esetben végeztem e műtétet, de egy sem volt kezdődő rák, hanem már infiltrálva volt a parametrium is. Az elsődleges halálozás meglehetős nagy. A legkezdetibb szakban is az abdominális utat kell választani.

A leukaemia, pseudoleukaemia, lymphosarkoma és mediastinum-tumorok Röntgen-kezeléséről.

Ifj. **Elischer Gyula** és **Engel Károly**: 1905 ősze óta 32 esetet kezeltek. 13 gátorüri daganat közül 8-ban sikerült nagyfokú subjectiv és objectiv javulást létrehozni, egy esetben egy évig tartó teljes munkaképességgel. Egy eset már $2^1/_4$ év óta van kezelés alatt, a mediastinális daganat tünetei csekély mértékben most is fennállanak, úgy hogy véglegesen meggyógyitani mediastinális daganatban szenvedő beteget ez ideig nem sikerült. A Röntgen-sugarak kedvező hatása a daganat sejtjeire való pusztító hatásában áll, mely hegesedést von maga után, mint azt bonczolásokkal kimutatták.

Öt lymphosarkomaesetben a besugároztatott mirigyeknek gyors kisebbedése állott be, általában azonban nem volt kedvező az eredmény. Egyrészt a besugárzásnak hozzá nem férhető heterotopiás burjánzás miatt, másrészt a daganatok generalizálódott volta miatt.

Anaemia splenica és Banti-kór egy-egy esetében a kezelés sikertelen volt.

Nyolcz myeloid leukaemia közül hatban, három lymphás leukaemia közül egyben és két lymphás pseudoleukaemia közül ugyancsak egyben járt a kezelés sikerrel. Nagyobbfokú javulás e 13 eset közül csak hatban volt, teljes remissio pedig csak négyben, az egyik eset (leukaemia lymphatica) már három éve áll kezelés alatt.

Részletesebben tárgyalják a javulás menetét, majd behatóbban foglalkoznak az elváltozások létrejöttének kérdésével, a lép visszafejlődésével, a fehérvérsejtek számának csökkenésével, a vörösvérsejtek megszaporodásával. A legkedvezőbb esetekben a vörös- és fehérvérsejtek száma a normális értéket éri el; a lép, a mirigyek teljesen visszafejlődnek, a testsúly növekedik. Látszólagos gyógyulás áll be, a vérvizsgálat azonban e szakban is kimutatja a myelaemiás, illetve lymphaemiás jelleget. A recidiva, mely a kezelés megszakitása után néhány héttel, kedvező esetekben csak több hónappal jelentkezik, rendszerint már nehezebben befolyásolható, vannak azonban esetek, a melyekben 4—5-ször

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

sikerül Röntgen-kezeléssel kedvező eredményt elérni. Meggyógyítani a leukaemiát azonban még nem sikerült.

Conclusiojuk az, hogy az ezen csoportba tartozó megbetegedéseket korán kell kezelésbe venni, vigyázva az előforduló mellékhatások elkerülésére és a rendszerint igen kifejezett utóhatás teljes kihasználására.

Huber Alfréd: 8 esetben kisérlette meg leukaemia ellen a Röntgen-kezelést és Körmöczi Emil mindig pontos haematologiai vizsgálatokkal kontrollálta az eredményt.

A leukaemiára kedvező befolyással volt a kezelés, de kétségtelen, hogy a hatás csak időleges, nem gyökeres. Egyik esetükben 2½ évig volt lázas a beteg, egy heti Röntgen-kezelésre megszünt a láz.

A technikában individualizálni kell: a mirigyeket lágy lámpával egy dosisban, a mélyebb szerveket kemény lámpával sugároztatjuk be rövidebb időkig.

Torday Árpád: Azon kérdést, vajjon a fehérvérsejtek megkevesbedésének az-e az oka, hogy a sugarak a fehérvérsejteket fokozott szétesésre birják, avagy az, hogy e sejtek képződését korlátozzák, a kiválasztott húgysav mennyiségének meghatározásával próbálták eldönteni. Fokozott szétesés esetén a húgysavnak a vizeletben meg kellene szaporodnia, ellenben ha a leukocyták megfogyását a vérképzőszervek regeneratorius működésének csökkenése idézné elő, a húgysavnak is csökkennie kellene. *Lossen* és *Morawitz*, továbbá *Krause* kisérleteztek ezen irányban, de nem jutottak egyöntetű eredményre. Úgy látszik, hogy nincs arányosság a vérben keringő leukocyták száma és a húgysavkiválasztás között.

Legutóbb három olyan esetet észleltünk, a melyekben a Röntgen-kezelés ellenére bekövetkezett a halál. Közülük az egyikben az állapot fokozatosan súlyosbodott, az előzőleg alig tapintható lép rendkívül megnagyobbodott és a vérképet nagy egymagvú, halvány maggal és plasmával biró sejtek árasztották el, a minőket heveny leukaemiában szoktunk találni. Több esetünket a Röntgen-kezelés után tovább is megfigyeltük s azt találtuk, hogy a recidiva gyakran már 2—3 hónap mulva bekövetkezik. Egy esetben pl. a fehérvérsejtek száma, mely a kezelés abbahagyásakor 26,000 volt, 3 hónap mulva 766,000-re emelkedett.

Körmöczi Emil: Az a benyomása, hogy a Röntgen besugárzás, a mint bontólag hat az ép adenoid szövetre, ép úgy, sőt fokozott mértékben bontólag hat a kóros adenoid szövetre, akármilyen eredetű is. Az adenoid szövet megfogyását tehát kisebb nagyobb mértékben mindenkor meg lehet találni. Egyes leukaemiás és aleukaemiás adeniákban azonban egészen sajátszerűen hat a besugárzás és nemcsak szövetbontó hatása érvényesül, hanem úgy látszik, hogy a kór okára is hat közvetlen vagy közvetett úton.

E mellett bizonyit különösen két esete. Az egyiket Huber már említette. Ezen nőbetegben 2½ évig tartó lázak kiséretében fejlődött az általános aleukaemiás adenia. A besugárzás alatt először a lázak szüntek meg, azután az adenia fejlődött vissza. Egy másik betegnek a nyakán és a hónaljában voltak mirigycsomók ½ évig tartó lázak kiséretében; itt is a lázak szüntek meg először s azután a csomók is visszafejlődtek.

Az előadó is felemlítette, a mit különben a hozzászóló is tapasztalt, hogy a leukaemiában, ha lázak vannak és ha a besugárzás befolyásolja a bajt, előbb a lázak szünnek meg és csak azután javul a betegség. Különben az anyagcsere-vizsgálatok is a mellett szólnak, habár az előadók és Torday nem ismerik el, hogy a leukaemiában a javulás előidézője nemcsak az, hogy a kóros szövet szétesik, hanem az, hogy nem képződik. Mindez arra utal, hogy a röntgenezés alatt — ha a betegség befolyásolható — egészen specifikus gyógyhatás jő létre. Minthogy pedig ezen bajok kétségtelenül fertőző betegségek, arra kell gondolni, hogy a Röntgen-besugárzás közvetlen vagy közvetett úton befolyásolja az ezen bajokban feltételezett fertőzést. Olyan formán hatna felvételem szerint a röntgenezés, mint pl. az atoxyl hat az álomkórságra. Az atoxyl is — mint aféle arsenvegyület — bomlasztólag hat az ép és kóros adenoid szövetre, de azért magukra a trypanosomákra is hat. Behatására eltünnek a vérből a trypanosomák, megszünik a láz, csökken a mirigyek és a lép daganata stb., valóságos gyógyulás azonban csak ritkán és csak kitartó kezelésre jön létre, mert a trypanosomák bizonyos fejlődési alakulásai ép oly ellentállók, mint pl. a plasmodiumok makrogametái. Természetes, hogy ezen dolgokról ez idő szerint végleges itéletet nem mondhatunk, a Röntgen-sugarak hatásmódjának értelmezésekor, különösen bizonyos infectiosus adeniafajokban azonban erre is kell gondolni.

Engel Károly: Huber felszólalására megjegyzi, hogy szerencse dolga, ha valaki olyan érzékeny esetet kap, mely a Röntgen-kezelésre visszafejlődik. Újabban megint közöltek egy mediastinalis tumor-esetet, mely egy besugárzásra eltünt. Hogy egyszerre alkalmazzuk-e, vagy ismételten kisebb mennyiségben, a felfogás dolga.

Torday felszólalására megjegyzi, hogy azon elváltozásokból indultak ki, melyeket maguk is észleltek. Észleltek helybeli hatást, sejtdegeneratiót. Az elméletekre nem akart kitérni. A leukocytosis és a húgysav között nem mutatható ki összefüggés, ezt felemlítette. Körmöczinek megjegyzi, hogy természetes, hogy a leukaemiára gyakorolt hatás nem tisztán tüneti, első sorban fontos, hogy nincs-e szövetképződés.

Hogy az okra directe hat-e a Röntgen, nem tudjuk, mert a leukaemia okáról sincs tudomásunk. De a Röntgen-sugárnak antiparasitás hatása csekély és így korai volna felvenni, hogy a Röntgen-fény a leukaemia okára is hat.

Végső következtetése az volt, hogy a fehérvérsejtek száma azért csökken, mert a pusztulás után újraképződés nincsen.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Török Béla.**

(Folytatás.)

Korai appendicitis-műtét.

Milkó Vilmos: Még mindig folyik a vita, vajjon az appendicitis a roham kezdetén azonnal operálandó-e?

A sebészek túlnyomó többsége a korai operatio mellett tör lándzsát. A Herczel tanár vezetése alatt álló osztályon is az az elv uralkodik, hogy az appendicitist, ha a beteget az első 24—36 órán belül kapjuk kezelés alá, s ha biztosak vagyunk a diagnosisban, azonnal meg kell operálni. A jelen bemutatással különösen azt óhajtja illustrálni, hogy milyen súlyos veszélyt sikerül a korai műtéttel elhárítani és hogy azon elváltozások, melyeket a beteg féregnyúlványon találunk, nem állanak mindig arányban a klinikai tünetekkel. Az utóbbiaknak relativ enyhesége mellett az anatomiai elváltozások már igen súlyosak lehetnek. A bemutatott eset 15 éves fiút illet, ki 1907 szeptember 6.-án előzetes jólét után hirtelen hasfájással rosszul lesz, hány. 10 órával később történt felvételekor hőmérséke 37·9°, pulsusa 90, nyelve bevont, hasa a regio ileo-coecalisnak megfelelőleg igen érzékeny, feszes, egyebütt puha. Az előadó Herczel tanár megbizásából azonnal laparotomiát végzett. A hasürben kezdődő sero-fibrinosus peritonitis. A coecum és alsó ileum erősen belövelt, a proc. vermiformis rostonyás álhártyákkal bevont, maximálisan belövelt, közepén ampullaszerüleg óriásilag kitágult és elvékonyodott. A tágulat a bennfekvő galambtojásnyi igen kemény bélsárkő által okoztatott, mely mindenek szerint rövidesen a nyúlvány perforatiojára vezetett volna. Typusos resectio és a hasür teljes zárása után sima lefolyás. A beteg 8 nap mulva elbocsáttatott. A korai műtét ily esetekben már csak azért is ajánlatos, mert a beavatkozás igen egyszerü, összenövések nincsenek, s a hasseb teljes elzárása a gyógytartamot lényegesen megrövidíti.

Többszörös bélrepedésnek műtét után gyógyult esete.

Milko Vilmos: A subcutan bélsérülések eredményes kezelésében conditio sine qua non a gyors műtéti beavatkozás. A 80—90%-os halálozásnak, melylyel e sérülések mütevése jár, főoka az, hogy a sérült későn jut sebészi kezelés alá. Nem szabad az összes tünetek kifejlődését megvárni. Elég, ha a következők vannak meg: óriási hasfájdalmak, elesettség, feszes has, hányás. A bemutatott eset a legszerencsésebbek közül való volt, a mennyiben a sérülés után rögtön osztályunkra szállíttatott. A 28 éves férfi hasához szeptember 21. én favágó gépből kiugrott 1 meter hosszú, ½ hüvelyk vastag fadarab vágódott. Beszállításkor az óriási spontan hasfájdalmak miatt összekuporodott beteg végtagjai hüvösek, kilégzése erőltetett, akadozó, hasa deszkakemény contractioban, a májtompulat megvan, a beteg a sérülése óta egyszer hányt.

Az általános elesettséggel nem áll arányban az erőteljes, számszerint 90 pulsus. Az előadó a diagnosist bélrupturára állítva, Herczel tanár megbizásából azonnal laparotomiát végzett. A hasürben már sok a zavaros savó, a serosa kezdődő peritonitis jeleit mutatja. A jejunum közepén a bélfodorral szemközt fillérnyi kerek átfúródás. 50 cm.-rel lejebb egy második hasonló sérülés. Kétsoros Lembert-varrat után a hasür 20 liter phys. konyhasóoldattal kiöblíttetett és záratott. Teljesen sima lefolyás. A beteg 2 hét alatt gyógyult.

Vakbéltuberculosis miatt végzett coecumresectio.

Milko Vilmos: A béltuberculosis különös előszeretettel támadja meg a regio ileo-coecalist, a hol kétféle alakban fordul elő. Vagy körkörös fekélyek alakjában jelentkezik, melyeknek heges gyógyulása után circuláris bélszükület marad vissza, vagy pedig az ú. n. tumor ileocoecalis tuberculosus képződésére vezet. Ezen utóbbi alak gyakorlatilag igen fontos, mert a folyamat igen sokáig helyhez kötött marad, csak lassan progrediál, s bár spontan gyógyulásra nincs kilátás, a gyökeres sebészi beavatkozással elért eredmények igen jók. *Campiche* legutóbbi statistikájában 279 esetről referál. Gyökeres műtét 154 esetben történt 80% gyógyu-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

lással. Legjobb eredményeket ad az elsődleges resectio és oldalsó enteroanastomosis.

A bántalom diagnosisa legtöbbször nem nehéz, ámbár összetévesztések előfordulnak appendicitissel, rosszindulatú neoplasmával és bélactinomycosissal. Gyakrabban fordul elő fiatalabb, 30—40 éves egyéneken, kik kifejezett habitus phthisicussal birnak. Az előtérben állnak a bélszűkület okozta panaszok, a görcsös korgással és bélmerevedéssel járó kólikák, a tumor csak később lesz kitapintható. De az is előfordul, hogy a daganat jelentkezéséig a betegnek semmiféle subjectiv panasza nincs. A mi a műtét technikáját illeti, lehetőleg mindig gyökeres kiirtásra törekszünk, még olyankor is, ha a gümős folyamat a mesenteriumot és a mesenteriális mirigyeket infiltrálta, s ha csak lehet, elsődleges varrattal egyesítjük a bélvégeket. A hassebet nem zárjuk teljesen, hanem gazecsíkot vezetünk be.

Az előadó egyik esete 20 éves leányt illet, kinek baja $2^1/_2$ év előtt kezdődött görcsös kólikaszerű hasfájással, mely eleinte 3—4 hetenként egyszer jelentkezett és néha hányással is járt. Láza sohasem volt. Az utóbbi időben a görcsök sokkal sűrűbben jelentkeztek, erősen lesoványodott, gyakori hasmenése volt. Midőn az osztályra felvettük, a gracilis csontrendszerű vérszegény leány légző- és vérkeringési szervei épek. A Mac Burney-pont és környezete nyomásra fájdalmas, időnként itt egy tyúktojásnyi, összehúzódott izomtapintatú daganat mutatkozik, mely nehány percnyi fennállás után korgás és görcsös fájdalom kiséretében eltünik. Műtétkor a jobb rectus külső szélén hatoltak be. A coecum ökölnagyságú, kemény, a hasürből jól kiemelhető daganatot alkot; a Bauhin-billentyűtől 18 cm.-nyire az ileumon körkörös, alig czeruzavastagságú szűkület, a két szűkült hely feletti ileumrészlet hatalmasan, ampullaszerűleg tágult és fala erősen megvastagodott. A mesenteriális mirigyek nagy mogyorónyiak. Az egész 53 cm. hosszú bélrészlet, mely magában foglalja a coecumot, a colon ascendens kezdeti részét és az ileum 44 cm. hosszú darabját, resekáltatott. A vékonybél a colon transversummal end to side varrattal egyesittetett. Teljesen zavartalan sima gyógyulás. A betegnek a műtét óta semmi panasza sincs, súlyban gyarapodott.

A második esetben a beavatkozás 30 éves férfin történt, kinek panaszai 12 év előtt kezdődtek. A vakbéltájon görcsös fájdalmak, székrekedés, időnként lázas állapotok jelentkeztek. Az utóbbi időben a görcsök állandósultak. 22 kilót soványodott, széke csak nagynehezen van.

A cachexiás külsejű férfin az ileocoecális tájon elmosódott határú, nyomásra érzékeny resistentia volt tapintható. Az előadó a diagnosist tuberculosis ileocoecalisra téve, főnöke, Herczel tanár megbizásából laparotomiát végzett. A coecum az ileum alsó végével együtt erősen megvastagodott, tumorhoz hasonló tömeget alkot, mely a csípőtányérral is összekapaszkodott. A kórosan elváltozott bélrészletet az ileum 40 cm. hosszú darabjával együtt resekálta. Az ileum distális végét a colon transversumba implantálta. Sima gyógyulás. A műtét óta $2^1/_2$ hó telt el, a beteg azóta kitünően érzi magát, meghizott.

(Vége következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1907. október hó 16.-án tartott XVII. szakülés.)

Elnök: **Udránszky László.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

(Vége.)

4. **Félegyházi Ernő** a sebészeti klinikáról **daganatképződéssel társult részleges óriásnövés esetét** mutatja be.

B. E. 21 éves férfi azzal a panaszszal vétette fel magát a sebészeti klinikára, hogy a jobb orrlikában ezelőtt három vagy négy évvel keletkezett babnyi daganata pár hónap óta rohamosan nő, eleinte gyakori fejfájást okozott neki, most azonban nem fáj a feje, csak nehezen szuszog s e miatt akar daganatától megszabadulni. Az illetőnek egyéb testrészein is vannak eltérések, de ezek nagyobb kellemetlenséget nem okoznak neki. Ezen eltérésekre vonatkozólag a következőket adja elő: A jobb homlokán levő kidudorodás születése óta megvan. Jobb szemével sohasem látott, állítólag hályog volt rajta, tíz évvel ezelőtt genyedni kezdett a szeme, miért is a sebészeti klinikán a szemét eltávolították. Mindkét kezén a 2. és 3. ujj, valamint a jobb felső és alsó végtagja is születése óta hosszabb. Jobb lábháta mindig vastagabb volt, lábszárai öt év óta dagadnak, a jobb erősebben, mint a bal. Bal lábán ezelőtt három évvel szekérment kerekesztül s azóta duzzadt. Ugyanekkor lépett a hátára egy ló s állítólag akkor görbült el a háta. Herezacskójának megnagyobbodását is 4—5 év előtti traumára vezeti vissza, a midőn egy fiú hasba rúgta s azóta nő a herezacskójának mindkét fele. Családjában hasonló baj nem fordult elő.

Az alacsonyabb termetű (163 cm. magas), elég jól fejlett férfibeteg megtekintésekor a test különböző részein többféle kóros jelenséget találni. Különösen feltünő a végtagoknak túlzott növése és a gerinczoszlop nagyfokú elgörbülése. A jobb váll és jobb csipő magasabban áll, a jobb lapoczka elál a mellkastól s a középvonaltól is távolabb esik, mint a bal Az egész törzs jobbra van eltolva a medencze fölött.

A gerinczoszlop tövisnyúlványainak sorozata háromszorosan görbe vonalat alkot. Legnagyobb kitérése a X. hátcsigolya tövisnyúlványa helyén van, mely jobbra a középvonaltól 6 cm.-nyire található, vagyis nagyfokú *scoliosis dorsalis dextroconvexa*. Kompenzáló görbület az ágyéki gerinczoszlopon, melynek tetőpontja a IV. ágyékcsigolya tövisnyúlványán van $1^1/_2$ cm.-nyire a középvonaltól. Kompenzáló dorso-cervicalis scoliosis sinistroconvexa, melynek tetőpontja az I. hátcsigolya tövisnyúlványa, $1^1/_2$ cm.-nyire a középvonaltól. Nagyfokú torsio-jelenségek: jobboldali hátulsó bordapúp, baloldali elülső bordapúp. A torsio mértéke: a középvonaltól 5 cm. távolságban a X. hátcsigolya magasságában a mellkas bal fele $4^1/_2$ cm.-nyire esik a többi nyúlvány szintje alá, míg a jobb oldal 6 cm.-nyire emelkedik ugyanazon niveau fölé. A jobb csipő feletti háromszög egészen elmosódott, a baloldali ellenben sokkal mélyebb s itt a bőr haránt redőkbe szedett, a mellkas bal fele mély behúzódást mutat. A jobboldali m. erector trunci a tövisnyúlványok fölött balra luxálódva feszes kötegként tapintható. A scoliosis fixálva van. (A scoliosis méreteit *Hevesi* magántanár vette fel.)

A végtagok méreteit hasonlítva össze egymással, a jobb felső és jobb alsó végtag hosszabb az ellenkező oldalinál. A jobb spina oss. il. ant. sup.-tól a laterális bokáig 94 cm., bal oldalon 85 cm., tehát a jobb alsó végtag 9 cm.-rel hosszabb, mint a bal. Ezen hosszabbodás a czombra és lábszárra egyaránt vonatkozik. A jobb czomb ugyanis az elülső felső csípőtövistől a medialis condylusig 52 cm., míg a bal csak 47 cm.; a jobb lábszár a medialis czombbütyöktől a bokáig 45 cm., a bal oldalon 39 cm. Felső végtag-méretek: A jobb hollóorrnyúlványtól a kisujjbegyig 69 cm., baloldalt 67 cm. A jobb felkar 34 cm., a bal 31 cm.; a jobb alkar az olecranontól a proc. stil. ulnae-ig $27^1/_2$ cm., bal oldalon $25^1/_2$ cm. Tehát az alkarok közt 2 cm., a felkarok közt 3 cm. a különbség, az egész jobb felső végtag pedig 2 cm.-rel hosszabb, mint a bal.

Mindkét alsó végtag, de különösen a jobb erősen megvastagodott. A jobb lábszár otrombán eltorzulva sima felületű, tömött hengerré vált (*elephantiasis glabra*), melynek legkiemelkedőbb pontja a lábszár alsó harmadának elülső részén van; innen mintegy befüződéssz erűen megy át a párnaszerűen megvastagodott lábhátba, a hol az öregujj felett a bőr szemölcsös (e. papillaris s. verrucosa), míg a lábhát felső-külső felszinén dudoros (e. tuberosa). Ezen elváltozásoknak megfelelőleg a bőr az ujjbenyomatokat sehol sem tartja meg. A térdhajlattól felfelé a czomb bőrén tág gyüjtőércsomók tünnek át, a bőr itt egyébként puha, könnyen redőzhető. A bal lábhát és a lábszár alsó harmada szintén megvastagodott, a bokatáj itt is befüződöttnek látszik. Tapintata ezeken a helyeken tömött, míg a lábszár középső harmadától felfelé normális. Vastagsági méretek:

Jobb lábhát kerülete . .	30 cm.	— a bal .	28	cm.
„ lábszár alsó harm. ker.	53 „	— „ .	$39^1/_2$	„
„ „ felső „ „	50 „	— „ .	$36^1/_2$	„
„ czomb köz. „ „	44 „	— „ .	$39^1/_2$	„

A bal lábszár felső-belső harmadában mogyorónyi kékes csomó tapintható, a mely nyomásra kissé érzékeny. A bal láb harmadik ujjának belső oldalán a közepéig terjedő bőrdudor.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

A jobb talp lapos, kissé befelé fordult, a bal talpon kevésbé kifejezettek ezek a tünetek. Mindkét talp hossza 25 cm.

A jobb kéz második és harmadik ujja erősen, a harmadik csak kis fokban megnagyobbodott *(makrodactylia)*. Leghosszabb a középsőujj, mely 14 cm. hosszú, kissé felfelé görbült; a mutatóujj 12 cm. hosszú, a hüvelykujj felé tekintő erős görbülettel. A negyedik ujj 10 cm. hosszú, tehát szintén hosszabb a rendesnél. A mutatóujj voláris felületén mogyorónyi puha bördudor. A bal kézen a harmadik és negyedik ujj hosszabb a rendesnél; a mutatóujj 9 cm., a középsőujj 10, a negyedik ujj 11 cm. hosszú.

A scrotumnak mindkét fele, de különösen a bal, jó két férfiökölnyire megnagyobbodott, a hasüreg felé élesen elhatárolt, sima felületü, feszes, rugalmas tapintatú és transparens *(hydrokele)*.

A jobb orrnyilásból tyúktojásnyi, élénkpiros színü, sarjtömeghez hasonló képlet emelkedik ki, mely az orrnyilás körül elterültnek látszik. Az orrgyök is elszélesedett, a septum erősen bal felé deviált. A daganatból kimetszett darab a szövettani vizsgálat alkalmával *myxofibroma polyposum*-nak bizonyult. Rhinoskopia posteriornál (*Gyergyai* dr.) a velum felső felületén mogyorónyi, fehéres, nyálkapolypushoz hasonló, sima felületü képlet látható, mely a velummal együtt mozog.

A jobb homlokon kis almányi csontkidudorodás (nyilván *osteoma*), a jobb faldudor és a prot. occip. ext. is erősebben kiáll.

A fő eltérés tehát ebben az esetben a végtagokra vonatkozik, míg scoliosisának a fejlődése statikai alapon indulhatott meg az alsó végtagoknak egyenlőtlensége folytán, s a hátat három évvel ezelőtt ért trauma következtében rosszabbodott és fejlődött ki ilyen nagy fokban. A végtagoknak túlzott növése úgy a csontokra, mint a lágyrészekre vonatkozik. Különösen feltünő a jobboldali végtagoknak hosszabb volta az illetőnek egyébként elég jó fejlettsége mellett, a jobb kézen typusos makrodactyliával, az alsó végtagokon pedig elephantiasissal. Elephantiasisára vonatkozólag a kórelőzményben trauma szerepel, csupán jobb lába volt születése óta vastagabb. Többször ismétlödött orbáncz, lymphangoitises jellegü bőrgyuladás vagy varicosus fekélyesedés, melyek az elephantiasis kóroktanában szerepelnek, előbb sohasem volt s igy csak veleszületett hajlamot és traumát vehetünk fel a bántalom okául.

Ezen közös jellegekből eléggé kitünik, hogy a szóban forgó eset a *részleges óriásnövések* körképébe illeszthető be. Részleges óriásnövés alatt valamely testrésznek idiopathiás, alkalmasint veleszületett hajlamon alapuló túltengését értjük, melynek aetiologiájában a sérülésnek és a tartós vagy gyakran ismétlődő gyuladásnak tulajdonitanak szerepet (Kaufmann). A csontokat illetőleg az elváltozás a kéz és láb egyes ujjain, néha a koponyaboltozaton vagy az egyik arczfélen fordul elő. Többnyire a zsirszövet is részt vesz a túltengésben. Ilyen elváltozást ismertetett *Buday* tanár (az E. M. E. 1901. évi márczius 30.-án tartott orvosi szakülésén) egy vidékről beküldött 16 éves leány amputált bal alsó végtagján, a hol a mediális oldalon a lágyrészek megvastagodását nem rostos kötőszövet, hanem a zsirpárna megszaporodása okozta (makropodia lipomatosa). A csontok hossznövése itt is fokozott volt.

Számos szerző megfigyelése szerint a részleges óriásnövés férfiakon gyakrabban fordul elő, mint nőkön. *Brüning* 11 veleszületett féloldali óriásnövést gyüjtött össze, még pedig 8 jobboldali és 3 baloldali hypertrophiát. Okául *Tillmanns Virchow*val és *Zondek*-kel együtt a foetális életnek mechanikai akadályait veszi fel, pl. a köldökzsinór körülcsavarodását, a magzat hibás fekvését stb., de a külvilágban ért traumáknak is lehet aetiologiai szerepe.

Összetévesztés is előfordult már. Igy felvették az ujjaknak óriásnövését hibásan akkor, a midőn multiplex enchondroma volt jelen.

Kezelését illetőleg könnyebb esetekben gummipólyával való begöngyöléseket, massaget, elephantiasisban alkoholbefecskendezéseket, az odavezető verőereknek alákötését, pontszerü égetést és ismételt orsó- vagy ékalakú kimetszéseket kiséreltek meg s ezek néha némi eredménynyel alkalmazhatók is. A csontokat folytonosságukban resekálják. Csak súlyos esetekben jöhet szóba az amputatio.

Mivel a jelen esetben az elephantiasis súlyánál fogva még nem okoz nagy alkalmatlanságot s a beteg nem is kivánja, hogy végtagjait operálják, hanem csak az orrából kinőtt daganatától és hydrokelejétől óhajt szabadulni, csak ezeknek a mütevésére fognak szoritkozni.

5. **Kanitz Henrik psoriasis vulgaris** esetét mutatja be, melynek különösebb érdekessége abban rejlik, hogy a psoriasisos elváltozások a hasról a könyökre transplantált bőrön jelentkeztek. Az eset a psoriasis pathogenesise tekintetében nyujt értékesithető adatokat.

6. **Péterfi Tibor: Szövettani készitmények tömeges eltevésének új módja.** A szövettani gyakorlatok anyagának előkészitésétől és kiosztási módjától függ a gyakorlatok eredménye is. Minél gyorsabban jut a hallgató kész gyüjtemény birtokába, annál több ideje van e készitményeket tanulmányozni s az ismert példák után saját erejéből készitményeket előállitani. A szövettani készitményeknek legnagyobb részét ezért oly állapotban igyekeznek a hallgatóknak kiosztani, hogy lehetőleg gyorsan és kevés technikai készültség mellett is használható készitményeket nyerhessenek.

A gyakorlati anyag ilyetén való előkészitésének módja azonban sok munkát igényel s gyakran mégsem vezet megfelelő eredményre. A legegyszerübb módja az előkészitésnek az volt, midőn a gyakorlatokat megelőző napon megfelelő számú paraffinos és celloidinos metszetet készitettek s ezt kiosztva a hallgató maga ragasztotta fel, festette és kezelte végig készitményét. Nagy haladás volt, mikor Lenhossék Heidenhain intézetében a csillámlemezt alkalmazta, erre ragasztván fel a paraffinos készitményeket, melyeket már igy felragasztva kezelt tovább a hallgatóság. További haladás volt, mikor a csillámlemezekre ragasztott sorozatokat az előző napokon megfestve xylolba tették el s a xylolból kiosztott készitményeket csak balzsamba kellett már elzárni. Hosszabb ideig azonban festett anyagot ily módon sem lehetett eltartani. A mult évben közölte Balássy Lenhossék intézetéből azt az eljárást, mely szerint csillámra ragasztott, megfestett készitmények vékony balzsamréteggel bevonhatók. s ily módon szárazon, hosszabb ideig eltehetők s szárazon feldarabolva kioszthatók. A paraffinás anyag kiosztásának és előkészitésének ily módon meglehetősen gyors és kényelmes eljárásával rendelkeznénk, azonban még ennek az eljárásnak is számos hátránya van.

Igy a csillámlemez megfelelő alakban és vastagságban meglehetősen drága. Hogy a mikroskopiumi készitmény használhatóságát a csillámlemez vastagsága ne befolyásolja, vékonyabb lemezekre kell bontani, hasitani tü vagy kés segitségével a csillámot. Ez pedig nagyobb mennyiségnél és nagyobb lemezeknél hosszadalmas munka, a mely a csillám különböző hasadási természeténél fogva gyakran a legnagyobb gyakorlat mellett sem sikerül. E mellett könnyen összekarczolódik, repedezik a lemez. Ha, viszont megfelelő, 20—25 μ vastag lemezeket sikerül előállitani, különösen ha készitmény és balzsam van rajta, vágás közben úgy széttöredezik, hogy a készitményt ép állapotban kiosztani lehetetlen. A balzsam meg néhány hónapi állás után megporlad, vágás közben felpattogzik, az ollóhoz tapad s ez által okoz kellemetlenségeket.

A mi a celloidinos anyagot illeti, előkészitése és kiosztása sokkal nagyobb nehézségekkel járván, mint a paraffinosé, a legtöbb intézetben teljesen háttérbe szorul a paraffinos mellett. A mennyiben mégis alkalmazzák, a kész metszeteket 70—90%-os alkoholba eltéve vagy közvetlenül a gyakorlatok előtt festik, vagy — mint például intézetünkben — megfestve czedrusolajban teszik el. Az ily módon eltett anyagnak is sok hátránya van. Eltekintve attól, hogy festése megfakul, az összegyürődött, hajtogatott metszeteket a hallgatóknak maguknak kell kisimitaniok, a mi nemcsak sok időbe kerül, de sok készitménybe is, mert gyakorlatlan kezek rendesen összeszaggatják a vékonyabb metszeteket.

E hiányokon igyekeztem segiteni, midőn eljárásomat kidolt goztam. Igen vékony s lehetőleg legfinomabb másolópapirost használok (ive 8—12 fill.), erre a rendes eljárással teritem és rögzitem a paraffinos készitményeket. Megfelelő tálakban kezelem és festem a sorozatot s a végén a felderitő folyadék — chloroform, benzol vagy xylol — után czedrusolajban áztatom. A czedrusolajból kivéve leitatom a lemezt s erre pipettával a készitmények fölé cedrusolajcelloidinoldatot csepegtetek (10 rész 4% celloidin + 1 rész

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

czedrusolaj), pár pillanatnyi állás után a celloidin megmerevedik s akkor a lemezt ismét olajba mártva két itatós lap között hosszú időre eltehetem. A celloidinos készítmények kezelése csaknem ugyanez. Akár szárazon metélem az anyagot, mint azt most rendesen az általam használt czedrusolajos beágyazási mód mellett szoktam, akár olajjal, akár alkohollal nedvesítve: a metszeteket a kiterítő folyadékkal[1] nedvesített papiroson rendezem s a metszést befejezve leitatom. Leitatás után pipettával czedrusolajos celloidint csepegtetek a készítmények fölé s tovább végig úgy kezelem, mint a paraffinos készítményeket.

Ily módon a következő előnyöket érhetem el. Úgy a paraffinos, mint a celloidinos anyag megfestve kiszáradás nélkül tetszésszerinti ideig szárazon eltehető. A czedrusolaj megóvja a celloidint a zsugorodástól. A papiros, mely már amúgy is áttetsző, a kezelés folytán csaknem oly átlátszóvá lesz, mint a celloidin, s ezáltal lehetőleg igen vékony, hajlékony, nem törékeny és mégis átlátszó lemezen oszthatók ki a készítmények. Az egész eljárás egyszerű, olcsó, kényelmes.

Mégis nem tagadható, hogy a papiros alkalmazásának minden tetszetősége mellett is egy nagy hibája van, t. i. a papiros szöveti szerkezete. Ez mindenesetre, különösen vékonyabb metszeteknél, vagy kiterített készítményeknél (pl. vérnél) zavaró, úgy hat, mintha a lemez piszkos, vagy gyürődött volna. Különösen, ha a papirost a készítményekkel együtt festjük, a papiros is erősen festődik s ez a hiba jobban kifejeződik. Azonban néhány vizsgálat után a szem annyira hozzászokik az amúgy is alig szembetünő és a készítmény által csaknem teljesen elfedett zavaró papirosstructurához, hogy még a celloidinos készítmények celloidinköpenye is több zavar oka lehet e tekintetben. En block festett készítményeknél pedig valóban alig hagy valamelyes kifogásolni valót maga után.

Ezeket az előnyöket és hátrányokat tekintetbe véve, mégis úgy hiszem, hogy eljárásomat, mint a szövettani készítményeknek igen kényelmes és dolgozdai célokra, kisebb nagyitású, durvább vizsgálatokra teljesen megfelelő módját bátran ajánlhatom az illetékes körök figyelmébe.

[1] Alkoholos metszésnél glycerines viz, olajos, száraz metszésnél czedrus- és origanum olajkeveréke.

PÁLYÁZATOK.

351/907. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál egy 800 korona évi fizetés, élelmezés és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos Glacz Antal úrhoz intézendő kérvényüket okmányaikkal felszerelve hozzám f. hó 21.-éig adják be.

Nagyvárad, 1907. évi deczember hó 5.-én.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

2714/907. kórh. sz.

Jász Nagykun-Szolnok vármegye közkórházában megüresedő egyik **segédorvosi állasra** pályázatot hirdetek.

Javadalom ezernégyszáz (1400) korona évi fizetés, lakás, teljes ellátás; kinevezés 2 évre történik, megújítható.

Pályázatok okmányokkal hozzám f. évi deczember hó 18-áig adandók be.

Szolnok, 1907. évi deczember hó 5.-én.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

Gyári orvos, fiatal, nőtlen, kerestetik nagy gyártelep részére, gyárban lakással. A környéken, hol orvos nincs, magánpraxist üzhet. Irásbeli ajánlatok „H. P." alatt a kiadóhivatalba kéretnek.

5152/907. ki. sz.

A megüresedett **vértesacsai körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak s a pályázatra jogositva vannak, hogy kellően felszerelt kérvényüket nálam f. évi deczember hó 26. napjának d. u. 5 óráig beadják, mert a később érkezendő kérvények figyelembe vételnek nem fognak.

A körorvosi székhely Vértesacsa, és a körhöz Vértesacsa, Vértesboglár, Pázmánd és Vereb községek tartoznak. Az összes lakosság száma 7000 lélek.

A körorvos fizetése a körhöz tartozó községek által előleges negyedévi részletekben fizetendő évi 1600 korona és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A körorvos tartozik hetenkint egyszer a községi előljáróságokkal együttesen megállapitandó napon a körhöz tartozó községekben, szükség esetében a pusztán megjelenni.

A választás határnapjául 1907. évi deczember hó 30. napjának d. e. 9 óráját Vértesacsa községházához tüzöm ki.

Vál, 1907. évi deczember hó 10.-én.

Tarafás, főszolgabiró.

8981/907. alisp. sz.

Fogaras vármegye alsóárpási járásában **Alsóárpás székhelylyel** és **sárkányi** járásában Sárkány székhelylyel újonnan rendszeresitett, a X. fizetési osztály 3. fokozatába sorolt, egyenként **2000 korona évi fizetés**, 350 korona évi lakbérilletmény és 600 korona utazási átalánynyal javadalmazott **két járási orvosi állásra** ezennel újból pályázatot hirdetek.

Felhivom tehát mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 1. §-ában előirt általános minősitésen kivül ugyanazon t.-cz. 9. §-ában és az 1893. évi 80,090. sz. belügyminiszteri rendeletben előirt minősitésüket, továbbá nyelvismereteiket (a román nyelv tudása kivánatos), életkorukat, egészséges voltukat, katonai kötelezettségük teljesitését, eddigi alkalmaztatásukat és végre erkölcsi magaviseletüket igazoló hiteles okmányokkal felszerelt folyamodványukat a vármegyei ügyviteli szabályzat 4. §-ában előirt módon f. évi deczember hó 28-áig bezárólag annyival inkább adják be, mert az ezen határidő letelte után beérkező kérvények figyelembe nem fognak vétetni.

Fogaras, 1907. évi november hó 26-án.

2–2 *Belle Sándor*, alispán.

2362/907. ki. sz.

Udvarhely vármegye homoródi járásához tartozó Homoródbarócz nagyközségben a **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, felhivom azon okleveles orvosdoktor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat hozzám **1908. évi január hó 20.-áig** adják be.

A községi orvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés havi előleges részletekben, természetbeni lakás, 3 szoba, konyha, mellék- és gazdasági épületek és nagy kerttel; 40 fillér nappali, 60 fillér éjjeli rendelési díj; halottkémlésért esetenkint 1 korona; vágatási biztosi díjak, 3 hosszúöl tüzifa a lakásra hazaszállitva.

A községi orvos köteles kézi gyógytárt tartani.

Oklánd, 1907. évi november hó 26.-án.

2–2 *Szabady Tivadar*, főszolgabiró.

3559/907. sz.

A **szentjobbi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. évi deczember hó 25.-éig adják be.

Az állás javadalmazása 1000 korona készpénz a kir. adóhivatalnál utalványozva és szabad lakás.

Látogatási díjak nappal 1 korona, éjjel 2 korona, körúton kivül 4 korona.

A körhöz a székhelyen kivül Hegyközszentmiklós, Hegyközszentimre és Csohaly községek tartoznak.

A körorvos kézi gyógytár tartására jogosult.

Székelyhid, 1907. évi november hó 23.-án.

3–3 *A főszolgabiró.*

6974/907. sz.

Ó- és Újsóvé községekből alakított **újsóvéi körorvosi állásra** f. évi deczember hó 20.-i határidővel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona fizetés, trachomakezelésért Ósóvé községtől 200 korona, Újsóvé községtől 100 korona és nappal 60 fillér, éjjel 1 korona 20 fillér látogatási díj.

Ujvidék, 1907. évi deczember hó 1.-én.

2–2 *Nikolits*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a **húgyhólyag bántalmainál** és **köszvénynél,** a **czukorbetegségnél,** az **emésztési** és **lélegzési szervek hurutjainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Uradalmi orvosi állás hitbizományi birtokon betöltendő, lakás és évi tiszteletdíjjal. Bővebb felvilágositást ad Mészáros Gyula dr., Budapest, IV., Váczi-utcza 78. sz., II. 16. (hétköznapokon délután 3 és 6 óra között személyesen is).

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

51. évfolyam. 51. szám. *Budapest, 1907. deczember 22.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Avarffy Elek: Közlés az egyetemi I. sz. női kinikáról. Igazgató: Bársony János dr. ny. r. tanár. Húgykövek nőkben. 900. lap.

Plesch János: Közlemény a berlini gazdasági főiskola állat-élettani intézetéből. Igazgató: Zuntz N. titkos kormánytanácsos. Chromophotometer, új készülék a színconcentratio, különösen a haemoglobin és a vérmennyiség meghatározására. 902. lap.

Detre László: Megkülönböztető tuberculin-reactiom ellen elhangzott egynémely ellenvetésről. 905. lap.

Kanitz Henrik: Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyet. tanár.) A syphilis atoxylos kezeléséről. 907. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Baudelier-Roepke:* Lehrbuch der spezifischen Diagnostik u. Therapie der Tuberculose. — *R. Götze:* Über Nervenkranke und Nervenheilstätten. — *René Sand:* La neuronophagie. — *Lapszemle. Ballet:* A Basedow-struma kezelése. — *Buttersack:* Olajklysma alkalmazása után beállott heveny mérgezés. — *Idegkórtan. Binswanger:* A valódi epilepsia góctünetei. — *Steinhausen:* A reszketés. — *Sebészet. Graf:* A jóindulatú gyomorbetegségek sebészi gyógykezelése. — *Hippel:* Laparotomia esetén a betegek utókezelése. — *Halsted* és *Evans:* A glandula parathyreoideák vérerei és magatartásuk thyreoideaműtétek alkalmával. — *N. B. Leggett:* Aethernarcosis per rectum. — *Gyermekorvostan. O. Medin:* Kell-e félnünk, hogy a tehéntejjel átviszszük a gümőkórt a csecsemőre? — *Comby:* Az ophthalmo-reactio értéke a gyermekkori gümőkórban. — *Húgyszervi betegségek. Blum:* Lienalis leukaemia kapcsán észlelt priapismus. — *P. Cohn:* A haemospermia. — *Guyon:* A hólyagrák. — *B. Goldberg:* Cylinderek a prostataváladékban. — *Venereás bántalmak. J. Citron:* A syphilis serodiagnostikája. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Plantier:* Égett sebek gyógyítása. — *Luff:* Szer polyarthritis deformans ellen. 910—914. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 914. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 914. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 915—917. lap.

Melléklet. A Budapesti kir. Orvosegyesület 1907. évi deczember hó 14.-én tartott LXX. évzáró közgyülésének jegyzőkönyve.

Chemisches Laboratorium Arnau a. E. „Kurin“ készítménye. — Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation „Higany-Resorbin“ készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés az egyetemi I. sz. női klinikáról. Igazgató: Bársony János dr. ny. r. tanár.

Húgykövek nőkben.[1]

Irta: *Avarffy Elek* dr., egyetemi tanársegéd.

A nőkben ritkán találunk húgykövet. Az újabb kimutatások szerint száz esetből csak öt jut a női nemre, a régebbiekben ez a szám még sokkal kisebb. Egy régi statistikában *(Klein*[2]*)* ugyanis közel 1800 húgyhólyagkő-esetről olvashatunk és ebben a hatalmas számban mindössze csak négy eset vonatkozik nőre. Érdekes *Winckel*nek[3] ezirányú tapasztalása is, a mely szerint tízezer nőorvostani vizsgálatában (1860—1884. évig) egyetlen egyszer talált követ a hólyagban. A statistika világításánál tehát a kövek ritkaságáról győződünk meg, ez pedig annál is inkább feltünő, mert a nőkben a húgyképződésnek minden hajlamosító oka sokszorta nagyobb mértékben van meg mint a férfiakban. Például igen gyakran láthatunk különben egészséges asszonyokban is, különösen a klimax ideje körül, húgysavas diathesist, és már ez is, de meg magának a hólyagnak mindjárt a leánykorban kezdődő többféle úton-módon való sanyargatása a kövek képződésére nagyon kedvező alkalmat szolgáltat. Annál inkább a normálistól elütő, és bár élettani, de a húgyrendszert mégis terhelő állapot, a terhesség, a szülés, a gyermekágy és ezeknek a rendellenességei, kiváltképen pedig a húgyutak betegségei, legközönségesebben a chronikus hurut, mind olyan viszonyokat teremthetnek, melyekben a köképződés könnyü szerrel jöhet létre. Ismeretes a nőknek az a rossz szokása, hogy hólyagjukkal egyáltalán nem törődnek. Bizonyításra sem szorul, hogy a vizeletnek eleinte talán hiúságból, később már megszokásból való visszatartása az érzékeny természetü és rugalmas falú hólyagra nem lehet közömbös. Ehhez járul még a csekély folyadékbevitel a szervezetbe, a mi meg a vizelet fajsúlyára van befolyással. Hogy mindezeknek ellenére a nők mégis elvétve kerülnek hólyagkövekkel szemünk elé, azt csak a női húgyivarrendszer bonczolástanából tudjuk megmagyarázni. A női húgycső csak 3—4 cm. hosszú és tág, tehát a hólyagban keletkezett apróbb kövek rajta minden nagyobb nehézség nélkül kiürülhetnek, mielőtt még nagyra növekednek. Másképen áll azonban a dolog, ha a kő a hólyagba jutott valamely tárgy körül képződik, mert ebben az esetben az incrustált test körül fejlődő conglomeratum kiürülése a vizelettel a terjedelem nagysága miatt lehetetlenné válik. Nagy kövek majdnem mindig idegen elemek körül épülnek fel, melyeknek a hólyagba való bekerülési útja és módja gazdagon változatos lehet. Legtöbbször kivülről a húgycsövön keresztül, pl. masturbatiokor, ritkábban a hüvelyfalon át, pl. magzatelhajtás kisérletekor csúsznak a hólyag üregébe, de bejuthatnak a hólyagfal átfúrásával a szomszédos szervekből is betegségek kapcsán. Legérdekesebb ezen esetek között a méhenkivüli petezsáknak áttörése a hólyag üregébe, a mikor is a kő valamely peterészecske körül fog fejlődni. Hasonlóképen érdekesek az irodalomban ismertetett azok az esetek, a melyekben dermoidcysta tört bele a hólyagba és a később képződött concrementumnak magvát fog vagy haj alkotta. A hólyagnak a belekkel való közlekedése útján béltartalom is lehet a kőnek a csírája és fejlődhetnek végre kövek igen ritka esetben a hólyagdaganatok leválott részei körül is. A kövek növekedésük közben különféle nagyságot érhetnek el; némelykor szerfelett megnőnek, ökölnyiek, sőt gyermekfejnyiek is lehetnek, úgy hogy már szülési akadályt is alkottak. Általában a húgyhólyag fenekén a trigonum mögött foglalnak helyet és a hólyagfalat ledomborítva, mintegy cystocelet okoznak, ebben pedig a vizelet állandóan pang és a kövek már ezért is terjedelmükben kényelmesen gyarapodhatnak tovább. Természetes dolog, hogy az esemény sorrendje fordított is lehet, t. i. előbb keletkezik a cystocele és csak azután kezd fejlődni a hólyagnak ezen a praedisponált helyén a conglomeratum. Máskor meg az öbölképződésre hajlamos női hólyagban egy diverticulum a kő fészke. Az ilyen

[1] Előadatott a budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának 1907 október 27.-én tartott ülésén.

[2] [3] *Winckel*: Krankheiten der weibl. Harnorgane. Deutsche Chirurgie, 62. kötet.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

sokáig egy helyütt megülő kő a nyálkahártyával össze is kapaszkodhat. A kövek összetételükre nézve lehetnek: húgysavas, phosphorsavas, oxalsavas és cystinkövek. Legtöbbször ezeknek combinatioit látjuk; legritkábban, az eseteknek körülbelül csak 3—4%-ában fordulnak elő a cystinkövek. A köveknek összetétele szerint szokott változni a keménységi fokuk és a súlyuk is. Számuk különböző lehet; rendszerint egy követ találunk, de jelen lehet akár százig való apróbb-nagyobb kő is. Alakra nézve a legtöbbször gömbölyűek, oválisak, vagy pedig egyik-másik oldalukon lelapítottak. Felszinük sima vagy érdes. A lithiasisnak rendes kisérője szokott lenni a kisebb-nagyobb mértékü hólyaghurut, mely vagy még a köképződés előtt keletkezett és annak forrása volt, vagy pedig a kő izgatása következtében jött létre. A folytonos mechanikai izgalom a fertőzéssel társulva a hólyag nyálkahártyájának még sokkal súlyosabb megbetegedéseit (fekély, gangraena, tályog) is előidézheti, melyek később könnyen áttörésre vezethetnek; ilyenkor a kő a hüvelyen vagy a végbelen keresztül a külvilágra vagy a szomszéd üregekbe jut. Erre azonban szerencsére csak ritkán kerül a sor, mert a hólyagban zavarkodó calculus oly nagy fájdalmakat okoz, hogy előbb-utóbb orvoshoz kényszeríti a beteget. Az anamnesis a betegségre nézve nagyon jellemző szokott lenni. A betegtől azt halljuk, hogy eleinte zavaros, piszkos volt a vizelete, majd éles fájdalmak lepték meg és véreset is vizelt, a vizeletet nehezen, többszörös próbálgatásra birja kiüriteni, a vizeletsugár minduntalan elakad és a beteg csak úgy tud ezen segiteni, ha előre vagy oldalra hajlik. Oldalra fekvéskor nehéz tárgy átfordulását érzi a hasában. Többször állandó vizeletszivárgásról is panaszkodnak a hólyagköves betegek. Néha a rendkivül nagy fájdalmakkal valóságos peritoneális tünetek járnak együtt; ezt rendszerint nagyterjedelmü és érdes felületü kövek jelenlétében tapasztaljuk, továbbá akkor, ha a kő valamely idegen tárgy (tü, csont-, fadarab stb.) körül képződött. Idegen testeknek a hólyagba kerülését a betegek szégyenérzésből majdnem mindig elhallgatják, mert legtöbbször pervers vagy bünös utakon szoktak a hólyagba jutni. Némelykor a beteg már csak a könek a maga képezte mesterséges úton való kiürülése után kerül elibénk és ilyenkor megtaláljuk a kő kiürülési kapuját a fistula vesico-vaginalis, recto-vaginalis, vagy akár a fistula vesico cervicalis alakjában.

A betegség gyógyitása a kő nagysága, másfelől az esetleg jelenlévő szövődmények szerint igazodik. Úgy az előbbit, mint az utóbbiakat a palpatio és a cystoskop segedelmével állapitjuk meg, sőt az operativ czélra szerkesztett (Kolischer- és Nitze-féle) cystoskopokkal még a kő eltávolításáról is gondoskodhatunk. A nagyságuk szempontjából kiindulva sokan a következőket ajánlják:

a) 2 cm. átmérőjü kőnél a húgycső kitágitása és a kő extractioja az ujj mentén bevezetett magfogóval, vagy a megfelelő cystoskop segitségével; némelyek szerint három, mások szerint hat cm.-ig végezhető a dilatatio, a nélkül, hogy huzamosabb ideig tartó incontinentia maradna vissza;

b) 3 cm.-es átmérőig lithotrypsia; ez a mütéti modor azonban nem használható olyankor, ha a kő diverticulumba mélyen beágyazott, esetleg a hólyagfalzathoz is odanött;

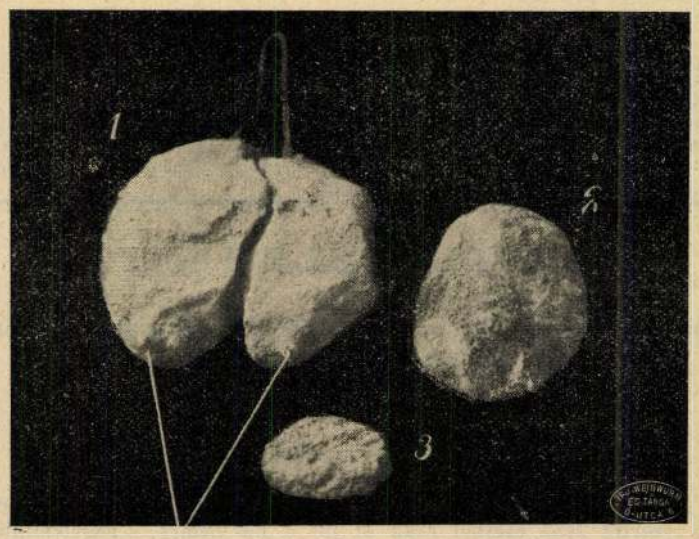
c) 3 cm.-nél nagyobb concrementum mellett hólyagmetszés a hüvely felől; a colpocystotomiát igénybe kell vennünk akkor is, ha más mód, melylyel a követ összenövéseiből kiszabadithatjuk, nem áll rendelkezésünkre; mütét után a sebet sürün feltett varratokkal egyesitjük, a prima reunio a legtöbbször egy ülés után bekövetkezik; sok esetben észlelték, hogy a seb magától, minden varrat alkalmazása nélkül is meggyógyult;

d) hólyagmetszés az os pubis felett rendkivüli nagy kő esetén, továbbá szüzeken és ott, a hol a húgycsövön keresztül való operationak feltételei nincsenek megadva. A mütét utáni kezelést a hólyag állapota szabja meg: rendszerint hólyagöblitésekben, meg a közismert diaetában szokott állani. Olyan esetekben, a melyekben a hólyag erős hurutos állapota mellett az ascendálás lehetőségétől kell tartani, igen ajánlatos a beteg elhelyezésére is különös gondot fordítani: legjobb ilyenkor a beteget „magasra“ fektetni, mintegy *ültetni ágyában.*

Ezeknek előrebocsátása után három húgykőesetet óhajtok leirni, melyek az egyet. I. sz. női klinikán rövid időn belül fordultak elő. Mind a három beteg ebben az esztendőben feküdt a klinikán, úgy, hogy szinte szokatlan volt a nők eme ritkán mutatkozó betegségének ilyen „halmozódása“. Az utolsó öt év alatt ugyanis a klinika 2000 fekvő betegére mindössze csak 6 lithiasis vesicae esete jutott.

Az első betegben a kő idegen tárgy, nevezetesen *hajtü* (1. ábra) körül képződött, mely minden valószinüség szerint masturbatio közben csúszott a hólyagba, melynek falában megakadt s a körülötte képződött kövel együtt a falzattal összekapaszkodott. A második betegben (2. ábra) szintén oda volt a kő nőve, a harmadik asszonyban pedig, a kin 12 esztendő előtt kórházban colpocleisist végeztek, a követ (3. ábra) a hüvelyből távolitottuk el. Ez utóbbiban a kő voltaképen a vizeletből a hüvelyben csapódott ki, mely a hólyaggal szélesen, a végbéllel is keskeny fistulával közlekedve, valóságos cloaca képét mutatta.

I. Az első esetben 17 esztendős asszonynyal volt dolgunk, a két esztendő óta — tehát már leánykorában is — bajoskodott a vizeléssel, férjhezmenetele óta pedig rendkivül nagy fájdalmakat szenved. A fájdalmak némelykor a jobb vese tájékán is jelentkeznek. A pár hónapos asszonynak két hónap előtt kimaradt a havi vérzése. Betegségének okát nem adja, a hólyagba siklott idegen testről nem tesz említést. A vizsgálatkor, mely nagyon fájdalmas, a hólyagban körülbelül tyúktojás nagyságú kemény testet tapintunk, mely a hólyag falához rögzített. A vizelet piszkos, zavaros, szagos, genytartalmú. A genitaliák a terhesség jeleit mutatják. A beteg hólyagnak tisztitó öblögetései után elhatároztuk, hogy a conglomeratumot eltávolitjuk és ebből a czélból a kő fixált voltára tekintettel a lithotrypsiával szemben a colpocystotomiát választottuk. A műtétet Bársony tanár medulláris stovain-analgesiá-



ban mindvégig teljes érzéstelenség mellett végezte. Az elülső hüvelyfalnak és hólyagnak megnyitása után a hólyag átvizsgálásakor kiderült, hogy a hólyagfenékben fixált kövön hajtü alakját mutató idegen tárgy húzódik keresztül, úgy, hogy legömbölyitett vége a vertex felé tekint s ott egy diverticulumba van beágyazva, két hegyes vége pedig a szeméremizülethez támaszkodik. Ez a beékelődés és csontra támaszkodás annyira feszes, hogy a kő nem is mozgatható, a mozgatási kisérletekkor pedig a tü két hegye karczolja a symphysis belső lapját. Ez a szoros beékeltség adja magyarázatát azoknak a nagy fájdalmaknak, melyeket az asszony állandóan, de különösen vizeléskor, mozgáskor, annál inkább coituskor, továbbá az egyszerü óvatos vizsgálat alkalmával is érzett. A követ a hajtüvel összenövéseiből kiválasztjuk és kihozzuk. A kő alsó lapjának megfelelő területen a nyálkahártya gangraeneskált s mint piszkos, zöldes, czafatos hártya fedte e helyen a hólyag izomfalát. Épen erre az elhalásra való tekintetből az a kérdés merült fel, hogy egyesitsük-e mindjárt a hólyag falát? Az egyesités mellett határoztunk abban a gondolatban, hogy a seb legalább részben, különös szerencsével talán egészben is össze fog gyógyulni, ha pedig lázas tünetek mutatkoznának, a sebet mindig megnyithatjuk. E két eshetőség közül az első következett be, a mennyiben pár nap mulva a seb egy része csakugyan szétvalott és a vizelet elkezdett csurogni. A korrigáló műtéttel huzamos ideig várakoztunk. Mikor a betegnek időközönként jelentkező vesefájdalmai és hőemelkedései teljesen megszüntek, valamint a folytonos kezelés mellett a vizelet genytartalma is minimumra szállott alá, csak akkor végeztük a sipolyzáró műtétet, mely a terhesség VIII. havának végére esett. A műtét után a seb nagyobb terjedelmében egyesült ugyan, de egy kis nyilás még mindig maradt és e mellett a kicsiny fistula mellett történt meg az először szülő asszonynak rendes időre elkövetkezett szülése is. A szülés és gyermekágy a hólyagnak szorgos kezelése mellett szerencsésen folyt le. Néhány hét mulva a beteget újból megoperáltuk. Ezen műtét után a seb már tökéletesen egyesült, a beteg jól érzi magát, vizelete egészen rendes. Az eltávolitott hólyagkő a hajtüvel együtt

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

35 gm., fehér, porlékony összeállású és a murexid-próbát mutatja. Legnagyobb átmérője 4·5 cm., a tűvel együtt 7·3 cm. Húgysavas sókból, ammoniákból és phosphorsavas mészből épült fel.

II. Második esetünk a következő: 48 éves asszonybeteg, ki hétszer rendesen, utoljára pedig — 8 év előtt — intézeten kivül műtéttel szült és azóta vizeletcsurgásban szenved. Néhány év előtt állítólag követ távolitottak el húgyhólyagjából, pár hét előtt pedig — mint mondja — hüvelyéből csontdarabkát húzott ki ő maga, mire az addig kinzó vizelésinger megszünt, de a csurgás tovább is fennmaradt. A beteg vizsgálásakor a hólyagban galambtojásnyi követ tapintunk, a hüvelyből pedig vizelet szivárog, fistulanyilás azonban seholsem látható.

A kő eltávolitását ebben az esetben is a sectio vesico-vaginalissal végezzük. A hólyagban a követ egy diverticulumba rostonyásan beágyazva találjuk, majd tovább vizsgálódva, tollszárvastagságú cervico-vesicalis sipolyra akadunk, mely a belső méhszáj táján tör bele a nyakcsatornába. Az az úgynevezett csontdarabka tehát, a mit az asszony hüvelyéből kihúzott, minden valószinüség szerint itt törte át a hólyagot és ürült ki a cervix uteri-n keresztül, a kő okozta gangraena helyén pedig visszamaradt a méh nyakának felső felében egy fistula. A műtétet úgy folytattuk tovább, hogy a portio vaginalis elülső ajakát a sipolyig felhasitottuk és a követ az összénövésekből kiszabaditva, ezen a nyiláson át kihoztuk, majd a fistulát, valamint a colpocystotomia sebét a szokott módon egyesitettük. A sebek pontosan összetapadtak, vizeletszivárgás nincs, az asszony a XX. napon a műtét után gyógyultan távozik. A kő szénsavas és phosphorsavas mészből áll, felső rétegeiben húgysavas sókat is tartalmaz; legnagyobb átmérője 4 cm.

III. A harmadik eset kombinálódik egy 12 esztendő előtt végezett colpocleisis mögé elzárt fistula vesico- és rectovaginalissal, mely utóbbi valószinüleg csak a hüvelyt elzáró műtét után keletkezett. Az 50 éves földmivesasszony 30 esztendő előtt szült először és utoljára, azóta állandóan csurog a vizelete. 12 év előtt kórházban megoperálták, de az operatio sem hozott bajára javulást. Statusa a következő: a duzzadt, vizelettől áztatott nagyajkak között a hüvelybemenet el van zárva, a felső harmadban vékony szonda számára átjárható nyilás látszik és ezen keresztül rendkivül büzös, bélsárszagú vizelet ürül. A hüvelynek öblögetései után első dolgunk az elzárt hüvelyt megnyitni; ekkor egy üreg tárul fel előttünk, mely elül a portio vaginalis felett mintegy ötkoronányi anyaghiányon át a hólyaggal, hátul a mandolányi lyukon keresztül a végbéllel közlekedik. Az üregben egy lencsényi és egy húszfillér terjedelmü, kerek, lapos követ találunk. Bőséges öblités után a végbélhüvelysipolyt elzárjuk, a hólyaghüvelysipolyt azonban egyelőre nyitva hagyjuk. Ez az első sipolyzárás czélhoz nem vezetett. Pár hétre rá a második kisérlet sikerült, a végbélsipoly begyógyult; most még a hólyag zárása és a húgycső képzése van hátra.

A leirt esetekre és a velük szemben követett therapiára vonatkozólag véleményünket a következőkben foglalom össze. Az első esetben idegen test körül rakódtak le a követ képező anyagok és alkottak lassanként egy kemény, tyúktojásnagyságú conglomeratumot a hólyagba csúszott hajtü körül. A hajtü rögzitett volta következtében a mindinkább növekedő kemény concrementumtömeg nyomta, izgatta a hólyagfalat, lobos reactiót okozott, sarjadzást indított, mely a széleken ezt az idegen tárgyat be ágyazta, közvetlenül a kő alatt fekvő lágyrészekben pedig elnyomván az ereket, a hólyag nyálkahártyájának ezen a részén szövetelhalást idézett elő. A másodiknak leirt esetünkben a húgyból kicsapodott elemek nem idegen testre telepedtek le, hanem a hólyagnak egy gurdélyában fejlődött a conglomeratum és mivel állandóan itt ült, izgatta a hólyagfalat és szintén helybeli reactiót, gyuladást okozott, a melynek termékei még jobban belerögzitették a követ fészkébe. Ebben az esetben egyébiránt úgy látszik, hogy húgyköves diathesissel állottunk szemben, mert az asszony már többször szenvedett húgyhólyag-lithiasisban. Legutóbb műtétünk előtt magától ürült ki hüvelyén keresztül egy nagyobb mogyorónyi ködarab, mit ő „csontdarabkának“ nevezett. Harmadik esetünkben a húgykő egy cloacában, a colpocleisissel elzárt tasakban, piszkos területen fejlődött, a melybe a hólyag és végbél egyaránt belenyilott. Az itt keletkezett követ tehát voltaképen nem is soroljuk a hólyagkövek közé, de mindenesetre húgykő, melynek érdekességét az eredés helye adja meg. Az eset különben a colpocleisisek tanára nézve is, különösen pedig azok prognosisát illetőleg tanulságos és említésre méltó. A therapiát illetőleg a következőkre épitjük okoskodásunkat. Ha nőbetegek hólyagkővel kerülnek szemünk elé, azt látjuk, hogy a hólyagjukban helyet foglaló kő a legtöbb esetben mogyorónál jóval nagyobb, és mivel tudjuk, hogy mogyorónagyságú kövek a női húgycsövön keresztül nagyon sokszor maguktól kiürülnek a vizeletsugárral, önként arra kell gondolnunk, hogy a kő visszamaradásának valami különös oka van, tehát vagy idegen test körül képződött, vagy a hólyagnak egy diverticulumába jutva, a hólyag falával mintegy összenőtt. Ha már most igy áll a dolog, akkor csak nagyon ritkán lesz alkalmunk arra, hogy a követ morzsolással távolithassuk el. Legtöbb esetben a hüvely-hólyagmetszésre leszünk utalva, a mely egészben egyszerü kis műtét; talán jobban is illik — mint a közüzás — a nőorvos kezébe, a kinek amúgy is a zúzáshoz való dexteritást épen a fentiek folytán nincs módja kellőképen elsajátitani. A colpocystotomiánál ügyeljünk arra, hogy metszésünk az elülső hüvelyboltozattól indulva mindig egyenes irányban a középvonalban haladjon, mert igy el fogjuk kerülni az ureterek megsértését. A mi eseteinkben is colpocystotomiát végeztünk. Az elsőben a műtét alatt derült ki, hogy idegen test a magva a kőnek és hogy mozgatni nem lehet, ezért nehéz is volt a kiszabadítása. Második esetünkben szintén a műtét alatt találtunk reá az addig fel nem fedezett fistulára, a mely minden valószinüség szerint az előbb már spontan a hüvelyen keresztül kiürült kődarabnak a kapuját alkotta. Ebben az estben is nehézkes volt a kő kiválasztása. Végre harmadik esetünkben említésre érdemes még az a körülmény, hogy a piszkos, bélsártól fertőzött üregből az évek hosszú során át sem ascendált a vesékig a coliinfectio.

Közlemény a berlini gazdasági főiskola állat-élettani intézetéből. Igazgató: Zuntz N. titkos kormánytanácsos.

Chromophotometer, új készülék a szinconcentratio, különösen a haemoglobin és a vérmennyiség meghatározására.[1]

Irta: *Plesch János* dr., Rajeczfürdő.

A klinikai vizsgálómódszereknek nélkülözhetetlen tulajdonsága, hogy velük gyorsan, kényelmesen és főként pontosan lehessen dolgozni. A használatos haemoglobinometerek egyike sem felel meg mindezen követelményeknek. Én azt hiszem, hogy a chromophotometerben úgy a klinikusnak, mint a physiologusnak oly eszközt nyujtok, a melylyel nemcsak gyorsan és kényelmesen, hanem olyan pontos eredménynyel is dolgozhat, mint a használatos eszközök egyikével sem.

Az eszköz leirása.

A chromophotometer (lásd ábra) állványon (1) megerősített kamrából (2) áll, melybe elülső részére tejüveglemez (3) van illesztve, a melyen keresztül a világosság a kamrába (2) hatolhat itt két egymás mögé elhelyezett tükröt (prismát) (4 és 5) világit meg. Ezen tükrök reflectáló felülete 45° szög alatt fekszik, úgy hogy két egyenlő intenzitással biró fénynyaláb reflectálódik, a melyek egyike a kamra 6., másika a 7. sz. nyilásán keresztül sugározik ki. Az elülső tükör (4) által reflectált sugárnyaláb a 9. sz. prismára esik, mely ezt ismét derékszögben megtöri. Ezen megtört fénynyaláb a színes folyadékkal megtöltött 10. sz. üvegcsövön hatol keresztül, úgy hogy most már a fény a folyadék színét veszi fel és igy éri a *Lummer-Brodhun*-féle koczkát. Ezen koczka két, az átfogó felületen összeragasztott prismából áll. Az egyik prismának közepén, az átfogó felületen köralakú bemélyedés (12) van vésve. Azon fénysugarak, a melyek a koczka közepére (12) esnek, derékszögben felfelé töretnek, mig azon sugarak, melyek ezen mélyedéstől (12) oldalvást érik a koczkát, törés nélkül a 14., 15. lencsén keresztül a megfigyelő nyilás (16) felé veszik útjukat, úgy hogy a vizsgáló színes kört láthat, melynek concentrumos közepe világos.

A második fénynyaláb, mely az 5. sz. tükörtől reflectálódik, a megvizsgálandó folyadékon halad keresztül, a mely üveghengerben (17) foglaltatik és innen jut a Lummer-Brodhun-féle koczkához. Ezen fénynyalábból azon sugarak, melyek a bemélyedéstől oldalt esnek, törés nélkül haladnak felfelé és nem teszik a megfigyelés tárgyát, mig ellenben azon sugarak, melyek a bemélyedésnek megfelelőleg érik a koczkát, derékszögben a megfigyelő nyilás felé töretnek. Ezen szintén köralakú felület concentrumosan a fent leirt körben fekszik.

A hengeralakú üveg (17), a mely a megvizsgálandó folyadékot tartalmazza, egy a 19. sz. állványon mozgathatatlanul

[1] Előadatott a Berliner Physiologische Gesellschaft 1907 február 1.-én tartott ülésén.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

megerősitett foglalatba (18) van betolva. Ezen hengeralakú edénybe, mely alul üveglemezzel van elzárva, concentrumosan egy alul zárt üvegcylinder (21) illeszthető, mely a 19. sz. állványon egy foglalatban (22) fogas csavar (23) segitségével a 24. számú nonius-skálán mozgathatólag van elrendezve. Mennél mélyebbre mártjuk ezen cylindert (21) a 17. sz. hengerben foglalt megvizsgálandó folyadékba, annál kisebb lesz a rétegvastagság, melyen az 5. sz. tükörről visszavert sugaraknak keresztül kell hatolniok, úgy hogy ezen cylindert a csavar segítségével addig fogjuk ide-oda mozgatni, vagy más szóval addig fogjuk a rétegvastagságot változtatni, mig a megfigyelt concentrumos látóterek egyenlően lesznek megvilágítva, vagyis egyenletes színben tünnek fel. A megfelelő rétegvastagságot a skála noniusa fogja mutatni és a megvizsgálandó és ismert concentrational biró folyadék concentratiokülönbözetét, mint alább látni fogjuk, könnyen kiszámithatjuk.

Hogy a 4. és 5. tükörről reflectált sugarak intenzitása változást ne szenvedjen, a sugarak útjába eső összes üveglemezek egy darab üvegből vágattak, mig az egyéb optikai eltérések a 13. sz. üvegkoczkával korrigáltattak.

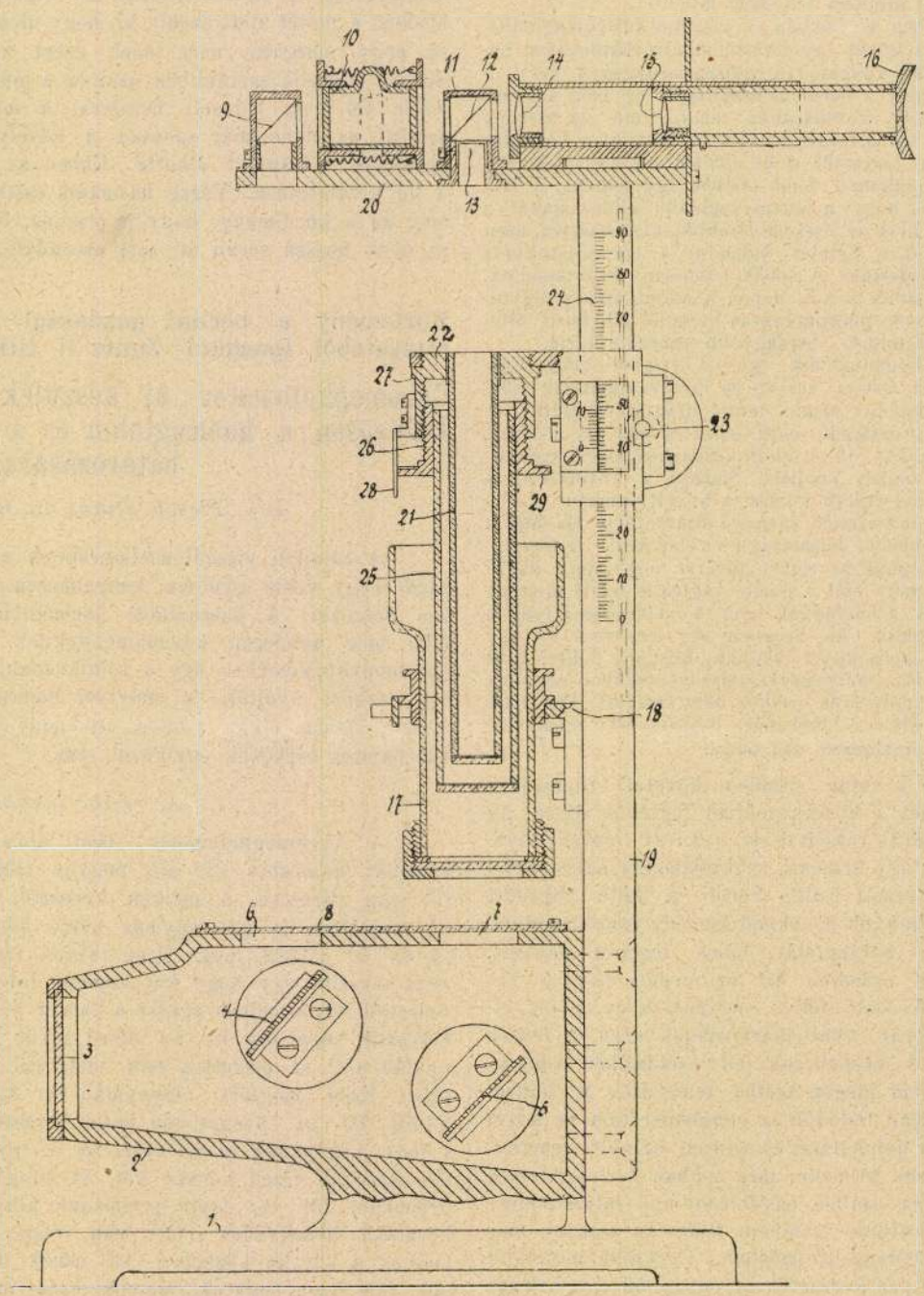
A készülék colorimetriás elve.

Ha a 17. sz. cylinderbe ugyanazon folyadékot töltjük, mint a mely a 10. sz. csőben foglaltatik, a 4. és 5. tükörrel adott berendezés által biztosított egyenletes megvilágitás mellett egyenletesen szinezett látóteret akkor fogunk kapni, ha a cylindert (21) elzáró alsó lemez oly távolságban áll a 17. sz. henger elzáró lemezétől, mint a milyen hosszú a 10. sz. standardcső, vagyis ha a réteg vastagsága egyenlő. A készülékhez adott 10. sz cső hossza 20 mm., tehát egyenlő concentratiojú folyadékoknál a noniusnak 20 mm. rétegvastagságot kell majd egyenletes látó érnél mutatni. Ha az alsó rétegvastagság nagyobb 20 mm.-nél, ezen úton kevesebb fény fog keresztülhatolhatni, és a középső látótérrész sötétebb szinü lesz, mint a külső kör, mely sugarait a standardcsövön keresztül kapja. Ha ellenben a rétegvastagság kisebb, mint 20 mm., a kisebb rétegvastagságon keresztül több fény fog hatolhatni és a belső kör világosabb lesz. Ugyanilyen változatokat fogunk észlelhetni, ha nem a rétegvastagságot, hanem a concentratiót változtatjuk. Ha a 17-ben foglalt folyadék concentráltabb mint a 10-ben foglalt, a rétegvastagságnak az alsó edényben kisebbnek kell lennie, ha kevésbé concentrált, nagyobbnak kell lennie 20 mm.-nél. A mint ezen magyarázatból kitünik, a rétegvastagság a concentratióval fordított viszonyban áll: $c_1 : c_2 = s_2 : s_1$.

Ezen aránylatban c_1 = a standardfolyadék ismert concentratiojával; c_2 = a megvizsgálandó folyadék keresett concentratiojával; s_1 = a standardcső ismert hosszával; s_2 = a noniusskálán olvasott rétegvastagsággal.

A keresett concentratio tehát ezen képletből: $c_2 = \frac{c_1 s_1}{s_2}$ könnyen kiszámitható.

Mint a hogy ezen leirásból látható, a chromophotometer minden színconcentratiomeghatározásra használható.



1 állvány. 2 kamra. 3 tejüveg. 4 és 5 reflektáló tükör. 6 és 7 nyilás a reflektált fénynyalábok részére. 8. védőüveg. 9. totalreflektáló prisma. 10 standardcső. 11 Lummer-Brodhun-féle koczka. 12 bemélyedés a koczka egyik prismájában. 13 optikai correctio. 14 és 15 nagyitó lencsék. 16 szemlencse. 17 külső üvegcylinder. 18 a külső üvegcylinder tartálya. 19 és 20 az állvány részei. 21 belső cylinder. 22 a belső cylinder tartálya. 23 fogaskerék noniussal. 24 millimeterbeosztás. 25 középső cylinder. 26 csavar. 27 csavarhüvely a középső cylinder beállitására. 28 rudacska millimeterbeosztással. 29 körnonius.

Haemoglobinometria.

A haemoglobinmeghatározáshoz oly standardfolyadékra van szüksé günk, melynek haemoglobinconcentratioját ismerjük, vagy pedig oly más összehasonlító tárgyra, melynek színe bizonyos concentrational biró vér színével azonos.

A véroldatok rossz tartóssága és változékony színe már régóta arra késztette a búvárokat, hogy egy tartós, a vér színévelbiró anyagot keressenek. Eleddig főként ezen czélra festett üveget és festékoldatokat használtak. A festett üveget először *Jolyet* és *Laffont*[1] alkalmazta, utánuk a legkülönbözőbb vérfestékvizsgáló készülékekben használták, melyek közül legjobban a *Mieschert* által sokszorosan tökéletesbitett *Fleischl*-féle haemoglobinometer terjedt el.

A purpurüveggel elérhető eredmények nem valami pontosak. Igy *Lambling* a *Jolyet*- és *Lafont*-féle készülék utánvizsgálatakor 1% hibát talált. *Winternitz*[2] a *Fleischl* féle készüléknek pontossághatárát 2—3%-ban állapitotta meg. Nem tagadható azonban, hogy az újabb technika annyira tökéletesitette a purpurüvegek elő állitását, hogy *Veillon*[3] szerint a *Fleischl-Miescher*-féle haemoglobinometerrel a hibák tetemesen kisebbek mint más készülékekkel.

A purpurüvegen kivül a vért pikrocarminnal hasonlitották

[1] Bullet. Soc. de Biolog. 1877.
[2] *Winternitz:* Zeitschrift f. physiol. Chemie, 1895. XXI. kötet, 479. lap.
[3] *Veillon:* Arch. f. exp. Path. u. Pharmak., 1897.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

össze. *Rajevszky*[1] fedezte fel, hogy a pikrinsav és carmin kellő keverése által olyan szín állítható elő, mely a vér színéhez igen hasonló. Ezen festékkeverék nem felelt meg a hozzá fűzött várakozásnak, mert mint *Rajevszky* maga közli, már 4 hónap multán a színárnyalatban feltünő változás állott be, mely a carmin bomlására volt visszavezethető. Mégis *Gowers* standardfolyadék gyanánt haemoglobinometerénél a pikrocarmint használta. *Sahli*[2] szerint a *Gowers*-féle oldat szintén változtatja színét és ezért pontosabb vizsgálatra alkalmatlan, mivel a hiba a haemoglobinérték 10% át teszi.

Hoppe-Seyler[3] azt mondja: „Mindazon colorimetriás eljárások, melyekben a véroldat vörös üveggel vagy carmin- és pikrinsav keverékével hasonlíttatik össze, azért vetendők el, mert a vörös üveg vagy a pikrocarmin színe a vér színével sohasem egyezik." Ha a *Fleischl-Miescher* féle purpurüveg a vér színéhez nagyon is hasonló, mégis van árnyalatkülönbség, mely csak igen hosszú gyakorlat után veszti el zavaró befolyását. Azonkivül a gyár pontosságára vagyunk utalva, a mi már maga igen hátrányos körülmény.

Az említett okoknál fogva *Sahli* megkisérlette a vért tartós formájuvá átváltoztatni, és ezt összehasonlító folyadék gyanánt felhasználni. Igy jutott a sósavas haematinhoz, melynek bizonyos oldatát használja standardfolyadék gyanánt. Úgy az én, mint a mások tapasztalata ezen standardfolyadékkal nem a legjobb. Idővel a folyadék zavaros lesz, csapadék képződik és színét változtatja.

Készülékemben a pikrocarmint nem használhattam, mert már a legkisebb árnyalatkülönbség igen zavarólag hat. A sósavas haematin a fentjelzett okoknál fogva szintén nem volt alkalmazható. Igy határoztam el magam a szénoxydhaemoglobinra, melynek tartósságára először *Hoppe Seyler*[4] mutatott reá, a ki először használtá haemoglobinometriás kettős pipettájánál. Ha egy szénoxydhaemoglobinoldat szénoxydatmosphaerában légmentesen el van zárva, úgy *Hoppe-Seyler* szerint színében és szénoxydhaemoglobintartalmában évekig változatlanul megmarad. *Winternitz*[5] szénoxydhaemoglobinoldatot conserválván, 5 év multán a legcsekélyebb változást sem mutatta. Ugyanilyen eredményre jutott *Haldane*,[6] a ki a Gowers-féle elven alapuló haemoglobinometerénél szintén összehasonlító folyadék gyanánt használta.

A szénoxydhaemoglobin-oldatot összehasonlító folyadék gyanánt már csak azért is előnyös használni, mert egyrészt a megvizsgálandó vért szénoxyd keresztülvezetése után könnyü ugyanolyan színüvé átváltoztatni, másrészt mivel meghatározott haemoglobinconcentratio mellett a megvizsgálandó vér concentratioja a levezetett képlettel directe meghatározható.

A mennyiben én a készüléknél olyan standardfolyadékot akartam alkalmazni, mely mindenki által elkészíthető legyen, a haemoglobinconcentratio meghatározásakor a spectrophotometriás és gázanalytikai eljárást figyelmen kivül hagytam és csakis a vas meghatározására szorítkoztam. Ha a vas mennyisége a pathologiai vérnek nem is alkotja constans mennyiségben alkotórészét, és ha a vastartalom nem is okvetlenül arányos a vér festőerejével, mint a hogy azt *Aron* és *Müller* legutóbb kimutatta, mégis a vastartalmat kellett a haemoglobinconcentratiomeghatározás alapjául vennem, mert valamennyi egyéb számításba vehető tényező erős még nagyobb ingadozásoknak van alávetve.

A standardfolyadék készítéséhez használt vért borjúból érszúrás útján vettem és nagyobb mennyiségét higanynyal való rázás által defibrináltam.

Neumann szerint végzett több vasmeghatározás után a középértékből kiszámítottam, hogy 100 cm^3 vér 26·16 mgm. vasat tartalmaz. A haemoglobin kiszámítására a *Jaquet-Hüfner*-féle értéket vettem alapul, mely szerint a haemoglobin 0·336% vasat tartalmaz. Ezek szerint a megvizsgált vér 7·78% haemoglobint tartalmazott. Ezen vér egy literét különös üvegedényekben conserváltam. Az üvegpalaczkok felül és alul köszörült, egyenesen átlukasztott üvegcsapokkal vannak elzárva, melyek egy capilláris csőbe folytatódnak. A vízsugár-szivattyúval evacuált palaczkokat félig megtöltöttem vérrel és azután CO-gázt szivattam beléjük. Erős rázás mellett és a CO ismételt megújítása után biztos voltam a felől, hogy az összes haemoglobin egyesült szénoxyddal és hogy a vér CO-atmosphaerában van.

Ha ezen vérből oldatot akarunk készíteni, a felső csap capilláris végét egy CO-gazometer csövével kötjük össze, a csapot kinyitjuk és alul tetszésszerinti mennyiségben engedjük a vért kifolyni. A kifolyó vérmennyiségnek megfelelőleg tehát szénoxydgáz fog a palaczkba hatolni. Ha ezen megvizsgált vért úgy akarjuk felhigítani, hogy 250-szeresen higított 14%-os vérnek feleljen meg, 150·38-szorosan kell higítani.

Ezen oldat a gyárosnál,[1] hol a chromophotometer készül, készen kapható, de bárki által az ismertetett módon elkészíthető.

Az emberi szem érzékenysége sokkal nagyobb a világos, mint a sötét színárnyalatokkal szemben. Valamely haemoglobinoldat színe nemcsak a concentratiojától, hanem a rétegvastagságtól is függ. Én azért választottam a 14%-os haemoglobinoldat 250-szeres higítását, mert 20 mm. rétegvastagságban az árnyalatkülönbözetek a legjobban vehetők észre és mert minden klinikai methodusnál fontos, hogy kis vérmennyiségekkel dolgozhassunk.

A standardcsövet úgy töltjük meg az oldattal, hogy a szélétől számítva 1—2 mm.-nyire feltöltjük és miálatt az oldat felett szénoxydot áramoltatunk, a csövet az üveglemezzel lefödjük. A csőnek felső részén kupolaszerü kidudorodása van. Ha a csövet vízszintes irányba fektetjük, a szénoxyd ezen kupolában gyülemlik meg, miáltal elértük azt, hogy a véroldat szénoxydatmosphaerában van elzárva, a nélkül, hogy a látóteret megzavartuk volna. Ajánlatos a cső szélét vaselin, viasz és paraffin keverékével bekenni, a mi a légmentes zárást biztosítja. A két üveglemez eltolódását két rugóval összetartott fémkeret akadályozza.

A vizsgálatkor fényforrásul természetes és mesterséges világítást használhatunk, csak tekintettel kell lennünk arra, nehogy a 9 sz. prisma és a Lummer-Brodhun-féle koczka direct megvilágítás folytán az optikai sugármenetet zavaró melléksugarakat kapjon. A szemkáprázás ellen a készüléken fényfelfogó ernyő van alkalmazva.

A haemoglobinmeghatározás kivitele.

A 4. és 5. számú tükör alkalmazása által az egyenletes megvilágítás biztosítva van. Ha tehát a látótérben különböző megvilágítás mutatkozik, ennek az oka csakis a fénynyalábok útjában keresendő, vagyis az üveglemezekben, prismákban vagy a folyadékban. Egyrészt, hogy a készüléket színes anyagok közbeiktatásával, vagy azok nélkül megvizsgálhassuk, másrészt, hogy a készüléket mindenféle színconcentratio meghatározására használhassuk, nyitott cuvetta van az apparatushoz mellékelve, melynek planparallel lemezei ugyanazon üvegből vannak metszve, mint a standardcső elülső és hátulsó fedőlemezei és a cylinder 21, valamint a henger 17 zárólemezei. Az edény szélessége megfelel a standardcső hosszának. Ezáltal a fény absorptiós viszonyai mindkét sugárúton egyformák. Ha a planparallel felső edény és az alsó hengeres edény üres, a látótérnek egyenletesnek kell lennie. Ha az üvegek tisztátalanok, természetesen az absorptiós feltételek nem azonosak. Ugyanígy változik a látótér egyenletes megvilágítása, ha a megvizsgálandó folyadékok zavarosak, vagy porszálakat tartalmaznak. Hogy tehát kifogástalan eredménynyel dolgozhassunk, *feltétlen tisztaság* kivánatos. Az üveglemezek mindig megtisztítandók és a folyadék filtrálandó. A prismák és a koczka fémtok által jól vannak védve és különös tisztogatásuk nem válik szükségessé. Fontosnak tartom azonban arra figyelmeztetni, hogy a fénytörő közegeket csupasz ujjal ne fogdossuk, hanem mindig csak nem porzó selyemmel vagy bőrkendővel törölgessük. Ezek olyan útbaigazítások és figyelmeztetések, melyek minden optikai műszernél megszívlelendők, de azért kellett

[1] *Arcadius Rajevszky:* Pflüg. Arch., 1875. XII. kötet, 70. l.
[2] *Sahli:* Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig, 1905. 658. l.
[3] *Hoppe-Seyler:* Zeitschrift f. phys. Chem., XVI. k., 8. f. 505. l.
[4] *Hoppe-Seyler:* l. c.
[5] *Winternitz:* Zeitschrift f. phys. Chem. 1895. XXI. k., 468. l.
[6] *Haldane:* The colorimetric determination of haemoglobin. Journ. of Phys., XXVI. k., 497. l.

[1] Optische Werkstätte von *Franz Schmidt und Haensch*, Berlin *Prinzessinenstr. 16.*

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

öket megismételnem, mert egy a fényintenzitások iránt annyira érzékeny készüléknél, mint a milyen a chromophotometer, különös hangsúlyozást kívánnak.

Előfordulhat, hogy a látótérben árnyékok keletkeznek. Ezeket többnyire léghólyagok okozzák, melyek a cylinder (21) alsó lemezén tapadnak. A cylinder emelése és süllyesztése által ezt a bajt nagyon hamar megszüntethetjük.

A haemoglobin meghatározására még egy capilláris pipetta és egy mérőpalaczk van a chromometerhez adva.

A capilláris pipetta 0·1 és 0·2 cm³ nél jelzéssel van ellátva.

A mérőpalaczk cylindrikus formájú, hosszú nyakkal, melyen két jelzés 50 és 51 cm³-nél van belevésve, azon esetre, nehogy új oldatot kelljen készíteni, ha a feltöltés 50 cm³-re nem sikerült.

A haemoglobinmeghatározás menete a következő:

A vért a kellő óvrendszabályok szemmeltartásával a beteg ujja begyéből nyerjük. Ezen alkalommal a szúrás kivitelére egy irótoll letörött hegyét ajánlanám. Ez a legrégibb methodus és tapasztalatom szerint a legjobb, mert a szúrás nem fáj és a vér minden nyomás nélkül gyöngyözik, ellentétben egyéb eljárásokkal. A vércseppből 0·2 cm³-t a capilláris pipettával leszívunk és az 1‰ szódaoldattal félig megtöltött mérőpalaczkba hozzuk. Ha a pipettából az összes vért kimostuk, a palaczkot egészen az 50 cm³ jelzésig feltöltjük.

A vér szódaoldata tiszta, átlátszó és nem nélkülözhető olyan vér vizsgálatakor, hol maggal biró vörösvértestekkel van dolgunk (madarak, halak, hüllők). Más oldószerek alkalmazásakor ugyanis haemoglobintartalmú üledék képződik, miáltal a vérfesték mennyiségi meghatározása illusoriussá válik.

Az oldatot ezután szénoxyddal telítjük. A tiszta szénoxyd előállítása igen egyszerű. Használják az oxalsavat, a melyből concentrált kénsav hozzáadása után, enyhe melegítés mellett szénoxyd és szénsav fejlődik. Ha a fejlődő gázt kalilúgon vagy CO_2-t absorbeáló más anyagon vezetjük keresztül, a tiszta CO t egy gazometerbe felfoghatjuk. *Oerum* a Bunsentől származó következő methodust ajánlja: 13 súlyrész hangyasavas natront 10 súlyrész concentrált kénsavval keverünk (132 és 98). Ezen keverék teljesen tiszta szénoxydot szolgáltat. 13 gm. hangyasavas natronból 4 liter CO fejlődik.

Gyakorlatilag ugyanolyan jó a világító gázt a vér telítésére használni, csakhogy ajánlatos a gázt először egy mosópalaczkon keresztülvezetni.

Nehogy a telítéskor az oldatnak egy részét habképződés útján elveszítsük, jó ha egy nagyobb palaczkba töltjük a véroldatot. A gázt egy gummicsövön keresztül vezetjük a palaczkba és azután erősen felrázzuk. Ha tekintetbe veszszük a 250-szeres higítást, beláthatjuk, milyen kevés gázra van a telítéskor szükségünk és hogy a mérgezés legcsekélyebb veszélye sem forog fenn.

Mielőtt a véroldatot az alsó üvegbe hozzuk, meg kell győződnünk, nem tartalmaz-e apró porszemcséket avagy szálcsákat. Ez rendkivül fontos momentum, a melyet a helyes vizsgálat érdekében nyomatékkal kell hangsúlyoznom. Az ilyen portestecsek a fényt különbözőképen törik, miáltal az eszköz sugarainak menetét zavarják és kiszámíthatatlan hibák forrásává lesznek. A mennyiben absolut tiszta oldatokat rendkivül nehéz nyerni és nehogy csekélyebb fokú tisztátalanságok zavarólag hathassanak, jó a vizsgálatokat az erre berendezett és a készülékhez tartozó szekrénykében végezni, mely a chromophotometert a melléksugaraktól védi.

A szénoxydhaemoglobin-oldatból 20—25 cm³-t az alsó edénybe töltünk. A standardcsövet a prisma (15) és koczka (11) között helyezzük el és most a fogaskerék elcsavarása által a cylindert addig süllyesztjük, míg a látótér egynemű megvilágításban mutatkozik.

Ha a vizsgálat alatt vagy előtt a belső üveghengert addig süllyesztettük, míg a külső üvegcylinder lapját érintette és a nonius állását mint nulla-pontot feljegyeztük, akkor ezen számot az egynemű megvilágításkor leolvasott számból le kell vonnunk, hogy a helyes rétegvastagságot megkapjuk. Így például ha a látótér beállításakor 32·6 mm.-t olvasunk le, és a nonius a lemezek teljes érintkezésekor 0·3 mm.-t mutatott, a megvizsgált folyadék megfelelő rétegvastagsága 22·3 mm. lesz. A beállítást tetszés szerint megismételhetjük és a nyert számok középértékéből számítjuk ki a concentratiót. A vizsgálat megismétlése ugyanegy vérpróbával az eszköz különös előnyét teszi, mely a Gowers-hez hasonló eljárásoknál kivihetetlen. A chromophotometer annyira érzékeny, hogy a különböző vizsgálók leolvasásai alig 0·2 mm.-rel térnek el egymástól. A górcsövezés, polarisatio stb. által optikailag iskolázott orvosi szem minden különösebb gyakorlat nélkül nagyon hamar fogja a chromophotometert pontosan beállítani tudni.

(Vége következik.)

Megkülönböztető tuberculin-reactióm ellen elhangzott egynémely ellenvetésről.

Irta: *Detre László* dr. egyetemi magántanár.

Bár azokra az ellenvetésekre, a melyek az általam ajánlott megkülönböztető börreactio ellenében részben az orvosegyesületi discussio keretében, részben azon kivül is elhangzottak, zárószavamban jórészt megfeleltem — már a mennyire a rendelkezésemre állott kevés idő engedte —, mégis szükségét látom, hogy két igen fontos ellenvetéssel, a melyekre csak kevéssé terjeszkedtem ki, újolag foglalkozzam.

Az egyik az a *Hutyra* tanár által felvetett kérdés, vajjon egyáltalán áll-e az az előadásomban többször hangoztatott tétel, mely szerint a gümőbacillusok egyes fajtái biologiai tekintetben, s főleg az immunitásos reactiók tekintetében, a többi bakteriummal analog viselkedést tanúsítanak? Válaszomban hivatkoztam Bonome kisérleteire, melyek a kérdést positiv értelemben döntik el és ezzel saját kisérleteimet is támogatják. Ugy vélem, nem lesz érdektelen, ha *Bonome* kisérleteit[1] e helyen kissé részletesebben ismertetem.

Bonome azt vizsgálta, vajjon a praecipitin-módszerrel lehet-e különbséget találni az emberi és az állati gümőbacillus között. Tudjuk Kraus, Bordet, Tchistowitch, Uhlenhuth, Wassermann és Schütze és mások vizsgálataiból, hogy a szervezetre idegen és ezért antigen fehérjének parenterális módon, azaz a bélrendszer kikerülésével (pl. subcutan, vagy intravenosus, intraperitoneális módon stb.) a kötőszöveti, mesodermális rendszerbe való bevitele után az állati szervezetben oly anyagok keletkeznek, a melyek antigenjük, azaz kiváltó fehérjéjük oldatában csapadékot hoznak létre. E reactio, a praecipitinreactio, specifikus természetü: specifikus volta azonban csak relativ. Azaz pl. a tyúkfehérje injectioja után létrejövő tyúkpraecipitin *legerősebben* hat a tyúkfehérjére, azonban a tyúkhoz közel álló más állatok (pl. galambok) fehérjéjére is hat, de *gyengébben;* az emberi fehérjét praecipitáló savó az embernél gyengébben, de a többi emlősnél jóval erősebben hat az emberszabású majmok fehérjéjére. *A rokonsági reactiók* fogalma különben az egész immunitástanon vörös fonálként húzódik végig; legerősebben hat minden ellenanyag az ő saját antigenjére, másokra csak abban az arányban, a mily arányú és fokú ezek rokonsága a domináns antigennel. Erősen agglutináló typhussavó a paratyphus-bacillusokra, a coli-bacillusokra erősebben hat, mint a normális savó, épen igy a choleraellenes vérsavónak is van oly komponense, a mely egyéb, a cholerával rokon vibriókra tud hatni. Ez a törvényszerüség oly szoros, hogy segitségével valamely fehérjének, legyen az vér, kígyóméreg, vagy akár bakterium fehérjéje, úgyszólván „rokonait“ lehet kikutatni a természet nagy birodalmában.

Minthogy a bakteriumos betegségeket tulajdonképen a bakteriumos fehérjetermészetü mérgeknek a mesodermális szövetrendszerbe való parenterális bejutása okozza, természetes, hogy az említett praecipitinek egyes betegségek folyamán is keletkeznek. Épen úgy, mint a hogy a typhusbetegség folyamán a typhusbacillusok agglutogen csoportjainak felszivódására a szervezetben a diagnostikailag fontos szerepet játszó agglutininek jelennek meg. Bonome, a ki már előző munkálataiban a takonykóros lovak vérének immunreactiojával foglalkozott, azt vizsgálta, nem lehet-e

[1] Bonome: Präzipitinreaktion als diagnostisches Mittel der Tuberkulose und zur Differenzierung zwischen Menschen- und Rindertuberculose. Centralbl. f. Bakt. 1907. 43. kötet, 391—407. lap.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

a gümőkóros egyének vérében a gümőbacillus fehérjéjére ható, jelleges praecipitineket találni.

Reagensnek kétféle anyagot használt: 1. üvegporral eldörzsölt gümős emberi és állati szöveteknek 5%-os glycerines vízzel készített, centrifugált és Berkefeld-szürőn átszürt kivonatát, 2. 35°-on szárított és azután eldörzsölt emberi és állati gümőbacillusoknak glycerinvizes kivonatát. E kivonatokhoz tette hozzá a vizsgálandó vérsavókat, még pedig gümős emberek és szarvasmarhák, továbbá részben human, részben bovin gümős szövettel fertőzött nyulak és tengerimalaczok vérsavóját. A reactiók 37° hőmérséken 5—6 óra hosszat észleltettek.

Bonome összes kisérletei azt mutatják, hogy a praecipitinreactioval a kétféle fertőzés egymástól elkülöníthető. Egy ilyen kisérlet ismertetését érdemesnek tartjuk. (VI. kisérlet, 398. lap.)

Vérsavó: tüdőcavernás beteg savója. Gümős plasmák: *a) emberi* gümőkkel fertőzött tengerimalacz gümős lépének kivonata; *b) állati* gümős virussal fertőzött tengerimalacz gümős mirigyeinek és lépének kivonata.

1 r. savó + 16 r. emberi gümös plasma: *5—10 percz mulva erős zavarodás.*

1. r. savó + 16 r. állati gümös plasma: igen csekély, *alig* látható zavarodás.

Különös jelentőségüek azok a kisérletek, a melyek kisérletileg gümősen fertőzött tengerimalaczok vérsavójának a kétféle kivonatra kifejtett hatását tárják fel. (VIII. tábla.)

a) 1 r. *emberi* virussal fertőzött tengerimalacz savója + 16 r. *emberi* gümös plasma: *15—30 percz mulva zavarodás.*

b) 1 r. *emberi* virussal fertözött tengerimalacz savója + 16 r. *állati* gümös plasma: *igen csekély, csak nehezen észrevehető zavarodás.*

c) 1. r. *állati* virussal fertőzött tengerimalacz savója + 16 r. *állati* tuberculosisplasma: mint *a).*

d) 1 r. *állati* virussal fertözött tengerimalacz savója + 16 r. *emberi* tuberculosisplasma: mint *b).*

A quantitativ specificitás viszonyaira már ezek a kisérletek is tisztán ráutalnak, egyenesen döntőknek nevezhetjük azonban azokat a kisérleteket, a melyekben a reagens plasmát nem emberi és állati gümős szervek, vagy e szervekkel kisérletileg fertőzött állatok, hanem egyenesen a két fajtájú bacillus kivonata szolgáltatta. Mert mindig fennáll az az ellenvetés, vajjon csakugyan emberi typusú bacillusokat tartalmazott-e az „emberi"-nek jelzett, valójában azonban csakis emberi *eredésű* gümős anyag? Hiszen ma már tudjuk, hogy az „eredet" és „typus" nem azonos fogalom: a mennyiben az ember fertőzését nemcsak az emberi, hanem az állati bacillus is okozhatja. Kisérleteiből (IX., X. és XII. tábla) nehánynak eredménye a következő volt:

	Human bacillusok kivonata	*Bovin* bacillusok kivonata
Egészséges ember vérsavója	1:16 = 0 1: 8 = 0	1:16 = 0 1: 8 = nyomok
Gümös ember savója (tüdőtuberculosis)	1:16 = *erős csap.* 1: 8 = igen erős	1:16 = *nyomok* 1: 8 = gyenge
Human bacillussal fertőzött tengerimalacz savója	1:16 = *erős* 1: 8 = *igen erős*	1:16 = *0* 1: 8 = *0*
Bovin bacillussal fertőzött tengerimalacz savója	1:16 = *0* 1: 8 = *0*	1:16 = *erős* 1: 8 = *igen erős*
Gyöngykóros szarvasmarha savója	1:16 = *0* 1: 8 = nyomok?	1:16 = *erős* 1: 8 = *igen erős*
Human virussal fertőzött nyúl savója	1:16 = *erős* 1: 8 = *igen erős*	1:16 = *0* 1: 8 = *gyenge*
Bovin virussal fertőzött nyúl savója	1:16 = *0* 1: 8 = *0*	1:16 = *erős* 1: 8 = *erős*

Bonome végső következtetései nagyjában a következők:

1. Gümős emberek és szarvasmarhák vérsavója praecipitálja a gümős szerveknek valamint a gümőbacillusoknak kivonatát.

2. Gümős *emberek* savója *főleg* emberi eredésü (lásd előbbi észrevételemet) gümők vagy emberi bacillusok kivonatára hat, gümös *marhák* savója *főleg* az állati eredésü bacillusok kivonatára.

3. Gümös *nyulak* vérsavója szintén *főleg* a homolog törzsre hat.

4. Gümös *malaczok* vérsavója *majdnem kizárólag* a homolog törzsre hat.

5. Egészséges emberek vérsavójának *némelykor*[1] van némi praecipitáló hatása; egészséges marhák és tengerimalaczok vérsavója hatástalan.

6. *A praecipitinmódszerrel a human és bovin typusok megkülönböztethetők egymástól.*

Ez utolsó tétel az, a melyre a legfőbb súlyt helyezem, mert bizonysága annak, hogy a *két tuberculosistörzs* az immunreactiók tekintetében *beleilleszkedik a többi bakteriumra megállapított immunitásos törvények keretébe.* Bonome kisérletei azonban arra is ráutalnak, hogy általánosítanunk-e kérdésben nem szabad. Hiszen már az egyes állatfajták sem viselkednek egyöntetüen a praecipitinreactio tekintetében: míg pl. a tengerimalacz testében *csakis* az adaequat ellenanyagok keletkeznek, addig már a nyúl a dominans ellenanyagok mellett a másik törzs fehérjéjére ható mellékpraecipitineket is termel. Épen ezért igazolva látom álláspontomat, melyet az *emberi* vegyes fertőzések kérdésében vallottam, a mikor *mindkét* börreactionak kifejlödése esetén nyitva hagytam azt a kérdést, vajjon csakugyan *kettős* fertözés forog-e fenn, vagy pedig *egyféle fertőzés* által kiváltott *kettős „rokonsági" reactio.* Csakis olyan esetekre vonatkozik hypothesisem, a melyekben *kifejezett dominans reactio* mellett a *másik* reactio vagy *egészen visszamarad,* vagy *nem is jelentkezik.* Ez esetekre vonatkozólag az immunitás általános törvényei alapján igenis vallom, hogy a *dominans reactionak megfelelő fertőzéssel állunk szemben,* annál is inkább, mert az egész immunitásos biologiában, példátlan, és tegyük hozzá, *irrationális,* minden alaptörvénynyel ellenkező *feltevés volna* csak az elképzelése is annak, hogy *valamely antigen behatására támadó ellenanyag ne a kiváló antigenre, hanem annak valamely „rokonára" hasson dominans módon.*

Különben remélem, hogy e feltevésemet a most folyó kitenyésztési és állatkisérleteim, továbbá a cutanreactiókkal párhuzamosan megejtett praecipitinkisérletek eredményei, a melyekről következő közleményemben fogok beszámolni, végleg be fogják igazolni.

* * *

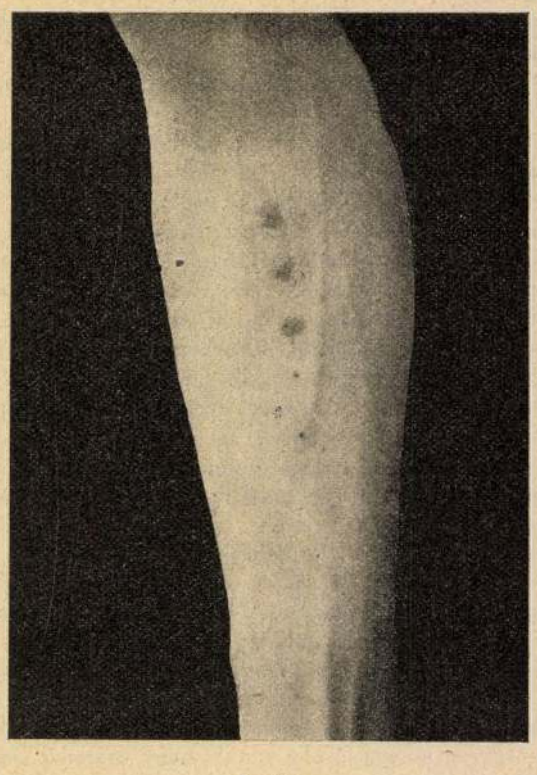
A második ellenvetést, a melyre újolag reflectálni akarok, elsőként *Preisich* vetette fel. Szerinte *egyazon anyaggal* a test különböző részein egyidöben végzett böroltások eredményeként *különböző nagyságú* papulák jelennek meg; tehát *különböző* anyagok által kiváltott reactiók nagysági különbségei semmiféle tekintetben mértékadók nem lehetnek. A tényt már Pirquet is leirta, én sem tagadtam soha. Hiszen azok a kisérletek, melyeket különböző higitású (1/1, 1/10, 1/100, 1/1000) Koch-tuberculinnal magam végeztem (801. lap), legjobban mutatják, hogy a reactio quantitativ természetü, azaz ceteris paribus annál erősebb, minél többet viszünk be a hatóanyagból a reagáló szervezetbe. Tehát ha a bőr egyik helyén véletlenből többet viszünk be vagy dörzsölünk be, mélyebb vagy sekélyebb sebzést hozunk stb. létre, mint a másikon, különböző nagyságú papulákat *kell* kapnunk. Azokat az eseteket, a melyekben az egyik (bovin vagy human) anyag semmiféle reactiót sem hoz létre, ez az ellenvetés természetesen nem érinti, csakis azokat, a melyekben nagysági különbözeteket használok fel typusaim megállapításakor. Azonnal látni fogjuk azonban, hogy még ez esetekben is megdől a különben tetszetős ellenvetés. Ugyanis ha csak egy kis gyakorlattal és jóakarattal is rendelkezünk, annyira egyenlő laesiokat ejthetünk, hogy pl. *két egyidejüleg végzett cutan sor megfelelő reactioi* (apró lényegtelen eltérésektől eltekintve) *teljesen egyenlő képet adnak.* Nem az a kérdés, lehet-e különbséget produkálni: hanem az, *lehet-e egyenlő laesiókat okozni? Igenis, lehet.* Magam az esetek egész sorában végeztem ilyen parallel vizsgálatokat, többeknek el is demonstráltam, söt mások által is végeztettem: a parallel sorok egyeztek egymással. Ilyen kisérlet két photographiáját mellékelem is. Mindkét felvétel egyazon egyéntől származik, a ki friss, épen kezdödő tüdőtuberculosisban szenved és „acut human" typusomat adja.

Az I. kép az egyén bal karját mutatja; a következő sort végeztem rajta.

[1] Lappangó fertőzés?

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

1. Human filtrat, 2. Koch, 3. Human filtrat, 4. Bovin filtrat, 5. Carbol. Látni való, hogy a két human papula hajszálig egyezik. (1. ábra.)



1. ábra.

A II. kép néhány nappal később a jobb kar képét mutatja, két parallel oltási sorral.

1. Koch, 2. Human filtrat, 3. Bovin, 4. Bovin, 5. Carbol. A két sor képe közel egyező. (2. ábra.) Ismétlem: egy kis jóakarat és némi gyakorlat! Ez az egész. Különben kijelentem, hogy ily parallel sorokat az érdeklődő szaktársaknak bármikor szívesen demonstrálok in vivo a Charité-poliklinikán.

2. ábra.

* * *

A többi kisebb jelentőségű ellenvetéssel, minthogy azok egyfelől a szükséges objectivitást nélkülözik, másfelől már előadásomban czáfolatot nyertek, foglalkozni nem tartom szükségesnek. Az ily fiktiv jellegű aggályok nem fognak engem megkezdett utamról visszariasztani; sőt remélem, hogy lesznek követőim, kik eljárásomat inkább megkisérlik, semmint látatlanba elitélik

Közlés a kolozsvári egyetem bőr- és bujakórtani klinikájából. (Igazgató: Marschalkó Tamás dr. ny. r. egyet. tanár.)

A syphilis atoxylos kezeléséről.

Irta: *Kanitz Henrik* dr. klinikai tanársegéd.

(Vége.)

Harmadlagos elváltozásokkal 22 beteget kezeltünk. Az elváltozások 6 hét—2 év óta állottak fenn. A fertőzés idejéről a legtöbb beteg nem tudott felvilágositást adni. Antilueses kezelésben csak 2 beteg részesült, azok is évekkel ezelőtt. Az elváltozások nagyon különbözők voltak. Szerepeltek köztük tertiaer papulák rajszerű, szabálytalan csoportokban vagy köralakban, melyek rendesen a köztakarónak számos helyén támadtak. Kezeltünk tallérnyi, tenyérnyi vagy sokkal nagyobb, például a vállakat vagy a hát legnagyobb részét elfoglaló tuberoserpiginosus syphilideket, athropiás vagy heges középpel és tovakúszó, kigyózó szélekkel, melyeket barnavörös, pikkelyző beszürődések vagy rupiaszerű varokkal fedett fekélyek alkottak. Több esetben bőrgummák szerepeltek, rendesen többes számban és csoportokban. E felületes gummák legtöbbször kifekélyesedve és egymással összefolyva, kör-, vesealakú és kigyózó crustosus fekélyeket alkottak, melyek sokszor kiterjedt hegesedéseket vettek körül. Végül kezeltünk valódi gummákat is — mogyorónyi egész diónyi nagyságban —, a melyek 1—1 példányban az alsó ajkon a garat hátulsó falán, a szájpadon, a nagy ajkon, vagy többes számban például a háton vagy az alsó végtagon fordultak elő. Általában véve eseteinkben túlnyomó mértékben a súlyosabb jellegü és nagyobb kiterjedésü syphilidek szerepeltek.

A gyógyeredmény ezen esetekben egyenesen frappáns volt. Legtöbbször már a 2. vagy 3. injectiora, sokszor csak később, a javulás határozott jelei mutatkoztak, a beszürődések lelapultak, a fekélyek alapján élénk granulatio mutatkozott, a széleken a hámosodás megindult és még az igen nagy kiterjedésü elváltozások is aránylag rövid idő alatt teljesen gyógyultak. A gyógyulási idő 14—36 nap között, az elhasznált atoxylmennyiség 1·80—6·15 gm. között ingadozott. A gyógyeredményeknek néhány concret példán való bemutatásáért legyen szabad a sok közül néhány esetet kiragadnom.

Egy nagy mogyorónyi gumma az alsó ajkon hat 0·30 gm.-os injectiora 12 nap alatt, egy tenyérnyi, mély, kráterszerü gummás fekély a lábszáron 6·15 gm. atoxyl elhasználása után 34 nap alatt gyógyult. Egy betegnek többszörös, mogyorónyi egész diónyi, szétesett gummái voltak az alsó végtagján, melyek 5·10 gm. atoxylra 31 nap alatt behámosodtak. Egy beteg, kinek vállán tuberoserpiginosus syphilid, az uvulán gummás fekély, a nagy ajkon diónyi üreges gumma volt, 10 injectioval 3·20 gm. atoxylt kapott, a mire az összes tünetek gyógyultak. 1½ év óta fennálló tuberoserpiginosus syphilidekkel került egy másik beteg a klinikára. A syphilidek több, tenyérnyi egész férfikéznagyságú góczot alkottak, melyek tovakúszó, kígyózó, nagyrészt kifekélyesedett infiltratumokból állottak. 17 injectioval 4·30 gm. atoxylra a fekélyek behámosodtak, az infiltratumok felszívódtak, az elváltozások helyét barna festékezettség jelzi. 28 nap alatt (4·05 gm.) gyógyult egy forintnagyságú, szétesett gumma a garat hátulsó falán.

A 22 eset közül összesen 20-ban értünk el teljes gyógyulást, a gyógyulási arány tehát kétségtelenül legjobb a tertiaer lues eseteiben. Csak 2 esetben nem vezetett czélra az atoxylkezelés. Az egyik észlelet egy körülbelül diónyi, szétesett emlőgummára vonatkozik, mely atoxylra alig javult, később azonban jodos kezelésre begyógyult. A másik esetben gummás fekélyek a szájpadon és az orrcsontok gummás periostitise szerepeltek. A javu-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

lás azonban oly lassú volt, hogy kombinált higany-jodkezelésre kellett áttérnünk.

Felemlítést érdemel az a körülmény, hogy a gyógyult esetek között több olyan volt, melyet mindvégig alacsony adagokkal (0·20 gm.) kezeltünk. Pótlólag meg kell jegyeznem, hogy másodlagos lues néhány esetében is sikerrel alkalmaztunk 0·20 illetve 0·30 gm.-os injectiokat. A mi tapasztalataink tehát a mellett szólnak, hogy ezen alacsony dózisok sem hatástalanok. Megfelelő esetekben a syphilises tünetek velük épen olyan gyorsan eltüntethetők, mint a nagy adagokkal végzett kezeléssel.

A tapasztalatok alapján az atoxylt a syphilis tertiaer stadiumában — legalább a mi a bör és a nyálkahártya syphilidjeit illeti — *hatásosság dolgában a kénesővel illetőleg a kombinált kéneső- és jodkezeléssel teljesen egyenértékünek kell mondanunk.* A tertiaer elváltozások az atoxylos kúra hatására épen oly gyorsan és biztosan, sőt némelykor talán még gyorsabban gyógyulnak, mint a kéneső és jod együttes alkalmazásakor. Épen ezért véleményünk szerint az atoxylt sikerrel alkalmazhatjuk a harmadlagos syphilis gyógyításában.

Arra nézve, hogy vajjon az atoxyl tudja-e a tertiaer folyamatok recidiválását megakadályozni, az észlelési idő rövidsége miatt még nem nyilatkozhatunk. Benyomásunk mégis az, hogy az atoxyl, mely oly prompt módon gyógyítja a meglevő tertiaer elváltozásokat, elég erélyes és tartós hatású arra nézve is, hogy e tünetek kiújulását megakadályozza. A kérdés eldöntésére mindenesetre hosszasabb tapasztalás szükséges. Hogy vajjon az atoxyl a zsigereknek és az idegrendszernek harmadlagos syphilises megbetegedéseire is kedvező hatást gyakorol-e, arra nézve az eddigi tapasztalatok nem adnak útbaigazítást. E kérdés tanulmányozása gyakorlati fontosságára való tekintettel szintén kívánatos.

Az atoxylnak feltünően kedvező befolyása a bujakór harmadlagos elváltozásaira, szemben a készítménynek sokkal gyengébb hatásával a betegség korai időszakában, talán a kórokozó megváltozott sajátságaiban leli magyarázatát. Ismeretes, hogy a spirochaetákat gummás folyamatokban is kimutatták és hogy a harmadlagos elváltozások anyagával végzett oltások — ha nem is mindig — positiv eredményekre vezetnek. De ha ily módon az összes bujakóros terményeknek egységes aetiologiája, pathogenesises azonossága be is van bizonyítva, mégis tekintetbe veendő, hogy egyrészt a spirochaeták a tertiaer elváltozásokban csak igen gyér számban vannak jelen, másrészt pedig, hogy — a mint azt többen állítják — a kórokozók virulentiája a betegség folyamán a baktericid anyagok felszaporodása következtében tetemesen csökken. E tényekre való tekintettel *Marschalkó* tanár nem tartja lehetetlennek, hogy az atoxyl a harmadlagos elváltozásokban csak gyér számban előforduló és életképességükben alkalmasint lefokozott spirochaetákat elpusztítja, ellenben a fertőzés kezdeti szakában, midőn a kórokozó teljes virulentiájában és nagy tömegekben árasztja el az egész szervezetet, nem tud elég erélyes hatást kifejteni. Ez természetesen csak hypothesis, mely azonban a hatás tekintetében fennálló különbséget elfogadható módon magyarázza.

A kezelés alatt mindvégig figyelemmel voltunk az *atoxyl mérgező mellékhatásaira*, a melyek legtöbbször az emésztőcsatorna, a vesék és az érzékszervek részéről szoktak mutatkozni. Ha a *gyomor- és bélcsatornára* való hatás szempontjából tekintjük eseteinket, ki kell emelnünk, hogy betegeink legnagyobb része jól türte az atoxylnak még nagyobb adagait is. Azonban 13 betegünkön mégis kisebb-nagyobb fokú izgalmi tünetek jelentkeztek az emésztőszervek részéről. Nyolcz esetben csak enyhék voltak e zavarok. A betegek az injectiót követő 6—8 óra mulva émelygésről, mérsékelt gyomortáji fájdalomról, esetleg hányásingerről panaszkodtak, mely tünetek azonban 1—2 nap alatt — miközben a kezelés szünetelt — elmultak. Némelyik betegen az egész kezelés alatt csak egyszer vagy kevésszer mutatkoztak e zavarok, másokon gyakrabban. Öt esetben azonban hevesebb gastrointestinális zavarokat észleltünk. A betegeket hirtelen kólikaszerű hasgörcsök lepik meg, ismételten hánynak, erős gyomortáji fájdalom jelentkezik, a nyelv száraz, a betegek rendkivül gyengék, bágyadtak, étvágytalanok, szédülnek. Két betegen ezenkivül kifejezett bradycardia jelentkezett. E súlyos mérgezéstünetek sem tartanak sokáig, 2—3 nap mulva a betegek már jobban érzik magukat, azonban mérsékelt gyomorfájásról, gyengeségről még napok mulva is panaszkodnak.

Ezen gastrointestinális izgalmi tünetek támadása és az adagok nagysága között valamelyes összefüggést nem tudtunk megállapítani. Egyaránt láttuk őket — nyilván az egyénenként változó érzékenység szerint — naponkénti kis adagok vagy másodnaponkénti nagyobb adagok alkalmazása közben, a kezelés elején vagy későbbi folyamán. Sőt a súlyos gyomor- és bélzavarokat épen 3 oly betegen észleltük, kiket mindvégig alacsony dózisokkal kezeltünk. Érdekes azonban annak a felemlítése, hogy összes észleléseink, melyekben ezek a heves izgalmi tünetek támadtak, nőbetegekre vonatkoznak, a mi talán a nőknek renyhébb bélműködésével hozható összefüggésbe. Kiemelendő továbbá az a körülmény, hogy az említett 5 beteg közül 4 tertiaer luesben szenvedett, az ötödiken is már a tertiaerismus jellegével biró késői másodlagos elváltozások voltak jelen. Hogy e tapasztalatunk puszta véletlen-e, azt természetesen nehéz eldönteni.

Egyik nőbetegünktől, ki minden injectio után gyomor- és bélzavarokról panaszkodott és a kit e miatt csak kis adagokkal 3—4 napos időközökben kezeltünk, a 10. injectio után galandféreg távozott, mire panaszai egy csapásra megszüntek.

Két betegünkkel, kiken enyhe gastrikus izgalmak gyakrabban mutatkoztak, minden befecskendezés után (2 és 4 órával) prophylaxisos czélból 1—1 bismuth-opium-port (Rp. Bismuth. subnitr. 5·0, Opii puri 0·10. M. f. p. Div. in dos. Nr. X.) vétettünk *Moses* ajánlata szerint. Az izgalmi tünetek azonban ilyenkor sem maradtak el.

A vesék részéről netán mutatkozó complicatiók szempontjából állandóan ellenőriztük a vizeletet is. A 32 betegen rendszeresen végzett vizeletvizsgálatok alkalmával 6 esetben (3 férfi, 3 nő) állapítottunk meg kezelés közben albuminuriát. Ezen esetekben a kezelés előtt fehérjementesnek találtuk a vizeletet. Az albuminuria, a mely csak egy esetben volt hengerek keletkezésével szövődve, sohasem volt nagyfokú. A legnagyobb fehérjemennyiség, melyet találtunk, $^1/_3\%_{00}$ volt. Az albuminuria jelentkezése előtt a betegek 0·45—5·35 gm atoxylt fogyasztottak. Két esetben csak átmenetileg, 1—2 napig mutatkozott a fehérjevizelés, a többi négy esetben hosszú ideig tartott és az atoxyl alkalmazásával való okozati összefüggését abból véltük megáliapíthatni, hogy ha közben-közben az injectiók beszüntetésére csökkent is vagy elmult az albuminuria, újabb befecskendezések után ismét előállott vagy fokozódott. A cylindruriát az említettem esetben csak két vizsgálat alkalmával állapítottuk meg, később már nem találtunk hengereket. Egyik esetünkben a kezelés előtt is megvolt albuminuria az injectiók közben fokozatosan csökkent, végre a 8. injectio után (2·95 gm. atoxyl) teljesen megszünt. A vizeletet azontúl állandóan fehérjementesnek találtuk. Talán specifikus albuminuriával állottunk szemben, melyre épen az atoxylkezelés volt kedvező hatással.

A mi az *érzékszerveket* illeti, felemlítendő, hogy látászavarokat egyetlenegy betegünkön sem észleltünk. Ellenben két betegen 4·05 illetőleg 3·40 gm. atoxyl elhasználása után heves fülzúgás jelentkezett, mely több napig tartott.

Egyéb intoxicatiós tüneteket, mint lázat, exanthemát (*Moses, Scherber*), hólyagizgalmi tüneteket, vizelésingert, dysuriát (*Waelsch Breuning, Lesser*) sohasem láttunk.

A kezelt 50 beteg közül 29-en mérgezéstünetek egyáltalában nem jelentkeztek.

Ezek az adatok is bizonyítják az atoxylnak épenséggel nem közömbös voltát és nagy óvatosságra intenek a készítmény használata esetén. Feltétlenül szükséges, hogy a vesék, a gyomor és a belek, valamint az érzékszervek müködését állandóan ellenőrizzük és a kezelést a mérgezésre valló legcsekélyebb tünet jelentkezésekor azonnal beszüntessük. Hogy melyek azok a tényezők, melyek az atoxyl mérgező tulajdonságait kiváltják, egyelőre nincsen tudomásunk. *Hallopeau* a mérgezéstünetek hirtelen jelentkezéséből azt következteti, hogy az atoxyl, miután egy ideig változatlanul volt a szervezetben, hirtelen bomlik és hogy e bomlás folyamán mérgező anyagok is képződnek. *Lassar* pedig azt véli, hogy a hatást illetőleg nem az atoxyl adagja az irányadó, hanem a további sorsa a szervezetben, a mi szerinte a vér

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

alkalicitásának a fokától függ. De bármi is az oka a készítmény toxicitásának, az a tény, hogy míg némelykor nagy adagokat is kitünően tür el a szervezet, míg máskor már aránylag csekély dózisokra is és kezdettől fogva súlyos mérgezéstünetekkel reagál, bizonyossá teszi, hogy az atoxyl mérgező hatása tekintetében a tág határok között ingadozó egyéni érzékenység a döntő tényező.

A mérgezési tünetek szempontjából talán megszívlelendő *Hallopeau*-nak már fentebb ismertetett ajánlata a kezelés kivitele tekintetében. Ez a szerző ugyanis két heti szüneteket tart az egyes és általa egészben véve is rövidre szabott atoxylkúrák között, azon czélból, hogy ezen idő alatt a szervezetben felhalmozódott atoxyl illetőleg arsen kiválasztassék. Ha — a mint *Hallopeau* felveszi — csakugyan két hétig tart az arsen kivalasztása, úgy a kezelés ezen módja csak helyeselhető. Mert megakadályozza a nagyobb arsen mennyiség felhalmozódását és a cumulativ hatás kifejlődését. Czélszerü továbbá, hogy a túlnagy adagokat mellőzzük. Tehetjük ezt annál inkább, mert az atoxyl tapasztalataink szerint kis adagokban (0·20—0·30 gm.) is kifejezett hatást gyakorol a syphilisre.

A mi az általános hatást illeti, melyet az atoxyl huzamosabb használata az egész szervezetre gyakorol, tapasztalatunk az, hogy a készítmény hatása ebben a tekintetben nagyon jó. Majdnem valamennyi betegünk az atoxylnak roboráló hatása folytán igen jó szinben és erőben volt, a klinikán fekvő betegeken (kiket állandóan mértünk) a kúra alatt legnagyobbrészt a testsúlynak kisebb-nagyobbfokú gyarapodását állapítottuk meg. Csak 3 betegünkön észleltük az erőbeli állapot hanyatlását, a testsúly kisebbfokú csökkenését sajátságosan fakó, subicterusos arczszin támadása kiséretében.

Vizsgálatainkból kétségtelenül kiderül, hogy az atoxyl félreismerhetetlen befolyást gyakorol a syphilises elváltozásokra, a mennyiben segélyével a bujakór legkülönbözőbb tünetei rövidebb-hosszabb idő alatt eltüntethetők. A hatás szinte feltünőnek mutatkozott harmadlagos elváltozásokban és malignus syphilis-esetekben, míg a korai tünetek nem reagáltak oly kifejezetten az atoxyl-injectiókra, sőt néha a hatás rajtuk egészen elmaradt. Az atoxyl praeventiv hatása tekintetében ugyan nincsen elégszámú, értékesíthető tapasztalatunk, azonban a mások észleléseire támaszkodva nagyon kétkedve kell fogadnunk a készítmény ilyen képességét. *Scherber*-nek és *Bettmann*-nak már idézett adatain kivül *Nobl*-nak észleléseire is hivatkozunk, a kinek praeventiv atoxyl-injectiókkal kezelt 7 esetében, melyek közül 4-ben még a sclerosist is kimetszette, a rendes határok közt ingadozó lappangási időszak után, mely alatt a betegek 1·5—3·0 gm. atoxylt (kevés!) fogyasztottak, általános tünetek mutatkoztak. Újból hangsúlyozzuk különösen azt, hogy nagyon merész játékot üznek azok, a kik e tekintetben az állatkisérletek eredményeire hivatkoznak. Azt, hogy oltás után atoxyllal kezelt majmokon nem jelentkeznek syphilises tünetek, nem lehet még a kezeléssel okozati összefüggésbe hozni, mert mint azt maguk a kisérletezők is kiemelik, az oltások nem mindig sikerülnek. Az pedig merőben ellenkezik a józan pathologiai gondolkodással, hogy a nyúlsyphilisre vonatkozó tapasztalásokat az emberi syphilisre átvigyük. A nyulak spirochaetás keratitise lényegében lokális folyamat, közte és a human syphilis között, mely mindig általános fertőzésre vezet, nem lehet párhuzamot vonni. Helyesen mondja tehát *Nobl*, hogy az experimentális nyúlsyphilisben kipróbált védőeljárások nem adhatnak útbaigazitást ama óvóintézkedések tekintetében, melyek az emberi syphilis prophylaxisában foganatosítandók.

Hogy az atoxyl hatásának a lényege a syphilises elváltozásokra tulajdonképen miben rejlik, arról egyelőre biztos tudomásunk nincsen. Az eddigi tapasztalatok mindenesetre a mellett szólnak, hogy a készítménynek kedvező hatása nincsen első sorban az atoxylnak roboráló tulajdonságai, illetőleg az erőbeli állapotnak ennek folytán való javítása által feltételezve. Nem szenved kétséget, hogy az atoxyl a lueses tünetekre *közvetlenül* — és valószinüleg — *fajlagosan* hat, bár e mellett a szervezetet erősítő, tonizáló hatás szereplését sem lehet figyelmen kivül hagyni. Ugy látszik azonban, hogy magukra a spirochaetákra nem hat közvetlenül az atoxyl. Igy *Uhlenhuth*, *Hoffmann* és *Roscher* vizsgálatai szerint 1% atoxyloldatban a parasiták megtartják mozgási képességüket, *Volk* is azt tapasztalta, hogy a spirochaeta pallida ½% os atoxyloldatban még ½ óra mulva élénk mozgásokat végez. Sőt *Nobl* még órák mulva is tapasztalt életjelenségeket a 20% os atoxyloldatban felfüggesztett spirochaetákon. Ez a viselkedés egyébként megegyezik a tyúkspirochaeták és dourinetrypanosomák magatartásával *(Uhlenhuth)*. A spirochaeta pallida viselkedését az atoxylos kúra hatása alatt *Baer* és *Roscher*, valamint *Nobl* tanulmányozta. Az előbbiek nedvező papulák kaparékában 3·6 gm. atoxyl elhasználása után még számos élő spirochaetát találtak. Hasonló eredményekre jutott *Nobl*, a ki papulákban 5—7 heti atoxylkezelés után (3·5—4·0 gm.) 8 izben tudott nagy számban mozgó spirochaetákat kimutatni, sőt a kivirágzás szélén visszamaradó beszürődésekben gyakran még 3 hónap mulva is talált spirochaetákat. Mindezek a leletek azonban nem szólnak az atoxyl ellen, mert *Baer* és *Roscher* öt 0·10 gm. os sublimatinjectio után is ki tudta mutatni a spirochaetákat, *Fürész* pedig 24 egyén közül 17-nél kapott positiv eredményt 10—55 inunctio és megfelelő helybeli kezelés ellenére. A hatás mibenlétét illetőleg tehát hypothesisekre vagyunk utalva és a felhozott feltevések közül talán a legvalószinübb vagy legalább is a legtetszetősebb az, mely az atoxyl hatását — lényegileg más immunizáló folyamatok analogiájára — védőanyagok mobilissá tételében keresi.

Végleges itéletet az atoxyl gyógyító értékéről tapasztalataink alapján természetesen nem mondhatunk. Ehhez hosszabb tanulmányozás, évekig tartó és nagyszámú esetre kiterjedő megfigyelés szükséges. Az bizonyos, hogy az atoxyllal végzett therapiás kisérletek már eddig is igen érdekes tények megállapítására vezettek, melyek a syphilis gyógyításának új és tágas mezejét tárják fel előttünk. E téren még sok a tenni, tisztázni való. Egyelőre vegyük tudomásul az eddigi értékes tapasztalatokat és nézzünk türelemmel és érdeklődéssel a további klinikai észlelések és kisérleti buvárlatok elé, melyek e felette fontos kérdésben bizonyára ki fogják deriteni a tárgyi igazságot.

Vizsgálataink eredménye a következő:

1. *Az atoxyl kifejezetten hat mindennemü bujakóros elváltozásra. E hatása valószinüleg közvetlen és specifikus.*

2. *Az atoxyl hatása a betegség időszakai szerint különböző. Legbiztosabb és legerélyesebb a hatás a harmadlagos időszakban, melynek tünetei, legalább a mi a bőr- és nyálkahártyasyphilideket illeti, majdnem mindig gyorsan gyógyulnak. A harmadlagos syphilisben az atoxylkezelés hatásosság dolgában egyenértékü a kénesőkúrával. Sokkal kevésbé megbizható a hatás a korai tünetekre, azaz a sclerosisokra és másodlagos elváltozásokra, melyek nem mindig birhatók elmulásra. Ezekben az atoxyl hatékonyság tekintetében nem vetekedhetik a kénesővel.*

3. *Másodlagos bujakór eseteiben, még ha gyorsan el is multak a tünetek, az atoxyl hatása nem tartós. Sok esetben már rövid idővel a kezelés után recidivák jelentkeznek.*

4. *Feltünő az atoxylnak gyors és kedvező hatása lues maligna praecox eseteiben.*

5. *A helyi atoxylos kezelés kenőcs, tapasz vagy ecsetelés alakjában a kifekélyesedett harmadlagos syphilidekben és a szájnyálkahártya elváltozásaiban haszonnal alkalmazható. Sclerosisokban a helyi kezelés atoxyllal nem gyorsítja a gyógyulás menetét.*

6. *A szájnyálkahártya bujakóros elváltozásai atoxylkezeléssel épen úgy elmulaszthatók, mint a köztakaró syphilidjei.*

7. *Az atoxyl használata friss syphilis eseteiben nem ajánlatos; a készítményt a korai időszakban legfeljebb mellékkúra gyanánt alkalmazhatjuk a nélkülözhetetlen kénesős kezelés mellett vagy mint az utóbbi pótszerét azon esetekben, melyekben a beteg szervezete a kénesöt nem türi.*

8. *Kitünően alkalmazható az atoxyl a lues maligna praecox és harmadlagos syphilis gyógyitásában.*

9. *Az atoxyl használata közben enyhébb vagy súlyosabb mérgezéstünetek keletkezhetnek, melyek a szer alkalmazásakor nagy óvatosságra intenek.*

Irodalom. 1. *Baer:* Über den Wert der Dunkelfeldbeleuchtung für die klinische Diagnose der Syphilis. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 39. szám. — 2. *Bettmann:* Zur Arsenikbehandlung der Syphilis. Münchener med. Wochenschrift, 1907. 39. szám. — 3. *Bloch:* Zur Arsenikbehandlung der Syphilis. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 33. szám. — 4. *Croner* und *Seligmann*: Über das Verhalten des Atoxyls

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

im Organismus. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 25. szám. — 5. *Fürész:* Über die Beziehungen der Spirochaete pallida zur antiluetischen Kur. Medizinische Klinik, 1907. 35. szám. — 6. *Hallopeau:* Sur le traitement de la syphilis par anilarsinade de soude. Revue scientifique, 1907. 24. szám. — 7. *Kreibich* und *Kraus:* Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl. Prager med. Wochenschrift, 1907. 40. szám. — 8. *Lassar:* Atoxyl bei Syphilis. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 22. szám. — 9. *Lesser:* Die Syphilisbehandlung im Lichte der neuen Forschungsresultate. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 27. szám. — 10. *Moses:* Der heutige Stand der Atoxylbehandlung der Syphilis unter Mitteilung eigener Beobachtungen. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 29. szám. — 11. *Neisser:* Die Atoxylbehandlung der Syphilis. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 38. szám. — 12. *Neisser:* Atoxyl bei Syphilis und Frambösie. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 43. szám. — 13. *Rosenthal:* Diskussio Lesser előadásához. Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 32. szám. — 14. *Scherber:* Die Atoxylbehandlung der Syphilis. Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 39. szám. — 15. *Uhlenhuth, Grosz* und *Bickel:* Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf Trypanosomen und Spirochaeten. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 4. szám. — 16. *Uhlenhuth, Hoffmann* és *Bischer:* Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf die Syphilis. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 22. szám. — 17. *Uhlenhuth, Hoffmann* és *Weidanz:* Über die präventive Wirkung des Atoxyls bei experimenteller Affen- und Kaninchensyphilis. Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 39. szám. — 18. *Volk:* Therapeutische Mitteilungen. Wiener med. Wochenschrift, 1907. 26. szám. — 19. *v. Zeissl:* Die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl. Wiener med. Presse, 1907. 24. szám. — 20. *Nobl:* Verwertung des Atoxyls bei primärer und generalisierter Frühsyphilis. Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 44.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Bandelier-Roepke: Lehrbuch der spezifischen Diagnostik u. Therapie der Tuberculose. Würzburg, A. Stuber, 1908. 18 hőmeneti görbe lenyomatával.

A „Münchener mediz. Wochenschr." egyik augusztusi száma (1907) adott hirt róla, hogy megalakult a „Specifikus tuberculinkezelés barátainak szövetsége", melybe hír szerint csak olyan orvosok léphetnek be, a kik legalább két esztendeig gyakorlatilag foglalkoztak a gümőkór fajlagos gyógyításmódjával.

Ezen az új „tuberculin-aerára" jellemző korszakban jelent meg a fenti, a „praxisból a praxis számára" irott 113 oldalas érdemes munka. Szerzői — tüdőbetegsanatoriumi főorvosok — az eddigelé leginkább bevált activ és passiv immunizáló gyógyanyagok (tuberculinok és serumok) természetével és alkalmazásának módjával és értékével ismertetik meg az olvasót a gümőkór diagnostikája és therapiája terén. Czéljuk ezzel úgy a bántalom korai felismerésének újabb, oltásos methodikáját belevinni a gyakorlatba, valamint hovatovább képessé tenni a gyakorló orvost is arra, hogy a tuberculosis specifikus gyógyításával kár nélkül, a beteg hasznára, maga is foglalkozzék. A munka I. része a fajlagos diagnostikának van szentelve. Benne a specifikus készítmény megválasztásáról, a tuberculin-higítások készítéséről, e szer alkalmazása módjairól és adagolásáról, a tuberculin-injectio technikájáról van szó, s a tuberculin-reactio valamint a tuberculin adás indicatioi és contraindicatioi vannak leirva a különböző gümőkór-localisatiók eseteiben. A II. rész a tüdőbeli tuberculosis fajlagos kezelését tárgyalja egy általános és egy speciális fejezetben. A III. rész a fajlagos therapia eddigi eredményeit vázolja más szervek gümőkórjában. A hézagpótló és igen időszerű munkát a szerzők — mindketten a speciális irodalom ismert nevű, buzgó művelői — azzal a reménységgel fejezik be, hogy immár a legmesszebbre menő skepsis sem fogja a tuberculint új diadalútján feltartóztathatni.

Okolicsányi-Kuthy dr.

Über Nervenkranke und Nervenheilstätten. Von **Dr. R. Götze** (Leipzig). Mit einem Vorwort von Prof. **R. Sommer** (Giessen). 1907. C. Marhold. Halle a S. 52 l. Ára 1 márka 20 pf.

A *Möbius* emlékének ajánlott könyv szerzője Naunhofban szerezte tapasztalatait, a hol kerti és falusi elfoglaltság igénybevételével gyógyítják az idegeket. A munkatherapia eredményei 300 esetből vannak levonva és általában igen kedvezők. Egy-egy psychopathia és psychosis is gyógyulhat a többiek között. A szerző joggal mutat arra, hogy több hasonló intézmény hiányában sok neurosisban szenvedő emberről nem történik gondoskodás. Mert ezek gyakran sem a mai kórházakban, sem otthon nem kezelhetők helyesen.

Kollarits Jenő dr.

La neuronophagie par le **Dr. René Sand.** Bruxelles, Hayez imprimeur. 1906. 156 lap.

A szerző neuronophagia alatt érti egy vagy több sejtelem behatolását az idegsejtbe. Ezek azok az úgynevezett szabad magok, a melyek az ép idegrendszerben is előfordulnak mint a neuroglián ak elemei. Némely pathologiás esetben szaporodnak vagy lymphocytákkal, plasmasejtekkel együtt játszszák ugyanazt a szerepet. A középponti idegrendszerben a tönkremenőfélben levő sejt körül maghalmazokat látni, a melyek, ha a sejt elpusztult, vele érintkeznek. Az elsődleges neuronophagia activ folyamata a neuroglián ak, a másodlagos kisérője minden sejtroncsolásnak. Maga a kifejezés elég rossz, mert a sejtelemek behatolása az idegsejtekbe gyakran csak látszólagos. Azt a véleményt, hogy ez a folyamat phagocytosis volna, *Marinesco* mondta ki, de már vissza is vonta. Ma inkább a hegképződéshez kell csatolni. A jelenség a legkülönbözőbb bajokban előfordul. Sand igen szorgalmas munkát végzett. Eredményeire 72 eset szövettani vizsgálata alapján jutott és 329 ide vonatkozó közlést állított össze.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan

A Basedow struma kezeléséről tartott előadást *Ballet* (Páris) az utolsó párisi belorvostani congressuson. Ezen bántalom kezelése a pathogenetikai felfogások szerint sokat változott az idők folyamán. Manapság alig jönnek tekintetbe a gyógyszeres injectiók vagy a gyógyszeres belső szerelés, de annál gyakrabban végzik a pajzsmirigy részletes kimetszését. Tekintve a nagy halandóságot (15—30%), mely ugyan csökkenőben van, s a kétes sikert, a sebészek többségének az a véleménye, hogy ez a műtét veszélyesebb, mint maga a betegség. A pajzsmirigy verőereinek lekötését különösen Kocher dicséri. A halandóság e műtét után ugyan kisebb (5%), de úgy látszik, ez is csak a golyva kisebbedését eredményezi, mert a többi tünet viselkedéséről a szerzők nem szólnak. A symphaticus kimetszésével még rosszabb eredményeket értek el, a tachycardia gyakran súlyosbodott. Kellő intenzitású x-sugarakkal a Basedow-struma némileg visszafejleszthető. Hasonló hatásuk lehet a radiumsugaraknak is. Általános elektromos kezelés (elektromos fürdők) azon betegeken indikált, a kiknek táplálkozása csökkent. Czéljuk az ingerlékenységet csökkenteni s az anyagforgalom élénkítése által a toxinok kiküszöbölését elősegiteni. A helybeli kezelés a pajzsmirigy, a szemgolyók, carotisok, vagy a szivtájék faradizálásában állhat s elég jó eredménynyel jár. Gyógyszereket az indicatio szerint használunk: digitalist, strophantust, bromkészítményeket, aconitint, antipyrint, különösen chininsulfatot s natriumsalicylatot. E therapiai eljárásokat kiegészíti a táplálkozásra való felügyelés, esetleg izolálás és psychotherapia.

Sainton (Páris) *a Basedow-kór sero- és organotherapiájával* elért eredményekről számol be. Régebben azt hitték, hogy e betegségben a pajzsmirigy által termelt hypothesises antitoxinok természete változott meg (Gauthier). Ennek alapján thyreoideakivonattal kisérlették meg a Basedow-struma gyógyítását. Ezt az eljárást mint károsat abbahagyták. Gauthier látott ugyan javulást, sőt gyógyulást is, de ezen esetekben vagy közönséges golyvához csatlakozó Basedow-kórról, vagy myxoedema felé hajló bántalomról volt szó. Möbius a pajzsmirigy hypersecretiojában látja a Basedow-kór okát. Ez az elmélet maga után vonta az elsorolt eljárásokon (resectio) kivül az antithyreoideás serotherapiát.

Egyes szerzők (Ballet, Enriquez, Burghart, Blumenthal) pajzsmirigyüktől megfosztott kutyák és juhok vérsavóját vagy myxoedemás egyének vérsavóját (Burghart és Blumenthal), mások pajzsmirigyüktől megfosztott kecskék tejét alkalmazták e czélra. 221 esetben használták ezen eljárásokat eddig. 80% javulást észleltek (belőle 10% teljes gyógyulás), 20%-ban nem változott vagy rosszabbodott (2%) az állapot. A súlyosbodás úgy látszik a nagyobb adag következménye s hasonlít a myxoedemához (hypo-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

thermia, pulsusszám csökkenése 32-re, görcsök). Hasonló elveken alapszik a cytotoxinnal való kezelés. Emberi thyreoidea-emulsioval kezelt házinyúl vérsavójának 1 cm³-ével csinálnak injectiót 8 naponként. Roger és Beebe 90 eset közül 23 gyógyulást, 52 javulást, 11 sikertelenséget s 4 esetben halált észlelt. A klinikusok nagy része csalódásnak tartja ezt az eredményt. A parathyreoideás opotherapiát illetőleg nincs még elegendő számú megfigyelés. Az ovariális opotherapia biztató eredménynyel járt néhány oly esetben, melyben a Basedow-kór ovariális zavarral (pubertas, hízás, menopausa) függött össze. Owen egy betegének tévedésből thymust adtak pajzsmirigy helyett s rajta javulás mutatkozott. Mások ellenmondó eredményeket észleltek. A hypophysis kivonata emeli a vérnyomást, néha a tachycardiát, reszketést s exophthalmust is javítja. A mellékvese- és lépkivonatok nem adtak jó eredményt.

Úgy látszik a különböző organotherapiák nem tisztán suggestio útján hatnak. Fel kell vennünk ezen mirigyek physiologiás együtt működését, a mit a Basedow-kórnak az Addison-kórhoz, insufficientia ovarialishoz, akromegaliához való csatlakozása is bizonyít. *Doyen* (Páris) szövettani vizsgálataira (mirigyszövet túltengése) támaszkodva a kimetszést mondja legjobb eljárásnak, *Abadie* (Páris) ellenben a sympathicus resectioját, vasomotoriás eredetűnek tartván a Basedow-kórt. *Ballet* arra támaszkodva, hogy a műtét elég veszélyes s a sebészek véleménye nem egyezik, a belorvostani illetve serotherapiai kezelés mellett van. *Lancereaux* (Páris) napi 50 centigramm chininsulfattól szép eredményeket látott. *Hallion* nem tartja sympathikus eredetűnek a Basedow-strumát, mert ennek izgalma a pajzsmirigyben érösszehúzódást létesít. A *Kocher* szerint Kocher (Bern) klinikáján megoperált 283 Basedow-kóros közül meghalt az operatio következtében 10, más okból 10, gyógyult 209. Sikertelen esetekben megkeményedett régi strumával volt dolguk. Utal a nyirokszövet túltengésének gyakoriságára, mely megállapítható a nyaki nyirokcsomók duzzadása s a vérsejtszámlálás alapján. *Gauthier* (Genève) szerint a közönséges strumaműtéttel szemben aránytalanul nagy halandóságnak az oka Basedow-struma műtéte esetén az, hogy a műtét teremtette viszonyok következtében hirtelen nagyobb mennyiségű mérgező thyreoidea-váladék kerül a szervezetbe. (Semaine médicale, 1907. 43. sz.)

Olajklysma alkalmazása után beállott heveny mérgezés esetét ismerteti *Buttersack*. A 32 éves nőbetegen epekőkólika miatt alkalmazott olajklysma után (250 cm³ oleum sesami) 2½ órával methaemoglobinaemia jelentkezik, a melynek életveszélyes jelenségei néhány órán át fokozódnak, majd a bélnek kiürítése után lassanként visszafejlődnek. A methaemoglobinaemiára jellemző tünetek mind megvoltak: émelygés, hányás, nagy gyengeség, a vérnek csokoládébarna színe, kékes-cyanosisos bőr viaszkszínű alapon, hideg verejtékezés, a szívműködés és légzés zavara, továbbá tünetek az idegrendszer részéről (szűk pupillák, merevség, clonusos rángások, opisthotonusos fejtartás, részvétlenség, álmosság, az emlékezőtehetség gyengülése, mely még a 6. napon is megvolt). A mérgezés tetőfokán (10 órával a klysma alkalmazása után) bocsátott vizeletben haemoglobin vagy methaemoglobin nem volt, fehérjenyomok, vérsejtek és veseelemek azonban találtattak. 22 óra mulva veseelemek már nem voltak a vizeletben, fehérje azonban nyomokban ki volt mutatható, úgyszintén sok haemoglobin. A használt olajról utóbb kiderült, hogy nem oleum sesami volt, hanem oleum paraff. flavum. A mi a gyógyítást illeti, a mérgező anyagoknak lehető eltávolítása mellett az analepticumok, továbbá az oxygen-belégzések ajánlhatók. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 45. szám.)

Idegkórtan.

A valódi epilepsia gócztünetei czím alatt *Binswanger* (Jena) kifejti, hogy azok az esetek, a melyekben súlyos, kimutatható agyelváltozások találhatók, mint pl. elmosódott vagy miliáris sclerosis, encephalitis, cysták, és azok, a melyek méreghatásból (pl. alkohol), traumából, luesből támadtak, valamint a senilis és reflexes epilepsiák nem tartoznak az ú. n. genuin epilepsia fogalomkörébe. Azok az elváltozások, a melyeket *Alzheimer* talált, nem adnak elég felvilágosítást, mert súlyos elbutulással járó előhaladott esetekből származnak. *Binswanger* abban a hitben van, hogy az epilepsiát okozó megbetedés anatomiai is lehet, de minthogy a baj néha elmulik, kiegyenlíthetőnek kell lennie az oknak is. A genuin és szervi epilepsia elkülönítése nehéz. Az embryoban is fejlődhetnek apró encephalitises góczok, a melyek epilepsiát okozhatnak. E góczok a felnőttön annyira elmosódhatnak, hogy mikroskopi úton is alig állapíthatók meg, talán csak a ganglionsejtek ritkulása az, a mi megmarad.

A valódi epilepsiában is lehet gócztünet, a mely a Jackson-epilepsia kórképét hozza létre, különösen, ha csak egyszer vagy ritkán volt roham. Így gócztünet lehet az aura, ha féloldali érzészavarban áll. Gócztünet lehet az, a mit mozgás-aurának mondanak. Egy izomcsoportban kezdődik a clonusos görcs vagy egy végtagrésznek néha sajátságosan állandó coordinált mozgása. Az ilyen eseteket a Jackson-epilepsiától csak úgy lehet megkülönböztetni, ha hosszasan figyeljük meg azokat. Epilepsiát állapíthatunk meg akkor, ha semmi gócztünet sem mutatható ki a rohammentes időben (a reflexek változása, végtaggyengeség stb.). Az epilepsiában az ilyen aura rövid, hamar áll be az eszméletlenség, a Jackson-epilepsiában hosszú és eszméletlenség csak akkor támad, ha a görcs már sok izmot ölel fel. Az ilyen alakú görcsrohamot követő féloldali vagy egy végtagbeli gyengeség a Jackson-roham sajátsága. Ebben a bajban az aura helye mindig ugyanaz, míg a valódi epilepsiában változó, sőt az aura, ha megvan is, nem állandó. Az egyes végtagok rohamelőtti coordinált mozdulatait néha kéregalatti cysták vagy genyedések okozzák.

Abból, hogy a kifejlődött rohamok a test mely részén székelnek, nem lehet a sérülés helyére következtetni. A valóságos epilepsia akkor sem operálható, ha valamely gócztünet az agyvelő egy bizonyos helyére utalna. (Monatschrift f. Psychiatr. u. Neurol., 1907. november.) *Kollarits Jenő* dr.

A reszketésről *Steinhausen* (Danzig) előadást tartott, a melyben az akaratlagos reszkető mozgásokból indult ki (staccato a hegedűn). Azoknak, a kik erre nagyobb képességgel birnak, élettanilag fokozott reflexeik vannak. Gyakorolni ezt a képességet nem lehet, legfeljebb a rhythmus lesz állandóbb. Az elérhető reszketésszám egyéni és 5—12 között változik. Beleszól az izületek és izmok mechanikája is. Az ujjak abductioja lassabban megy a hajlításnál és feszítésnél. Nagyon gyors az alkarrotatio reszketése. Egy ujj reszketésének kedvezőtlen a mechanismusa, az ujjak reszketése következményes szokott lenni és nem független. A gyorsaságra a tehetetlenségi mozzanat nagy hatással van. Így érthetők a különbségek egy végtag egyes tagjaiban, pl. a kinyújtott egész végtag lengésszáma kisebb, mint az ujjaké. A pseudolábclonus úgy jön létre, mint a szándékos reszketés, a hysteriásoknak ebben különös képességük van, az igazi clonus ellenben reflexjelentőségű, habár az akaratnak befolyása alatt is áll. (Monatschr. f. Psych. u. Neurol., 1907. november.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A jóindulatú gyomorbetegségek sebészi gyógykezeléséhez szolgáltat újabb adatokat *Graf*, a Helferich-klinikán az 1899—1905. években operált 95 eset alapján. Ezen 95 eset közül 9 perforált gyomorfekélyeset volt, ezek levonásával 86 eset marad 8% operativ halálozással (7 eset). 24 esetben heges pylorusszükület (meghalt 0), 22 esetben pylorusfekély (meghalt 3), 9 esetben gyomorfekély (meghalt 4), 9 esetben átfúródott gyomorfekély (meghalt 6), 13 esetben ptosis és atonia (meghalt 0), 6 esetben ideges alapon fennálló gyomorbaj (meghalt 0) miatt történt a műtéti beavatkozás. Az operatio 66 esetben gastroenterostomiában állott (1 eset kivételével mindig retrocol. post.) 3=3·5% halálozással; 1 esetben pyloroplastikában (meghalt 0); 3 esetben pylorusresectioban (meghalt 1); 6 esetben jejunostomiában (meghalt 3); 2 esetben gastroanastomosisban (meghalt 0); 5 esetben pexisben (meghalt 0); 1 esetben adhaesiók felszabadításában (meghalt 0); 2 esetben próbahasmetszésben (meghalt 0). A halál 3 esetben haemorrhagia ex ulcere (a 3 jejunostomiában), 2 esetben collapsus, 1 esetben narcosis, 1 esetben pneumonia folytán következett be. Nyilt és heges ulcus esetén a gastro ent. halálozási százaléka 4·5% volt. Sem circulus, sem peritonitis nem okozta a halált. Ezen esetek kellő klinikai méltatása után a

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

szerző eredményeit a következőkben foglalja össze: A jóindulatú gyomorbajokban a legalkalmasabb műtét a gastro-ent., a mely a fedett ulcussal járó szűkület, atonia, ptosis esetén 0%, egyébként 4—5% halálozással végezhető. A mi a távolabbi eredményt illeti: ptosis, atonia esetén az esetek 4/5-ében gyógyulásra vezet, heges pylorusszűkületben az esetek 3/4 részében, pylorusfekélyben az esetek 2/3-ában, nem stenotizáló ulcus esetén az esetek 1/2-ében gyógyító. A későbbi balsikerek oka lehet 1. hogy a fekély nem gyógyul (fájdalom, vérzés, átfúródás), 2. hogy az anastomosis később szűkül, 3. perigastrikus összenövések keletkeznek, 4. általános megbetegedés. *A gastroenterostomia* kedvező hatása a következőkben nyilvánul: 1. a motorius functio megjavul, 2. a gyomornedv aciditása csökken 3. az ektasia kisebb fokú lesz. *A jejunostomia* megbizhatatlansága folytán főleg vérzés esetén nem ajánlatos. A fekély *resectioja* a nagy halálozás miatt nem végzendő, csakis rossztermészetű álképlet esetén van helyén; relativ indicatioból végezhető excisio alakjában vérző fekély némely esetében és perforált fekély esetén. A pylorus absolut és relativ szűkületeiben a várakozás nem jogosult, tekintve a g.-ent. jó prognosisát, bár a várakozás közvetlen veszedelemmel nem jár. Ellenben renitens, nem stenotizáló fekély esetén a vérzés és a perforatio veszedelme miatt a várakozás nem ajánlatos, hanem mielőbbi műtét végzendő. A műtét ellenére beálló halálozás az ulcus s nem a műtét rovására irandó. Ptosis és atonia esetén a g.-ent. megfelelőbb, mint a pexis és a plicatio. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1907. 90. k. 4—6. f.) *Steiner Pál* dr.

Laparotomia esetén a betegek utókezelésére *Hippel* 60 eset alapján a *physostigmin* subcutan injectioját ajánlja oly módon, hogy közvetlenül a műtét után 1 milligm.-ot s azután 3 órai időközökben még 3—4-szer 1—1 milligm.-ot injiciálunk addig, mig a bélmüködés megindul; ekkor gummicsövet helyezünk 1 órára a végbélbe, hogy a bélgázak könnyen távozhassanak. A műtét utáni nap glycerines csőrével segítjük elő a bélkiürülést. Ezen eljárással elkerülhetjük az adhaesiók s igy a postoperativ ileus keletkezését, a postoperativ meteorismus létrejöttét, a mely hasfali sérvek keletkezését segíti elő, a rekesz magas állását, a mi kedvezőtlen a szív s tüdő működésére. Továbbá a korai rendes bélmüködés a betegek korai rendszeres táplálását is lehetővé teszi. A laparotomia előtt a forcirozott hashajtást elitéli. (Zentralbl. f. Chir., 1907. 46. sz.) *Steiner Pál* dr.

A glandula parathyreoideák vérereiről és megtartásukról thyreoideaműtétek alkalmával ir *Halsted* és *Evans*. Evans anatomiai vizsgálataiból az a fontos tény derül ki, hogy a parathyreoidmirigyeknek állandóan egy saját külön vékony verőerük van, melynek belépése ezen mirigy hilusába mindig egészen distincte megállapítható s a parathyreoideáknak a thyreoideától még akkor is teljesen különálló vérérrendszere van, ha mélyen be vannak ágyazva az utóbbi állományába s a parathyreoideák erei az őket körülvevő kötőszövet ereivel legfeljebb csak capillarisok útján közlekedhetnek. Az alsó parathyreoidea arteriája mindig a thyreoidea inferior egyik ágából származik, rendszerint 4—5 mm. hosszú, de ha a parathyreoidea a pajzsmirigy alsó széle alatt van, 2—3 cm. hosszú is lehet (19 esetből 6 szor). A felső parathyreoidea-arteria szintén a thyreoidea inferiorból származik vagy pedig egy közlekedőérből, mely a glandula thyreoidea hátulsó szélén futva, a thyreoidea superiort az inferiorral köti össze, vagy pedig a thyreoidea inferiornak egyik oesophagealis ágából.

Halsted a glandula parathyreoideák megtartásának fontosságát fejtegeti a tetania elkerülése czéljából. Hangsúlyozza annak szükségességét, hogy a thyreoidea inferiort a parathyreoideák kilépésének helye után kössük le. Hogy ezt tehessük, igen óvatosan és vértelenül kell dolgozni, hogy a műtét területén mindig tisztán lássunk. De még ilyenkor sincs néha annyi tér, hogy az eret a pajzsmirigybe való belépése s a parathyreoideális ág eredése közt lekössük, ilyenkor a parathyreoideát a thyreoidea visszahagyott részébe impantálja (2 esetben próbálta ezt). (Annals of surgery, 1907. október.) *Pólya.*

Aethernarcosis per rectum. *N. B. Leggett* ajánlja a narcosisnak e módját, melyet már Pirogoff és Roux 1847-ben leirt s azóta is ismertetett *Maltien Hunter, Wanscher* (22 eset) és utoljára *Cunningham* néhány év előtt, a ki negyven s egynéhány esetben próbálta meg az eljárást. A szerző a *Cunningham* féle apparatussal dolgozott, a mely 37°-ra melegített aethert gummiballonnal szorít a rectumba. 31-szer próbálta ki emberen ez eljárást. Tiszta aetherrel 20—30 perczig tart az anaesthesia beállása, úgy, hogy czélszerübbnek látszott per os és per rectum megkezdeni a narcosist s azután kizárólag per rectum folytatni, ilyen módon az érzéstelenséget hosszú ideig fenn lehet tartani. Az ilyen narcosis a fejen és nyakon végzett műtéteknél a műtőre nézve kétségtelenül kellemes, a betegre nézve előnyös a nausea elmaradása, a bronchusok és a tüdő izgalmának kisebb foka, a mi különösen tuberculosisos egyénekre nézve fontos. A rectumban lokális izgalmat az aether nem okoz (csak egyszer volt csekély vérzés). A narcosis előtt természetesen a rectum alaposan kitisztítandó. (Annals of surgery, 1907 október.) *Pólya.*

Gyermekorvostan.

Kell-e félnünk, hogy a tehéntejjel átviszszük a gümőkórt a csecsemőre? *O. Medin*, mint a stockholmi gyermekkórháznak 30 év óta igazgatója, gazdag klinikai tapasztalatai alapján szól a kérdéshez. Azon határozott nézetet vallja, hogy a gümőkórnak tehéntejjel való átvitelétől való félelem túlzott, indokolatlan s a tapasztalatokkal nem igazolható. Véleményét első sorban a bonczolásleletek által igyekszik igazolni; az intézet fennállása óta (65 év) ott elhalt egy éven aluli csecsemők száma körülbelül 7300 volt. Közülük a bonczoláskor gümőkóros 595 (körülbelül 8%) volt. Ezek közül 368 halálozás esik az élet első hat hónapjára; a gümőkór lefolyása tehát a csecsemőkben gyors, a heveny fertőző betegségekéhez hasonló. A halálozások legnagyobb része a téli s tavaszi hónapokra esik (mint a fertőző betegségekben). Ha a gümőkór eredete a tehéntejben volna keresendő, a halálozások elosztódásának egyenletesnek kellene lennie. Itt mindenesetre a téli s tavaszi hiányosabb szellőzés s a betegek könnyebb érintkezése játszik fontos szerepet. Több izben észlelték a gümőkór rövid időn belül való tömeges keletkezését; ilyen epidemiák voltak 1851, 1857, 1859 s végre 1881-ben. Ezen utolsó epidemia, melynek folyamán 4 hónap alatt 25 csecsemő halt el gümőkórban, érdekes megfigyelésre adott alkalmat. Az összes esetek az intézet második emeletének egyik osztályán észleltettek, míg a többi osztályokon gümőkóros eset nem fordult elő, pedig az egész intézet tejellátása és kezelése egységes volt, úgy, hogy a tömeges eseteket contact infectio eredményének kell tekinteni. Megerősíteni látszik véleményét a gümőkór localisatioja is, míg ugyanis elsődleges kizárólagos bél- és mesent.-mirigybeli localisatio összesen 6 esetben találtatott, addig 273 esetben bélbeli s mesenteriális mirigybeli localisatio nem volt kimutatható. A szerző véleménye szerint a gümőkór alimentáris (tehéntej) származása esetén az emésztőrendszer-gümőkór elsődleges alakjának jóval gyakrabban kellene előfordulnia. A csecsemőgümőkór szerinte contactinfectio útján származik, miért is a gümőkórra gyanus csecsemők elkülönítését rendkivül fontosnak tartja. E mellett a tehéntej általi fertőzésnek veszélye és lehetősége szinte eltörpül. (Kivonat a svéd gümőkórellenes liga jelentéséből. 1907.)

Faludi Géza dr.

Az ophthalmo-reactio értékével a gyermekkori gümőkórban foglalkozik *Comby*. Tapasztalatai szerint a Pirquet-féle cutireactio néha negativ eredményü biztosan gümőkóros gyermeken és positiv nem gümőkóroson. Kisérleteket végzett ezért a *Calmette* által ajánlott ophthalmoreactioval. Ez tudvalevőleg abból áll, hogy 1%-os tuberculinból egy cseppet cseppentünk be az egyik szembe. Gümőkóros egyénen 5—6 óra mulva a kötőhártya kivörösödik, vizenyős lesz, s kis exsudatio keletkezik. E kötőhártyalob 24 óra alatt éri el tetőpontját, majd javul és körülbelül 48 óra mulva nyom nélkül eltünik. 16 gyermeken végezte Comby: 8-on positiv, 8-on negativ eredménynyel. A nem reagáltak közül kettő meghalt, s a bonczoláskor nyoma sem volt a gümőkórnak. *Comby* szerint az ophthalmoreactio biztos eljárás a gümőkór felismerésére. (La Pédiatrie Pratique, 1907. 16. sz.)

Flesch dr.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Húgyszervi betegségek.

Lienális leukaemia kapcsán észlelt priapismus. Az orvosirodalomból 1863 óta *Blum* 15 priapismus-esetet állított össze, a melyekhez *Max Eisenstädter* most egy újabbat csatol. Az ő esetében az in maximo erigált hímvesszőben csupán a mervedőtest volt megdagadva, míg a glans és a corp. spongios. urethrae egészen petyhüdt volt. Ezt a priapismust a penis corp. cavern.-ának leukaemiás thrombosisa okozta. Ez ellen sem a hideg, sem a meleg nem használt, kivéve az igen forró borogatásokat, a melyek nehány perczre csökkentették a merevedést. Épen így eredménytelen volt belsőleg a chinin, a vas, az arsen, a morphium (akár végbélkúpok alakjában, akár bőr alá fecskendezve), a belladonna, a chloralhydrat és a brom. A mikor már minden gyógyszerrel kudarczot vallott, hat héten keresztül minden harmadik nap Röntgensugarakat bocsátott a hímtagra, a lépre és a csontokra és ilyen módon a kilenczedik héten a priapismus megszünt, a lépdaganat kisebbedett és a beteg felépült. (Wien. medic. Wochenschr., 1907. 15. sz.) *Drucker Viktor* dr.

A hólyagrákról klinikai előadást tartott *Guyon* tanár. Minthogy ez a kórfolyamat többnyire lassan és észrevétlenül fejlődik ki, minden olyan vérvizeléskor, a mely a mozgástól és megerőltetéstől függetlenül keletkezik, hólyagrákra kell gondolnunk. Ha a nyálkahártya nem lobos, a rák fájdalmat alig okoz, de ha lobos, a fájdalom olyan nagy lehet, hogy a beteg kínjainak a csökkentése miatt a cystotomiát kell végeznünk. A resectiót úgy általánosságban nem ajánlja, szerinte még legjobb therapia a curettement és utána a thermocauter. (Journal des praticiens, 1907. 4. sz.) *Drucker Viktor* dr.

Cylinderek a prostataváladékban. *B. Goldberg* aránylag rövid idő alatt 3 szor talált cylindereket a kipréselt prostataváladékban és közöttük két alakot különböztet meg. Az egyik csupán lecithin-testecsekből áll, míg a másik nemcsak a hossza és a szélessége, hanem az alakelemei (epithel, leukocyta, zsírszemek, detritus) után ítélve nagyon hasonlít azokhoz, a melyek a pyelonephritisben olyan gyakoriak. Ha már most a spontan kiürült prostatából cylindert tartalmazó váladék kerül a vizeletbe, a cylinderek által megtévesztve nephritist állapítunk meg az olyan betegen, a kinek mind a két veséje egészséges. (Dermatol. Centralblatt, 1907. 8. sz.) *Drucker Viktor* dr.

A haemospermiát behatóan tanulmányozta *P. Cohn* egy sajátságos esete kapcsán, a melyben 10 hónap óta tartó közösülési abstinentia után minden előzmény nélkül véres magömlések jelentkeztek. A betege 10 év előtt gonorrhoeában, $2^1/_2$ év előtt pedig luesben szenvedett, de a mikor megvizsgálta, sem a syphilisnek bármilyen más jelét, sem pedig a húgycsőben, a prostatában és az ondóvezetékekben eltérést nem talált. Miután a véres pollutiók többször ismétlődtek, higanybedörzsöléseket végeztetett vele, a mik a haemospermiát megszüntették.

A betegségnek a pathogenesise, az aetiologiája, de még a tulajdonképeni lényege sincs a mai napig egészen tisztázva, alkalmasint azért, mert a haemospermia többnyire mint valamely más súlyos bántalomnak a tünete jelentkezik és a legtöbb esetben közvetlen sebészi beavatkozást nem is igényel. A szerző az irodalomban több esetet kutatott fel, de egyikben sincsen világosan körvonalozva, vajjon valódi vagy ál-haemospermia állott-e fenn. *Feleki* volt az első, a ki a kettő között úgy állapította meg a különbséget, hogy h. vera akkor van jelen, ha a vérzés az ondóhólyagból ered, és h. spuria, ha a a húgycsőből. A szerző még határozottabban irja körül a dolgot és azt mondja, hogy a h. vera-ban az ondóképző heréből, az ondóhólyagból, a prostatából, a h. spuria-ban pedig az ondóelvezető-mellékheréből, a vasa deferentiából, a ductus ejaculatoriiból, a húgycső-szervekből származik a vérzés. Szövettani vizsgálataiból azt következteti *Cohn*, hogy a h. vera a legtöbbször az ondóhólyagból ered, mert ebben a vérérhálózat rendkivül bő és felületesen fekszik, felette csak egyetlen hámsejtréteget találunk és így könnyen érthető, hogy bármilyen behatásra — trauma, hyperaemia, vérérbetegség (lues, scorbut) — a capillarisok könnyen véreznek. (Zeitschrift für Urologie, 1907. 4. füzet.) *Drucker Viktor dr.*

Venereás bántalmak.

A syphilis serodiagnostikáját ismerteti *J. Citron* (Berlin). A syphilis serodiagnostikája a *Bordet* és *Gengou* által leirt complementképződés elvén alapul. Minthogy több szerző vizsgálatából kiderült, hogy úgy a syphilizált majmok, valamint a syphilises emberek seruma bizonyos idő mulva azt a képességet nyeri, hogy lueses productumok kivonatának jelenlétében complementet leköt, bebizonyult a syphilis serodiagnostikájának lehetősége. Az ezen irányban végzett vizsgálatok azonban, melyek a breslaui dermatologiai klinika anyagán *Wassermann*, *Neisser*, *Bruck* és *Schucht* tól erednek, csak részleges eredményre vezettek, mert az eseteknek csak mintegy 19%-ában tudtak positiv eredményt kapni, másszóval a serumban az antitesteknek kimutatása csakis néha sikerült. Ezen vizsgálók egy része ezért más úton kereste a czélt. Részben antigent kerestek a vérben, részben pedig vörösvérsejtekből készült kivonatokban kutattak az antigen után. Lueses egyénből származó serum hozzáadásával a vérkivonatok olykor complementképződést adtak, lueses egyéneken 55%-ban, nem luesesek en 6%-ban. A szerző ezt a vizsgálati módot elveti, mert egyrészt gyanút ébreszt a nem luesesek 6%-a, másrészt mert tapasztalása szerint ezek a vérextractumok felette labilisak és változatosak összeállásukban. Sokkal helyesebbnek tartja ezért az eredeti eljárást, a melylyel a breslaui vizsgálók csak ritkán kaptak eredményt. A szerző saját vizsgálatai, melyeket a berlini II. belklinikán végzett, azt bizonyítják, hogy az antitestek kimutatása csaknem minden syphilisesetnek bármely szakában sikerül. Szükséges ehhez azonban, hogy elég bő mennyiségben használjuk a vizsgálatkor a serumot és az antigent, továbbá, hogy az illető lues-eset ne lett légyen a közelmultban erélyes antilueses kezelésnek alávetve. A szerző azután kitér azon nagy horderejü vizsgálatokra, melyekkel *Wassermann*-nak és *Plaut*-nak sikerült paralysis progressivában szenvedők liquor cerebrospinalisában antitesteket kimutatniok (80%-ban). E vizsgálati eredményeket már több oldalról megerősítették. A szerző az antitestek jelenlétéből diagnostikai következtetéseket von és pedig nemcsak arra nézve, hogy az illető szervezet valamikor luessel fertőzve volt, hanem arra is, hogy a szervezet még röviddel ezelőtt (körülbelül 2—3 hónap) activ syphilises virust rejtett magában. Erre vonatkozólag diagnostikailag érdekes esetet ismertet. A positiv reactio szerinte specifikus jelentőségü és bizonyosan azt jelenti, hogy a vizsgált egyén luessel inficiált. Ezt több mint 300 eset alapján állítja. A 300 eset közül szerepel 156 nem lueses egyén (0% positiv), 108 lueses, illetőleg luesre gyanus egyén (74% positiv, 26% negativ reactio), továbbá 43 tabeses és paralysises beteg (79% positiv és 21% negativ reactio). A szerző azután áttér annak kimutatására, hogy minő befolyással van az antilueses kezelés a reactio létesülésére. Valószinű, hogy a kéneső a lueses virusra oly hatással van, illetőleg azt úgy átalakítja, hogy az antigenanyag a szervezetben többé nem jön létre, a miért is antianyagok képződése sem állhat be. A reactio viselkedését az egyes kúrák szerint táblázatban találjuk összeállítva. Ezekből *Citron* a következő két törvényt óhajtja kifejteni, a melyek a syphilis serodiagnostikájában gyakorlatilag felhasználhatók: 1. Minél tovább fejti ki hatását a syphilises virus a testre és minél gyakrabban okoz recidivákat, annál szabályszerübb és erősebb a serumnak antitesttartalma. 2. Minél korábban indittatott meg a kénesőkúra, minél hosszabb tartamú volt, továbbá minél többször ismételtetett és minél jobb alakban végeztetett a kúra, annál kisebbnek bizonyul az antitesttartalom és annál gyakrabban egyenlő a zéróval. A serodiagnostika therapiás szempontból is fontos, mert positiv reactio esetén kénesőkúra jöhet szóba. Felhasználható ezenkivül hygienés szempontból is, első sorban szoptatós dajkák vizsgálatakor. A szerző e vizsgálatot már is kötelezővé óhajtja tétetni. A házassági engedély megadásának kérdésében is szóba jöhet e reactio, bár épen ebben az ügyben szükséges a legnagyobb óvatosság. Föleg a negativ lelet az, mely óvatosságra int, mert nem nyujt feltétlen bizonyosságot arra nézve, hogy az illető egyén hijján van-e minden lueses virusnak. Tudnivaló ugyanis, hogy vannak refractaer szervezetek, melyek még mani fest tünetek mellett sem tudnak antitestet termelni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 43. sz.) *Guszman.*

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Égett sebek gyógyítására *Plantier* a sörélesztőt ajánlja. A száraz vagy friss élesztőből felforralt és langyosságig lehült vízzel pasztát készít, a melylyel sterilizált gaze-t impraegnál és ezzel kötözi be a kellőképen megtisztított égett sebet. A kötés 2—3-naponként újítandó meg. Ezen kezelésmód mellett a fájdalom úgyszólván tüstént megszünik, genyedés nem áll be s a seb torzító hegképződés nélkül gyógyul be. (Ref. La semaine médicale, 1907. 45. szám.)

Polyarthritis deformans ellen *Luff* a guajacolcarbonatot használtatja belsőleg. Naponként 3-szor ad 30—50 centigrammot s ezt az adagot hetenként 10 centigrammal növeli 1 grammig. A szert egy egész esztendeig véteti. Még jobbak az eredmények, ha egyúttal jodkaliumot is kap a beteg. (Ref. La semaine médicale, 1907. 45. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 50. szám. *Rihmer Béla:* Pyelo-ureteralis billentyű által okozott intermittens hydronephrosis, billentyűmetszéssel gyógyítva. *Limbacher Rezső:* A rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásáról.

Orvosok lapja, 1907. 50. szám. *Rottenbiller Ödön:* Adatok az idült rheumás izületi gyuladások klinikai fellépéséhez és lefolyásához. *Balassa Béla:* A glossitis therapiája prothesissel. — 51. sz. *Tauszk Ferencz:* A tuberculosis fertőző voltáról, tekintettel a retrograd infectiora. *Pozsonyi Jenő:* A terhesek pyelitise. *Schlesinger Miksa:* A heveny fertőző láz hydriatikus kezeléséről. *Schmidt Béla:* A tüdővészelleni védekezés rationális útja.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 50. szám. *Fischer Ernő:* A csonttörések kezelése Bardenheuer-extensioval. *Beck Soma:* Megjegyzések Haftl Dezső dr. „Amerikából hazatért gyermekeken észlelt sajátságos bőrkiütés esetei" czimű közleményéhez. „Fülészet" melléklet, 3. szám. *Török Béla:* A hallójáratból daganatszerűleg kiemelkedő lueses condylomák. *Ziffer Hugó:* Fájdalomcsillapítás és érzéstelenítés a fülgyógyászatban. „Szülészet és nőgyógyászat" melléklet, 4. szám. *Lantos Emil:* A női gonorrhoea jelentősége és gyógyítása, különös tekintettel a heveny időszakra. *Balogh Ernő:* A puerperalis osteomalacia gyógyításáról 21 eset kapcsán. *Rotter Henrik:* Carcinoma és terhesség. *Politzer Zoltán:* Interstitiális terhesség esete. *Rosenberger Alajos:* Aronson-féle antistreptococcus-serummal kezelt esetek. *Barla-Szabó József:* Méhenkivüli terhesség érdekes esete. *Wiesinger Frigyes:* Corpuscarcinoma két esete myomás méhben. Sarcoma alveolare corporis uteri.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. *Konthy Gyula* dr.-nak, Nyiregyháza város főorvosának a király a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Wettenstein Noé* dr.-t az igazságügyminister a dési törvényszéknél felmerülő törvényszéki orvosi teendőknek rendes ellátásával bizta meg.

Választás. *Téchy József* dr.-t Marczaliban járásorvosá, *Munkácsy Elek* dr.-t pedig Csávolyban körorvossá választották.

A kolozsvári tud.-egyetem orvoskari tanártestülete megválasztotta: *Kováts Ferencz*-et ideiglenes gyakornoknak a boncztannál (újraalkalmazás); *Bergleiter Gyulá*-t helybeli tanársegédnek a gyógyszertannál (meghosszabbítás); *Makay Attilá* t gyakornoknak a közegészségtannál (meghosszabbítás); *Remisovszky János*-t gyakornoknak a szemészeten (meghosszabbítás); *Potocky Dezső*-t I. tanársegédnek a kórboncztannál; *Dumics Lyubomir*-t gyakornoknak az elmekórtannál; *Elfer Aladár* dr.-t I. tanársegédnek a belorvostannál (meghosszabbítás); *Reinbold Béla* dr.-t tanársegédnek az élet- és kórvegytani tanszék mellé (meghosszabbítás).

Bókay Árpád egyet. tanár Markusovszky-féle jubiláris előadásait f. hó 12.-én fejezte be. A hat előadás tárgya a következő volt: 1. Bevezetés. A gyógyszerhatás lényege. A gyógyszerek chemiai szerkezete és a hatás közötti összefüggés. 2. A gyógyszerek sorsa a szervezetben. Oxydatio, reductio, hasadás, synthesis. 3. A gyógyszerek depositioja a szervezetben. Nehéz fémek, különösen a vas depositioja. A calcium-depositio. Arsendepositio. Alkaloidák depositioja. 4. A különböző szövetek gyógyszer-selectioja. A narcosis elmélete. 5. A sebészi narcosis fejlődése. Vegyes és kombinált narcosisok. 6. A helybeli érzéstelenitők pharmakologiai kritikája. Az előadások, a melyek Korányi tanár klinikájának tantermében tartattak, mindvégig lekötötték a nagyszámú hallgatóság figyelmét. Az előadó magas színvonalú fejtegetéseiben feltárta a hallgatóság előtt a pharmakologia újabb irányát s azokat a nagy haladásokat, a melyeket egyes fejezetei tekintetében a tudomány felmutat. Az utolsó előadás végeztével a hallgatóság nevében Lenhossék Mihály dr. egyet. tanár mondott az előadónak köszönetet úgy alakilag mint tartalmilag kiváló előadásaiért.

Poszvék Lajos dr.-t az országos orvosszövetség soproni fiókja 25 éves orvosi működésének évfordulóján meleg ovációkban részesítette.

Christián János dr., a nagyszombati vármegyei kórház igazgatója 30 évi szolgálat után nyugalomba vonult.

Guhr Mihály dr. Tátraszéplak téli sanatoriumában orvosi működését deczember elején megkezdette.

Meghalt. *Serly Gusztáv* dr. Szatmármegye nyugalmazott főorvosa, a Ferencz József-rend lovagja, 76 éves korában e hó 10.-én. — *Szabó Sándor* dr. székesfővárosi nőorvos 42 éves korában e hó 13.-án. — *Mészáros Etele* dr. honvédezredorvos e hó 18.-án 31 éves korában. — *Ullmann Mór* dr. szombathelyi orvos e hó 17.-én 47 éves korában. *M. Schmidt-Metzler* tanár, az ismert laryngologus Frankfurtban, 69 éves korában. Schmidt tanár már 1902-ben felhagyott az orvosi gyakorlattal, de a következő évben még megoperálta a német császárt, a kinek gégepolypját sikeresen távolította el s ekkor jutalmul a belső titkos tanácsosságot kapta excellentiás czímmel.

Kisebb hirek külföldről. Az Edinger tanár igazgatása alatt álló frankfurti neurologiai intézet pathologiai osztályának vezetőjéül *H. Vogt* dr. magántanárt hivták meg Göttingából. — Az álomkórság elleni védekezés tárgyában jövő év január 9.-én tartják meg a második nemzetközi értekezletet Londonban. Az első conferentia eredménytelen volt, mivel nem volt kellőkép előkészitve; a másodikról remélik, hogy eredményes lesz, annál-is inkább, minthogy *Koch Róbert* is részt fog benne venni s az ő tapasztalatai fognak a tárgyalások alapjául szolgálni. — *R. Borrmann* dr.-t, a braunschweigi herczegi kórház prosectorát és *F. Mann* dr.-t, a boroszlói egyetemen az idegorvostan magántanárát a tanári czímmel tüntették ki.

A legközelebbi nemzetközi tuberculosis-congressus Washingtonban lesz 1908 szeptember 12—21.-éig. A congressus a következő hét szakosztályból fog állani 1. Pathologia és bakteriologia (Elnök: W. H. Welsh, Johns Hopkins Hospital, Baltimore). 2. A gümőkór klinikai szempontból (Elnök: V. Bowditsch, Boston). 3. Sebészet és orthopaedia (Elnök: Ch. H. Mayo, Rochester). 4. Gyermekek gümőkórja (Elnök: A. Jacobi, New-York). 5. A gümőkór a hygiene, társadalomtudomány, ipar és kereskedelem szempontjából (Elnök: E. T. Devine, New-York). 6. A tuberculosis állami és városi ellenőrzése (Elnök: W. Wyman főtörzsorvos). 7. Az állatok gümőkórja s ennek viszonya az emberi tuberculosishoz (Elnök: L. Pearson, Philadelphia). A congressus három díjat fog kiadni egyenként 1000 dollár értékben: az elsőt a legutóbbi congressus óta (1905) a tuberculosis megelőzését vagy gyógyítását czélzó legczélszerübb intézkedést végrehajtott magántársulatnak, egyet a legjobb tervezetnek a munkásosztály részére szánt tuberculosis elleni sanatoriumra vonatkozólag s egyet a legjobb napszámos-lakás tervének. Eddig a következők igérték meg megjelenésüket: Philip (Edinburgh), Williams (London), Newsholme (Brighton), Spronk (Utrecht), Turban (Davos), Pannwitz (Berlin), Behring (Marburg), Calmette (Lille), Letulle (Páris), Kitasato (Tokio).

Mai számunkhoz a Chemisches Laboratorium Arnau a. E. „Kurin" czimű prospectusa van csatolva.

Jelen számunkhoz az Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation czég „Higany-Resorbin" czimű prospektusa van mellékelve.

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

Vízgyógyintézet a „Fasor" (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

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

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon sz. 90—46.

Kopits Jenő dr. testegyenesitő intézetét **VIII., Gyöngytyük-utcza 14. sz.** alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos vég állomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. Prospectus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 1703

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
14/153109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

Simonyi Béla dr. Modern **RŐNTGEN**-laboratorium
Harminczad-utcza 6. (Erzsébet-tér sarok) Röntgen-therapia; átvilágitás; Röntgen-felvételek.
Telefon 49—57. **Vibratiós massage.**

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1907 december hó 16.-án.) 915. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIII. rendes tudományos ülés 1907 november hó 30.-án.) 915. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1907 deczember hó 16.-án.)

Elnök: **Entz Géza.** Titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

Tangl Ferencz levelező tag bemutatja **Mituch Augusztával** együtt készített **„Ujabb vizsgálatok a tyúkembryo anyag- és energiaforgalmáról“** czímü dolgozatát.

A vizsgálatok főbb eredményei a következők: A tyúkembryo fejlődési munkája 23 Cal. vagyis 23 Cal. chemiai energia alakul át hővé a tyúkébrény teljes kifejlődése végéig. 1 gm. csirkére eső fejlődési munka (= a fejlődés relativ munkája) 0·81 Cal., míg 1 gm. csirke-szárazanyag fejlődése közben 3·6 Cal. hő képződik (= a fejlődés fajlagos munkája).

A fejlődés végén a költetlen tojás chemiai energiájának még 1/3 része az el nem használt szikben van. A fejlődés munkája majdnem kizárólag a tojás zsírjának chemiai energiájából származik. A költés egész tartama alatt a tojás N-tartalma változatlan marad, vagyis az ébrény fejlődése közben sincs N-deficit.

Tangl Ferencz levelező tag bemutatja **Révész Gézának „A kritikus szürke és a színes folyamatok közt fennálló viszonyról“** czímü dolgozatát, mely a budapesti kir. m. tud.-egyetem általános kórtani intézetében készült.

A szerző ezen tanulmányában a színes és színtelen folyamatok kölcsönhatását kutatja. Kiindul egy előbbi kisérletéből, melyben azt találta, hogy a színküszöb minimális értékét akkor érjük el, ha a látóközéppontban a fekete és fehér idegfolyamatok egyensúlyban vannak. Az egyensúlyi helyzet esetében e fekete és fehér idegfolyamatok egyúttal a legkisebb intenzitással birnak. Minél kisebb az achromatikus folyamatok intenzitása, annál kevésbé tudja a chromatikus folyamatok súlyát befolyásolni. A színes fények tehát abban az esetben érik el legnagyobb színhatásukat, ha az achromatikus folyamatok a legkevésbé gátolják hatásukban. Azon érzetet, melyet a fekete-fehér folyamatok egyensúlyi helyzetökben kiváltanak, a szerző *kritikus szürkének* nevezte el. A színküszöb minimális értékét úgy nyerjük, ha a színben levő fehérséget, a szín fehér értékét kontrast által kompenzáljuk. A kontrast következtében ugyanis a színes felületre fekete indukálódik, mi által az endogen fekete folyamat a fehér folyamat rovására növekedik. Ha a kontrast oly erős, hogy a *színben levő fehéret épen hogy kompenzálja, a színküszöb a lehető legkisebb értékkel bir.* A szerző azután azon kérdést vetette fel, vajjon a színküszöb minimuma különböző erejü kontrastnál is, melynek sötétítő hatását s színes fényhez vegyített objektiv fehérrel kompenzálhatjuk, a kritikus szürkénél lesz-e. Több kisérleti személy megfigyelése által ellenőrzött kisérletek kimutatták, hogy a *színküszöb minimuma minden körülmény között a kritikus szürkénél van.* Ha bármily erejü kontrast hatását fehérrel kompenzáltuk, akkor a specifikus színküszöb minimális és ezen *küszöbnek megfelelő világosság megfelel a kritikus szürke világosságának.* A minimális színküszöb világossága továbbá *nem függ a szín minőségétől.* Minden szín minimális küszöbe *azonos* világossággal bir, miből következik, hogy *csak egy kritikus szürke van.* A kritikus szürke konstans természetét a táblázatokban kitüntetett ΣW-értékek, az összfehérértékek igazolják. A kisérletek azonkivül megerősítik a *fekete-fehér érzetsor quantitativ singularitásának* tételét, mely szerint minden egyes szürkenuance csupán egy intenzitásban jelentkezhetik. Végül pedig azon körülményből, hogy a minimális színküszöbök absolut értékei a kontrast erejével együtt nőnek, a *fehér fénynek a színes folyamatokra gyakorolt gyöngítő hatására* és ezen gyöngítés természetére lehetett következtetni.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIII. rendes tudományos ülés 1907 november 30.-án.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

Elephantiasis auriculae.

Fleischmann László: A 15 éves nőbetegnek születése óta van daganata a bal fülén; a daganat korával állandóan nőtt, de csak pár év óta kezd a nyak és tarkó irányában terjeszkedni. A szépséghibán kivül más panaszra nem adott okot. Megtekintve a beteget, azonnal szembetünik a bal fülkagyló rendkivüli nagysága, melyet a fülkagyló körzetén ülő, puha, lebenyes daganat okoz; e mellett a fülkagyló eredeti alakját megtartotta, sőt tulajdonképeni állománya a túloldalinál csak jelentéktelenül nagyobb. A daganat a kagylónak elülső felületét szabadon hagyja, a helixet, a lobulust és a hátulsó felületet foglalja el és innen fel-, hátra- és lefelé, a hajzatos fejbőrre, illetve a nyak bőrére is ráterjed, nagyrészt laposan elterülő, mély barázdák miatt agytekervényekhez hasonló felületü képlet alakjában. Helyenként karfiolszerü dudorok emelkednek rajta. A daganat a fülkagylón úl mindenütt kemény tapintatú, alapján eltolható, széle a nyak bőre felé elmosódott. A tájéki mirigyek nincsenek megduzzadva. A hallószerv ép. A daganat jóindulatúságát a klinikai megjelenésen kivül a mikroskopi lelet is igazolja. Festékmentes naevus. Hasonló daganat a fülkagylón nagyon ritka, ilyen terjedelmü az irodalomban csak egy eset ismeretes, mely lymphangiofibroma volt. A daganat operativ eltávolítása elég jó eredménynyel kecsegtet, mert a fülkagyló állománya érintetlen, csak a bőrhiány pótlása fog nehézséggel járni, mert nyeles lebenyek készítésére a tájék nem igen alkalmas, úgy hogy főleg Thiersch féle lebenyek transplantálására lesz szükség.

Donogány Zakariás: Az eset rhinophyma-képződéshez hasonlit. Kivánatos, hogy kiterjedt szövetvizsgálat történjék.

Fleischmann László: A daganatot kiirtása után fel fogják dolgoztatni.

Otogen pyaemia operált esete.

Fleischmann László: W. M., 28 éves, pinczér, folyó év augusztus 26.-án jelentkezett a szt. Rókus-kórház fülbeteg-osztályán, egy hónap óta tartó jobboldali fülfolyása miatt. A vizsgálat heveny genyes középfül-gyuladást derített ki, mely miatt két hétig ambulanter kezelték, majd szeptember 9.-én felvették.

Felvételekor a beteg kissé szegényvérü, elesett, hőmérséklete 38 2°, a nyelv vastag fehér lepedékkel fedett, foetor ex ore, fokozott szomjuság, ép mellkasi és hasi szervek, a lép azonban a bordaiv alatt kitapintható. A jobb külső hangvezetékben középmennyiségü szagtalan geny, a lobos dobhártya alsó felében két kölesnyi lik. A csecsnyújtvány külsőleg ép, hátuisó alsó szélén erősebb nyomásra érzékeny. A fejnek a bal váll felé hajlítása fájdalmas és korlátozott. Romberg positiv. Hallás a jobb fülön nincs, a hangvillavizsgálat a középfül megbetegedését deríti ki.

A felvételt követő két napon a hőmenet remittáló láz jellegével bir, 37·5—40·3° között ingadozik, néha borzongás jelentkezik; a második napon a bal vállban hirtelen heves fájdalmak támadnak, melyek miatt a felkar mozgásai korlátozottak. Ugyanakkor a jobb sternoclaviculáris izület felett gyermektenyérnyi duzzanat támad. A leirt tünetekből otogen pyaemiára következtetve, a csecsnyújtvány sürgős felvésését és a sinus transversus feltárását határoztam el, minthogy az áttételek legvalószinübben a sinus thrombosisából voltak származtathatók. A mütétkor kiderült, hogy a csecsnyújtvány sejtjeit sürü geny és duzzadt nyálkahártya tölti ki, mely elváltozások az antrum mastoideum felé csökkennek, hátrafelé a sinus irányában azonban fokozódnak és a sinus körül szélesen elterülő extradurális tályog található. A sinus transversus fala középponti irányban a bulbus v. jugularisig, a környék felé a felső könyökön túl 4 cm.-nyire szennyes, szürke, lepedékes,

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

merev, nem pulzál, bemetszve nem vérzik, ürterét a mondott terjedelemben szennyes, barna-vörös thrombus tölti ki, mely lefelé mindjobban megpuhul. Eltávolítása után mind alulról, mind felülről erős vérzés indul meg, mely tamponálásra eláll. Utána a v. jugularis internát a pajzsporcz magasságában alákötöttem.

A műtét utáni harmadik napon a jobb vállizületben, a negyedik napon a bal térdizületben jelentkeztek heves fájdalmak és az utóbbi erősen meg is duzzadt. Bár a hőmérséklet a műtét óta jelentékenyen csökkent, a beteg az izületi áttételek miatt még sokáig lázas volt és míg a felső végtag izületeinek lobja hideg borogatásokra visszafejlődött, a térdizületben az izzadmány elgenyedt és két bemetszést tett szükségessé, melyeken keresztül az izületet három héten át drainezték és végre is sikerült az izületet megmenteni; a sipolyok begyógyultak és ma már csak alig észrevehető contractura van. Ezalatt a koponyaseb élénken sarjadzott, a csonthiány betelődött és most a műtét helyét mérsékelten behúzódott tömött heg jelzi. A dobüreg is meggyógyult, a dobhártyanyilás záródott, a beteg a hallását is visszanyerte. A felkarok tökéletesen mozgathatók, a beteg meghízott, úgy hogy az elérhető legszebb eredmény állott be.

Az esetet a fertőzés súlyossága, a sinusthrombosis nagy kiterjedése helyi tünetek nélkül és a kedvező lefolyás teszi érdekessé és a bemutatásra érdemessé.

Ezen eseten kivül az egyet. fülgyógyászati tanszék beteganyagából még két otogen pyaemiát volt alkalmam operálni; az egyiket egy évvel ezelőtt mutattam be e helyen, a másik egy tizenkét éves leány esete, a kin a hosszú idő óta fennálló genyes középfülgyuladáshoz, mely a középfül üregeiben cholesteatomaképződésre vezetett, a sinus transversus, a bulbus v. jugularis és a jugularis kezdeti szakának thrombophlebitise társult, a mi miatt gyökeres műtétet és az egész említett venosus tractusnak feltárását végeztem és a thrombust eltávolítottam. Bár a betegnek a műtét alkalmával már tüdőbeli áttételei voltak, melyek miatt mintegy hét hétig lázas volt, a beteg mégis meggyógyult, ma egészséges és operált fülével elég jól hall. Ezen esetben a diagnosis könnyebb volt, mert az általános pyaemiás jelenségeken kivül (magas láz, hidegrázás, léptumor) a helyi tünetek: a csecsnyújtvány és v. jugularis tájékának érzékenysége, tarkófájdalmak, Griesinger-féle tünet jól kifejezettek voltak. A bulbus v. jugularis feltárásakor sikerült a facialist épen megtartani.

Rendkivüli nagyságú orrkő.

Láng Kornél. A 27 éves nő, kinek jobb orrfele 7 év óta teljesen eldugult, gyakori kínzó fejfájásai és éjjeli fuldoklásai miatt kereste fel. A betegnek bal orrfelében több polypot, a jobb orrfelében pedig az egész orrfelet kitöltő orrkövet talált. A jobb orrfelet (kozmetikai okokból) a sulcus nasolabialisban vezetett metszéssel tárta fel, s a követ egészében vette ki. A kő sárgásbarna színü, dudorzatos felületü, egyik oldalán jól látható rajta az alsó kagyló lenyomata. Hossza 3·8 cm., szélessége 2·7 cm., magassága 1·15 cm., súlya 5·8 gramm. Az irodalomban közölt több mint 300 eset közül csak 4 nagyobb, mint a bemutatott.

Tóvölgyi Elemér: 6 éves fiú esetét említi, kinek jobb orrüregében polypus látszott, de a pontosabb vizsgálat kiderítette, hogy középnagyságú gyöngyházgomb, melyet eltávolított.

A vesetuberculosisról (32 vesekiirtás alapján).

Illyés Géza: Hangsúlyozza a korai diagnosis fontosságát, mert eleinte a folyamat csak a vesében székel, s később megy le a hólyagra, midőn is azok a súlyos, a gyógyításra alig reagáló, rendkivül fájdalmas gümös hólyaghurutok keletkeznek, a melyeket a korai műtéttel meg lehet előzni. 39 vesetuberculosist észlelt, közülük 32-ben vesekiirtást végzett; meghalt 2 beteg, e szerint a műtéti halálozás 6·2%. A gyógyult esetek közé tartozik egy olyan, a melyben a műtét után duodenumsipoly keletkezett és állott fenn 10 napig, továbbá 2 másik, melyben a műtét után egy ideig colon-sipoly állott fenn. A betegek a műtét után nagyon jól összeszedték magukat, testsúlyukban gyarapodtak. A bakteriologiai diagnosis után azonnal gyökeres műtétet ajánl, a melyet akkor is czélszerüen és jó eredménynyel lehet végezni, ha valamely vesebeli, még gyógyulásképes más gümös folyamat áll fenn vagy ha a másik vesében toxikus nephritis fejlödött, a mely tapasztalata szerint rövidebb-hosszabb idő mulva teljesen visszafejlődik. Csak azon előrehaladottabb esetekben nem operál, a melyekben a másik vese vizeletében már geny és bakteriumok vannak, vagy más szervben sebészeti beavatkozásoknak hozzáférhetetlen, súlyos gümös folyamatok állanak fenn.

Dollinger eddig 45 vesekiirtást végzett, még pedig 20-at tuberculosis miatt, közülük 18-at a vezetése alatt álló klinikán.

Az operált betegek 86%-a nő volt, és az esetek ugyanannyi százalékában a jobboldali vese volt beteg és távolíttatott el. A betegek legnagyobb részének kora 20—35 év között váltakozott. Első eseteit nyolcz esztendő előtt operálta, a mikor többnyire olyan betegek kerültek műtétre, a kikben már a hólyag is gümös volt, a mi a végleges gyógyulás kilátásait nagyon megrontja. Eseteinek 53·5%-ában a műtétkor már hólyaggümösödés is volt. Egyikében ezen betegeknek 2½ ével a vesekiirtás után hólyagfekély állott még fenn, a melyet kimetszett, mire a beteg meggyógyult és máig egészséges maradt. Betegei közül nyolczon előbb vesemetszést végzett és csak később távolította el a vesét. Ma lehetőleg kerüli a két szakaszban való műtétet, már azért is, mert később a vese eltávolítása sokkal nehezebb. Ezen nyolcz esete közül három esetben a vesét csak darabokban tudta eltávolítani. Ma a korai vesekiirtás híve. Esetei közül, a melyeket újabban operált, négy van olyan, a melyben csak a veseparenchyma volt megtámadva. Közülük egyben a véres vizelés, a mely a vesetuberculosis első jele volt, csak 21 nappal a műtét előtt mutatkozott legelőször és mégis már az egyik papillának kétfilléres mekkoraságú részlete volt gümös.

A mi az előadó által említett veseresectiót illeti, nem tartja teljesen elvetendőnek. A kétoldali vesetuberculosisban, ha a beteg állapota egyébként megengedi, meg kell kisérleni mindkét vesét egyszerre vagy egymásután feltárni és a beteg részeket, ha lehet, kimetszeni. Talán sikerülne ilyen módon ezen egyébként elveszett betegek közül egyet-egyet megmenteni. Még nem volt alkalma ezt megkisérleni, de a mint arra való esete lesz, nem mulasztja el megtenni.

Mint minden műtéti eljárásban, itt is fontos, hogy megtudjuk, hogy miféle végleges eredményekkel dolgozik a sebész, vagyis, hogy mi a beteg további sorsa a műtét után. Erre nézve kérdőiveket küldetett a klinikáján operált betegekhez és ezek alapján a következő eredmények mutatkoztak. Mindenekelőtt meg kell jegyeznie, hogy műtéti halálozása gümös vese miatt végzett vesekiirtás után egy sem volt. A 20 megoperált beteg közül később meghalt 8, életben van 12. Egy beteg másfél hónappal a vese kiirtása után a klinikát gyógyultan hagyta el s otthon hashártyagyuladásban halt meg. Hogy ez milyen természetü volt, megtudni nem lehetett. Egy beteg 8 hónap mulva, egy 1 év és 8 hónap mulva, a többi több évvel a műtét után halt meg. Két betegről bonczjegyzőkönyvekkel rendelkezünk. A bonczolásokat Genersich és Pertik tanár végezte. Mindkét betegben később megbetegedett a másik vese is. Az életben levő 12 beteg közül 8-ban a műtét óta 2—8 esztendő telt el, 4-ben ½—1 esztendő.

Megjegyzendő, hogy az életben maradott sem valamennyi teljesen egészséges. Százalékban kiszámítva a végeredmény a következő:

Műtéti halálozás	0%
később (többnyire tuberculosisban) meghalt	44·4 %
életben van	55·6 %
ezek közül nem teljesen egészséges	16·8%
teljesen egészséges	38·8 %.

Látható ebből, hogy azon betegek közül, a kiken tuberculosis miatt vesekiirtást végezünk, bizonyos szám nem gyógyul meg teljesen; ki kell azonban emelnie, hogy azon betegek, a kik teljesen egészségesek lettek, mind olyanok, a kikben a vesekiirtás alkalmával még csak a vese parenchymája volt beteg, vagyis a vesetuberculosis meglehetős korai szakában kerültek műtétre. Ezen körülmény biztos kilátást enged arra, hogy ha korán operáljuk meg a vesetuberculosisban szenvedő beteget, sokkal több beteget fogunk a műtéttel teljesen meggyógyitani, mint ha megvárjuk, a míg a gümös vese már az egész szervezetre kifejtette káros hatását.

Rihmer Béla: Egy orvosegyesületi előadásomban a vesegümőkór kérdésének vázolása után a diagnostikával foglalkoztam. Ma tovább mehetek. Leszámítva azon eseteket, melyeket gyakorlatom elején magam vizsgáltam, de más operált, 22 saját esetemről számolhatok be. Nálam is túlnyomó többségben voltak (20) a nők, férfi csak 2 volt. A 20 nőből 5 virgo, 15 asszony, két esetben genitális megbetegedés is volt. Két esetben kétoldali volt a vesegümőkór. Egy meghalt, egy él, de le van romolva. Az első esetben nephrostomiára került a dolog; a beteget Tauffer operálta cysta miatt nyolcz év előtt, négy évvel azelőtt a legsúlyosabb vesegümőkórral jelentkezett, a nephrostomia után négy napig tartott anuria támadt (cardialis anuria). A többi eset egyoldali volt. 12 esetet operáltam, a legszebb esetek nem engedték magukat operáltatni. Toxikus albuminuria volt az egyik oldalon három esetben, kettőt megoperáltam, meggyógyultak. 17 eset közül ép volt a hólyag három esetben. Korán kell operálni, mikor a folyamat még nem terjedt lefelé.

A diagnostikáról nincs sok mondani valóm. Kezdődő esetekben, mikor a folyamat még nincs az ureterben, be kell avatkozni. A beavatkozás előtt functionális vizsgálatot ejtek meg, e nélkül nem mernék elsődleges nephrectomiát végezni. Volt esetem, melyben a kóros oldali vese jobban működött. A külön az ureterből vett vizeletet kell beoltani a tengerimalaczba. Albuminuria esetén kétszer kell operálni.

A vesegümőkór ma tisztán sebészeti kérdés. A közvetlen halálozás majdnem semmi. 12 eset közül egy halt meg nephrostomia, majd morcellement után, a colon descendens nekrotizált, bélsársipoly kelet-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

kezett. A többi 11 eset közül gyógyult hét, javult egy, rosszabbodott egy, perforatiós tünet jelentkezett egyben.

Boros Ernő: A vesegümőkór kérdése ma úgy áll, hogy minél előbb kell diagnosist csinálni és operálni. De a korai diagnosisok nem illenek a régi sémába. Fontosak a hólyagtünetek. Az első hólyagzavar jelentkezésekor már vesegümőkórra kell gondolni. A legkoraibb tünetek egyike az essentiális vesevérzés, az orthostatikus fehérjevizelés. A korai operálás segit a betegen. Tehát mikor a hólyag részéről még nincs tünet, kell már a vesegümőkórra gondolni, ilyenkor a hólyag cystoskopos lelete még negativ. Többször kell vizsgálni és a vizeletet állatba oltani.

Kubinyi Pál: A nőorvos szempontjából szól a kérdéshez.

A nőorvos sokszor kezel hólyagbajt és halljuk, hány esetben fordul elő nőben a vesegümőkór. Nőkön ezért a vizsgálatot ezen irányban is ki kell terjeszteni, mert a korai diagnosis és korai operálás fontos. A nőorvos figyelme még nincs kellőkép reáirányitva a cystoskopra. Külföldi tanulmányútján foglalkozott a kérdéssel és most itthon a Tauffer klinikán végzi a hólyagvizsgálatokat. Egy év lefolyása alatt három idevágó esetet észlelt, melyben a hólyagbántalom már hosszasan kezeltetett, mert a kórfolyamatot nem ismerték fel, talán mert a genitális folyamat takarta a hólyagbántalmat. Felhivja a figyelmet a spontan cystitisekre, mert a cystitis rendesen ascendáló folyamat a környezetből; ha nem találjuk meg a forrását, gondoljunk gümőkórra, melynek forrása talán egy régi, kialudt gócz, mely haematogen úton fertőzte a hólyagot.

A betegeknek retroflexiojuk volt, a vizeléspanaszokat a nőorvosok erre vezették vissza és a hólyagbaj rosszabbodott. Az egyik beteg anamnesisében az volt, hogy három gyermeke meningitisben pusztult el; a vizelet kissé zavaros volt és a cystoskop kiderítette, hogy jobboldalt az ureternyilás körül fekélyek vannak és a fundus felé göbcsék. Luys-separatorral fogta fel a vizeletet, de ez nem adott eredményt A kétoldali ureterkatheterrel felfogott vizeletből állatkisérlettel gümőbacillust lehetett kimutatni. A második esetben testes nőnek csekély hólyagpanaszai mellett jobboldali vesegümőkór derült ki.

A nőorvosok figyelmét újra felhivja a vesegümőkórra.

Kövesi Géza: A vesetuberculosisról roppantul bővültek ismereteink. Az I. belklinikán az utolsó években 56 vesetuberculosist láttak, míg régebben igen ritkán fordult elő, csupán súlyos alakjában. A vizsgálati technika magasfokú fejlettségének köszönhető a gyakoribb diagnostizálhatóság. Eljárásuk az, hogy a szorosan vett functionális vizsgálatot követi a probativ tuberculinreactio, melylyel sem a Calmette-, sem a Pirquet-oltás nem vetekszik, mert a probativ injectio helyi reactiót is ad. Az ureterkatheterezéssel összekapcsolt vizeletvizsgálat a legfontosabb. A Bloch-féle vizsgálatot az inguinális mirigyek sértésével megpróbálták, de nem találtak a mirigyekben gümőbacillust. A functionális vizsgálatok teljesen érvényre jutnak, ha műtéti indicatioról van szó. Egyes esetekben, pl. essentiális vesevérzésben a functionális vizsgálatok fölényben lesznek a qualitativ vizsgálatok felett. A toxikus nephritis (geny, fehérje, veseelemek nélkül műtét után) létezik és gyakran találunk nagyfokú functiocsökkenést, mikor a kryskopos vizsgálat normális viszonyokat tüntet fel

A cystitis a vesekiirtás után gyakran gyorsan javul, még akkor is, ha a hólyagban is van gümőkór; különben az elváltozások a hólyagban alkalmasint gyakran nem gümőkórosak. Ha a hólyaggümőkór továbbra is fennáll, lokálisan guajacol-olaj vagy jodoformemulsio javalt.

Kétoldali vesegümőkór eseteiben a műtét ki van zárva; ezek rendesen hosszú tartamú betegségek és jobbindulatúak. Sőt egy-egy esetben gyógyulás is előfordul.

Weisz Ferencz: Azon kérdést, hogy a vesetuberculosis gyakoribb-e a nőkben, mint a férfiakban, Kapsammer akként igyekezett eldönteni, hogy a „Wiener allg. Krankenhaus“ 10 éves beteganyagának boncz-jegyzőkönyveit átvizsgálta és azt találta, hogy azon esetek közül, a melyekben a bonczoláskor vesegümőkórt találtak, csak 88 volt nő és 160 férfi. Ezzel mintegy megdöntöttnek véli azon általános tapasztalatot, mintha nőkben nagyobb számmal fordulna elő a vesetuberculosis, mint a férfiakban és azt hiszi, hogy bár férfiakban gyakoribb a betegség, nem ismerik fel, mert még mindig sokszor idült blennorrhoeának tartják a bajt, holott nőkben nemcsak az urologus, hanem rendszerint a gynaekologus is észleli a betegséget és együttes vizsgálatuk sokkal hamarább tereli a helyes diagnosisra a figyelmet.

A mi a nephrectomizáltaknak végleges gyógyulási eredményeit illeti, azt hiszem, hogy a, sajnos, még elég rossz eredmények nagy részben a tökéletlen vesefunctionális vizsgálati módszereknek tudandók be. A mi összes functionális vizsgálati módszereink egymagukban mind teljesen megbizhatatlanok, de még együttesen használva is csak hozzávetőleges eredményeket adnak, mert azt hiszem, a beteg sorsára nemcsak az bir fontossággal, vajjon az operatiót kivirja-e, hanem hogy milyen lesz a végleges gyógyulása és vajjon a hiányzó vesét a megmaradt vese tudja-e majd kompenzálni. Nem lehet egyszerűen elzárkózni azon feltevés elől, hogy a megmaradt, többé-kevésbé szintén megbetegedett vese nem birja a munkát. Az egészen korai szakban diagnostizált vesegümőkór-esetek jó végleges gyógyulási eredményt adhatnak és azt hiszem, csak az ezen szakban operált esetek fogják a nephrectomizáltak végleges gyógyulási eredményeinek statistikáját javítani.

Még csak a phloridzin-glycosuriáról akarom megjegyezni, hogy ma nem a czukor mennyileges meghatározásából következtetnek a vesefunctiora, hanem a czukor időbeli jelentkezéséből is; Kapsammer, ki a phloridzin-glycosuriáról a legnagyobb tapasztalattal bir, úgy jár el, hogy a phloridzin befecskendése után megállapitja a czukor jelentkezésének idejét; ha a czukor ½ órán belül jelentkezik, jó a vesefunctio, ha azon túl jelenik csak meg, rossz vesefunctiora következtet és nem operál.

Detre László: A diagnosis érdeme azé, a ki a vesegümőkórra gyanakszik és csak második sorban azé, a ki megtalálja a gümőkórt. Ha gyanu nem forog fenn, a vizelet vizsgálásakor fogunk-e olyan tüneteket találni, melyek a figyelmet a gümőkórra felhivják? Akkor kell erre gondolnunk, ha a sejtes elemek és az esetleg benne levő mikroorganismusok között aránytalanság áll fenn. A mikor bakteriumokra vizsgálunk, az állatkisérletet is igénybe kell vennünk. Egy esetben colibacillusok által feltételezett colicystitist diagnostizáltam, de Feleki nem volt megelégedve a lelettel és gümőbacillusra kivánta vizsgálni a vizeletet és az állatkisérlet csakugyan ki is derítette a gümőkórt.

A functionális vizsgálatok nem feleslegesek, mert egyéb szervben levő gümőkór mellett is ürülhetnek a vesén át gümőbacillusok és így nincs jogunk azonnal vesekiirtáshoz fogni.

Tehát minden esetben állatkisérletet kell végezni, de a functionális vizsgálat sem mellőzhető; nem elég a gümőkór kimutatása, hanem a vesegümőkórt kell kimutatni.

Illyés Géza: Kétoldali vesegümőkór esetében, ha retentio van, szükséges a beavatkozás: nephrostomia, feltárás, kikaparás, a sajtos cavernák resectioja; de ha retentiós tünetek nincsenek, súlyosbitanók a beavatkozással a helyzetet. Ha az ureternyilás mellett lokalizált a gümőkór, spontan gyógyulhat, de ha nem jön létre gyógyulás, akkor a kimetszésre lehet gondolni; ha azonban mélyre terjedő elváltozások vannak, zsugorhólyag, semmiféle kimetszés sem fog használni.

A separator esetleg jól működik, de kezdeti esetekben, a melyekben finomabb distinctiókról van szó a két vese között, nem lehet használt venni.

A tuberculint azért nem tartom czélszerűnek, mert magas lázat okoz és sebészeti beteget ennek kitenni nem akarok. A functionális vesevizsgálat döntő, a bakteriumlelet szintén, csak kiegészitésképen, ha gyanus genyedés van, valamint essentiális haematuriában használom a Calmette reactiót.

A hólyaggümőkór lehet elsőd leges is, meg is gyógyulhat.

Hogy bakteriumok átmennek a vesén, a nélkül, hogy a vese beteg volna, rendkivül nagy ritkaság, úgy hogy ha az ureterkatheteren át felfogott vizeletben gümőbacillus van, ez vesegümőkórra mutat. Maga a bakteriologiai lelet nem elegendő, functionális vizsgálatot is végzek és ha ez is positiv, a sebészi eljárás javalt, a conservativ eljárásnak többé nincs helye.

PÁLYÁZATOK.

2652/907. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegyébe kebelezett Nagykörü községben **községi orvosi állás** szerveztetvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással évi 1600 korona fizetés, 200 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapított orvosi, halottkémlési és hússzemle-díjak vannak összekötve.

A látogatási díjak nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

Megválasztott tartozik az összes törvény és rendelet által reá rótt kötelességeket teljesiteni.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz legkésőbb **1908. évi január hó 1.-éig** nyujtsák be.

Jászapáti, 1907. évi deczember hó 10.-én.

2—1 *Cseh József*, főszolgabiró.

4127/907. szg. sz.

Fogaras vármegye sárkányi járás, 4049 lélekszámmal biró vledényi körben újonnan rendszeresitett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és az ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **1908. évi január hó 10.-éne délután 5 óráig** hivatalomhoz annál inkább adják be, mert a későbben beérkező folyamodványokat nem fogom tekintetbe venni.

A körorvosi székhely Vledény nagyközség, hozzá tartozik Szunyogszék nagyközség 6 kilométer távolságban.

Javadalmazás 1600 korona évi fizetés és 400 korona lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizettetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapított díjak.

A körorvos jogosult a jegyzői nyugdijintézetbe belépni.

Házi gyógyszertár engedélyezése kilátásba van helyezve.

Köteles azonban a körorvos Szunyogszék községet hetenkint kétszer rendesen meglátogatni és a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

A román nyelv ismerete nélkülözhetetlen.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

A választást 1908. évi január hó 14.-én délelőtti 11 órakor fogom megtartani Vledény község irodájában.

Sárkány, 1907. évi deczember hó 10.-én.

Dombrádi, főszolgabiró.

592/907. kig. sz.

Hunyad vármegye dévai járásához tartozó **piskitelepi körorvosi állás** megüresedvén, ezen állás betöltése végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen körorvosi körhöz 29 község tartozik.

Az állással egybekötött javadalmak a következők:

1. 900 korona a m. kir. adóhivatal által fizetendő évi fizetés.
2. 460 korona úti átalány.
3. A szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak.

A megválasztott orvos tartozik Piski-telepen lakni, körének községeit évnegyedenkint beutazni, Piski-telepen a halottk émlést is végezni tartozik, a miből egyéb orvosrendőri vizsgálatokkal együtt mintegy 400 korona mellékjövedelme lesz. Az eddigi körorvosok vasúti orvosi állást is látván el, erre a megválasztandó körorvosnak is valószinü kilátása lehet.

Felhivatnak a pályázni kivánók, hogy törvényszerű minősitésüket és nyelvismereteiket feltüntető bizonyitványaikkal felszerelt folyamodványaikat **1908. évi január hó 20.-áig** bezárólag hivatalomhoz terjeszszék be.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

A megválasztott körorvos állását 1908. évi február hó 1.-én elfoglalni tartozik. A választást 1908. évi január hó 25.-én d. e. fél 12 órakor fogom Piski-telep községházánál megtartani.

Déva, 1907. évi deczember hó 15.-én.

2—1 *Boér Gábor*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Uradalmi orvosi állás hitbizományi birtokon betöltendő, lakás és évi tiszteletdíjjal. Bővebb felvilágosítást ad Mészáros Gyula dr., Budapest, IV., Váczi-utcza 78. sz., II. 16. (hétköznapokon délután 3 és 6 óra között személyesen is).

„GUAJATIN JENCS"

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 0·50% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyuladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltratiónál. Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól türik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője JENCS VILMOS gyógyszerész,

2027 **Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.**

EGGER EMULSIÓ

KITÜNÖ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZITMÉNY

Név védve. **Extractum Chinae „Nanning"** Név védve

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

1. Sápkórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltünt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebkezelés.
5. Lábadozóknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.

1858

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

Dr. H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemü thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felöl kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán** 3376

LEGTÖKÉLETESEBB, ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT

A guajacolkezeléshez!

Herbacol,

egy új guajacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes izű szörp, a közel 40 év óta kitünőnek bizonyult **Herbabny-féle alphosphorossavas mész-vas-szörpből 7% kalium sulfoguajacolicum** hozzáadásával készül. A kalium sulfoguajacol., a vas- és mészhypophosphit, valamint keserű és antifermentativ aromás szerek egyesített hatását szolgáltatja és

különleges gyógyszer

a **légzőszervek hurutjai**, a **tüdőgümőkór** nem igen előrehaladt alakjai, **hökhurut, influenza, scrofulosis** és **rachitis** ellen. Különösen bevált és ajánlható **gyengeségi állapotok, üdülési szak** főleg **influenza,** croupos és hurutos **tüdőlobok** és mindenféle **heveny,** lázas megbetegedések után.

Adagolás: felnőtteknek 3—4 kanállal, gyermekeknek fele

1 üveg ára 2 korona.

Csakis **orvosi vényre kapható a gyógyszertárakban. Klinikailag kipróbálva és kitünőnek minősítve.** Irodalom: Wiener med. Presse 1906. deczember 2, 48, sz., Wiener klin. Rundschau 1906. október 28, 43. sz. Orvos uraknak kivánatra minták ingyen.

SCHUTZ-MARKE

JULIUS HERBABNY WIEN

Egyedüli készítő és főraktár:

Dr. Alois Hellmann's

4870 **Apotheke „zur Barmherzigkeit"**

Wien, VII/1, Kaiserstrasse 73—75.

Kérjük az orvos urakat, hogy az ismert és kedvelt

kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a

„Califig"

szóvédjegyet irják elő, mert ezen néven csak a

California Fig Syrup Company, San-Francisco

készítménye nevezhető.

Használati utasitás minden gyógyszertárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31—32, Snow-Hill.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára BUDAPESTEN, Király-utcza 12.

3068 Orvosi minták ingyen és díjmentve.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Tuberculosisnál és hurutos bajoknál

a vízben oldható, jó ízű és kitünően emészthető Guajacol-készitmény:

Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Aphthisin** szörpalákban vagy

Capsulae Guajacoli comp. Hell

3270 Synonim: **Aphthisin** capsulákban

legjobb sikerrel alkalmaztatik.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

A **Guajacol-készítmény** a legmegbizhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a bükkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.

Adag: 3—4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3—4-szer napjában 1—2 tokocska.

Irodalom: „A tüdőtuberculosis kezeléséhez", Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez", Aerztliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése", Aerztliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez", Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kivánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokocska 2 kor.

Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:

Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)
lag. min. (2 kor.)

A gyógyszertárak csak orvosi rendelésre adják.

G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kisérletek bizonyitják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyitószere, kombinálva igen hatásos erősitőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplálkozását és anyagcseréjét s igy tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készitményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, szamárhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyuladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő. 2798

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készitője:

Szamossy Gyula gyógyszerészi laboratoriuma

„II. Rákóczy Ferencz gyógyszertára", VIII., Rákóczy-út 25.
Főraktár: **„Szent Bertalan gyógyszertár", VI., Andrássy-út 55.**

„Phosphatine Falières"

fölülmulhatatlan tápszer.

Kitünő hatással vannak **rheumatikus, csúzos, neuralgikus** bajoknál, továbbá **kólika, enteritis, meteorismusnál** a

SALIMENTHOL és SAMOL

új, érdekes készitmények.

Minden magyar gyógyszertárban raktáron.

Bővebbet e lap 41. számában közölt nagy hirdetésben.

Irodalmat és mintákat az orvos urak részére dijmentesen küld a Chemisch-Pharmac. Laboratorium Arnau a. E. (Csehország). 3989

Richter Gedeon vegyészeti gyára

Budapesten, X., Cserkesz-utcza.

HYDROPYRIN.

Új, vizben oldható acetylsalicylsav-készitmény.

Hatása azonos az aspyrinnal. Specifikus szer influenzánál, izületi loboknál. Lázellenes, lobellenes, fájdalomcsillapító. Előnye az aspyrin felett, hogy folyadékban könnyen oldódik. **A gyomor nyálkahártyáját nem izgatja.** Főzetekhez, forrázatokhoz adható.

Hydropyrin por és tabletta alakban kerül forgalomba.

Tabletták 1 és 1/2 grammos nagyságban eredeti phiolákban.

Egy phiola 10 darab 1 grammos vagy 20 darab 1/2 grammos tabletta ára: **1 korona 20 fillér.**

ALEXIPON

Acetylsalicylsavas aethylester.

Használatos mindazon esetekben, hol a salicylsavas készitményeket a bőrön át óhajtjuk érvényesiteni. Előnyei a mesothan és hasonló készitmények felett, hogy a bőrt nem izgatja, lobosodást nem okoz s tiszta, folyékony anyag. **Csúzos, rheumás és köszvényes esetekben a salicyl pótszere.**

50 grammos eredeti üveg ára 3 korona.

Lecithin Richter **Bromlecithin Richter**
Oleum Jecoris Aseli cum Lecithino Richter
Tonogen Richter **Tonocain Richter.**

Kisérleti anyagot kivánatra díjtalanul küld a gyár.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

A Budapesti kir. Orvosegyesület 1907. évi deczember hó 14.-én tartott LXX. évzáró közgyülésének jegyzőkönyve.

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyzők: **Lévai József, Blaskovics László.**

1. *Elnök* a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Közgyülés!

Igazi munkaévet zár le ma az Orvosegyesület, melyben ritka buzgósággal dolgoztak úgy az összes-ülések, mint a szakosztályok. Sok előadó, érdekes előadások és bemutatások, tanulságos, tárgyilagos és magas szinvonalú hozzászólások, nagy hallgatóság: ezzel lehet az elmult esztendőt legjobban jellemezni. Hogy milyen élénk munka folyik egyesületünkben, azt legjobban mutatják heti meghivóink, a melyek az idén csodálatos módon megnövekedtek terjedelemben és tartalomban. Most látjuk csak, midőn szakosztályaink legtöbbje a kezdet nehézségeit legyőzve, bizonyos fejlődési fokot már elért, hogy mily szükséget pótolnak, milyen fontosak, s mennyire eredményes működésük. Termékeny gondolat volt megalkotásuk s a kik annak idején aggódtak a fölött, hogy fölállításuk az összülések iránti érdeklődést csökkenteni fogja, ma bizonyára belátják, hogy aggodalmuk indokolatlan volt.

A sors azonban gondoskodott arról, hogy túlságosan el ne bízhassuk magunkat. Mai leszámolásunknak van egy teherlapja is s ez pályázataink meddősége, a mit szégyenkezve októberi nagygyülésünkön voltunk kénytelennek Önöknek bejelenteni. Még a Mészáros-jutalmat sem tudtuk a sorra került szakmakörbe tartozó munkának odaitélni, úgy hogy a szabályzat értelmében egyéb szakmakörökre kiterjedően ezen közgyülésen fogjuk az igazgató tanács döntését előterjeszteni.

Hogy ennek a meddőségnek mi az oka, a fölött érdemes, de kell is gondolkoznunk, mert az a fiatalabb nemzedéknek, a jövő oszlopainak rovására irandó. A munkára való képtelenséget nem jelentheti pályázataink eredménytelensége, mert hiszen azokat, a kik hivatva lettek volna a pályázatokon részt venni, ott találjuk napról napra a forumon, s mindnyájan ismerjük munkára termettségüket. A munkára való kedvetlenséget sem jelentheti az eset, mert hiszen látjuk, hogy a hivatottak mennyit dolgoznak különben. Csak egy harmadik ok foroghat fenn nézetem szerint s ez a következő: Azok a t. collegák, öregek és fiatalok egyaránt, a kiket sorsuk a tudományos pályákra terelt, *túldolgozzák magukat* állásuk sokszerű hivatali és társadalmi kötelezettségei miatt és ezért nagyobb tudományos feladatok megoldására nem mernek, nem tudnak vállalkozni; nincs meg a hozzávaló idejük és nyugalmuk, pedig nagyobb igények kielégítésére szánt tudományos munkához idő és lelki nyugalom szükséges első sorban.

Tekintsenek csak be az egyetemi klinikáknak nevezett méhkasokba, napestig folyik azokban a tanitás előadások, visitek, ambulatoriumok, cursusok alakjában, a hol a betegek és tanulók százával kell foglalkozni naponként a tanárnak s a mellérendelt orvosszemélyzetnek. S ne képzeljék Önök, hogy talán jobb a helyzet az egyetem theoretikus intézeteiben; egykettő kivételével ezekben is túlterhelését látjuk a személyzetnek, mivel a gyakorlati oktatás a legtöbb tárgyból kötelező. Közkórházaink orvosszemélyzetének sorsa a munka egyformasága és nagysága miatt még kimeritőbb. A gyakorló orvos csekély darab kenyérért mennyit fárad, Önök tudják legjobban. Akárhová tekintünk, azt látjuk, hogy a ki tudományosan akar nálunk dolgozni, annak a kenyérkeresetre szánt időből a legnagyobb ügyeskedéssel kell az arravaló időt elcsennie s hogy az itt-ott elcsipett idő nagy feladatok megoldására nem alkalmas és nem elegendő, azt könnyen beláthatjuk. Ezen körülményekben vélem én megtalálhatni az okát határidőhöz kötött pályázataink ezidőszerinti meddőségének s nem abban, a mit itt-ott hangoztatni hallottam, hogy talán a birálat igazságosságában való bizalom ingott volna meg. Hogy gondolatmenetemnek útja helyes, arról meggyőződhetnek a tisztelt tagtársak, ha áttekintik az utolsó évek magyar orvosi irodalmát; kisebb igényű, rövidebb lélekzetű, bár becses és hasznos munka merült fel elég, de nagyobb szabású, olyan, mely évek munkája, ritka jelenség.

A diagnosist megállapitván, kötelességem a therapiáról is beszélni. Könnyen kivihető módja a segitésnek, hogy azoknak vállairól, a kik nagyobb tudományos munkára vállalkoznak, a munka tartamára vegyük le a napi hivatalos munka terhének lehetőleg nagy részét, legyenek az illetők az akadémiai vagy hivatali fokozatok bármelyik lépcsőjén. Sokkal nagyobb haszna lesz ebből az országnak, mintha az illetők hivatalos napi munkájukat akár a leghivebben is teljesitik. A fiatalabb generatio főnökeinek ezen irányban nagy és tudományos életünkre messze kiható szerepe lehet. Külföldön erre mindenütt látunk példákat s ne vegyék dicsekvésnek, ha megemlitem, hogy évek óta a magam körében való munkabeosztásban ezen szempont vezet. De nemcsak a fiatalabb generatio igényelheti ezen leterheltetést termékenyitőbb munkálkodtatás czéljából, hanem az öregebbek is. Oroszországban, a hol nem kicsinyelhető tudományos élet folyik az orvosi intézetekben, tudomásom szerint minden tanárnak ötévenként joga van egy évi szabadságra, melyet a szabadságolt legtöbbször külföldi laboratoriumokban buvárlati munkálkodással tölt el. Hogy mit jelent ez a szabadság az ilyen lélekben felfrissült tanár további működésére nézve, ezt könnyű elképzelni.

A tudományos munkálkodásra serkentő lenne még az is, ha nemcsak mi becsülnők meg a tudományos munkást és

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

munkát, hanem a társadalmat is rá tudnók szoktatni hasonló érzésre. Nálunk a társadalom az orvostudomány munkásai közül csak azokat ismeri s csak azoknak munkáját appreciálja, a kik az orvosi gyakorlat terén csillogó eredményeket tudnak elérni. A laboratoriumok csöndes munkásai, a szürkének mondott tudósok homályban maradnak, s csak akkor válik nevük ismertebbé, ha arra a sokszor kínos és gyakran kétes értékű munkára vállalkoznak, hogy tudományukat népszerűsítsék, tudományos tőkéjüket így apró pénzre váltván fel, vagy ha életfeladatukhoz nem adaequat társadalmi munkát végeznek, megcsorbítván ezzel tudományos munkaképességüket. Hogyan segítsünk ezen visszás állapoton? Nézetem szerint ennek csak egy módja van, be kell fognunk a társadalmat tudományunk szekerébe, részesévé kell tennünk törekvéseinknek s itt Önöknek t. Tagtársaim, az orvosgyakorlat embereinek nyílik hálás szerepük, Önöknek, a kik a társadalom minden rétegében megfordulnak s a kiknek napról napra módjuk van felvilágosítólag, ösztönzőleg hathatni. Ha a Rökk Szilárdok, Wechselmann Ignáczok, Bródyak s a többi nagy emberbarát orvosai meggyőzik vala annak idején e nemes szívű férfiakat arról, hogy az orvostudományok istápolása ép olyan, vagy talán nagyobb kihatású jelentőséggel bir, mint jótékony intézetek alapítása s ha fölvilágosítják vala őket, hogy mily nagyfontosságú lehet, ha orvostudományi intézeteinkhez tudományos stallumokat alapítanak, melyeknek birtokosai anyagi gond nélkül és minden sterilis hivatali kötelezettség nélkül bizonyos évek során egyedül tudományos munkának élhetnek; bizonyára volnának már ilyen tisztán tudományos állásaink nagy hasznára tudományos életünknek, a mint hogy hasznára van az a néhány tudományos stallum is, a mely az egyetem bölcsészeti facultásán s a nemzeti muzeum mellett alapíttatott.

A nagyszívű emberek fajtája nem veszett ki még nálunk. A mit elmulasztottunk a multban, arról ne feledkezzünk meg a jövőben. Egy néhány ily alapítvány elegendő arra, hogy a társadalom figyelme, megbecsülése, az orvostudomány munkásai felé forduljon, a mi munkakedvet ébreszthet a mellett, hogy munkaalkalmat is nyujt.

Persze boldognak mondhatná magát a magyar orvostudomány, ha a párisi Pasteur-intézet, vagy a frankfurti Sénckenbergianum és az ezek mintájára alapított amerikai orvostudományi intézeteknek csak halvány utánzatát is meg tudná csinálni a mi társadalmunk, a mely intézetben teljesen függetlenül az államtól és bureaukratikus formáktól menten anyagi gondoktól csak búvárlattal foglalkozhatnának az arra hivatottak! Talán nem is olyan lehetetlen álomkép ez oly társadalomban, mely ritka szívósággal megalkotta a szabad lyceumot és az Erzsébet-népakadémiát!

Ezek a gondolatok merültek fel bennem t. Tagtársak, a mikor egyévi szellemi működésünk számadási tételeit átvizsgáltam. Azon kívánsággal, hogy a jövőben mérlegünk az idei hiányokat ne tartalmazza, megnyitom 70. közgyülésünket.

A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Schrodt Antal, Vajda Károly, Polgár Zsigmond tagtársakat.

2. *Lévai József* titkár felolvassa jelentését.

Tisztelt közgyülés!

„A megörökíteni szándékolt arczhoz a legszebb festéket az igazság adja meg.“ Mikszáth ezen alkalomadta kijelentését tartom szem előtt, midőn a szokásos titkári beszámoló keretébe ezennel beillesztem egyesületünk lefolyt évi tudományos működésének vázlatos képét.

Inter folia fructus! Csak forgatni kell a lefolyt év tudományos ülései jegyzőkönyveinek leveleit, közöttük sok értékes gyümölcsre akadunk.

A tuberculosis ellen folyó, az egész művelt világ orvosi tudósait foglalkoztató nagyszabású küzdelemből *Hutyra Ferencz*: „Védőojtások a gümőkór ellen“ (VIII. ülés), *Kovács József*: „A tüdő- és hörgnyirkmirigygümőkór pathogenesisének egynémely vitás kérdéséről“ (XVI. ülés), *Detre László*: „Megkülönböztető tuberculinreactiók“ (XIX. ülés) és *Illyés Géza*: „A vesetuberculosisról“ (XXIII. ülés) című előadásaival és a hozzájuk fűződő élénk tartalmas vitával oly mértékben vette ki részét, a melyet bármely hasonló egyesület örömest magára vállalna. Az egyes szakmák közül a lefolyt évben a szülészeti és nőgyógyászati tünt ki. *Tóth István*-nak „A pubiotomiáról“ tartott előadásából (X. ülés) és a gynaekologikus szakosztály megbizásából *Scipiades Elemér* és *Lovrich József* részéről „A méhrepedésről“ tartott mintaszámba veendő referáló előadásából (XIII. ülés) és ezen előadásokhoz kapcsolódott tanulságos, részletes vitából az egyesület tagjai két nagyfontosságú kérdés felől nyertek helyes útbaigazítást. A gynaekologikus szakosztályon kivül az egyesület vezetősége az elme- és idegkórtani szakosztálynak is köszönetet mond referáló előadásáért, melyet megbizásából *Oláh Gusztáv* tartott meg „A psychosis arteriosclerotica“-ról a legjobban megválogatott tartalommal és a legjobban megfelelő formában. (XXI. ülés.)

A 24 rendes tudományos ülésen megtartott 25 előadás anyaga igen változatos volt (elméleti orvostudomány 2, általános kórtan és kórboncztan 3, belgyógyászat 7, sebészet, elme- és idegkórtan 2—2, szülészet és nőgyógyászat 4, gyermekgyógyászat 3, törvényszéki orvostan, bőrgyógyászat és röntgenologia 1—1 előadással volt képviselve). 41 tagtárs 57 betegbemutatást tartott ugyancsak változatos, gazdag tartalommal. A legtöbb előadáshoz és sok bemutatáshoz élénk tartalmas vita fűződött, a melynek statistikájában 94 tagtárs 136 felszólalással szerepel. A lefolyt év tudományos munkálkodásának termékeit qualitás szerint egyenkint nem rendezem, kinekkinek emlékezetében maradt több tetszéssel fogadott előadás és betegbemutatás. A nemsokára megjelenendő évkönyvbe, úgymint az előző évben is betürendes név- és tárgymutatót fogok készíteni. Ennek segélyével bárki kényelmesen meg fogja találni azt, a mi iránt érdeklődik. Csupán azt említem meg külön, hogy a lefolyt év tudományos működése színvonalának emeléséhez lényegesen hozzájárult *Preisz Hugó*-nak ezévi nagygyülésünkön az igazgató tanács felszólítására „Virulentia és therapia“ című ünnepi előadása, a melyért az igazgató tanács köszönete mellé ez alkalommal hozzácsatoljuk az előadáson jelen volt tagtársaknak elismerését is. A jövő évi nagygyülésen tartandó Balassa-előadásra az igazgató tanács f. évi deczember hó 3.-i ülésében egyhangú határozattal *Dollinger Gyulát* kérte fel, a ki ezen megbizást elfogadta.

*

Egyesületünk tudományos működésének dicséretére hangsúlyoznom kell annak komolyságát. Egyesületünk házi szabályzatának bölcs intézkedései között helyet foglal azon pont, mely szerint „az egyesület tudományos üléseinek tárgyalásairól csupán szaklapokban jelenhetik meg tudósítás“. A napisajtótól nem lehet elvitatni a jogot, hogy úgy, mint minden közérdekű kérdést, orvostudományi kérdéseket is a nagy nyilvánosság ellenőrzése mellett tárgyaljon, ha ilyen kérdés oda kerül. Orvostudományi kérdéseknek a napisajtóban való tárgyalása azonban mindig az elérendő eredmény rovására megy, és azért hibát követ el azon buvár, a ki ily kérdéseket a napisajtóba juttat. Midőn ez év elején Knopf dr. amerikai orvosnak abbeli kijelentését, hogy tüdővészeseknek fájdalmait morphiummal kell csökkenteni, a napisajtó úgy tárgyalta, hogy Knopf dr. a tüdővészeseket morphiummal akarja kivégezni, a „British Medical“ helyesen vélekedett, hogy „nincsen olyan bolondság, a mit a közönség el nem hinne, ha orvos szájába adják. Ismeretes, mily következményekkel járt, mikor Koch először ajánlotta tuberculinját a tüdővész gyógyítására és ebbe a napi sajtó beleszólott, mielőtt alkalom lett volna a szer nyugodt kipróbálására. A napisajtó révén felcsigázott várakozást követő keserves kiábrándulás az egész tuberculingyógymódot úgy a sárba tiporta, hogy másfél évtized kellett hozzá, míg egy-két, a világ zajától elvonultan dolgozó tudós a sárból kiszedett magvakból nagy nehezen újra életre tudta a hasznos növényt kelteni. Behringnek a gümőkórra vonatkozó fontos felfedezése kellő méltányolás helyett a napisajtó révén oda jutott, hogy most nábau már nemcsak prioritását, de ép elméjét is kétségbe-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

vonják. Tudományos kérdéseknek a napisajtóba vitele legjobban megboszulta magát Doyen-en, a kinek rákserumát a napisajtó felmagasztalta, mikor a szakkörök kimutatták annak teljes értéktelenségét és most, a mikor úgy látszik, hogy orvosi körök kezdik komolyan venni, a közönség nem hisz neki.

Azok, a kik azt tartják az evangeliummal, hogy „a tudományt nem kell véka alá rejteni", hogy az világitson, mint a gyertya, gondolják meg, hogy a gyertya szobába való, kint a szabadban hamarosan elfujja a szél. Tudományos közléseknek, tudományos egyesületekben és szaklapokban van a helye. Kérjük, hogy egyesületünk tagjai tartsák magukat ezentúl is szabályzatainkhoz!

*

Az igazgató tanács irányitása mellett a különböző tudományos kérdésekkel foglalkozó bizottságok ez évben is serényen működtek, igy különösen a rákbizottság. Az alkoholbizottság az alkoholellenes mozgalom érdekében érintkezésbe lépett a katonaorvosi tisztikarral. A tuberculosisbizottság elnökségéről Korányi Frigyes egyéb elháritathatlan elfoglaltságától kényszeritve lemondott. Korányi Frigyes tiszteletbeli tagunk a tuberculosis elleni országos küzdelemnek érdemdús fővezére, a tuberculosisbizottság elnökségéről való lemondását az igazgató tanács a legnagyobb sajnálattal vette tudomásul. Utódjául Müller Kálmánt kérte fel a igazgató tanács, a ki ezen tisztséget elvállalta.

Az országos balneologiai egyesületbe az igazgató tanács szokás szerint 25 tagot delegált és pedig: Ángyán Béla, Bäcker József, Bókay János, Bosányi Béla, Csapody István, Dirner Gusztáv, Dollinger Gyula, Fauser Árpád, Goldzieher Vilmos, Grósz Emil, Grünwald Mór, Hainiss Géza, Hochhalt Károly, Kétly Károly, Korányi Sándor, Kuthy Dezső, Lévai József, Liebermann Leó, Löw Sámuel, Rákosi Béla, Reich Miklós, Rottenbiller Ödön, Tauffer Vilmos, Temesváry Rezső, Tóth Lajos tagokat, ezzel biztositván magának azon befolyást, a mely az orvosegyesületet a balneologiai egyesületben megilleti. Ezen befolyás, de főként a balneologiai egyesület jelenlegi céltudatos vezetése előbb-utóbb felvirágzásra fogja juttatni hazai fürdőinket. Bókay Árpád az idei balneologiai congressus elnöki megnyitójában beszámolva a közönség, kormány és törvényhozás megváltozhatatlan közömbösségével, megjelölte a jövőben való haladás egyedüli helyes útját, a melyen a magyar fürdők a maguk erejéből kell hogy csinálják meg a boldogulás feltételeit.

Az egyesület keretén kivül levő tudományos mozgalmakat közvetlen vagy közvetett támogatásban részesitette egyesületünk. Az orvosi kör sorozatos előadásait egyesületünkben tartotta meg, a magyar sebésztársaság ezidei jól sikerült ülésén és a magyar orvosok és természetvizsgálók nagyszabású pozsonyi vándorgyülésén több taggal volt képviselve. Ez utóbbi helyen a magyar kulturának ezidőszerinti hivatalos képviselője, a vallás- és közoktatásügyi minister úgy nyilatkozott, hogy „büszkeséggel mondhatjuk, hogy az emberiség ma már nehezen nélkülözhetné azt, a mivel a magyar természettudományi és orvostudományi kutatás az ő közkincsét gazdagította és gazdagítja". Elismeri ezt lassanként a külföld is. Ennek jelét látjuk abban a módban, a hogyan a tavalyi közgyülésen megválasztott külföldi levelező tagjaink megválasztatásukat kivétel nélkül hálásan megköszönték.

Az egyesület vezetősége szem előtt tartja, hogy ott, a hol az emberiség közös érdekeiről van szó, karöltve dolgozzék a külföld tudományos köreivel, igy az egyesület rákbizottsága, a jelen év junius 14.-én a nemzetközi rákbizottság felszólitására ennek kötelékébe lépett. Azon körülmény, hogy tudományos üléseink jegyzőkönyveit — egyelőre német nyelven — a külföldnek tudomására hozzuk, már is érezteti hatását, mert a mire előbbi években tudtommal nem volt eset, ez évben egyik-másik tudományos előadás felől messze külföldről érkezett tudakozódás. A „Pester med.-chir. Presse"-ben megjelent közlésekből német évkönyv készül, a melyet az egyesület megküld külföldi tudományos testületeknek a cserepéldányok fejében és az igazgató tanács 1907. deczember 3.-án tartott ülésének határozata értelmében jövő évre külföldi levelező tagjainknak is. A külfölddel való érintkezés kapcsán vagyok bátor megemliteni, hogy Lord Lister 80-ik születésnapjára, Rauchfuss Károly levelező tagunk 50 éves orvosi jubileumára és Schwartze Herrmann levelező tagnak 70-ik születés napjára az elnökség üdvözlő telegrammot küldött, melyet a jubilansok szívélyesen megköszöntek.

*

Tisztelt közgyülés!

A jó könyvtár Holmes szerint szellemi drogéria, a melybe az egyes szerek nem találomra, hanem úgy kerülnek oda, hogy az egyéni gondolkodás helyi körülményekkel és általános irányelvekkel jut vegyi egyesülésbe. Manapság, mikor oly sok a szellemi termék, a jó könyvtár szinvonalának emelése egyrészt nagy szakértelmet és sok fáradságot igényel, másrészt megfelelő elhelyezésre van szüksége. Az előbbi feltételeket teljesiti buzgó könyvtárosunk, Temesváry Rezső, ki 10 évi ernyedetlen munkával mintaszerüen rendezte és tartalmában megkétszerezte könyvtárunkat, a másik feltételt, a jobb elhelyezést, az egyesületnek kell megadni. Orvostörténelmi muzeumunk, mely Európában első ilynemü intézmény, fiatalsága daczára — köszönet Győry Tibornak fáradozásaiért — már a külföldön is méltánylásra talál, szépen gyarapodik és ha fog akadni több tagtárs, a ki úgy gondolkozik, hogy emléktárgynak a család körében legfeljebb ha egy-két generatio alatt van becse, azután elkallódik, muzeumunkban pedig az adakozó nevével együtt minden időre gondosan megőrizve, kulturmissiót teljesiteni hivatott, muzeumunknak is mihamarabb külön helyiségre lesz szüksége.

Tudományos üléseink utóbbi időben oly látogatottak, hogy a hallgatóság egy része az ülésteremből künnreked, szakosztályaink — egy-két kivétellel — a mint a túloldali kimutatásból is kitünik, oly szorgalmasan dolgoznak, hogy a hét legtöbb napján egyesületünk szük helyiségeiben alig tudunk a különböző üléseknek helyet szoritani. Itt az ideje, hogy az egyesület alkalmasabb, méltóbb hajlékról gondoskodjék. Az igazgató tanács Réczey Imre elnöklése mellett Erőss Gyula, Grósz Emil, Jurkiny Emil, Lévai József, Tauffer Vilmos, Temesváry Rezső és Tóth Lajos tagokból alkotott bizottságot delegált az emlitett kérdés tanulmányozására és reméljük, hogy az igazgató tanács a közel jövőben kész javaslatot fog terjeszteni az egyesület tagjai elé.

Egyesületünk a ma megválasztásra ajánlott 31 új rendes tagon kivül azzal is gyarapodott számban, hogy a katonaorvosok nagy része, a kiket az egyesület az elnök ajánlatára mult évben vendégekül meghivott, a rájuk való tekintettel módositott alapszabályzat értelmében rendes tagul beiratkozott. Reméljük, hogy tudományos tapasztalataikkal ténylegesen hozzá fognak járulni egyesületünk tudományos működésének élénkitéséhez.

A megválasztásra ajánlott levelező tagoktól is csak jót várhat az egyesület hirneve, mert mindegyike kiváló tudós és egyesületünk működése iránt eddigelé is érdeklődéssel viseltettek és ezt a jövőben még inkább elvárhatjuk tőlük.

*

Igy egyesületünk, mint a százados fa, hovatovább mind terebélyesebbé válik, de a természet rendje szerint hullatja is lombját, ágait.

Kilépett az egyesület kötelékéből három tag, a tagdijjal való két évi hátralék miatt az alapszabályok 14. §-a értelmében töröltetett 13 tagság. Ez év január 5.-én meghalt Pollitzer Illés, 1865 óta rendes tagunk, 81 éves korában, typusa azon gyakorló orvosnak, a kiről betegre, kartársra egyaránt melegség árad, február 15.-én Ebner János, mintaképe a tetőtől talpig korrekt embernek és kartársnak, Juhász Lajossal is fogyott az amúgy is kiveszőben levő sokat tudó és e mellett szerény magyar orvosnak a faja. Elvesztettük Trajtler Istvánt, Cséri Jánost. Zboray Béla kedves tagtársunk 35 éves korában vörhenyes betegétől reáragadt fertőzés folytán lett a mi sok tekintetben hálátlan veszedelmes foglalkozásunknak áldozata. Ifj. Klug Nándorról az otologiai szakosztály f. hó 10.-én külön ülésben emlékezett meg. Tehetségével, képzettségével és

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

	A tagok száma								Az előadások száma								A bemutatások száma							
	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907
Gynaekologikus	46	50	54	63	67	65	66	63	5	4	2	2	3	0	1	1	40	19	8	29	24	41	31	25
Elme- és idegkórtani . . .	42	45	45	46	46	48	48	54	5	5	5	4	4	6	7	5	6	8	6	14	18	18	7	17
Stomatologiai .	44	41	43	45	45	40	39	39	5	4	5	4	4	4	5	4	9	4	8	7	9	5	7	3
Otologiai . . .	22	22	23	23	24	23	22	21	3	3	2	4	3	1	4	1	14	6	10	5	10	4	5	2
Dermatologiai és urologiai	51	60	60	60	49	48	38	52	3	8	6	1	4	3	4	2	28	32	11	14	28	11	18	18
Sebészeti . . .	—	—	47	47	47	63	72	79	—	—	4	12	5	7	13	6	—	—	19	22	20	7	46	33
Orr- és gégegyógyászati	—	—	—	—	—	29	25	24	—	—	—	—	—	2	2	1	—	—	—	—	—	10	29	32
	205	218	272	284	278	316	310	332	21	24	24	27	23	23	36	20	97	69	62	91	109	96	143	130

egyéni tulajdonságaival arra lett volna hivatott, hogy szakmája tudományának és egyesületünknek oszlopává fejlődjék. Csatáry Lajos 1862, egy emberöltő óta tevékeny tagunk, közgyüléseinken többszörösen korelnökünk, az egyesületnek külföldi tudományos üléseken több izben képviselője, f. évi november 18.-án nagy részvét mellett helyeztetett örök nyugalomra. Elnökünk a XXII. ülés napirendje előtt méltányolta emlékét és ezt egyesületünk jegyzőkönyvébe iktatta. Ma is künn leng a fekete zászló egyesületünk házán. Szabó Sándor 1893 óta tagunk, néhány órával előbb javakorában önkéntes erőszakkal rázta le magáról az életnek reá nézve keservessé vált terheit.

Illő megemlékeznünk Bergmann Ernő levelező tagunkról is, a kit f. évi márczius 29.-én temettek el Berlinben a Langenbeckhausból, a melyet sok egyéb alkotás mellett ő hozott létre. Nem reánk tartozik, hogy méltányoljuk tudományos és egyéb bokros érdemeit, csak egyet említek meg és ez kiváló kollegiális érzülete volt. Mindennapos volt, hogy egész napi testet és szellemet fárasztó munkája után esténként órákat töltött orvosi üléseken, hol egész lelkével iparkodott azon, hogy orvostársadalmi kérdések sikeresen megoldassanak. Kiváló ember szava sohasem vész kárba és ha e mellett kathedrán működik, a kathedra mint resonator erősíti az onnan elhangzó szót. Bergmann egymaga többet javított a német orvosok társadalmi helyzetén, mint sok német orvosi egyesület összevéve.

*

Tisztelt közgyülés!

A Mészáros Károly-alapítvány kamataiból az 1905. évi nagygyülésen hirdetett jutalomdíjat az igazgató tanács Illyés Géza: „A belgyógyászati vesemegbetegedések sebészeti kezeléséről“ czímű dolgozatának és Kubinyi Pál: „A méhrák és gyógyitása klinikai tapasztalatok alapján“ czímű monographiájának két egyenlő részben itélte oda. Az igazgató tanács ezen határozatát külön jelentésben fogjuk a tisztelt közgyülés elé terjeszteni.

Most még engedelmet kérek arra, hogy az alkalommal élve, arról, hogy a tudományos munkálkodásnak milyen módja kivánatos egyesületünk és a magyar orvostudomány szinvonalának emelésére, röviden elmélkedhessem. Az ehhez való bátorságot onnan merítem, hogy mint titkár egyesületünk tudományos működésének központjában régebben foglalatoskodom és a titkár szivén keresztül vezet az egyesület tudományos működésének vérkeringése, ő érzi meg ennek lüktetését legközvetlenebbül.

Holmes állitja, hogy „minden korban léteznek emberek, akik agyvelejükben rejtegetik azokat a petéket, a melyekben a legközelebbi generatio vagy századnak haladása le van téve. Ezen emberek agyából kelnek ki, ha e peték megtermékenyíttetnek, a korszakalkotó eszmék, találmányok, felfedezések“. Szerinte egy századra alig jut több, mint féltuczat ilyen ember. Mindenesetre bizonyos, hogy az új eszmék és gondolatok mezején ritka és kevés az őstermelés, a legtöbb ember csak kereskedést folytat már meglevő eszmékkel és gondolatokkal. De mivel a kereskedés, ha nem vásári módon történik, tisztességes foglalkozás és mivel a meglevő gondolatoknak és eszméknek feldolgozása az orvostudományban szükséges azért, mert ama féltuczat ember agyából a gondolat petéje nem úgy kerül ki készen, mint a madár tojása, hanem csak csökevényesen, éretlenül és csak a hosszabb ideig vele való foglalkozás nevel belőle egészet és hasznosat: az, hogy egészen újat nem tud produkálni, senkit se tartson vissza a tudományos munkálkodástól és úgy mint a korallok alig érzékelhető munkája zátonyokat, sőt egész, későbbi kulturára alkalmas szigeteket képes létrehozni, az orvostudományban is hasznos a részletekkel való foglalkozás, ha az össztudomány kedvéért történik.

Három körülményt kell csupán szem előtt tartani az orvostudományi munkálkodásnál.

Először is kerülni kell a szükkörű specializálást. Csak sajnálni lehet, hogy az erre való hajlamosság egyesületünkben is terjed. Pedig ha egy pillantást vetünk szakosztályaink tudományos működésére, láthatjuk, hogy nagyobb szakok eredményes tevékenységet fejtenek ki, szükkörű szakmák szakosztályai pedig csak épen hogy vegetálnak. Az orvostudománynak szükkörű specializálása természetellenes. A mint nem képes a kaucsukgömb a beléje szorított gázt állandóan megtartani, a tudomány sem képes csak egy bizonyos speciális ismeretekkel boldogulni. A kaucsukgömbből kiszivárog a gáz, és helyébe tódul a környező mindent kitöltő levegő, a speciális tudást is kiszoritja helyéből az általánosabb tudás.

A második körülmény, a mit tudományos munkálkodásnál szem elől téveszteni nem szabad, az a mit az északamerikai orvosegyesület juniusban tartott nagygyülésen James Herrick

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

is fejtegetett, hogy az orvosi tudományok terén a gyakorlat sohase váljék külön a tudományos kutatástól, a minek megfordítottja is érvényes, úgy, a hogy Bacon régen megfogalmazta: „az okos ember a kisérlet iránti lelkesedést a tapasztalat tanításával egyesíti“. Ezen utóbbi elvnek elhanyagolása az oka, a miért a serumkutatás, jóllehet nagy érték rejlik benne, oly nehezen tud biztos eredményekre szert tenni. Az előbbi elv helyességének bizonyítására példa végett nem kell messzire nyúlnunk. Az orvoskari tanártestület hálára kötelező szíves meghivása folytán a most lefolyt Markusovszky-féle jubilaris cyclusban a laboratoriumi kutatásokat és kisérleteket a gyakorlat igényeivel meglepően összhangba hozott, művelt hallgatóság igényeihez mért magas szinvonalú, e mellett jól megért hető és külső formájával tetszetős előadások a tárgyalt szakmában kevéssé jártas hallgatónak is kitünő alkalmat adtak arra, hogy a kisérleti pharmakologia oly területeit, a melyeket megismerni óhajtott mindig, de kellő kalauzolás hijján eltévedt rajtuk, most közelről jól megismerje és megkedvelje.

Végül a harmadik körülmény, a mi orvostudományi munkálkodásnak sikerét biztositja — és ez a legfontosabb — a teljes elfogulatlanság a saját és mások kutatásának eredménye iránt. Az, aki valamely tudományos kérdés megoldásához úgy fog, hogy meg van előre véleménye a kérdés felől és ennek megerősítésére keres bizonyitékokat, ezeket meg is fogja találni, de akárhányszor a tényeknek — habár öntudatlan — meghamisításával, mert nem veszi észre az ellenérveket. Thomas Moore szerint ugyanis az elfogultság olyan mint a pupilla: minél több világosság éri, annál jobban összehúzódik.

A tudományos vizsgálódásra jól alkalmazható Holmes hasonlata az igazságról és hamisságról: „A gyermekkorban mindenkinek megjelenik az angyal jobb kezében elefántcsont koczkákkal, a melyekre az van irva: „igazság“, bal kezében szines márványgolyókkal, a melyekre „hamisság“ van irva. A gyermek mind a kettő után kap. Eleinte jobban örül a golyóknak, mert ezek a legkisebb lökésre könnyen gurulnak, mig a koczkák egyáltalán nem gördülnek, úgy maradnak, a hogyan letette őket. De a mikor a gyermek felserdül, észreveszi, hogy oly tárgyak, a melyek könnyen gördülnek, kényelmetlenek, mert oda is elgurulnak, a hova nem akarta gurítani és nem találja meg őket, mikor legjobban szüksége volna reájuk, ellenben a koczkákat mindig megtalálja, a mikor kellenek, ott a hova előző alkalommal állitotta őket; igy lassanként mellőzi a golyókat és megkedveli a koczkákat. A meglettebb korban sok embernél a félénkség, udvariasság, alkalmazkodás kikezdi és lekoptatja a koczkák éleit, annyira, hogy némely embernél a fehér koczkákat, főként ha használatuk közben piszkosakká is váltak, végre nem lehet megkülönböztetni a hamisság gördülékeny szines golyóitól.“

A tudományos vizsgálódásban csak az igazság fehér koczkáival érhet el valaki igazi eredményt és csak úgy, ha állandóan ügyel arra, hogy a koczkák éle ki ne csorbuljon.

A közgyülés a jelentést tudomásul veszi. Elnök a közgyülés nevében a titkárnak lelkiismeretes, tapintatos és az egyesület iránti szeretettel végzett munkájáért köszönetet mond.

3. *Temesváry Rezső* könyvtáros előterjeszti jelentését.

4. *Blaskovics László* felolvassa a könyvtárvizsgáló bizottság jelentését.

A közgyülés a jelentést tudomásul veszi és a könyvtárosnak, valamint Győry Tibor másodkönyvtárosnak köszönetet mond.

5. *Győry Tibor* előterjeszti jelentését az orvostörténelmi muzeumról.

Tudomásul szolgál.

6. *Elnök* bemutatja Korányi Frigyes levelét, melyben értesiti az orvosegyesületet, hogy Balassa János, Markusovszky Lajos és Lumniczer Sándor családjától nevezettek irományait megkapta az orvostörténelmi muzeum részére.

Örvendetes tudomásul szolgál és Korányi Frigyes tiszteleti tagnak a közgyülés köszönetet mond.

7. *Jurkiny Emil* pénztáros felolvassa jelentését és a jövő évi költségvetést.

8. *Blaskovics László* felolvassa a pénztárvizsgáló bizottság jelentését.

9. *Schächter Miksa* nem érti, hogy az 1907. évben „alaptőke és folyószámla bevétele“ 2078 K 94 f-t tesz ki, mig 1908-ra csak 400 K van e czimen előirányozva.

10. *Temesváry Rezső* és a *pénztáros* felszólalása szerint ez átmeneti tétel, melynek megfelelő tétel az 1908-i költségvetésben mint kiadás előfordul.

A közgyülés a jelentést tudomásul veszi, a pénztárosnak a felmentvényt megadja és neki buzgó működéseért köszönetet mond.

11. *Blaskovics László* felolvassa a Schuster-Bugát-féle alapitványról szóló jelentést.

Tudomásul szolgál.

12. *Blaskovics László* felolvassa az Ivánchich-alap kamataiból adott segélyekről szóló jelentést.

Tudomásul szolgál.

13. *Blaskovics László* felolvassa a dr. Szenger Ede-féle alapitvány kamataiból kiosztott segélyekről szóló jelentést.

Tudomásul szolgál.

14. *Lévai József* felolvassa a Mészáros Károly-díjról szóló jelentést.

A közgyülés a jelentést tudomásul veszi. Elnök a megjutalmazottaknak Kubinyi Pál és Illyés Gézának gratulál. Az alapító levél értelmében a Mészáros-család fejének, jelenleg Mészáros Ervin főhadnagynak beleegyezését kikérték és megkapták a díj kettéosztására.

15. A *könyvtárvizsgáló* bizottság tagjai lettek: Török Lajos elnök, Székely Ágoston, Politzer Alfréd.

16. A *pénztárvizsgáló* bizottság tagjai lettek: Id. Elischer Gyula elnök, Flesch Nándor, Medvei Béla.

17. *Elnök* a választások vezetésére felkéri Jármay László elnöklete alatt Vermes Mórt és Lobstein Leót.

A választások eredménye a következő: Megválasztatott 21 külföldi levelező, két belföldi levelező és 31 rendes tag.

18. *Elnök*, ki lévén meritve a napirend, a közgyülést bezárja.

Budapest, 1907. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Krausz Soma) Dorottya-utcza 14. szám.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

51. évfolyam. 52. szám. *Budapest, 1907. deczember 29.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Lovrich József: Közlemény az I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr. ny. r. tanár.) A méhrepedésről. 918. lap.

Kollarits Jenő: Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató: Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár.) Másodlagos elfajulások gerinczvelőnyomás következtében. 929. lap.

Plesch János: Közlemény a berlini gazdasági főiskola állat-élettani intézetéből. Igazgató: Zuntz N. titkos kormánytanácsos. Chromophotometer, új készülék a színconcentratio, különösen a haemoglobin és a vérmennyiség meghatározására. 933. lap.

Tárcza. Grósz Emil: Az 1908. évi állami költségvetés. 935. lap. — Weyner Emil: Érdekesebb hypertrichosis-esetek. 937. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Auguste Brasseur:* La psychologie de la force. — *S. Rahmer:* August Strindberg, eine pathologische Studie. — *Max Joseph:* Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Falloise:* Az ember emésztőcsatornájában keletkező mérgek s elpusztulásuknak okai. — *Gyógyszertan. Friberger:* A morphium használatmódja. — Antiphlogistin. — *Belorvostan. Ruck:* Az öröklés jelentősége a tüdőgümőkór prognosisában. — *Huchard* és *Amblard:* Typhusban a verőeres nyomás hirtelen fokozódásának jelentősége. — *Idegkórtan. Bumke:* A pupilla vizsgálatok kórjelző értéke. — *Sebészet. Ito* és *Soyesima:* Az arczideghűdés gyógykezelése idegátültetéssel. — *Anschütz:* Adatok a májresectiohoz. — *Selberg:* A laparotomiák után beálló halál oka. — *L. Arnsperger:* A gastroenterostomia posterior antecolica. — *F. T. Stewart:* Thrombosis és embolia miatt végzett arteriotomia. *Eugene Pool:* Tetania parathyreopriva esete. — *Gyermekorvostan. Comby:* A gyermekgyakorlatban a tuberculinnal eszközölt ophthalmo-reactio. — *Pospischil:* Myocarditis scarlatinosa. — *Bőrkórtan. F. Lewandowsky:* A csecsemők sokszoros tályogjainak pathogenesise és therapiája. — *A. Jungmann:* A lupustherapia indicatioinak mai álláspontja. — *Venerea bántalmak. W. Schattmann:* A cervixgonorrhoea szivókezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Leistikow:* Mergal. — *Moure:* Szer pharyngitis ellen. — *Blagdno Richards:* Szer genyedő középfülgyuladás ellen. 938—942. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság 942. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 942. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 943—946. lap.

Melléklet. Gynaekologia. 4. sz. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi magántanár és Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár.

F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Secacornin" készitménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A méhrepedésről.[1]

Irta: *Lovrich József* dr. magántanár, egyetemi tanársegéd.

A méhrepedés a szülést kisérő szövődmények között a legsúlyosabb. Vele súlyosságban csak a placenta praevia és az eklampsia vetekszik. Minthogy nézeteink aetiologiájáról és kezeléséről még mindig nem egyöntetüek s minthogy ezirányban az irodalomban található adatok is egymással ellentmondók és ekként az olvasót bizonytalanságban hagyják, a gynaekologiai szakosztály czélszerűnek látta, hogy ezt a nagyfontosságú kérdést az orvosegylet plenuma elé hozza és a klinikák nagyobb anyagán szerzett tapasztalásokra támaszkodva tárgyaljon felőle.

Hazai irodalmunkban bövebb közleményt Schultz Henriktől találunk, a ki 1891-ben a második számú női klinika 14 esete kapcsán ir a rupturákról, továbbá Wallától, a ki 1900-ban az I. sz. női klinikán addig előfordult 28 méhrepedésről rövid referatumban tesz említést. Ezeken kivül még a két budapesti klinikáról, meg a kolozsvári női klinikáról és a szegedi bábaképezdéből találunk egyes eseteket, részben a gynaekologiai szakosztály évkönyveiben, részben szaklapokban lejegyezve. Részletesebb ismertetést nagyobb anyagról, 43 esetről, Tauffer tanárnak a „Deutsche Gesellschaft für Gynaekologie" 1895-ben tartott bécsi congressusán elmondott felszólalásában olvashatunk. Ezeknél nagyobb statistikáról, mely a hazai irodalomból származnék, nem tudunk. Igazat kell adnunk Fritschnek, a ki ugyancsak az 1895.-i bécsi congressuson azt mondta, hogy senki sem lehet olyan szerencsés vagy szerencsétlen, hogy nézeteit a méhrepedésekről a saját gazdag casuisticájára támaszkodva mondhassa el s ezért a legtöbben, főleg a kezelésről, csak a mások statistikai adataira hivatkozva alkotják meg véleményüket. Az egyes eljárások felől való közleményekben pedig a szerzők többnyire csak a szerencsés kimenetelü eseteket szokták leirni, a halállal végződökről alig tesznek említést. Nekem most az a szándékom, hogy az I. sz. női klinika 29 éves anyagának összes eseteit a meglevő feljegyzések alapján a maga valóságában hozzam az orvosegyesület elé.

* * *

1878 óta 33,683 szülés mellett 39 rupturát találunk a jegyzőkönyveinkben említve. 6800 szülésünk a poliklinikában fordult elő. A 39 ruptura közül nem egy szerepel olyan is, a hol a beteg már haldokolva lett a klinikára beszállítva. Általában a méhrepedések gyakoriságuk tekintetében a legkülönfélébb számokat mutatják. Igy Bandl több szülőház statistikája nyomán 154,303 szülésre 117 rupturát talált, vagyis 1183 szülésre egy rupturát; Leopold pedig 6100 szülésre egyet. A mi észlelésünk szerint 863 szülésre esik egy ruptura. Minthogy azonban a szülőházakba és a klinikára a praxisból épen a legnehezebb esetek kerülnek, főleg pedig olyanok, a hol már ismételt kisérletek történtek a szülés befejezésére és a melyeket úgy hoznak be már megtörtént rupturával, azért a statistika összeállításakor más számokat nyerünk akkor, ha csakis a klinikai anyagból keletkezett méhrepedéseket számítjuk, és másokat akkor, ha a klinikára már rupturával beszállított eseteket figyelembe veszszük. A 39 ruptura közül 23 a praxisból, illetve poliklinikából került már megtörtént repedéssel a klinikára és 15 repedés a klinikán keletkezett. Egy beteg a szállítás előtt meghalt (18. eset). A rupturák arányszáma minden valószinüség szerint csakugyan jóval magasabb, mint gondoljuk. Hiszen egy része a rupturáknak mindvégig felismeretlen marad és az elvérzések, kimerülések, sepsisek statistikai számát szaporítja.

A méhszakadások általában gyakrabban fordulnak elő többször, mint először szülőknél. Igy Trask 320 ruptura közt 39 először szülőt talált. Nagyobb összeállításban különféle közlemények eredményét összegezve, 546 rupturaeset között 65 volt a primipara. Jolly 455 esete között 37 a primipara. A mi statistikánk szerint 39 ruptura között 4 keletkezett primiparában (2., 4., 7., és 18. eset). Bandl szerint egy primiparára 8 multi-

[1] Referáló előadás a budapesti kir. orvosegyesület 1907 április hó 20.-án tartott ülésén.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

para esik. Mindezen számok elvitázhatlanul mutatják, hogy a ruptura multiparákban gyakoribb mint primiparákban.

A terhesek kora nem bir befolyással a rupturára. Idős primiparákban a méhszáj- és cervixrepedések gyakoriabbak, mint a méhrepedések. A ruptura ugyanazon egyénben megismétlődhet. A Tarnier által említett Rose-féle esetben egy harminczkét éves asszonynak 4 egymásután következő terhessége rupturával végződött: a magzat minden szüléskor a hasüregbe került és onnan mindig a normális szülőutakon letteltávolítva; csak a negyedik magzat pusztult el; az anya mind a négy szülés után complicatio nélkül gyógyult.

A repedés keletkezhet a terhesség alatt, a szülés kezdetén és a szülés alatt. A terhesség alatt főleg traumás okokból (lövés, szúrás), azonban létrejöhet spontan is, ha a méh fala heges, vagy egyéb pathologiai elváltozások folytán gyengült. Ilyen esetünk nekünk is van egy, a melyben esés következtében támadt a terhesség alatt a ruptura (39. eset). A repedés fejlődhet a szülés kezdetén, már a tágulási időszak alatt is. A szülés alatt létrejött ruptura az előidéző okok szerint majd spontan, majd violens. Jolly 573 esetében 376 spontan és 197 violens rupturát talált. A mi statistikánkban 39 eset közül 19 spontan és 20 violens ruptura szerepel. Minthogy a rupturák keletkezésére indító okul nemcsak a hibásan választott vagy végzett mütétek szerepelnek, hanem e tekintetben a kellő időt elmulasztott mütéti beavatkozások is elsőrangú szerepet játszanak, jól kell ismernünk nemcsak a bekövetkezett, hanem a fenyegető ruptura ismertető jeleit és természetesen azoknak a kezelését is.

Sänger külön tárgyalja a repedést és a méh falának megszakadását. Deductiojában azonban ő is azt mondja, hogy a mi az eredményt illeti, a repedés és megszakadás között nincs különbség.

Az anatomiai elváltozások a legváltozatosabb alakokat mutatják és a violens rupturák e tekintetben miben sem különböznek a spontanoktól. A repedések az alsó segmentumon sem jellegzetesek, és irányukból csak kivételesen következtethetünk keletkezésükre. Fogónál, extractionál inkább hosszan lefutók a repedések, lehetnek azonban harántok és ferdék is. A repedés legtöbbször csak a méh egyik oldalán fordul elő. Kivételesek a körkörös leszakadások, a milyen sorozatunkban a 4., 12., 17., és 29. eset. A repedések zegzugos, czafatos, zúzott, csipkézett szélűek lehetnek és véresen beivódva törékenyek, nem egyszer erősen oedemásak. A peritoneum gyakran a méh nagy területéről le van emelve és így véresen beivódva hátra felfelé a vese tájékáig is leválhat (lásd a 7., 15., 32., 33., 34. esetet), különben pedig mindenüt kékesen áttünő, vizenyős. Az incomplet rupturára jellemzők a nagyobb haematomák és az emphysemák. Az átszakadt nagy erek tátonghatnak vagy thrombusokkal lehetnek kitöltve. A ligamenta rotunda néha épek, néha leszakadnak. A repedés a corpusra is átterjedhet és ilyenkor T-alakot mutat. Ugy látszik, hogy a baloldalt lefutó rupturák a gyakoriabbak azért, mert a méh rendesen kissé jobbra van dőlve és a bal fala van erősebben kitágulva. A rupturák lehetnek hosszantiak, harántok és ferdék. Előfordulásuk szerint gyakoribbak az oldalsó falon, mint az elülső vagy hátulsó falon keletkezők. Ez is érthető, hiszen a rendes szülések alkalmával is a portio- és cervixrepedések rendszerint a kevésbé védett commissurák irányában jönnek létre. A mi eseteink között 22-szer az oldalsó (14-szer baloldalt), 9-szer az elülső és 3-szor a hátulsó falon keletkezett a ruptura. Körkörös rupturát 4 esetben, olyat pedig, melyben hátul és elől volt a szakadás, egy esetben találtunk. A méhtest rendesen a rupturával ellenkező oldalra dől. Maga a ruptura helye a legkülönfélébb alakokat mutatja. Lehet szabálytalan, szaggatott szélű, elvékonyodott falú, véresen átivódott és törékeny. A repedés az izomzat gyors összehúzódása következtében a mütét vagy sectio végzésekor az eredetinél már jóval kisebb. A ruptura egyszer incomplet, máskor complet. Az incomplet rupturában a hashártya sértetlenül marad. Az incomplet rupturára jellemző, hogy a sértetlen peritoneum a szétszakított méh izmairól le van emelve. A vérzés következtében subperitoneális haematoma, a levegő behatolása következtében pedig emphysema keletkezik. A haematoma és emphysema annyira jellemző, hogy jelenlétükben az incomplet ruptura diagnosisa már ebből is felállítható, bár mindkét tünet hiányozhat is. A vizsgáló ujj a repedésbe jutva, mindenütt a hashártya által fedett üreget tapintja és legtöbbször sem belet, sem csepleszt tapintani nem tud, bár néha az elvékonyodott és a haematoma által szétfeszített peritoneumon keresztül a belek peristaltikás mozgását is átérezheti. A complet rupturának főismérve az, hogy a ruptura üregében bél, cseplesz vagy fodor tapintható és így közvetlenül a méhüregből a repedésen keresztül a hasüregbe jutunk. Sokszor a magzat, sőt a lepény is kilép a méhből a has üregébe.

Az incomplet rupturák ritkábbak, mint a completek, és nem egyszer tünet nélkül felismeretlenül maradnak. Brenecke szerint az incomplet ruptura a complethez úgy aránylik, mint 8 : 100. A mi eseteink között 17 incomplet és 22 complet rupturát találunk. A hasüregbe kilépő magzat a corpust secundaer is széttépheti. Ilyenkor, mint fentebb említettem, a repedések T alakot mutatnak. A ruptura a peritoneumot néha óriási területeken leválasztja. Hátul például fel a veséig terjedő leválásokat láthatunk, sőt elül is a hashártya egészen a köldökig vértől alávájt lehet. Az uterus testén szétkopásokat és usuratiókat láthatunk. A ligamentum latum lemezei szétfeszítve különféle nagyságú és tágságú tasakokat alkotnak, kitöltve vérrel, magzatvízzel és magzatmázzal. Ilyenkor a hólyag és rectum is sérülhet. Eseteink között 4 hólyagsérülést találunk (5., 12., 15., 17. eset). A vérzés nagysága különféle, tömegének megitélésekor azonban tekintettel kell lennünk arra, hogy a has üregébe folyt magzatvíz az ott található folyadékmennyiséget szaporíthatja. A vérzés nem mindig letális. Ez attól füg, hogy csak a gyüjtőerek szakadtak-e, vagy a verőerek is.

A hüvelyboltozat szakadásait, a colpaporrhexist szintén észlel tük 7 esetünkben (25., 27., 30., 31., 36., 37., 39. eset). Az egyik esetben akkor keletkezett a ruptura, mikor a szülés utáni vérzés miatt a kezelő orvos vizsgálatot végezvén, keze a méhszáj helyett a hátulsó hüvelyboltozaton át a hasüregbe került (27. eset). A colpaporrhexisek előidéző momentumaként főleg a haránt-fekvés szerepel. Bandl azt hiszi, hogy akkor, midőn a harántul fekvő magzat válla a hüvelybe nyomul, ezt feszítvén, nem a méh alsó szakaszát, hanem a hüvely fornixát repeszti át. Kaufman 75 eset között 30—40%-ra becsüli a colpaporrhexisben a haránt-fekvések számát. Minálunk kétszer fordult elő harántfekvésben a colpaporrhexis és ezek között is az egyik violens volt. A hüvelyboltozati repedések gyakran a méhnyakra is átterjednek, ilyenkor harántfekvésekben a méhszáj rendesen annyira visszahúzódik, hogy már elérni sem lehet. A rupturák osztályozására Sängernek van egy kimerítő táblázata, melyben a rupturákat anatomiai, általános mechanikai és praedisponáló okok szerint osztályozza. Sänger beosztásában aetiologice szerepelnek a szük medencze különféle formái, csontléczek a medenczében, daganatok, a méh alsó részének szakadásai, hegei, lógó has, túlságos erős fájások és secale; a pete részéről pedig a túlnagy magzat, ikerterhesség, hydramnion, hydrocephalus, hibás fekvések, a fej hibás beigazodása és torzképződések.

Az aetiologia tekintetében leggyakrabban szerepel a szük medencze. Ezek között főleg az egyaránt szük és a lapos. Fritsch 500 ruptura közül 338-at látott szük medenczénél. Nálunk 39-ből 10 medencze volt szük. Ezek között volt két exostosis symphyseos (14., 15.), egy osteomalaciás (7.) és egy harántul szük medencze (12). A nem nagyfokú szükületek is veszélyesek, mert a cervix beszorul s ennek folytán az alsó segmentum mértéken felül kitágul. A hydrocephalus mint téraránytalanságot előidéző körülmény szintén közrejátszat a szakadás keletkezésében. Az irodalomban számos ilyen rupturát találunk feljegyezve. März 280 ruptura között 18-ban talált hydrocephalust. A mi eseteink között egy van feljegyezve a ruptura okául (8.). Máskor a magzatnak túlnagy és kemény feje okozza a repedést. A mi 39 esetünk között 4-ben találtunk részint nagy magzatot, részint nagy fejet (9., 17., 30., 31.). Elszakadhat a méh akkor is, ha a fej hibásan igazodik be. A klinika egy esetben arczfekvésben (21.), egyben pedig fejtetőfekvésben (35.) talált rupturát. A harántfekvés majd mint elhanyagolt harántfekvés, majd pedig a nála czélbavett mütétek folytán oka a repedésnek. A klinikai anyagban 12-szer harántfekvés okozta a rupturát, köztük 3 el volt hanyagolva (15., 26. és 33.), kettőben pedig colpaporrhexis történt (25., 36.). A terhesség alatt létrejött uterusrupturák a legritkább események közé tartoznak és többnyire violensek, a mint ezt a 29. és 39. esetünk bizonyítja. A 29. esetben a terhesség 3. hónapjában az abortus befejezése alkalmával ujjal csinálták a rupturát, a 39

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

esetben pedig hasraesés következtében állott be repedés. A lágyrészek heges szükületei szintén okozhatnak rupturát, a mint mi ezt a 2. és 34. esetünkben észleltük. Ha cervicális daganat szerepel a ruptura okául, rendesen a hüvelyboltozat vagy a méh alsó szakasza szakad. Ilyen a 24. esetünk, a hol egy XI. szülő asszonyban a bal boltozaton emberfejnyi cervicális myoma volt tapintható. A ruptura a cervixen keletkezett. Egy esetünkben farfekvés mellett tetania uteri volt jelen a repedés előtt (4.).

Három esetünkben placenta praeviánál (10., 19. és 38.) a placenta tapadási helyén minden valószinüség szerint a méhfal elvékonyodása következtében keletkezett a repedés. Nem lehetetlen, hogy az egyikben (21. bonczjegyzőkönyv.) a ligamentum latum lemezei között található abscessus is közrem üködött. Carcinoma és császármetszés utáni heg esetén repedést nem észleltünk, az irodalomban azonban ilyenekről elég gyakran olvashatunk. Labhardt a Herff klinikáról irt közleményében (Zeitschrift für Geburtshilfe, 53. kötet, 1904.) 3 esettel kapcsolatban ismerteti az előző szülések után visszamaradt hegekben támadó rupturát. Szerinte a mechanikai okok mellett első sorban a spontan vagy mesterséges úton a méh falában keletkezett hegek szerepelnek az aetiologiájában. A szerző különösen említi a császármetszés után keletkezett hegeket, tagadhatatlan azonban, hogy a Sänger által javitott varrási methodus a császármetszések utáni rupturák számát leszállította. Természetesen a nyúlékony, vékony méh alsó szakaszán levő hegek még inkább hajlandók a szétválásra. Legújabb időben Hofmeier közölt 9 esetet, a melyekben a ruptura mély cervixincisio és vaginális császármetszés hege után jött létre. E körülmény folytán Labhardt azt a kérdést veti fel, vajjon nem volna e helyesebb az e fajta operatióktól elállani és helyettük inkább a klasszikus abdominális császármetszést végezni, minthogy ennél a heg sokkal kedvezőbb helyen fekszik. A hegek utáni szakadás oka szerinte abban rejlik, hogy a sebszélek izomrétegei széthúzódnak és ezáltal a gyógyulás után e helyen a méhfal csak serosából és deciduából áll. Ebből a szempontból a szerző figyelmeztet is a sebszélek pontos egyesítésének szükségére. Azonban ugyan ő közöl egy esetet, a melyben a mély cervixincisio hegében ruptura támadt s bár a helyzetet placenta praevia komplikálta, a repedés a belső méhszáját nem haladta túl és ekként a placentáris területen kivül maradt. Ő is H. W. Freund azon nézetéhez csatlakozik, hogy csekély repedések hegei után is, a melyek keletkezésükkor nem jártak különös symptomákkal, elég gyakran támad ruptura. Ezeknél szerinte nemcsak műtéttel kapcsolatban, hanem spontan, sőt fájásgyengeség alatt is létrejöhet a repedés. Jellemző két esetet közöl is. Mindkét esetben az előző szülés fogó alkalmazásával arczfekvésben folyt le. A leirt esetek mutatják a hegek nagy befolyását a következő szülések lefolyására. Különösen azok a hegek látszanak veszélyesnek, a melyek a supravaginális cervixrészleten fordulnak elő. A szüléskor a szövetek elvékonyodása a cervixen a legnagyobb fokú és itt a hegek szakadása érheti a peritoneumot is. A közönségesen szülés alatt a portión létrejött berepedések hegei ritka kivételként szakadnak mélyre be, ha csak valamely erőszakos tágítási kisérlet nem történik, mint például a Bossi-féle eljárás. A Dührssen-féle vaginális császármetszésnek kétségtelen előnyei mellett hátrányaul emlitik, hogy a későbbi szüléseknél súlyos veszélybe sodorhatja az anyát, a mint ezt Hofmeier esetei bizonyitják. Előző nehéz szülések után ismeretlen okból származott 5 rupturáról van feljegyzésünk. A 11. beteg előzőleg 2-szer nehezen szült. A 13. beteg III.-para, 2. szülése perforatioval ment végbe. A 36. beteg XI.-para, 9. partusában harántfekvés decapitatioval. A 37. beteg XIII.-para, utolsó 3 szülésében harántfekvés fordítással. A 38. beteg IX.-para, utolsóelőtti szülésében lábrafordítás és az utoljára jövő fej perforatioja történt, a VIIIP-ban pedig magas fogót végeztek. Ezekben minden valószinüség szerint az előző nehéz szülések után visszamaradt heges szövet szakadt széjjel az újabb szülés alkalmával. Ezeket a rupturákat jellemzi, hogy hamar keletkeznek, mindjárt a szülés kezdetén vagy a szülés első időszakában, legtöbbnyire váratlanul, alarmozó tünetek nélkül.

A violens rupturák a legkülönfélébb okokból erednek és az előbbieknek combinatioit mutatják.

A complet és incomplet ruptura között aetiologia és mechanismus tekintetében nincs különbség.

Összefoglalva az elmondottakat: szük medencze eseteiben 10-szer láttunk rupturát keletkezni, hydrocephalusnál egyszer, nagy fej vagy nagy magzat miatt 4-szer, arczfekvésnél és fejtetőfekvésnél egy-egy esetben, strictura vaginaenél 2-szer, placenta praeviánál 3-szor, abscessusnál a ligamentum latum lemezei között 1-szer, harántfekvésnél 12-szer és myoma cervicisnél 1-szer. Tehát 36 esetben sikerült kimutatni a rupturának az okát, 3 esetben azonban a kezeink közt levő adatokból nem tudjuk azt kideriteni. Lehetséges, hogy ezekben is az előző nehéz szülések után visszamaradt cervixhegekből indult ki a repedés.

A prognosis a sérülés helyétől és nagyságától, főként pedig a vérzéstől, a netaláni fertőzéstől, annak minőségétől és a therapiától is függ. Általában úgy tartják, hogy az incomplet rupturáknak jobb a prognosisa, mint a completeknek. A mi számításunk szerint 22 complet ruptura közül meghalt 17 = 77·27% és 17 incomplet ruptura között meghalt 8 = 47%. Továbbá kedvezőbb az intézetben keletkezett rupturák prognosisa, mert ott a nagyobb gonddal vezetett szülések körül az infectio veszélye is kisebb, meg azután szükség esetén a radikális kezelés is az intézetben azonnal követheti a rupturát. A mi eseteinkben 23 rupturával beszállított beteg közül meghalt 15 = 65·2%, míg a klinikán észlelt 15 beteg közül 9 halt meg = 60%. A violens rupturákról azt tartják, hogy általában kedvezőbb lefolyásúak, mint a spontan keletkezett rupturák, tudniillik itt is a ruptura keletkezését közvetlenül követni szokta a gyógykezelés. A mi adataink szerint 20 violens közül 12 halt meg = 60% és 19 spontan ruptura közül 13 halt meg = 68·4%. A gyermekre a prognosis absolute rossz. A ruptura folytán a lepény leválik és a magzat megful; bár nincs kizárva, hogy a hasüregből kihúzott magzatot is sikerül életre kelteni. A mi eseteink között csak egy magzat maradt életben, a melyet spontan keletkezett incomplet rupturában a természetes szülőutakon hozott keresztül a műtő (24. eset).

Mielőtt a ruptura keletkezésére áttérnék, rövidesen különválasztva felemlítem még a fenyegető és a már megtörtént ruptura jeleit. Hogy a rupturát elkerülhessük, legelső sorban fel kell hogy ismerjük azokat a változásokat, a melyek a rupturát bevezetik. Ha idejekorán felismerjük a közeledő veszélyt, a szülésnek gyors befejezésével el is kerülhetjük, a mi az esetek túlnyomó részében a daraboló műtétek óvatos keresztülvitelében fog állani. A fenyegető rupturát legjobban arról ismerhetjük fel, hogy a szakadatlan egymásután következő fájások mellett a méh alsó szakasza elvékonyodik és érzékeny lesz. Csakhamar érzékeny lesz a hasfal is. A contractionális gyürü szemünk előtt akár a köldökig felemelkedik, a ligamenta rotundák húrszerüen feszülnek. Az érzékeny méh alsó szakaszán keresztül a magzatrészek ijesztő könnyen tapinthatók. Tehát a cervix megnyúlásából, a contractionális gyürü magas állásából, a ligamenta rotunda feszüléséből következtethetünk a fenyegető veszélyre. A bekövetkezett uterusrupturára jellemző, hogy a beteg nem egyszer úgy érzi magát, mintha valami megszakadt volna a testében. A repedést legtöbbször collapsus és csekély kifelé való vérzés kiséri. A nagy nyugtalanságot vészes nyugalom váltja fel és az addig tartott állandó szülőfájások hirtelen megszünnek, a kipirult arcz halálsápadt lesz, a beteg hány, szemei beesnek, pulsusa filiformis, az acut anaemia és shock tünetei vannak meg. A fájások megszünésével az addig talán fixált magzat fej kimozdul és a koponyafekvés helyett a ruptura után harántfekvés jön létre. A magzat gyakran kicsúszik a has üregébe, ilyenkor a méhet a magzat mellett, mint daganatot, egyik oldalon külön tapinthatjuk. A belsőleg vizsgáló ujj nem talál magzatrészt. Complet rupturán keresztül a lepény is a has üregébe csúszhat, a mint ezt a 17., 18. és 28. esetben találtuk. Kivételesen, daczára a rupturának, a magzat meg is születhet a hüvelyen át a nélkül, hogy a rupturának tünetei kifejezettek volnának (21.). Mondják, hogy ilyenkor fájdalmasabbak a contractiók. Ilyenkor egyéb tünet hiányában csak a gyermekágyban támadt peritonitis és az ennek folytán megejtett vizsgálat deríti ki a valót. A repedésről megmondani azt, hogy complet-e vagy incomplet, a szülés után nem mindig sikerül. Bizonyos lesz a diagnosisunk akkor, ha beleket, csepleszt vagy mesenteriumot tapintunk. Az utolsó időben észlelt méhrepedésünk-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

ben (39.) a bélek érezhető peristalticája vezetett a complet ruptura diagnosisára.

A rupturában törvényszéki szempontból főleg annak az eldöntése fontos, vajjon spontan vagy traumás úton keletkezett-e? Spontan többnyire a terhesség végén reped meg a méh; az okokat már említettem. A spontan repedések rendesen a méh alsó szakaszán vagy a hüvelyboltozatban keletkeznek, a művi, erőszakos repedések pedig bárhol is keletkezhetnek. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy usuratiók, átkopások minden trauma nélkül a méh testén is létrejöhetnek. A sérülésekben természetesen a sértés az eszköz számára hozzáférhető helyen történik; ilyenek főként a méhnyak, a hüvelyboltozat és a méh hátulsó fala. A méh fenekét eszközzel a terhesség első felében szokták átfúrni. A cervixnek violens sértései néha úgy imponálnak, mintha spontan keletkeztek volna. Spontan repedések csak kivételesen terjednek a méh szomszédságában levő szervekre, úgymint a bélre, hólyagra. Ilyen sértéseket legtöbbnyire valamely a méh falán átfúrt eszköz hoz létre. A kivülről ható úgynevezett traumás sérülések, a milyenek például az esés, ütés, lövés, szúrás stb. által előidézettek, leginkább a méh testén találhatók. Az eddig elmondottak szerint tehát vagy már az anamnesisben találunk figyelmeztetést, vagy pedig szülés közben a szemünk előtt fejlődnek ki a méhrepedést előre jelző alarmozó tünetek. Ezek felismerésével együtt jár az a kötelesség, hogy a rupturát minden módon elhárítani törekedjünk. Ezzel pedig az van mondva, hogy a szülést iparkodjunk befejezni az eddig már sokat szenvedett méhfal tőlünk telhető kimélésével. Hogy milyen lesz az a mütét, a melyet választunk, azt minden eset külön szabja meg, ennek a tárgyalásába nem is bocsátkozom, csak annyit jegyzek meg, hogy a magzat élete úgy is nagyon kérdéses lévén, az amúgy is életveszélyben forgó anyát érte nem koczkáztathatjuk. Tehát ismét a helyes prophylaxis!

Kérdés, hogy szállíthatjuk-e a megrepedt méhü asszonyt? Tudniillik a méhrepedésekkel nem palotákban, hanem kunyhókban találkozunk, a hol az ilyen súlyos beteget kezelni lehetetlen. A szállítással összekötött mozgások, rázkódások hozzájárulhatnak a ruptura terjedéséhez, sőt maga a szállítás válhat okozójává a rupturának. E szerint ha fenyeget a ruptura, a katastrophát csak az által előzhetjük meg, hogy a szülést a helyszinén gyorsan és óvatosan befejezzük. A bekövetkezett rupturánál első dolgunk a magzatot és függelékeit a méhből vagy a hasüregből kitakarítani. Ruptura után közvetlenül rendszerint vérzés keletkezik és ilyenkor a collapsus tünetei fejlődnek ki. Vérzés és mély collapsus esetében nem tanácsos a szülést azonnal befejezni; kezeljük előbb a collapsust és csak, ha a collapsust leküzdöttük, foghatunk a a magzat eltávolításához. Vannak, a kik a szülőházakban történt rupturáknál azonnal a ruptura bekövetkezése után hasmetszést ajánlanak, hogy a magzat eltávolítása után mindjárt a sérülések is elláthatók legyenek. A szállítás kérdésében többen azon az állásponton vannak, hogy első legyen a magzat kihozása a repedés nyilásán keresztül, azután a mütétet követi a tamponade s csak azután a szállítás. Klien a helyszinen való operálást javasolja szállítás nélkül. A penetráló rupturák gyógyítására a legkülönfélébb methodusokat ajánlották; így némelyek a hüvelyen át való tamponálást, mások a drainezést. Vannak, a kik együtt alkalmazzák.

Sokan laparatomiát végeznek, és pedig vagy csak a magzat eltávolítása okából, vagy azért is, hogy mindjárt a szakadást is bevarrhassák, szükség esetén a méhet amputálhassák, avagy teljesen kiirthassák. A repedésnek per laparotomiam való ellátása akkor is megtörténhet, ha a magzat előbb a szülőcsatornán lett eltávolítva. Teljes kiirtás a hüvelyen keresztül is végezhető. Az említett eljárások közül főleg a laparotomia és a tamponade jön szóba. Bármely eljárásra döntő befolyást gyakorol a vérzés foka és hogy a fertőzésnek vannak-e már kifejezett tünetei. Ne felejtsük azonban, hogy a fertőzés megállapítása néha csak napok mulva történhet. Némelyek a fertőzés kizárása és a jövőben bekövetkezhető rupturának elkerülése czéljából ajánlják a méhnek teljes eltávolítását.

Kliennek dolgozatából, ebből a nagy összeállító referatumból az tünik ki, hogy a therapiában a koeliotomia mindinkább nagyobb teret hódít. Speciális indicatiót felállítani nehéz. Infectionál inkább a drainezés, nagy vérzésnél vagy nagy rupturánál inkább a laparotomia válik be. A klinikán keletkezett rupturák ellátására a laparotomia, míg a beszállított esetek ellátására a conservativ kezelés ajánlatos. A conservativ eljárások közül vagy a draincsövet, vagy a tamponálást használják. A draincső elhelyezése előtt a véralvadékokat Zweifel szerint kellene szárazon, öblítés nélkül kitörölni vagy csak nagyon gyenge sugárral végzett öblítéssel eltávolítani. A draint laza tamponnal lehet fixálni. Vannak a kik erősebben tamponálnak, bár ez némelyek szerint a repedést nagyobbítja és a vérzést újra megindíthatja. A hüvely felől csak kevesen varrnak. Laparotomiában a hasmetszés után az összes vér, meconium, magzatmáz eltávolítása szükséges. A hasüregbe öntött konyhasóoldat inkább csak felhigítja és tovaviszi a fertőző anyagot. Zweifel a hasüregnek kitörlése után egyedül a méh peritoneumát varrja össze és így a complet rupturából incompletet csinál. Zweifel azt kivánja, hogy csak peritoneumot, de izmot ne varrjunk. A hasüreg megnyitása után igen sokan a méhet teljesen kiirtják, mások meg csak supravaginálisan amputálják. A totalexstirpatiót főleg daganatok és infectio esetén végzik. Totalexstirpationál a peritoneummal való fedés előtt a hüvelyen át tampont is lehet felvezetni. Incomplet rupturákban is ugyanazon szempontok vezetnek mint completban, csakhogy itt a kezelés határozottan a conservativ irány felé hajlik. A conservativ kezeléskor az erős tamponálás az incomplet rupturából completet csinálhat. Sőt az öblítés is ugyanilyen kárt okozhat. A desinficiens oldatokkal való öblítés a gyors felszívódás miatt is veszélyessé válhat. Erősebb vérzéskor a kezelés ugyanaz, mint a complet rupturában, t. i. operativ. A conservativ kezelésnek szükséges kiegészítő része a szorító haskötés, a melyet úgy végzünk, mint a laparotomia utáni kötéseket. Gyógyult ruptura után a heg a következő terhességben újra felszakadhat és ezért újabb terhességben művi abortus, művi koraszülés vagy császármetszés jöhetne szóba.

Fritsch a Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie 1895. évében tartott congressusán különösen ajánlja a prophylaxisban a hasprésnek kizárását és a méh kitérésének helyes fektetés által való javítását, praktikus orvosoknak complet repedéskor a szülés befejezését a hüvelyen keresztül, klinikusnak pedig a laparotomiát; szük medencze esetében prophylactice a szülönőt arra az oldalra fektessük, a melyre a koponya ki volt térve, illetőleg a hol a koponya a méh alsó szakaszát kitágította; a szülés gyors befejezésére a fej impressioját csak nagy óvatossággal ajánlja; különösen hangsúlyozza, hogy veszély esetén mindig az anya élete és érdeke jöjjön első sorban tekintetbe és csak azután a magzaté; harántfekvéskor csak mély narcosisban szabad élő magzatnál fordítási kisérletet tenni, halott magzatnál pedig csakis a daraboló mütétek jöhetnek szóba; ha a ruptura megtörtént és a magzat a hasüregbe jutott, a laparotomiát azonnal végre kell hajtani; ha a magzat csak részben került a hasüregbe, a vaginán keresztül csak könnyü esetekben szabad extrahálni; nehéz esetekben vagy erős vérzéskor laparotomia szükséges; vérzés esetében sem a tamponade, sem a compressio, sem a vaginán keresztül való operálás nem csillapítja biztosan a vérzést; csak laparotomia útján lehet a vérző ereket biztosan felkeresni; ha a vérzés több órán keresztül szünetel és a pulsus javult, opiummal való kezelést és absolut nyugalmat ajánl; a hüvelyöblítést és a hüvelyen keresztül való hasüregöblítést ellenzi; a méhtest amputatioját csak akkor ajánlja, ha a méhet sepsisesnek véljük vagy myomás.

Tauffer tanár a bécsi congressuson különösen ajánlotta a tamponade-dal való kezelést, ugyanekkor Fritsch és Chrobak azt hangsúlyozta, hogy elvileg nem lehet eldönteni a kérdést, vajjon operáljunk vagy csak conservative kezeljünk. Fritsch véleménye szerint minden egyes esetben az a kérdés lényege, hogyan segíthetünk leginkább a szerencsétlen asszonyon, és csak akkor operáljunk, ha a mellék- és külső körülmények is megengedik; különben Chrobakkal együtt arra figyelmeztet, hogy a tamponade-dal a sebeket nagyobbíthatjuk, sőt incomplet rupturából completet csinálhatunk.

Schmit a Schauta-klinikáról 1900-ban a Monatsschriftben megjelent közleményében főleg a bekövetkezett ruptura után való kezelést beszéli meg 19 eset kapcsán. Az összhalálozás 19 eset után 47·37% volt, az operatioval kezelt esetekben 50% és a

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

drainezéssel kezeltekben 38·4%. Megjegyzi azonban, hogy műtétre a nehezebb esetek kerültek, pl. erős vérzés, nagyobb szakadás; általánosan azt ajánlja, hogy azokat az eseteket leszámítva, a hol a nagyobb szakadás vagy vérzés műtéti beavatkozást kiván, inkább conservativ legyen a kezelés.

Zweifel a complet uterus ruptura kezelésében a műtét barátja. A hasüregben levő vért az utolsó cseppig felitatja, a minek elérésére a belek közé jutott vért úgy teszi hozzáférhetővé, hogy a beteget felülteti és az ekként a kis medenczébe lefolyó vért kitörli; a vérzést körülöltéssel csillapítja és csak a peritoneumot varrja; infectio gyanújában jodoformgazedraint vezet a hüvely felől. Az így kezelt 12 eset között egyetlen egyet sem veszített el. Figyelmeztet, hogy a következő szüléskor császármetszés válhat szükségessé. Ezt ugyan Küstner nem sorolja az absolut indicatiók közé és inkább művi abortust ajánl.

Eversmann (1905) az Archiv für Gynäkologie 76. kötetében az uterusruptura kezelését részletesen tárgyalja és itt figyelmeztet arra is, hogy milyen ellentétesek a vélemények még az 1895.-i bécsi congressus óta is. Ő a bonni klinika anyagából ezeket következteti: A rupturát gyógyító módok közül a legideálisabbnak azt tekinthetjük, a mely a helyszinén azonnal keresztülvihető. 1. A kezelés legyen olyan, hogy azt minden orvos mindenütt végezhesse. 2. Ilyen az exact tamponade szoros compressiv kötéssel. 3. A drainage teljesen értéktelen, legfeljebb ott használható, a hol sem infectio, sem vérzés nem fenyeget. 4. A laparotomia általában a klinikai esetekre alkalmas. 5. Csak szigorú indicatio alapján végezzünk laparotomiát, e czélból a szállítást is ajánlhatjuk. 6. A többi esetben a szállítás lehetőleg kerülendő.

Mielőtt az elmondottakból conclusiót vonnánk, legyen szabad röviden recapitulálni a világirodalomból és az eseteinkből vett statistikai eredményeket.

Klien a világirodalomból 149 operált esetet gyüjtött össze. Ezek közül 83 gyógyult = 56%, 66 meghalt = 44%. 131 coeliotomizált közül 117 volt complet és 14 incomplet rupturás. A 117 complet rupturában coeliotomiát végezve, 63 gyógyult = 54%, 54 meghalt = 46%. A 14 incomplet rupturából coeliotomia után 10 gyógyult = 71%, 4 meghalt = 29%. 131 coeliotomiából tehát 73 gyógyult = 55·4% és 58 meghalt = 44·6%. A Klien statistikájában van még 125 olyan ruptura, a melyben conservativ kezelést végeztek; ezek közül 76 gyógyult = 61% (coeliotomiánál 55·4%), 49 meghalt = 39% (coeliotomiánál 44·6%.) 77 complet rupturából conservativ kezeléssel 43 gyógyult = 56%, 34 meghalt = 44%. 35 incomplet rupturából 22 gyógyult = 63%, 13 meghalt = 37%. 59 tamponaddal kezelt közül 27 gyógyult, 32 meghalt. 39-ben complet volt a ruptura és ezek közül 17 gyógyult = 44%, 22 meghalt 56% (coeliotomiánál 54% gyógyult és 46% meghalt). 20 incomplet rupturából tamponade-dal kezelve 10 gyógyult, 10 meghalt = 50%. Kliennél külön kiemelendő a drainezéssel kezelt 42 eset, a melyek közül 35 gyógyult = 83%, 7 meghalt = 17%. Complet rupturában drainezéssel gyógyult 75%, tamponadedal 44%; incomplet rupturában drainezéssel gyógyult 100%, tamponade-dal 50%.

Eversmann a Klien statistikáját revideálva a következő számokat találta: 149 operált közül 75 gyógyult = 53·6%. (Kliennél 56%), 65 meghalt = 46·4% (Kliennél 44%); 129 complet operált eset közül 66 gyógyult = 51·9%, 63 meghalt = 48·1%. 109 conservative kezelt közül 73 gyógyult = 69·9%, 36 meghalt = 30%. Ezek közül 78 complet és 31 incomplet ruptura volt. A 78 complet közül gyógyult 49 = 62·8% (Kliennél 56%), 29 meghalt = 37·2% (Kliennél 44%), 31 incomplet közül gyógyult 24 = 77·5%, meghalt 7 = 22·5%. 71 tamponade-dal kezelt eset közül gyógyult 42 = 59%, meghalt 29 = 41%. Ezek közül 47 complet és 24 incomplet ruptura volt. A 47 complet rupturából tamponade-dal meggyógyult 25 = 53% (Kliennél 44%), meghalt 22 = 46·9% (Kliennél 56%). A 24 incomplet rupturából 17 gyógyult = 70·8%, 7 meghalt = 29·2% (Kliennél 50%). Eversmann statistikájában külön találunk feljegyzést a Klien czikkének megjelenési idejétől egészen 1904-ig (l. ott).

A mi 29 évről összeállított eseteink statistikai összeállítását a következőkben ismertetem. Mindenekelőtt kötelességem a figyelmet felhivni arra a körülményre, hogy ez a statistika 1878-tól, tehát a szülészkedés tekintetében nagyon régi időtől kezdődik, azonfelül arra, hogy mindössze 39 eset áll a rendelkezésemre, tehát rendkivüli kis szám arra, hogy abból statistice értékesíthető következtetést vonni lehetne, a mit annál kevésbé lehetne tenni, mert ez az anyag nem egyöntetű, váltakozó vezetés alatt különböző idők és különböző therapiás nézetek eredménye. A kezelésben nem részesült 7 eset közül 6 meghalt = 85·7%, 1 meggyógyult = 14·2%. A 11 operált eset közül 5 gyógyult = 45·45%, 6 meghalt = 54·55%. Conservativ kezelésben részesült 21 beteg: 8 gyógyult = 38%, 13 meghalt = 62%. (A kezelésben nem részesült 6 complet ruptura mind meghalt = 100%.) A műtéttel kezelt 9 complet ruptura közül 4 gyógyult = 44·4%, 5 meghalt = 55·6% (Eversmann szerint a mortalitás 40·8%). A conservativ (tamponnal vagy drainnel) kezelt 7 complet ruptura közül 1 gyógyult = 14·2%, 6 meghalt = 85·8%. A 2 drainnel kezelt meghalt. Az 5 tamponált közül 1 meggyógyult = 20%, 4 meghalt = 80%. (Eversmann szerint a mortalitás 30%.) A kezelésben nem részesült incomplet ruptura egy esete gyógyult, egy operált eset is gyógyult, a conservativ kezelésben részesült 14 incomplet ruptura közül 7 gyógyult = 50%, 7 meghalt = 50% és pedig 12 tamponált közül 5 gyógyult = 41·66%, 7 meghalt = 58·34%, 2 draincsővel kezelt eset gyógyult.

A 9 exacte tamponált uterus-ruptura közül 4 gyógyult = 44·5%, 5 meghalt = 55·5%. Az Eversmann-Klien-statistika szerint 59% a gyógyulás! Az exact tamponáltak közül volt 3 complet ruptura: 1 gyógyult = 33·3%, 2 meghalt = 66·7%. Incomplet ruptura 6 esete közül 3 gyógyult, 3 meghalt = 50%. A mint itt is látható, a statistikai adatok 3—5—6—9 egymástól távol álló időtől származott esetre vonatkoznak.

A szállításra nézve a következő adataink vannak: 23 szállított eset közül 8 gyógyult = 34·8%, 15 meghalt = 65·2%. Ezek közül 19 a szülés befejezése előtt lett szállítva: 7 gyógyult = 36·9%, 12 meghalt = 63·1%. A 7 gyógyult közül 4 operálva és 3 conservative volt kezelve. A 12 meghalt között volt 3 operált és 9 conservative kezelt. Négy eset a szülés befejezése után lett szállítva: 1 gyógyult, 3 meghalt = 75%. Egy gyógyult operative, a 3 meghalt közül 2 operatioval, egy conservative lett kezelve. 16 helyben kezelt beteg közül meggyógyult 6 = 37·5%, meghalt 10 = 62·5%. A 6 gyógyult közül 4-ben tamponade, 2-ben drain alkalmaztatott, a 10 meghalt közül 4-et conservative, 2-t pedig operative kezeltünk, 4 nem lett kezelve.

Eseteink között 7 colpaporrhexis van: 3 gyógyulással és 4 halállal. Ezek közül 3 violens és 4 spontan eredetű. Két esetben harántfekvés, 2 esetben nagy magzat volt a ruptura oka. Egy esetben a ruptura a cervixre folytatódott. A 3 violens ruptura közül meghalt 1, 4 spontan közül pedig 3. A 7 colpaporrhexis közül egy a klinikán történt, hat pedig ruptura után lett beszállítva. A klinikai eset gyógyult. A 6 beszállított közül 2 eset meggyógyult, 4 meghalt. Az összes 7 eset közül 3-ban exact tamponade-ot, 1-ben laparotomiát, 1-ben drainezést végeztek. A laparotomizált eset meggyógyult, a draincsővel kezelt meghalt. Két beteg azonnal a szülés után meghalt, mielőtt kezelve lett volna. A 4 haláleset közül egy elvérzésben, 3 pedig peritonitisben pusztult el.

Az elmondottak alapján óhajtom levonni a conclusiót. Talán könnyebben tehetném, ha nem ötlene szembe a bécsi gynaekologiai congressus discussioja, a hol az egyik csoport hatalmas argumentumokkal védte az operativ kezelést, míg a másik a conservativ kezelés hívének vallotta magát. A discussioban meggyőző argumentumokat csoportosított úgy az egyik, mint a másik tábor a maga igaza mellett. A conservativ kezelésnek nagy előnye, hogy nemcsak a klinikán, hanem a gyakorlati életben bármely gyakorlóorvos által is keresztülvihető. Ezzel ellentétben az operativ kezelésnek, a melyre bizonyos esetekben feltétlenül szükségünk van, mint például elvérzés veszélyében, vagy a hasüregbe került magzat eltávolításáért, szintén megvannak a lelkes szószólói. Nehéz a kérdés elbirálása úgy a bécsi gynaekologus-congressus vitája, mint az ezóta keletkezett irodalom kapcsán is, mert a míg Klien nagy gonddal és szorgalommal összeállított statistikája alapján a conservativ kezelésnek a híve és itt is főképen a drainnel való kezelésnek a szószólója, addig Eversmann ugyancsak a Klien statistikája alapján ugyanazon esetekkel és ugyanazon adatokból azt bizonyitja, hogy a feltétlenül szükséges

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

operativ kezelésen kivül nem a drainnel való kezelés fogja a méhrepedésben szenvedőket megmenteni és meggyógyítani, hanem a tamponnal való kezelés. A conservativ kezelést illetőleg tehát ilyen nagyok az ellentétek még akkor is, ha ugyanazon statistika az alapja a véleménynek. A conservativ therapiával szemben áll a Zweifel ajánlotta operativ eljárás, mely a méh feletti hashártyának összevarrása mellett a vérző helynek felkeresését és sebészeti ellátását tartja czélhoz vezetőnek. A Zweifel által ajánlott eljárás hasznának bizonyítására szolgáló statistika szintén megvesztegető. Igy igazat kell adnunk felejthetetlen mesterünknek, Kézmárszky-nak, a ki 1896. november 3.-án Tauffer tanár azon indítványára, hogy a méhrepedéseket tárgyaló referáló előadást az orvosegyesület plenuma elé hozzuk, azt válaszolta, „hogy a kérdés megvitatása, a referatum nagyon theoriás alapon nyugodnék. A thema azért is érdekes, mert a praxis nem felel meg az elméletnek. Az elmélet helyességéről meg vagyunk győződve, de a praktikus esetek még nincsenek kellő számban". A mit Kézmárszky több mint 10 éve mondott, az igaz ma is. Nekünk például, mint említettem, csak 39 esetünk van. Igaz tehát az is, hogy a praxis nem igazolja az elméleten alapuló várakozást és az is, hogy a praktikus esetek száma kevés ahhoz, hogy azokból positiv directivákat vonhassunk le. A tökéletesedett operativ technikánk és a lényegesen fejlettebb asepsisünk ellenére mégis a bajjal szemben a prophylaxisra kell hogy irányuljon minden törekvésünk. A rupturát a mai tanok értelmében is nem gyógyítani, hanem elkerülni óhajtjuk. Azért leszámítva azon eseteket, a hol meglevő anatomiai elváltozások miatt (régi repedések helyén fejlődött hegek, daganatok stb.) kikerülhetetlenek a rupturák, azoknak a kezelésekor a czélunk mindig az lesz, hogy a ruptura kifejlődését bármi áron, tehát a magzat feláldozása árán is megakadályozzuk. A prophylaxisos intézkedések a gyakorlóorvos szempontjából első sorban abban nyilvánulnának, ha minden rupturára fenyegető esetben a terhes asszonyt a szülés megindulása előtt intézeti kezelésbe utasíthatná, ott pedig, pl. központokban, a hol a prophylaxis ilyen tökéletes módon eszközölhető és a hol a szülés lefolyásából a fenyegető veszedelemre már előre következtethetni, ott szinte kötelességévé válik a gyakorlóorvosnak a betegéről a hatalmában levő módokkal és eszközökkel, tehát szülőházba való szállítással gondoskodni. A prophylaxisban alkalmazzuk mindazon műtéteket, a melyek a szülést enyhe módon fejezik be, tehát főleg és csaknem kizárólag a nagy óvatossággal véghezvitt daraboló műtéteket. Fenyegető ruptura esetén nem is habozunk ezeknek keresztülvitelében. Ha a ruptura már megtörtént, a gyakorlatban a gyakorlóorvos számára a conservativ kezelést ajánljuk. A conservativ kezeléskor pedig fejeztessék be előbb a szülés, úgy a hogyan az a legenyhébb módon keresztülvihető: a magzat daraboló műtéttel távolíttassék el a méh üregéből, a has üregéből pedig 2 lábnak a lehozatalával. Sem műtét előtt, sem műtét után öblítés ne történjék. A magzat és lepény eltávolítása után tamponáljuk a méhet, ha atoniás, különben csak a repedés területét, lehetőleg magasan fel, egész a hasüregbe is vive a megbizhatóan sterilizált jodoformgaze-t. Végül a már előzőleg anteflexioba hozott méhre a hasfalon át szorítókötés alkalmaztassék. A szorító haskötést 1—2 nap után, a tampont pedig lehetőleg későn, 5—6 nap után nagy óvatossággal távolítsuk el, hacsak láz, peritonitis tünetei (meteorismus, csuklás, hányás, stb.) nem indikálják a tamponnak gyorsabb eltávolítását. A tampon reactiv gyuladást indít meg, betokolódik és a hasüregből kirekeszti a repedés területét. Ha emelkedő hőmérsék mellett a peritonitis tünetei fejlődnek ki, a tampon korai eltávolítása mellett az inficiált terület öblítése válik szükségessé, a mikor úgy kezeljük a beteget, mint a parametran hüvely felől megnyitott tályogokat. A tamponade-ot a szorító haskötéssel mi is a legczélszerübbnek találjuk a conservativ kezelések között, és így kezeljük a beteget a klinikán mindazon esetekben, a hol az operativ kezelés vitális indicatioja hiányzik. Mi is inkább hajlunk a conservativ kezelés felé és csak akkor végezzük az operatiót, ha vitális indicatiók kényszerítenek bele. Az operativ kezelés indicatioi pedig a csillapíthatatlan vérzés, továbbá ha a magzat egészben vagy pedig a petefüggelékek a hasüregbe becsúsztak, no meg természetesen az absolut szükület is. Azonban a gyakorlatban még ezen szük körre vont indicatiók alapján sem tartjuk kivihetőnek a helyszinén való operálást és ezért ily esetekben is a megfelelő tamponálás után valamely műtétre berendezett intézetbe való szállítás válik szükségessé. Ha csak lehet, a szállítást elkerüljük, mert nemcsak az irodalom, hanem saját tapasztalataink alapján is azt látjuk, hogy a szállítás a prognosist rosszabbítja. A műtéttel való kezelésnek sikere attól függ, van-e infectio vagy nincs, mert infectio esetén a műtét eredménye teljesen bizonytalan, akármilyen formáját is választjuk a műtétnek. Azt lehet állítani, hogy infectio esetén, ha a beteget a műtét után nem vesztettük el, az a műtét ellenére is meggyógyult. Épen az infectio veszélye miatt válik minden műtéti eljárás problemás értékűvé. A rupturákban a beteget elveszítjük vérzés vagy infectio miatt. A vérzés ellátása sebészeti módon helyesen csakis a vérző ereknek felkereséséből és alákötéséből állhat, ez meg csak laparotomia útján történhetnék, de még így is ki vagyunk téve annak a veszélynek, hogy nem leljük fel az átszakadt, de a műtét közben talán nem vérző eret, vagy az oedemás szövetre téve a lekötést, az később meglazul, mint a hogy ezt a 13. esetünkben láttuk, a hol a beteget az alákötés meglazulása folytán keletkezett utóvérzés miatt veszítettük el, vagy pedig a 28. esetünkben, a hol relaparotomia vált szükségessé a műtét után keletkező utóvérzés miatt.

Ámde a rupturás beteget nemcsak az elvérzés, hanem az infectio is fenyegeti. Minden műtét előtt meg kell határoznunk, hogy megvan-e már, vagy feltételezhető-e az infectio. Ha nincs, akkor természetesen jobb prognosissal operálhatunk, ha pedig már inficiált területen operálunk, akkor bizony nagyon problemás lesz annak a műtétnek az eredménye. Ebben az utóbbi esetben az a műtét lesz indikált, a mely az infectio forrását is eltávolítja: tehát a Porro-műtét felelne meg a követelményeknek, a műtéti mezőnek peritoneummal való fedésével és a hüvely felé való drainezésével. Különben pedig az a műtét lesz a legalkalmasabb, a mely az eddigi statistika szerint is a legjobb eredményeket mutatja. Minthogy saját eseteink megfelelő szám hiányában nem adnak kielégítő felvilágosítást, utalunk az Eversmann czikkében felemlített statistikai adatokra, a hol vaginális totalexstirpationál 43·8% volt a gyógyulás, laparotomiánál totalexstirpationál 44·6%, supravaginális amputationál 49·1%, a méh varrásakor 52·5%, a serosa varásakor 66·6% és azon laparotomiáknál, a hol az uteruson magán nem történt operativ beavatkozás, 66·6% volt a gyógyulás eredménye. Az elmondottakból és ezen statistikai adatokból világosan látjuk a szokásos operativ eljárások eredményét. Ezeket tekintve arra az eredményre jutunk, a mit Fritsch a bécsi congressuson hangsúlyozott, hogy a ruptura kezelésében ne elvek, hanem esetek szerint bíráljuk el a teendőket, mert különben az elveken való nyargalás folytán elveszítjük a beteget. Épen úgy hibának tartjuk a principiumból való nem operálást. Egyszer az egyik, máskor a másik lesz czélhoz vezető. A praxisban a gyakorló orvosoknak az a kezelési eljárás ajánlható, a mely bármely orvos által bárhol keresztülvihető. Erre legalkalmasabb az exact tamponade szoros compressiv kötéssel. Eversmann ajánlata szerint a tamponad a repedésbe helyeztessék, az uterust csak akkor szükséges kitömni, ha atoniás. Mi ezzel szemben úgy gondoljuk, hogy ruptura esetében mindig biztosabb a méh üregét is kitömni, mert így könnyebben, feszesebben és a nélkül tamponálható a repedés, hogy szélei tovább repednének. A laparotomia különféle módozataival csakis szigorú indicatio alapján és csak az arra berendezett intézetben érhetünk czélt. Ha a laparotomia indikált, keresztülvitele czéljából a beteget természetesen szállítani kell.

Mindezekből pedig azt látjuk, hogy a méhrepedés halálos veszedelme ma, a XX. században is jóformán épen úgy ott lebeg a terhes asszony feje felett, mint akár évtizedeknek előtte. A mire a jövő reményeit építhetjük, ez ismét csak az az előre való gondoskodás, a mely az egész születési therapián uralkodik. Tehetünk ellenében azzal, hogy elébe dolgozunk, feltartóztathatjuk; a megtörtént rupturával szemben azonban csekély a tehetségünk. Hogy azonban a legjobb szándék és a legtehetősebb viszonyok közt sem törölhető ki a szülőnőt fenyegető complicatiók közül a méhrepedés, bizonyítják azok a szerencsétlenségek, a melyek váratlanul, minden előjel nélkül, meg azok, a melyek a legodaadóbb klinikai gondozás és figyelem mellett is megtörténnek.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Az esetek áttekintő táblázata.

Folyó szám	Fejlapszám, név	Kor	IP. vagy MP.	Medencze	Anamnesis	Status	Műtét a ruptura előtt	Ruptura			Gyógyító műtét vagy kezelés	Gyógyult vagy meghalt	Halál oka	Boncjegyzőkönyv száma
								oldala	complet vagy incomplet	spontan vagy violens				
1.	1878. 227/260. W. E.	27 éves	IIP.	—	—	Harántfekvés	Lábrafordítás Extractio	Hátulsó	Complet	Violens	Chlorvíz irrigatio	Meghalt műtét után 1 órával	Elvérzés	1
2.	1882. 96. P. I.	19 éves	IP.	—	Szállítás	Mély harántállás. Strictura vaginae	—	Jobb	Incomplet	Spontan	Perforatio	Gyógyult 81 nap mulva	—	—
3.	1882. 272/241. P. P.	36 éves	XIP.	Conjugata vera: 11¼ cm.	Ruptura után szállítás	Harántfekvés Peritonitis	—	Elülsö	Complet	Spontan	Decapitatio. Evisceratio. Draincső	Meghalt műtét után 1 nappal	Peritonitis	3
4.	1882. 362/328. Z. R.	30 éves	IP.	C. v. 11¼ cm.	—	Farfekvés Tetania uteri	Fogó a farra	Körkörös	Incomplet	Violens	Draincső	Gyógyult 19 nap mulva	—	—
5.	1884. 253/249. K. M.	26 éves	IIP.	—	—	Kf.	Perforatio	Elülső (hólyagfistula)	Incomplet	Violens	Draincső	Gyógyult 25 nap mulva	—	—
6.	1886. 758/727. S. I.	32 éves	VP.	—	—	Farfekvés	Extractio	Bal	Incomplet	Violens	Jodoformgaze-tamponade	Gyógyult 45 nap mulva	—	—
7.	1887. 476/462. H. E.	25 éves	IP.	Osteomalacia	—	Kf.	Perforatio Lábrafordítás Extractio	Jobb	Complet	Violens	Carbolirrigatio	Meghalt 4. napon	Peritonitis	7
8.	1889. 361/832. S. D.	27 éves	IIP.	—	Szállítás	Kf. Hydrocephalus.	—	Jobb	Incomplet	Spontan	Lábrafordítás Extractio Tamponade	Meghalt 4. napon	Peritonitis	8
9.	1890. 458/464. Z. A.	40 éves	IIP.	C. v. 8·2 cm.	—	Kf. Nagy magzat	Lábrafordítás Extractio	Bal	Incomplet	Violens	Jodoformgaze-tamponade	Meghalt 6. napon	Peritonitis	9
10.	1891. 405/393. T. J.	46 éves	XIVP.	—	Szállítás	Kf. Placenta praevia	Fogókisérlet a vidéken	Elülső	Complet	Violens	Perforatio	Meghalt 24 óra mulva	Peritonitis	10
11.	1893. 865/815. B. A.	35 éves	IIIP.	—	Előző két nehéz szülés	Kf.	Lábrafordítás, utoljára jövő fej perforatioja	Bal	Incomplet	Violens	Tamponade	Gyógyult 19 nap mulva	—	—
12.	1894. 856/792. D. A.	27 éves	VP.	C. v. 9¼ cm. transv. 11·0 cm.	Szállítás	Kf.	3 fogókisérlet	Körkörös (hólyagfistula)	Complet	Violens	Perforatio. Secundaer laparotomia. Porro	Meghalt 2 nap mulva	Peritonitis	12
13.	1896. 864/800. L. F.	31 éves	IIIP.	C. v. 9·5 cm.	IIP.-nál perforatio	Kf.	—	Elülső (cseplesz)	Complet	Spontan	Perforatio. Secundaer laparotomia. Totalexstirpatio	Meghalt 12 óra mulva	Elvérzés	—
14.	1897. 38. G. G.	34 éves	VP.	C. v. 10 cm. Exostosis miatt 8·5 cm.	Szállítás	Kf.	Lábrafordítás Siegemund-kettősfogás Extractio	Bal	Complet	Violens	Secundaer laparotomia. Repedés összeférczelése	Meghalt közvetlen a műtét után	Elvérzés	14

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Folyó szám	Fejlapszám, név	Kor	IP. vagy MP.	Medencze	Anamnesis	Status	Műtét a ruptura előtt	Ruptura			Gyógyító műtét vagy kezelés	Gyógyult vagy meghalt	Halál oka	Bonczjegyzőkönyv száma
								oldala	complet vagy incomplet	spontan vagy violens				
15.	1898. 189/154. M. J.	46 éves	XIIP.	C. diag. 10·5 cm. Exostosis a symphysis belső felszinén	Szállitás	Elhanyagolt haránfekvés	—	Elül (hólyagrepedés)	Incomplet	Spontan	Decapitatio. Tamponade	Meghalt 30 óra mulva	Peritonitis	15
16.	1899. 215. K. I.	37 éves	VIIIP.	—	Szállitás	—	—	Elöl	Complet	Spontan	Secundaer laparotomia. Totalexstirpatio 12 óra mulva	Gyógyult 1 hónap alatt	—	—
17.	1899. P. J.-né	30 éves	IIIP.	C. diag. 9 cm	Szállitás	Nagy magzat	Fogókisérlet	Körkörös (hólyagfistula)	Complet	Spontan	Primaer laparotomia. Porro 5 óra mulva. (Magzat, lepény hasürben)	Gyógyult 22 nap alatt	—	—
18.	1900. 275/1900. L. P.	30 éves	IP.	—	—	Magzat és lepény a hasürben Poliklinika. (szállitás előtt †)	—	Jobb	Complet	Spontan	—	Meghalt	Elvérzés	—
19.	1900. 364/332. K. J.-né	30 éves	IVP.	C. v. 9·2 cm.	Szállitás	Haránfekvés Placenta praevia	—	Bal	Complet	Spontan	Lábrafordítás. Extractio. Tamponade	Meghalt 1 nap mulva	Elvérzés	19
20.	1900. 628/583. H. J.	23 éves	IIP.	—	Szállitás	Haránfekvés	Fordítási kisérlet vidéken	Jobb	Complet	Violens	Evisceratio. Secundaer laparotomia 12 órával a ruptura után. Totalexstirpatio	Meghalt 13 óra mulva	Peritonitis	20
21.	1900. 1104/1040 H. N.	35 éves	IIP.	—	—	Arczfekvés. Eklampsia. Spontan szülés	—	Bal	Incomplet	Spontan	Expressio foetus Cervixrepedés aláöltése	Meghalt 3 óra mulva	Elvérzés	21
22.	1901. 277/49. L. J.	27 éves	IIIP.	—	—	Haránfekvés	Lábrafordítás Extractio	Jobb	Incomplet	Violens	Tamponade Nyomókötés	Gyógyult 2 hét mulva	—	—
23.	1901. 405/18. K. A.	26 éves	IVP.	—	Szállitás	Magzat a hasüregben	—	Bal	Complet	Spontan	Decapitatio eccraseurrel. Secundaer laparotomia. Totalis exstirpatio	Gyógyult 1 hónap mulva	—	—
24.	1901. 708/842. S. J.	46 éves	XIP.	—	Szállitás	Lábfekvés. Emberfejnyi cervicális myoma	—	Bal	Incomplet	Spontan	Extractio (élő magzat). Tamponade Nyomókötés	Gyógyult 47 nap mulva	—	—
25.	1901. 763/10. Cs. K.	35 éves	VIIIP.	—	—	Haránfekvés Ruptura	—	Bal boltozaton	Complet	Spontan	Lábrafordítás. Extractio	Meghalt 1/2 óra mulva	Elvérzés	—
26.	1901. 1049/976. K. A.	28 éves	IIIP.	—	Szállitás	Elhanyagolt haránfekvés	—	Hátul és elül	Incomplet	Spontan	Decapitatio eccraseurrel. Tamponade.	Meghalt néhány óra mulva	Elvérzés	26
27.	1902. 627/592. S. J.-né	36 éves	IVP.	—	Szállitás	Ruptura fornicis	Vizsgálat spontan szülés után	Hátul a boltozaton (cseplesz)	Complet	Violens	Drainezés	Meghalt 4 nap mulva	Peritonitis	Törvényszéki eset

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Folyó szám	Fejlapszám, név	Kor	IP. vagy MP.	Medencze	Anamnesis	Status	Műtét a ruptura előtt	Ruptura			Gyógyitó műtét vagy kezelés	Gyógyult vagy meghalt	Halál oka	Bonczjegyzőkönyv száma
								oldala	complet vagy incomplet	spontan vagy violens				
28.	1902. 28 S. A.-né	23 éves	IIIP.	—	Szállitás	Magzat a hasűrben. Harántfekvés	Fordítási kisérlet	Elül	Complet	Violens	Primaer laparotomia 12 óra mulva. Magzat és lepény eltávolitása. Totalexstirpatio. Relaparotomia, utóvérzés.	Gyógyult 32 nap mulva	—	—
29.	1903. 92. K.	39 éves	IXP.	—	Szállitás abortus m. III.	Ruptura	Abortus befejezése	Körkörös	Complet	Violens	Secundaer laparotomia. Amputatio supravaginalis	Meghalt 5 nap mulva	Bronchopneumonia aether-narc. után	—
30.	1903. 349/336. S. A.-né	34 éves	XIP.	—	Szállitás Nagy magzat, 4½ kiló	Egyszerű farfekvés Penetráló fornixruptura	—	Fornix	Complet	Spontan	Extractio. Tamponade. Nyomókötés	Gyógyult 34 nap mulva	—	—
31.	1903. 641/615. K. L.-né	37 éves	IIIP.	C. v. 11 cm.	Szállitás (Beregszász)	Kf. 142 pulsus 58 cm. hosszú magzat	Ruptura fornicis	Fornix	Complet	Spontan	Perforatio. Tamponade. Nyomókötés	Meghalt 12 óra mulva	Peritonitis	31
32.	1904. 1289/1161. M. P.-né	37 éves	VIIIP.	—	Szállitás 5 órán át szekéren	Moribunda Magzat a hasűrben	Ruptura cervicis	Bal	Complet	Spontan	Perforatio. Tamponade. Nyomókötés	Meghalt 4 óra mulva	Elvérzés Peritonitis	32
33.	1905. 479. Cz. Gy.-né	34 éves	VIP.	C. v. 9 cm.	Szállitás	Elhanyagolt harántfekvés	Lábrafordítási kisérlet	Bal	Incomplet	Violens	Decapitatio. Tamponade. Nyomókötés	Meghalt 24 óra mulva	Elvérzés	33
34.	1905. 565/510. S. I.-né	26 éves	IIIP.	C. v. 9·1 cm.	—	Harántfekvés Heges hüvely	Kombinált lábrafordítás Extractio	Bal (cervixen)	Incomplet	Violens	Tamponade Nyomókötés	Meghalt 3 óra mulva	Elvérzés	34
35.	1906. 49/507. B. A.-né	27 éves	IIIP.	—	—	Fejtetőfekvés	—	Bal	Complet	Spontan	Perforatio Tamponade	Meghalt 9 nap mulva	Peritonitis	—
36.	1906. 259/240. B. M.	39 éves	XIP.	—	VIII. és IXP.-nál harántfekvés IX. P.-nál decapitatio	Harántfekvés	Lábrafordítás Extractio	Jobb boltozaton	Incomplet	Violens	Tamponade Nyomókötés	Gyógyult 23 nap mulva	—	—
37.	1906. 661/626. S. J.-né	40 éves	XIIIP.	—	Utolsó 3 szülés harántfekvés Szállitás	Kf.	—	Bal és elülső boltozaton	Complet	Spontan	Lábrafordítás Extractio	Meghalt 3 nap mulva	Peritonitis	—
38.	1906. 1001/946 N. S.-né	37 éves	IXP.	C. v.: 8 cm. Jobb ferde = 11·5 cm. Bal ferde = 11·0 cm. Rhachitis	VIIP.-nál lábrafordítás és perforatio. VIIIP.-nál magas fogó	Harántfekvés Placenta praevia	Kombinált lábrafordítás Perforatio	Elül	Incomplet	Violens	Tamponade Nyomókötés	Meghalt 1 óra mulva	Elvérzés	38
39.	1906. 1431/1332 N. E.-né	26 éves	IIIP.	—	Szállitás. Állitólag részegen elesett	Abortus incomplet. m. V—VI. Ruptura fornicis (penetrans?)	—	Jobb boltozaton	Incomplet	Violens	Laparotomia	Gyógyult 25 nap mulva	—	—

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

ad 1. 1878. 227/260. *W. E.* 27 éves, IIP. Ruptura stratorum internorum obliqua corporis uteri supra orificium internum. Haemorrhagia. Anaemia universalis in puerpera.

A méh majdnem a köldökig terjed, mérsékelten összehúzódott, falzata halvány, mérsékelten tömött, a testben és a fundus közepén 3 cm.-nyi, a méhkürtök beszájadzásánál alig 1½ cm.-nyi vastag; a méhnyak hátulsó falának bal felében és pedig egész hosszában lúdtollszélességü sekély beszakadás; a méhtest hátulsó falzatán, közvetlenül a belső szájadék felett a középvonalban kezdődő, alulról fel- és jobb felé és végre előfelé haladó 7 cm.-nyi repedés, mely ferde irányban és így egész 2 cm.-nyi széles seblebenyt alkotva a méhfalzat vastagságába, egész a középső rétegekig behatol. A seblebeny és a szomszédsága véraláfutások nélküli. A méhlepény odatapadási helye a méhtest elülső falzatának felső részén van. A savós hártya alatti kötőszövetben a méhnyak bal felén nagyobb vérerek szomszédságában pár cseppnyi sötétvörös véraláfutás. A méhkürtök átjárhatók; a jobb petefészekben borsónyi, széles sárgás hullámzó szegélylyel és szürkés központi lemezzel ellátott terhességi testecs. A hüvely hátulsó falán pár ezüstgarasnyi sekély, gömbölyded, kevés vérrel aláfutott anyagveszteség.

ad 3. 1882. 272/241. *P. P.* 36 éves, XIP. Ruptura cervicis superioris et corporis uteri inferioris 14½ cm. longa peritoneum perforans durante partu orta subsequente peritonitide universali.

A méh mérsékelten összehúzódott, 21 cm. hosszú; fundusa és nyaka 2 cm., testének legvastagabb része 3·5 cm. vastag; minden részlete elég tömött; a nyálkahártya fennmaradt mélyebb rétege kevés sötétvörös vérrel aláfutott.

A méhlepény tenyérnyi odatapadási helyén 4 cm. magasságban a külső méhszáj felett az elülső falon kezdődik egy 14½ cm. hosszú, áthatoló, függélyes, véres és szakadt szélü, a nyak felső részét és az uterus testét illető repedés, mely a fundustól körülbelül 8 cm.-nyi távolságban végződik. A hashártya, a ligamentum latum bal felének külső- elülső lemeze a repedés körül hát felé 6, előfelé 10 cm.-nyi terjedelemben az uterustól levált, a nélkül, hogy nagyobb vérömleny volna a hashártyasérülés körül.

A méhkürtök átjárhatók; a jobboldali méhkürtön körülbelül 1 cm.-nyi távolságban a külső szájadéktól egy kendermagnyi, vékonyfalú kitüremkedés van.

A petefészkek duzzadtak, a jobboldaliban friss terhességi testecs.

A hüvely 14 cm. hosszú, belövelt, 2½ cm. nyi távolságban a vulvától jobboldalt sekély, alig ezüstgarasnyi anyagveszteség. Az említett sebben két a külső szeméremrésből kilógó, a hasürbe vezető draincső.

Conjug. vera 11¼ cm.; a bemenet harántátmérője 14 cm.

ad 7. 1887. 476/462. *H. E.* 25 éves, IP. Ruptura parietis lateralis dextri uteri subsequente peritonitide ichorosa universali et haemorrhagiis in cavum abdominis et in textum cellulosum retroperitonealem. Compressio partium inferiorum pulmonum. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum Rhagades parietis posterioris et ad introitum vaginae, corpus luteum verum ovarii sinistri.

A hasűrben bűzös gázok, kevés eves szennyes folyadék.

A belek szürkés rostonyás hártyákkal és alvadt vérczafatokkal fedettek. A petefészkek rendes nagyságúak, de petyhüdtek, a balban corpus luteum verum.

A méh 16 cm. hosszú, elernyedt, elülső falán a középvonaltól jobbra egy ujjnyira a külső szájadékból indul fel- és kifelé egy 10 cm.-nyi hosszú, a hasűrbe vezető repedés; ezen repedésből kiindulólag a jobb hashártya mögötti tér egészen a veséig alvadt vérrel beszürődött. A külső méhszájon sok az izomrétegbe terjedő hosszrepedés. A méh nyálkahártyája az elülső-felső és jobb falrészletben egyenetlen, czafatos véralvadékkal borított, a hátulsó falon felül sima, igen laza, alul tömöttebb, durván szemcsés, sárgás. A hüvely nyálkahártyája kékesszürke, hátulsó falán 5 cm. hosszú, a nyálkahártya alatti szövetbe hatoló hosszrepedés. A hüvelybemenetben több hámhorzsolás és a nyálkahártyára szorítkozó repedés.

ad 8. 1889. 361/832. *S. D.* 27 éves, IIP. Ruptura parietis dextrae cervicis uteri propter hydrocephalum foetus durante partu. Haemorrhagia levior in cavum uteri, cum peritonitide septica universali. Tumor lienis acutus. Meteorismus.

A hasüregben körülbelül 300 gm., részben híg, részben lazán alvadt vér. A méhnyak jobb fala 7 cm. hosszú, sagittális irányú, áthatoló repedést mutat, mely felső, a belső méhszáj magasságának megfelelő végén, mintegy 3 cm.-nyire, alsó, a hüvelyi résznek megfelelő részén pedig 5 cm.-nyire tátongó, szélei roncsoltak, szennyeszöldesek, vérrel beszürődöttek; a repedés felett a savós hártya a méh elülső és hátulsó falán fél tenyérnyi terjedelemben feketésvörös véralvadék által van leválasztva, míg a repedés alsó végén a hüvelyrészlet a hüvelyről 5 cm. hosszú, harántirányú repedés által.

ad 9. 1890. 458/464. *Z. A.* 40 éves. IIP. Ruptura cervicis uteri et partis superioris vaginae post extractionem foetus 54 cm. longi et grammata 4100 ut fertur septem dies ante obitum factam. Endometritis gangraenosa et abscessus gangraenosus inter laminas ligamenti lati, mesosigmoidei et sub mesocolo sinistro. Pleuritis fibr. purulenta bilateralis. Pericarditis et peritonitis universalis fibrinosa. Nephritis chronica interst. universalis. Enteritis diphtherica intestini ilei et crassi. Tumor lienis acutus. Corpus luteum verum sinistrum. Pelvis angusta. Peritonitis post rupturam.

A méh gyermekfejnyi, hossza 21 cm., szélessége 12 cm. Falzata 2½ cm., izomzata petyhüdt, törékeny. Nyálkahártyája szétmáló, barnászöldes vagy csokoládészínü, büzös. A méhnyak bal oldalán 4 cm. hosszú, a szomszédos hüvelyfalra hasonló hosszaságban átterjedő, véresen beivódott szélü repedés, melyből a lig. latum két lemeze közt levő nagy evgóczba juthatni, hasonlóképen a mesosigmoideum lemezei közt s a mesocolon descendens alatt is egész a vese tájékáig felterjedő csokoládészínü, híg folyadékkal telt, büzösen szétmáló, czafatos falú üreg van.

A medencze c. v.-ja 8·2 cm., c. diagonalis 10·2.

ad 10. 1891. 450/393. *T. J.* 46 éves. XIVP. Ruptura cervicis uteri in regione ostii interni durante partu cum placenta praevia, ut fertur, perforans in cavum peritonei. Ruptura fact. extra nosocomium.

Peritonitis incipiens universalis. Corpus luteum dextrum verum.

A belső méhszáj táján az elülső méhfal területén egy félkörös, tátongó, véresen beszürődött szélü, a hashártyán is áthatoló s azt felfelé a közvetlen környezeten felemelő repedés.

ad 12. 1994. 856/792. *D. A.* 27 éves VP. Peritonitis haemorrhagica universalis post rupturam uteri propter *pelvim transverso-angustatum* ortam. Laparotomia et amputatio uteri rupti duo dies ante obitum peracta. Dysenteria diphteritica intestini crassi totius.

Ulcera lacerata vaginae et portionis cervicalis uteri. *Ulcus ruptum mucosae vesicae* urinariae cum fistulis vesico-cervicalibus.

A hólyag tágult, a nyálkahártyája belövelt, élénkvörös, a bal ureterhez beszájadzása felett s mögött körülbelül 4 cm. hosszú, harántirányú, zegzugos, beivódott szélü, repesztett seb található, a melynek mélysége részint a submucosáig, részint a musculáris rétegig terjed és a mely helyenként egyes lencsényi, szabálytalan szélü s alakú likak által közlekedést hoz létre a húgyhólyag és a méh cervicális részlete között. A cervicalis csatorna és a megmaradt méhrészlet erősen tágult, körülbelül 15 cm. Az elülső fal bal felében a leirt czafatos szélü likak által áttört. A medenczebemenet kártyaszívalakú, hirtelen történő szükületével a medenczecsontok között; az egyenes átmérő 9¼ cm., a harántátmérő a medencze legszélesebb részletén, a mely a conjugata vera hátulsó negyedrészének határán vezetett vonal irányába esik, 11 cm.; a medencze tengelyén vezetett átmérő hossza 9·5 cm. A medencze ürege egyenes irányban a keresztcsont erősebb meghajlása következtében tágult, hasonlóképen tágabb a hátulsó negyedben az üreg harántátmérője is.

ad 14. 1897. 38. *G. G.* 34 éves. VP. Ruptura uteri gravidi cum haemorrhagia interna et externa. Laparotomia et exstirpatio ovarii sinistri. Intumescentia parenchymatosa renum et hepatis. Exostoses supracartilagineae symphysis (pelvis angusta plana spinosa).

A medenczéből a nagy méh domborodik ki, 20 cm. hosszú, 15 cm. széles és 6·5 cm. vastag, bal oldala véré-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

sen aláfutott a széles szalagnak megfelelőleg és itt egy 23 cm. hosszú varrat látszik, mely által az összeszakadozott hashártya szélei a lig. latum aljától fogva egészen az S hajlat széléig össze vannak férczelve; a bal petefészek le van vágva, a lig. ovarii nincs alákötve és közötte féldiónyi vérbeszürődés. Jobboldalt egy hashártyaszakadás a széles szalagtól a vakbélig fut, mely vagy 11 cm. hosszú és 6 cm.-re tátong és ennek mélyében a kötőszövet kissé vörhenyesen beivódott. A méhcsatorna bal oldalán a belső szájtól a külső felé futó 7·5 cm. hosszú, körülbelül függélyes irányú szakadást találunk, rendetlen puha szélekkel, melyek közül az elülső szabad, a hátulsó pedig a hashártyán levő varrattal az ott levő vastag erekkel együtt össze van férczelve és a két sebszél között jelenleg is a méh közötti szakadt szövetbe és hasűrbe a varrat mellett be lehet jutni. A medencze szűkebb, lapos, egyenes átmérője 10 cm.; de miután a fancsonton jobbról-balról kinövő és egymással majdnem összenövő csontos kinövések léteznek, voltaképen *csak 8·5 cm.*; haránt átmérője 13 cm.

ad 15. 1898. 189/154. *M. I.* 46 éves. XIIP. Ruptura uteri et vaginae ad *vesicam perforans* cum devastatione parietis posterioris eiusdem et dislaceratione textus cellulosi subperitonealis; suffusiones saguineae externae et phlegmonosis incipiens. Exostoses supracartilagineae ad symphysim ossis pubis. Intumescentia hepatis et renum parenchymatosa.

A peritoneum a méh jobb görgeteg szalagjától kezdve a hólyag mögött egész a bal kerek szalagig és azon túl a bal csípőtányéron át körülbelül a vese tájáig véresen aláfutott, piros és szederjes foltos, de egyszersmind az aljáról leemelődött, még pedig úgy, hogy a méhkörüli részleten egészen szabad a hashártya, míg azon túl a csípőtányérban finom szálakkal át van szőve és itt a vér szennyesbarnás, úgyszintén a jobboldali kerek szalag körül és a jobb lágyéktáji kiemelkedő véres beszürődés alatt már szennyesbarnás ellágyulás találtatik a véresen beszürődött szövetben. *A hólyag* oldalsó falzata és jobboldalt az ureteren túl 1 cm.-re baloldalt az ureter nyilásáig, de a hólyag hátulsó falán egy a húgycső kezdetétől egész a hólyag tetejéig terjedő 10 cm. hosszú, 4 cm.-re tátongó s az öklöt könnyen befogadó szakadással át van törve s e szakadás szélén nyálkahártya, izomfal és felülről a méh, az alsó 4 cm. területen pedig a hüvely átszakadt falát találjuk véresen beszürődve és rostonya-alvadékkal bevonva. E szakadás a hólyag csúcsán túlterjedve egészen a hasür alatti szövetbe vezet. A méh (22 cm. × 4 × 8 cm.) összehúzódott, izomállománya hátul akár 3·5 cm. vastag. A méh nyaka felé a csúcsától 1·6, az alsó végtől 6 cm.-re egy a belső felületen köröskörül futó barázda látható, hol a méh nyálkahártyája, de különösen az izomzat vékonyabb és halványabb és ezen gyürü alatt az izomfal és nyálkahártya vastagabb, duzzadt, erei sötétpiros rögökkel teltek; a méh elülső felületén kezdődik ama szakadás, mely majdnem függőleges irányban 10 cm.-re lefelé a hüvelybe halad és felül a parametriumba, alá pedig a hólyagba szolgáló nagy lyukat hozott létre.

A conjugata a symphysis felső széléig mérve 12 cm., azonban minthogy a belső felületén exostosis supracartilaginea emelkedik ki erősen, alig 10·5 cm.-re becsülhető. A harántátmérő 14·3, a többi átmérő elég tág.

ad 19. 1900 364/332. *K. I.* 30 éves. IVP. Ruptura uteri recens. Anaemia universalis. Rhachitis praegressa. Pelvis rhachitica plana.

A méh nagy, 20 × 14 × 16 cm. méretü; a méhszáj tág, puha, 5 ujjat könnyen befogad. Belső felületén és szélén több apró, kissé véresen beszürődött repedés, melyeken kevés friss alvadék van; bal oldalán 1/2 cm.-nyire a fornixba terjedő, hosszirányú, 7 cm.-nyi, közepén 4 cm.-re tátongó, egyenetlen, czafatos, véresen beszürődött szélü repedés van, a szakadás elülső szélén egy lúdtollvastag gyüjtőér halad el, melynek egy hollótollvastag ágán van egy kis beszakadás. A véres beszürődésben mindenütt folyékony vér van, a mely a méhfalon át a széles szalag szövetébe vezet.

A medencze lapos; a conjugata vera a kissé kiemelkedő symphysis miatt 9·2 cm., a harántátmérő 13·5 cm., a bal ferde 11·6 cm., a jobb ferde 12·8 cm.

A bordák végei a porczok felé kissé kiemelkednek; a végtagok kurták.

ad 20. 1900. 628/583. *H. I.*-né, 23 éves. IIP. Sepsis post exstirpationem uteri ruptura indicatam.

A hasűrből szabad levegő jön ki. Jodoform-gazenak ökölnyi tömege vörhenyesen átázott állapotban a Douglas űrben fekszik és a méh helyén, hol is a hólyag és végbél között tátongó lyuk van, melynek széleit elül a hólyag hátulsó fala, oldalt az alig átvágott lig. latum rongyos lágy átmetszési helye és hátul a lemeztelenített végbélfal képezi. A műtét helyén a lig rotundum maradványai, a vasa spermatica és a többi verőér alákötési fonalai láthatók. A hólyag hátulsó falán szintén lekötési fonalak láthatók és a hegen egy czafatos, ujjhegyet befogadó lyuk van, mely a hólyagba vezet. A hólyag halvány, üres; az ureterektől jobbra-balra az ujjat befogadó czafatos nyilás. Medenczeméretek: conj. vera 11, haránt 12·2, bal ferde 12, jobb ferde 12·9 cm. Az ülőgumók egymástóli távolsága 10·5 cm.

ad 21. 1900. 1104/1040. *H. N.* 35 éves. IIP. Anaemia gravis acuta. Contusio cervicis uteri, et ruptura incompleta ejusdem et corporis. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Abscessus veterior in parametrio sinistro. Atonia uteri.

IIP. A méh hossza 21·5 cm., a méhszáj tátong, 5 ujjat befogad. Baloldalt egy a méhszájról a méhtestre átterjedő 9 cm. hosszú repedés van, mely a méhtestben akár 1/2 cm. mély és melynek szélei a felmetszés után akár 3·5 cm.-nyire elállnak egymástól. A repedésnek a méhszájnál levő alsó része két catgut-varrattal volt egyesítve. A hüvelybemenetelnél a hátulsó falon a bal parametriumban a petefészek mellett egy diónyi, sima falzatú, zöldessárgás genynyel kitöltött tályog van.

ad 26. 1901. 1049/976. *K. A.* 28 éves. IIIP. Ruptura uteri incompleta cervicalis usque ad supraorificium internum extensa. Dehiscentia peritonei usque ad regionem lumbalem sin. extensa. Pneumatosis abdominalis et haemorrhagia interna. Synechia pulmonum et organorum genitalium internorum.

A méhszáj igen tág, 11·5 cm. kerületü, azonban baloldalt 4 cm.-nyi szakadás van, a mely azután innen felfelé haladván, a méh nyaki részletére terjed, egészen a méhtestig, a szakadási vonal hátul majdnem egyenesen felfelé halad, míg az elülső ferdén halad felfelé, úgy hogy a méh belső szája táján gyermektenyérnyi lebeny készült, mely sima és vérzéssel borított és a mely a szakadásba befityeg. A lágyrészek a hüvely felületéről és a méh elülső-alsó részéről leszakadtak, a szakadási felület egyenetlen, czafatos, szürkéspiszkosan színezett. A szakadás hátulsó szélén lúdtollvastag gyüjtőér halad, mely a szakadás elülső szélében a parametriumban be van szakadva. A méh 18 cm. hosszú, izomzata akár 3 cm. vastag. A placenta helye elül a fundus alatt. A repedés a gyürün túl nem terjed; szélei czafatosak és erősen véresen beivódottak.

ad 31. 1903. 641/615. *K. L.* 37 éves. IIIP. Peritonitis incipiens post rupturam uteri, ad latus posterioris partis inferioris uteri, ad cavum Douglasii perforans. Degeneratio parenchymatosa renum et hepatis; intumescentia parenchymatosa lienis.

Obesitas. Calculi vesicae felleae tetraedriformes nonnulli. Hydronephrosis lateris dextri.

A méh elül szabad, hátul a végbéllel vékony szalagokkal összenőtt. A vékony szalagok szétfejtésekor kiderül, hogy a méh és a végbél közé egy ökölnyi jodoformgazecsomó van bevezetve. A hüvely hátulsó falán két felületes, rendetlen alakú, hosszirányú folytonossághiány van, melyeknek széle a véresen beszürődött nyálkahártya által képeztetik. A méhszáj igen tág, a méh alsó szakasza a contractionális gyürütől kezdve mindvégig 2—3 mm.-nyire elvékonyodott, nyálkahártyája czafatos, bomlatag, rajta a hátulsó falnak megfelelőleg egy 7 cm. hosszú, rendetlen, czafatos szélü szakadás van, a hol is a méh 4 cm. szélességben a hüvelyről leszakadt. A szakadás szélei szennyesvörösesen és itt-ott zöldesen elszíneződtek. A nagy szakadáson két ököl is keresztülvezethető a hasürbe. A méh nagy, hossza 21 cm., a miből az alsó szakaszra 7 cm. esik; szélessége a két lig. ovarii táján 12 cm., vastagsága 7 cm. Conjugata diagonalis 12·5 cm., conj. vera 11 cm., a harántátmérő 12·5 cm., a bal ferde 12 cm, a jobb ferde 11·5 cm.

ad 32. 1904. 1299/1161. *M. P.*-né, 37 éves. VIIIP. Ruptura longitudinalis uteri intra partum totalis cum subsequente haemorrhagia in cavum abdominis deinde anaemia acuta univer-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

salis. Peritonitis diffusa incipiens. Degeneratio parenchymatosa hepatis, renum et myocardii. Pneumonia hypostatica, synechia ligamentosa pulmonis dextri. Ulcera mucosae vericae urinariae magnitudinis crucigeris.

A *méh* igen nagy, körülbelül 16 cm. hosszú, 11 cm. széles és 7 cm. vastag, az elülső-alsó részén a savós hártya alatti szövet vagy tenyérnyi kiterjedésben vérzésesen beszürődött. E vérzéses beszürődés főleg balra terjed, a hol is a méhben és a hashártyán keresztül hatoló, a lig. rotundumtól messzire kiterjedő, körülbelül 13 cm.-nyi szakadás van, melynek szélei a vérzésesen beszürődött hashártya, lig. latum és méhizomzat által képeztetnek. (A méh nem lett felvágva.)

A hasürben körülbelül 200 cm^3 folyékony sötétvörös vér, alvadék nélkül. A hashártya csikonként belövelt, különben sima, fénylő.

A colon descendens mögötti kötőszövet fel a veséig részint folyékony, részint lazán alvadt vérrel beszürődött; az ascendens és vakbél mögötti szövet kevésbé.

A jobb vesemedencze nyálkahártyáján több pontszerű vérömleny.

A *petefészkek* és kürtök szabadok, a jobboldaliban körülbelül borsónyi sárga test.

A *hólyag* (melyben kevés zavaros vizelet) nyálkahártyája a hátulsó falon ötkoronás kiterjedésben vérzésesen beszürődött, e részlet közepén körülbelül 2 fillérnyi kiterjedésben a nyálkahártya hiányzik s a nyálkahártya alatti kötőszövet szennyesbarnásan elszínesedett; e helyen egyszersmind a savós hártya is le van foszladozva.

A külső nemi részek nyálkahártyája halványszederjes, a gát majd a végbélig berepedt; a hüvely tág, nyálkahártyája kissé szederjes. A méhszáj tágsága meg nem határozható, mert a repedés már a portio bal szélén kezdődik.

ad 33. 1905. 479. *C. Gy.*-né., 34 éves, VIP. Ruptura uteri incompleta ad latus sinistrum in parte anteriore uteri subsequente oligaemia vera acuta. Meteorismus.

A haskerület a köldöknél 107 cm., alatta 5 cm.-rel 110 cm.; a symphysis és köldök közti távolság 24 cm., a köldöktől a proc. xiphoideusig terjedő rész szintén 24 cm.

A hüvely nyálkahártyája halvány, a méhszáj a kéz fejét befogadja; a méh gyermekfejnyire összehúzódott, izomfala 5 cm. vastag, elég szívós. A méh üregét körülbelül 1 cm. vastag, kissé málékony, véralvadékhoz hasonló réteg vonja be; a méh melletti nyirokutak átjárhatók. A méh nyaki részén baloldalt az elülső felületen egy a belső méhszájtól (contractiós gyürü) hosszirányban a külső méhszájig haladó, körülbelül 10 cm. hosszú, szakadozott szélü, a méh izomzatán keresztülhaladó repedés van, melynek megfelelőleg a hashártya a Douglas-ürről és a méh elülső faláról messzire le van választva. A méhről elül a lig. rotundum eredése tájáig és itt a méh és a medencze fala között egy körülbelül férfiökölnagyságú, véralvadékkal kitöltött ür van; a véralvadék lazán a környezethez tapad. A petefészkek, kürtök szabadok; a baloldali ovariumban borsónyi corpus luteum. A jobb parovariumban mogyorónyi, tiszta savóval telt cysta.

A hólyagban kevés zavaros vizelet, a nyálkahártya kissé duzzadt és helyenként vérzésesen beszürődött.

Medencze. A promontorium meglehetősen előugrik; a symphysisről pedig elég széles, sima felületü dudor emelkedik ki, mely a medenczét szükitette, úgy, hogy a conjugata vera csak 9 cm., a harántátmérő 12·4 cm., a jobb ferde 11 cm., a bal ferde 11·5 cm. a bemenetben.

Ad 34. 1905. 565/510. *S. J.*-né, 26 éves. IIIP. Anaemia acuta universalis permagna et ruptura uteri incompleta lateris sinistri cervicis et corporis uteri. Oedema pulmonum minoris gradus.

A hüvely hátulsó falán több szabálytalan berepedés; a hüvely belkerülete 16 cm., nyálkahártyája elsimult, finoman bársonyos, helyenként véresen beivódott. A tág nyakcsatorna kezet befogadó; nyálkahártyája sötét, czafatos, barnás szinü, majdnem a hashártyáig beszürődött. A méh méretei 16—14·5—5 cm.; izomzata 2·5 cm. vastag, halványszürke, áttünő, petyhüdt, különösen a felületes rétegeiben.

A méh felmetszésekor kitünik, hogy bal szélén, a lig. latum tapadási helyén, egy az összes rétegeken áthatoló repedés van, mely a méhszájon kezdődik s innen a méh bal szélén 13 cm. hosszban terjed felfelé és felső zugában kissé a hátulsó falra is ráterjed. A repedésen keresztül a kezet a széles szálag 2 lemeze közé lehet vezetni, ott gyermekfejnyi tasak alkotható. Az üregben sem folyadék, sem alvadt vér nincs, fala azonban 1 cm. vastagságban véresen beszürődött. A beszürődés beterjed a mesocolon descendens szövetébe is és a hashártya laza szövetében a veséig felér. A széles szálagot befedő hashártya sehol sincs beszakítva, hátulsó lemeze azonban papirvékony, átlátszó. A méh egész falát czafatos, élénkvörös szövet képezi, a kürtök szabadok. A bal petefészekben borsónyi corpus luteum.

A hólyag nyálkahártyája halvány, vérszegény, helyenként vizenyősen beivódott.

Medencze átmérői a bemenetben:

Conj. vera	9·1 cm.
harántátmérő . . .	12·2 cm.
bal ferde	10·7 cm.
jobb ferde	11·2 cm.

ad 38. 1906. 1001/946. *N. S.*-né, 37 éves. IXP. Ruptura uteri gravidi. Pelvis angusta rhachitica. Scoliosis. Extractio peracta. Anaemia gravis.

A hasürben szabad folyadék nincs, a hashártya sima, fénylő. A méh jobbra dölt, úgy hogy a bal széle csaknem a középvonalban van; felső széle a symphysis felett 16 cm.-re van. A hólyag üres.

A méh tetemesen megnagyobbodott, hossza 28 cm., szélessége 15 cm., fala 3 cm. vastag, a méhszáj a hüvelykujj számára csaknem átjárható. A hüvely nyakcsatorna jodoformgaze-zal kitömött. Az erősen megvékonyodott, nagyobbrészt 1—3 mm. vastag cervicalis részben egy 14 cm. hosszú repedés van, mely a külső méhszáj felett 2 cm.-nyire az elülső falból a középvonalban indul ki és ferdén haladva a bal szélen a contractiós gyürü alatt végződik. A repedés csupán a hashártyára nem terjed ki, az utóbbit a tamponcsomók dudorosan kiemelik; a hashártya alatti kötőszövet a bal csípőtányérban vékony rétegben véresen beszürődött. A hasürbe nem került vér. A méhtest 1—1½ cm. vastag metszéslapján tátongó üres gyüjtőerek láthatók; a méh belső felülete czafatos, nagyobbrészt halványvörös. A repedés felett a hátulsó falon ezüstforintnyi területen feketésvöröses alvadékok tapadnak; különben a belső felület mindenütt gerendázatos. A repedésben csaknem szabadon halad át a v. és a. uterina, mindkettőn egy-egy mákszemnyi nyilás látszik. A kürtök vékonyak, szabadok. A petefészkek laposak, elnyúltak, a baloldaliban babnyi sárga test.

A *medencze* bemenete szembetünően szükült. A promontorium kissé jobbra foglal helyet. A conj. vera 8 cm., a harántátmérő 12 cm., a jobb ferde 11·5 cm., a bal ferde 11 cm. A medenczecsontok vaskosak, a keresztcsont erősen hátragörbült. A gerinczoszlop a XII. háti csigolya táján kissé balra, a VIII—IX. közt kissé jobbra görbül.

Közlemény a budapesti egyetemi idegklinikáról. (Igazgató Jendrássik Ernő dr. ny. r. tanár.)

Másodlagos elfajulások gerinczvelőnyomás következtében.[1]

Irta: *Kollarits Jenő* dr., egyetemi magántanár.

A következőkben egy mind a diagnostika, mind a rostlefutások szempontjából érdekes esetet óhajtok röviden ismertetni:

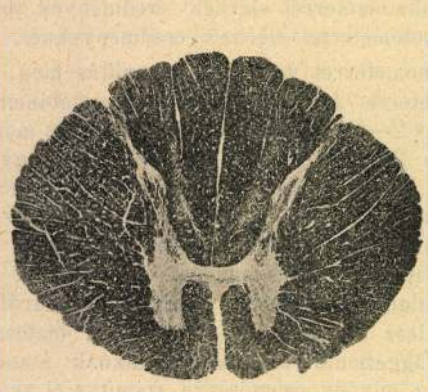
W. S., 44 éves asztalost 1904 julius 12.-én vettük fel a klinikára. A családi kórelőzményadatok között nincs említésre méltó. A személyes kórelőzmény 16—18 éves korban typhusról és egy izben kankóról emlékszik meg. A beteg 24 éves korában nősült, 2 gyermeke él, 1 születésekor meghalt; 36 éves korában ¾ évig arthritisben szenvedett a bal térdén; ez meleg fürdő használatára gyógyult. Ennek a bajnak elmultakor nagyobb mozgás után hamar mutatkozott fáradtság. Egy évvel később az izületi baj a bokákban jelentkezett, de hamar rendbe jött. A követ-

[1] Lásd Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 33. kötet.

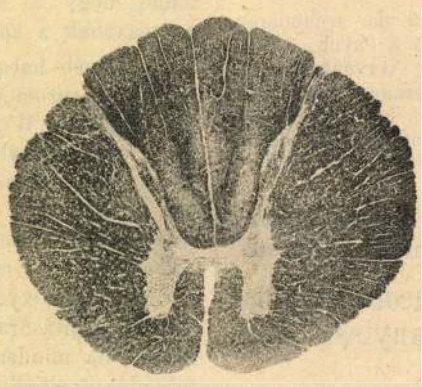
Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

sen nagy. Aránylag jobban látható az elváltozás a Van Gieson-készítményeken, a melyeken jól kivehető, hogy csak egyes, egymástól elég távol eső rostok estek ki, helyükön üresseget hagyva. Annál meglepőbb a 2. ágyéki gyökér (lásd 9. ábra) magasságában az igen jól kivehető pyramispályaelfajulás, a mely lefelé a sacrális velő közepéig terjed (l. 10., 12. ábra).

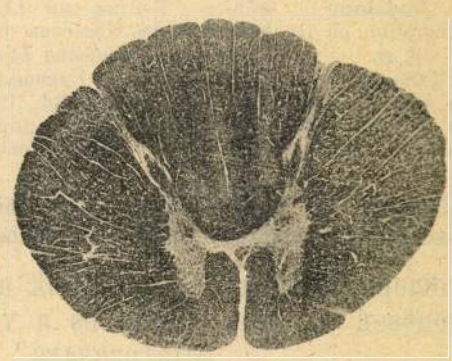
IV. Röviden végezhetek azzal az elfajulással, a mely a sacralis gyökerek sérüléséből magyarázható. A 4. sacralis gyökér magasságában ugyanis feltünő, hogy mind a két Lissauer-zóna és a külső belépő zónák kissé vesztették a színüket a Weigert-készítményeken. Feljebb haladva a középső sacrális velőben, a hátulsó kötegben elfajult csík látszik, a mely előbb annak csak terület a Schultze-comma fogyásával nő, következik, hogy az utóbbiból az előbbibe mennek át a rostok. Ez a terület a *Flechsig*-féle területnek felel meg, bár *Flechsig* azt csak a lumbális velőben irta le. A *Schultze*-féle terület a 8. háti, az ovalis terület a 11. háti gyökér magasságában szünik meg. Esetem nem ad támasztópontot annak a kérdésnek az eldöntésére, hogy a *Schultze*-comma rostjai endogen eredetüek-e vagy a hátulsó gyökerekből származnak, a mennyiben a sérülés mindkettőt érte. A másik jelenség, a melyre mutatni akarok, a *pyramispalya* sajátságos viselkedése. Ez abban áll, hogy a sérülés *alatt közvetetlenül elszórtan állanak az elfajult rostok kisfokú elszínetelenedést okozva, míg lejebb a lumbális velőben ezek közelebb esve*



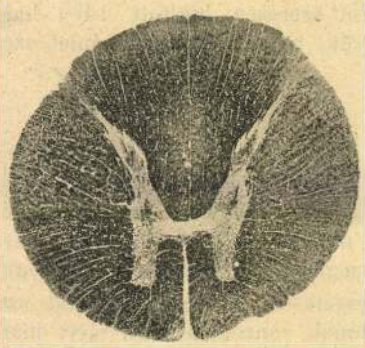
5. ábra.



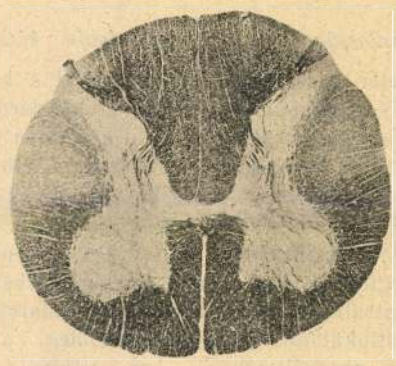
6. ábra.



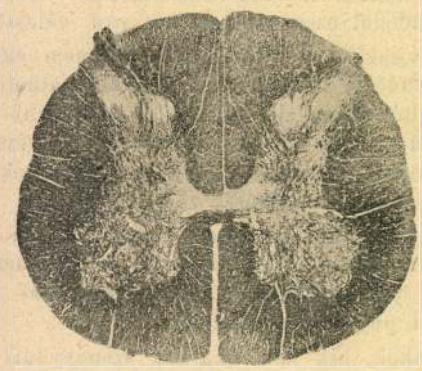
7. ábra.



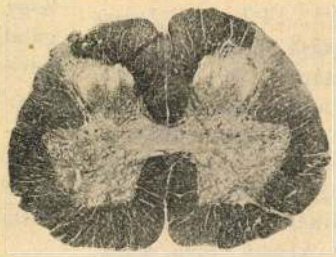
8. ábra.



9. ábra.



10. ábra.



11. ábra.

12. ábra.

egy kis, az ábrán látható részét foglalta el. A 1. sacrális gyökér magasságában már csak közvetlen a szürke szarvak mellett ép teljesen a hátulsó köteg. Az elfajulás kiterjedése a 2. lumbális gyökér magasságában az egész hátulsó kötegre kiterjed diffus módon. Ez a sérülés azonban csak kisfokú elszínesedésben nyilvánul. Benne a rostok nagy része ép. Fel kell még említenem, hogy a lumbális velőben a pyramispálya mellett vékony széldegeneratio látszik.

A közölt szövettani lelet egyik érdekes pontja tehát az a *Schultze-féle kommával összefüggő tojásalakú elfajult terület*, mely a Schultze-féle comma folytatásának tekinthető. Ez egyezik a *Daxenberger*[2] munkájában közölt ábrákkal. Tekintve, hogy ez a *egymáshoz, élénkebben feltünő terület tünik elő.* Ez a lelet megegyezik azzal, a melyet *Bikeles*[3] közölt. *Bikeles* esete heveny gerinczvelőgyuladás volt, a mely az 5. és 6. háti gyökér magasságában sértette a gerinczvelőt. A másodlagos elfajulás Weigert-készitményeken „tisztán alig kivehető és az első lumbális gyökérmagasságban határozottabbá lesz". Bikeles hivatkozik még *Bruns*[4] egyik esetére is, a melyben a sérülés alatt közvetlenül nem volt elfajult az oldalsó pyramispálya. *Bikeles* kifejti még, hogy esetével megszünik az az ellentét, a melyet *Strümpell*[5] a másodlagos és az elsődleges pyramispályaelfajulás között felállított és a mely abban áll, hogy az utóbbi esetben a pálya distális vége fajul el, mint a hogy a rosszul táplált fának is a leggyengébb és

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

a tápláló gyökértől legtávolabb eső ága hal el. *Bikeles* arra hivatkozik, hogy talán esetének heveny volta adja a magyarázat kulcsát a kezünkbe és azt hiszi, hogy először azok a rostok pusztulnak el, a melyek központi sejtjüktől elválasztva leghosszabb utat futnak be. Az itt közölt eset nem volt heveny, a mennyiben a halál 4 hónappal a paraparesis kezdete után állott be. Ezen idő alatt is tehát inkább a hosszú rostok mennek tönkre. Talán a nyomás csekélyebb voltának van szerepe a dologban. Az sem lehetetlen, hogy a tengelyfonál és a myelinhüvely nem egyszerre pusztul el.

Az a körülmény, hogy a kereszttáji gyökerek sérülése diffus felhágó elfajulást hoz létre a hátulsó kötegben, már régebb idő óta ismeretes.

Irodalom: 1. *Schultze:* Beitrag zur Lehre von der secundären Degeneration im Rückenmarke des Menschen stb. Arch. f. Psych., 14. k. 1883. 59. sz. — 2. *Daxenberger:* Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 4. köt. 1893. 136. lap. — 3. *Bikeles:* Degenerationsbefunde bei einem Falle von Myelitis acuta. Neurol. Centralbl., 1900. 146. l. — 4. *Bruns:* Arch. f. Psych., 1893. — 5. *Strümpell:* Die primäre Seitenstrangsklerose (spastische Spinalparalyse). Zeitschr. f. Nervenheilk., 1904. 27. k. 304. l.

Közlemény a berlini gazdasági főiskola állat-élettani intézetéből. Igazgató: Zuntz N. titkos kormánytanácsos.

Chromophotometer, új készülék a színconcentratio, különösen a haemoglobin és a vérmennyiség meghatározására.[1]

Irta: *Plesch János* dr., Rajeczfürdő.

(Vége.)

A chromophotometer pontossága és a haemoglobin kiszámítása.

A chromophotometer vizsgálata kifogástalanul a következő módon eszközölhető. Oly festékoldatot töltünk a standardteknőcskébe, melynek rétegvastagsága ismeretes. Ugyanezen oldattal megtöltjük az üvegcylindert és most színegyenlőségre állítjuk be a látóteret. A mennyiben ugyanazon folyadék van mindkét sugár útjába helyezve, *ha zavarodás vagy tisztátalanság nincs a folyadékban*, az egyenletes színeződésű látótérnek egyenlő rétegvastagságok fognak megfelelni. Ha az alsó üveghengerben foglalt színes folyadék concentratioja más, mint a standardteknőben foglalté, a concentratiokülönbségnek megfelelőleg a rétegvastagságot kell majd megváltoztatni. Igy például: Ha a standardteknő 20 mm. széles, akkor egyenlő concentratio mellett a nonius szintén 20 mm.-rel fog a nullapont felett állani, míg 50% oldatnál 40 mm.-t, 75%-nál 60 mm.-t, dupla concentrationál biró oldatnál 10 mm.-t s így tovább fog mutatni. Már kevés gyakorlat után is az egyes leolvasások közötti kitérés lefelé és felfelé 0·1 mm.-nél nem nagyobb. Igy *Zuntz* titkos tanácsos első leolvasása alkalmával 13·9, 14·1, 14·1, 14·1, 14·1, *A. Loewy* tanár egy más esetben szintén legelső leolvasása alkalmával 20·3, 20·3, 20·1, 20·3 mm.-t olvasott le egymásután.

A beállítás 0·1 mm.-re pontos. A mi a 0·1 mm.-nek megfelelő százalékos értéket illeti, az 20 mm. standardrétegvastagságnál, 14%-os standardhaemoglobinoldatnál és a noniusnak 20·1 mm. állásánál 0·5% = 0·07 gm. haemoglobin = 0·0047 gm. vasnak felel meg 100 vérre számítva. Minél kisebb a megvizsgálandó folyadék concentratioja, annál kisebb ezen érték, mint a hogy ez a $c_2 = \frac{c_1 \; s_1}{s_2}$ képletből kiszámítható. Igy pl. 0·1 mm. 40·0 és 40·1 mm. noniusállásnál az előbbi feltételek mellett már csak 0·13% = 0·018 haemoglobin = 0·0018 gm. vashibának felel meg. Azt hiszem, hogy praktikus szempontból a leirt berendezéssel a chromophotometer minden igényt ki fog elégíteni. Ha azonban különös tudományos czélra még nagyobb pontosság volna kivánatos, az a noniusskála finomabb beosztása, a vizsgálandó oldat erősebb higítása és a standardfolyadék nagyobb rétegvastagsága által a készülék különösebb átalakítása nélkül is még nagymértékben fokozható.

A mint a fenti számokból kitünik, a chromophotometerrel elért eredmények pontosabbak, mint bármely más készüléknél és azért ezen készüléket más készülékkel megbirálni nem lehetett.

Az eddig legjobbnak ismert haemoglobinmeghatározás a spectrophotometerrel történt. A spectrophotometer azonban rendkivül nagy gyakorlat mellett, például ha $\varphi = 60^0$, 0·4° leolvasási hibát ad, a mit még *Hüfner*-nél, *Zeynek*-nél és *Noorden*-nél is találunk. Ez azonban az értéknek $^1/_{150}$ része, vagyis az érték 0·7% = 0·09 gm. haemoglobinnak felel meg 14%-os vérnél. Ha azonban szintén rendkivül gyakorlott más két vizsgáló, mint *Aron* és *Müller*[1] számait nézzük, úgy $\varphi = 59^0$-nál 0·8° különbséget látunk és jó magam sem tudtam három évi gyakorlat után nagyobb pontosságot elérni. Ez azonban már az érték $^1/_{73}$-ának felel meg. A chromophotometernél 40 mm. rétegvastagságnál *rossz* szemű megfigyelő sem fog 0·4 mm.-nél (= $^1/_{100}$ része az értéknek = 0·07 haemoglobin) nagyobb hibával dolgozni. Látjuk tehát, hogy a chromophotometerrel elérhető eredmények sokk a pontosabbak a spectrophotometerrel elérhető eredményeknél.

Egyéb haemoglobinometerrel való összehasonlítás még kedvezőbb a chromophotometerre. A Fleischl-féle haemoglobinometer vizsgálatakor *Winternitz*[2] 2—3% eltérést talált. *Türk*[3] azt mondja, hogy ezen készüléknél a 20 alatti és 80 feletti értékek egyáltalában nem használhatók. *Veillon*[4] szerint a *Miescher* által módosított *Fleischl*-féle apparatus 1—1½% hibát ad. A *Gowers*-féle haemoglobinometer *Sahli*[5] szerint 10%, a Tallquist-féle skala 10—15% hibát ad, míg az új *Sahli*-féle haemometernél a hiba 2—3%.

A szénoxydhaemoglobin tartóssága miatt a standardfolyadék megújítására alig lesz szükség, mégis különös biztosságot nyujt, ha mindenkitől függetlenül tudunk magunknak standardfolyadékot előállitani. Ha minden eshetőségre számítva el akarjuk látni magunkat standardfolyadékkal, friss marhavér haemoglobinconcentratioját a chromophotometerrel meghatározzuk és a vért az általam leirt módon szénoxyd alatt conserváljuk. Hogy ezen vért 250-szeresen higított 14% haemoglobinoldatnak megfelelővé tegyük, a higítást ezen képlet szerint eszközöljük:

$$V = \frac{250 \times C}{14}$$

Ezen képletben V a higítás nagyságának és C a megvizsgált vér haemoglobinconcentratiojának felel meg.

A nagyobb kényelem szempontjából minden készülékhez tabella van mellékelve, mely minden tized millimeter rétegvastagságnak megfelelőleg mutatja a haemoglobin mennyiségét.

Természetesen mindenki tetszése szerint válogathatja meg standaroldatának concentratioját, mert hiszen a 14%-os oldat is önkényesen van választva. Mégis helyes volna, ha általában ezen concentratiót fogadnák el, mert a normális viszonyoknak legjobban felel meg és a legtöbb haemoglobinometernek százzal jelzett értéke alapjául körülbelül ezen concentratio van választva

Ha valamely vizsgáló a vörös szín iránt nem eléggé érzékeny, a megvizsgálandó színt könnyen megváltoztathatjuk azzal, hogy a 3. sz. világító nyilás elé színszürőt helyezünk. Vérvizsgálathoz azt ajánlanám, hogy egy chromsavaskali és rézsulfatoldat keverékével megtöltött párhuzamos falú edényt állítsunk a nyilás elé, a minek következtében a látótér zöldszínüvé lesz.

Teljes tudatában vagyok annak, hogy a leirt standardfolyadék absolut értékben nem tartalmaz 14% haemoglobint, mivel, mint a hogy már emlitettem, haemoglobinoldat előállítása chemiailag úgy mint physikailag lehetetlen.

Lehetnek olyanok, kik nem akarnak szénoxyddal dolgozni. Ezek részére a chromophotometerhez még egy rubinüvegkoczkát adtam. Ezen koczka szintén egy 20 mm. rétegvastagsággal biró, 250-szeresen higított 14%-os haemoglobinoldatnak felel meg. A rubinüveg olyen nagy darabban, mint a milyen a Fleischl-Miescher-féle készüléknél használatos, soha sem teljesen homogenen festett és ebben rejlik a fő hibaforrás. A chromophotometerhez adott koczka $^1/_2$ cm³ nagyságú és homogenen festett részből van kivágva. A haemoglobin kiszámítása ugyanúgy történik, mint a fent leirt eljárásnál.

[1] *Aron* és *Müller:* Arch. f. Anat. u. Phys. 1906. 113. lap.
[2] *Winternitz:* Zeitschrift f. phys. Chem. XXI. kötet, 479. l.
[3] *Türk:* Münchener med. Wochenschrift, 1907. 5. szám.
[4] *Veillon:* Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1892.
[5] *Sahli:* l. c. 658. l.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

A készülék használhatósága egyéb czélokra.

Mint a hogy már említettem, a készülékkel megfelelő összehasonlító standardoldatok alkalmazásával, mindenféle színconcentratiót meghatározhatunk. Így a chromophotometert a chemiában előforduló színes reactióknál is használhatjuk. Physiologiai czélokra alkalmazást nyerhet az állati szervezet színes folyadékainak (vér, vizelet, epe stb.) vizsgálatakor.

Két festőanyag keverési arányának meghatározására a chromophotometer szintén használható. Ezen czélra szolgál a 25. számú üvegcylinder, mely concentrikusan zárja körül a 21. sz. cylindert és ugyancsak concentrikusan illik bele a 17. sz. teknőbe. Ezen 25. sz. cylinder felül *(26. sz.)* a 27. számú hüvelybe csavarható. Ezen 27. sz. hüvelyen a 28. sz. millimeterbeosztással biró rudacska van megerősítve, míg a cylindernek 29. sz. része körnoniust alkot és 0·05 mm.-nyi pontossággal mutatja az elcsavarás nagyságát. A középső cylinderbe (25) jön az egyik, a külső cylinderbe (17) a másik színü folyadék, melyeknek vegyületéből áll azon folyadék, melyben a két szín keverési arányát meg akarjuk határozni.

Tegyük fel, hogy a megvizsgálandó folyadék egy vörös és kék színből álló festéknek 1%-os oldata. Ilyenkor 1%-os oldatot készítünk a vörös és 1%-os oldatot a kék színből. Ha most a vörös oldatot a 17. sz. cylinderbe, a kék oldatot a 25. sz. üveghengerbe töltjük és a középső cylindert annyira csavarjuk felfelé, hogy elzáró lapja a belső cylinder alsó elzáró lapjával érintkezzék, a látótér csakis a külső cylinderben levő folyadéktól lesz megfestve, azaz a mi esetünkben vörös lesz. Ha azonban ellenkezőleg a középső cylindert annyira csavarjuk lefelé, hogy alsó elzáró lapja a külső cylinder elzáró lapjával érintkezik, a látótérben csak a 25. sz. cylinderben foglalt színes folyadék fog érvényesülni, vagyis a mi esetünkben a látótér kék lesz. Ez a két véglet. A középső cylindernek különböző eltolása által képesek leszünk a vörös és kék szín keverésének minden árnyalatát előállítani. Példánkban feltételezzük, hogy úgy a színes keverék, mint a színes oldatok egyenlő concentratioval bírnak. Az egyenlő concentrationak megfelelőleg egyenlő rétegvastagságra kell tehát majd a vizsgálatkor az eszközt beállítani, vagyis a belső cylinder elzáró lapjának a külső cylinder lapjától olyan távolságra kell esnie, mint a milyen nagy a megvizsgálandó folyadék rétegvastagsága. Mivel azonban a két cylinder között még a középső cylinder elzárólapja is van, ennek korrigálása czéljából a megvizsgálandó folyadékot tartalmazó edénybe egy a középső cylinder üveglapjával egyenlő vastagságú és fénytörésü üveget helyezünk.

Miután az egyenlő rétegvastagságokat beállítottuk, addig csavarjuk le vagy fel a középső cylindert, míg a látótérnek egyenletes színeződését értük el. Ekkor a noniust 28 és 29-nél leolvassuk és a különböző színek megfelelő rétegvastagságának viszonyából az egész rétegvastagsághoz igen könyen kiszámíthatjuk a két szin keverési arányát. Három vagy több szín keverési arányának meghatározásakor megfelelő számú cylinder segítségével ugyancsak a leirt módon járhatunk el.

Az élő állat keringő vérmennyiségének meghatározása a chromophotometerrel.

N. Grehant és *E. Quinquaud*[1] az élő állatban a keringő vér mennyiségét úgy állapitották meg, hogy lemért mennyiségü szénoxydgázt lélegeztettek be az állattal. A szénoxyd belégzése után az állatnak érmetszéssel nyert ismert mennyiségü vérét kiszivattyúzták és az így nyert vérgázokban meghatározták a szénoxyd mennyiségét. A belégzett szénoxyd és az ismert mennyiségü vérben talált szénoxyd mennyiségéből kiszámították az egész vér mennyiségét. Ha például az állat 50 cm³ szénoxydot lehelt be, s 10 cm³ vérben találtatott 0·25 cm³ szénoxyd, akkor az összes vér mennyisége $= \frac{10 \times 50}{0{\cdot}25} = 2000$ cm³.

[1] *N. Grehant* és *E. Quinquaud*: Mesure du volum de sang contenu dans l'organisme d'un mammifére vivant. Compt. rend. 94. köt., 1450—1453. l.

Haldane és *Lorraine Smith*[1] ezen eljárást módosította és embereken is alkalmazta. Nevezett szerzők szintén bizonyos mennyiségü szénoxydot lélegeztettek be. Ők a ferricyanid methodussal az inhalatio előtt meghatározzák a vér oxygencapacitását és egyben megvizsgálják, mennyit szükséges egy bizonyos (körülbelül 0·1%) carminoldatból ezen vér oldatához hozzáadni, hogy ugyanolyan színeződést nyerjen, mint a milyen színnel ugyanezen vérnek szénoxyddal telített hasonló concentratiojú oldata bir. Ha ezt meghatározták, akkor a szénoxydinhalatio után egy vérpróbát felhígítanak. Az inhalatio előtt vett és felhigított véroldathoz most addig adnak a carminoldatból, míg a színe megegyezik az inhalatio után vett, tehát bizonyos fokig szénoxyddal telített és ugyanolyan concentratiora felhigított vér színével. A mennyiben a CO belégzett mennyisége, a vér oxygencapacitása és az inhalatio után vett vér szénoxyddal való százalékos telítése ismeretes, ezen tényezőkből a vér mennyisége kiszámítható.

Én ezen eljárást megismételtem, de igen sok nehézségre és hibára akadtam. Mindenekelőtt ki kell jelentenem, hogy carminnal nem tudtam az oxyhaemoglobinos vért a szénoxydhaemoglobinos vérrel teljesen azonos színüvé tenni. Ezenkivül a titrálás nem ad eléggé pontos eredményeket. Bár színérzékenységem meglehetősen fejlett és színkülönbségeket észreveszek akkor is, a mikor mások azokat már nem látják, mégsem tudtam a titrálással kielégitő eredményeket kapni. Mindazonáltal nem akarom ezzel azt mondani, hogy talán még nagyobb gyakorlat mellett nem lesznek, kik ezen eljárással pontosan fogják a vér szénoxydtartalmát meghatározhatni, az azonban kétségtelen előttem, hogy ezen módon csak kevés ember lesz képes a vér mennyiségét meghatározni és hogy az eljárás nem fog általánosan elterjedni.

Van azonban ezen hátrányokon kivül egy más elvi hiba is az eljárásban. *Haldane*, mint a hogy mondottam, úgy titrálja carminoldatát, hogy meghatározza, hány köbcentimetert elegendő egy meghatározott mennyiségü oxyhaemoglobint tartalmazó oldathoz hozzáadni, hogy ugyanolyan színü legyen, mint a milyennel *ugyanezen véroldatnak szénoxyddal telített része bir*. A véroldatnak a színe azonban lényegesen különbözik, ha az oldás előtt avagy az oldás után telítjük szénoxyddal, a mennyiben az oldat telitésekor az oldó viz is telíttetik szénoxyddal, míg ha csak a vér volt szénoxyddal telítve, a vízben való oldás után a haemoglobinhoz kötött szénoxyd egy bizonyos mennyisége elválik és a physikális absorptio törvényei szerint dissociál. A colorimetriás dolgozáskor ez oly hibaforrás, mely az eredmények pontosságát rendkivüli módon képes befolyásolni.

Én ezen és egyéb hibák elkerülése czéljából a carmin-oldatot szénoxydhaemoglobinoldattal helyettesítettem és az egész eljárást a következő módon módosítottam. A mennyiben az eljárásnak pontosabb leirását, valamint az elért eredményeket egy későbbi munkámban körülményesen szándékozom leirni, itt csak röviden annyit akarok megirni, a mennyi a chromophotometerrel való dolgozás megértéséhez okvetlenül szükséges.

A megvizsgálandó egyénből a belégzés előtt vért veszünk. Ezen vérmennyiség egy részében az oxygencapacitást meghatározzuk. Egy másik része ezen vérnek (körülbelül 0·1—0·2 cm³) 250-szeresen lesz 1‰ szódaoldatban feloldva. Ugyanezen vér harmadik része szénoxydgázzal lesz telítve és ezután szintén 250-szeresen higítjuk fel. Ha ez megtörtént, az egyénnel lemért mennyiségü szénoxydot lélegeztetünk be. A belégzés után ismét vért veszünk (0·2 cm³) és 250-szeresen higítjuk. Most a szénoxyddal telített véroldatból annyit adunk az inhalatio előtt vett, tiszta oxyhaemoglobint tartalmazó véroldathoz, mig a színe megegyezik az inhalatio után vett véroldat színével. Az elhasznált szénoxydhaemoglobinoldat mennyiségéből, a belégzett szénoxyd mennyiségéből és az oxygencapacitásból vagy a haemoglobinconcentratioból azután kiszámíthatjuk a vér mennyiségét.

Ezen módosítás által mindenekelőt a carmin színezeti különbségét kerüljük el és a kétféle haemoglobin keverése a testben lefolyó keveredéshez nagyon hasonló. A vérnek oldás előtt való telítése által pedig a dissociatio okozta hibát eliminájuk, mert

[1] *J. Haldane* and *J. Lorraine Smith*: The mass and oxygen capacity of the blood. Journ. of Phys. XXV. 5. k., 331. l.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

hiszen az inhalatio előtt és után vett vérpróbából ugyanolyan mennyiségü szénoxyd fog az oldófolyadékba dissociálni.

Mint említém, úgy az inhalatio előtt, mint az inhalatio után vett vérpróbákat 250-szeresen higítjuk, vagyis a három vérpróba haemoglobinconcentratioja egyenlő lesz. A chomophotometerben azonban egyenlő concentrationak egyenlő rétegvastagság fog megfelelni. Ha tehát az inhalatio után vett vérpróbát az alsó edénybe és az oxyhaemoglobinos oldatot a standardedénybe töltjük, az alsó concentrikus cylindert ugyanolyan rétegvastagságra kell beállítanunk, mint a milyen széles a standardedényke. Ha ez megtörtént, akkor a látótérben két egyenlőtlenül színezett kört fogunk látni és pedig a standardedénynek megfelelő kör piros lesz, míg az alsó cylindernek megfelelő kör rózsaszínü, mert hiszen az alsó edényben szénoxydot tartalmazó vér van. Most a látótér folytonos megfigyelése mellett addig cseppentjük egy bürettából a tiszta szénoxydhaemoglobinoldatot a standardedényben foglalt oxyhaemoglobinhoz, míg a látótér két concentrikus köre egyenlő színeződést nyer. Ha az oxyhaemoglobinoldat mennyiségét ismerjük, akkor az elhasznált szénoxydhaemoglobin mennyiségéből a keverődés arányát könnyen kiszámíthatjuk. Például, ha 5·3 cm^3 oxyhaemoglobinoldathoz 2·1 cm^3 szénoxydhaemoglobinoldatot kellett adnunk, hogy az inhalatio után vett véroldat színével egyenlő legyen, akkor a keverődési arány:

$$x : 2{\cdot}1 = 100 : 7{\cdot}4$$
$$x = 28{\cdot}3,$$

vagyis a vér 28·3% szénoxydhaemoglobint tartalmazott.

A titrálást legjobb természetes világításnál végezni, mert mesterséges világításnál a csekély színkülönbségek kevésbé jól észlelhetők és a vizsgálat 10% hibát is adhat.

Az eljárás véghezviteléhez bizonyos gyakorlat szükséges, a melyet azonban a methodus ellenőrzésével lehet egybekapcsolni és erre a következő módot ajánlom. A véroldatnak egy részét szénoxyddal telítjük. Az oxyhaemoglobin és szénoxydhaemoglobinoldatot egy-egy bürettába töltjük és mindegyikből lemért mennyiséget öntünk az alsó üveghengerbe. A standardedénykébe ismert mennyiségü oxyhaemoglobinoldatot adunk. Most egyenlő rétegvastagságra állítjuk be a készüléket és addig cseppentünk a szénoxydhaemoglobinoldatból az oxyhaemoglobinoldathoz, míg a látótér egyenlő színü lesz. Ha a meghatározás helyes volt, a felső standardedényben foglalt haemoglobinkeverék keverődési arányának egyenlőnek kell lenni az alsó cylinderben foglalt haemoglobinkeverék arányával. Az eltérés adja azon hibát, melylyel az illető vizsgáló dolgozik.

Ha a chromophotometernek háromcylinderes berendezésével akarjuk a keverési arányt megállapítani, akkor az inhalatio után vett véroldat a standardedénybe jön, az oxyhaemoglobinoldat a külső cylinderbe, és a szénoxydhaemoglobinoldat a középső cylinderbe. Itt szintén egyenlő rétegvastagságra állítjuk be a készüléket és most a középső cylindert addig csavarjuk fel vagy le, míg a látótér egyenlő színeződése áll be. A kétféle haemoglobinoldat rétegvastagságának egymáshoz való viszonyából kiszámíthatjuk a keverési arányt. Ezen eljárás ellenőrzése úgy történik, hogy a standardedénybe ismert arányban töltjük a kétféle haemoglobinoldatot.

A vérmennyiség meghatározásakor figyelembe kell vennünk, nehogy a vizsgálat tartama alatt a szénoxydhaemoglobinoldatból a szénoxyd diffundáljon. Hogy ezt elkerüljük, ajánlom, hogy miután az inhalatio után vett vérpróbát feloldottuk és az apparatus edényébe töltöttük, az oldatra paraffinolajat öntsünk. A paraffinolaj tapasztalásom szerint igen hosszú ideig tudja a szénoxyd diffusioját megakadályozni.

Ha nem a szénoxydinhalatiós eljárást, hanem az úgynevezett infusiós methodust használjuk a vérmennyiség meghatározására, a chromophotometert szintén igen jól használhatjuk. Ha egy egyén vérének haemoglobinconcentratioját isotoniás konyhasóoldatnak intravenosus befecskendése előtt és után meghatározzuk, akkor tekintve a nagy pontosságot, melyet készülékünkkel elérhetünk, szintén helyesen állapíthatjuk meg a vér mennyiségét. De nem is szükséges a haemoglobinconcentratiót meghatároznunk, hanem megelégedhetünk a vér festőerejének összehasonlító vizsgálatával az infusio előtt és után. Ilyenkor az eljárás igen egyszerü. Az egyénből veszünk egy vérpróbát (0·2 köbcentimeter), ezt 250-szeresen higítjuk, most ismert mennyiségü isotoniás konyhasóoldatot infundálunk és az infusio után ismét veszünk egy vérpróbát, melyet ugyancsak 250-szeresen higítunk. Most a két vérpróbának festőerejét a chromophotometerben meghatározzuk, vagyis megnézzük, mennyire hígult fel a vér az infusio következtében, a mit, ha az infusio előtt vett vér festőerejét 100-nak mondjuk, százalékokban fejezhetünk ki. A vér mennyiségét akkor a következő képlettel számíthatjuk ki:

$$V = \frac{c \times b}{100 - b} + d.$$

V = a vér mennyisége; c = az infundált folyadék mennyisége; b = a vér festőereje százalékokban az infusio után; 100 = a vér festőereje az infusio előtt és d = az infusio előtt, esetleges érmetszéskor elvesztett vér mennyisége.

Végül köszönetet kell mondanom Zuntz titkos tanácsosnak, hogy laboratoriumát czéljaimra a legnagyobb áldozatkészséggel rendelkezésre bocsátotta és hogy nagy tudásával és lekötelező szívességével munkámban mindenképen támogatott.

TÁRCZA.

Az 1908. évi állami költségvetés.

Az 1908. évi állami költségvetés füzeteit csak most küldték szét, majdnem két hónappal a pénzügyminister exposéja után. Az előző években követett gyakorlat szerint ezúttal is megismertetjük a vallás- és közoktatásügyi, valamint a belügyministerium költségvetésének azon részeit, melyek orvosi vonatkozásúak.

A vallás- és közoktatásügyi ministerium előirányzata kereken 13 millió koronával emelkedik, úgy, hogy megközelíti a 83 millió koronát s nagyon valószinü, hogy 1—2 év alatt eléri a 100 milliót, jeléül annak, hogy a törvényhozás a kultura érdekeiért készségesen hoz jelentékeny áldozatokat. *A budapesti* tudomány-egyetem budgetje majdnem 1 millió koronával emelkedik, úgy, hogy most már megközelíti a 4 és fél millió koronát. *A budapesti* egyetemi klinikák budgetje külön van feltüntetve, mit a közápolás czimén felmerülő költségek megtérítése kedvéért volt okvetlenül szükséges megtenni. Ez korántsem jelenti a klinikáknak az egyetemtől vagy a közoktatásügyi ministeriumtól való elválását, hanem tisztán az elszámolást teszi könnyebben kivihetővé.

A költségvetésben a második vegytani tanszék számára két új tanársegéd van előirányozva. Az orvoskaron 3 új laboránsi állást szerveznek: kettőt a két boncztani intézet számára, egyet az orvoskari tanártestületi könyvtár számára. A gazdasági hivatalnál alkalmazott müszaki felügyelő a IX. fizetési osztályból a VIII.-ba lép elő. A tiszteletdíjak közül a sebészeti mütéttan számára eddig előirányzott 2000 korona 4000 koronára emelkedik a segédszemélyzet javadalmazása kedvéért.

A dologi kiadások között az átalányok emelkednek; az élettani s a két kórboncztani intézet átalánya egyenként 2000 koronával növekszik, a gyermekgyógyászati tanszék 2000, a sebészeti mütéttani 1000 korona, a bakteriologia tanszéke pedig 7000 korona átalányt kap. A rendkivüli kiadások között a következő új tételek szerepelnek: a gyógyszertani intézet felszerelésének kiegészítésére 6000 korona, a szünidei orvosi tanfolyamok segélyezésére 1000 korona, a két kórboncztani tanszék pótló felszerelésére 10,000 korona, az élettani intézet számára első részletkép 10,000 korona, az általános kór- és gyógytani intézet folytatólagos felszerelésére ez évben is 15,000 korona. Az egyetemi *Röntgen*-intézet 10,000 korona átalánynyal szerepel, a nemzetközi orvosi congressus költségeire második részletkép 25,000 korona nyert felvételt. A beruházások között szerepel az I. számú egyetemi szemklinika második részlete, 300,000 korona; a stomatologiai klinika és I. számú női klinika fertőző pavillonjának épületére és belső berendezésére a már megszavazott 400,000 koronán felül 176,000 korona; az egyetemi törvényszéki orvostani intézet hullaházára előirányzott 205,000 korona utolsó részlete, 85,000 korona; a II. vegytani intézetnek a régi müegyetem vegytani pavillonjában való elhelyezésére szükséges 330,000 korona első részlete: 150,000 korona; az élettani intézet kibővítésére 35,500

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

korona s az állami tisztviselők főiskolába járó fiai számára létesítendő internatus felépítésére szükséges 1 millió első részlete: 100,000 korona. *A budapesti* egyetemi klinikák rovatában egyik irodasegédtiszt irodatisztté lép elő. Az elmekórtani és I. számú szemészeti klinikák személyi és dologi kiadásainak többlete átalánykép van előirányozva.

A budapesti egyetemi botanikus kerti klinikák beruházásaira az 1904 : XIV. t.-cz. alapján most már az egész 5 millió rendelkezésre áll, de egyszersmind már a még szükséges 2 és fél millió (1 millió az építkezéseknél mutatkozó áremelkedésre, 1 és fél millió a belső berendezésre) is bejelentést nyer.

Az egyetemtől elválasztott, de még némileg összefüggésben maradó *Pasteur*-intézet és kórház költségvetése 92,000 koronával van előirányozva.

A kolozsvári Ferencz József tudományegyetem rendes kiadásai 1.222,042, a rendkivüli átmeneti kiadások 44,000, a beruházások 400,000 koronát, az összes kiadások 1.666,042 koronát tesznek, ehhez járul a *kolozsvári* országos kórház és egyetemi klinikák majdnem 1 millió koronát tevő kiadása, úgy, hogy a főösszeg 2 és fél millió koronát meghalad. (*Trefort* 50,000 forintra, *Berzeviczy* 500,000 forintra számította). Új személyi kiadások: adjunctus az élet- és kórvegytani tanszék mellé, tanársegédi állások a gyermekgyógyászat, az egyetemi gyógyszertár mellé. A beruházások között a *kolozsvári* új egyetemi könyvtár 2.100,100 korona költségének 5. részletekép 200,000 korona szerepel s ugyanennyi az állattani és összehasonlító boncztani intézet új épületeinek 2. részletekép.

A bábaképezdék igazgatótanárainak a IX. fizetési osztályból a VIII.-ba való előléptetését tervezik. *Kassán* és *Pécsett új bábaképző* épül 360,000 illetve 340,000 korona költséggel.

A belügyi tárcza költségvetése 3 millió koronával 74 és fél millió koronára emelkedik. Ebből közegészségügyi kiadásokra 20 millió korona jut, az emelkedés egy millió koronánál több.

A pozsonyi állami kórháznál az 5 főorvos a VIII. fizetési osztályból a VII.-be lép elő, a másodorvosok fizetését is felemelik 1200 koronáról 1600 koronára. *A budapesti, brassói* és *szegedi* állami szemkórházak költségvetése most már részletezve van felvéve.

A betegápolási költségek a kórházakban ápolt bujakórosok, elmebetegek és trachomások után 4.288,500 koronára emelkednek, míg a betegápolási alapot a rendes betegek 7 millió koronával terhelik. Az utóbbi alapból a gyermekvédelmi kiadások 4 és fél millió koronát vonnak el. Ismételve reámutatunk, hogy e különben nagyfontosságú czél szükségleteiről helyesebb volna külön gondoskodni s a betegápolási alapot szorosan vett czéljai számára fenntartani. Ez volna az egyedüli mód az alap pénzügyi helyzetének sanálására. A deficit ez évben is több mint 3 millió korona, melyet az államkincstár fedez.

Örvendetes, hogy az állami gyógyintézetekre 200,000 koronával többet fordít a kormány; hogy a járványok és gümőkór elleni védekezés költségeire 300,000 koronával több: most már fél millió van előirányozva. E tételt kizárólagosan *Andrássy* jóakarata létesítette ministersége 2 éve alatt. A szegény községek jó ivóvízzel való ellátására is újabb 50,000 korona, most már 100,000 korona áll rendelkezésre.

A kép, melyet e számok elénk tárnak, elég kedvező s ha figyelembe veszszük, hogy a községi és körorvosok fizetésrendezése küszöbön van, *a törvényjavaslat benyujtása még a budget tárgyalása előtt várható,* mondhatjuk, hogy a kormány a felső oktatás és a közegészségügy követelései iránt nagy jóakaratot mutat.

Grósz Emil.

Érdekesebb hypertrichosis-esetek.

Harmadik sorozat.

Előbbi két tanulmányomban, melyek az érdekesebb hypertrichosis-eseteket tárgyalják, nagyrészt századokkal ezelőtt élt arczhajasokat mutattam be. A mult évszázadokban, a mikor a kultura, illetve a lelki finomság máza még nem kötötte úgy le az embereket, mint manapság, az arczhajas nőknek sokkal kellemetlenebb dolguk volt, mint ma van. Az emberek nem a természettől sujtott szerencsétleneket látták bennük, hanem a torzokat, a kik a groteskségükkel kaczagásra ingerlik a durvalelkü embereket.

Cervantes, a Don Quixote de la Mancha világhírü szerzője, e munkájában érdekesen illustrálja kortársainak az arczhajas asszonyokról táplált véleményét. A Don Quixotenak egyik ismert epizódja az a jelenet, melyben a nemes lovag szerencsésen megmenti Dreischleppina grófnőt. Az egész jelenet ugyancsak furfangos taktika, a mely Don Quixote becsapására irányul és a szerző nagyon jól tudta, hogy ezzel a jelenettel óriási hatást érhet el közönsége körében.

A grófnő, a kiről szó van, egy hütlen udvarhölgy, a ki olyan buzgalommal és eredménynyel őrzi a reábizott királyleány erényét, hogy ennek a szülei tudta nélkül, titokban meg kellett esküdnie egy közönséges lovaggal, mielőtt sokkal komolyabb és kínosabb dolgok történtek volna. Mikor az öreg királyné ezt megtudta, bánatában meghalt és a temetésekor egyik rokona, egy hatalmas varázsló súlyos átokkal boszulta meg a királyné halálát. Kővé változtatta és kegyetlen büntetést rótt azokra az udvarhölgyekre, a kik tudtak a királyleány viselt dolgairól. Hatalmas, különböző színü és alakú szakállt növesztett az arczukra. Csak úgy szabadulhattak meg a varázs alól, ha a nemes Don Quixote fából készült csodalovon párviadalban legyőzi a varázslót. A

1. ábra.

lovag bekötött szemmel fel is ül a fatáltosra, a nyeregben hagyják egy darabig és elhitetik vele, hogy a levegöben repült és azután ismét leszállott a földre. Mikor a kendőt leveszik a szeméről, csudák-csudájára megtört a varázs: az udvarhölgyek szakálla eltünt és arczuk sima fehérségben tündökölt.

Ez a kis történet nagyon jellemző a kor felfogására. Egyebekben az emberek véleménye az arczhajas nőkről az évszázadok folyamán kevéssé enyhült. A köznép ma is csak kinevetni való monstrumot lát az arczhajas nőkben.

Igen érdekesek a nem fehérbőrü népek közt előforduló hypertrichosis-esetek. John Crawford a „Journal of an embassay from the Governor-General of India to the court of Ava"-ban (London 1834.) megemlékezik a híres birman családról, a melyben a hypertrichosis átöröklődött, s a melylyel Max Bartels részletesen foglalkozik a Zeitschrift für Ethnologie 1879. évi kötetében.

A család feje Shwe-Maong teljesen normális szülöktől származott és 1799-ben született. Gyermekkorában odaajándékozták Ava királyának, a kinek a környezetében élt huszonkét éves koráig. Ekkor — két évvel nemi kifejlődése után — megházasították egy normális fejlettségü leánynyal. Négy gyermek apja lett, a kik közül csak egy maradt életben, névszerint Maphoon. A gyermek örökölte apja hypertrichosisát, a mely az ő két fiára is átöröklődött. Születésükkor mind a négyen egészen rendes

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

külsejüek voltak, csak a fülükben mutatkozott hosszabb szőrözet. Rövid idő mulva azután egész testüket elborította az abnormális hajzat. A teljes szőrösödés ideje nagyon különböző volt.

Shwe-Maongnál hat éves korában következett be, a leányánál, Maphoonnál azonban már a hetedik hónapban, ennek kisebbik fián szintén az első életévének betöltése előtt. Az idősebbik fiún azonban különösképen csak az ötödik évben következett be az arczszőrösödés.

A birman család néhány évtizeddel ezelőtt Mandelayben élt. A mellékelt képen jobbra, turbánnal a fején, Shwe-Maong ül.

Az öreg birman öt láb és negyedfél hüvelyk magas, tehát átlag akkora, mint a fajabeliek. Testalkata már valamivel gyengébb, bőrének szine is normális, csak legfeljebb valamivel világosabb a rendesnél. Sötét szemeit finom és meglehetősen gyér hajzat borítja, ellenben homloka, arcza, orra és ajka sürün be van nőve dús hajzattal. Egy hajcsomó végighúzódik az orrán, a homlokától kezdve, egészen az orra hegyéig. Az orra különben széles és duzzadt, a képen látható három ember felső ajka beesett, bajuszuk egybeolvad azzal a szőrözettel, a mely az orruk hegyéről és czimpáikról lóg alá. Az arczukat nem fogja körül összefüggő, tömör szakáll, hanem egy csomó kisebb-nagyobb hajtincs, épen úgy, mint a kecskéken. Bal fülüket rövidebb hajszálakból álló prém borítja és különben sem maradt az arczukon fedetlenül egyetlen pontocska sem, csak a homlokukon, egészen fenn, a fejtető közelében mutatkozik egy vékony csíkocska, a mi elárulja, hogy ezen szerencsétlenek nem állatok, hanem emberek.

Shwe-Maong jóval elmult már 70 esztendös, mikor a fényképezőgép elé állitották. Az öregség nem igen látszik rajta és érdekes megfigyelni, hogy az arczszőrök sokkal jobban ellenállnak az aggkornak, mint a koponyán levő hajzat. Az öreg Shwe-Maong mellén nyitva van az ing, és a mell, egészen az övig, fedetlenül áll. Itt is mindenütt hosszú hajcsomók mutatkoznak. A kezefeje szőrtelen, karja azonban, mint a kabátujj alól előbukkanó hajtincs mutatja, szintén dúsan be van nőve hajjal. Czombját is sürü haj fedi, a lábszára azonban a boka közelében ment maradt a szőröktől.

A fogak rendellenes képződése szintén hozzájárul ahhoz, hogy a szerencsétlen szőremberek külsejükkel elriaszszanak mindenkit. Shwe-Maong szájában az alsó inyen csak öt fog van, még pedig két metszőfog és egy szemfog. A felső inyen csak négy fog ül, a foghús pedig a fogak helyén kemény csatornát alkot. A kilencz fog erős és egészséges. Shwe-Maong maga mesélte, hogy soha egy foga sem hullott ki és a tejfogai is csak húsz éves korában adtak helyet a többinek. Zápfogai sohasem voltak és azokat nem is nélkülözte.

Shwe-Maong mellett egy széken ül a tőle közvetlenül származott generatio képviselője, a lánya, Maphoon. Arczán kivül csak a keze, lába és a mellének felső része látható, a mely utóbbi részek szőrtelenek. Arcza ellenben, a szem és ujjak körüli sáv kivételével tökéletesen be van fedve szőrökkel. A homlokot és koponyát fedő hajzat à la Chinoise van fésülve és a közepén kettéválasztva. Bartels leirása szerint a széles, rövid orrt rövid göndör haj fedi, oldaláról és a szeme külső szögletéből hosszú fürtök csüngnek alá, a melyek a pofaszakáll fürtjeivel és a fülből kilógó tincsekkel egybeforrnak. Ha az ember a kezével elfedi a képnek a testet ábrázoló részét, az arcz feltünően hasonlit egy majom arczához.

Anyja és nagyapja közt a háttérben áll Maphoon fia, a kinek a szék támlájára helyezett bal keze tökéletesen szőrmentes. A fejét borító haj kontyot alkot, az arczon, állon és ajkakon levő hajak meglehetösen egybefüggő szakállat alkotnak, a melynek oldalsó részéről hosszú hajtincsek lógnak le. A három alak meglehetősen érdekes és főleg a haj csomózottsága feltünő.

Ugyanebben a munkájában irja Max Bartels, hogy a bécsi udvari könyvtár rézmetszetgyüjteményében egy körülbelül ívnagyságú metszet van, a mely egy fiatal, arczhajas leány mellképét ábrázolja. A leányt, a kép alatt levő olasznyelvü felirat szerint Antoniának vagy máskép Togninának hivják. Elmondja a felirat, hogy a leány arczhajas apától származik, a ki a Kanári-szigeteken élt. A leánynak volt egy fivére is, a kinek ugyanolyan arczhaja volt, mint neki. A kép készitésének idején Tognina Parmában tartózkodott.

Tognina magasgallérú ruhát visel, a melynek ujjai egészen a könyökig érnek. Három szegfüt tart a kezében, mely még nem szőrös. Komoly, szinte haragos arcza ellenben dúsan be van nőve hajjal. Legrövidebbek azok, melyek az orrczimpát és orrnyerget borítják, utánuk következnek az áll és alsó ajak körüli szőrök. A felső ajak feletti szőrök már egész kaczkiás bajuszt alkotnak, az arczról lelógó haj pedig egészen tekintélyes hosszúságot ér el.

2. ábra.

Felülmulják azonban a homlok és halántékok szőrei, a melyek egy cseppet sem rövidebbek a koponyán nött hajnál. Mindezek az utóbb emlitett hajrészek szorosan az arczhoz vannak fésülve és furcsa kacskaringókban végződnek, a melyek azt sejtetik, hogy Tognina arczhajait rendesen kenték, ápolták, sőt ki is kunkorították. A kis leány arcza nagyon különös látványt nyujt, az ember szinte azt hinné, hogy egy kigyós meduzafővel van

3. ábra.

dolga. Ezek a kigyócskák pedig csak akkor lehetségesek, ha a haj meglehetősen merev. Ha olyan lágy lenne a haj, mint *Ecker* az arczhajasokon megkivánja, akkor a kis Tognina frizurájának önmagától össze kellene omolnia. Úgy látszik, hogy az alsó és felső szemhéj mentes maradt az abnormális hajnövéstől. A dúshajzatú homlok egyébként meglehetősen különbözik a többi arczhajas homlokától. Tudniillik az alján egészen az orr tövéig le van vágva a haj és az arczhajasokon megszokott

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

homlokfürt hiányzik. A fülekből mi sem látható, mert az oldalsó hajfürtök tökéletesen eltakarják. Tognina további sorsáról mit sem tudunk, lehet, hogy ő is férjhez ment és talán anya lett, mint Maphoon, vagy a legelső hypertrichosis-tanulmányomban említett Pastrana Julia.

A normális körülmények közt láthatatlan pihék az anyára hatott bizonyos események következtében megnőhetnek és szokatlan hosszúságra tehetnek szert.

Ilyen esetet látott és irt le Beigel (Virchow's Archiv, 1868). A londoni St. Bartholomews Hospitalba bevittek egy tizenkét éves leányt valamilyen kisebb betegség elleni gyógykezelés végett. Mikor levetköztették, hogy megvizsgálják, meglepő felfedezést tettek. A leányka felső teste szőrökkel volt borítva, a melyek a majomhoz hasonlóvá tették viselőjüket. A leány anyja azután el is mondta, hogy terhességének harmadik hónapjában borzalmas rémületen esett át, mikor egy sípládán kuksoló majom váratlanul a hátára ugrott.

Mint a 3. ábrán látható, a hajból húzódik alá a szőrzet, végigvonul a nyakcsigolyán, a vállakon, mindkét felső karnak a hátulsó részén, a háton, egészen a csípőig. A hajak négy-öt centimeter hosszúak, barnák. A kis leány testének többi része teljesen szőrtelen és egyebekben is egészen normális.

Weyner Emil dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

La psychologie de la force. Par **Auguste Brasseur.** Paris, Felix Alcan, éditeur. 1907. 235 l. Ára 3 fr. 75.

A könyv követi azokat, a kik az erőt ki akarják küszöbölni a tudományból. Az, a mit a természetben felismerünk, a mozgás. Ha azt mondjuk, hogy a mozgást erő hajtja végre, metaphysikai fogalommal magyarázunk, de valójában semmivel sem tudunk többet, mert a mozgás ismeretlen oka helyébe szót tettünk, a melyet szintén nem tudunk megmagyarázni és a melynek mibenvoltáról mit sem tudunk. Érdekes az az összefoglalás, a mely az erőről vallott nézeteket ismerteti (Comte, Taine, Spencer, Stuart Mill, Poincaré, Euler, Newton, Kant, Mach). Nagyon elterjedt az a felfogás, hogy az erő a mozgás oka, pedig az ellenkezőjét is lehet mondani, t. i. azt, hogy az erő a mozgás következménye. Megbeszélés tárgya a continuitás, az okbeli kapcsolat, az ellenállás és mozgás. Bizonyítékai során a szerző sok olyan kérdésre terjeszkedik ki, a mely tárgyával nincs szoros kapcsolatban, mint a positiv bölcseletre és szabad akaratra, a melyek megbeszélése több részletességet kivánna. A munka helytelenül viseli az erő „psychologiája" czímet. A részletekben sok érdekes megjegyzést találunk.

Kollarits Jenő dr.

August Strindberg, eine pathologische Studie. Von **S. Rahmer.** München, 1907. Verlag von Ernst Reinhardt. 43 lap. Ára 1.20 m.

A szerző Strindberg könyveiből felhasználja azokat, a melyek önéletrajzi adatokat tartalmaznak (Interno, Legenden, Einsam stb.) és arra a felfogásra jut, hogy ez az iró melancholiában szenvedett, a mely körülbelül a 40. életév körül lett nyilvánvaló.

Kollarits Jenő dr.

Max Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Ärzte und Studierende. II. Teil. Geschlechtskrankheiten. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig. 1907. Verlag von Georg Thieme.

A szerző munkájának használhatóságát és jóságát legjobban az a körülmény bizonyítja, hogy rövid két és fél esztendő alatt a negyedik kiadást az ötödik elérte. Ennek a fényes eredménynek értékét növeli, hogy módja akadt a szerzőnek épen a szóban levő disciplina terén felmerült óriási haladást és felfedezéseket könyvének új kiadásába a tudomány mai színvonala szerint belefoglalni. Mert bizonyos, hogy mindazon munkák és tankönyvek, melyek a syphilis kórokozóját, a spirochaeta pallidát, valamint a betegségnek állatokra való tovaolthatóságát nem tárgyalják, szükségképen elavultak és a syphilis studiumára alkalmatlanok. A két felfedezés ugyanis nemcsak bővítette ismereteinket és tágította látókörünket, hanem egyenesen átformálta sok tekintetben a syphilis pathologiáját is. A szerző tankönyvének beosztásán nem változtatott. Sorban tárgyalja a syphilist, puha fekélyt és a kankót. A syphilis terjedelmes fejezetében nagy ügyességgel és jóleső rövidséggel elraktározta mindazon ismereteket, a melyeket az utolsó 2½ esztendő tudományos kutatása felderített. A syphilis általános kénesőgyógyítását a szerző most is az első általános tünetek (roseola) kifejlődéséig halasztja. A kénesös kezelés legjobb formájának a kenőkúrát tartja, melyet első főkúrának használ. A syphilis atoxyllal való kezelésének értékéről ez idő szerint határozott véleménye még nincsen. A lágy fekély és kankó fejezetei alig változtak az új kiadásban s így csak azt mondhatjuk, hogy a leirás könnyedsége és a gyakorlati szempontnak állandó betartása a régi maradt. A jelen kiadás ábrákban ismét gyarapodott, úgy hogy most már 63 szöveg közti ábra és négy igen jól sikerült tábla díszíti a művet. Jól használható függeléket alkot a munka végéhez csatolt rövid receptgyüjtemény is. Mindezek alapján Josephnek tankönyve orvosoknak, különösen pedig orvostanhallgatóknak bizvást ajánlható.

Guszman.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az ember emésztőcsatornájában keletkező mérgekről s elpusztulásuknak módjairól értekezik *Falloise.* (Arch. internat. de physiologie, 1907. V. kötet, 2. füzet.) A kérdéssel foglalkozó kutatók (Magnus, Roger, Alsleben) állatkisérletekben azt találták, hogy a béltartalom annál mérgezőbb, minél kevésbé haladt előre az emésztés, míg az eddigi felfogás azt vallotta, hogy rothadás folytán lesz mérgező a béltartalom, tehát épen a bélcsatorna alsó részeinek tartalma nagyobb mértékben toxikus. A mi ezen mérgek pusztulását illeti, felveszik, hogy részben a bélnyálkahártya, részben a máj parenchymája teszi a mérgeket tönkre. Falloisenak emberen, vékonybélfistulával biró betegen volt alkalma ezen kisérleteket ismételni, a melyek igazolták az állatkisérletek által kiderített tényt. Ezenkivül összehasonlította egy kisérletsorozatban a béltartalom s a propeptonok mérgező hatását s azt találta, hogy mindkettő az erekre és szívre gyakorolt hatása folytán alászállítja a vérnyomást, megszünteti a kutya vérének alvadóképességét, hypoleukocytosist (különösen a többmagvú leukocyták megfogyásával) idéz elő, végül az állatot elpusztítja. További vizsgálatok azt mutatták, hogy a szervezet nem képes magát immunizálni a bélmérgek ellen: azon állatok, melyekbe rendszeresen fecskendezték be ezen mérgeket, épen úgy reagálnak, mint az új állatok; annyiban mutatnak azonban eltérést az utóbbiaktól, hogy vérsavójuk nem oldja többé az idegen állatfaj vörösvérsejtjeit. Minthogy ezen mérgeknek a vena portaebe való bevitele esetén ugyanazon tünetek mutatkoznak, mint ha bármely környéki gyüjtőérbe fecskendeztük volna, a májon mesterségesen átáramoltatott béltartalom nem veszít mérgező hatásából, azt kell következtetnünk, hogy a máj ha egyáltalában szerepel a bélmérgek elpusztulásában, ez a működése csak azoknak physikai lecsapásában (agglutinatio), nem pedig chemiai megváltoztatásában áll. Kizárás után arra a meggyőződésre jut a szerző, hogy a bélnyálkahártya az, a mely ezen anyagokat ártalmatlanná teszi, a mi mellett bizonyít az, hogy súlyos tünetek mutatkoznak akkor, ha vékonybéltartalmat viszünk egy bélkacsba, miután a nyálkahártya élettani állapotát natriumfluorid oldatának bevitelével megváltoztattuk. (A Sem. méd. 1907. évi 44. számának referatuma nyomán.)

Gyógyszertan.

A morphium használatmódjára vonatkozó vizsgálódásai alapján *Friberger* a következő eredményekre jutott: 1. A bőr alá fecskendezett morphium hatása sokkal tartósabb, mint a szájon át adotté. De nem csupán tartósabban, hanem erősebben is hat a bőr alá vitt morphium; 1 centigramm morphium subcutan adva legalább is oly erősen hat, ha nem erősebben, mint 3 centigramm per os az étkezések közti időben. 2. Az étkezések

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

közti időben adott morphiumnak hatása épen oly gyorsan áll be, mint a bőr alá adotténak; étkezés közben véve be azonban a morphiumot, a hatás sokkal később jelentkezik; ebben az esetben gyengébb is a hatása, mint ha éhomra veszi be az ember. 3. A végbélen át adott morphium körülbelül úgy hat, mint az éhomra bevett. (Verhandlungen des Aerztevereins zu Upsala, 1906/7. 5—6. füzet. Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 51. szám.)

Antiphlogistin elnevezéssel egy newyorki chemiai gyár új készítményt hozott forgalomba, a mely nem más, mint glycerint, kevés bórsavat, salicylsavat, jodot, borsosmentaolajat, oleum gaultheriae-t és oleum eucalytpi-t tartalmazó aluminium-magnesiumsilicat. Az üvegeskitt-contistentiájú anyagot vízfürdőben megmelegítve, spatulával kenik a megbetegedett helyre, gyapotréteggel befedik és kötéssel rögzitik. 1—2 nap mulva leválik és könnyen eltávolítható. A pasta sebekre épen úgy alkalmazható, mint sértetlen bőrfelületekre. Állítólag huzamosan tartó erős activ bővérüséget okoz és ennek alapján használható mindazon bajokban, a melyekben jelenleg kiterjedten használják a hyperaemiás gyógyítást, így ischias, csúsz, tendovaginitis, otitis, angina, orchitis, parametritis, furunculosis, panaritium, phlegmone, mastitis stb. eseteiben. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 11. füzet.)

Belorvostan.

Az öröklés jelentősége a tüdőgümőkór prognosisában. Régebben általában kedvezőtlenebb prognosist állítottak fel azokban a tüdőgümőkór esetekben, a melyekben gümőkóros öröklött terheltség volt kimutatható. Újabban némileg megváltozott e tekintetben a felfogás, sőt olyanok is vannak — például Reibmayr —, a kik szerint az öröklött terheltség kedvező, a mit olyan módon iparkodnak magyarázni, hogy a felszálló nemzedékekben megvolt gümőkór fokozott resistentiát, mintegy szerzett immunitást ad a későbbi nemzedékeknek. Noha ez az álláspont talán kissé túlzott: mégis ma már mondható, hogy az öröklött terheltség nem rosszabbítja a prognosist. Ezt mutatja *Ruck* statistikája is, a a melyet a „Winyah Sanatorium“ anyagából állított össze. A statistika 1514 betegre vonatkozik, a kik közül 481 (31·77%) volt öröklésileg terhelt. 768 beteg látszólag gyógyultan hagyta el a sanatoriumot; közülük 248 (32·29%) volt terhelt; 80 a betegségnek első, 108 a második, 60 pedig a harmadik szakába tartozott. 559 beteg javult állapotban távozott; közülük 186 (33·27%) terhelt; ez utóbbiak közül a betegségnek első szakába 8, a másodikba 77, a harmadikba pedig 101 tartozott. 187 betegnek az állapota nem javult vagy rosszabbodott, közülük 47 (25·13%) volt terhelt; ez utóbbiak közül 2 a betegségnek második, 45 pedig a betegségnek harmadik szakába tartozott. A gyógyult vagy javult betegeknek 32·63%-ában volt tehát kimutatható az öröklött terheltség, míg a nem javult vagy rosszabbodott eseteknek csak 25·13%-ában. Ezen számadatok szerint tehát a gyógyulás vagy javulás kilátásai a terheltekre nézve valamivel kedvezőbbek. (Amer. journ. of the med. science, 1907 augusztus. Ref. La semaine médicale, 1907. 39. szám.)

Typhusban a verőeres nyomás hirtelen fokozódásának jelentőségéről ir *Huchard* és *Amblard*. Ismeretes, hogy a typhusban a verőeres nyomás rendszerint alacsony. A nyomásnak hirtelen erős fokozódása, kapcsolatban az érverések számának csökkenésével és a „galopp-zörejjel“, a szerzők szerint arra utal, hogy bélvérzés vagy bélátfúródás van küszöbön. Több esetet ismertetnek, a melyekben az említett tünetek jelentkezése után több órával csakugyan bélvérzés vagy bélátfúródás következett be. Nehéz megadni az okát, hogy miért fokozódik ilyenkor a vérnyomás; a vizsgált esetekben myocarditis, nephritis vagy kifejezettebb chlorvisszatartás nem volt; talán a beteg bélfalrészlet felől reflex útján támad a nyomásfokozódás. (Revue de médecine, 1907. 7. füzet.)

Idegkórtan.

A pupillavizsgálatok kórjelző értékéről előadást tartott *Bumke* (Freiburg), a drezdai természetvizsgálók és orvosok congressusán. Általánosan elfogadott dolog, hogy a reflectoros pupillamerevség jóformán csak a tabesben és dementiában fordul elő. Talán csak látszólagos kivételnek mondható az olyan eset, a melyben lueses fertőzés után évekkel, vagy akár egy évtizeddel *Robertson*-tünet támad, a nélkül, hogy később bárminő tabeses jel csatlakoznék hozzá. Az ilyen kóresetek felfogásában nézeteltérések támadtak. A franczia szerzők egy része a tünetet egyenesen luesesnek tartotta, *Möbius* ellenben ezen egy tünetből is tabes-kórjelzést állapított meg. *Erb* azt mondja, hogy senki sem kap reflectoros pupillamerevséget, a kinek syphilise nem volt. A tünet szerinte is tabeses vagy dementiás, a miből nem következik, hogy az ilyen tabeshoz később okvetlen más e bajokhoz tartozó tünetnek is elő kelljen állania.

A tünetnek nagyon jelentékeny kórjelző értéke van és a régibb statistikák szerint csak 15—20% tabesben vagy dementiában állapítható meg nélküle a diagnosis. Újabb vizsgálatokban a *Robertson* jel gyakrabban hiányzik. Ennek az az oka, hogy ma csak akkor mondjuk biztosan hiányzónak, ha sötét szobában erősebb mesterséges fénynyel sem kapunk reactiót. Ez a vizsgálatmód az eljárás javítása ugyan, de viszont vele a reactio gyengülése nem állapítható meg.

Bumke a villamos áramot használja fel. Gyenge galvanáramok ugyanis a szemen átvezetve anodzáráskor fényérzést keltenek, a mely rendesen már 0·02—0·2 milliampèrenyi áramra is megvan. 0·04—0·5 milliampère áram már lupeval észrevehető pupillamozgást vált ki. Dementiában Bumke csak 13%-ban tudott 3 milliampèrenyi áramnál gyengébbel pupillaszükülést elérni, tabesre nincsenek adatai. A *Robertson*-jelt általában tabeses jelnek tartják és azt hiszik, hogy csak olyan dementiában fordul elő, a melyben a hátulsó pamatok elfajultak. Az absolut pupillamerevség a tabesben ritkább, mint a luesben vagy dementiában. Az ophthalmoplegia interna *Uhthoff* tapasztalatai szerint csak 5%-ában észlelhető a tabesnek. Uhthoff 30 kétoldali opthhalmoplegia interna esete közül csak 8 volt lueses.

A pupilla szabályos alakjának elveszte az utóbbi időben nyert fontosságban, ellenben a fájdalmas inger után való tágulása nem lett jelentőséges. Az öregkori dementiában és alkoholismusban ismert viszonylagos pupillamerevség felfogása nem változott. Érdekes újabb felfogás, hogy *Raimann* minden alkoholos szemizombénulást magból eredőnek tart, bár ez még nincs kétségtelenül bebizonyítva. 1000 iszákos között 60 esetben van pupillareactio-zavar, állandó reflexhiány azonban talán sohasem fordul elő. Némely szerző az acut részegségben intolerans egyéneken renyhe reactiót, sőt reactiohiányt is vélt látni.

Romberg vette észre, hogy a pupillareactio hiányozhatik az epilepsiás rohamban. Azóta azt hitték, hogy ezen a módon meg lehet különböztetni ezt a bajt a hysteriás rohamtól. *Féré* azonban állítólag hysteriában is észlelte. *Bumke* azt hiszi, hogy *Karplus* és *A. Westphal* megerősítő közlései óta ezen már nem lehet kételkedni. *F. Schultze* ugyanezt átmenetileg állítólag közönséges ájulásban is megfigyelte, más szerzők (Donath, Nonne, Binswanger) hosszabb ideig láttak hasonlót hysteriában. Mindezen esetekben azonban *Bumke* szerint absolut a pupillamerevség. *Wildbrand* és *Saenger* ilyenkor *Westien*-lupeval még láttak mozgást.

Lewy ama kisérlete, hogy a hysteriás és nem hysteriás fájdalmat az iris fájdalomreactiójával derítse ki, kudarczot vallott. (Münch. med. Wochenschr., 1907 november 19.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Az arczideghűdés gyógykezeléséről idegátültetéssel közöl érdekes tanulmányt *Ito* és *Soyesima* a kyotoi egyetemről. Az irodalomban eddig ismert 45 esethez 6 újabbal járulnak; 2 esetben facialis-accessorius- és 4 esetben facialis-hypoglossus-anastomosist végeztek; ezen 6 eseten kivül még más 6 esetről van tudomásuk, melyekben *Miyake* végezte a műtétet, ezekkel együtt 57 eset ismeretes; 35 esetben facialis accessorius- és 22 esetben facialis-hypoglossus-anastomosis történt. A szerzők 6 esetében a hűdés rheumás eredetű volt. Még vita tárgyát alkotja, melyik anastomosis megfelelőbb. A facialis-accessorius egyesitést ajánlók arra hivatkoznak, hogy a fejbiccentőizomban és a trapeziusban jelentkező paresis kevésbé súlyos, mint a nyelvizomzatban jelentkező, továbbá a 2 ideg közt fennálló

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

synergia következtében az arczidegtől beidegzett izomzattal együtt a nyelvizomzat is önkénytelenül működésbe jön, a mi zavarólag hat. A facialis-hypoglossus-egyesítést ajánlók pedig az előbbi anastomosis hibájául azt rójják fel, hogy a vállizomzatban létrejövő paresis, atrophia vagy együttmüködés főleg nőkön torzító, másfelől könnyebben egyesíthető az arczideg a nyelvalatti ideggel; a nyelvmozgások központja közelebb van a pychomotorius facialis-centrumhoz, mint a járulékos ideg centruma s így a nyelvmozgás központja gyorsabban módosul az új functiohoz, továbbá a szájzáró izmokat ellátó facialisrostok gyakran a hypoglossusmagból erednek. Az utókezelés igen fontos, villamozás, massage és tükör előtt végzett rendszeres gyakorlatok ajánlatosak. A szerzők a facialis-hypoglossus egyesítés mellett foglalnak állást, a mely módszerrel kielégítő eredményt értek el, az arczasymmetria javult, de csak a nyugalmi szakban, míg emotiós arczmozgásokban a régi asymmetria ismét jelentkezett. (Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1907. 90. k. 1—3. f.)

Steiner Pál dr.

A májresectiohoz szolgáltat újabb adatokat *Anschütz* a boroszlói sebészeti klinikáról, az észlelés alá került 20 eset alapján. 3 esetben májdaganat, 1 esetben a májra terjedő gyomorrák, 3 esetben a májjal összekapaszkodott epehólyagrák, 1 esetben irreponibilis köldökzsinórsérv, 7 esetben echinococcus, 5 esetben cholecystitis tette szükségessé a májresectiót. A májresectio végzésekor a beálló vérzés csillapítása kétféle módon történik legczélszerübben: 1. sima metszési felület készítése mellett a vérző erek lefoghatók s leköthetők; e módszer főleg kisebb resectio esetén ajánlatos; 2. nagyobb resectiókban az intrahepatikus ligatura igen jól beválik; e praeventiv módszer úgy alkalmazandó, mint a hogyan a cseplesz vagy tüdő en masse lekötésekor járunk el. A lekötéshez vastag catgutot ajánl, egyúttal figyelmeztet, hogy a lekötés lassan menjen végbe, mert így kerülhető el legjobban a *Payr* által említett májsejtembolia. Fontos, hogy a műtéti terület kellőleg feltárassék; ezen czélra ajánlatos, hogy a műtéti terület kellőleg feltárassék; ezen czélra ajánlja a *Lannelongue*-féle eljárást, a mely a 7—11. bordaporcz resectiojában áll; e bordaporczok eltávolíthatók a nélkül, hogy a mellhártya megnyilnék, a mennyiben e bordaporczokat nem borítja a pleura. E behatolási módot Anschütz egyszerübbnek tartja, mint a transpleurálisat. (Archiv. f. klin. Chir., 1907. 84. k., 2. f.)

Steiner Pál dr.

A laparotomiák után beálló halál okát kutatta *Selberg* (Berlin) az Augusta-Hospital sebészi anyagán. A klinikai megfigyelés csak egyes esetekben ad a halál közvetlen okára vonatkozólag hasznavehető támpontokat. Biztosabb az anatomiai vizsgálat. Az elsődleges tüdőhalálban a jobb szívkamara diastolében, a bal systolében szünik meg működni. Az elsődleges szívhalálban mindkét szívkamarát diastolében és telten kellene találnunk. De sok esetben megváltoznak a viszonyok. Különbséget kell ugyanis tennünk a halál pillanatában és a boncolás idejében levő szívállapot között. A szív hullamerevsége beálltával (3—6 órával a halál után), mint azt Röntgen-vizsgálattal is megállapíthatjuk, megkisebbedik és tartalmát kiüríti és pedig a bal kamara gyorsabban és intenzivebben mint a jobb. Tehát egy a boncolás idején üres, merevedett kamara a halál után közvetlenül telt lehetett. A tüdővizenyő az ide tartozó esetekben másodlagos, terminális jellegü jelenség, melynek okát a bal kamara munkájának szövetében találjuk. A számos boncjegyzőkönyv közül csak azokat használták fel, melyekből kiderült, hogy asepsises laparotomiák után a halál oly rövid idő mulva következett be, hogy a műtét és a halál közötti okozati összefüggés magától értetődő volt. A végső határ három hétben állapíttatott meg; a legtöbb felhasznált esetben már pár nap mulva bekövetkezett a halál. Tizenhét ilyen eset közül ötben találtak elsődleges szívhalált, három esetben az arteria pulmonalis emboliája okozta a halált. Ezek átmeneti esetek, közülük kettőben szívhalált, egyben tüdőhalált lehetett megállapítani az anatomiai kép alapján. Tüdőhalál hat esetben állott fenn. Előfordult három chloroformhalál is. A 17 eset közül 12 rákos volt. A szívhalálesetek 24 óra után, a tüdőhalálesetek 6—11 nap után, az emboliák 5—6 nap után kerültek a boncolóasztalra. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 56. köt., 1. füz.)

Li.

A gastroenterostomia posterior antecolica *L. Arnsperger* szerint javalt akkor, ha a mesocolon zsugorodása és rögzített volta miatt a gastroenterostomia posterior retrocolica nem végezhető. Ezekben az esetekben az anastomosishoz használt jejunumkacsnak és a colonnak kölcsönös összenyomatása, a melytől egyébként tartani kellene, ki van zárva. Az eljárás mint kisegítő eljárás ajánlandó, mert a gyomor kiürülésének viszonyai ezen eljárásban még mindig sokkal kedvezőbbek, mint az elülső gastroenterostomia bármely formájában. Megjegyzendő, hogy a jejunumkacsot megfelelően hosszabbra kell vennünk, mint az egyszerü Hacker-féle műtétben. A heidelbergi sebészeti klinikán a műtétet három esetben végezték kielégítő jó eredménynyel. Postoperativ szövődmények nem fordultak elő. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 56. k., 1. f.)

Li.

Thrombosis és embolia miatt arteriotomiát végzett *F. T. Stewart* 2 esetében. Egyik alkalommal a cruralisban képződött thrombus miatt végezte a műtétet. Az eret hosszában felhasította, a thrombust kivette, eltávolított egy az ér lumenébe benyúló atheromás lemezt s azután az ér sebét bevarrta; a circulatiót ekkor megindítva, a thrombus csakhamar újra előállt; ezt újra eltávolította, de a circulatio megindítása után ismét újra képződött; azért az arteriát harántul szétválasztotta, a csonkok falából 2—2 lebenyt alkotott s ezeket varrva össze, circularisan egyesítette az eret. A bőrvarrat idején még átjárható volt az arteria, de a tibiális pulsusa kimaradt. Rapid gangraena miatt a czomb közepén amputatiót végeztek 10 nappal utóbb. Másik esetében az art. poplitea elágazásában ült a thrombus, ezt az ér felhasítása után kivette, az eret bevarrta. A poplitea pulsatioja néhány napi tartammal helyreállt, de tibiális-pulsus nem jelentkezett. 42 nappal utóbb magas lábszáramputatiót kellett végezni, a lábszár felső harmadáig terjedő gangraena miatt. (Annals of surgery, 177. f.)

Pólya dr.

Tetania parathyreopriva esetét irja le *Eugene Pool*. A baj strumectomia után keletkezett, annak ellenére, hogy majdnem az egész jobb lebeny visszamaradt. Az állapot 13 hónapig tartott és pedig az első 5 héten és az utolsó 3 hónapban naponta jelentkezett 1—5 roham néhány percz egész néhány órai tartammal. A közbeeső 7 hónapban csekélyebb mértékben mutatkoztak a tetaniás görcsök, de a beteget munkájában mégis megakadályozták. A beteg thyreoidea- és parathyreoideaextractumokat kapott per os és subcutan és 5 parathyreoideát implantáltak a has bőre alá illetve a fülczimpába; a javulás az első implantatio után és a *Beebe*-féle (New-York) parathyreoidextractum nagy dosisban való alkalmazása után 6 héttel s a közlés megszerkesztésének ideje előtt 1 hónappal állott be. (Sajnos, hogy az azóta elmult 6 hónapról a szerző nem számol be.) (Annals of surgery, 1907. október.)

Pólya dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekgyakorlatban a tuberculinnal eszközölt ophthalmo-reactioval foglalkozik *Comby*. Kiemeli mindenekelőtt, hogy a tuberculinnak bőr alá fecskendezésével elért eredmények mennyire értékesek a lappangó gümőkór kórjelzésének megállapítására. 74 gyermeken alkalmazta, 36 reagált, 38 nem. Mindkét sorozatból több került a boncolatra és igazolta a megfelelő irányban a kórjelzés helyes voltát. Hátránya ezen eljárásnak, hogy csupán láztalanokon alkalmazható, hogy a gümőkórnak nem szabad nagyon előrehaladottnak lennie, továbbá, hogy általános reactiót idéz elő és esetleg károsan hat a gümős folyamatra. Majd rátér a *Pirquet*-féle cutireactiora (tuberculin alkalmazása scarifikált börterületre), mely az ő tapasztalatai szerint nem teljesen megbizható. 100 gümőkóros gyermek közül 88 reagált csak, 12 nem; 100 nem gümőkóros közül 16 reagált. Hasonlók *Dufour* tapasztalatai is. *Calmette* ajánlotta az 1%-os tuberculinnak a kötőhártyazsákba való cseppentését, midőn néhány óra mulva minden láz, általános reactio nélkül a gümőkórosakon enyhébb vagy erősebb vérbőség, kiizzadás fejlődik a kötőhártyákon. *Comby* 16 esetben alkalmazta: 8 reagált, 8 nem. Az első sorozatbeliek a klinikai tünetek alapján biztosan gümőkórosak voltak, az utóbbiak közül kettőt boncoltak, s ekkor gümőkórnak nyomát sem találták. Minthogy két esetben nagyon erős volt a reactio, későbbi eseteiben a tuber-

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

culint 1 : 200 arányban adta és az eredmények ép oly megbizhatók voltak, mint elöbb, s a mellett a reactio enyhébb lefolyású volt. Ha egy és ugyanazon egyénen több izben eszközölte a tuberculinnak szembe cseppentését, látta, hogy egy positiv reactio nem immunizál a továbbiak ellen, ép úgy, mint a bőr alá fecskendezés vagy a cutireactio sem tesz immunissá a szembe cseppentett tuberculin hatása ellen. Természetes, hogy vigyázni kell, nehogy a gyermek szemein bármilyen bántalom legyen.

Összesen 132 gyermeken végezte, közülük 62 reagált, 70 nem; az elöbbiek közül 4 került a bonczasztalra, hol kétségtelen gümökórt találtak. A második sorozatból hatot bonczoltak, s gümökórnak nyomát sem találták. Mindezek alapján az ophthalmoreactiót teljesen megbizhatónak tartja a lappangó gümökór kimutatására. Alkalmazható bármily korú gyermeken, lázasokon is, és a gümökórnak bármily localisatioja mellett. E mellett teljesen ártalmatlan: múlékony helyi reactiót idéz elő csupán és semmi általánosat, előnye továbbá könnyű kivihetősége. Ép ezért segélyével könnyen lehetne családokban, iskolákban, kórházakban, stb. a gümökórosakat a nem gümökórosaktól elkülöníteni, s ugyane czélból haszonnal lehetne megkisérelni, midön a nyári gyermektelepekre kiküldendő gyermekeket akarjuk kiválasztani. (Arch. de médecine des enfants, 1907. 10. szám.) *Flesch* dr.

Myocarditis scarlatinosa. *Pospischill* vörhenyben szenvedő gyermekeken elég gyakran észlelte a szívnek jellegzetes megbetegedését, melyet myocarditis scarlatinosa néven ir le s a mely az első szívhang hasadt voltában és szívburoklobra emlékeztető dörzsörejek jelentkezésében nyilvánul. Hogy valóban nem szívburoklobbal volt dolga, arról több esetben a bonczasztalon győződött meg. A tüneteket a szívizomzat sajátlagos megbetegedésével magyarázza a szerző s főleg a rudimentaer vörheny kórismézésében s a vegyes fertözés elbirálásában — mint kezdeti tünetet — igen értékesnek tartja. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 37. sz.)

Vas Jakab dr.

Bőrkórtan.

A csecsemők sokszoros tályogjainak pathogenesiséről és therapiájáról ir *F. Lewandowsky* (Bern). A tályogokat a bőrben a staphylococcus pyogenesek okozzák, a mit már sokszorosan bebizonyítottak a különböző vizsgálók. Nincsen azonban még véglegesen eldöntve, hogy hol van a coccusok behatolási helye. A haematogen keletkezésre positiv adatok nincsenek. Marad tehát a fölvétel, hogy a fertözés kivülről jut a bőrbe és pedig némelyek szerint, mint a felnőttek furunculusainál, a szőrtüszők útján, mások szerint pedig úgy, hogy a verejtékmirigyek kivezető csöveibe kerülnek. A szerző 10 eset kapcsán, a melyeket szövettanilag vizsgáltatott, az utóbbi felvétel helyességét bizonyítja. A metszeteken ugyanis szabályszerüen azt találta, hogy a spirálisan lefutó kivezetőcsövek tömve vannak coccusokkal. A poruson, vagyis a kivezető cső peripheriás nyilásán, apró sajátszerü pustulák támadnak (periporitis). Ezek részben gyorsan, abortive gyógyulnak, részben pedig tályogokká válnak. A coccusos invasio néha oly nagyfokú, hogy nemcsak a verejtékmirigyek kivezetőcsöveiben, de még azok körül is találhatók a coccusok. A szerző mindezen leletekből a therapia menetét is irányítani óhajtja. Kétféle a tennivaló: 1. izzasztás s utána 2. desinfectio. A berni dermatologiai klinikán ezt úgy érik el, hogy a csecsemőknek és kicsiny gyermekeknek bőségesen adnak meleg tejet s ezután meleg kendőkbe bepakolják őket. Az izzasztást azzal fokozzák, hogy melegítő üvegeket, korsókat adnak az ágyba. Az erős izzadás rendesen már ½ óra mulva jelentkezik. Erre következik a desinficiáló eljárás, mely abban áll, hogy a gyermekeket langyos sublimatfürdőben (1 : 10,000) megfürösztik. A fürdő tartama 10—15 percz. Nagyobb tályogok természetesen sebészileg kezelendők. A szerző 10 esete azt bizonyítja, hogy ez az eljárás kielégítő és gyors eredményre vezet. (Deutsche mediz. Woch., 1907. 47. szám.)

Guszman

A lupustherapia indicatioinak mai álláspontját tárgyalja *A. Jungmann*, a ki *Lang* tanár oldala mellett már régebben működik a bécsi lupusbetegek gyógyintézetében. A szerző első sorban elitéli mindazon régi és be nem vált gyógyeljárásokat, a melyekkel a lupusos betegeket „gyógyították“, a nélkül, hogy valóban meggyógyultak volna. Élénk színekkel festi a lupusos betegek kálváriáját és sok dermatologusnak a rossz gyógyító eljárások iránti optimista felfogását. A lupus vulgaris helyes gyógyítása csakis a radikális kezelések végzésében állhat. Ezek lehetnek véresek és nem véresek. Igazi, példaszerü gyógyulást főleg a radikális exstirpatio és a fénykezelés nyujt. A többi, részben igen jó eljárás csak segítőmethodusnak tekinthető. A radikális sebészi kiirtás methodikáját és indicatioit *Lang* dolgozta ki és ugyancsak ő emelte ezen eljárást a legmagasabb tökélyre. Plastikáinak száma közel áll már az ezerhez. A ki a technikát teljesen birja, annak a lupusterület nagysága és többszörössége csak ritkán szab gátat. Fájdalomcsillapításul főleg csak a *Schleich*-féle anaesthesia használatos. A kozmetikai eredmények csaknem kivétel nélkül kifogástalanok, a mit a közölt fotografiák is bizonyítanak. A kiirtott lupusos bőrrészek fedése vagy *Thiersch* szerint, vagy lebenyes plastikával történik. Oly esetekben, melyekben a radikális kiirtás nem lehetséges, lehetőleg a *Finsen*-kezelést végezzük. Ahhoz, hogy a *Finsen* statistikájához hasonló kiváló eredményeket kapjunk, szükséges, hogy több körülményt szemmel tartsunk. Elengedhetlenül szükséges ezért a helyes indicatiók felállítása, a hypertrophiás és fekélyes alakok megfelelő előzetes kezelése, az általános testi állapot megfigyelése, valamint a fénykezelés technikájának legpontosabb betartása. Legjobb készülék ma is még az eredeti nagy *Finsen*-készülék, csaknem hasonló értékü a *Finsen-Reyn*-féle módosított lámpa. A lupuskezelés folyamán igen jó szolgálatokat tehet a *Röntgen*-kezelés is, bár nem mérkőzhetik a *Finsen*-félével. Igen jól beválik azonban előkészítő eljárásnak a *Finsen*-kezeléshez. A radium csak igen körülirt lupust gyógyíthat, használatáról különben sem alakult még ki a végleges vélemény. Nélkülözhetlenek sokszor a resorcin és főleg a pyrogallus mint gyönge maró anyagok, mert sok tekintetben elective hatásúak, azaz nagyrészt csak a kóros szöveteket pusztítják el. Teljesen elvetendők az erősen maró szerek. Ezek radikális gyógyulást sohasem létesítenek, hanem annál rosszabb kozmetikai eredményre vezetnek. A *Paquelin*-nel való roncsolás csakis izolált göbök ellenében ajánlatos. Az annyira használatos kanalazás (excochleatio) nem vezet szép sima hegedésre s azonfelül ritkább esetekben még metastasisképződést is okozhat. A belső kezelés a lupus therapiájában alig jön szóba. A mi pedig a tuberculinnal való kisérleteket illeti, mondható, hogy eddig még nem jártak sikerrel. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 87. k. 2—3. f.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A cervixgonorrhoea szívókezelését kisérelte meg *W. Schattmann* (Breslau). Bizonyos, hogy a női gonorrhoea, főleg pedig a cervixgonorrhoea a legnehezebben gyógyítható betegségek közé tartozik. Annak ellenére, hogy ma már igen jó eljárások és gyógyszerek (argent. nitr., protargol, argonin) birtokában vagyunk, akadnak még mindig esetek, melyek a szokásos kezeléssel daczolnak. Egy ily súlyos és makacs cervixgonorrhoea vitte a szerzőt arra a kisérletre, hogy a szívókezelést igénybe vegye. E czélból üvegspeculumot használt, melynek külső vége cső segélyével gummiballonban végződik. Szükséges, hogy a portio uteri a tükörbe beilleszkedjék. Egy-egy kezelés ¾ óráig tartott oly módon, hogy 5 percznyi szívás után 3 percznyi szünet következett. Ily óvatos szívás nyomán a pangás nem túlságosan erősfokú s nyilván ezen mulik, hogy a kezelés teljesen fájdalmatlan, noha más szerzők fájdalmasnak irták le. Az eredmény kiváló volt, mert az az eset, mely ezelőtt 3½ hónapon át a legerélyesebb kezelés ellenére javulást nem mutatott, 4 heti szívókezelésre, protargolkezeléssel egybekötve, teljesen meggyógyult. A szívókezelés főhatása nyilvánvalóan abban rejlik, hogy nagymennyiségü nyálkát szív a cervixből s továbbá abban, hogy a hatalmas fluxio és nedváramlás következtében a mélyenfekvő gonococcusok a felszinre jutnak. A szerző nézeteit e kezelésről a következő pontokban foglalja össze: 1. A protargolkezeléssel, illetőleg általában antisepsises therapiával egybekötött szívóeljárás megérdemli, hogy cervixgonorrhoea eseteiben vele kisérletezzünk. 2. Az eljárás helyes alkalmazás esetén teljesen fájdalmatlan. 3. A gonococcusölő szerekkel kombinált szívókezelés ambulanter is végezhető, a beteget

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

nem akadályozza foglalkozásában. 4. Nem állítható bizonyossággal, hogy a szívókezelés ezüstkészítmények igénybevétele nélkül is elegendő a gyógyulásra, sőt valószinübb, hogy nem. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 88. k., 1. f. 1907.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A mergal tudvalevőleg chlorsavas higanyoxyd, a melyet a syphilisnek belső gyógyítására már többen ajánlottak. Újabban *Leistikow* dicséri, a ki első sorban ugyan a kenőkúrát ajánlja, olyan esetekben azonban, a melyekben a betegek a kenőkúrát nem tűrik, bőrlob támad vagy stomatitis jelentkezik, szívesen használja a mergalt. A stomatitis meggyógyulását a mergalnak kicsiny adagjai semmiképen sem akadályozzák. Eleinte 3, később 5—6 adandó naponként az egyenként 5 centigramm chlorsavas higanyoxydot tartalmazó capsulákból. (Monatshefte für praktische Dermatologie, 44. kötet, 5. szám.)

Pharyngitis ellen *Moure* porlasztást ajánl a következő oldattal: Rp. Cocaini hydrochlorici 0·4; Sol. adrenalini (1 : 1000) 5·0; Antipyrini 4·0; Glycerini, Aqu. menth. pip. aā 10·0; Aqu. destill. ad 400·0. (Journ. de méd. de Paris, 1907. 32. szám.)

Genyedő középfülgyuladás ellen *Blagdon Richards* a bórsavat a következő oldatban használja: Rp. Acidi borici 4·0; Spir. vini rectificati 8·0—12·0; Glycerini ad 30·0. Langyos bórvízzel kiöblítés után cseppenti be az imént említett oldatot a fülbe, még pedig eleinte naponként 2—3-szor, később 1-szer. Ez az eljárás úgy a heveny, mint az idült esetekben gyorsan eredményre vezet. (Ref. La semaine médicale, 1907. 49. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 51. szám. *Rotter Henrik:* Ventrifixatio után szükségessé vált császármetszés. *Limbacher Rezső:* A rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásáról.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 51. szám. *Heim Pál* és *John Károly:* Physiologiás oldatok belső adagolása csecsemők heveny táplálkozási zavarainak eseteiben. „Szemészeti lapok“ melléklet, 4. szám. *Goldzieher Miksa:* Megjegyzések Greeff, Frosch és Clausen közleményére a trachoma keletkezéséről. *Goldzieher Vilmos:* 1. Az entropium spasticum senile és gyógyitása. 2. A pannus trachomatosus kezelése blennorrhoea gonorrhoica beoltása által. „Diaetás és physikai gyógymódok“ melléklet, 4. szám. *Ország Oszkár:* A hasnyálmirigy functionális diagnostikájáról. „Fülészet“ melléklet, 4. szám. *Ziffer Hugó:* Otogen extraduralis hályogok.

Vegyes hirek.

Kérjük tisztelt előfizetőinket, hogy lejáró előfizetésüket mielőbb újitsák meg, nehogy a lap megküldésében zavarok támadjanak. Budapesti előfizetőink is postautalványon szíveskedjenek az előfizetés árát beküldeni.

Moravcsik E. Emil dr. egyetemi tanárt a belügyminister az országos közegészségügyi tanács rendes tagjává nevezte ki.

Kinevezések. Veszprémmegye főispánja *Sándorfi Miksa*, *Rosenberg Jenő*, *Belák Sándor*, *Kövi József*, *Pollák József* és *Barta Gyula* dr.-okat tiszteletbeli megyei főorvossá, *Réthi Ede* és *Rechnitz Ede* dr.-okat pedig tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — Fejérmegye főispánja *Révy Ferencz*, *Lauschmann Gyula*, *Kremnitzky Ferencz*, *Mészöly József*, *Szauer György* és *Weil Dávid* dr.-okat tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — Sopronmegye főispánja *Patthy Dezső* dr.-t tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — Zalamegye főispánja *Kovácsics Ferencz* dr.-t tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — Zólyommegye főispánja *Raitsits Lajos*, *Kollár Kamill*, *Kolczonay Ernő*, *Svehla János*, *Krieser Arnold* és *Dillnberger Emil* dr.-okat tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — Szatmármegye főispánja *Kölcsey Ferencz*, *Halász Jenő*, *Herczinger Ferencz*, *Egry Mihály Czukor Lajos*, *Csató Sándor*, *Schönpflug Béla*, *Diósi Adolf*, *Rottenbiller Ödön* és *Sternberg Géza* dr.-okat tiszteletbeli megyei főorvossá, *Somosi Ignácz*, *Lacheta Brunó*, *Ember Elemér*, *Goldstein Ármin* és *Kiss Antal* dr.-okat pedig tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki. — Csongrádmegye főispánja *Boér Antal*, *Beregi József*, *Lábos Endre*, *László Vilmos*, *Mátéffy Pál*, *Rimély Dezső* és *Szőbl Lipót* dr.-okat tiszteletbeli megyei főorvossá, *Czukkermann Soma* és *Benedek József* dr.-okat pedig tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki.

Uj iskolaorvosok. A budapesti egyetemen a folyó év deczember 17.-én és 18.-án tartott képesítő vizsgálatok alkalmával a következők nyertek iskolaorvosi és egészségtantanári képesítést: Roxer József dr., Szalkay Melitta dr., Bán Ilona dr., ifj. Rejtő Sándor dr., Tänzer Géza dr., Winter Ferencz dr., Reich Lajos dr., Győri Bella dr., Berényi Zsigmond dr., Goldner Viktor dr., Schönheim Lajos dr., Wermer Pál dr.

Választás. Nagykikindán *Szimits Pál* dr.-t városi főorvossá, *Klimes Zsigmond* dr.-t pedig másodorvossá választották. — *Fodor Jenő* dr.-t szepsii körorvos-á választották.

Közkórházi jellegü új kórház. A belügyminister a lippai kórházat közkórházi jelleggel ruházta fel s a napi ápolási dijat 1 kor. 68 fillérben állapitotta meg.

Megjelent. *Deutsch Ernő:* Kindersterblichkeit und Milchküche. Különlenyomat az Archiv für Kinderheilkunde 47. kötetéből. U. a.: Technische Einrichtungen zur Gewinnung guter Säuglingsmilch. Különlenyomat a Zeitschrift für Säuglingsfürsorge 1. kötetéből.

Meghaltak. *Krepelka József* dr. 82 éves korában Eperjesen. — *O. Lassar* dr., az ismert dermatologus, a berlini egyetem rendkivüli tanára. deczember 22.-én 58 éves korában. Lassar egyike volt Németország legismertebb orvosainak, még pedig nemcsak a szaktudományában elért sikerei, hanem különösen orvostársadalmi és közegészségtani téren kifejtett nyilvános szereplése miatt is. — *A. Tobold*, cz. rendk. tanár a berlini egyetemen, ismert gégeorvos, deczember 23.-án, 80 éves korában. Toboldnak nagy érdemei vannak szaktudománya terén; többek közt ő végezte először a szájon keresztül a gégedaganatok kiirtását. — *G. F. Shrady* dr. New-Yorkban, a Medical Record czimü ismert amerikai orvosi lap alapitója és tulajdonosa, deczember 1.-én, 61 éves korában. — *Bertinelli* dr. szemész-tanár Rómában. — *Chapot-Prévost* dr., a szövettan tanára Rio de Janeiroban.

Kisebb hirek külföldről. A berlini császári egészségügyi hivatalon a protozoonok kutatásával foglalkozó szakosztály vezetőjévé *Schuberg A.* dr. zoologust, heidelbergi rendkivüli tanárt nevezték ki. — A gráczi egyetemen *Hartmann* dr. az elmekórtan ny. r. tanára lett. — *Strümpell* tanár Boroszlóban a napokban ülte meg 25 éves tanári jubileumát. — *Lang* tanár, az ismert dermatologus Bécsben az udvari tanácsosi czimet kapta. — *R. du Bois-Reymond* dr.-t, a berlini egyetem élettani intézetének egyik osztályfőnökét rendkivüli tanárrá nevezték ki. — *A. Jenckel* göttingeni magántanár (sebész) a tanári czimet kapta. — A tübingeni egyetem gyógyszertani tanszékére *Jakoby* göttingeni tanárt hivták meg. — Sinizin tanár utódjává a moszkvai egyetem sebészeti tanszékére *Bérézowsky* dr.-t nevezték ki.

A német belorvosok 25. congressusát Bécsben tartják 1908 április 6.-ától 9.-éig. Tárgyalásra a női nemi szervek viszonyát a belső betegségekhez (referens: Rosthorn és Lenhartz) és a bélmüködés vizsgálatának újabb módjait (referens: Schmidt A.) tüzték ki.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Secacornin“ czimü prospektusa van csatolva.

Az **Alexipon** folyékony, acetylsalicylsavas készitmény, mely kitünő hatásu csúzos, rheumatikus bántalmaknál, továbbá izompangásoknál. Könnyen szivódik fel a bőrön át, a nélkül, hogy bőrlobot, vagy eczemát okozna. Tisztán adagolható, esetleg menthollal, mely utóbbi a fájdalomcsillapító hatást fokozza. 50 és 100 grammos üvegekben kerül forgalomba.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS.
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

Orvosi laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon sz. 90—46.

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

ERDŐS JÁNOS DR. az élvezeti szerektől (alc., nic., coff.) származó betegségek szakorvosa. **Rákos-Szt.-Mihály, Remény-utcza 5. sz. a.** Rendel délután 4—6

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10** 14/153109 SANATORIUMA. **Nőbetegek és szülőnők részére,**

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXIV. rendes tudományos ülés 1907 deczember hó 7.-én.) 943. l. — Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.) 944. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes tudományos ülés 1907 deczember 7.-én.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

A plexus brachialis teljes bénulásának esete.

Kétly László: A plexus brachialis teljes bénulása nem traumás alapon igen ritka, ezért ily esetet bemutatni óhajtok.

K. M., 31 éves földmívest f. évi május hó 18.-án délelőtt mezei munka közben lassan fokozódó fejfájás fogta el, s ugyanakkor érezte, hogy jobb karja és válla zsibbad, fáj, erőtlen lesz és felemelni nem birja. A maga lábán ment haza, lefeküdt, de 1½ óra mulva már a jobb kéz ujjait sem tudta mozgatni; másnap állítólag eszméletlen lett, s két hétig félig-meddig eszméletlen volt. E bajából felépülvén, jól érezte magát, de jobb válla, karja és keze azóta is béna. Potust és luest tagad. Fémekkel nem dolgozott. A beteget november 16.-a óta klinikánkon észleljük.

Jelen állapot: A beteg szervezete ép. A bőr és a mély reflexek csak a jobb felső végtagon hiányzanak. Érzésszervei és az agyidegek normálisak, a pupillák fényre és alkalmazkodásra reagálnak és egyenlők. A bal felső és mindkét alsó végtag ép. Érzészavarok a bénult jobb felső végtagon sincsenek. A jobb váll erősen szögletes, a jobb kulcscsont konturjai jól láthatók, a jobb kulcsfeletti és alatti árkok besüppedtek, úgyszintén a jobb mellkas felső része. A jobb lapoczka konturjai jól kivehetők. A fossae supra- et infraspinatae erősen besüppedtek, a jobb lapoczka kissé szárnyszerűen elál. Nyomásra az Erb-féle pont, úgyszintén a felkar idegei lefutásuknak helyén nagyon érzékenyek. A deltoideus, a supra- és infraspinalis, a subscapularis, a pectoralisok, továbbá a felkar, alkar és a kéz összes izmai jobboldalt kisebb-nagyobb fokban sorvadtak s majdnem mindenütt teljes elfajulási reactiót mutatnak. A beteg jobb karja tehetetlenül lóg le, a törzs mozgásakor lóbálózik. Vállát csak alig tudja emelni. Fel- és alkarját semmiféle irányban sem tudja mozgatni; supinálni, pronálni képtelen. Kezét sem tudja használni, csak az ujjain látható minimális mozgékonyság. A betegen bénultak: a n. suprascapularis, a n. dorsalis cap., a n. thoracicus longus, a nn. thoracici ant., a nn. subscapulares, a nn. axillaris, a n. musculocutaneus, a n. medianus, a n. ulnaris; csak részben bénult a n. radiális.

A betegen tehát a jobb plexus brachialis teljes bénulása van jelen és minthogy trauma biztosan kizárható, a baj fájdalommal kezdődött és az Erb féle pont és a karidegek most is érzékenyek, a betegség okát neuritisben kell keresnünk. Feltünő a hirtelen kezdet, a bénulásnak pár óra alatt teljes kifejlődése. Biztos összefüggést a bénulás vagyis neuritis és az utána közvetlenül támadt, eszméletlenséggel járt betegség között nem vehetünk fel, annál kevésbé, mert egyáltalán nem ismerjük a betegség természetét. Toxikus neuritis felvételére semmi alapunk sincs, lehet, hogy csúzos eredetű neuritissel állunk szemben. Ez esetben a prognosis nem absolut rossz és várható, hogy a bénult izmok mozgékonysága ismét visszatér, lehet hogy csak évek alatt, mint ezt a traumás eredetű ily bénulásokban látjuk, bár egy-két izom állandóan bénult és sorvadt maradhat. A betegnek 17 nap óta naponta 0·001 strychnint adunk subcutan és a bénult izmait galvanozzuk. Javulást eddig nem észleltünk.

Ileocoecalis invaginatio nyolcz hónapos csecsemőben. Hirschsprung-féle eljárás. Laparotomia. Gyógyulás.

Alapy Henrik: A sebészeti technika fejlettebb voltával az úgynevezett vértelen eljárásokat lassanként elhagyják és a sebészek egyöntetű felfogása jelenleg az, hogy az invaginatiót, mihelyt felismertük, azonnal operálni kell.

Ilyen körülmények között feltünést keltettek Hirschprung közleményei. Saját vértelen eljárásával kezelt 107 invaginatiocsete közül u. i. 60% gyógyult, tehát meglepően magas számarány. Módszere altatásban végzett beöntés és massage segélyével történő repositioban áll.

Állításai több oldalról kétkedéssel találkoztak az irányban, vajjon gyógyult esetei mind invaginatiók voltak és főleg az iránt, vajjon felismerhető-e biztossággal, hogy a repositio megtörtént-e vagy sem.

Hogy az aggály mennyire jogosult, a bemutató esete illustrálja.

A nyolcz hónapos fiúcska egy hétig tartó hasmenés után hirtelen lett rosszul, felvétele előtt 26 órával. Sírt, nyugtalan volt, 1—2-szer hányt, széke nem volt, beöntésre csak véres nyálka ürült. Felvételekor nem volt ugyan kollabált, de fájdalomtól nyöszörgött, hasa kissé puffadt, a hasfalak puhák, a mesogastriumban daganat tapintható homályosan, a végbélből a vizsgáló ujj véres nyálkát húz ki: megannyi jellemző tünete az acut invaginationak.

A laparotomiára előkészített gyermek elaltatása után a daganat már világosan volt érezhető a bal bordaív közepétől a vakbél felé húzódó hurka alakjában. A bemutató megkisérlette a kifejtést a Hutchinson-féle müfogás segélyével, a mennyire ez a hasfalakon keresztül alkalmazható volt. Eleinte úgy látszott, hogy sikerül. Csak diónyi daganat maradt vissza, melyet megkisebbíteni nem lehetett. Ép úgy nem lehetett tudni, vajjon ez a tumor az invaginatio maradéka-e, vagy a duzzanat, mely a kifejtés után is órákon át megmarad az invaginatum csúcsán.

Ez okból biztosabbnak látszott azonnal hasmetszést végezni. A következmény igazolta ezt a felfogást, a mennyiben a seb elé húzott daganat csakugyan az invaginatio 2 cm. hosszú maradékának bizonyult, melyet még akkor is igen bajos volt kifejteni, midőn a daganat már a kézben volt. A hasfalon keresztül bizonyára nem lehetett volna.

A bemutató nem akar egy esetből itéletet mondani. A Hirschsprung-féle eljárásnak van bizonyos előnye, főleg az irányban, hogy az esetleg szükségelt hasmetszést rövidebb tartamúvá teszi, de a bemutató csak úgy véli megengedhetőnek, ha a laparotomiára előkészített betegen végezzük és a legkisebb kétség esetén azonnal hozzáfüzzük a hasmetszést, melynek eredménye annál jobb, minél korábban kerül az eset mütétre. Ezt a bemutatónak 16 operált esete is igazolja. Régebben, midőn betegeit az előrehaladott szakban kapta, az első 8 laparotomia közül 3 gyógyult, míg utolsó 8 csete közül, melyek korábban kerültek kezelés alá, meggyógyult 6, tehát 75%.

Mongolfolt-esetek.

Koós Aurél: A lényeg a fartájékon, a háton, ritkán a végtagok feszítő oldalán jelentkező, a csecsemőkorban legélénkebben, később mindinkább kevésbbé észlelhető, fillér—tenyérnagyságú, elmosódó határú kékes foltok. Ezen foltok némelyek szerint a mongol népfajokra jellegzetesek.

A garatverőerek feltünő pulzálása.

Baumgarten Egmont: Multkori bemutatásomkor kiemeltem, hogy sokszor csak a gégetünetek árulják el a szív- és a nagy erek megbetegedését. Azonban ritkább esetekben a garattünetekből is lehet következtetni ilyen megbetegedésekre, mint azt a jelen eset is igazolja. A beteg tonsillitis follic. miatt kereste fel rendelésemet. Az első vizsgálat alkalmával feltünt, hogy a garatívek mögött lévő arteria pharyngea ascendensek gyermekujjnyi vastagságra telnek meg s pulsatiojuk oly heves, hogy a garat lágy képletei is rezgésbe jönnek.

Évekkel ezelőtt ugyanitt hasonló esetet mutattam be, de abban a pulsatio csak az egyik oldalon volt meg az art. pharyng. ascend. aneurysmája következtében.

Ezen tüneménynek feltünő ritkasága miatt mindjárt a szív megbetegedésére gondoltam, miért is a szívet megvizsgáltam s zörejeket vettem észre. Terray Pál tagtárs diagnosisa: Insufficentia valv. semilun. aortae cum stenosi.

A betegnek nincs tudomása, hogy szívrendellenessége volna, csak vadászat közben, főleg ha magasabb helyekre megy, tapasztalja szívének kissé hevesebben verését.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

Adatok a gyermekkori appendicitis folyamán jelentkező bradycardia ismeretéhez.

Bókay János: Előadásának foglalata a következő:

1. Periappendiculáris lobtermék felszívódási időszakában a bradycardia majdnem szabályszerűleg beáll s több napig, esetleg 2 héten túl is fennállhat.

2. Bradycardia appendiculáris tályognak műtét által történő kiürítése után is észlelhető, esetleg napokon keresztül.

3. A periappendiculáris lobtermék felszívódása, illetőleg az appendiculáris tályog megnyitása után a nyugalmi időszakban utólag végzett appendixkiirtást követőleg hasonlóképen beállhat a bradycardia s esetleg tartósan is fennállhat.

4. A pulsusszám középkorú (7—16) gyermekeken 52-re is alászállhat, eseteimben a bradycardiás időszakban 52—80 között ingadozott.

5. A pulsus és hőgörbe párvonalosságot a bradycardiás időszakban nem mutat, hypopyrexia a pulsusnak minimumra való leszállásakor nem észlelhető.

6. A fenti körülmények mellett beálló bradycardia a prognosis szempontjából nem tekinthető kedvezőtlen jelnek, sőt periappendicularis exsudatio esetén egyik jele lehet a felszívódási folyamat bekövetkeztének.

A mesterséges táplálás kérdésének jelen állásáról.

Flesch Ármin: Az előadó mindenekelőtt azon kérdést fejtegeti, hogy mi lehet a természetes és mesterséges táplálás eredményei közt észlelhető különbségnek az oka. A sokirányú kisérleti vizsgálatokkal és klinikai észlelésekkel megdöntöttnek tekinti *Biedert* felvételét a casein nehezen emészthetőségét illetőleg, s nem tartja elfogadhatónak, hogy ezen okot *Hamburger*-rel a fajidegen fehérjében keressük. Kiemeli, hogy *Czerny*-nek a zsírral szemben kifejtett óvatossága mennyire indokolt. Azonban, hogy még más, lényegében ismeretlen körülmények is szerepet játszanak, azt *Meyer*-nek azon táplálási kisérletei bizonyitják, a melyekben csak a tejsavókat cserélték fel, s a tehéntejsavót tartalmazó táplálék váltotta ki a táplálkozási zavart. Igy szigorúan tudományos alapon a természetes és mesterséges táplálás eredményei közt észlelhető különbségeket nem tartja megfejthetőnek.

Majd azon kérdéssel foglalkozik, hogy felforraljuk-e a tejet, vagy csak nyersen adjuk. Minthogy a felfőzött tejjel nyert eredmények semmivel sem állanak mögötte a nyers tejjel elérteknek, s minthogy a tej a legritkábban kifogástalan, ajánlatos a tejet sterilizálni. A nyers tej javalata csak a *Barlow*-kórra szorítkozik.

Az újszülötteknek teljes tejjel történő táplálását vakmerő vállalkozásnak tekinti. A tejet higitani kell, de az ily módon előállott caloriaveszteség pótlására nagy caloriaértékű tápanyagokat kell hozzátennünk: zsírt vagy szénhydratot. Kiemeli a zsírdús táplálás veszélyes voltát és csak czukor hozzátételét ajánlja. A mi a liszteket illeti, *szükség esetén* három hónapon alul is megengedhetőnek tartja a lisztet, természetesen a legnagyobb óvatosság és megfelelő javalat szem előtt tartásával. A nem dextrinezett lisztek a dextrinezettek fölé helyezendők. A napi tejmennyiség megállapítására a *Budin*-féle számot ajánlja.

Majd felsorolva az egészséges csecsemőnek fontosabb klinikai sajátosságait, hangsúlyozza a tolerantia-fok ismeretének fontosságát, s foglalkozik a súlycsökkenés okainak keretében az alimentaris intoxicatioval. Nem fogadja ugyan el teljesen *Finkelstein* nézetét, hogy az alimentaris intoxicatio kórképét úgyszólván mindig csak alimentaris ok idézi elő, de elvitathatatlannak tekinti ezen észleletek nagy értékét. Ezután a heveny táplálkozási zavarok orvoslásának elveit tárgyalva, utal a táplálék teljes elvonásának a fontosságára az első 24—48 órában, továbbá arra, hogy törekednünk kell nagyobb súlyveszteségek elkerülése czéljából minél több folyadékot, esetleg belsőleg physiologiai konyhasóoldatot nyujtani a beteg csecsemőnek. Dicséri az éhezési nap után a minimális tejadagokkal elérhető szép eredményeket és hangoztatja az alimentaris intoxicatio prodromalis jeleinek értékét.

Végül az atrophia tárgyalásakor a boroszlói iskola álláspontjára helyezkedik és röviden kifejti ennek orvoslási elveit.

Deutsch Ernő: A mesterséges csecsemőtáplálás nemcsak a gyermekorvostan szempontjából bir óriási horderővel, hanem az orvostudományi elméletek ingatag voltának megitélése szempontjából is.

Ha visszatekintünk a mesterséges csecsemőtáplálás kérdésének fejlődésére, bizvást elmondhatjuk az elméletek java részéről, hogy a mit ma absolut igazságnak ismer el a tudományos világ, az holnap porba dől és teljes feledésbe megy, majd ismét feléled és ideig-óráig uralkodik az orvosi közvéleményen.

A mesterséges csecsemő-táplálás fejlődésmenetele hasonló a sebészetéhez. A sebészet hiába dicsekedett ideális technikával, eredményei csupán az asepsis meghonosodása után emelkedtek azon magaslatra, a melyen ma vannak. Az asepsisesen nyert tej feldolgozását illetőleg szerény nézetem szerint egészséges csecsemők számára normál typust kell megállapitanunk, s az adagolásban a Budin-féle alapelvet kell a túltáplálás kikerülése czéljából követnünk. Az emésztőrendszer megbetegedéseiben a csecsemő nem megfelelő gyarapodásakor szakitani kell a régi, kritikanélküli próbálkozó rendszerrel, s a gyermek megelőző táplálkozását s székletéteinek mineműségét tartva szem előtt, oly diaetás tápszert fogunk alkalmazni, a mely a körelőzmény és a jelenállapot szem előtt tartása mellett logikus.

A mondottakból kifolyólag az ingyentej-intézmény gyermekrendelésén, melyen évente átlag 1300 csecsemőt mutatnak be, a következő elveket követem immár hat esztendeje. I. Az anyák oktatása és gyámolitása által 75—80%-ban sikerül a csecsemőnek az anyajetjet biztositani. II. Munkásasszonyokon és hypogalactiában szenvedőkön allaitement mixte-et foganatositok Székely-féle csecsemőtejjel. III. A szoptatás ellenjavalatait igen szűk határok közé szoritva, az egészséges csecsemőknek Székely-tejet nyujtatok. IV. A diaetás táplálásra az indicatio szerint a zsiros tápszerek közül a linzi osztrák-magyar tejgyárak ramogen-jét és somatose-ramogen-jét, a zsírszegény készítmények közül ugyanezen gyár irókonzervét, a lisztek közül pedig a Kufeke-, Theinhard- vagy Thomas-félét, a maláta-leves készitésére a Löfflund gyártmányát szoktam alkalmazni.

A Székely-féle gyermektejből az intézet fennállása óta 270,000 palaczkot osztottam ki, oly mennyiség, a melyből, azt hiszem, szabad következtetéseket levonni. Az elért eredmények jónak minősithetők. Azon észrevétel, hogy a vizzel való higitás utáni sterilizálással hasonló eredményeket érhetünk el, azt viszonzom, hogy a művelt közönség is megbizhatatlan a Soxhlet eljárás kezelésében, a proletár-asszonyokra bizni pedig e műveletet tiszta képtelenség, oly nagyforgalmú intézetben pedig, mint a Budapesti Ingyentej-egyesület, a csecsemőtej házi elkészitése anyagi szempontból óriási nehézségekbe ütköznek.

Berend Miklós: Nem az előadásra akarok reflektálni, minthogy tartalma teljesen fedi saját, e tárgybeli s legutóbb „A csecsemők gyógyitása“ czimü kézikönyvemben kifejezett nézetemet. Kénytelen vagyok azonban reflektálni Deutsch néhány megjegyzésére és főleg általános elveire, a melyek az elmondottakkal homlokegyenest ellenkeznek.

Nézete bebizonyitására Deutsch pl. felemliti, hogy mennyire meghiúsultak azok a remények, a melyeket annak idején a Soxhlet-féle eljáráshoz vagy a Gärtner-féle tejhez fűztünk. Ebben teljesen igaza van, de hiszen épen abban van a haladás, hogy ma már a Gärtner-féle vagy más túlzsirozott tejek nagy zsirtartalmát nem tekintjük közömbösnek, mint előbb, hanem a zsír ártalmas voltáról bizonyos körülmények között, s ennek az ártalomnak a felismerése és gyógyitási módjáról biztos adataink vannak. Azt nem várhatta soha gondolkozó ember, hogy a Soxhlet-eljárás a csecsemő-mortalitást csökkenteni fogja; a Soxhlet-eljárás és a tej közönséges felfőzése közt más különbség nincs, mint az, hogy a Soxleth-eljárásnál ugyanazon üvegből kapja a gyermek a tejet, mint a melyben felfőztük. Epen abban van az óriási haladás, hogy nem a tejjel bevitt bakteriumban vagy zsírokban keressük egyedül a csecsemő megbetegedésének vagy a táplálkozásmód meghiúsulásának okát, hanem az anyagcserezavarban is, a melynek az infectióhoz semmi köze sincs.

Abban igaza van az előttem szólónak, hogy nézeteink az utolsó 15 évben sokat változtak. Ezelőtt 10 évvel pl. azt hittük, hogy az „ingyentej“ intézménynyel tetemesen befolyásolhatjuk a csecsemőmortalitást, ma erről az illusioról le kell mondanunk. A most szeptemberben tartott gyermekgyógyászati congressuson ezt fejtette ki Salge, e thema referense, ezt fejezte ki a leghatározottabban Czerny is.

Deutsch kartárs egyenesen a praxisra hivatkozik, s egyrészt a tej asepsises nyerésében, másrészt az ú. n. „normaltyp“ mesterséges táplálékban látja a kérdés megoldását. Ezekre is van egynehány megjegyzésem. Igaza van, hogy a praxis a mérvadó. De a praxis bebizonyitotta, hogy a legideálisabb asepsises tej használata esetén sem menekszik meg a csecsemő a bélmegbetegedésektől. Hogy miért, azt magyarázza meg épen a laboratorium és a klinika. Azért, mert nem a tej bakteriumtartalma az oka ezeknek a bajoknak, hanem az anyagcserezavar, a mely a kisérlet biztosságával előzhető meg és meg is szüntethető. Hangsúlyozandónak tartom azt az óriási haladást, a mely ezen tények felismerésében rejlik, valamint azt, hogy a tények valódi tudása és a csecsemőkori physiologia elengedhetetlen tudása alapján ma valóban hathatós prophylaxist folytathatunk, befolyásolni tudjuk a csecsemők immunitásviszonyait s kimondhatjuk, hogy az a csecsemő, a ki bélhurutot kap, nem volt helyesen táplálva. És mert ez igy van, érthető az is, hogy habár a tej lehetőleg asepsises nyerését kivánatosnak tartom magam is, de épen nem oszthatom Deutsch kartárs nézetét, a ki még ma is az asepsises tej nyerésében keresi a megoldást.

Sajnos, a dolog nem oly egyszerű, s az ő általa említett „normaltyp“-pel sem oldható meg. Hogy mi ez a „normaltyp“, arra Deutsch dr. azt mondja: az a mesterséges táplálék, a mely makrochemice hasonlit az anyatejhez.

Ez a „normaltyp“ azonban nem létezik, s hogy mit ért alatta Deutsch dr., azt csak abból következtethetem, hogy a Székely-féle

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

tejjel elért eredményeit dicséri. Egyáltalán nem a Székely-féle tej ellen akarok beszélni, a mit mondok épen úgy vonatkozik minden túlzsírozott és caseinszegény tejre, pl. a Gärtner-féle tejre is, mint a Székely-félére. Épen ezekre állana meg helyesen a Deutsch dr. ellenvetése, hogy elméleti alapon készültek. Mert eredeti létjogukat az az elmélet adta meg, hogy a tehéntejben a casein az ártalmas anyag, ezért higítani kell, s a casein által előidézett hiányt zsirral pótolni. Hogy az ilyen, épen laboratoriumi szabatos vizsgálatok által nem támogatott elméleteknek nincs létjoguk, azoknak a gyermekeknek a sorsa igazolja, a kiket állandóan ily készítményekkel táplálnak; ha néhány hétig jól fejlődnek is, előbb-utóbb megbetegszenek. És ez egészen természetes is. Mert ma tudásunk „Eiserne Bestand"-jának kell tekintenünk azt a fontos tételt, hogy a tejnek talán legveszedelmesebb alkotórésze a zsir, nem pedig az ártatlan casein; anyagcserevizsgálatok már régen bizonyitották, hogy a casein felszivódásában sőt retentiojában a szopó és a mesterségesen táplált gyermek közt nincs különbség.

Minthogy a Székely-tej caseinszegény és zsirdús készitmény, csak egyszerűen konstatálhatom, hogy a bebizonyított tényekkel teljesen homlokegyenest ellenkezőleg, csökkentve van benne az ártalmatlan és növelve a directe ártalmas tápanyag, úgy, hogy ha még makrochemice hasonló is volna az anyatejhez, „normaltyp"-nek elfogadni nem volnék hajlandó.

Hangsúlyoznom kell továbbá, hogy a laboratoriumi vizsgálatok mutatták ki a felsorolt tényeken kivül a czukor és só ártalmas voltát bizonyos körülmények között, továbbá azt, hogy sokszor nem is az egyik vagy másik anyag túlnagy mennyiségében, de egymáshoz való arányában keresendő az ártalom, úgy hogy ezek tudatában a „normaltyp" felállítása teljes lehetetlenség, s csakis az individualizáló rendelésben kereshetjük meg a mesterséges táplálás helyes voltát. A gyermek súlya, kora, eddigi táplálkozásának anamnesise és jelenállapotának megitélése mellett kell megállapitanunk a táplálék térfogatát, alkotórészeit, ha jó és tartós eredményeket akarunk elérni. Ezt ma sok esetben sikerrel vihetjük keresztül, s a magam részéről hangsúlyozni kötelességnek tartom.

Deutsch Ernő: Szavait az előtte szóló félremagyarázta. A franczia „goutte de lait" egyesületek, melyek kritika nélkül osztogattak tejet, megérdemlik az itéletet, a melyet az előtte szóló hangoztat; de nem illik ezen elbirálás azon intézetekre, melyek, mint az általa is vezetett, egyesitik a „goutte de lait"-t a „consultation des nourrissons"-nal, s a melyek a természetes csecsemőtáplálás érdekében kifejtett küzdelem mellett megfelelő minőségű és mennyiségű mesterséges csecsemőtápszert is osztanak. Természetesen egy 1300 csecsemő évi forgalommal biró rendelés egy világváros gyermekhalálozását befolyásolni nem tudja. Ha minden városnegyed fog ily intézettel dicsekedhetni, az eredmény érezhetőbb lesz.

A laboratoriumban napvilágot látott elméletek értékét nem kicsinyli, de nagy részüknek felette ingatag volta tagadhatatlan. Az asepsist illetőleg, a mint maga is kiemelte, a gyakorlati lehetőség határán belül viendő keresztül. A zsir ártalmát nem tagadta, csak hangsúlyozta, hogy a zsirdús tápszernek is megvan, mint azt az előtte szóló most megjelent munkájában is hangsúlyozza, a javalata s a lisztártalmat is látta a proletárok körében, midőn gyermeklisztgyárosok reklámfüzeteinek befolyása alatt nagy áldozatok árán vásárolták készítményeiket.

Hogy az elméleti kutatások gyümölcseit értékeli, azt legjobban mutatja, hogy első felszólalásában a próbálgatást elveti, s pontos javalat felállitása alapján kivánja a csecsemőt táplálni.

Schütz Aladár: A csecsemők intoxicatiojával először Czerny foglalkozott. Klinikai észlelések kapcsán az atrophiás csecsemőket diabeteses betegekhez hasonlitotta, valódi acidosisra gondolt, mignem ezen chronikus anyagcserezavarban szenvedő gyermekekben relativ acidosist talált. Megkezdett munkáját Finkelstein klinikailag folytatta. Finkelstein azonban az aetiologia fontosságát tagadja, melynek a jelentőségét pedig Czerny hangsúlyozta a csecsemő anyagcserezavarában. Véleményem szerint Czerny álláspontján kell maradnunk, mert ezen aetiologiai álláspontnak nagyon szép gyakorlati eredményeket köszönhetünk.

Deutsch hozzászólásához is lenne nehány megjegyzésem. Megvallom, hogy felszólalását Berenddel hasonló értelemben fogtam fel: a gyakorlati irányt ismeri csak el a csecsemő-diaetetikában, a tudományos kutatást, „a theoriát" pedig csak szánalmas mosolyra méltatja. A valóság az, hogy mindaz, a mi a csecsemő diaetetikájában becses, a lelkiismeretes laboratoriumi kutatás eredménye. Hiszen, a mit Deutsch kartárs is említ, hogy manapság már nem próbálgatunk a csecsemődiaetetikában, szintén a tudomány vivmánya. Tudományos kutatásoknak köszönhetjük, hogy ma már nem kisérletezünk az egyes csecsemőkkel, hanem szigorú indicatio alapján tápláljuk őket. Az általa oly melegen ajánlott Székely-féle tej összetétele is tudományos kutatások, laboratoriumi munka eredménye. Nézetem szerint a Székely-féle tej összetételét teljesen helytelen elméletre alapitották, a Székely-féle tejjel elért eredmények statistikája pedig korántsem oly fényes, mint a hogy Deutsch kartárs említi, s a mint az általa közölt statistikából is kimutathatnám. De még egyet figyelmen kivül hagy Deutsch kartárs. Hogy t. i. azon betegek egy része, kiken a kezelés nem válik be, nem tér vissza, úgyszintén azoknak egy részét, kik a Székely-tej adagolása mellett elpusztulnak, nem jelentik be az intézetben, vagyis a rossz kimenetelű esetek meglehetős része elvész az észlelésből, s igy a statistika a valódi eredményeknél sokkal jobb. Ez áll nemcsak az „Ingyentej" statistikájára, hanem minden ilynemű intézetére is.

Flesch Ármin: A kisérletek mellett mindig különös fontosságot kell tulajdonitani a klinikai eredményeknek. Nézeteimet főleg a klinikai észlelésre iparkodtam alapitani. Csak azon laboratoriumi vizsgálatokat említettem, melyek megállják helyüket. Az alimentarius intoxicatio kórképe mellett bizonyos esetekben nem lehet tagadni az infectiós eredetet sem.

Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1907 október 23.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Török Béla.**

(Vége.)

Conjunctiválisplastikával gyógyult szarúhártyafekélyedés esete.

Goldzieher Vilmos: Az előadó a conjuntiválisplastikát teszi megbeszélés tárgyává, mint olyan műtétet, mely a szarúhártya roncsoló, egyáltalában haladó hajlammal biró fekélyedéseiben és szétéseséseiben fényesen beválik.

Ezen állapotokhoz tartozik első sorban az úgynevezett ulcus perforativum, a corneának lymphás alapon fejlödött és gyors szétesésnek induló genyes fekélye, mely áttöréssel, nagyfokú irisprolapsussal és staphyloma képződéssel szokott járni.

Az előadó leirja a módszert, melyet ilyen esetekben használ és mely lényegében abban áll, hogy egy közel levő conjunctiválisis lebenyt szélesen lefejt, ezt a corneális anyaghiányra feltolja és conjunctiválisis varratokkal megfelelő módon rögzíti.

Különösen alkalmas a conjunctiválisis plastica ezen módszere az ektasiás és staphylomás folyamatok meggátlására.

A felhozottakat illustrálja a bemutatott eset. A 18 éves nőbeteg nagyon elhanyagolt állapotban vétetett fel az előadó osztályára. Habitus scrophuloticus. Eczema faciei, rhinitis. A jobb szem szarúhártyája szürkésen infiltrált, a szövete fellazult, a nasalis részlete genyesen szétesett, nagy prolapsus iridis.

A prolapsus iridis eltávolitása és a nagy anyaghiánynak conjunctiválisis lebenynyel való befedése után sikerült nemcsak a staphyloma képződését megakadályozni, hanem a cornea további szétesését is megakasztani.

Jelenleg a cornea nagyon szépen feltisztult és a látás visszatért, miután iridektomiával új pupillát készitettek.

Klingelfuss-féle óriásmágnessel operált eset.

Goldzieher Vilmos: Az előadó leirja a szemészeti osztályokon használatban lévő óriásmágneseket és összehasonlitja az új Klingelfuss-félével, melynek előnye a többiekkel szemben, legalább physikális szempontból, igen nagy. A Klingelfuss-féle mágnes nem vastömb, hanem solenoid, mely nemcsak nagyobb mágneses erőt fejt ki, hanem constructioja folytán a műtőorvosra nézve sokkal kényelmesebb.

Végül bemutat egy beteget, a kinek szembelsejéből egy 0·5 cm. hosszú és 0·05 gm. súlyú vasszilánkot minden nehézség nélkül távolitott el.

Az entropium spasticum senile operativ gyógyitása.

Goldzieher Vilmos: Minthogy az entropium spasticum ellen használatban lévő műtéti beavatkozások eddig kielégitő és tartós eredményt nem adtak, az előadó egy kis műtétet eszelt ki, melyet már számos esetben kipróbált, kivétel nélkül jó eredménynyel kozmetikai szempontból is. A divatban levő módszerek a következők: 1. A Gaillard-Arlt-féle varrat, a melynek hatása úgyszólván csak néhány napig tart. 2. Horizontális, többé kevésbé széles börredő kimetszése az alsó szemhéjból; szintén igen hatástalan. 3. A Graefe-féle mütét, mely abból áll, hogy az alsó szemhéj böréből (körülbelül a középső harmadában) háromszöget vágunk ki és azután a háromszögletes bőr hiányát varratokkal egyesitjük. Ez az operatio jobb, eredménye tartósabb, de mégsem eléggé biztos és a mellett kozmetikai tekintetben is kifogás alá esik.

Az előadó módszere abban áll, hogy nem az alsó szemhéjból, hanem a külső szemhéjzug közelében csúcsával lefelé irányitott bőrlebenyt távolit el. A horizontális vagy kissé lefelé irányitott metszés körülbelül 1 cm.-nyi távolságban kezdődik a külső szemhéjzugtól, hossza különböző, mindenesetre több centimeter és attól függ, hogy milyen laza a beteg arczbőre. A háromszög kimetszése után az oldalsó sebszéleket varratokkal egyesiti, miáltal horizontális irányban müködő húzás fejlődik, mely elég erős, hogy az alsó szemhéj börét feszitse és az által a szemhéjszél bekunkorodását megakadályozza. Finom vertikális heg marad vissza, mely a szemhéjon kivül esik, tehát kozmetikai tekintetben kifogástalan.

Az e módszerrel eddig operált esetek már hosszú idő óta recidivamentesek. Egy bemutatott eset illustrálja az elmondottakat.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

PÁLYÁZATOK.

11,662/907. alisp. sz.

Alsófehér vármegyében az újonnan alakitott **tövisi járás orvosi állása** betöltendő lévén, arra pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazon orvostudorokat, a kik ezen 2000, azaz kettőezer korona kezdő évi fizetéssel, 600 korona, azaz hatszáz korona évi úti átalánynyal és 350 korona, azaz háromszázötven korona évi lakpénzzel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 1. pontjában körülirt és a tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket Alsófehér vármegye főispánja báró Kemény Árpád ő méltóságához czímezve **1908. évi január hó 10.-éig**, a mennyiben már valamely törvényhatóság szolgálatában állanának, az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél, a mennyiben pedig közszolgálatban nem állanának, azon törvényhatóság első tisztviselőjénél nyujtsák be, a mely törvényhatóság területén állandóan laknak.

A később beadott vagy kellően fel nem szerelt kérvények figyelembe vételtel nem fognak.

Nagyenyed, 1907. évi deczember hó 19.-én.

2—1 *B. Bánffy*, alispán-helyettes.

524/907. sz.

Talpas községben az **orvosi állás** megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlési és 40 fillér hússzemledijjal egybekötött állásra pályázatot nyitok, s felhivom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést és eddigi gyakorlatokat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1908. évi január hó 31.-éig** adják be.

Kisjenő, 1907. évi deczember hó 18.-án.

3—1 *Csukay Gyula*, főszolgabiró.

23,290/907. sz.

Arad vármegye közkórházánál megüresedett **két alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1400 korona, illetve 1600 korona évi fizetés, a kórház belterületén egy szobából álló butorozott szabad lakás, fűtéssel és világitással.

Az 1400 koronával javadalmazott állásra az egy évi kórházi gyakorlatra kötelezett orvosok is pályázhatnak.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állások két évi időtartamra lesznek betöltve.

Felhivom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában előirt képesitéssel birnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket **1908. évi január hó 25.-éig** hozzám terjesszék be.

Arad, 1907. évi deczember hó 21.-én.

Dálnoki Nagy Lajos, alispán.

Gyári orvos, fiatal, nőtlen, kerestetik nagy gyártelep részére, gyárban lakással. A környéken, hol orvos nincs, magánpraxist üzhet. Irásbeli ajánlatok „H. P." alatt a kiadóhivatalba kéretnek.

2652/907. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegyébe kebelezett Nagykörü községben **községi orvosi állás** szerveztetvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással évi 1600 korona fizetés, 200 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapitott orvosi, halottkémlési és hússzemle-díjak vannak összekötve.

A látogatási díjak nappal 1 korona, éjjel 2 korona.

Megválasztott tartozik az összes törvény és rendelet által reá rótt kötelességeket teljesiteni.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz legkésőbb **1908. évi január hó 1.-éig** nyujtsák be.

Jászapáti, 1907. évi deczember hó 10.-én.

2—2 *Cseh József*, főszolgabiró.

4592/907. kig. sz.

Hunyad vármegye dévai járásához tartozó **piskitelepi körorvosi állás** megüresedvén, ezen állás betöltése végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen körorvosi körhöz 29 község tartozik.

Az állással egybekötött javadalmak a következők:

1. 900 korona a m. kir. adóhivatal által fizetendő évi fizetés.
2. 460 korona úti átalány.
3. A szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak.

A megválasztott orvos tartozik Piski-telepen lakni, körének községeit évnegyedenkint beutazni. Piski-telepen a halottkémlést is végezni tartozik, a miből egyéb orvosrendőri vizsgálatokkal együtt mintegy 400 korona mellékjövedelme lesz. Az eddigi körorvosok vasúti orvosi állást is látván el, erre a megválasztandó körorvosnak is valószinü kilátása lehet.

Felhivatnak a pályázni kivánók, hogy törvényszerü minősitésüket és nyelvismereteiket feltüntető bizonyitványaikkal felszerelt folyamodványaikat **1908. év január hó 20.-áig** bezárólag hivatalomhoz terjesz szék be.

A megválasztott körorvos állását 1908. évi február hó 1.-én elfoglalni tartozik. A választást 1908. évi január hó 25.-én d. e. fél 12 órakor fogom Piski-telep községházánál megtartani.

Déva, 1907. évi deczember hó 15.-én.

2—2 *Boér Gábor*, főszolgabiró.

A **Bór- és Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Richter Gedeon vegyészeti gyára

Budapesten, X., Cserkesz-utcza.

HYDROPYRIN.

Új, vizben oldható acetylsalicylsav-készitmény.

Hatása azonos az aspyrinnal. Specifikus szer influenzánál, izületi loboknál. Lázellenes, lobellenes, fájdalomcsillapító. Előnye az aspyrin felett, hogy folyadékban könnyen oldódik. **A gyomor nyálkahártyáját nem izgatja.** Főzetekhez, forrázatokhoz adható.

Hydropyrin por és tabletta alakban kerül forgalomba.

Tabletták 1 és 1/2 grammos nagyságban eredeti phiolákban.

Egy phiola 10 darab 1 grammos vagy 20 darab 1/2 grammos tabletta ára: **1 korona 20 fillér.**

ALEXIPON

Acetylsalicylsavas aethylester.

Használatos mindazon esetekben, hol a salicylsavas készitményeket a bőrön át óhajtjuk érvényesiteni. Előnyei a mesothan és hasonló készitmények felett, hogy a bőrt nem izgatja, lobosodást nem okoz s tiszta, folyékony anyag. **Csüzos, rheumás és köszvényes esetekben a salicyl pótszere.**

50 grammos eredeti üveg ára 3 korona.

Lecithin Richter **Bromlecithin Richter**

Oleum Jecoris Aseli cum Lecithino Richter

Tonogen Richter **Tonocain Richter.**

Kisérleti anyagot kivánatra díjtalanul küld a gyár.

A SEBÉSZETI KLINIKA KÖNYVTÁRA

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. Gyógyszerészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon: 143-60

Sanatorium Grimmenstein

2838 **Gyógyintézet tüdőbetegek részére.**

Edlitz-Grimmenstein az Aspangbahn állomása, Alsó-Ausztria, 2½ órányira Wien-től, posta, távirda. Telefon. Rendelés 4—5-ig.

Adm. vezető: **Th. Bachrich.** Vezetőorvos: **Dr. O. Frankfurter.**

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VII., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható. 4036
Kívánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Minden gyógyszertárban kapható.

TÖRV. VÉDVE. ÁRA 1 k. 80 f. KÉSZITI —
MALTOCOL LEGOLCSÓBB LEGTÖKÉLETESEBB
GUAJACOL-PRAEPARATUM.
TARTALMAZ: FANÉJSAVAS (METOL) MALÁTASZÓRPBEN 7% KAL. SULFO-GUAJAC. 2% CALC. ts NATR. GLYCEROPHOSFOR. 1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.
MARBERGER GYULA VÖRÖSKERESZTI GYÓGYTÁR UJPEST, VÁCI-UT 23.
Irodalom és minta ingyen.

Schmidthauer-féle radioactiv **Igmándi** keserüvíz

kitünő eredménynyel pótolja a karlsbadi és marienbadi ivókurát otthon bármely évszakban
Rendszeres adag, reggel fél pohárral. 1962

Málnási Mária-forrás
Természetes alkalikus — sós savanyuvíz. —
A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.
Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.
Budapesti képviselő: 3698
Nádas Márton.
4486 **Kútkezelőség: Brassó.**

Reiniger, Gebbert & Schall

villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19.

Villanyos orvosi műszerek és készülékek, galvanisatio, faradisatio, elektrolyse, kataphorese, kaustika, endoskopia, franklinisatio. — Teljes Röntgen-berendezések, kapcsolható központi fényvezetékekhez, akkumulator-áramhoz vagy meglevő erőberendezésekhez.
Árjegyzék ingyen. 4017

LEGTÖKÉLETESEBB ERÖS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BÖRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT

Szabadalmazva. Gyorsan ható puha salicylszappanok.
Dr. Reiss

Rheumasan — tubus K. 2.50; tégely K. 1.50. — Rheuma, csúz, ischias, migrain, influenza, tylosis.
Ester-Dermasan — tubus K. 3.—; tégely K. 1.80. — Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis-, pityriasis ellen.
Kátrány-Dermasan — Chrysarobin-Dermasan, Chrysarobin-kátrány-Dermasan, kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.— — Idült eczemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.
Ester-Dermasan Vaginal-Kapsulák — 10 darab K. 2.50. — Para-, perimetritis, oophoritis.
Irodalom és minták ingyen.

Chemische Werke FRITZ FRIEDLAENDER G. m. b. H., Berlin N. 24.
Képviselő Ausztria részére: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2. — Magyarország részére: dr. Rosenberg Sándor, Budapest.
4330

Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felöl kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán.** 3376

Liquor Alsoli
2899

nem mérgező, hatásos antisepticum és adstringens, az eczetsavas aluminiumot, chlorsavas kálit, lysolt és sublimatot teljesen pótolja. **Fritsch** titkos tanácsos, Bonnban, **specificumnak** mondja a **nőgyógyászati gyakorlat részére.** Ép úgy a sebészetben is bevált. (Schede titkos tanácsos, Bonn).
Legolcsóbb rendelési mód:
Eredeti fokozattal ellátott üvegek pontos mérés számára, 80 gm. tartalommal 1 kor. Kenőcs alakjában, mint **‚Alsol-créme'** zinntub., 70 f., és 1·30 k.
Irodalmat és ingyenmintákat küld a gyár:
Athenstaedt & Redeker
Hemelingen, Bremen mellett.
Kapható a legtöbb gyógytárban.
Főraktár Magyarország részére: Dr. Rosenberg A., gyógyszertára a „Csillag"-hoz Budapesten.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNÖ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZITMÉNY

Mint kitünő béladstringens a diarrhoea minden alakja ellen felnötteknél és gyermekeknél egyaránt kitünő sikerrel alkalmaztatik a szabad és védjegyezett

Honthin

keratinált, a gyomornedvben majdnem oldhatatlan albumintannat.

NB. Dr. Hainiss tanár gyermekorvos, a Szt. Rókus-kórházban Budapesten, több mint 1500 diarrhoeában szenvedő gyermeket kezelt és a Gyógyászat 1906. 51. és 52. számában megjelent közleménye szerint a ***Honthin-nal a legjobb sikereket érte el s azért e szert az összes csersavkészítmények között előnyben részesítette. A Honthin hatását megmagyarázza annak vegyi magatartása az emésztő nedvvel szemben.***

A Honthin-ból a gyomornedvben Dr. Sztankay szerint csak 14%, a Tannalbin-ból 58% oldódik.

Adagolás: Felnőtteknél pro dosi 1—2 g. 5 - 6-szor naponta, legczélszerűbb egy 25 g.-os eredeti dobozból késhegynyi adagokban; gyermekeknél pro dosi 0·5—1·0 g. 3—4-szer naponta; csecsemőknél pro dosi 0·3—0·5 g. Decoct. Salep-ben. Gyermekek részére 0·3 g.-os Honthin-tabletták is kakaoval igen ajánlatosak; egy 50 db-ot tartalmazó doboz ára 1 korona 20 fillér.
4019

Honthin és Honthin-tabletták minden gyógyszertárban kaphatók.

Gyár: G. HELL & COMP., Troppau és Wien.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER
3040

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

Brought to you by Petőfi Literary Museum | Unauthenticated | Downloaded 07/14/20 08:35 AM UTC