Negyvenkilenczedik évfolyam. 27. szám. *Budapest, 1905. julius 2.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Onodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. ny. rk. tanár.) Új módszer a vörösvérsejtek térfogatának meghatározására. 478. lap.

Detre László és **Sellei József**: Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratoriumából. A lecithin hatása a leukocytákra. Adatok a sejtmag eddig ismeretlen működése (phagokaryosis) ismeretéhez. 479. lap.

Vladár Márton László: Közlemény a szt. Erzsébet-apáczarend budapesti női kórházából. Raynaud-féle betegség egy esete. 481. lap.

Tárcza. Polyák Lajos: Uti levelek. 482. lap. — **Weinberger Miksa**: Megjegyzések Tihanyi Mór dr. czikkére a népfürdők létesítése tárgyában. 484. lap.

Irodalom-szemle. *Könyismertetés. Maximilian v. Zeissl*: Diagnose und Behandlung der venerischen Erkrankungen und ihrer Complicationen beim Manne und Weibe (Guszman.) — *H. Schlesinger*: Chirurgische Eingriffe bei inneren Erkrankungen. (Gergő.) 484. lap. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Ehstein*: A sóanyodás kezelése. (K. G.) — *Lüthje* és *Berger*: Mily alakban használtatik ki a tápanyagokból visszatartott nitrogen a szervezetben? (K. G.) — *H. Goldman*: Vasnak a szervezetbe juttatása bedörzsölés útján. — *Knauth*: Pneumonia crouposa. — *Idegbajok. Kowindjy*: Az irógörcsök és más foglalkozási görcsök gyógyítása. (Kollarits Jenő.) — *Pelz*: Codeinismus. (Kollarits Jenő.) — *Frenkel*: A tabes kezelése Frenkel-féle gyakorlatokkal. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. König*: A rákról. (Steiner Pál.) — *Schmidt*: A rákos és egyéb rosszindulatú daganatokban protozoonszerű parasiták. (Steiner Pál.) — *Schmidt*: A rák specifikus therapiája. (Steiner Pál.) — *Matti*: A rákos gyomor resectioja. (Steiner Pál.) — *Sidney Phillips*: Gombostű bejutása a féregnyúlványba. (Pólya.) — *Harold Wilson*: Appendicitis tüneteit okozó ovariumhaematoma. (Pólya.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bleibtreu*: Neuronal. — *Rocaz*: Collargol. — *Löle*: Creosotal. 485—489. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem. — Mangold Henrik. — Breyer Adolf. — Választás. — Borsodmegyei orvos-gyógyszerész egylet. — Belügyministeri körrendelet. — Elhunyt. — Kisebb külföldi hirek. — Nagy alapítvány. — Berlini Virchow-kórház. — Kérdőivek dajkaügyben. — Az V. nemzetközi gynaekologiai congressus. — Az orvosi hőmérő. — Radiobok. — A radium alkal-mazásának új módja. — Az ausztriai főiskolák nagy beruházása. — A cölni kórházak átalakítása. — Az orvosi tanulmányi rend reformja Franczia-országban. — Az Archiv für Augenheilkunde új szerkesztője. — A radium ára. — Hazai fürdők személyforgalma. — Nyitra vármegye érsekújvári közkórházában. — A főváros egészsége. 488—489. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

Mellékletek Elme- és idegkórtan. 2. szám. Szerkesztik: *Babarczi Schwartzer Ottó* udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és *Moravcsik Emil* egyet. tanár. — Carlo Gaetano Nicastro „Az euchininről“ cz. czikkének különlenyomata.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. ny. rk. tanár.)

Új módszer a vörösvérsejtek térfogatának meghatározására.

Előleges közlemény.

Irta: *Bence Gyula* dr. egyetemi tanársegéd.

A vérsejtek térfogatának meghatározására szolgáló eddigi módszerek közül leginkább a *Bleibtreu* testvérek által leirt és újabban a vér elektromos vezetőképességének meghatározásán alapuló, körülbelül egyidejüleg *Tangl* és *Bugarszky*, *Roth* és *Stewart* által ismertetett módszer volt elterjedve. E módszerek teljesen kifogástalan és megbizható eredményeket adnak, de kivitelükhöz 10—30 cm^3 vérre van szükség, úgy hogy általános klinikai alkalmazásra ennélfogva igényt nem tarthattak. Könnyen érthető tehát a törekvés oly eljárás felfedezésére, mely lehetségessé teszi a vér sejtes elemeinek térfogatmeghatározását az ujjhegyből vett kismennyiségü véren. Erre törekedtek *Koeppe* és *Eykmann*. *Koeppe* haematokritje azonban túlmagas értékeket szolgáltatott, mert a hosszas centrifugálás daczára is marad még a sejteken serum tapadva; *Eykmann* módszere pedig túlságos sok elővigyázatot és körültekintést követel, úgy hogy az általános gyakorlatban való használatra nem alkalmas.

A rendes klinikai vérvizsgálatoknál a vérsejtek számának és haemoglobin-tartalmának meghatározására szorítkozunk; csak kivételes esetekben, a mikor annak különös jelentőséget tulajdonítanak, szokás az egyes vörösvérsejtek átmérőjének megmérése. Ilyenkor elég gyakran találkozunk oly következtetésekkel, hogy nagyobb illetve kisebb az átmérő, tehát ennek megfelelően nagyobb illetve kisebb maga a vörösvérsejt is. Ez hibás következtetés, mert lehet a vörösvérsejt átmérője kisebb, mivel a vörösvérsejt eredetileg kisebb volt, de lehetséges az is, hogy az eredetileg rendes nagyságú sejtnek átmérője bizonyos befolyás alatt megkisebbedett, holott a sejt térfogata tulajdonkép megnagyobbodott. Ilyen befolyással bir a vörösvérsejtre a szénsavfelhalmozódás, mert, mint *Hamburger* kimutatta, a véren szénsavat áramoltatva át, a vörösvérsejtek térfogata megnagyobbodik. Ezzel egyidejüleg azonban alakjuk a gömbéhez közeledik, a mivel együtt jár átmérőjük megkisebbedése. Egyrészt a szénsavfelhalmozódás elég gyakori élőben, másrészt épen a szénsavfelhalmozódás eseteiben vagy az arra irányuló gyanunál jelentőséggel birhat annak eldöntése, vajjon valóságos mikro- vagy makrocytosissal van-e dolgunk. De ennek felismerésére, mint az elmondottakból kiviláglik, az átmérő meghatározása épen nem alkalmas, úgy hogy e kérdést csak akkor fogjuk helyesen megitélni, ha a vörösvérsejtek számát párhuzamosan vizsgáljuk azok térfogatával. E czél lebegett szemem előtt, midőn egy újabb módszer kidolgozásához fogtam, melynek segítségével elérhető az, hogy a vér sejtes elemeinek térfogatát az ujjhegyből vett néhány csepp vérrel meghatározhassuk.

Módszerem a Bleibtreu-féle eljárás elvén alapszik, mely szerint a vért physiologiai konyhasó-oldattal különböző fokban higítjuk, hogy azután a különböző higításokban a serum valamely sajátságának a higítástól függő változását megfigyeljük; így Bleibtreu a nitrogentartalmat illetve a fajsúlyt határozta meg. *Tekintettel arra, hogy az Abbé-féle refraktometerrel módunkban van valamely folyadék törésmutatóját annak egy cseppjében meghatározni, a serum megfigyelendő sajátságául törésmutatóját választottam*, s ez képezi módszerem lényegét.

Vizsgálataimat következőkép végeztem: Defibrinált disznóvért különböző mértékben higítottam 0·9%-os konyhasó-oldattal. Ezután az ekként higított vért paraffin-olajjal befedve (erre különös gond fordítandó, mert a vér tetején meggyülő serum centrifugálás közben erősen párolog és így hamis törésmutatót nyerünk, a mint több kisérletben volt alkalmam erről meggyőződni) centrifugáltam, míg kellő mennyiségü serum vált ki, melyből üveghajszálcsővel egy cseppet kiemeltem és a refracto-

meter prismájára helyeztem, hogy a törésmutatót megáll tsam. A serum térfogatának kiszámításához a változatlan, h atlan serum törésmutatóját is ismernünk kell. Egyéb viz latok folyamán, melyek czélja volt megállapítani, hogy különböz olya-dékok keveréke miként befolyásolja a törésmutatójuk na ágát, sikerült főnököm, Korányi Sándor tanár segítségével egy letet megállapítani, melylyel lehetővé vált annak kiszámítás: hogy egy ismert törésmutatójú serum törésmutatója miként tozik egy bizonyos mennyiségű 0·9% os, ismert törésmutatójú k hasó oldat hozzátétele után.

E képlet felhasználásával kiszámíthattam a serum tö atát. A képlet következő:

$$1.\quad S\,(R - 1{,}3328) + K\,(1{,}3342 - 1{,}3328) = S + K\,(Rx - 1{,}3328)$$

E képletben „S" alatt a serum ismeretlen térfogatát ban; „R" alatt a változatlan higítatlan serum törésmutatóját; 3328 alatt a destilált víz törésmutatóját 18 C.°-nál; „K" t a 100 cm³ vérhez vegyített higítófolyadék (0·9% konyhas ldat) mennyiségét; 1·3342 alatt a 0·9%-os konyhasó-oldat rés- mutatóját 18 C.°-nál; és végül „Rx" alatt a megfelelően ített vér serumának törésmutatóját értjük. A mint látjuk, csak ", a változatlan serum mennyisége ismeretlen, ez azonban a fen kép- letből következőkép számítható ki:

$$2.\quad S = \frac{K\,(Rx - 1{,}3342)}{R - Rx}$$

A 2. képlet megfejtéséhez, *azaz a vérserum illetve* rsejt *térfogatának megismeréséhez csak a higításhoz használt* o-os *konyhasó-oldat mennyiségét, az eredeti és a higított serum* rés- *mutatóját kell ismernünk.* Módszerem helyességét egyrészt ltal ellenőriztem, hogy egy és ugyanazon vérből többféle l tást készítettem, és vizsgáltam, vajjon egyöntetű eredményt zol- gáltatnak-e a különböző higítások, másrészt meghatá tam összehasonlítás czéljából a vér sejtes elemeinek térfoga az elektromos vezetőképesség útján a Fraenckel P. által meg itott görbe alapján. A kisérleti eredmények ellenőrzése tehát ké eres volt: 1. a különböző fokú higítások egyöntetű eredménye l a módszer mintegy önönmagát ellenőrizte, 2. egy általánosan e nert és bevált módszer adataival való összehasonlítás útján. sér- leteimet a következő táblázatban foglalom össze: (lásd a t át).

A kisérlet száma	K	R	Rx	S%-ban módszerem alapján	Módszerem középértékei	S%-ban a vezetőképesség útján meghatározva
I.	25	1·3501	1·3445	46	46·5	48
	50	1·3501	1·3419	47		
II.	25	1·3504	1·3454	56	56·2	63·5
	50	1·3504	1·3428	56·5		
III.	25	1·3504	1·3460	67	67·2	72·5
	50	1·3504	1·3435	67·3		
IV.	25	1·3509	1·3458	56·8	56·2	56·7
	50	1·3509	1·3430	55·6		
	100	1·3509	1·3402	56·1		
V.	25	1·3509	1·3464	67·7	66·7	67
	50	1·3509	1·3437	66·0		
	100	1·3509	1·3409	66·3		
VI.	25	1·3514	1·3462	57·6	56·3	56·7
	50	1·3514	1·3433	56·2		
	100	1·3514	1·3403	55		
VII.	25	1·3499	1·3449	53·5	52·6	53
	33·33	1·3499	1·3438	52·4		
	50	1·3499	1·3422	52·0		
VIII.	16·67	1·3502	1·3471	69·3	69·5	69·7
	25	1·3502	1·3460	70		
	33·33	1·3502	1·3450	69·2		
	50	1·3502	1·3435	69·3		
IX.	16·67	1·3505	1·3468	56·7	57	56
	20	1·3505	1·3463	57·6		
	25	1·3505	1·3455	56·5		
	33·33	1·3505	1·3445	57·2		
	50	1·3505	1·3429	57·4		
X.	25	1·3490	1·3452	72	72	72
XI.	16·67	1·3505	1·3468	56·4	56·5	56·6
	20	1·3505	1·3462	55·8		
	25	1·3505	1·3455	56·5		
	33·33	1·3505	1·3445	57·2		
	50	1·3505	1·3429	57·4		

A felsorolt eredmények kétségtelenül bizonyítják, ogy módszerem elve helyes. Módszerem adatainak középértéke s a vezetőképesség mérése alapján nyert adatok közt a legn obb különbség 1·5% (eltekintve a II. és III. számú kisé től, melyekre később visszatérek). A különböző higítások ered yei csak kivételesen haladják meg a 2%-ot, valószinüleg m ily nagy eltérések sem volnának észlelhetők, ha súlyt hel tem volna arra, hogy a higításokat pontosan összeegyeztetett pip ák- kal végezzem. Mindamellett az észlelhető ingadozások azon tá- rokon belül maradnak, a melyeket a vér sejtes elemeinel ér- fogatmérésére szolgáló más eljárásoknál is megtalálunk. A igí tások pontos végzése és a refraktometer többszörös gond le- olvasása által e hibák is kiküszöbölhetők. Ajánlatos, hogy a igí- tások ne legyenek túlságosak, mert a refraktometer leolvasás egy és ugyanazon egyénnél is 0·0001—0·0002 hibával jár, nár pedig túlságos higításoknál ez jelentékenyebb hibát okozl A klinikai vizsgálatoknál 1 : 4 illetve 1 : 5-höz higításokat szándé om használni.

Még a legkedvezőtlenebb eredmény tekintetbe vétele is módszerem hibája csak 1·5%-ot tesz. A vérsejtek térfogatát kl kai vizsgálatoknál vérsejtszámolással és haemoglobin-meghatáro sal párhuzamosan fogjuk végezni. De ez utóbbiak vizsgálatára sz ló módszerekről ismeretes, hogy a legnagyobb gondosság mel is 3—5% hibával járnak, tehát ezek mellett módszerem relativ en jól használhatónak tartható.

Jelen közleményemnek csak az volt a czélja, hogy ód- szerem elvét megismertessem; klinikai alkalmazásáról más sa lommal kivánok bővebben szólani. A klinikai alkalmazás ki- lét körülbelül úgy szándékozom megkisérteni, hogy beosztott ha ál- csőbe megfelelő arányban szívom fel a vért és a kony só- oldatot, ezután jól összekeverve addig hagyom állani, míg egy csepp serum szorul ki, mely elegendő a törésmutató meghatározására.

Végül a II. és III. kisérletben mutatkozó nagy eltérésre térek nehány szóval vissza.

Midőn Fraenckel P. a Bleibtreu-féle és a vezetőképesség mérésével járó módszert összehasonlította, nehány esetben megmagyarázhatlan okokból hasonló eltérést látott. Ugy Fraenckel kisérleteiben a Bleibtreu-féle módszer különböző higításai, valamint az én módszerem különböző higításai azonban megegyeznek egymással, úgy hogy ez utóbbi eredmények helyességének megitélésére van módunk, holott a vezetőképességet illetőleg semmiféle ellenőrzésünk nincsen. Lehetséges, hogy e kivételes esetekben a vezetőképesség szolgáltatott ismeretlen oknál fogva hibás eredményeket.

A II. és III. kisérlethez használt vér az I.-ből készült egy idegen serum hozzáadása útján, lehetséges, hogy ezen körülmény hatott zavarólag.

Közlemény a Jenner-Pasteur-intézet laboratoriumából.

A lecithin hatása a leukocytákra. Adatok a sejtmag eddig ismeretlen activ működésének (phagokaryosis) ismeretéhez.

Irták: *Detre László* dr. egyet. m. tanár és *Sellei József* dr.

Miként már előbbi munkáinkban jeleztük volt, kisérleteket szántunk annak eldöntésére, vajjon azon méregmegkötő képesség, a melyet a lecithin in vitro különböző mérgekre (sublimát, tetanolysin) gyakorol, érvényre jut-e az állat testében is. E kisérleteinket más helyen fogjuk bővebben ismertetni. Itt csak annyit jegyzünk meg, hogy sublimáttal szemben *sikerült lecithin vizes és főképen serumos emulsiójának bőr alá fecskendésével a kisér-*

leti állatoknak nagy százalékát megvédeni. Mikor azután a lecithinnel kezelt állatoknak bonczolásához fogtunk, olyan különös górcsövi leletek kerültek szemünk elé, a melyeknek semmiféle analogonjait az irodalomban eddig fellelni nem sikerült, és épen ezen képek értelmezésével kívánunk most foglalkozni.

Sublimátkisérleteinket olykép végeztük, hogy az állat (tengerimalacz) egyik oldalának bőre alá vittük be a sublimát előre megállapított halálos adagját, a másik oldal bőre alá pedig 1 cm^3 10%-os lecithin-serum-emulsiót fecskendeztünk be. Ezen emulsio górcső alatt részben igen kis kerek (staphylococcus nagyságú), halvány zsírfényű cseppecskéket mutat, részben pedig nagyobb myelin-alakokat, a melyek néha szemünk láttára duzzadnak meg. A lecithinnel kezelt állatok az esetek túlnyomó többségében napokkal, sőt hetekkel élik túl a kontroll-állatokat. Bonczoláskor a lecithin injectioja helyén sárgás fehér, elkenhető, vajszerű massát találtunk, a mely megduzzadt, concentrikusan rétegzett lecithinalakokon kivül főkép leukocytákból állónak bizonyult. E leukocyták festetlenül nézve zsufolásig telve voltak lecithin gömbökkel; methylenkékkel festve kitünt, hogy *a sejtek 1. rendkivül megnagyobbodottak, rendszerint kétszer akkorák, mint rendesen 2. hogy a megnagyobbodást methylenkékre nem festő szemcséknek óriási mennyisége hozza létre. a minek folytán a protoplasma habos structurát vesz fel, 3. hogy a sejteknek intensiven festődő magvai szitaszerüen átlyiggatottak, kerek, festetlen képletek által, a melyek a magnak megfelelő vájulataiban ülnek.* Ez a lelet, a melyet a leukocytáknak legnagyobb száma mutat, rendkivül feltünő volt, a mennyiben úgy látszott, hogy esetünkben a lecithin resorptioja nemcsak azon a módon történik, a milyen úton a szövetnedvekben oldhatlan egyéb corpuscularis képletek resorbeáltatnak, hanem egyéb módon megy végbe. *Mecsnikoff* óta tudjuk, hogy oldhatlan szemcsék, pl. carmin, tus, egyes bakteriumok, sejttörmelék stb., leukocyták által felvétetnek, s ezek phagocyta müködésükkel ezen szemcséket bekebelezve, gondoskodnak elszállításukról. *E phagocytosisban azonban mindig csakis a protoplasma szerepel, annak activ müködése, amoeboid mozgása eredményezi a szemcsék bekebelezését, a melyek megemésztődésükig vagy deponáltatásukig a protoplasmában maradnak, a mikor is a mag a phagocytaris müködésben nem vesz részt. Esetünkben* a szemcséket — látszólag — *nem csak a protoplasma, hanem részben a sejtmag is magába veszi.*

E feltünő leletnek megértése czéljából direct kisérleteket végeztünk egyrészt annak megvizsgálására, vajjon a lecithin mily módon szivódik fel, másrészt milyen módon folyik le más emulsióknak, továbbá egyéb nehezen emészthető corpuscularis anyagoknak resorptioja. Kisérleti állatul a tengerimalaczot választottuk, a melynek hasüri resorptioja ma már számtalan vizsgálat eredményekép teljesen ismert.

Az egyik kisérletben 1904. november 18.-án lecithinnek, 4 napos lóserumban való 10%-os emulsiójából 2 cm^3-t fecskendezünk be 400 gramm súlyú malacz hasürébe. A malacz az injectiót igen jól türte, csak hőmérséklete emelkedett fel 5 óra alatt 38·3°-ról 39·3°-ra, hogy másnap normálisra süllyedjen le.

A peritoneumból 5 óra, 24 óra, 48 óra és 4 nap mulva vettünk capillaris pipettából cseppet és vizsgáltuk.

5 óra mulva: a hasürben igen erős leukocytosis, poly- és mononuclearisok körülbelül egyforma számban. A lecithinemulsio túlnyomólag szabadon fekszik, azonban egyes sejtek peripherikus részükön tartalmazzák a phagocytált lecithinszemcséket, sőt itt-ott már egy-egy magban festetlenül viaszkos fényü, methylenkéket, fuchsint fel nem vevő kerek lecithinszemcse látható.

24 óra mulva: a szabad lecithintömegek myelin-alakúakra duzzadtak. Igen kifejezett és előhaladott phagocytosis. A phagocyták lecithinszemcsékkel telvék és sok sejt már repedésig telt. A mononuclearisok veszik fel főképen a lecithint, a mint hogy ezekről, Mecsnikoff „makrophagjairól" ma már általánosan ismeretes, hogy ellentétben a bakteriumemésztő polynuclearisokkal, a „mikrophagok"-kal, főkép a nagyobb sejtes és nem organizált, de assimilálható tömegek resorptiójában szerepelnek.

Két nap mulva: a polynuclearisok száma csekély, a mononuclearisok phagocytosisa, valamint a *lecithinszemcséknek a mag által való felvétele* — a mely folyamat megjelölésére a *phagokaryosis* nevet ajánljuk — *rendkivül kifejezett*, de már egyes üres sejteket is lehet látni, mint a peritoneum ad integrum restitutiojának kezdetét.

4 nap mulva: még mindig találhatók egyes, nagy duzzadt lecithinszemcsékkel telt, egymagvú phagocyták, de a legtöbb sejt már üres. Phagokaryosis nincs.

Már e kisérletből láttuk, hogy a jelzett képek tényleg a lecithin resorptiojával vannak kapcsolatban. Annak eldöntésére, vajjon a magnak leirt „habos szerkezete" (Wabenstructur) nem a felvett *lecithin valamelyes mérgező hatása* által kiváltott degenerativ folyamat eredménye-e, a *vitalis festésnek egyikünk (D.) által már évek óta alkalmazott módszerét használtuk.*

E vitalis festéssel eldönteni akartuk, vajjon a magnak likacsossá válása nem olyképen jön-e létre, a *hogy* pl. *phagocytált, de még élő bakteriumok körül*, nyilván az általuk kiválasztott méreg toxikus hatása következtében *keletkeznek azok a kimaródások, gödrök, sőt vacuolás ürök*, a melyeket tengerimalaczoknak typhus- vagy collibacillusok épen halálos adagaival történt fertőzése után az elhúzódó fertőzési folyamat végszakában, a fibrines álhártyák közé rejtett leukocytákban lehet gyakorta találni. E kérdésre nézve már az egyszerü polychrom vagy Löffler-féle methylenkékkel festés is felvilágositást nyujt, a mennyiben az ép sejtmagvat tisztán kékre festi, a degenerált magvat ellenben *ibolya* színüre. A mi készítményeinken a lecithint felvett sejtek magvai mindenütt kékre festődtek az ibolyaszínnek minden árnyalata nélkül és már ez okból is cleve valószinütlennek vallottuk azt a feltevést, mely szerint a mag vacuolisatioja degenerativ folyamat volna. E kérdést azonban teljes határozottsággal csakis a vitalis festés dönti el. Ismeretes, hogy a sejtmag a methylenkéket csakis halála után veszi fel diffuse, a sejt életében a mag festetlen marad és csakis a sejtbe zárt inclusiók (phagocyták, bakteriumok) és a protoplasma granulatioi veszik fel a festéket. E granulatiók semmiképen sem azonosak az Ehrlich-féle leukocytagranulatiókkal, hanem azoknál sokkal nagyobbak és a sejtnek fixálásakor festődőképességüket elveszítik. A vitalis festés lényege épen az, hogy az anilinfestéket olyan parányi concentratioban juttatjuk a megfestendő sejtekhez, hogy ezeknek vitalitása csorbát ne szenvedjen. E követelménynek *Detre eljárása* szerint *úgy* tettünk eleget, hogy a vizsgálandó peritonealis exsudatum-cseppet fedőlemezre téve, annak peripheriájára gombostüfejnyi Löffler-kékcseppet adtunk hajszálfinom pipetta segélyével, úgy hogy a festék a függő cseppnek csak igen kicsiny széli részletébe hatolt be. A fedőlemezt vájt tárgylemezre helyezve, thermostatba teszszük 2—3 órára, vagy szobahő mellett tartjuk 12—24 óráig. Górcső alatt az exsudatum képe meglepően tiszta: míg ott, a hol a methylenkék érintkezett a cseppel, a leukocyták protoplasmája piszkos zöldeskék és a magvak sötét képe élesen ötlik szemünkbe, addig a távolabbi részekben, a hová tudniillik a festék csak igen lassan, diffusio útján jutott, a teljesen színtelen leukocytákban a magvaknak csak egészen homályos, alig látható contourja van meg, míg a granulatiók sötét feketéskék vagy ibolyáskék gömbjei élesen válnak ki. Minél tovább hagyjuk a készítményt észlelés alatt, annál többb leukocyta veszti el leirt képét: a granulatiók eltüntével a protoplasma kezd festődni és egyidejüleg a mag is.

Ha a lecithines malacz peritonealis exsudatumát ily módon kezeljük, kiderül, hogy a sejtek képe teljesen normalis; *a polynuclearisok* valamint a *mononuclearisok granulatioi élénken festődnek, a mag, valamint a protoplasma festetlen. A mag vacuolái* (lecithin) *nem festődnek.* (Kontrollként egy más malacz hasürébe 2 cm^3 lóserumban emulgeált friss élesztő 20 cgm.-ját fecskendeztük be. Az élesztőszemcséket is főkép az egymagvúak falják fel, de phagokaryosis tünete nélkül. A vitalisan festett 24 órás exsudatum granulatioi a lecithines képektől nem különböztethetők meg; a különbséget csakis a phagocytált élesztősejteknek zöldeskékre festődése adja meg.)

A vitalis festéssel eldöntöttük, hogy a vacuolás magvú sejtek *nem* betegek és ezzel a másik nézet lépett előtérbe, mely szerint *a magnak egy eddig ismeretlen activ müködésével állunk szemben. A mag felveszi a lecithinszemcséket*: *ez biztos.* Csakis az volt még kétséges, *vajjon a magnak tényleg spontan activ mozgási jelenségével van-e dolgunk, avagy a protoplasma-e az, a mely a folytonosan felvett lecithinszemcséket végezetül saját magvának állományába bepréseli?* E kérdést eldönteni igen nehéz.

A közvetett észlelés sikerre nem vezet, minthogy a lecithin phagocytálódása még az állattestben is tetemes időt (órákat) vesz igénybe. Tehát csak deductiókhoz folyamodhattunk, nevezetesen kerestük: van-e összefüggés a phagokaryosis és phagocytosis folyamatai között? Mert ha a phagokaryosis csak azon sejtekben lép fel, melyek amúgy is zsúfolásig vannak telve lecithinnel, a magnak passiv; ha azonban ott is találjuk, a hol a sejtprotoplasmában még busásan van hely szemcsék részére, a magnak activ működése hozza létre a phagokaryosist. Egyik állatunkat e szempontból vizsgáltuk 1, 6, 24, 48 és 72 óra mulva, a mikor is a lecithinszemcsék elhelyeződésének törvényeit kutattuk. Kiderült, hogy már az első órában, a mikor csak itt-ott lehet a mononuclearisok széli részein egy két phagocytált lecithinszemcsét látni, már készítményenként 1—2 sejtben megvan a phagokaryosis. Hat óra mulva, a mikor már a lecithinszemcsék felvétele erősbödött ugyan, de egy sejtben 3—4 szemcsénél több még nincs jelen, már 2—3 látóterenként oly sejtet is láthatunk, a melynek magva üres, félgömbszerű öblösödéseket mutat, a melyekben lecithinszemcsék ülnek. 24 óra mulva már zsufolásig telt a tetemesen megnagyobbodott mononuclearisok protoplasmája és a magvak túlnyomó többsége az intensiv phagokaryosistól szitaszerüen átlikgatott.

48 óra mulva: a sejtekben még igen sok a lecithin, de a protoplasma, mely a 24. órában a sok lecithintől szivacsosan sejtes volt és ez által reczés structurát mutatott, immár jobban festődik és a reczés szerkezet kevésbé szabályos *(a lecithin resorptioja)*. A magvak legnagyobb része azonban vacuolás, már sok oly magvat is találni, a mely — bár még foltos szerkezetü —, de a foltok már szabálytalan hézagokat alkotnak. Kapcsolat a sejteknek lecithindússága és phagokaryosisa között nem mutatható ki: lecithindús sejtekben látunk ép magvakat és lecithinszegény sejtekben „likacsos" magvakat.

72 óra mulva: a sejtek túlnyomó többsége a lecithint megemésztette, phagocytosis és karyosis azonban még kimutatható.

E kisérletből merítettük azon impressionkat, *hogy a phagokaryosis tüneményét nem a sejtprotoplasmának, hanem a magnak magának activ, önálló működése hozza létre.* Hiszszük ezt annál is inkább, mert olyan folyamatok esetén, a mikor a legintensivebb mononuclearis phagocytosist tapasztalhatni, a falósejtnek bármily erős megtelődésekor sem lehet a fentebbi tüneményhez hasonlót észlelni. Igy pl. az intraperitonealis *bouillon*-injectionak 24—36. órájában, a mikor a mononuclearisok oly mohón falják fel a polynuclearis leukocytákat, hogy egy mononuclearis 3—4 és több polynuclearist is bekebelez s a sejt normalisának többszörösére megduzzad, a sejtmag, mint erre vonatkozó készítmények vizsgálatakor kiderült, *mindig* passiv maradt és a protoplasma sohasem préselte be a polynuclearisokat vagy azok részeit saját magvának állományába.

Néhány kisérletet végeztünk még egyéb emulsiókkal, kutatva, vajjon a fentebb leirt tünemény csakis lecithinre jelentkezik-e, vagy más zsiroknak felvételére is képes-e a leukocyták magva? Befecskendeztünk tejet és mandolatejet

Az eredmény negativ volt. *Ebből úgy látszik, mintha a sejtmag és a lecithin között valami specifikus viszony állana fenn, a mely a magnak a lecithin iránti aviditásában jut kifejezésre.*

* * *

Ezen munka befejezése után jelent meg *Posner* és *Rapoport* dolgozata,[1] a mely a mikroskopice kimutatható *prostatalecithin* normalis és kóros viszonyaival foglalkozik. E szerzők a lecithinszemcsék festésére zsírfestéket (skarlat-vöröst) használtak és kimutathatták azzal, hogy prostatitis némely esetében a mononuclearis sejtek a lecithinszemcséket magukba veszik.

E vizsgálatok hatása alatt mi is vizsgálat tárgyává tettük vajjon:

1. az általunk intraperitonealisan befecskendezett lecithin-serum-emulsio után fellépő exsudatumban az intraplasmatikusan és intranuclearisan kimutatható lecithinszemcsék felveszik-e a skarlat-vörös festéket;

2. kimutatható-e festéssel a prostataváladékban a lecithin-phagocytosison kivül phagokaryosis is?

[1] Deutsche medicinische Wochenschrift, 1905. 10 sz.

Ad 1. A Posner és Rapoport szerint skarlat-vörössel (Grübler) kezelt készítményeken az extracellularisan fekvő lecithinszemcsék és myelinformák skarlat-vörössel *nem* voltak festhetők, azonban *az intracellularis inclusiók a festéket részben felvették*, részben azonban protrahált (24 órás) festés daczára festetlenek maradtak. Minthogy a festett és festetlenül maradt inclusiók egyenlő nagyságúak és ugyanazon sejtben egymás mellett előfordulhatnak és festetlenül semmiképen sem differentiálhatók, azért azon nézetet valljuk, hogy mindkettő egy és ugyanazon alapanyagnak felel meg, csakhogy az egyik activ sejtmüködés folytán már változást szenvedett és a festési eljárással szemben másképen viselkedik, mint a változatlan eredeti szemcse.

(Tudvalevőleg még egyéb organizált anyagok is, ha azok sejtek által felvétetnek, másképen festődnek, mint az extracellularisan fekvők; igy megemlithetjük az eosinophiliát, a vitalis festődést, a Gram-képesség elvesztését stb.)

Ad 2. Phagokaryosist a prostataváladékban kimutathattunk, csakhogy igen gyér számban. *Főleg oly prostatitisekben, a hol klinice az egyik vagy mindkét prostatalebenyt többé-kevésbé megnagyobbodottnak, puhának érezzük és bő váladék (prostatorrhoea) van jelen, lehet a legtöbb valószinüséggel már egyszerü methylenkékfestéssel vagy előzetes skarlat-vörös-festéssel az intraplasmatikus, valamint intranuclearis lecithin-inclusiókat kimutatni.*

Közlemény a szt. Erzsébet-apáczarend budapesti női kórházából.

Raynaud-féle betegség egy esete.

Vladár Márton László dr. kórházi főorvostól.

A Raynaud-féle gangraena symmetrica nem tartozik sem a mindennapi, sem pedig a kórházi gyakorlat azon gyakori jelenségei közé, a melyekkel lépten-nyomon találkoznánk. Nem érdektelen tehát, ha minden ilyen eset, a mely észlelés alá kerül, szigorú kritika tárgyát képezi már csak azon szempontból is, hogy azzal úgy ezen ritka kórfaj minden nosologiai jelensége, mint annak különösen aetiologiája kellő megvilágitást nyerhessen. S ez utóbbinak fontosságát már csak azon szempontból is hangsúlyoznám, mert hiszen a bajnak részarányos fellépéséből deriválható *ideges eredete* nem állhatja ki minden esetben a szigorú kritikát.

Nem tagadható ugyan, hogy legtöbb esetben a középponti szervek útján kiváltott trophikus zavarok indítják meg a véredényfalzat elfajulása által feltételezett részarányos üszkösödést, mint a hogy az kifejezett agy-gerinczagyi betegségekben csakugyan kimutatható, de ezen aetiologiai momentum nem állhat meg minden esetben, s igy már ez a körülmény is sokat levon a kórkép egységéből.

A részarányos üszök ama klinikai specialitása, mint a hogy azt Raynaud 1862-ben „sur l'asphyxie locale et la gangrène symmetrique des extremités" czimü értekezésében publikálta, ma már csak az esetek egy bizonyos részére vonatkoztatható, *mert hiszen a centralis eredetü vasomotoros görcs (angiospasmus) és az utána beálló localis syncope és asphyxia nem képezheti minden eset substratumát.*

Valószinü, hogy centralis okok nélkül is bőséges alkalom nyilik a vérkeringés megszünésére olyan körülmények folytán, a melyek akár a véredény falzatának primaer megbetegedése, akár pedig a környező szövetelemeknek az erekre gyakorolt mechanikai nyomása folytán akadályt gördítenek valamely testrésznek vérrel való ellátásában.

A localis ischaemia tehát, a mely indító motivumát képezi a jelenleg Raynaud-féle tünetcomplexus alatt ismert betegségnek, nemcsak agygerinczvelői eredetü, hanem valószinüleg sok esetben helyi elváltozásokban leli okát.

A bántalomnak részarányos fellépése nem bizonyit feltétlenül annak középponti eredete mellett, mert hiszen a részarányosan afficiált tagokat esetleg egyforma laesio érhette, s ez kelthette fel első pillanatban a centralis megbetegedés gyanuját.

Szükségesnek találom ez okból minden ilyen esetben az aetiologia pontos felderitését, mert csak igy fog sikerülni annak a megállapitása, hogy az, a mit ma Raynaud-féle betegség alatt

értünk, egységes kórkép-e, vagy pedig különféle affectióknak a gyüjtőneve.

Szt. Erzsébet-zárda-kórházi osztályomra 1904. deczember hó 10.-én egy nőbeteg vétette fel magát, a kinek kórtörténetét a következőkben van szerencsém közölni:

Anamnesis. Cs. M. 24 éves, cseléd — a kivel magángyakorlatomban különböző családokban találkoztam és a kit mindig egészségesnek ismertem — előadja, hogy gyermekkorában egyszer kanyarója volt, s azóta teljesen egészséges. Havi baját 15 éves korában kapta meg, s az jelenleg is rendben van. Jelen betegségére vonatkozólag előadja, hogy 1904. november 8.-án bal keze kisujjának végén kellemetlen zsibbadást érzett, a mely időnként elállt, de csakhamar mindinkább türhetetlenebb alakban vissza-visszatért. Ezt az érzést ő azzal akarta megszüntetni, hogy kezét forró vízbe dugta, de czélt nem ért, mert a zsibbadás tovább tartott. Napról-napra más ujja végén keletkezett hasonló érzése, s a beteg azt hitte, hogy ujjai elfagytak.

Bajának okát adni egyáltalában nem tudja, mert soha beteg nem volt, ideges betegségek, fejfájás, nyelési kellemetlenségek, bőrbeli beidegzési zavarok, izomgörcsök, eszméletveszítés, stb. soha nem bántották. Kiütéseket vagy sebeket testén soha nem észlelt.

Atyja él, anyja pedig előtte ismeretlen betegségben halt el. Egy testvére siketnéma.

Nappala a rendes házi teendők között telik el, s munkáját jókedvüen végzi. Éjjel jól alszik. Aludni azonban csak hanyatt-fekve tud, és csak úgy, ha kezeit feje fölé helyezi, vagy pedig mindkét tenyerébe fekteti fejének nyakszirti részét. Azt állítja, hogy ilyen helyzetben már évek óta alszik, de annak más egyéb hátrányát nem vette észre, mint egyedül azt, hogy reggelre teljesen elzsibbadt kezekkel ébredt fel. Ez öt azonban kevéssé bántotta, mert, a mint felkelt, ez a zsibbadás azonnal elmult; csak mult év szeptember havában tapasztalta, hogy kezének elzsibbadása mindinkább nehezebben veszett el, s egyik-másik ujjában órákon keresztül fennállott.

Status praesens. Beteg nő kis termetü, jól táplált és rendesen fejlett. Virgo. Rajta neuro- vagy psychopathiás tünetek nem találhatók. Belső szervei teljesen épek, vizelete normalis.

Közérzetét szaggató fájdalmak zavarják, melyek mindkét keze ujjcsúcsaiban jelentkeznek.

A kezek vizsgálata a következőket deríti ki:

Jobb kéz. Az V. ujj 2. és 3. perczének bőre szederjes, helyenként viaszszínü, feszes, fénylő. A színváltozás határa az ép bőr felé élesen elhatárolt.

A mutató és középujj 2. és 3. perczének bőre viaszszínü, feszes.

Nyomásra a megbetegedett területeken éles fájdalom jelentkezik.

A IV. ujj ép.

Bal kéz. A kisujj 2. és 3. perczének bőre szederjes, a 4. ujjé viaszszínü.

A megbetegedett ujjakban spontan oly éles fájdalmak vannak, hogy azokat csakis jeges borogatás és nagy adag morphium képes megszüntetni.

Forró kézfürdők oly türhetetlen fájdalmakat provokálnak, hogy a beteg azok további használatát megtagadja.

Legkisebb a fájdalom akkor, ha a beteg kezeit lefelé lógatja.

A további kórlefolyás következő:

Deczember 14. Hőmérsék 37·8—38°. A megbetegedett területek bőrszíne napról napra változó. Az előbb livid helyek ma halványabbak. Fájdalmak igen nagyok. Jeges borogatás. Morphium.

Deczember 18. Mindkét kézháton lobos oedema.

Deczember 24. A beteg ujjak bőre hólyagosan felemelkedett, s ezért az alatta meggyülemlő sanguicopurulens váladékot a hólyagokba metszett ablakokon kiürítettem, a mire a beteg ujjvégek collabáltak.

Deczember 25. Hő 36·5—37°. A fájdalmak megszüntek; a tegnap hólyagokba emelt bőr szorosan reáfekszik az elvékonyodott, megfeketedett és ránczos ujjcsúcsra.

Deczember 26. Teljesen kifejezett száraz üszkösödés a jobb kéz II., III. és V., a bal kéz IV. és V. ujjának 3. perczén.

Betegem egy időre elhagyta a kórházat. 1905. január 23.-án újra jelentkezett, ekkor ujjain a demarcatio mindenütt kifejezett, s az elhalt ujjperczek spontan lelökődése megindult.

Az imént vázolt kórkép a gangraena symmetrica teljesen kifejezett enyhe alakja, a mely az elhalások spontan lelökődésével s az egyén teljes restitutiojával végződik.

Kimagasló és figyelmet érdemlő jelensége ezen kóresetnek azon különös aetiologiai momentum, a melyről az eddigi, majdnem 200-at meghaladó kóresetek egyikében sem történik említés, s ez az a rendellenes kéztartás, a melyet a beteg alvás közben elfoglal. Más egyéb pathologiai okok hiányában csakis erre az egyre alapíthatom a betegség keletkezését. A beteg éveken keresztül csak úgy tudott aludni, ha kezeit felfelé tartotta s ebből a kéztartásból, mulékony akroparaesthesiák kivételével, más zavar nem keletkezett. Később azonban az akroparaesthesiák mindinkább súlyosbodtak, intensitásuk fokozódott, s tartamuk is megnövekedett. Az az ember, a ki kezeit órákon keresztül felfelé tartja, nagy mértékben megakadályozza a vérnek az ujjcsúcsokba való juthatását, s így arteficialis ischaemiát idéz elő, a mely éveken át ismétlődve, kezdetben talán csak angiospasmust, később a capillarisok falainak degeneratioját, s végre a hiányosan táplált testrészek elhalását eredményezi. Ennek azután természetes következménye a localis syncope és asphyxia.

Ha tekintetbe veszszük, hogy általában melyek azok az okok, a melyek a vérerek elzáródását okozhatják, úgy két fő csoportját ismerhetjük fel azoknak, és pedig: *a)* az ideges befolyás következtében és *b)* az erek falzatának degeneratioja folytán keletkezetteket.

Az első csoportbeli jelenségek közé tartoznak első sorban azok az alakok, a melyek különösen fiatal nőket illetnek, kiknek idegrendszerében észrevehető anatomiai elváltozások nem találhatók.

A szegényvérüség és ideges praedispositio elősegítő okként szerepel.

Az alkalmi okoknak szintén jut bizonyos szerep, ilyenek a trauma, a hideg és a megijedés.

A klinikailag diagnostizálható centralis zavarok közül ismertebbek a paraplegiák, az aphasia, az epilepsia, a neuritis és a gerinczagyi tumorok.

Ilyen esetekből kifolyólag tehát anginoneurosis oka a betegségnek.

Mérges anyagok közül az ergotin hozhat létre véredényelzáródást (ergotismus).

A második csoportba sorakoznak azok a betegségek, a melyek a vérerek falzatának elfajulásához vezetnek; ezek az arteriosclerosis, a mely typice a gangraena senilis oka, a diabetes (gangraena diabeticum) s az endoarteriitis obliterans, idült vagy hereditaer lues következtében.

A syringomyeliában és a Morvan-féle betegségben tapasztalható nekrosisok inkább lobos természetüek, panaritiumok alakjában lépnek fel, s így ezen kórképbe be nem illeszthetők.

E szerint betegemnél a bántalomnak megjelenési alakja annak ideges eredetére vallana. Tekintve azonban azt, hogy vérerek obliteratiojának sok oka lehet, s jelen esetünkben az ideges eredet felvételére semmiféle alappal nem rendelkezem, oda kell konkludálnom, hogy itt a vérerek oly természetü megbetegedését kell a betegség indító okának tekinteni, *a melyet a kezekben hosszú időn át müvileg felidézett ischaemia hozott létre.*

Tárcza.

Uti levelek.

A délnémet gégeorvos-egyesület XII. évi ülése Heidelbergben.

Az ülés ezúttal szokatlan nagyszámú résztvevővel dicsekedhetett, minek főoka az volt, hogy az ezen ülést (mely pünkösd hétfőjén, junius 12.-én tartatott) követő napra volt kitűzve a német laryngologus-egyesület alakuló közgyülése, mely jelentőségéhez képest a Németbirodalom távoli részeiből, sőt a külföldről is több érdeklődőt vonzott Heidelbergbe. A két egymásután lefolyó congressus egyébként nagyon czélszerüen helyezkedett el egymás mellett, és míg az alakuló német laryngologus-egyesület ezúttal főleg az alakulás nehézségeivel s a kifelé való állásfoglalással volt

a kitűzött idő nagy részén belül elfoglalva, tudományos munkásságra tehát csak kevesebb idővel rendelkezett, addig a délnémet egyesület tárgyalási idejét csaknem kizárólag a bő tudományos anyag feldolgozására fordította, csak pár perczet szentelt az elkerülhetlen választások és jelentések elintézésére, mely utóbbiak közül a titkár jelentéséből azon örvendetes tény derült ki, hogy a tagok száma az idei ülés alatt 38 új felvétellel gyarapodott.

Az ülésen ezúttal *Avellis* (Frankfurt a M.) elnökölt, a napirendre kitűzött tárgyak, eltekintve a jelentkezés sorrendjétől, lehetőleg a tárgyak rokonsága szerint voltak csoportosítva, időnyerés és a vita czélszerűbb rendezhetése szempontjából.

1. *Seifert* (Würzburg) *az adenotomia utókezeléséről* beszélt, szépen csoportosítva az ismeretes elveket, főleg pedig azt hangoztatva, hogy sok esetben a sikeres műtét után is visszamaradt tátott száj illusoriussá teszi a műtét eredményét; ezen körülményt a vita folyamán *Siebenmann* (Basel) sok esetben annak tulajdonítja, hogy bizonyos szájpadalakulásoknál, melyeket ő eddigi munkáiban craniometrikus adatok kiséretében bőven ismertetett, a szájlégzés teljesen ép és szabad orrjáratok daczára is csaknem szabály szerint fordul elő. Összeköttetésben áll ezen kérdéssel

2. *Schröder* (Cassel) előadása, *az állkapocs tágításának befolyásáról az orrüreg belsejére*. Előadó a keskeny és magas ívü szájpadlással biró egyéneknél a habitualis szájlégzés, valamint az orrsövény korai deviálásának okait kereste és ezeknek correctioját a fogsorok oldal felé széjjeltolása által óhajtja elérni. A bemutatott lenyomatok tényleg azt mutatják, hogy ily módon a fogsorok közti köz 2—3 cm.-rel tágítható, de viszont, mint azt *Vohsen* hangoztatta, nem sikerült a kezdeti és végső időszakokból való lenyomatoknál sem meggyőződni arról, hogy e széjjeltolás által az orrfeneket képező kemény szájpad szintje valamit sülyedt volna a száj felé.

3. *Winkler* (Bremen) *a Semon előirása szerint végzett laryngofissiókról* beszélt.

4. *Hansberg* (Dortmund) *a gégetuberculosis eseteiben végzett laryngotomiákról* számlt be, a jól megvoálogatott esetekben szép eredményeket érve el. A vita folyamán *Gluck* (Berlin) azt ajánlja, hogy ezen beavatkozás lehetőleg oly esetekre szorítkozzék, a hol a gümös folyamat már a gégeizületeket is megtámadta, sőt ezek közül is az inactiv izületi gümökórnál elégedjünk meg a helyi kezeléssel és csak az activ izületi gümökór tétessék műtéti beavatkozás tárgyává. Felfogása támogatására három vagy négy esetet közöl, melyeknek lefolyása kedvező tüdőbeli állapot mellett tartós gyógyulásra vezetett.

Ugyancsak a gégetuberculosis gyógykezelésével foglalkoztak

5. *Jessen* (Davos) és

6. *Winkler* (Bremen) előadásai. Előbbi a megbetegedett gégébe egyszerű vetítő készülék segélyével napfényt reflectál és azt tapasztalja, hogy az ezen egyszerű eljárással elérhető eredmények jóval túlszárnyalják a helyi kezelés által elérteket. Igazi gyógyulást ugyan csak fekélyeknél látott, de lényeges javulás érhető el infiltratumoknál is. Eredményei birálatánál nem szabad szem elől tévesztenünk azt, hogy kisérleteit egy elsőrangú klimatikus helyen, Davosban és a legkedvezőbb viszonyok közt élő beteganyagon végezte. Már jóval kisebb lelkesedéssel számol be kisérleteiről a második előadó, *Winckler*, ki a Röntgen-sugarakkal végzett kisérleteiben látott ugyan szép eredményeket is, de bevallja, hogy sikertelenül kezelt esetek is nem ritkán fordultak elő.

7. *Rosenberg* (Berlin) *az egyoldali hangszalagmegbetegedésekről* eddig sokfelé elfogadott felfogással szemben, mely szerint ilyen egyoldali megbetegedések rendszerint specifikus, gümös, bujakóros vagy újképlet növekedésének kezdetén jelentkező folyamatok, bizonyítja, hogy ilyen kóralakok, melyek néha éveken át állanak fenn és javulásra a legcsekélyebb hajlamot sem mutatnak, hurutos vagy influenzás alapon is keletkezhetnek és végül gyógyulnak, minek bizonyítására igen hosszú időn át klinice észlelt két esetről számol be.

8. *Kronenberg* (Solingen) a *felső gégeideg hüdésének egy esetét* ismerteti, mely azért is nagyobb érdekkel bir, mert a hüdés csak a motorius rostokra szorítkozott.

9. *Avellis* (Frankfurt a. M.) igen szép *Röntgen-felvételeket* mutatott be *rosszindulatú mellüregdaganatokról*, és kiemeli ezen felvételek diagnostikai értékét oly esetekben, a hol a betegek panaszai még csak gyanút keltenek hasonló megbetegedésre, de az orrtükrözés objectiv támpontot nem nyujt. *Killian* (Freiburg) emlékeztet ily esetekben is az általa ajánlott rhinoskopia media fontosságára.

10. *R. Hoffmann* (Dresden) *légcsőtumor* egy esetét közli, melynél a diagnosis a *Killian*-féle tracheoskopia segélyével tétetett meg.

11. Következtek ezután *G. Killian* (Freiburg) nagyérdekü demonstratioi és pedig

I. Egy úgynevezett *choanapolyp* kórboncztani készítménye és az élő után készített moulage, előadó azon feltevésének bizonyítására, hogy ezen kóralaknál a folyamat szabály szerint a Highmor-üreg járulékos nyilásának szájadékáról indul ki.

II. *Az orrsövény submucosus resectiojánál* általa használt és újabban módosított néhány müszer: Schleich-fecskendő, lapos csontfogó és elevatorium.

III. *Az oesophagusból és hörgökből újabban eltávolított idegen testek: a)* koronanagyságú régi pénz egy 9 éves fiú oesophagusából, *b)* babnyi kő a légcsőből, *c)* egy Pravaz-fecskendő tüje, melyet a morphinista beteg fogai közt tartott, hogy magának injectiót adjon; közben a beteg elaludt és a tüt aspirálta. A tü az ismert kaucsuk illesztékkel volt ellátva, lecsúszott a jobb főhörgbe és innen lett bronchoskopia segélyével eltávolítva.

IV. *Röntgen-képek és stereoskopos felvételek idegen testekről.*

V. *Javítások a bronchoskopiás müszertáron*, ú. m. új vezetőcsövek, melyek két részből állanak és a hosszabb cső bevezetése után kiszedhetők, továbbá elzárható ablaknyilások a bronchoskopikus csöveken, melyek oly czélból készíttettek, hogy mély bronchoskopia esetén a cső fala által különben elzárt oldalbronchusai a felső tüdőlebenynek a légzésben akadályozva ne legyen és végül javítások az idegen testek megragadására szolgáló müszerek fogószerkezetén.

A vita folyamán a felsorolt idegen test esetekhez *Winckler* (Bremen) egy új esettel járul, a melyben nagyobb csontdarab került az alsó főhörgbe és szögletes, hegyes volta miatt csak feldarabolva volt eltávolítható.

12. *Sänger* (Magdeburg) *az asthma-therapiáról* beszél, és egy bizonyos légzőgymnastika jó hatását emeli ki, mely a roham alatt megváltozott légzőtypus korrigálása által képes a rohamot rövid időn belül megszüntetni. Ezen légzési gyakorlatokat újabban élenybelégzésekkel köti össze.

13. *J. Killian* (Worms) *a mélyenfekvő oldalsó nyelv- és garattályogok kivülről történő mütevéseiről* beszélt, anatomiai és klinikai tanulmányok alapján jelölve meg azon két helyet, a hol ezen genygóczok rendszerint találhatók.

14. *Winckler* Röntgen-felvételeket mutat be régi orrtörésekről.

15. *Siebenmann* (Basel) osteomalaciás gégék kórboncztani készítményeit demonstrálta.

16. *Hoffmann* (Dresden) *homlokürecgenyedés kapcsán keletkezett agytályog* egy esetéről számolt be, utána pedig

17. *Kuhn* tartott még előadást „*Perorale tubage und pulmonale Narkose*“ czimen.

Az évi ülés *Erb* tanár klinikájának előadó termében tartatott. A szomszédos helyiségekben pedig igen gazdag és érdekes müszerkiállítás volt összeállítva, melyet a *Walb* (Heidelberg), *Fischer* (Freiburg), *Reiner* (Wien), továbbá két berlini czég, *Pfau* és *Detert* rendeztek. Ülés után a Grand Hotelben tartott díszlakomán *Fischenich* (Wiesbaden) számolt be immár tizenkettedik izben a hölgyeknek igen szellemes és humoros módon a tárgyalások menetéről, délután pedig a congressus tagjai együtt tettek kirándulást a Neckar festői szépségü völgyébe s hajón visszajövet gyönyörködhettek a heidelbergi vár és a Neckarhíd remek kivilágításában, melyet a város a congressus tiszteletére rendezett. Este a congressus összes tagjait és azoknak családjait *Jurasz* tanár és neje fogadták lekötelező vendégszeretettel.

Polyák Lajos dr.

Megjegyzések Tihanyi Mór dr. czikkére a népfürdők létesítése tárgyában.

Köszönettel tartozom *Tihanyi* kartársunknak azért a jóindulatért, melylyel a népfürdők ügyét e lap hasábjain felkarolta; czikke feltétlenül hozzá fog járulni, hogy mind több orvos ismerkedjék meg ezen fontos közegészségügyi és kulturális követelménynyel, a mely úgyszólván a lelkemhez nőtt, mióta a Tihanyi dr. által is idézett „Deutsche Gesellschaft für Volksbäder“ kiterjedt és áldásos működésével Németország különféle helyein megismerkedtem.

A főkérdésben teljesen egyetért velem Tihanyi dr., hogy Budapest székes fővárosnak *kötelessége* szegénysorsú lakosainak tisztasági igényeiről *népfürdők felállításával* gondoskodni; én pedig egyetértek vele abban, hogy (a népfürdők felállításának szükségessége mellett) viszont luxus-gyógyfürdők felállítása nem közegészségügyi követelmény nálunk, sőt igazat adok Tihanyi dr.-nak abban is, hogy ez vállalatnak koczkáztatott, idegenforgalmi szempontból pedig chimaera.

De meg vagyok győződve arról, hogy ezt *hiába* hangoztatjuk. Budapest törvényhatósági bizottságának hatalmas többsége fel *akarja* építeni e luxus-gyógyfürdőket és így fel is fogja őket építeni, mert reméli, hogy ezzel az idegenforgalmon és a városi bevételeken is lendíteni fog. Azt hiszem tehát, hogy itt kárbaveszne a kifejtendő agitatio; viszont azonban azt keresztülvihetőnek tartom, hogy a főváros, — ha már luxusfürdőkre telik 10 millió és templomokra újabb 9 millió — nem fog visszariadni az ezeknél *aránytalanul csekélyebb* befektetést igénylő népfürdők felállításától sem. És azért én *ilyen irányú* agitatiót tartanék czélravezetőbbnek a népfürdők érdekében.

Ezek után csak pár megjegyzést óhajtok tenni Tihanyi dr. czikkére, hogy e lap olvasóit felvilágosítsam egyes félreérthető kitételekről. Velem együtt a „Budapesti Orvosi Kör“ szükségesnek tartja népfürdők felállítását a város távolesö, munkáslakta negyedeiben. (Ilyen helyekre különben technikai nehézségekbe ütköznék a Tihanyi dr. által javasolt elvezetése a melegvízforrások vizének, a melyek szerinte *két luxusfürdő ellátására nem elégségesek*, de a város százezreinek népfürdők alakjában elegendő vizet tudnának szolgáltatni!?) Szükségesnek jeleztem az ipari és gyári, kaszárnya- és iskolafürdők felállítását; szükségesnek tartom egy városi építési szabályrendelet kiadását, melynek értelmében az udvari lakók közös használatára az *újonnan épülő házakban* egy fürdőszoba volna felállítandó, a cselédek számára pedig egy szabályozható zuhany létesíttessék a mosókonyhában.

Szükségesnek tartom, hogy a főváros tulajdonát képező fürdőkben szombat este és vasárnap a fürdőárak felényire szállíttassanak le; igazat adok Tihanyi dr.-nak abban is, hogy ezek még így is drágák a *legszegényebb* néposztálynak; de hiszen ezek számára valók a pár filléres népfürdők, míg a takarékoskodni kénytelen és kevésbé vagyonos osztálynak nagy hasznára volna az a fürdő, melyet — mert így 40—50 fillérrel olcsóbban kapna — gyakrabban is venne igénybe. Attól pedig ne féljünk, hogy a vagyonos ember is ezen napokon menne fürdeni, mikor oly nagy lesz a tolongás, mert ez nem éri meg neki a pár fillérnyi megtakarítást. *Így van ez különben a Tihanyi dr. által idézett Carl Müller'sches Volksbadban is, daczára annak, hogy München városának ezenkivül még kilencz népfürdője van!*

Hogy a „Budapesti Orvosi Kör“ beadványában nem tért ki *mindezen* kivánságok hangoztatására, azt taktikai okokból tette, úgy gondolván, hogy a ki sokat markol, keveset kap. De, hogy megvalósitandóknak és az egész országra kiterjesztendőknek tartja ezen kivánalmakat, azt bebizonyítja azzal, hogy már a jövő saisonban meg fogja alakítani az *országos népfürdőegyesületet*, a melynek — hiszem és remélem — igen sok tagja lesz *a népjolétért mindig lelkesedni tudó magyar orvosi karból!*

Weinberger Miksa dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Maximilian v. Zeissl: Diagnose und Behandlung der venerischen Erkrankungen und ihrer Complicationen beim Manne und Weibe. Dritte Auflage. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien, 1905.

Zeissl könyvének újabb kiadása lényeges átalakuláson ment keresztül, mert az előbbi kiadásoktól eltérően a kankón kivül a *Ducrey*-féle fekélyt (lágy sanker) és a syphilist is tárgyalja. Ez az újítás azonnal feltünik, mert utóbbi két, szerfelett fontos betegség leirását csaknem függelék alakjában, egészen vázlatosan találjuk megirva. A könyv beosztásának ezen aránytalansága azonban nem von le semmit a mű értékéből, mert a mit tartalmaz, az mind a szerző gazdag személyes tapasztalatán alapszik és különben is sok oly hasznos útbaigazító adatot nyujt, melyet más könyvben hiába keresünk.

A könyv első és főfejezete a férfi kankós betegségét tárgyalja. Szerző ebben ismeretes kiváló tollával úgy a diagnosisos részt, mint a kezelést nagy részletességgel ismerteti, mindenütt beleszőve az általános felfogástól néha jelentékenyen eltérő saját nézeteit. Az acut kankót mindig rendszeresen kezeli, az abortiv kezelést pedig teljesen elveti, mert czélravezetőnek nem tartja. A heveny húgycsőkankót csak az elülső részt érintő fecskendésekkel és hőséges öblögetésekkel gyógyítja. E czélból kalium hypermanganicumot, ichthyolt, főleg azonban protargolt és albargint használ. Jó emésztés mellett belsőleg balzsamos-aetheres szereket is alkalmaz. Ha öt hét alatt nem állott volna be teljes gyógyulás, a foszlányok eltávolítása czéljából, a gonococcus jelenlétének tekintetbe vétele nélkül, sebfecskendővel befecskendéseket végez egészen a hólyagig. Ha ezek sem segítenek, akkor a sondakezelést és végül az instillatiókat tartja czélravezetőnek. A dilatatorokkal való tágítást, valamint az endoskoppal való kezelést nem végzi. A kankó szövődményeit az egyes szervek szerint sorra tárgyalja, természetesen különösen gondot fordítva a hólyag és a prostata megbetegedéseire. A húgycső- és hólyagbeli vérzések ellen a legjobb szernek a belsőleg adott vaschloridot (1%-os oldat) tartja.

A második fejezet a női kankó leirásának van szentelve és mindazt magában foglalja, a mi e nagy és fontos betegségről aránylag kevés helyen adható. A *Ducrey*-féle fekélyt a következő fejezetben találjuk egészen röviden, de világosan tárgyalva. Túlrövidnek és ezért szükségképen hiányosnak tartjuk azonban a syphilis leirását, mert egy oly rendkivül fontos betegségnek néhány oldalra szorított tárgyalása még *Zeissl*-nek sem sikerülhet.

A munkát 38, nagyrészt igen sikerült szövegközti ábra díszíti. A kiállítás mintaszerü és csak növelheti a kiadó czég jó hirnevét.

Guszman.

H. Schlesinger: Chirurgische Eingriffe bei inneren Erkrankungen. Jena, Gustav Fischer. 1905.

Háromkötetes munka, mely az idén fejeződött be és a mely úgy a gyakorló orvos, mint a klinikus könyvtárában valóban hézagpótló; mert könnyü áttekinthetőség mellett magvasabb tanácsokat a belbántalmak sebészi kezeléséhez egy munkában sem nyerhetünk.

Szerző sorjában tárgyalja az egyes belbántalmakat, szól azok kóroktanáról, kórboncztanáról, kórképéről és kórismejéről, majd — és ebben rejlik a könyvnek eredetisége — a netán szükséges sebészi beavatkozások javalatairól s ellenjavalatairól. Utána közli az illető betegség operativ statistikáját, bő irodalmi tanulmányok alapján és oly meglepő objectivitással, hogy az olvasó maga mérlegelheti a sebészi beavatkozás értékét a belső kezelés eredményeivel szemben. Minden fejezethez szerző irodalomjegyzéket csatolt; ennek az olvasó szintén nagy hasznát veheti, miután felöleli az összes nevezetesebb közleményeket, melyek a megfelelő bántalom kezeléséről megjelentek.

Külön emlékezik meg szerző a munka végén a mesterséges koraszülés javalatairól és ellenjavalatairól, továbbá a műtéti indicatiókról diabetes mellitus eseteiben; *Schnitzler* pedig tanulságos

módon ismerteti a mütéti beavatkozás befolyását a szervezetre (psychikai zavarok, belső szövődmények stb. mütét után).

Dicséretére válik a szerzőnek, hogy ily munka megirására mint internista vállalkozott; ezzel már kezdettől fogva túlteszi magát a furor chirurgicus vádján. És hogy viszont mily igazsággal szól a sebészi beavatkozás értékéről, annak legszebb bizonyitéka, hogy Sch. nézetei javarészt azonosak legkiválóbb sebészeink felfogásával és hogy munkája legnagyobb elterjedtségnek örvend sebészi körökben. *Gergő.*

Uj könyvek. *O. Liebreich:* Über Beziehungen der pharmakodynamischen Therapie zu anderen Wissenschaften im 19. Jahrhundert. Berlin, A. Hirschwald. — *O. Sarwey:* Bakteriologische Untersuchungen über Händedesinfektion und ihre Endergebnisse für die Praxis. Berlin, A. Hirschwald. — *L. Casper:* Handbuch der Cystoskopie. Zweite Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *K. Witthauer:* Lehrbuch der Vibrationsmassage, mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *H. Ribbert:* Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie. II. Auflage. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *L. Henius:* Samariter- und Rettungswesen. Jena, G. Fischer. — *F. C. R. Eschle:* Cellularpathologie, Konstitutionspathologie, Betriebspathologie. München, Gmelin. — *Pütter* und *Kaiserling:* Die Errichtung und Verwaltung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse. Berlin, A. Hirschwald.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A soványodás kezeléséről. *Ebstein* göttingai egyetemi tanár egy klinikai előadásában első sorban a lesoványodás fogalmát irja körül közelebbről, mely elnevezés tulajdonképen a szervezet zsírtartalmának jelentékeny csökkenését foglalja egybe. Általánosságban a lesoványodás okai két főcsoportba osztályozhatók. Az elsőbe sorozhatók azok az esetek, a melyekben a lesoványodás egyéb szembetünő káros jelenségekkel egyetemben áll fenn, míg a másodikba a lesoványodás úgyszólván genuin alakjai tartoznak. Az első csoportban túlnyomóan az emésztő- és légzőszervek bántalmainak következményeiképen áll elő a lesoványodás; míg a lesoványodás másik alakjában fiatal egyéneknél elsősorban a tüdőtuberculosis, idősebbeknél pedig latens carcinoma gyanúja merül fel; ezeken kivül a bántalmak hosszú sorozata jár együtt korán mutatkozó lesoványodással, mint pl. vérbántalmak, glycosuria, syphilis, idült mérgezések; ezek közé tartozik a jodismus is. A nagymérvü lesoványodás következménye az általános erőbeli állapot hanyatlása, mely kimerüléshez, marasmushoz vezethet.

A lesoványodás kezelésekor a lehetőség szerint mindenekelőtt az oki mozzanat megszüntetésére kell törekednünk. Ennek legszembetünőbb példája a typhusreconvalescentiában rohamosan előálló testsúlygyarapodás. Azonban gyakran még az oly esetekben is, a melyekben a lesoványodás oka nem szüntethető meg teljesen, kedvező eredmények érhetők el, mint pl. tüdőtuberculosisban, melynek néha előhaladottabb alakjaiban is a táplálkozási állapot számbavehető javulása tapasztalható. Ezzel egyidejüleg a lesoványodásnak tüneti alapon való kezelése sem hanyagolandó el; hogy ez mily elvek szerint történjék, arra nézve becses támpontokat szolgáltatnak az állathizlalás terén tett tapasztalatok. Első sorban is a régebbi tapasztalat, hogy hizlalt ökrök és juhok testsúlya megtartható viszonylagosan hiányosabb táplálkozással is, t. i. ha mindennemü mozgástól távoltartjuk őket és a hidegtől megóvjuk; ezen két körülemény azonban nem elégséges az állatok hizlalásához, mivel első sorban irányadó a táplálék mennyisége és minősége. Elégséges fehérjebevitelt feltételezve, felmerül az a kérdés, vajjon a C-tartalmú szükséglet zsírokkal vagy pedig szénhyrátokkal fedeztessék-e? Ebstein már régebben a zsírokat tartotta előnyösebbeknek. E kérdés felett heves vita indult meg. Henneberg a kérdést kisérleti alapon akarta megoldani, melynek eredményeképen kitünt, hogy úgy szénhydrátok, mint zsírok aequivalens mennyiségekben a hizásra egyenlő befolyást gyakorolnak. Ebből azonban nem következik az, hogy a lesoványodás leküzdésére a szénhydrátok alkalmasabbak volnának; sőt Lehmannn kisérletei igazolják, hogy szénhydrátdús táplálék a szivizomzat zsírtartalmának felszaporodását nagyobb mértékben elősegíti, mint zsírban gazdag étrend. Ebstein tapasztalatai szerint is a lesoványodás kezelésének folyamán nemcsak a szivmüködés javulása, hanem az erőbeli állapot növekedése biztosabban következett be zsírdúsabb táplálék mellett. A szénhydrát-túltáplálásnak további hátránya, hogy az emésztőszervekre igen nagy munkát ró, mely körülmény folytán könnyen dyspepsia tünetei állanak elő; továbbá azon körülményről sem szabad megfeledkezni, hogy a szénhydrátok és a zsírok nem isodynam tápanyagok, azaz nem egyenlő caloriaértékkel birnak (Henneberg szerint 100 grm. zsír 250 grm. czukorral egyenértékü) s ennélfogva a zsírokból csekélyebb mennyiségek szükségeltetnek. Már Beard, ki a neurasthenia fogalmát megállapította, ajánlja 1880-ban a zsírdús étkek bő élvezését a neurastheniának lesoványodással együttjáró alakjaiban. A rendszeres hizlaló gyógymódnak megalapítója az amerikai Weir Mitchell; módszerének, melyet főként a nők neurastheniás állapotaiban ajánlott, főelvei a következők: a rendes környezettől való elkülönítés, massage, villanyozás és túltáplálás teljes nyugalom mellett. Binswanger az eredeti gyógymódot akként módositotta, hogy nem ragaszkodott a tiszta tejétrendhez, hanem más tápanyagokat is megengedett. A soványodás gyógyszeres kezelésében két eljárás nyujthat sikert: egyrészt az óvatosan alkalmazott arsenkezelés, másrészt alkalmas kihasználása az alkohol zsírkimélőképességének. Végül a következő napi étrendet ajánlja: 7 órakor reggel vajjal készített Quäcker oats-pép. 8 órakor tej vagy cacao, kétszersült vajjal. 10 órakor leves tojással vagy kefir. 12 órakor egy pohár madeira cakes-sel. 1½ órakor ebéd; leves, hal főzelékkel, burgonyával vagy rizszsel, sülthús, befőtt, tészta. 4 órakor délután tej vagy cacao, kétszersült vajjal. 6 órakor kefir vagy tej. 7½ órakor vacsora; tej- vagy más leves, hideg sült, zsemlye vajjal. (Deutsch. med. Wochenschrft. 1905. 24. sz.) *K. G.*

Mily alakban használtatik ki a tápanyagokból visszatartott nitrogen a szervezetben? *Lüthje és Berger* azon kérdésre igyekeztek választ adni, vajjon fehérjetáplálláskor a szervezetben visszatartott fehérje csakugyan mint izomhús rakodik-e le, avagy pedig másutt, mint keringő fehérje, s e czélból a sóanyagcserét is figyelemmel kisérték, főként a phosphorsavas sókét; a visszatartott nitrogen és phosphorsavas sók egymáshoz való viszonyából ekként megállapitották, vajjon az izomhúsnak megfelelö-e. Két kisérletükben reconvolescenseknél, kik naponta 10 gm. nitrogent tartottak vissza, ezen viszony tényleg az izomhúsképzésnek megfelelt. Normális egyéneknél a viszony azonban már elütő volt, egyiknél hét nap alatt 33 gm. nitrogennel több tartatott vissza, két másiknál pedig 10, illetve 7 gm. phosphorsavtöbblet volt kimutatható. Ezen kisérletek tehát kimutatták, hogy a nitrogen egyes esetekben nemcsak mint izomhús tartatik vissza. Azonban még azon esetekben, melyekben a nitrogen és phosphorsav viszonya az izomképzésnek megfelelne, sem kétségtelen ezen felvétel, mivel az észlelt testsúlyszaporodás a nitrogenretentioból kiszámított izommennyiség súlyával nem volt megegyező. Ezen okokból javasolják, hogy nitrogenretentionál ne beszéljük azonnal izomhúsképződésről, hanem egyszerüen fehérjevisszatartásról. (Deutsches Archiv. f. klin. Med., 81. kötet.) *K. G.*

Vasnak a szervezetbe juttatása bedörzsölés útján. *H. Goldmann* két betegen kisérletet tett, vajjon nem lehetne-e vasat bedörzsölés útján a szervezetbe vinni. 3% vasat tartalmazó kenőcsből, melyet Billitzer bécsi docens állitott elő, naponként 5 grammot dörzsöltetett be a higanyinunctiós kúra módjára és 19 napon át folytatott ilyen bedörzsölések után megvizsgáltatta a vizelet vastartalmát. Az eredmény az volt, hogy az egyik beteg vizelete literenként 0·011, a másiké pedig 0·014 gramm vasat tartalmazott, a mi tehát a vizelet normális vastartalmához (0·003—0·008 gramm literenként) képest határozottan gyarapodást jelent. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 18. szám.)

Pneumonia crouposa 7 esetét közli *Knauth* törzsorvos a würzburgi katonakórházból. Az esetek azért érdemelnek némi figyelmet, mert Römer-féle polyvalens pneumococcus-serummal (vagyis nagyszámú pneumococcus-fajtával immunizált többféle állat vérsavójának keveréke) lettek kezelve. A mint a mellékelt hőmérsékgörbékmutatják, a befecskendezések a lázra befolyással alig birtak; feltünő mindenesetre az, hogy kritikus hőcsökkenés helyett többnyire lysis-szerüen szünt meg a láz. Különben a befecskendezések teljesen ártalmatlanoknak bizonyultak; helyi reactio, exanthema, veselob sohasem mutatkozott. Szerző szerint nagyon feltünő volt valamennyi esetben a subjectiv általános állapot rendkivüli fok-

ban javulása; e mellett az érlökés, a légzés, a köpet milyensége is jobb lett. (Fiatal, előzőleg, teljesen egészséges, erős egyénekre — katonák — vonatkozó 7 esetből valamely gyógyításmód eredményességére nézve következtetést vonni alig lehetséges. Ref.) (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 12. szám.)

Idegkórtan.

Az irógörcs és más foglalkozási görcsök gyógyítása sokszor igen nehezen sikerül. *Kouindjy* erre vonatkozó tapasztalatait adja elő. Helytelen és félreértésre vezet, hogy szerző az irógörcsös írásra az écriture ataxique kifejezést használja. Az irógörcs sokkal gyakoribb intelligens embereken, mint egyszerű másolással foglalkozókon. K. az irógörcsöt reszkető, bénulásos és merevgörcsös alakra osztja, erre a felosztásra azonban semmi szükség nincs. Az irógörcsben szenvedő beteg baja többnyire állandóan rosszabbodik. Eleinte kevés pihenés után jól ir a beteg, de azután gyakrabban ismétlődik a görcs. A beteg azután különféle tollakkal, vastag, nehéz, háromszögű, gummigyűrűs tollszárakkal, majd czeruzákkal tesz kisérleteket. Mindezen új eszközök rövid időre könnyebbülést okoznak, de csakhamar alkalmatlanok lesznek a további használatra. Azon összetettebb eszközök, melyek a csuklót rögzítik, az ujjaknak az asztallal való érintkezését akadályozzák, ugyancsak alkalmatlanok a görcsök megszüntetésére. Van beteg, a kinek neurastheniája ilyenkor annyira rosszabbodik, hogy más müveletekre is ügyetlen lesz a keze, evés közben rosszul bánik a kanállal, nem tud czigarettát sodorni, fésülködni. K. mindezzel szemben hatástalannnak látta a belső orvosságokat: a vasat, arsent, belladonnát stb., hatástalan volt a faradozás, a gyenge galvánáram sem sokat ér. A seborvosok kisérletezései közül *Tuppert* 50 esetben alkalmazott tenotomiáját említhetjük fel; a műtéti beavatkozások egyáltalában nem használtak, a mi psychikai bajban természetes is. Volt beteg, a ki irógörcse miatt bal kezével kezdett irni, de ilyenkor a görcs sokszor a bal kézre ment át. A hosszabb pihenés nem igen használ, többnyire újból előáll a baj, a mint a beteg újból íráshoz fog.

Szerző massaget és gyakorlatokat ajánl, a massage a görcsben részt nem vevő izmokra szorítkozik. A gyakorlatok a következők. A beteg alkarját asztalra támasztja, úgy hogy keze szabadon lóg le, egyik ujjra kötelékkel súlytartó edény kerül, melybe fokozatosan nagyobb súlyokat teszünk és a beteg az így megterhelt ujjat emeli és sülyeszti. Egy másik gyakorlat abban áll, hogy középnagy kaucsuk golyócskát teszünk az ujjak hátára és a beteg ezt a gólyót így feldobja és tenyerében megfogja. Ezen gyakorlatot pénzdarabbal is meg lehet ismételni és fordított irányban is véghezvihetjük. Azután a beteg botot vesz az ujjai közé, úgy hogy a bot a közép- és gyürüsujjon fekszik, a hüvelyk- és kisujj pedig a botra van helyezve, azután a botot jobbra és balra ujjai között megforgatja. Ha ezen mozgások jól sikerülnek, irásgyakorlatokat kezdünk, melyekhez azonban eleinte más tolltartást kell a betegnek használnia, mint a melylyel rendesen irni szokott. Az irástanitás minden szabálya és sorrendje tekintetbe veendő, a helyes ülés, tolltartás, papirtartás; a betegnek elcinte csak vonalakat, később betüket kell irnia, eleinte rövid, később hosszabb ideig, a kifáradást kerülni kell. Ezen gyakorlatokban a suggestio igen nagy szerepet játszik, a beteg gyógyulása után is folytatni kell egy ideig e kezelést, de ilyenkor elég, ha 2—4 hetenként egyszer végzi el szabályosan a gyakorlatokat. Meghatározott időt a gyógyulásra nem jó kilátásba helyezni, mert ha a kitüzött időpontra nem jön rendbe a dolog, a beteg a bizalmát elveszti és nem gyógyul meg. Mégis átlag 2—4 hónapig tartanak a rendes gyakorlatok. E mellett hydrotherapia, brom, esetleg tonicumok ajánlatosak.

A hegedüs- és zongorázógörcsban szenvedők hagyják abba foglalkozásukat egynehány hónapra. Azután a fentleirt gyakorlatok mellett az irásgyakorlatokra szabott szabályokkal lehet lassan és fokonként újra hozzáfogni kezdőknek való zongora-, illetőleg hegedügyakorlatokhoz, majd a nehezebb darabokhoz is. Ez esetekben nehezebben lehet eredményt elérni, mint az irógörcsben. (Nouvelle Iconographie de la Salp. 1905. 2. szám.)

Kollarits Jenő.

A codeinismus, mint *Pelz* esete bizonyitja, ép úgy létrejöhet, mint a morphinismus. Ez annyival is inkább fontos, mert utóbbi időben a veszedelmesnek tartott morphium helyett gyakran alkalmazzák a codeint. Sőt olyan észlelők is akadtak, a kik azt mondták, hogy a codeinhoz a szervezet nem szokik hozzá. *Pelz* esete mutatja, hogy a codein adagait emelni kell hosszabb használatkor. A beteg codeinéhségbe jött, és a codeinelvonáskor a morphiuméhoz hasonló abstinentiás jelenségek támadtak, bár ez utóbbiak nem voltak hevesek. A codeinismus veszedelme kisebb, mint a morphinismusé. A szóban forgó beteg erősen psychopathiás volt. A beteg a codeint igen könnyen kapta ki a gyógytárból, mert bár recipéje kis számú pilulára szólt, mégis 40 dobozban összesen 1800 szemet á 0·033 gm. találtak nála. (Deutsch. med. Wochenschrift, 1905. junius 1.) *Kollarits Jenő.*

A tabes kezelése Frenkel-féle gyakorlatokkal már mindenhol elterjedt. *Frenkel*, e módszer feltalálója, e kérdésről Tübingában előadást tartott, melyből a következőket veszszük ki. *Frenkel* hangsúlyozza, hogy az ő módszerét sokan rosszul alkalmazzák, a mennyiben a coordinatiojavitást gymnastikával tévesztik össze. Igy egy esetben ellenállásgyakorlatokat végeztek a beteggel és azok nagyon siettették az ataxia teljes kifejlődését, a helyett, hogy javítottak volna a helyzeten. A gyakorlatok kétszer naponként 5—15 perczig tartsanak, közben pihenésekkel. A helyesen véghezvitt gyakorlatok minden esetben javítják az ataxiát. A már teljesen ágyban fekvő, járni és állni nem tudó betegnek a járás megtanulására 6—12 hónapra van szüksége.

A sikert nehezítik nagy fájdalmak, gyomorkrisisek, nagyfokú hypotonia. A nagy hypotoniával járó esetek közül *Frenkel* csak egy esetben tudott boldogulni, orthopaediai eszközök segitségével. Morphinistákon és alkoholistákon eredmény nem várható. Ujabb tapasztalatok szerint még vakok ataxiája is javítható, az erre vonatkozó eljárás későbbi közlés tárgya lesz. Az olyan beteg, a ki gyakorlatokat végzett, igen ritkán kerül az úgynevezett paraplegiás stadiumba. *Frenkel* azelőtt ajánlotta a tabeses izmok massage-át, de most rossz tapasztalatokat szerzett, és ezért azokat már nem használja. (Berl. klin. Wochenschrift, 1905. junius 5.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

A rákról érdekes *klinikai* tanulmányt közöl *König* tanár (Berlin). Hogy miben rejlik a ráksejt specifikus energiája, azt nem tudjuk, de semmi esetre nem állhat meg az az elmélet, hogy a ráksejt egy bármi módon is ingerelt, izgatott hámsejt, mert a ráksejt sajátos tulajdonságokkal felruházott sejt. A burjánzást legjobban a parasitaer-elmélet magyarázza meg. Klinikailag fontos, hogy a rák kezdetben tisztán localis bántalom; hogy meddig marad helyi a baj, azt megmondani nem lehet. Ebből következik, hogy a rák lehető gyorsan eltávolitandó, akkor is, ha még nem bizonyos, hogy jó vagy rosszindulatú daganattal állunk-e szemben. A rák még akkor is localis bajnak tekinthető, a mikor a sebészileg elérhető mirigytájak már megbetegednek. Metastasis a gyógyulást kizárja. Gyógyító beavatkozás nélkül a rák okvetlenül halált hozó. A rák fejlődésére dispositio létezik. Általános hajlamosító ok a 40 éven felüli kor. Speciális hajlamosító okot képeznek: 1. a családi terheltség; 2. a trauma; a behatásnak direktnek kell lenni (ütés, rugás); 3. fekélyek, a melyek izgatásnak vannak kitéve; 4. mirigyek (pl. mamma) functiojának fokozása.

A rák nem fertőző a szó szoros értelemben véve, sohasem észlelte, hogy a rákos betegeket ápolók rákot acquiráltak volna. Mégis ajánlja, hogy azon ruhákat, melyeket a rákos beteg a halála előtti időben viselt, csak kellő erélyes desinfectio után használjuk. Sohasem észlelt rákepidemiát. A rák átvihető transplantatio útján, de nem átoltás útján. Sohasem észlelte vagy hallotta, hogy egy orvos rákműtét végzésekor szerzett sebe rákossá vált volna. Nem tartja bebizonyítottnak, hogy a rákos megbetegedések száma szaporodik; az esetek látszólagos szaporodása a diagnostika javulásának tudható be. Röntgen-kezeléssel felületes kis rákoknál gyógyulást lehet elérni, inoperabilis rákoknál pedig javulást; meg lehet tehát kisérleni a radiotherapiát, de első helyen mégis a radicalis műtét áll. (Deutsche med. Wochenschr. 1905. 19. szám.)

Steiner Pál dr.

A rákos és egyéb rosszindulatú daganatokban protozoonszerű parasitát talált *Schmidt* és ezzel megdönti *Schaudinn* állítását, mely szerint malignus daganatokban protozoon nem fordul elő. A különböző vizsgálók által ismertetett különböző leleteket ugyanazon organismus különböző fejlődési stadiumainak tartja; a vizsgálatokhoz mindig ki nem fekélyesedett daganatokat vett, és minden esetben egy mucorfajt és ennek tiszta tenyészetében mindig egy typusos parasitát talált, a melynek a mucor myceliumában és sporáiban való entophytikus fejlődését pontosan tudta követni; a parasita mindig egyugyanaz volt. Hogy minő daganat keletkezik, az attól függ, hogy minő sejteket ért a parasita által feltételezett inger, mert a keletkező daganat morphologiai szerkezete olyan lesz, a milyen a parasita által megtámadt sejtcomplexum: kötőszöveti sejtekből sarkoma, hámsejtekből carcinoma fejlődik; a daganat keletkezésének és növekedésének oka a parasitában rejlik. A metastasist nem a parasita okozza, hanem az atypikus sejt, mely a parasitát magával vitte, mely a parasitával symbiosisban él. Épen az atypikus sejt és a parasita közti kölcsönös viszonyban rejlik a malignitás titka; egy atypikus sejt önmagában, egy parasita atypikus sejt nélkül tönkremegy, normális határok között marad, legrosszabb esetben jóindulatú hyperplasiák keletkezésére vezet. Állatkisérleteiben parasitájának tiszta tenyészetét (nem daganatrészletet vagy sejtnedvet) egerekbe oltotta és 5 havi incubatiós idő után rosszindulatú daganat keletkezését észlelte; e daganatokat más egerekre transplantálva, ezekben is észlelhette néhány hét mulva a malignitás összes jeleit. A daganatokból kitenyésztett parasitával újból képes volt hasonló rosszindulatú daganatot létesíteni, ugyancsak 5—6 hónapos lappangási idő után. A parisita specificitása mellett szól, hogy úgy passiv, mint aktiv immunitást képes létesíteni. Összes kisérleteinek eredményeit a következőkben foglalja össze:

1. a parasitát úgy az ember, mint az állat összes rosszindulatú daganataiban igen nagy számban meglelte;

2. a parasita tiszta tenyészetét disponált állatokba fecskendezve, határozottan malignus daganatokat kapott;

3. a parasita elölt tenyészete, valamint tiszta tenyészettel immunizált állat seruma hatásos védelmet nyujt rosszindulatú daganatok fejlődésével szemben;

4. a parasita elölt tenyészete minimalis dosisának befecskendezése rosszindulatú daganattal biró emberben részben helyi, részben általános reactiót okoz;

5. emelkedő adagok folytatólagos befecskendésével a daganatban regressiv elváltozást, majd hegesedést idézhetünk elő.

(Mittheilungen aus Schmidt's Laboratorium für Krebsforschung 1905. I. f.) *Steiner Pál* dr.

A rákos gyomor resectiójáról értekezik *Matti* assistens *Kocher* tanár berni klinikájáról. *Kocher* az utolsó 24 évben 101 gyomorresectiót végzett, még pedig az első 18 évben 52-t, a többit az utolsó 6 évben. Ezek közül szerző 97 esetet vett számba, mert 4 eset a legutóbbi időre esik. Nemre nézve 47 nő, 50 férfi volt. Koruk 19—66 év közt ingadozott oly módon, hogy 30 éven alul az esetek 9·2%-a, 30—40 év közt 27·8%, 40—60 év közt 59·8%, 60—70 év közt 3%-a volt. 16 esetben a rák ex ulcere fejlődött. Hereditas, még pedig homolog öröklékenység 15·40%-ban volt kimutatható. Az esetek 77·3%-ában a hasfalon át daganat volt tapintható, 8%-ban csak resistentia, 11%-ban negativ volt a palpatiós lelet. Szabad sósav hiányzott az esetek 82·5%-ában; tejsavreactio positiv volt 56 esetben. Ebből szerző azt következteti, hogy a szabad sósav hiánya jelentős a rák diagnosisában, kivéve, ha az ex ulcere fejlődik, a mikor szabad sósav és normalis aciditás lehetnek jelen. A daganat az esetek 62·6%-ában a pyloruson ült, 12%-ban a kis curvaturára is reáterjedt. A regionaer mirigyek megbetegedése igen gyakori, *Renner* szerint az esetek 73%-ában rákosak a táji mirigyek. A műtétet bromaethyl-aethernarkosisban végzi *Kocher*, esetleg előzetesen egy centigramm morphiumot is ad a bőr alá. A műtéti eljárás a *Kocher*-féle gastroduodenostomia, néhány esetben *Billroth II.* szerint gastro-jejunostomiát végeztek. A gastro-duodenostomia adja a legjobb functionalis eredményeket és ha a rákot kellően az épben távolítjuk el, akkor új recidivás stenosis nem fenyeget. *Kocher* külön tárgyalja az első 52 esetet, a mikor is 65% gyógyulása és 34·6% operativ mortalitása volt. Az ő módszere szerint operáltak (32 eset) közül csak 5 esetben (15·6%) állott be a műtét folytán a halál. Az utóbbi 45 esetben gyógyult az esetek 82·22%-a, a saját methodusa szerint operált 39 eset 82%-a. Csakhogy a 18% operativ mortalitásból levonandónak véli a 6 esetben bronchopneumonia okozta halált, csak 2 esetben volt peritonitis a halálok, vagyis localis complicatio az eseteknek csak 5·1%-ában okozott halált, a mi azt bizonyítja, hogy az aseptikus műtéti technikával a veszély minimális. Az összes eseteket véve, operativ mortalitása 25·7%, a saját methodusa szerint pedig 16%, ha pedig a bronchopneumoniákat levonjuk, 4·6%. A meggyógyult betegek 71·8%-a meghalt 1 hó és 6 év közti időben, jelenleg csak 20 él, a mi az esetek 28·2%-ának felel meg. A recidivában elhaltak átlagos életkora a műtét után 18·7 hó volt. A *Volkmann*-féle trienniumot véve a gyógyulás mértékeül, definitiv gyógyulásról 8 esetben beszélhetünk, vagyis csak 9·18%-ban van 3 évi recidivamentesség. E betegek 16, 11, 7, 6, 5 (3 esetben) és 3 év óta recidivamentesek. Önkényt felvetődik a kérdés, hogy mely tényezők biztatnak végleges gyógyulással? Ezen tényezők a betegség rövid fennállása, a ráknak histologice is konstatálható fiatalsága, az összenövések és rákos mirigyek hiánya. Műtét után a gyomormotilitás ismét helyreáll, a sósavproductio elmarad, tejsav nem képződik újból. A sósavhiányt a helyreállott jó motorius functio kompenzálja. Végül a következőkben összegezi tapasztalatait: 1. a gyomorrák operative gyógyítható; 2. korai szakban operálva a definitiv gyógyulás is gyakori lesz; gyanú esetén végezzünk explorativ műtétet; 3. a gyomorresectio relative veszélytelen beavatkozás; 4. legjobb a *Kocher*-féle gastro-duodenostomia, mert a physiologiai viszonyoknak leginkább megfelelő viszonyokat teremt s úgy operativ, mint távolabbi eredményei legjobbak. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1905. 77. kötet, 1—3. füzet.)

Steiner Pál dr.

Gombostű bejutása a féregnyúlványba appendicitisre és következményes májtályogra vezetett *Sidney Phillips* esetében. A májtályog a pleuraürbe való áttörés útján halálossá vált. A tű szerző becslése szerint két évig feküdhetett a féregnyúlványban; ekkor mutatkoztak az első lobos jelenségek. *Payne* esetében hasonlóképen gombostű okozta az appendicitist. (The Lancet, 1905. 4262. sz.) *Pólya.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A neuronalt *Bleibtreu* kölni főorvos 42 esetben használta és eredményeivel nagyon meg van elégedve, a mennyiben átlag 1·0 grammos adagban használva, jó hypnoticumnak és sedativumnak bizonyult. Kiemeli, hogy még huzamos használat esetén sem okoz kellemetlen melléktüneteket és hogy chorea minor néhány esetében is jó eredményeket ért el vele. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1905. 15. szám.)

Collargollal több gyermekgyógyászati esetben nagyon jó eredményeket ért el *Rocaz*. Különösen kanyarós bronchopneumonia eseteiben tett a collargol nagyon jó szolgálatokat. Minthogy gyermekeknél az intravenosus befecskendezések nehézségekkel járnak, 7%-os kenőcs alakjában használta a collargolt. Ebből a kenőcsből naponként 1—3 grammot dörzsöltetett be 15 perczen át a hónaljtájék bőrébe, a melyet előzőleg szappannal erősen megmosott és azután alkohollal zsírtalanított. (Gaz. des hopitaux de Toulouse, 1905. 35. szám.)

A creosotalt *Löle* kiterjedten használja, mert úgy gümőkóros, mint nem gümőkóros eredésü tüdőbeli kóros folyamatokban nagyon jó eredményeket látott tőle. Különösen a gyermekkorban feltünő a jó hatás. Gyermekek azonban nem veszik szívesen a creosotalt olajos íze miatt. Hosszas próbálgatás után a következő adásmódot találta legjobbnak: rendelünk ipecacuanha-forrázatot liquor ammonii anisatival és nagyon sok althaea-szörppel; ezenkívül külön rendelünk creosotalt. Használatkor a kanálban levő ipecacuanha-forrázathoz megfelelő mennyiségü csepp megmelegített creosotalt adunk, a mely a folyadék felszinén úszva, bevételkor előre lecsúszik, izét pedig az utána jövő szörp- és ánizs-íz elfedi. (Medico, 1905. 19. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. junius 30.

= **A kolozsvári Ferencz József tudomány-egyetem** rectorává az 1905/6. tanévre *Szabó Dénes* dr. ny. r. tanárt választották. Az orvostudományi kar dékánja *Buday Kálmán* dr. ny. r. tanár, jegyzője pedig *Rigler Gusztáv* dr. ny. r. tanár lett.

× **Mangold Henrik** dr. királyi tanácsos a minap ünnepelte Balatonfüreden doktorrá avatásának ötvenedik évfordulóját. A jubilánst, a ki mint orvos, szakiró és balneologus egyaránt érdemeket szerzett, az évforduló alkalmából az *Országos Balneologiai Egyesület* nevében *Bókay Árpád* dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos, elnök, a *budapesti orvosszövetség* nevében *Babarczi Schwartzer Ottó* dr. udvari tanácsos, elnök és a *Wiener medicinisches Doktoren-Kollegium* elnöksége üdvözölték.

+ **Breyer Adolf** dr. eperjesi orvos a napokban ülte orvosdoktorrá felavatásának 50. évfordulóját.

| **Választás.** *Klein Samu* dr.-t, eddig esztergomi kórházi segédorvost, Temes-Szt.-András község orvosává választották.

— **A borsodmegyei orvos-gyógyszerész egylet** junius 20.-án tartott havi ülésén egyhangúlag elhatározta, hogy tagjai vasár- és ünnepnapokon a délutáni rendeléseket (ambulantia) beszüntetik.

+ **35,556/1905. B. M. számú körrendelet festékeknek élelmi, élvezeti szerek, némely szükségleti szerek és némely szükségleti tárgyak készítésére való használata, úgyszintén festett élelmi, élvezeti szerek és szükségleti tárgyak forgalomba hozatala tárgyában.**

1. §. Eladásra szánt élelmi s élvezeti szereket egészségre ártalmas festékkel festeni és ilyen állapotban eladni vagy árúba bocsátani tilos.

2. §. Az 1. §-ban megállapított tilalom a következő ártalmas festőanyagokra terjed ki: Aurantia (császársárga), corallin sárga (aurin), corallin vörös (paeonin), dinitrocresolok s fémmel való összeköttetések (Viktoriasárga, sáfránypótlék), gummigutti, Martinsárga (Manchestersárga), orange II. (tropaeolin 2.), pikrinsav (trinitrophenol) s annak bármely összeköttetése; továbbá a magukban véve ártalmatlan szervi festőanyagok oxalsavas sói, végre általában mindazok a szervi és ásványi festőanyagok, a melyek antimont, arsent, baryumot, cadmiumot, chromot, higanyt, ólmot, ónt, rezet, uraniumot, zinket olyan mennyiségben tartalmaznak, a mely a szokásban lévő előállitási módok mellett elkerülhetlen szennyeződés mértékét meghaladja. Ilyen megitélés alá esik: *a*) ha 5 gm. festőanyag (száraz állapotban vagy tésztaalakban, illetőleg 5 gm. száraz anyagnak megfelelő oldatban) a Marsh-készülékben 30 percz alatt határozottan látható arsen-tükröt ad; *b*) ha 5 gm. festőanyag (száraz állapotban) többet tartalmaz, mint 2 mgm. higanyt vagy 10 mgm ólmot, illetőleg antimont vagy többet, mint 20—20 mgm. baryumot, cadmiumot, chromot, ónt, uraniumot, illetőleg zinket, avagy többet, mint 50 mgm. rezet.

3. §. Élelmi s élvezeti szerek festésére szánt ártalmatlan festékeket iparszerűen eladni vagy árúba bocsátani csupán olyan zárt edényekben vagy burkolatokban szabad, a melyeken könnyen észrevehető jelzés azt mutatja, hogy a festék „élelmiszerek festésére“ való és hogy „nem ártalmas“, továbbá a melyeken a gyár saját jelzése, úgyszintén az elárúsító kereskedő czég neve, és a mennyiben festőanyagok keverékéről van szó, ennek összetétele szintén fel van tüntetve.

4. §. Tilos az eladásra szánt élelmi s élvezeti szereket még ártalmatlan festékkel is úgy festeni, hogy a festés a vevőt az élelmi vagy élvezeti szer minőségére nézve megtéveszthesse és ezen szereknek romlottságát vagy az egészségre ártalmas voltát (pl. hús, kolbászfélék stb. festése esetében) vagy csekélyebb értékét (pl. vaj, kávé stb. festése esetében) leplezhesse. Az ezen tilalom ellenére megfestett élelmi és élvezeti szereket eladni vagy forgalomba hozni tilos.

5. §. Eladásra szánt élelmi s élvezeti szerek eltartására vagy csomagolására a 2. §-ban elősorolt anyagokkal festett edényeket, burkolatokat, fedőket használni tilos.

E tilalom alól kiveendők a következő festőanyagok:

Baryumsulfat, baritfesték, lakkok (a melyekben vizben oldható baryumvegyület nincsen s a melyekből 6%-os eczetsavval félóráig való pállitás után nem lehet kivonni baryumot), továbbá chromoxyd, cinnober, színfényfestékek (ón-, réz-, vagy zinkfémből avagy ezek ötvözetéből ónsulfid, úgynevezett muszivarany).

6. §. Bőr, haj, száj stb. tisztitására, ápolására vagy festésére szolgáló úgynevezett szépitő (kosmetikai) szerekhez a 2. §-ban felsorolt anyagokat használni tilos. E tilalom alól kiveendő a baryumsulfat, cadmiumsulfid, chromoxyd, cinnóber és ónoxyd.

7. §. Eladásra szánt játékáruk, képes ivek, képes könyvek, gyermekeknek való festékek és mesterséges karácsonyfák készitésére, illetőleg festésére a 2. §-ban felsorolt anyagokat nem szabad használni. E tilalom alól kiveendők a következők:

Antimonsulfid, cadmiumsulfid, mint a kacsukanyag festőszerei (de azzal a feltétellel, hogy a kaucsukanyagból 10%-os borkösavoldattal legalább egy óráig való pállitás után antimon ne legyen kivonható); baryumsulfat, baritfesték, lakkok (a melyekben nincs vizben oldható baryumvegyület s a melyekből 6%-os eczetsavval félóráig való pállitás után nem vonható ki baryum); chromoxyd, cinnober (az utóbbi azzal a megszoritással, hogy gyertyák festésére használni tilos); zinkfémfestékek (ón-, réz- vagy zinkfémből, vagy ezek ötvözetéből); ólomchromat (magában vagy ólomsulfáttal keverve), mint olaj- vagy firneisfesték avagy pedig lakkal bevonva; ólomfehér, mint a viaszöntvény (Wachsguss) alkotó része (a mennyiben mennyisége az anyag 100 súlyrészében egy súlyrésznél többet nem halad meg); ólomoxyd, mint a firneis alkotó része, továbbá vizben oldhatatlan zinkvegyületek vagy lakkal bevonva, vagy mint az olaj- s firneisfesték alkotó részei, avagy mint a kaucsukanyag festőrészei (de azzal a feltétellel, hogy a kaucsukanyagból 10%-os eczetsavval egy óráig való pállitás után zink ne legyen kivonható).

Gyermekeknek való festékeket megfelelő jelzéssel kell ellátni, például „gyermekeknek való“, vagy „nem ártalmas“ vagy „nem mérges“.

Nem szabad azonban forgalomba hozni semmiféle festéket (úgynevezett tussfestéket) „nem ártalmas“ vagy „nem mérges“ jelzéssel, ha nem felel meg a fentebbi rendelkezéseknek.

Nem élvezeti czélra szánt (pl. pecsét) ostya készitésére szintén az 1. §-ban foglalt rendelkezés irányadó, azzal a kivétellel, hogy baryumsulfatot, chromoxydot és cinnobert használni szabad.

8. §. Ruha-, függöny- vagy butorszövetek, kárpitok (tapéták), szőnyegek, mesterséges virágok, levelek, gyümölcsök, álarczok, irószerek, lámpaernyők, gyertyák készitésére s húsvéti tojások festésére arsentartalmú (2. §.) festékeket használni tilos.

Nem esik e tilalom alá arsentartalmú páczoknak és rögzitőszereknek szövetek, kelmék festésére vagy nyomására való használata, de az ilyen módon kezelt szöveteket sem szabad az előbb emlitett tárgyak készitésére használni, ha az arsen a kész tárgy 100 cm²-jében 2 (kettő) mgm.-ot meghalad.

A testtel közvetetlenül érintkező ruházati tárgyak (fehérnemű, harisnya stb.) készitésére arsentartalmú páczokkal és rögzitőszerekkel kezelt szöveteket, fonalakat s kötött árukat egyáltalán nem szabad használni.

Szövetek, fonalak, kötött vagy paszományáruk súlyositására vagy csinozására (apretálására) ólomvegyületeket használni tilos.

Tilos továbbá ruházati tárgyak készitésére olyan szöveteket használni, a melyeknek 100 cm²-jében 15 mgm.-nál több antimon található.

9. §. Lakó- s üzleti helyiségek padozata, mennyezete, falai, ajtói, ablakai, zsalui s redőnyei, úgyszintén berendezési tárgyai (butor, állvány stb.) mázolására arsentartalmú enyv- s vizfestékeket (2. §. *a*) használni nem szabad.

10. §. A 6—9. §-okban foglalt rendelkezéseknek meg nem felelő módon készitett tárgyakat iparszerűen eladni vagy árúba bocsátani tilos.

11. §. Azok, a kik e rendelet határozmányait megszegik, a menyiben cselekményük büntettet vagy vétséget nem képez, kihágást követnek el, a mely 10 napig terjedhető elzárással és 200 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.

12. §. Ez a rendelet folyó évi julius hó 15.-én lép életbe, a mikor hatályát veszti:

1. A chromsavas ólomnak czukortárgyak szinezésére való használatát tiltó 1874. évi 12,859.,

2. a méregtartalmú festékeknek, úgyszintén az egészségre káros hatású vegyi készitményeknek közhasználati tárgyaknál való alkalmazása s eladása ügyében kiadott 1874. évi 36,685.,

3. az arsen (mireny) tartalmú anyagokkal festett kelmékről szóló 1875. évi 9215.,

4. a zöldre festett kávé vizsgálatára vonatkozó 1880. évi 18,729., végül

5. a dinitrocresoloknak és a corallinnak tápszerek festésére való használatát tiltó 1889. évi 30,724. számú itteni rendelet.

Budapesten, 1905. évi junius hó 17.-én. A minister helyett *Széll Ignácz* s. k., államtitkár.

— **Elhúnyt** *Latschenberger* dr., a physiologia tanára a bécsi állatorvosi főiskolán, 58 éves korában.

— **Kisebb külföldi hirek.** *Simpson*, a világhirű gynaekologus, az edinburghi egyetem tanára, legközelebb nyugalomba vonul.

| **Nagy alapitvány.** A nemrég elhúnyt *Rothschild Nathaniel* 20 millió koronás alapitványt tett idegbajosok számára való gyógyintézet felállitására.

+ **A berlini Virchow-kórház,** a melyet a jövő év tavaszán adnak át használatnak, a continens legnagyobb kórháza lesz, a mennyiben 2000 beteget fog befogadni, mig a bécsi „Allgemeines Krankenhaus“, a melyet eddig a legnagyobbnak tartottak, csak 1956 beteg számára van berendezve. A személyzet száma 650 lesz. A személyzet gyermekei számára külön iskolát rendeztek be a kórház területén.

⊕ **Kérdőivek dajkaügyben.** A bécsi „Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde“ paediatriai osztálya a csecsemők természetes táplálása tanulmányozására bizottságot küldött ki. E bizottság természetesen a dajkaügyet is felvette tárgyalásai körébe és azért most felkéri azon orvosokat, a kik olyan helyen működnek, a hol sok a dajka, hogy ezirányú tapasztalataikról egy kérdőiv kitöltésével a bizottságot tudósitani sziveskedjenek. Kérdőivet szivesen bocsát rendelkezésre a bizottság elnöke, *Prof. Theodor Escherich* (Wien, Schutzstelle IX/2. Zimmermannplatz).

◯ **Az V. nemzetközi gynaekologiai congressus** szervező-bizottsága elhatározta, hogy a congressust, a melynek ez évi szeptember havában Szt.-Pétervárott kellett volna megtartatni, a jelenlegi orosz politikai viszonyok miatt a jövő évre halasztja.

× **Az orvosi hőmérővel** gyakran követnek el visszaéléseket. Több módja van ugyanis annak, hogy a higanyoszlop tetemesen emelkedjék és igy magas hőfokot jelezzen, a mit némelyek az érdeklődés felkeltésére vagy szánalom ébresztésére (hysteriások), mások meg azért vesznek igénybe, hogy Kórházban maradhassanak vagy ide felvétessenek. A legegyszerűbb mód az, hogy a hőmérőt valamely meleg folyadékba (leves, tea) mártják, vagy forró ételekkel, meleg borogatással stb.

hozzák érintkezésbe. Egy további mód a dörzsölés. Némelyik hőmérőn hirtelen lökés útján juttatható a higanyoszlop magasra (a mi különben a higanyoszlop rendellenes megszakadásán könnyen meglátszik). Ujabban a hőmérők higanytartóját az érzékenység fokozása czéljából oly vékony üvegből készitik, hogy a reá gyakorolt nyomással könnyen sikerül a higanyoszlopot feljebb emelni (a szájban való hőmérőzéskor a fogakkal gyakorolható ilyen nyomás). Sokszor nagyon nehéz az ilyen — többnyire szándékos — hibaforrásokra rájönni. Legbiztosabb mód az, hogy az illetőn különböző testrészeken végezünk egyidejűleg több hőmérővel meghatározásokat, pl. mindkét hónaljban, vagy a szájban és a végbélben. Természetesen nem szabad ilyenkor megfeledkezni arról, hogy bizonyos okok miatt a különböző helyeken egyidőben végzett meghatározások eltérő eredményeket adhatnak, pl. hemiplegiában a két hónalj hőmérséke elütő lehet, avagy lobos folyamatok a mérés helyén okozhatják a hőmérsék magasabb voltát.

⊙ **Radiobok.** Az utóbbi napokban a napilapok sokat foglalkoztak bizonyos kisérletekkel, a melyeket a cambridge-i egyetem „Cavendish-laboratoriumában" végzett *John Butler Burke* s a melyekről a „Nature" czimű folyóirat május hó 25.-i számában tett jelentést. A kisérletek lényege az, hogy sterilizált radium-sókat téve sterilizált tenyésztőgelatinába, néhány óra vagy néhány nap mulva tenyészetszerű dolog mutatkozik a felületen, az azután lejebb terjed, úgy hogy némely esetben 14 nap alatt egy centimeter vastag rétegben látható. Ezt a tenyészetszerű dolgot mikroskoppal vizsgálva, első pillanatra bakteriumok benyomását kapjuk; minthogy azonban nem oltható tovább, alig állhat bakteriumokból. De másrészt — a mint Burke kimutatta — kristályokból sem áll, hanem bizonyos képletekből, a melyeket egyelőre radiobok-nak neveztek el. Arról azonban eddig szó sincs, hogy — a mint azt a napilapok irják — e kisérletek élő anyagnak képződését élettelen anyagból bizonyitanák. A részletekről Burke legközelebb szándékozik beszámolni.

+ **A radium alkalmazásának új módját** eszelte ki *Braunstein* moszkvai orvos. A radium hatása ugyanis bizonyos módon vizbe átvihető, ez az úgynevezett „emanatiós viz" azután befecskendezhető például olyan daganatokba, a melyek a radium-sugarak számára hozzáférhetlenek. Ez a viz, ellentétben a radium-sugarakkal, a normalis szövetekre állitólag hatástalan, csak a kóros szövetekre fejti ki roncsoló hatását; ezenkivül baktericid és fermentaktiváló hatású is. (Therapie der Gegenwart, 1905. 5. füzet.)

⋈ **Az ausztriai főiskolák nagy beruházása.** Gautsch osztrák ministerelnök a parlamentnek bejelentette, hogy az osztrák főiskolák épitkezéseire összesen 25 milliót fog a törvényhozástól kérni. Ez összegből, mint hirlik, Bécsben új physikai, közegészségtani, orvoskari intézeteket; Prágában, Innsbruckban, Lembergben új központi épületeket, Krakkóban és Lembergben új klinikákat, Krakkóban könyvtárt s több helyen technikai intézeteket emelnek. A költségvetésbe a 25 millió annuitását állitják be. Ezen beruházásban természetesen *nem* foglaltatik benne az Allgemeines Krankenhaus helyett előirányzott klinikák költsége 40 millió koronával.

◑ **A cölni kórházak átalakitása.** A cölni gyakorlati orvostani akademia czéljaira szolgáló városi kórházak újjáépitését, részben átalakitását végleg elhatározták. A *városi* képviselőtestület e czélra egyhangúan 5.842,000 márkát szavazott meg.

⋁ **Az orvosi tanulmányi rend reformja Francziaországban.** Bienvenu-Martin franczia közoktatásügyi minister az egyetemek rectoraihoz intézett leiratában megindította az orvosi tanulmányi rend revisioját. Az orvosi facultások véleményét 1906. január 1-ig kéri. A reformot főleg a szigorlatok beosztására, az oktatás gyakorlatiabbá tételére, a tanulmányi rend rendezésére tervezik.

— **Az Archiv für Augenheilkunde új szerkesztője.** Az Archiv für Augenheilkunde szerkesztésében változás állott be. Eddigi szerkesztője: *Schweigger*, a berlini egyetem nyugalomba vonult szemésztanára, az Archiv für Augenheilkunde szerkesztésétől is visszalépett s helyét *Hess* a würzburgi egyetem szemésztanára foglalta el; a folyóirat Knapp (New-York), Schweigger (Berlin), Greeff (Berlin) s a szerkesztő kiadásában jelenik meg. Állandó munkatársai: Bellarminoff (Szt.-Pétervár), Bernheimer (Innsbruck), Cirincione (Palermo), Czermak (Prága), Grósz Emil (Budapest), Gullstrand (Upsala), Haab (Zürich), Hirschmann (Charkow), Schweigger R. (Berlin).

⨯ **A radium ára** az utóbbi időben nagyon felszökött. Azt a mennyiséget, a melyet azelőtt 40 márkáért meg lehetett szerezni, most 2000 márkával fizettetik meg. Egy milligramm ára jelenleg 400 márka (480 korona).

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Előpatak* (VI. 24.) 156; *Tátrafüred* (VI. 22.) 611; *Ujtátrafüred* (VI. 21.) 319; *Tátra-Széplak* (VI. 16.) 263.

= **Nyitra vármegye érsekujvári közkórházában** — a mint azt *Hückl Ernő* dr. kórházi igazgató-főorvos jelentésében olvassuk — az 1904. évben összesen 952 beteget (631 férfi és 321 nő) ápoltak. A halálozási százalék 7·14 volt. A műtétek száma 231-re rugott.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 23. hetében (1905. junius 4.-től junius 10.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 437 gyermek, elhalt 310 egyén, a születések tehát 153-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra: 27·2. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19·3, az egy éven felüli lakosságnál: 17·7, az öt éven felüli lakosságnál: 9·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 5, meningitis tuberculosa 6, apoplexia cerebri 5, convulsiones 3, paralysis progress. 4, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordi. 9, morbi myocardii 3, vit. valvularum 3, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 1, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 2, 5 éven felüli 1, pneum. catarrh. 9, pneumonia 12, pneumonia crouposa 1, tuberc. pulmonum 33, emphysema pulm. 2, pleuritis 0, alii m. org. resp. 1, morbi stomachi 3, enteritis 0 éven aluli 8, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 1, cirrhosis hepatis 2, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 1, alii m. syst. urop. 1, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 2, m. cut. et t. cell. 2, m. oss. et artic. 1, debil. congenita 6, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 4, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 0, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 1, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 2, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 2, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 0, dipht. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 1, pyaema, sepsis 0, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 3, suicidium 7, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 1. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3577 beteg, szaporodás 862, csökkenés 877, maradt e hét végén 3495 beteg. *b*) Heven y ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást jelzeti fel): kanyaró 234 (204), vörheny 48 (45), álh. gége- és roncsoló toroklob 23 (23), hökhurut 10 (11), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagyma z 1 (1), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 20 (9), vérhas 2 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 8 (3), trachoma 3 (10), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

Mai számunkhoz Dr. Carlo Gaetano Nicastro „Az euchininről" czimű dolgozatának külön lenyomata van mellékelve, melyre előfizetőink szives figyelmét ezennel felhivjuk. Ezen dolgozat részletesen tárgyalja a „Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co. Frankfurt a/M." czég jól ismert készitményét.

Hivatalos orvosok részére nélkülözhetlen a **„Tiszti Orvosok Naplója."** Ára 2 korona. Kapható az összeg előzetes beküldése ellenében a „Petőfi" Ujság és könyvkiadó-vállalatnál. Budapest, III.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium."** Ujonnan épült magán, gyógyintézet **se bészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. szám. — 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.**

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások massage, vizgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyviz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Budán.**

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesitő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szivneurosisok, ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat (V. bemutató ülés 1905. márczius 29.-én). 490. l. — (VI. bemutató ülés 1905. április 26.-án). 490. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (II. szakülés 1905. február 24.-én). 491. l. — (III. szakülés 1905. évi márczius hó 31.-én). 491. l.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató ülés 1905. márczius 29.-én.)

Elnök: **Axmann Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

A szemüreg és a Highmor-barlang plombálása.

Pólya Jenő: P. J.-né 57 éves, napszámosnő, Gönczről. 1900-ban sebe keletkezett bal alsó szemhéján, mely miatt 1903-ban a budapesti egyetemi szemklinikán megoperálták. 1904 nyara óta sebe kiújult és fájdalmai vannak. Felvételekor a következő állapotot találtuk. Mindkét szemen cornea-foltok, egyébként mindkét szemteke ép. Az arcz bal felén nagy hegek, a bal alsó szemhéját egy az arczból odahúzott lebeny képezi. A bal belső szemzúg táján nadrággombnyi, felületesen kissé kifekélyesedett terület, a felső szemhéjon a külső zug táján két gombostűfejnyi exulceratio. A műleges alsó szemhéj a külső zug táján a csonthoz rögzített s a bőr itt fillérnyi területen kemény és kékesen elszínesedett. A szemteke jól mozog. Diagnosis: Carcinoma recidivans palpebrarum.

Herczel tanár megbizásából 1905. február 14.-én megoperáltam Sudeck-bódításban; a belső zugban és a felső szemhéjon levő carcinomákat kimetszvén, az alsó szemhéjon levő rákos göb kiirtásához láttam s ekkor kitünt, hogy ez egyfelől messze hátraterjed a szemüregbe s hátul a sclerára is ráterjed, másfelől az antrum Highmori felső falát lencsényi területen usurálta; mivel a beteg műtét előtt a bulbus kivételéhez beleegyezését nem adta, a műtétet meg kellett szakitani s csak február 19.-én folytathattuk. Ekkor a szemhéjakat bőven az épben körülmetszve, a szemüreg egész tartalmát a periorbitával együtt egészen a foramen opticumig eltávolitottam; a járomcsont beteg részeit és a Highmor-barlang egész felső falát eltávolitottam s annak nyálkahártyáját kikapartam. Feszes tamponád, drainage az arcz és az orr felé az antrum mediális falának áttörése után.

A keletkezett nagy defectust úgy pótoltam, hogy február 25.-én a csikok eltávolitása után a szemüreget és a Highmor-barlangot kikaparása, formalinnal való kiöblítése, gondos kiszáritása és a bal orrüreg tamponálása után Mosetig-jodoformplombbal kitöltöttem s a bőrhiány széleinek felfrissitése után a homlokról vett s az orrgyök mellett ülő, nyéllel biró bőrperiostlebenyt fektettem a plomb fölé. A homlokon levőt *Thiersch* szerint transplantáltam. A plomb egy része az orron s a seb alsó külső zugában támadt varratszétváláson át kilökődött, s az utóbbi helyen, hol egy fillérnyi sarjfelszin van, még jelenleg is ürül jodoformrészleteket tartalmazó nehány csepp geny, egyébként azonban a lebeny teljesen megtapadt.

Az emberi szervezetben előforduló saválló bacillusokról.

Preis Károly: Előadó röviden ismerteti a *Róna* tanár osztályán hosszabb ideig észlelt „perifolliculitis agminata“ két esetét, melyek mindegyikében a számos cutan és subcutan tályog genyében tömérdek saválló bacillust találtak, melyeket sem morphologice, sem festés útján az igazi gümőbacillusoktól biztosan elkülöniteni nem lehetett. Azonban a több oldalról megkisérlett tenyésztési és állatoltási kisérletek negativ eredményt adtak s a histologiai vizsgálat is kideritette, hogy nem gümőkóros folyamattal állunk szemben; a cystikusan tágult folliculusokban levált szarúsejtek, faggyú-, genysejtek s tömérdek más fajta bakterium mellett saválló bacillusok óriási számmal voltak jelen. Különben más bőrbántalmakban is, igy scrophulodermás tasakokban és egy phlegmone után visszamaradt, befelé hámosodott bőrcsücsök alatt ugyanezeket a saválló bacillusokat, ugyanolyan nagy számmal lehetett találni. Mindezen esetekből az következik, hogy ezek a saválló bacillusok a bőrön nemcsak physiologiai körülmények között, bizonyos határozott, már eddig is ismert helyeken fordulnak elő, hanem pathologiai elváltozások nyomán is találhatók, ha azok végeredményben faggyúnak és veritéknek nagyobb mennyiségben való felhalmozódásához és pangásához vezetnek és hogy a bőrbántalmakban talált saválló bacillusok csak akkor értékesithetők gümőkór mellett, ha magában a szövetben, typusos gümőkóros structura mellett találjuk őket. A positiv eredményű állatkisérlet sem bir mindig teljes bizonyitó erővel, mert miként *Preisich* és *Schütz* eseteiben a körömpiszokba, úgy ilyen piszokfészkekbe, mint a milyenek a cystikusan tágult folliculusok vagy a scrophulodermás tasakok, szintén könnyen bejuthat a többi saválló bacillus mellett a gümőbacillus is. A vizeletben néha található saválló bacillusok számos kisérletben a praeparatum előzetes zsirtalanitása, 3% sósavas alkohollal 1 perczig kezelés és *Sahli*-féle methylenkékkel 15 napig festés után egytől-egyig kékre festődtek, tehát nem azonosak a bőrbántalmakban talált saválló bacillusokkal, de legkevésbé a *Möller*-féle smegmabacillussal, melynek savállósága majdnem akkora, mint a gümőbacillusé s a melyet a tulajdonképeni smegmában még nem találtam. Erre nézve különben vizsgálataim még nincsenek befejezve.

Az urotropin befolyása a vörhenyes veselob fejlődésére.

Preisich Kornél: 600 vörhenyesetben használta az urotropint és ezekkel szembe állit ugyanazon időből 600 oly vörhenyesetet, melyekben urotropint nem alkalmazott. Az előbbi esetek 9·16%-ában, az utóbbiak 13·66%-ában fejlődött veselob. Kitünt, hogy az urotropin hatástalan, ha a betegség első vagy második napjától számitva 3 napon át és a betegség 3-dik hetének elején adták. Az urotropin adagolását a következményes veselob megelőzése czéljából minden vörheny-esetben ajánlja, még pedig oly módon, hogy ez a betegség első és harmadik hetének végén 3 napon keresztül jöjjön alkalmazásba, kor szerint 0·10—0·5 gm.-os adagokban, háromszor napjában. Ily módon használva, az urotropintól káros hatást sohasem látott.

(VI. bemutató ülés 1905 április 26.-án.)

Elnök: **Schwartz Arthur.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Pólya Jenő és Balás Dezső tagtársakat.

Ulcusból származó heg létesitette homokóragyomor ritka esete.

Balás Dezső: Cz. J.-né, 40 éves, napszámos neje f. év márczius 3.-án vétetett fel Hirschler osztályára. Beteg előadja, hogy néhány hó óta ismeretlen okból betegeskedik, ez idő alatt erősen lesoványodott. Minden evés után nagy, görcsös fájdalmat érez gyomrában és az ételt röviddel az étkezés után ki is hányja; hányadéka nem véres.

Az erősen lesoványodott, anaemiás és elgyengült beteg vizsgálatakor feltünő az epigastrium behúzódottsága, s ezzel szemben a meso-, különösen a hypogastrium elődomborodott volta. Máj- és léptompulat rendes. A has nyomásra sehol sem érzékeny. A köldök felett körülbelül egy harántujjnyira egy kolbászalakú, harántul futó, a légzésmozgásokat nem követő, rögzitett, egyenetlen felületű, tömött tapintatú, élesen elhatárolható daganat tapintható, mely felett tompult-dobos a kopogtatási hang, s nyomására a beteg különösebb fájdalmat nem külöl.

Egyéb elváltozás a hasban nem található. A gyomornak sondán át történt felfúvásakor a daganat jól tapintható, felette a kopogtatási hang nem változik, ellenben a gyomor élénken határolt oly módon, hogy a kis görbület a köldök magasságában a tumor alsó peremétől elhatárolt, mig a nagy görbület csaknem a symphysisig ér.

Próbareggelire a gyomorban 300 cm³ residuum található, szabad sósav 12, összaciditás 48, tejsav nincs.

Vizelet fajsúlya 1028, idegen alkatrészt, czukrot nem tartalmaz. A beteget márczius hó 16.-án tették át műtét czéljából a Janny által vezetett III. sebészeti osztályra.

A műtétet Janny szives megbizásából márczius 18.-án végezte chloroformnarcosisban. A köldök felett a linea albában behatolva, a gyomrot körülbelül gyermektenyérnyi szélességben a hasfal bal felé hez laposan odanőve találta, a mely odanövésnek, még pedig a parietális peritoneumnak a gyomron rajtahagyásával történt felszabaditása után vált csak lehetségessé a tájékozódás, a midőn kitünt, hogy a gyomor körülbelül középső harmadának megfelelően a nagy görbülettől a kis görbület felé haladó heges befűződés által ketté van osztva, tökéletesen homokóraalakú, cardiális és pylorikus részlete a befűződés helyén a kis görbület mentén alig egy ujj számára átjárható. A szűkületet okozó kérges gyomorrész alapjával a gyermeköklölnél valamivel nagyobb, tömött tapintatú pankreas fejével szorosan összekapaszkodott, mig mellső felületével a hasfalhoz odanőtt. A gyomor csaknem vertikális irányban egyrészt a pankreashoz, másrészt a hasfalhoz rögzitett volt. Ezen lelet megmagyarázza a gyomor felfúvásakor nyert klinikai képet. U. i. a felfúvó erő a gyomornak csak a szűkület alatti, vagyis pylorikus, tehát a pankreastól lefelé eső, különben is tágult részében érvényesülhetett, miután a szűkület feletti cardiális részt a hasfal hege és a ligamentum gastro-lienale leszoritotta. Innen eredt a pankreas tapinthatósága és a gastroptosishoz hasonló kép. A gyomor sebes felületének elvarrása után a cardiális részen gastro-enterostomiát végzett; a lig. gastrocolicumból egy babszem nagyságú mirigyet távolitott el. A Murphy-gomb a 13. napon távozott, a seb per primam gyógyult. A mirigy Genersich tanár intézetében végzett vizsgálatkor egyszerű lobos hyperplasiát mutatott.

A gyomor befűződése kórboncztani alapon úgy magyarázható, hogy a gyomor testén egy a nagy görbületet keresztező, a mellső és hátsó gyomorfalra is átterjedő, úgynevezett hemicirculáris fekély jött létre, mely a gyomor muscularisának elronesolására vezetett és a gyomor hátsó falának perigastritisét okozta; az átfúródást a lobos bántalom körébe vont pancreassal való összenövés és a mellső gyomorfalnak a hasfalhoz való tapadása akadályozta meg.

A gyógyuló fekély helyét elfoglaló kötszövet később bekövetkezett heges zsugorodása hozta létre azután a befűződést.

Még megjegyzi, hogy a gyomor fekélyes mellső falának a hasfalhoz való tapadása épen utóbbinak physiologiai állandó kitérése miatt

ritkán fordul elő, épen ezért a gyomor mellső felületén átfúródáshoz vezető fekélyek 80%-a perforativ peritonitishez szokott vezetni.

A mi a műtéti eljárást illeti, a betegnél csakis gastroenterostomia volt végezhető. A heg circuláris resectioját a hegnek a lobos pankreasfejjel való szoros összekapaszkodása, s az e miatt várható nagy vérzés, de meg a vérszegény beteg gyengesége is ellenjavalta: gastroanastomosis pedig az igen kiterjedt hegesedés miatt nem volt végezhető.

A műtét után a beteg hányása és fájdalmai azonnal megszüntek; a beteg jelenleg már fennjár, vegyes táplálékot kap, a műtét óta jelentékenyen meg is erősödött.

Hirschler Ágoston: A bemutatott eset élénken feltünteti azon nehézségeket, melyek a homokóragyomor felismerése elé gördülhetnek.

A gyomor felfúvásakor az epigastrium nem domborodott elő, a gyomor nagy görbülete a symphysis magasságában volt látható. E jelekből, a gyomor mozgató erejének kimutatható insufficientiájával együtt, pylorusszűkület tünetei hiányában, a gyomor süllyedésére — gastroptosis — következtettek. A műtét alkalmával meggyőződhettek arról, hogy a homokóragyomornak felső — cardiális — részlete a perigastritises összenövések miatt nem fúvódott fel az insufflatio alatt, ellenben pylorikus részébe a levegő szabadon behatolhatott, ugyancsak e részlete ki is tágult a benne pangó ételmaradékoktól. Az irodalomban több ilyen eset van ismertetve. Igy Bouveret egy esetében az insufflatiokor csak a cardiális rész fúvódott fel, a pylorikus rész ellenben nem, daczára annak, hogy erősen ki volt tágulva, sőt felette locsocsanás is volt észlelhető. A homokóragyomor felismerésére szolgáló többi jel, mint az, hogy a gyomor kimosásakor annak látszólag teljes kiürülése után hirtelen nagy mennyiségű gyomortartalom jelenik meg a tölcsérben, továbbá, hogy több folyadék ürül ki, mint a mennyit beleeresztünk a gyomorba, sokszor cserben hagy, do nem is jellegző, minthogy egyszerű gyomortágulás eseteiben is előfordulnak.

Ángyán Béla: Felemlít egy beteget, a ki osztályán és más osztályokon is éveken át több izben megfordult. Betegsége vérhányással kezdődött, mely 2—3 évenként ismétlődött. Közben óriási gyomorfájdalmai voltak hányás nélkül. A gyomorfájdalmak miatt morphinistává lett, de a morphiumról 8 év előtt sikerült őt leszoktatni. A gyomor felfúvás után kisebbnek mutatkozott és a középvonalban piskóta-alakot mutatott a gyomorfundus és pylorus között a köldök magasságában. Tehát homokórára emlékeztetett a gyomor. A próbaétkezés után 1/4 vagy 1/2 órára már nem lehetett a gyomorból semmit sem eltávolítani, csak bő víz bevitele hozott ki egy kevés ételmaradékot. Ez homokóragyomor jelenlétére utalt. Néha sikerült mégis a próbaétkezés után valami ételmaradékot kivenni és néha anaciditás, máskor hyperaciditás mutatkozott, mindig nagy fájdalmakkal. A beteget már évek óta igyekeztek rábirni az operatiora, de csak ez évben egyezett bele; ekkor azonban már olyan összenövések voltak a környezettel, hogy azokat megoldani nem lehetett. A beteg állapota változatlan maradt, és 3 hét mulva egy újabb gyomorvérzés megölte. A bonczolat teljes perigastritist deritett ki, mely a gyomrot megkisebbítette, és a pankreashoz tallérnyi területen odanövesztette. Ha 3—4 év előtt beleegyezett volna az operálásba, valószinüleg gastro-enterostomiával meg lehetett volna menteni.

(Folyt. következik.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(II. szakülés 1905. február 24-én.)

(Vége.)

2. **Hegyi Mózes hysteria virilis traumatica esetét mutatja be.** A 26 éves férfibeteg 1897-ben tornaórán bakkugrás alkalmával a jobb karjára esvén, jobb felkarját törte és ugyanakkor kificzamodott a jobb könyökizülete is. 8 óra hosszat öntudatlan állapotban hevert, egész testén görcsökkel. Kezelőorvosa előbb tetanusnak, majd epilepsiának nevezte a betegséget. Utóbb a beteg Laufenauerhez, majd Krafft-Ebing, Frankl-Hochwart és Wagner tanárokhoz került, a kik mindnyájan *tetaniát* állapitottak meg nála. A betegség időnként javult. 1903. január havában megint gyakran jelentkeztek a görcsök s nagy fájdalmak gyötörték a beteget. Orvosa morphium-befecskendezéseket rendelt neki. Ezek csillapitották a fájdalmat. Az adagokat fokozta úgy, hogy mikor a klinikára jött, naponta már 2 gm. morphiumot fecskendezett be magának. Ezt az adagot 3 hónapon át használta. 1905. február 1.-én mint morphinista kereste fel a klinikát. A vizsgálatkor kitünt, hogy a vézna, sovány betegnek mind a két karja és a melle sürün megrakott tüszúrástól eredő sebekkel. A bal testfélen tetőtől-talpig anaesthesia, thermoanaesthesia, hypalgesia, baloldali hallás- és látáscsökkenés objectiv eltérés nélkül, szaglás- és ízérzéshiány, baloldali látótérszűkülés voltak és vannak jelen még ma is. A test jobb oldalán hyperaesthesia, hyperalgesia, thermohyperaesthesia, a sulcus bicipitalis internusban, a könyökön és a felkar külső oldalán fájdalmas pontok voltak és vannak most is. Jobbfelől Chvostek-tünet. Az egész bőrön dermographismus, paraesthesia. Stereognosis ép. Labilis kedélyhangulat. Nagyfokú suggestibilitás. A jobb sulcus bicipitalis internusra, a jobb könyökre, a jobb felkar külső felére gyakorolt nyomásra, valamint a Ferenczi Sándor által észlelt karemelésre a tetaniához hasonló tonikus görcs váltható ki a jobb karon. A görcs átterjed a jobb tarkóra, a törzsre, majd az egész testre. A tonikus görcsöt clonikus görcs váltja fel. Csatlakozik hozzá episthotonus, gyors szivműködés, izzadás, dyspnoë, fájdalmas arczkifejezés, fátyolos eszmélet s végül mély sóhaj vet véget a rohamnak. Ilyen roham spontan is szokott egy-két naponként jelentkezni. A roham a jelzett pontok (hysterogen zonák) nyomására megszünik.

E tömeges és jellemzetes hysteriás tünetek alapján kétségtelen, hogy a betegség *hysteria virilis traumatica* és nem tetania.

3. **Szilágyi György tetania chronica** egy esetét mutatja be, melyet február 23.-án hoztak be a klinikára több óráig tartott súlyos rohammal. Mindkét kéz szülészkéz-tartásban, a lábak plantáris flexioban behajlított ujjakkal. Chvostek-tünet. Az esetnek érdekességet kölcsönöz az, hogy 11 év előtt szintén volt tetaniája, mely ikerterhesség alatt lépett fel s fél évig tartott, most pedig az 1903. év ősze óta beteg, a midőn szoptatás alatt lépett fel s az elválasztás daczára is voltak az 1904. évben hosszabb-rövidebb szünetekkel tetaniás rohamai. Az elmult ősz óta gyakoribb és súlyosabb rohamai vannak s mivel a baj egyhuzamban már másfél év óta fennáll, chronikus tetaniáról szólhatunk.

4. **Kanitz Henrik** bemutatásai: *a)* **Finsen-fénynyel kezelt lupus vulgaris esete.** R. B., 20 éves nőbeteg 1 1/2 év óta áll a kolozsvári egyetemi klinikán lupus vulgarissal radiotherapiai kezelés alatt. A bejövetelkor aránylag elég jóindulatú és csak az orra kiterjedő lupus combinált Röntgen- és Finsen-kezelésre sokáig nem mutatott javulást, sőt nagyobb kiterjedésü lett, a mélybe is terjedt. Mult év októberében az orrot, a felső ajkat és az arcznak szomszédos részeit körülbelül gyermektenyérnyi terjedelemben elfoglaló, kifekélyesedett lupusos beszűrődés volt jelen. Ekkor a beteget újból Finsen-kezelésnek vetették alá, melyet 3 hónapon keresztül 1905. január elejéig folytattak. A Finsen-reactio tetőfokán állott, midőn pneumonia crouposa miatt a belkórodára tették át. Klinikánkra visszatérésekor a reactio már teljesen lezajlott, a kifekélyesedett területek behámosodtak, beszűrődésnek nyoma sincs, még lupusgöbcséket sem találni. Az azelőtt beteg területet finom, sima, puha, halványvörös bőr fedi, bizonyságául ama előnynek, a melylyel a Finsen-kezelés kosmetikai tekintetben más eljárásokkal szemben bir. Az arczon elszórtan látható néhány kisebb, keményebb, durvább heg régibb kanalazásnak és paquelinezésnek képezi nyomát. Az esetet az észlelési idő rövidsége miatt nem lehet véglegesen gyógyultnak mondani, az azonban biztos, hogy jelenleg lupusos elváltozás nincs jelen.

b) **Nagy kiterjedésü lupus mucosae oris orrlupus kiséretében.** Gy. R., 18 éves nőbeteg 1905. január 18.-án vétetett fel a bőrklinikára. A 3 év óta fennálló orrlupuson kívül a szájüreg nyálkahártyája is megbetegedett. A felső ajak foghúsa erősen duzzadt, livid-vörös szinü, rendkivül érzékeny, érintésre fájdalmas, szövetében diffus, felületén dudorzatos, igen puha beszűrődés foglal helyet, mely helyenként kifekélyesedve, lencsényi, kerekded, piszkos-sárgás lepedékkel bevont, kissé alávájt szélü fekélyek képződéséhez vezetett. A kemény- és lágyszájpadot egészen végig halványvörös, könnyen vérző, gombostűfej egész borsónyi, a szeder felületéhez hasonló sarjak foglalják el. Az elülső garativeken számos mákszemnyi, szürkés-fehéresen áttünő lupusgöbcse. A szájüri nyálkahártya lupusának felismerése egyrészt azért fontos, mert sokszor elsődlegesen lép fel, a bőrbeli folyamatot megelőzve, másrészt mert nem kezelve, a cutan lupus gyógyulását késlelteti. Jelen esetben a nyálkahártya lupusa ellen is Röntgen-kezelést kisérelnek meg.

c) Egy sajátságos bántalomban szenvedő egyént mutat be, a kinél a kórismét eddigelé nem sikerült megállapitani. 43 éves napszámosnál 6 hét óta a jobb alsó állcsont széle mentén egy kb. diónyi, tömött, rugalmas tapintatú, ép hámmal borított daganat van jelen, mely éles, kissé meredek szélekkel bir a szomszédos ép börterületek felé és a bőrrel együtt a csont felett könnyen elmozdítható. Mellette 2 kisebb hasonló kis daganat. A elváltozás leginkább a trichophytiasis-nak ú. n. mély alakjára emlékeztet, de a negativ gombalelet kizárja annak jelenlétét. Ép úgy nagyon valószinütlennek teszik az elváltozás klinikai sajátságai annak lueses vagy tuberculotikus eredetét. A szövettani vizsgálatok valószinüleg bővebb felvilágositást fognak adni az eset természete felől.

Marschalkó tanár előadja, hogy a szövettani vizsgálatot az idő rövidsége miatt még nem fejezhették be. Az bizonyos, hogy a szövettani kép meglehetős eredeti. Hypertrophiás, részben leukocyták által beszűrődött felhámban, cutisban és subcutisban idült lobos, főleg plasmasejtekből álló beszűrődés, mely természetszerüleg leginkább a kitágult véredények körül helyeződik el, kitágult nyirokürök, pár óriási sejt, a nélkül, hogy gümös szövet benyomását nyernők. E mellett sajátságos nagy sejtek, melyek némileg hasonlítanak a rhinoskleromában előforduló Mikulicz-féle sejtekhez. Ezeknek közelebbi természete felől egyelőre nem nyilatkozhatik.

5. **Lőte József** előadása: „**A kisérleti veszettség egy tünetéhez**“ czimmel. (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöltük.)

6. **Fabinyi Rudolf** előadása: „**A vibratioérzésről**“ czimmel.

Udránszky tanár: Az eljárásnak hiányosságát látja abban, hogy az érzékenységnek a fokát jelző küszöbértéket csak egyre apadó intensitású ingerekkel határozza meg. Épen ezért kivánatosnak tartja, hogy a vizsgálati eljárás kiegészittessék, illetve módosittassék oly értelemben, hogy a küszöbértékek az ingerlésnek apránként fokozása révén is megállapithatók legyenek.

(III. szakülés 1905. évi márczius hó 31.-én.)

1. **Marschalkó Tamás** tanár egy érdekes kóresetet mutat be, mely egyaránt képes lekötni úgy a klinikus, mint a physiologus és pathologus érdeklődését. Míg az idegbefolyás a verejtékmirigyek működésére ma már kétséget kizárólag ki van mutatva, addig majdnem semmit sem tudunk az idegek befolyásáról a faggyúmirigyek elválasztására nézve. E tekintetben a legtöbb szerző negativ álláspontot foglal el, vagy,

mint *Arloing*, az idegbefolyást a bőr faggyúelválasztására csak másodlagosan concedálja, a mennyiben felveszi, hogy az idegek a mirigyek sima izomrétegeire hatnak és ily módon mechanice segítik elő az elválasztást. Annál érdekesebbnek véli bemutató saját esetét, mert tudomása szerint embernél az idegek befolyásáról a faggyúmirigyek elválasztására eddig semminemű concret támpont nincsen, a bemutatott esetben pedig az idegrendszer befolyása a faggyúmirigyekre legalább is valószínű.

Az eset egy 33 éves nőbetegre vonatkozik, a ki február 27.-én vétetett fel a kórodára. A beteg előadja, hogy körülbelül egy évvel ezelőtt olajtörés közben az olajtörőgép forgója a baloldali homloktáját a margo supraorbitalisnak megfelelően erősen megsértette. E sérülés következtében kisebb műtéti beavatkozásnak is volt kénytelen magát alávetni. Műtét után egy hónappal észrevette, hogy fejének bal oldalán a bőr nagyon érzékeny lett és zsíros lepedékkel vonódott be. Felvételkor a különben egészséges nőbetegnél a homlok és fejtető baloldali részén a bőr egy éles határokkal biró területét, mely jobbfelé a középvonalon valamivel túl, hátrafelé a két fülkagylót összekötő vonalig, mellfelé a margo supraorbitalisig, illetve az orrhát közepéig terjed, egy sajátságos barnás színű, beszáradt felületű tömeg borítja, melynek részben való leválasztása után hyperaemiás bőrfelület látható. Ugyanekkor kitünik, hogy az említett tömeg tiszta bőrfaggyúból áll, a mit a górcsői lelet is igazolt. A bőr az említett helyen élénk hyperalgesiát mutat, ugyanott a meleg- és melegfájdalom-érzés erősen lefokozott. A szemkórodán végzett vizsgálat kimutatta, hogy a szenvedett sérülés következtében lencse- és üvegtestzavarodás van jelen. Az incisura supraorbitalisnak megfelelően heg látható. Az említett elváltozások, melyek közöt a fokozott faggyúelválasztás a legszemebetőlöbb, pontosan a nerv. supraorbitalis elágazódási területére localizálódnak és azért nagy valószinűséggel felvehető, hogy az idegnek a trauma alkalmával elszenvedett valamely sérülésével állanak okozati összefüggésben. Az esetleges műtét és a betegnek további észlelése fogja e feltevés helyességét beigazolni.

Hoór tanár felemlíti, hogy jelen esetben a szivárványhártya részleges hátrafordulása van jelen, a mi sérülés után elő szokott fordulni. *Heresi* czélszerűnek látja a művi beavatkozást.

Ugyancsak *Marschalkó* tanár bemutatja azt a *rhinoskleroma*-esetét, a mely.t ezelőtt 2 évvel demonstrált volt a szakülésnek.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

1891/1905. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bégai szolgabirói járás területén levő **bethlenházai körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jött, ezen körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A bethlenházai szék- és lakhelylyel rendszeresített bethlenházai körorvosi állás, mely a bethlenházai, remetelunkai, szudriási és klicsovai körjegyzőségekhez tartozó 16 községből áll, ezen körorvosi ellátásáért a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak mellett a körorvos évi fizetése 1600 korona, az úti átalánya 600 koronában van megállapítva (a 400 korona lakbér megállapitása iránti eljárás folyamatban van).

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §.-ában előirt képesitést, életkort és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal ellátott és kellőkép felszerelt kérvényeiket **folyó évi augusztus hó 26.-ig** alulirott főszolgabiróhoz annál is inkább beadják, mert a később érkezett kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A választás napját folyó évi szeptember 1.-én Bethlenháza községben d. e. 11 órára tűzöm ki.

A román nyelv ismerete kivánatos, de nem feltétlenül szükséges.

Bálincz, 1905. évi junius hó 23.-án.

3—1 *A főszolgabiró.*

2812/1905. szám.

Az újonnan alakitott **nováki körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. A körköz 9 község és 1 önálló puszta tartozik.

Javadalmazását képezi 1200 korona fizetés és a szabályrendeletileg megállapított díjak szedése.

A kör székhelyén a körorvos a halottkémlést végezni köteles.

Felhivom a pályázni óhajtókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a szerint felszerelt kérvényüket hatóságomhoz **f. é. julius hó 20.-ig** okvetlenül beadják.

A választás határnapjáról jelentkezők külön fognak értesittetni.

Privigye, 1905. évi junius hó 25.-én.

Filberger Gyula dr., főszolgabiró.

1906/1905. kig. sz.

Zólyom vármegye Libetbánya nagyközségében lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázotot hirdetek s felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést feltüntető okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi julius hó 31.-ig** annyival is inkább nyujtsák be, mert az elkésetten beérkezett pályázati kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A községi orvos évi javadalmazása a következő:

Libetbánya község pénztárából 1400 korona törzsfizetés, 100 korona pótlék, természetbeni lakás, 50 meter tűzifa házhoz befuvarozva és szabályrendeletileg megállapított látogatási és kezelési dijak.

Megjegyeztetik, hogy a községi orvos a kincstári munkások gyógykezelésével, valamint a betegsegélyző pénztári teendőkkel is meg szokott bizatni az ezen teendőkért a bányakincstártól évi 800 korona és a betegsegélyző pénztárból 200 korona tiszteletdijban részesül.

Községi gyógyszertár tartására az eddigi községi orvosok engedélylyel birtak, a mi a megválasztandó községi orvosnak is kilátásba helyeztetik.

A választást f. évi augusztus hó 5.-ik napján d. e. 9 órakor Libetbányán fogom megtartani; a megválasztott állását azonnal elfoglalni tartozik.

Beszterczebánya, 1905. évi junius hó 28.-án.

A főszolgabiró.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézetben az egyik **másodorvosi állás** egyelőre ideiglenesen betöltendő.

Javadalmazás: havi 100 korona fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezés.

Felhivatnak azon orvostudorok, a kik ezen állást betölteni hajlandók, hogy kellően felszerelt folyamodványaikat a belügyministeriumhoz czimezve alulirottnál f. **évi julius 15.-ig** nyujtsák be.

Nagyszeben, 1905. évi junius hó 27.-én.

A nagyszebeni m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.

166/905.

A vezetésem alatt álló **állami gyermekmenhelynél** 1200 korona évi tiszteletdijjal, az intézetbeni szabad lakással, fűtéssel, világitással, I. oszt. élelmezéssel rendszeresitett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvosdoctor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy orvosdoctori oklevelüknek és esetleges működési bizonyitványaiknak másolataival felszerelt folyamodványaikat a nagyméltóságú m. kir. Belügyminister úrhoz czimezve, hozzám f. **évi julius hó 25-ig** küldjék be. Az állás a kinevezési okmány kézhezvétele után azonnal elfoglalandó.

Gyula, 1905 junius hó 26.-án.

Széll Imre dr., igazgató-főorvos.

722/1905.

Biharmegye cséffai járásához tartozó **Geszt** községi székhelylyel rendszeresitett, lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A körhöz Geszt, Atyás, Marcziháza, Cséffa és Mezőgyán községek, Radvány, Szik, Baglyos és Vátyon puszták tartoznak 6315 lakossal.

Javadalmazás: természetbeni lakáson kivül az érdekelt községek pénztárát terhelő 1309 korona 68 fillér és nagyméltóságú gróf Tisza István úr tulajdonát képező fentebb elősorolt pusztákon leendő alkalmaztatása esetén 600 korona s igy összesen 1909 korona 68 fillér készpénzfizetés, melynek ellenében a vagyontalan betegeket s a fentebb elősorolt, nagyméltóságú gróf Tisza István úr tulajdonát képező pusztákon s a geszti központban levő uradalmi alkalmazottakat díjtalanul tartozik gyógykezelni.

Vagyonos betegektől a vizsgálat és vényirás fejében következő dijak szedhetők:

1. A körorvos lakásán vagy hivatalos látogatások alkalmával a község házán 40 fillér.

2. A beteg lakásán, hivatalos látogatások alkalmával vagy a környek helyén 80 fillér.

3. Más alkalommal, ha az orvos a székhelyén kivül lakó beteghez hivatik: két korona.

4. Éjjeli látogatások alkalmával a körorvos fenti dijak kétszeresét számithatja fel.

5. Oly esetekben, midőn a körorvos működése székhelyén illetve hivatalos látogatások alkalmával az illető községen kivül vétetik igénybe, természetbeni fuvart az őt igénybevevő tartozik szolgáltatni.

6. A körorvos tartozik székhelyén lakni, községeiben hetenként egyszer, járvány esetén a szükséghez képest többször is megjelenni.

Pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-ának, illetve 143. §-ának, úgy a 93,289/1898. sz. belügyministeri rendeletnek megfelelően felszerelt kérvényeiket f. é. **julius hó 1.-ig** hozzám annyival is inkább küldjék be, mert később beérkezett folyamodványokat figyelembe venni nem fogok.

A választás határidejéül f. é. julius hó 10.-ik napjának 10 óráját, helyéül pedig Geszt községházát tűzöm ki.

Megválasztandó körorvos állását 15 nap alatt elfoglalni tartozik.

Cséffa, 1905. évi junius hó 10.-én.

3—3 *A főszolgabiró.*

A szegedi m. kir. bábaképzőnél augusztus hó 1.-én megüresedő **intézeti gyakornoki állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalma: évi 600 korona jutalomdij, szabad lakás, fűtés, világitás, élelmezés.

A nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi m. kir. ministeriumhoz intézett folyamodványok **julius hó 10.-ig** hozzám nyujtandók be.

Szeged, 1905. évi junius hó 12.-én.

3—3 *Mann Jakab* dr., igazgató-tanár.

A **nagyszőllősi** (Ugocsamegye) magy. kir. állami gyermekmenhely **másodorvosi állomására**, melynek javadalmazása 1200 kor. tiszteletdij, intézeti bennlakással és teljes ellátással (első osztályú élelmezés, kiszolgálat, fűtés, világitás és ruhamosás).

Nőtlen pályázók közül azok, kik 2 évi kórházi gyakorlaton kivül műtői (operateur) képesitéssel is birnak, vagy a sebészettel gyakorlatilag is foglalkoztak, előnyben részesülnek és kilátásuk lehet e téren külön kellőleg dijazott helybeli kórházi teendők elvállalására.

Pályázatok beérkezésének határideje f. **évi julius hó 10.-ig** terjed és a hivatalos teendőit a Nagyméltóságú Belügyminister által kinevezett orvos azonnal megkezdeni tartozik.

Részletesebb felvilágositást személyesen vagy irásban készséggel nyujt az igazgató-főorvos, a kihez a kellőleg felszerelt folyamodványok is czimzendők.

Nagyszőllős (Ugocsamegye) 1905. évi junius hó 16.-án.

3—2 *Skultéty* dr., igazgató-főorvos.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, **húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál,** továbbá a **légző- és emésztési szervek hurutainál.**

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

BOROSZNÓFÜRDŐ
(ZÓLYOMMEGYÉBEN).
Gyógyfürdő és vízgyógyintézet.
Vasúti állomás, posta, távirda, telefon helyben. 535

Három gyógytényezője: 1. **Glaubersó-tartalmú** ásványvize kitünő hatásúnak bizonyult emésztési zavaroknál, gyomor-, bél-, máj-, epebajoknál, rendszeres **karlsbadi kúrák** alakjában. Fürdők alakjában pedig rheumás megbetegedéseknél és női bajoknál.

2. Minden követelményeknek megfelelő, modernül berendezett **vízgyógyintézete** ideges bántalmaknál.

3. Enyhe klimája, pormentes, ózondús **fenyves levegője** miatt üdülésre szorulók és vérszegények keresik fel.

Svéd gyógygymnastika. Diaetikus gyógymódok. Kneipp-kúrára alkalmas réttel és patakkal. Száznál több vendégszoba. Igen jó konyha; mérsékelt árak. Prospektust szivesen küld az igazgatóság.

Állandó fürdőorvos: **Wiesinger Frigyes dr.** Budapestről.

Praevalidin Név védve

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

kedvező eredmények tuberkulosis, bronchitis, emphysema, anaemiánál

(V. ö. Berliner Klin. Wochenschrift 18. sz.)

Woll-Wäscherei und Kämmerei
Döhren bei Hannover.
Főraktár Ausztria-Magyarország részére:
Phillip Röder, Wien, III/2.
Csak gyógyszertárakban kapható.

Elő- és utóidényben tetemes árengedmény. **Idény május—október.**
Téli kúrák október—április hónapokban.

ásvány- és iszapfürdő DARUVÁR

a szlavon középhegység gyönyörü völgyében, a déli vasút állomása közvetlen összeköttetés Budapest és Bécscsel.

Vastartalmú hőforrások és iszapfürdők.

Hőfok 34°—50° C. Márvány-, po cellán-, tükör- és lápfürdők. Hidegvizgyógykezelés. Fangóosztály (iszapöngyölések). Kiváló gyógyeredmények az összes női bajoknál, vérszegénységnél, köszvényes és csúzos bajo nál, valamint idegbántalmaknál. Szép berendezésü lakószobák, olvasó erem, kitünő fürdözenekar, kölcsönkönyvtár, lawn-tennis, tekepálya és egyéb szórakozások. Remek sétányok az árnyas parkban és határos erdőben, érdekes kirándulások, legnagyobb kényelem, olcsó árak. Kitünő étkezés a fürdő-szállodában, havonta I. o. 92 K, II. oszt. 72 K. Prospektus és fölvilágositással szivesen szolgál
Daruvár fürdőbérlet igazgatósága.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemü ép és kóros váladéknak
(ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik
Dr. Vas Zernát a laboratorium vezetője.
Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Az általános idegesség,

álmatlanság, csúz, köszvény, neuralgiák, ideges gyomor- és bélbántalmak stb. **bizonyos kóreseteiben,** a midőn ajánlatos a központi idegrendszerbe s a szervezet egyes részeibe **naponta,** meghatározott **hosszabb időn át egy közepes, kimért erejü, állandó villamos áramot** bevezetni, legalkalmasabb készülék

az Elektro Vitalizer galvántelep,

mely a tudomány összes kellékeinek megfelel és a laikus által is könnyen kezelhető.

A készülék 4—6 stb. **száraz** elemből van összetéve, mely elemek mindegyike villamos telepet képez.

Az **áramszabályozó lemezke** egyszerü eltolása által az áram szükség szerint **szabályozható.** A test legkülönfélébb részeihez vezethetik a felcsavart **elektrodok** az áramot.

Az egyes elemek elektromotorikus ereje a m. kir. technologiai iparmuzeum szakosztálya hivatalos méretei alapján: **1·45 V.** s igy a jó száraz elemek sorába tartozik.

Ezen készülék megfelel a galvanotherapia legfontosabb kivánalmainak, mert egyenlő számú elemek alkalmazása mellett a galvanizálás egész ideje alatt, minden nap ugyanazon elektromotorikus erőt és ugyanazon áramerőt használhatjuk egy a beteg által is könnyen kezelhető, pontosan ellenőrizhető és teljesen ártalmatlan módon.

Kivánatra felvilágositást szivesen ad és a készüléket bemutatja az

Elektro Vitalizer orvosi rendelő-intézet

megbizásában

Dr. med. LÁSZLÓ F., Budapest, IV., Károly-körút 2.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 28. szám. *Budapest, 1905. julius 9.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Mihálkovics Elemér: A budapesti kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájából. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.) Gastrotomia által eltávolított szőrgomoly (trichobezoar) esete. 493. lap.

Marikovszky György: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. A fül félkörös csatornáinak működéséről. 495. lap.

Körmöczi Emil: Közlemény a szt. István-kórház VII. számú orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr. egyet. m. tanár.) Klinikai tapasztalatok normal lóserum nagy mennyiségének bőr alá fecskendezésével. 497. lap.

Tárcza. Polyák Lajos: Uti levelek. 498. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Hugo Ribbert*: Die Entstehung des Carcinomes. (Steiner Pál.) 500. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Sahli*: A gyomor emésztőképességének vizsgálata gyomormosás nélkül. (Ország Oszkár.) — *Belgyógyászat. Moraczewski*: Adatok a phosphaturia ismeretéhez. (K. G.) — *M. Kochmann*: Az alkoholnak a vérkeringésre gyakorolt hatása. (R. Zs.) — *Idegbajok. Eggebrecht*: A mostani meningitis cerebrospinalis epidemica járvány statistikája. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. Schmidt*: A rák specifikus therapiája. (Steiner Pál.) — *Silbermark*: Csontüregek plombozása után fellépő szöveti változások. (Holzwarth.) — *Harold Wilson*: Appendicitis tüneteit okozó ovariumhaematoma. (Pólya.) — *Kennedy*: Heges contracturák kezelése. (Pólya.) — *Hugh Righby*: A patellafracturák véres kezelése. (Pólya.) — *Bőrkórtan. O. Meyer*: Az eczemák pikrinsavas kezelésének értéke. (Guszman.) — *E. Hoffmann*: Isoform-kezelés kapcsán fellépett bőrlob esete. (Guszman.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Seibert*: Meningitis cerebrospinalis epidemica. — *Schneider*: Thiosinamin-befecskendezésekkel sikeresen kezelt bárzsingszűkület. — *Isenburg*: Stypticin. 500—503. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezés. — Ellbogen Fülöp. — A szepesi orvos- és gyógyszerész-egylet. — Trachoma-pályadij. — Elhunyt. — Olshausen. — Abbe Ernő. — Kisebb külföldi hirek. — A VII. nemzetközi büntetőügyi congressus. — Az I. nemzetközi sebészeti congressus. — Napisajtó és kuruzslás. — A kenyér mint a tuberculosis terjesztője. — A syphilis. — A himlőoltás veszedelme a környezetre. — A budapesti egyetemi II. számú női klinika. — A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentőosztálya. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — Hazai fürdők személyforgalma. — A főváros egészsége. 501—501. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

Melléklet. Gynaekologia. 2. sz. Szerkesztik: Tóth István és Temesváry Rezső.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájából. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.)

Gastrotomia által eltávolított szőrgomoly (trichobezoar) esete.

Közli: *Mihálkovics Elemér* dr. műtőnövendék.

A mult évi szeptember 26.-án egy 22 éves nőt vettünk fel a Dollinger tanár úr vezetése alatt álló I. számú sebészeti klinikára, a ki előadta, hogy 11 éves kora óta szenved gyomortáji fájdalmakban és hogy két év előtt hasában daganatot vett észre, a mely azóta csak keveset növekedett; hányni nem szokott, étvágya jó. Felvételkor a jól táplált, jól fejlett, ép idegrendszerü beteg hasüregében a köldök felett egy jókora ökölnyi, gömbölyü, kemény és sima felületü daganat tapintható, a mely igen mozgékony és főleg a bal bordaív alá helyezhető fel könnyen, a gyomor felfúvásakor helyét nem változtatja, de nehezebben tapinthatóvá lesz. E daganat a májtól és léptől tapintás és kopogtatás útján jól elkülöníthető és a genitalis vizsgálat szerint a nemi szervekkel sincs összefüggésben. A gyomor működése normalis, a mely körülmény alapján, tekintetbe véve még a beteg fiatal korát és jó táplálтsági és erőbeli viszonyait, valamely rosszindulatú gyomordaganat jelenléte kizártnak volt tekinthető. Béldaganat ellen ezeken kivül még a nagyfokú mozgékonyság is szólt. A leirt lelet alapján ki volt zárható a vándorlép és igen valószinütlen a vándorvese jelenléte, főleg a daganat viselkedése miatt gyomorfelfúváskor.

Ugyanez szólt csepleszdaganat ellen is, bélfodordaganat ellen pedig ugyancsak az igen nagyfokú mozgékonyság. Igy teljesen kétségben lévén a diagnosis felől, ennek megállapitása és a daganat esetleges eltávolítása czéljából Dollinger tanár úr október 14.-én próbalaparotomiát végzett. A hasüreg megnyitása után azonnal úgy látszott, mintha a daganat a gyomorban feküdnék; a ligamentum gastro-colicum átvágása után hátulról vizsgálva meg a gyomrot, kitünt, hogy ez tényleg igy is van. Dollinger tanár úr ekkor egy 8 cm. hosszú metszéssel megnyitva a gyomrot, abból egy csaknem ökölnyi, barnásfekete színü, savanyú szagú, szőrökből álló kemény tömeget, egy úgynevezett bezoart távolitott el. E bezoar alakja a gyomoréhoz hasonló, súlya 270 gramm, hossza 12 cm, legnagyobb szélessége 8 cm., vastagsága $5^1/_2$ cm. E szőrgomolyag eredetére vonatkozólag kikérdeztetvén, a beteg előadta, hogy ő sok szalonnát szokott enni bőröstől együtt, a minek alapján Dollinger tanár úr lehetségesnek tartotta, hogy az éveken át fogyasztott szalonna bőrében levő apró sörték összecsomósodásának eredménye lehetett az eltávolitott szőrgombolyag. Azonban a Bakay dr. által végzett górcsövi vizsgálat egész határozottan kimutatta, hogy a gombolyagot női hajszálak alkotják. Ez iránt a hajszálak górcsövi szerkezete és hosszúsága, a mely 18 cm.-ig is terjedt, semmi kétséget sem hagyott fenn.

Gyökér a hajszálakon sehol sem volt található, ellenben sok helyen látható volt a hajszálak kifoszlott szabad vége. Az egyes hajszálakat összetapasztó anyagban szarúszemcsék, keményitőszemcsék, gyapjú- és lenfonalak voltak láthatók. A górcsövi vizsgálat ezen eredménye után újra kikérdezvén a beteget, bevallott annyit, hogy fésülködés után egy-két szál haját le szokta vágni és azzal köti meg hajfonatánk a végét. Hogy azonban haját rendszeresen enni szokta volna, azt állhatatosan tagadta. A beteg gyógyulása zavartalanul foly le és november 5. én elhagyta a klinikát.

Hasonló képződmények állatoknál, főleg szarvasmarháknál és a kérődzők egyéb fajainál, továbbá kutyáknál és lovaknál elég gyakran fordulnak elő. Két fajukat szokás megkülönböztetni, úgymint phytobezoarokat és tricho- vagy pilobezoarokat. Az előbbiek emészthetetlen növényi rostokból és egyéb növényi alkatrészekből állanak, az utóbbiak pedig szőrökből, a melyek önmaguk vagy társaik nyalása útján jutnak az állatok gyomrába. E szőrgombolyagokat már a régiek is ismerték és gyógyszerül

alkalmazták. Ezt bizonyítja a bezoar név is, a mi az arab badezarból származik és ellenmérget jelent.

Trichobezoarok előfordulása emberben meglehetősen ritka, mindössze 28 eset van eddig az irodalomban tudomásom szerint leirva, a melyekhez Dollinger tanár úr esete mint 29. csatlakozik.

Az első esetet 1779-ben Baudamaut irta le,[1] az első műtett esetet 1883-ban Schönborn,[11] az élőben diagnostizált első esetet 1886-ban Knowsley Thorton.[12]

A leirt esetek egy kivételével, a melyben egy 16 éves fiú szerepel,[1] mind 12—45 éves, legtöbbször 15—30 éves nőkre vonatkoznak, a mely körülmény Ranzi szerint valószinüvé teszi, hogy a hajevés okaként a legtöbb esetben hysteria szerepel. Mennyiben helyes ez a feltevés, bajos eldönteni, bár a priori valószinű. Biztosan csak két esetben, a Koeppelin[23] és Ranzi[28] esetében volt a hysteria megállapítva, több esetben a leirásokból valószinűnek látszik. Gemmel[16] betege maniakus volt. Ezekkel szemben egyszerüen gyerekesség volt a hajevés oka pl. Schönborn[11] esetében, a kinek a betege társnőivel együtt azért ette a haját, hogy szép hangja legyen, továbbá a Schopf[21] betegénél, a ki 5 éves korában kezdte, a mely korban a gyermekek mindent a szájukba szoktak venni. A mi esetünkben pontos idegrendszeri vizsgálat nem történt ugyan, de az asszony egészen normális idegrendszerü egyén benyomását tette.

Összefoglalva a tüneteket, a melyeket bezoar jelenléte a gyomorban a leirt esetekben okozott, az anamnesisben a legtöbbször hosszabb idő óta fennálló gyomorfájdalmakat találunk. Ezeken kivül azután néha semmi egyebet, mint pl. a mi esetünkben, továbbá a Scheiber-Eiselsberg-féle esetben.[29] A fájdalmakhoz azonban legtöbbször hányás is szokott csatlakozni, a mely egyes esetekben csak ritkán lép fel, vagy ha a beteg a szokottnál többet eszik,[21] más esetekben azonban állandóvá is lehet. Igy a nem operált betegek ([1–10] és [14]) legtöbbjénél a folytonos hányás által okozott inanitio képezte a hosszabb-rövidebb idő mulva bekövetkezett halál okát. Vérhányásról trichobezoar esetében csak két esetben van említés téve (l. Schönborn és Day), jelen volt azonban Kooyker esetében,[30] csakhogy itt emészthetlen növényrészekből álló phytobezoar volt jelen, a mely természeténél fogva könnyebben okozhat a gyomor nyálkahártyáján vérzést előidéző erosiókat, mint egy puha és hajlékony hajakból álló trychobezoar. A gyomor bezoarja mellett esetleg a bélben jelenlevő szőrgomolyagok ileust is okozhatnak ([5] és [28]), a mi a Ranzi esetében[28] fontos anamnestikus adatot képezett.

Az objectiv vizsgálatkor legtöbbször egy kemény, sima felületü, a hasfalon keresztül tapintva ovalis vagy vesealakú, nyomásra kissé fájdalmas daganatot találtak, többnyire az epigastrium közepén; csak Schreiber esetében[29] feküdt a daganat inkább a jobb hasfélben. Feltünő volt mindig a daganat igen nagy mozgathatósága; főleg a bal bordaiv alá volt a daganat mindig könnyen mozgatható; gyomorfelfuváskor helyét nem szokta változtatni, de nehezebben volt tapintható; Schreiber állítólag látta, a mint a gyomor peristalticája a daganatot fellökte a bal bordaiv alá, majd máskor ismét innét áttolta a jobb hasfélbe. Ez természetesen csak oly esetben volt lehetséges, a hol a daganat a gyomrot nem töltötte ki egészen.

Mint differential-diagnostikai momentumokat kiemelendőknek tartom: 1. Gyomortumorral szemben a betegeknek többnyire fiatal korát, aránylag jó tápláltsági és erőbeli állapotát, a gyomor normalis functioját és a daganat igen nagyfokú mozgathatóságát. 2. Ugyanezek szólnak béldaganat ellen is. 3. Vándorléppel szemben a léptompulat jelenlétét a rendes helyen és a daganat viselkedését gyomorfelfúváskor; az előbbi jel azonban nem biztos értékü, mert a máj bal lebenye is okozhat, mint azt már többször tapasztaltuk, tompulatot a lép helyén. 4. Vándorvesét biztosan kizárni ureter-katheter felvezetése mellett felvett Röntgen képpel lesz lehetséges. 5. Mesenterialis daganat ellen fog szólni legtöbb esetben a daganat igen nagy mozgathatósága, cseplesz-daganat ellen ezenkivül még a gyomorfelfúváskor való viselkedése is. Végre 6. bélsárrögtől biztosan magas beöntések adása által különíthetjük el a bezoart, főleg könnyen, ha a beöntés után a székletéttel szőrcsomók távoznak, mint az a Knowsley Thornton[12] esetében történt.

Azt hiszem, hogy igy a leirt esetek tanulmányozása alapján sikerült a gyomorban jelenlevő szőrgomboly kórképét meglehetősen tisztázni. A míg azonban ez meg nem történt, addig a diagnosis felállítása igen nagy nehézségekkel járt, úgy hogy összesen csak négy esetben sikerült, nevezetesen Knowsley Thornton,[12] Stelzner,[18] Ranzi[28] és Schreiber[29] eseteiben. Az 1—10. esetekben a melyek nem kerültek műtétre, többnyire gyomorrákra, ritkábban vándorlépre állitották fel a diagnosist (l. Schönborn); maga Schönborn és utána is a legtöbb szerző vándorvese és vándorlép diagnosisa között ingadozott; Berg[13] cseplesz-daganatnak diagnostizálta.

A bezoar jelenlétének diagnosisa magában foglalja a műtéti beavatkozás indicatioját. A bezoart el kell távolitani, tekintettel arra, hogy a megoperált 20 beteg közül (17 trichobezoar- és a később említendő 3 phytobezoar-eset) csak egy halt meg,[16] a meg nem operált betegek pedig mind meghaltak. A halál oka vagy a folytonos hányás által okozott inanitio, vagy átfúródási peritonitis, a Ritchie esetében[5] ileus volt. A gyomor nyálkahártyáján a bonczoláskor csak egy esetben találtak túltengéstől eltekintve más elváltozást, nevezetesen három karfiolszerü növedéket, a melyeket azonban górcsövileg nem vizsgáltak meg (l. Schönborn). A betegek halála néha csak igen hosszú idő mulva következett be, igy egy esetben 22 év után.

A leirt szőrgombolyagok súlya 120 gm. és 1890 gm között változott. A hullában találtak általában nagyobbak voltak, a legnagyobbat azonban Swain[15] élőből távolította el. A legtöbbnek gyomoralakja volt, előfordultak azonban tojás- és vesealakúak is. Több esetben nyúlványok voltak jelen, a melyek a duodenumba lógtak le, esetleg annak egy részét ki is töltötték; igy Ranzi esetében[28] a szőrgomoly nemcsak a gyomrot töltötte ki, hanem a duodenum 44 cm. hosszú részét is, úgy hogy a műtétkor a duodenumnak ezt a részét a gyomor felé be kellett türni, hogy a szőrcsomó eltávolítható legyen és még igy is két hosszú, vékony köteget, a melyek még a duodenumban tapadtak, át kellett vágni.

A Baudamaut,[1] Polaud[2] és Bollinger[14] esetében a gyomorban levőn kivül még a duodenumban is volt egy szőrgomoly, a Ritchie esetében[5] pedig az ileumban levő két gomolyag ileust okozott.

A bezoar színe rendesen valamivel sötétebb, mint a betegek haja, a mit a gyomornedv vegyi hatásának tulajdonitanak. Stelzner[18] betegének haja világosszőke, a bezoarja pedig egészen fekete volt, a mit ő annak tulajdonit, hogy a beteg gyomorpanaszai miatt hosszabb ideig lapis-oldatot szedett (?)

A gomolyagot alkotó hajak lehetnek egészen rövidek (1—2 cm.) vagy igen hosszúak is (30 cm.-ig.) Schopf[21] esetében egész 3 cm. rövid fekete szőrök és egész 30 cm. hosszú vörösszőke hajak képezték a gomolyagot; az előbbiek a kis lány játszótársaként szereplő fekete kutyától származtak. A gomolyagok mikroskopi szerkezete a mi esetünkéhez hasonlónak van leirva legtöbbször.

Hasonló diagnostikai jelentőségüknél fogva, bár kóroktanilag különböznek, ide kell sorolnunk a phytobezoarokat is, a melyek emészthetlen növényi rostokból, sejtekből, keményítőszemcsékből és több-kevesebb amorph alapanyagból szoktak állani. Ilyen eseteket Schreiber,[29] Kooyker[30] és Langenbusch[31] irtak le. Schreiber esetében a surzionera hispanica gyakori élvezete az anamnesisben ki volt mutatható.

Végül hasonló diagnostikai jelentőségük van az úgynevezett schellakköveknek is, a milyeneket Friedländer,[32] Manasse[33] és mások irtak le. Ezek legtöbbnyire asztalossegédeknél fordulnak elő, a kik a politurozásnál használt schellak-oldatot pálinka helyett iszszák. Az oldatból kicsapódó schellak azután a gyomorban köképződésre vezet.

Az eddig közölt idevonatkozó esetek a következők: I. *Szörkövek*: 1. *Baudamaut*: Journal de méd. 1779. — 2. *Polaud*: Pathological transactions. 1851. — 3. *Capelle*: Journal de méd. de Bruxelles. 1861. — 4. *G. May*: Assoc. med. journal. 1865. — 5. *Ritchie*: Edinb. monthly journal. 1865. — 6. *Palemon Best*: British medical journal. 1869. — 7. *Rusell*: Med. times. 1869. — 8. *Imman*: Med. times. 1869. — 9. *Finder*: Trans. New-York med. assoc. 1880. — 10. *Gull*: Trans. of the clin. soc. of London. — 11. *Schönborn*: Arch. f. klin. Chir. 1883. — 12. *Knowsley Thornton*: The Lancet. 1886. — 13. *Berg*: Nordikt med. arkiv. 1887. — 14. *Bollinger*: Münchener med. W. 1891. — 15. *Swain*: The Lancet. 1895. — 16. *Gemmel*: The Lancet. 1894. — 17. *Afschulten*: Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir. 1895. — 18. *Stelzner*: Zen-

tralbl. f. Chir. 1896. — 19. *Allen:* The journal of the Amer. med. ass. 1896. — 20. *O. Hara* (ref. Schlesinger): Wiener klin. W. 1899. — 21. *Schopf:* Wiener klin. W. 1899. — 22. *Jacobson:* The med. news. 1901. — 23. *Koeppelin:* Zentralbl. f. Chir. 1901. — 24. és 25. *Ekehorn:* Nordikt med. arkiv. 1902. — 26. *Paton:* Clin. soc. trans. 1902. — 27. *Donald D. Day:* The british m. journ. 1902. — 28. *Ranzi:* Wiener klin. W. 1904. — II. *Növényi alkatrészekből álló kövek:* 29. *Schreiber:* Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1896. — 30. *Kooyker:* Zeitschrift f. kl. Med. 1888. — 31. *Langenbusch:* Verhandl. d. deutschen Ges. f. Chir. IX. Congr. 1881. — III. *Schellakkövek:* 32. *Friedländer:* Berl. kl. W. 1881. — 33. *Manasse:* Berl. klin. W. 1895.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

A fül félkörös csatornáinak működéséről.

Közli: *Marikovszky György* dr. egyetemi tanársegéd.

1899-ben a Sänger Katalin-féle, 1902-ben pedig a Balogh Kálmán-féle pályadíjat nyert két pályamunka újabb adatokkal bővített foglalata.

A félkörös csatornák működésére a XIX. század első felében *Flourens* kisérletei, 1861-ben pedig a *Ménière* által felfedezett, illetőleg önálló kórformaként megkülönböztetett morbus Ménièri hivták fel a figyelmet.

A ki a félkörös csatornák kérdésével tüzetesen nem foglalkozott, aligha képzeli el, hogy ez idő óta hányan tették a kérdést buvárkodásuk tárgyává, s hogy immár mekkora irodalma van. Hogy leszámítva a szemmozgások associatioját, mindennek daczára ma is alig vagyunk meszszebb, mint volt *Flourens* 1842-ben, vagy mondjuk *Goltz* 1870-ben, annak oka főkép a kisérletezés nehézségében rejlik. A műtét tere kicsiny s főleg emlősöknél alig hozzáférhető, úgy hogy idealisan tiszta kisérletről alig lehet szó. Ennek tudható be, hogy *Hensen*, a kitünő physiologus 1880-ban kijelenti, hogy 10 évi tanulmányozása, dolgozása és tapasztalatai daczára sem képes fix következtetéseket levonni a félkörös csatornák szerepét illetőleg.

Az életükben Ménière-féle betegségben szenvedettekről felvett bonczjegyzőkönyvek sem szolgálnak elég felvilágositással, s ezért a baj lényegére, sőt symptomatologiájára és kóroktanára nézve is eltérők a vélemények. Mihelyt süketség és szédülés van jelen, sokan már Ménière-féle betegségről beszélnek; *Schwartze* csak azokat az eseteket sorozza ide, melyeket a kengyel ankylosisára vezető bajok okoztak, *Eckert* pedig nem a süketséget és a szédülést tekinti a baj kórjelének, hanem azt mondja, hogy képzeljünk el egy láz nélkül, perczek alatt lefolyó meningitist, és előttünk van a Ménière féle betegség képe. Egyesek luetikus eredetünek tartják a bajt, *Buck, Moos, Roosa, Brunner* parotitis után látták fellépni, *Bürkner* egy esetében salpingitishez társult, *Wolf* egy esetében az illető két évig szenvedett Ménière-féle betegségben, s a baj okául mindössze egy a tonsilla cerebellin levő daganatot lehetett tekinteni, mely az acusticus eredési helyét nyomta. *Charcot*, valamint *Marie és Walton* osztják *Gottstein* azon nézetét, hogy a tabesnak volna nagy szerepe a morbus Ménièri létrejöttében. A baj székhelyének *Guye* és nehány követője csak a középső fület tartják, *Politzer* és vele a legtöbb otologus ezzel szemben a belső fület, főleg pedig a félkörös csatornákat.

A mi a Ménière féle betegséghez hasonló tengeri betegséget illeti, *Palasne de Champeux* azt állitja, hogy az első sorban gyomorzavar, mely a sympathicus útján a labyrinthet is megtámadja. (A sympathicusnak ezt a szereplését *Woakes* fedezte fel.) *Guye James*-sel az ampullák túlizgatottságát tartja primaernek. *Guye* különben a tengeri betegséget azonosnak tartja a morbus Ménièrivel, és csakugyan kétségtelen, hogy a Ménière-féle betegségben szenvedők praedisponálva vannak a tengeri begségre.

Flourens 1821-től kezdve galambokon kisérletezett olyanformán, hogy azok félkörös csatornáit kipraeparálva, egyik vagy mindkét oldalon egymásután átvágta azokat. Tapasztalatait a következőkben foglalhatom össze. Galamb egyik horizontalis csatornáját átvágva, az a műtét után a vízszintes síkban mozgatja fejét. Ez a jelenség egy idő mulva megszünik, de ha a másik horizontalis csatornát is átvágjuk, fokozott mértékben újra fellép. Az igy megoperált és a földre helyezett állat teste függélyes tengelye körül forogni fog. Ha mindkét oldalon átmetszszük valamely függélyes csatornát, az állat feje haránttengelye körül mozog előre-hátra, sőt az állat előre vagy hátrafelé bukfenczezhet is. Ha vízszintes és függélyes csatornát metszett át Flourens, a kétféle mozgások combinatioját látta fellépni. Nyugalomban e tünetek mérsékeltebbek, azért a kisérleti állatok, ha csak lehet, nekitámaszkodnak valaminek. Flourens szerint a félkörös csatornák laesioját követő valamennyi tünet eltünhet idővel, az azonban állandó marad, hogy az állat nem tud többé repülni, s nehezen eszik.

Minthogy *Flourens*, *Magendie* és *Cuvier* 1. a Varol-híd rostjainak, 2. a kis agyból a quadrigeminához menő rostoknak és 3. a kisagyból a gerinczagyba átmenő rostoknak átmetszésekor ugyanazon tüneményeket látták fellépni, mint a félkörös csatornák átmetszésekor, *Flourens* azt következteti, hogy nevezett rostok végkészüléke a félkörös (hártyás) csatornákban, a tünetek voltaképeni oka és központja pedig az agyacsban van. A félkörös csatornák idegeit *Flourens* hajlandó külön, önálló idegpárnak tekinteni, egyébként pedig osztja *Chevreul* nézetét, a ki szerint a mozgató idegek mozgást keltőkre, szabályozókra és mérséklőkre oszlanak. Utóbbiakhoz tartoznának a félkörös csatornákban és az említett agyrostokban székelők. „A kiirtott csatornák hiánya, nem pedig a megmaradottak jelenléte okozza a tüneményeket; a csatornákon kivül kell az okot keresnünk, s ennélfogva nem olyan szerveknek kell őket tekintenünk, a melyek a kérdéses jelenségeket okozzák, hanem ellenkezőleg olyanoknak, melyek nyilvánulásukat megakadályozzák.“

Brown-Séquard a *Flourens* kisérleti eredményeit a hallóideg izgalmával magyarázza. A hallóideg szerinte a halláson kivül más érzéseket is közvetít, és ezek okozzák azután reflectorice a *Flourens* jelenségeit. A félkörös csatornák sérelme csak azért jár szerinte a tárgyalt következményekkel, mert sérelmük esetén az ampullák is vongáltatnak s ez izgatja a n. vestibularis végeit.

Bechterew a harmadik agygyomor centralis szürke állományában meg az olivákban a félkörös csatornákkal analog „egyensúlyozási“ szervet lát, s izgalomkeltőnek a gyomrocs folyadékának nyomásváltozásait tartja. Ugy az említett agyrészek, mint a félkörös csatornák állandó izgalmi forrásul szolgálnak, s ez izgalmat az agyacs közvetíti az izomzathoz. Egy részük eltávolításával „bizonyos mozgási effectus“ áll be, mely egyszersmint resultatuma a sértett rész működése megszüntének és a sértetlenül maradt részek nem paralyzált normális izgalmának.

Goltz szerint az egyensúly fenntartásához három tényező szükséges: 1. Végkészülékes centripetal pálya. 2. Központ (békáknál lobuli centrales). 3. Az egyensúlyozáshoz szükséges izommozgásokat eszközlő centrifugális pálya és ennek végkészüléke. Ha e tényezők közül valamelyik nem jól, vagy sehogysem fungál, az egyensúlyozás tökéletlen vagy teljesen hiányzik. *Goltz* átvágta a béka acusticusát és ilyenkor az nem volt képes egyensúlyát megtartani. Minthogy az acusticus intracranialis átmetszésekor az agy sértése nem kerülhető ki, később a hallószervet, vagyis a végkészüléket roncsolta el. Ha az operatio egyoldali volt, az egyensúlyozó képesség később visszatért; kétoldali műtét után állandó maradt a zavar. Galambokon operálva, *Flourens* kisérleti eredményeit *Czermák, Harless* és *Vulpian*-nal együtt ő is elfogadja, s azokon kivül a következő saját észleleteit jegyzi fel: Az általa operált galambok ügyesen tollaszkodtak s kaparták meg lábukkal fejüket. A pl. viszketés által megindított reflexmechanismus tehát tökéletes, míg ha komplikáltabb útról van szó, pl. egy borsószem meglátásától annak felszedéséig, a mechanismus szerfelett gyarló, a mennyiben a Goltz galambjai mind halálukig nehezen ettek. Az operált állatok szédülnek. Ha az ember egy megoperált és épen hevesen forgó állatot megfog, és fejét egy ideig a normalis helyzetben tartja, az hamar lecsendesedik, s a fejet gyengéden fixáló kéz ujjai nem érzik, hogy az állat erőlködnék tovább forogni. Ha éhes vagy szomjas és forgó állatot megfogunk és fejét egy csésze vízbe, illetőleg egy csomó borsószem közé dugjuk, míg éhségét vagy szomjúságát csillapította, az állat nyugodt marad. A mi a jelenségek magyarázatát illeti, *Goltz* osztja *Flourens*-nek azt a nézetét, hogy a VIII. agyideg a hallást közvetítőkön kivül specialis idegrostokat is tartalmaz. *Vulpian*-nal és *Brown-Séquard*-dal szemben tagadja, hogy abnormis hallási sensatiók okoznák a jelenségeket, mert eltekintve attól, hogy a jelenségek hónapokkal azután is fennállanak, hogy a seb begyógyult, nem valószinű,

hogy az operált galamb abnormis hallási sensatiók miatt ne tudná a szemet a földről felcsípni, azonkivül az állat álmában is elcsavarva tartja fejét (lásd alább), a mikor pedig igazán nem valószinű, hogy hangérzése legyen. Az egyensúlyozáshoz szükséges három tényező közül a centrifugalis pálya és a központ sérülése kizárhatók. Kisagysértésre vezetni vissza a tüneményeket szerinte „Hypothese in's Blaue". A centripetalis pálya sérülése vagy izgalmi, vagy hüdési tüneményekben mutatkozik. Azokat a jelenségeket, melyek közvetlenül a műtét után lépnek fel, izgalmiaknak lehet tartani, a későbbiek hüdésiek. A hártyás csatornákban eddig nem mutattak ki ideget, azért *Goltz* hajlandó azokat az ampullaris idegvégek végkészülékének tekinteni, úgy hogy szerinte a hártyás csatorna elroncsolása egyértelmü a n. vestibuláris bénulásával. A siketség nem involválja magában ab ovo a tökéletlen egyensúlyozást és fordítva. *Goltz* megengedi, hogy a félkörös csatornáknak talán a hallashoz is van valami közük, de kétségtelen, hogy egyszersmint a fej és a test egyensúlyozására is szolgálnak. „Sie sind so zu sagen Sinnesorgane für das Gleichgewicht". Az egyensúly fenntartásához mindig szükségünk van arra, hogy pontosan tájékozva legyünk helyzetünk felől. A látás, azonkivül a tapintás, bőr-, izomérzés stb. nagyban conferálnak ahhoz, hogy tudjunk helyzetünkről, de pl. egy vak galamb igen jól egyensúlyban tudja magát tartani, s könnyen szedi fel a szemet a csészéből. Viszont ép szemü állat, ha félkörös csatornái el vannak roncsolva, csak igen hiányosan van feje helyzetéről értesülve. Ugy látszik tehát, hogy a mit a látás, a bőr-, az izomérzés stb. útján percipiálunk, nem elegendő, s a félkörös csatornák ebből a szempontból sokkal fontosabbak.

Goltz úgy gondolja a functio mechanismusát létrejönni, hogy a legmélyebben fekvő tömkelegrész van a legnagyobb lymphanyomás alatt, s ezt percipiálja az agy, hogy azután megfelelő mozgást indítson. Ha a félkörös csatornák nem épek, a perceptio hiányos, s a megindított mozgás nem lesz megfelelő. Innen származik a szédülés, a szédülésből pedig a mozgási zavarok. Azt, hogy az operált állat nem tud repülni s a szék karjáról leesik, szóval hogy teste egyensúlyozása is hiányos, azt *Goltz* a fej megzavart egyensúlya következményének tartja. Ép galamb, ha a szék támláját, melyen ül, mozgatom, főleg feje mozgatásával tartja fenn egyensúlyát. *Goltz* egy ép galamb tarkóját odavarrta mellékhez, úgy hogy a fejtartás teljesen olyan volt, mint egy operált állaté. Az ilyen galamb, akár egy operált, nem szívesen mozdult el helyéről, nem tudott repülni, s a szék támlájáról leesett, ha azt mozgatta. Az ilyenformán fixált fejü galamb nem vehette egyensúlyozó szervének hasznát. Hogy azon galambok állapota, a melyeknek félkörös csatornái elpusztíttattak, idővel valamennyire javul, azt *Goltz* úgy magyarázza, hogy az elpusztítás nem volt tökéletes, a megmaradt részek később annyira-mennyire fungálnak, azonkivül az állat később kényszerüségből megtanulja látásának, tapintásának több hasznát venni.

Arra is figyelmeztet *Goltz*, hogy egyes fülbetegek, kiknek dobhártyája nem ép, fülbefecskendések alkalmával néha szédülnek, a nélkül, hogy hangot hallanának, kell tehát ott oly végkészülékneknek lenni, melynek izgalma az agyhoz érve, szédülést okoz.

Löwenberg szerint a félkörös csatornák sérelme alkalmával beálló egyensúlyi zavarok nem bénulási tünemények, hanem izgalmi reflexjelenségek, melyek a félkörös csatornákban oldatnak fel és a thalamus opticuson át, annak közvetítésével jönnek létre. Az öntudatnak a jelenségekhez annyiban van köze, hogy önkéntes mozgások keltésével indirect úton új reflexmozgás keltésére izgathatja a hártyás csatornákat.

Boettcher tagadja a félkörös csatornák befolyását a kényszermozgásokra, s a tünemények okának a műtét alkalmával megsérült agyvelőt mondja.

Breuer egyensúlyozási szervnek tekinti ugyan a félkörös csatornarendszert, de fungálásának mikéntjére nem fogadja el a Goltz theoriáját. Ő ugyanis azt állítja, hogy nyomásváltozásról itt nem lehet szó, mivel 1. nem valószinü, hogy a perilympha fajsúlya kisebb legyen az endolymphaénál, 2. mindkét folyadék zárt csőrendszerbe van foglalva (a membr. fenestr. rotund. és az aquaeductus nyirokutjait elhanyagolhatóknak tartja). Ellenben bizonyos szerinte az, hogy 1. az endolympha a fejmozgások alkalmával tehetetlenségénél fogva áramlik, mely áramlás a fejmozgás irányával és intensitásával összhangzó és arányos. 2. Az ampullák idegvégkészülékei teljesen alkalmasaknak látszanak arra, hogy az endolympha áramlása által jelzett fejmozgások perceptioját közvetítsék. Mesterségesen áramoltatva az endolymphát, e szerint természetesen megfelelő fejmozgásoknak is kell fellépni (melyek kompenzálók), hiszen az állat ilyenkor fejmozgást percipiál.

Mach Goltz-zal és *Breuer*rel analog következtetésekre jut. Eleinte ő is azt hitte, hogy fejmozgások alkalmával a peri- és az endolympha mozognak, s igy izgatják az ampulláris idegvégeket. De a félkörös csatornák alakjának és nagyságának megfelelő csövecskéket készítve és azokat forgatva, sohasem látta a bennük lévő folyadékot mozogni, s ezért később oda módosította theoriáját, hogy az endolympha csupán az ampullák falaira gyakorolt nyomás által izgat. A félkörös csatornák síkjára merőleges tengely körüli forgatáskor minden szöggyorsulásra a csatorna tartalmának az ellenkező oldal felé bizonyos forgási nyomatékot kell kifejtenie. Ezt a nyomást csak akkor érzi meg az ampulla, és csak akkor reagál reá a fej, ha a mozgás gyorsul vagy lassubbodik. Ezért *Mach* a félkörös csatornákat inkább csak „Organe der Beschleunigungswahrnehmung"-nak tekinti, mely szerv kifáradhat, a mikor azután egy ideig müködésképtelen.

Cyon a félkörös csatornákat a tér fogalomszervének tekinti, („Raumsinn") és saját szempontjából 1903-ban bizonyos örömmel vette a Pflüger's Archiv-ban e tárgyról megjelent első közleményemet, mert egyfelől senkinek sem sikerült addig kétoldalt operált állatokat oly soká életben tartani, s másfelől az ő álláspontját „lehetetlenség szemléltetőbb módon" bebizonyítani, mint a hogy azt az általam leirt jelenségek igazolják. Cyon volt különben tudtommal az első, ki a félkörös csatornák átmetszésére bilateralis szemmozgásokat látott fellépni.

Högyes mindkét oldalon elroncsolva a hártyás tömkeleget, azt tapasztalta, hogy azok a compensatorius szemmozgások (nystagmus), melyek forgatott ép állat szemtekéin fel szoktak lépni, az igy operáltaknál teljesen kimaradnak. Kétségtelen tehát, hogy a szemmozgásokat associáló központnak összefüggésben kell lennie a tömkeleggel. Ha csak az egyik oldali tömkeleg lett elroncsolva, *Högyes* szerint „sajátszerű bilateralis szemeltérés (deviatio) támad, mely abban áll, hogy a sértett oldalon lefelé és medial, a másik oldalon felfelé és lateral fordul a szem, és ez állásban marad mozdulatlanul." Ez a sajátszerü strabismus *Högyes* kisérletei szerint megszünik akkor, ha a másik tömkeleget is elroncsoljuk, a mikor ismét bilateralis egyensúlyi állás lép fel a szemeken. Ugyancsak *Högyes* kisérletei bebizonyították, hogy ha perilymphahullámzást idézünk elő olyanformán, hogy a vestibulumtetőn készített nyilásba illesztett vékony csövön keresztül befúvunk vagy szívunk, passiv szemmozgások lépnek fel. E mozgások, helyesebben rezgések száma addig, mig a szerv ki nem fárad, elérheti perczenként a 200-at. *Högyes* felfogása már most az, hogy a szemmozgások associatioja az által jön létre, hogy: „mindegyik hártyás labyrinthból részben ugyanazon oldalon, részben keresztezödve mindegyik szemhez reflexidegpályák vezetnek, melyek ha mind a két peripherikus végen egyenletes izgalomban vannak, a két szemben egy labilis bilateralis nyugalmi állapotot gerjesztenek. mihelyt pedig egyik vagy másik részük izgalma fokozódik vagy csökken, azonnal bilateralis (associált) szemmozgás keletkezik."

Ewald, ki főleg galambokon kisérletezett, igazán praecis vizsgálatokat végzett. Operatioi, a mennyiben itt tökéletesről szó lehet, tökéletesek. Ha az állatnak mindkét oldali tömkelegét eltávolította *Ewald*, az állat egy idő mulva teljesen normalisnak imponált, mivel a müködési kiesési jelenségek idővel jórészt pótoltattak. Hosszú idő mulva is fennálltak azonban bizonyos jelenségek, melyek a nem pótolt functionalis hiányoknak feleltek meg. Igy az állatok forgatva sohasem szédültek, vagy legfeljebb igen rövid ideig. Az izmok általában petyhüdtek. Az állat nem szívesen mozdul meg, néha azonban, ha pl. éhes, a kimerülésig tartó heves kényszermozgások lépnek fel nála. Ezt *Ewald* úgy magyarázza meg, hogy itt mozgás közben kimaradnak azon érzések, melyek normalis állatnál az izomtevékenység megszüntetését eredményezik. Operált állat (kétoldalt) Ewald szerint legfeljebb néhány méternyire tud repülni, akkor is csak 20—30 cm.-nyi magasságban. Ezt Ewald egyedül az elegendő izomerő hiányára vezeti vissza, mert a repülés mozdulatai teljesen normalisak.

Ewald szerint az egyoldali tömkelegkiirtás jelenségei bár kevésbé fontosak, de úgy látszik az asymmetria révén kifejezettebbek. Mindjárt a műtét után a legtöbb galamb nehány perczig tartó szédülésről tesz tanúbizonyságot. Bizonytalanul jár, s időközönként rendesen az operált oldalra esik. A járás később normalis, hónapok mulva az állat már repülni is tud, bár úgy látszik nem szívesen repül. Mesterségesen csak a kétoldalt operált galambokat kell etetni. A féloldalt operált galamb 6—8 nappal a műtét után már ferdén tartja fejét, s ez a fejelcsavarás később még fokozódik. Ez a jelenség vak galambnál állandó is lehet, látónál perczektől órákig tartó rohamok alakjában lép fel és ijedtség, erőltető mozgások által szokott kiváltatni, bár spontan is fellép. Ha az állatnak utóbb másik tömkelegjét is kiirtotta *Ewald*, a rohamok teljesen megszüntek. Féloldalt operáltaknál az operált oldali izomzat gyengébb. Ha *Ewald* egy ilyen állatot lábánál fogva felakasztott, az szárnycsapásai révén gyorsan forgott, de felemelkedni nem tudott, kifáradva pedig az operált oldalon szárnyát behúzta, a túloldalin pedig félig nyitva lelógatta. *Ewald*-nak legmeglepőbb kisérleti eredménye az, hogy a tömkelegjüktől megfosztott galambok hallanak. Nem akarom itt részletezni, hogy mily szigorúan járt el ezen kisérleteiben, de hangsúlyoznom kell, hogy e kisérletek igazán kifogástalanok. *Ewald* fejtegetései oda csúcsosodnak ki, hogy igazsága van Goltznak, a mikor a „tonuslabyrinthet" speciális érzékszervnek tartja.

Beer azt irja 1897-ben, hogy az emberi test átlagos fajsúlya közel áll a vizéhez, ezért vízbe merülve a sensatiók (tapintás stb.), melyek szerint különben igazodunk, hiányoznak. Normalis ember ennek daczára is tudja, hogy merre van fel és merre le. Ezzel szemben a süketnémák egy része, ha víz alá merülés után a felszinre akarnak jutni, a fenék felé törekednek. A süketnémák szerinte széles nyomon járnak, bizonytalanul, némelyikük csukott szemmel nem képes féllábon megállni, forgatva nagy részük sem nem szédül, sem bulbusnystagmus nem lép fel náluk. Fejükön harántul villamos áramot bocsátva át, ellentétben a normalis emberekkel, csak igen kis százalékuk szédül. Ezt *Beer* mind arra vezeti vissza, hogy a süketnémák labyrinthje rendesen nincs tökéletesen kifejlődve. *Beer* közleményében olvastam *Hensen*-nek *Kreidl* által kiegészitett következő érdekes megfigyelését is. Bizonyos rákfajok pánczéljuk változtatása alkalmával otolithjaikat is változtatják, a mennyiben ilyenkor ollóikkal néhány szem fövenyt helyeznek fülhólyagcsáikba. Ha már most e fövenyszemeket vasporral pótoljuk, s az állatnak pl. jobb oldalára egy mágnest tartunk, az állat bal felé fog dölni, mintha egy jobb felé tartó (a valóságban nem létező) hajlást akarna kiegyenliteni.

Felemlíthetném még *Cyon*-nak, *Dreyfuss*-nak s még egy sereg újabb és régibb szerzőnek kisérleteit is, de nem akarom a kérdés irodalmának ismertetését a megértéshez szükségesnél hosszabbra nyújtani, s azért áttérek saját kisérleteimre.

Kisérleteimet galambokon, varjukon, szarkákon és nyulakon végeztem. Eleinte megkisértettem azt, hogy egyes félkörös csatornákat izoláltan metszettem át, illetőleg távolitottam el, erről a kisérleti módról azonban csakhamar letettem, belátva, hogy egyet len félkörös csatorna megsértése az egész azon oldali tömkeleg müködését megzavarja, minthogy a támadt nyiláson át valamenynyi csatornának peri- és endolymphája megfogyatkozik, már pedig, mint később látni fogjuk, épen e két folyadék jelenléte, illetőleg zavartalan áramlása képezi az egész apparatus müködésének egyik legelső és főfeltételét. Ezért csak azon tapasztalatok leirására fogok szorítkozni, melyeket fél- vagy kétoldali teljes labyrinthkiirtás után volt alkalmam észlelni. Galambokon és madarakon a műtétet nagyjából az *Ewald* módszere szerint végeztem, míg ő azonban a félkörös csatornákat kikészítésük után voltaképen kikaparja, addig én eljárásának utóbbi részét némileg módosítottam. A horizontalis és a hátsó függélyes csatorna ugyanis szabadon áll, ezek eltávolítása semmi nehézséggel sem jár. A mellső függélyes csatorna azonban galamboknál szorosan ráfekszik arra a vékony csontlemezre, mely az agyat borítja és lekaparása az agy sértésének veszedelme nélkül alig foganatosítható. Ezért a hátsó függélyes és a horizontalis csatornának eltávolítása után a mellsőt óvatosan megfúrtam, s belőle a hártyás csatornát a fogorvosok által pulpaextractiora használt *Donaldson*-féle tüvel húztam ki. Mikor igy valamennyi csatorna el vol távolítva, *Ewald* ajánlatát követve nagyjából összeillesztettem az exstirpált hártyás részeket és igy lupe alatt meggyőződtem róla, hogy teljesen sikerült-e a hártyás labyrinthet eltávolitani. Természetesen csak azokat a kisérleteket vettem számba, a melyeknél a lupevizsgálat igazolta a teljes exstirpatiót.

Galambokon a labyrinth teljes eltávolitásán kivül Ewaldnak egy másik, úgynevezett plombáló eljárását is megismételtem. Ez a következőképen történik. Finom fogfuró géppel megfúrva a félkörös csatornákat, a kibugygyanó endolymphát itatóspapirszeletekkel fel kell itatni. Mikor a műtét helye igy annyira-mennyire száraz, a fúrt nyiláson amalgamot viszünk be, mely ott megkeményedve, a hártyás csatornát összenyomja, és ezáltal az endolymphának, meg a pótlódó perilymphának áramlását megakadályozza.

Nyulak operatiojakor *Hőgyes*-nek hogy úgy mondjam klassikus nyomain haladva, fogfuró géppel megnyitottam a vestibulum tetejét, és vagy valamely tömény savnak bevitelével, vagy galvanokauterrel elroncsoltam az összes lágyrészeket. Máskor az igy készitett nyiláson cocain-oldatot cseppentettem be.

A kontrollkisérleteknél azt a kétségkivül legfárasztóbb, de egyúttal legbiztosabb módszert alkalmaztam, hogy megnyitva a vestibulum tetejét, finom csipővel lupe alatt szedtem ki a hártyás labyrinthet.

Itt említem meg, hogy féloldali operatiókat nyulakon és madarakon úgy jobb-, mint baloldalt végeztem, s csak az egyöntetűség kedvéért közlöm itt csak a baloldali műtétek eredményeit. A jobboldalt végzett műtétek eredményei teljesen tükörképei a baloldalt végzetteknek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. István-kórház VII. számú orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochhalt Károly dr. egyet. m. tanár.)

Klinikai tapasztalatok normal lóserum nagy mennyiségének bőr alá fecskendezésével.

Irta: *Körmöczi Emil* dr.

Ez év elején Róna tanár engedelmével az orbáncz-osztályon kisérleteztünk normal lóserummal. Azt akartuk megvizsgálni, hogy a lázas fertőző betegségekben bizonyos serum befecskendezése után tapasztalható hőleesések nem tulajdoníthatók-e egyszerü és nem specifikus serumhatásnak?

Kisérleteinket kis adag (5 cm^3) serummal kezdettük és azután lassanként és óvatosan felmentünk az adaggal 100 cm^3-ig is. Valami kifejezett *gyógyító* hatását ugyan nem láttuk ezen serum befecskendezéseknek,[1] de káros hatásukat sem tapasztaltuk.

Igy történt, hogy mind nagyobb adaggal próbálkoztam, azt gondolván, hogy ha nem is gyógyítja a serum az orbánczot, de talán erősíti a beteget, ha nagy mennyiségü, jól kihasználható tápláló anyagot viszünk a szervezetbe.

Ezen szempont lebegett szemem előtt, midőn némelyik orbánczos betegnek *200—300 cm^3* normal lóvérsavót is adtam. A megfelelő serumot *Preisz* tanár intézetéből *Aujeszky* magántanár bocsátotta rendelkezésemre, miért is nekik őszinte köszönetet mondok.

Az orbánczos betegek ezen nagyobb mennyiségü serumot látszólag jól türték. Csak két utolsó betegünknél, kik egyenként *200*, majd két napra rá *300* cm^3 normal lóvérsavót kaptak, észleltük azt, *hogy az orbánczos folyamat lezajlása után is még pár napig mérsékelten lázasak maradtak* (reggel 37·2, este 37·8—38° C.), *továbbá, hogy az egyik nőnél, kinél a befecskendezést a bal kulcscsont alatti tájékon végeztük, a baloldali nyaki mirigyek fájdalmasok és jól tapinthatók lettek*. Ilyen tünetek azonban orbánczná máskor is előfordulnak és azért azokat nem is hoztuk a serumbefecskendezéssel oki összefüggésbe, hanem azon nézet felé hajoltunk, hogy a vérsavót sokkal jobban türi a szervezet, mint a

[1] *Róna:* Az erysipelas therapiájáról körülbelül 5000 eset kapcsán. Budapesti kir. Orvosegyesület 1905. május 6.-i gyülése.

defibrinált vért, a melyet Ziemssen ajánlatára már többször használtak, de további alkalmazásától mindannyiszor elállottak.

Mindeme körülmények arra birtak, hogy serum nagy adagainak befecskendését láztalan betegnél is megkisértsem, annál is inkább, mert ilyen természetü kisérletek nyomát az irodalomban nem leltem.[1] *Hochhalt* főorvos szíves engedelmével először egy gyomorrákban szenvedő és hiányosan táplálkozó 50 éves betegnél próbálkoztunk meg. A beteg hőmérsékét előzőleg napokon át mérve mindig rendesnek találtuk; testsúlya 51 kgm., vizelet mennyisége 850 cm³ naponként, fehérjét, czukrot, genyet, vért nem tartalmaz. A vörösvérsejtek száma 4.100,000. A haemoglobintartalom 85%, a fehérvérsejtek száma 5000, a vér szövettani képe rendes. Széke a betegnek naponként van.

1905. január 13.-án délelőtt 11 órakor a betegnek *½ liter* normal lóserumot adtam a has bőre alá. Délután 2 órakor a beteget borzongás lepte meg és folytonos végtag- és derékfájdalmak kiséretében a test hője 38·3° C.-ra emelkedett. A nyelv száraz, a szomj fokozott. A vérvizsgálat a délelőtti viszonyokat mutatja, csak a fehérvérsejtek száma emelkedett 5 ezerről 10 ezerre. Az érverés 92; a légzés 34.

Január 14.-én a beteg állapota nem rosszabbodott. Az oltás helye érzékeny; a vizelet napi mennyisége 654 cm³, fajsúlya 1019, savanyú kémhatású, fehérje, geny, czukor, haemoglobin, epefesteny nincs benne. A vérben elváltozás nem mutatható ki. Érverés, légzés a tegnapihoz hasonló. Az oltás helyén a fájdalmasság megszünt, *azonban mindkét lágyéktáj mirigyei valamivel duzzadtabbak és fájdalmasak, a lép homályosan tapintható. Három nap mulva erős tenesmussal összekötött székelés lépett fel, naponta 3—4-szer és állapota ilyen maradt három napig, mely idő alatt hőmérséke következő volt:*

január	13.-án	délelőtt	36·5	délután	38·3
„	14.-én	„	37·5	„	38·0
„	15.-én	„	37·1	„	38·5
„	16.-án	„	36·6	„	37·2

Ezen időtől kezdve a beteg súlyos közérzete javult, a tenesmusok megszüntek, *de naponta 3—4 híg, erőlködés nélküli széke van.* A mirigyek és a lép duzzadása megszünt. A vizelet napi mennyisége 1500 cm³-re emelkedett. Ám azért a beteg gyengélkedő maradt még egy hétig, mely idő alatt a test hője a következő volt:

január	17.-én	délelőtt	37·2° C.	délután	37·5° C.
„	18.-án	„	36·8° C.	„	37·2° C.
„	19.-én	„	37·2° C.	„	38·0° C.
„	20.-án	„	36·5° C.	„	37·1° C.
„	21.-én	„	36·5° C.	„	37·0° C.
„	22.-én	„	36·7° C.	„	36·9° C.

A betegnek teljes láztalan állapotában, megjavult közérzet mellett, a befecskendezés utáni *10.* napon, az egész testen szétszórva, de különösen az alsó végtagokon apró vérzések jelentkeztek. A nyálkahártyák a kiütéstől mentek maradtak, a vizeletben fehérje és vér nem volt. A kiütés pár nap mulva halványodni kezdett és a *beteg testsúlyában 1½ kgm. mal megfogyva távozott a kórházból.*

A betegnél jelentkezett ezen súlyos tüneteket nem lehetett másnak, mint a befecskendezett serumnak tulajdonítani, annál is inkább, *mivel azok a defibrinált vér befecskendezése után előálló tünetekhez majd mindenben hasonlítottak, azzal a különbséggel, hogy a defibrinált vérből sokkal kisebb mennyiség (100—200 gm.) hoz már létre ilyen, sőt súlyosabb tüneteket.* Legfeljebb arra lehetett még gondolnunk, hogy a serum nem volt kifogástalan, vagy a befecskendezéskor történt valami fertőzés. Ezen okból a kisérletet kisebb adaggal megismételtük. Egészen friss, tisztaságára nagy figyelemmel megvizsgált serumot használtunk és a lehető legnagyobb gondossággal fecskendeztük be egy *25* éves, erőteljes betegbe. A beteg testsúlya az oltás előtt: 72 kgm. Hőmérséke napokon át mérve rendes. A vizeletben, vérben rendellenesség nincs. A mirigyek, a lép rendes nagyságúak. A betegnek 1905. február 5.-én délelőtt 11 órakor a has bőre alá *200* cm³ normal serumot adtunk. Délután 2 órakor csekély borzongás kiséretében a test hőmérséke *37·8° C.-ra* emelkedett. A nyelv száraz, a szomj fokozott, erős végtag- és derékfájdalmak. A befecskendezés helye fájdalmas.

Másnap a beteg még mindig gyengélkedő, a lágyékmirigyek babnyira duzzadtak, a lép két harántujjnyira palpabilis. A vérben 12 ezer a fehérvérsejtek száma. A vizelet mennyisége 1 liter, fehérje, vér, epefesteny nincs benne. Székürülése naponta egyszer van, tenesmus nélkül. A beteg ilyen állapotban volt nyolcz napig; a harmadik napon a fehérvérsejtek száma rendes, a vizelet mennyisége is felmegy 1½ literre. A nyolczadik napon erősen viszkető, fél nap alatt eltünő, csalánkütteghez hasonló kiütés támad, a mely két nap alatt eltünik.

A lázmenet ezen idő alatt a következő volt:

február	5.-én	délelőtt	36·5° C.	délután	37·8° C.
„	6.-án	„	36·5° C.	„	37·8° C.
„	7.-én	„	37·3° C.	„	37·3° C.
„	8.-án	„	36·5° C.	„	36·8° C.
„	9.-én	„	36·5° C.	„	37·5° C.
„	10.-én	„	37·8° C.	„	37·4° C.
„	11.-én	„	37·5° C	„	37·8° C.
„	12.-én	„	37·2° C.	„	37·5° C.
„	13.-án	„	37·2° C.	„	37·5° C.

Azután a beteg láztalan lett. *A befecskendezés óta testsúlya 2 kilogrammot fogyott.*

Ezen utóbbi eset után immár kétségtelen volt a lóserum kóros hatása és hogy az nagyobb mennyiségben subcutan adagolva, *borzongással egybekötött, 10—12 napig tartó lázas állapotot okoz, a közérzetet megrontja, a beteget legyengíti, testsúlyát megapasztja, a mirigyeket és a lépet megduzzasztja és elhúzódó hasmenéseket okoz.*

Mindenesetre érdekes lett volna megállapítanunk, hogy mekkora azon serummennyiség, melyet a szervezet erősebb reactio nélkül elbir, valamint érdekes lett volna ezen kóros tünetek magyarázására is behatóbb észlelést végeznünk még egy pár esetben, de a serum káros hatásával így nagyjában tisztába jövén, nem akartuk betegeinket zaklatni, különben is a kérdés tanulmányozására állatkisérletek lennének alkalmasak. Mindenesetre kétségtelenül kiderült azonban, hogy nagy adag serum-subcutan alkalmazása nem erősíti, de gyengíti a szervezetet, a miből viszont az is következik, *hogy a serum gyógyszeres alkalmazásakor iparkodjunk erős specifikus hatású és kis mennyiségü serummal dolgozni.*

[1] Az eddigi kisérletek állatokon és kis adag serummal történtek, és mindannyi a serum teljesen veszélytelen voltát bizonyitgatta. (L. *Karlinsky*: Beeinflusst das Diphtherie-Heilserum irgendwie den Stoffwechsel im gesunden Organismus. Wien. med. Woch., 1895. 8. szám. *Kucharzewszky*: Exp. Untersuch. über den Einfluss des normalen Pferdeserums auf das Blut. Wien. med. Presse, 1903. 44. sz. *Arthus*: Injections répétées de sérum de cheval chez le lapin. Compt rendus des séances de la Soc. de Biologie (kivonatosan közölve Fol. Haemat. 1905).

Tárcza.

Uti levelek.

A német laryngologus-egyesület első congressusa Heidelbergben.

Az egyesület alapitói által szétküldött meghivó szerint elérkezett az idő, midőn a rhino-laryngologia vezetői sürgős szükségét érzik annak, hogy a német laryngologusokat egyesülésre birják tudományos és socialis okokból, de különösen oly czélból, hogy a laryngologiának, mint szaktudománynak teljes önállóságát vivják ki az egyetemeken és nagyobb kórházakban. Hogy ezen felhivás a tudományos munkásság mellett más egyenrangú czélokat tüz ki maga elé, érthető és megbocsátható ha tekintetbe, veszszük, hogy a szakma müvelésén a német birodalomban eddig már négy egyesület (délnémet, nyugatnémet, berlini és müncheni) fáradozik, más két hasonczélú egyesület pedig ez év tavaszán alakult meg.

Az előzetes meghivást *Schmidt Moritz* tanár, valóságos belső titkos tanácsos (Frankfurt a M.), *Fränkel Bernhard* tanár (Berlin) és *Avellis* (Frankfurt a. M.) bocsátották ki és az eszme népszerüségének bizonyitéka a tagul jelentkezők száma, mely a congressus napjáig már 300 fölé emelkedett.

A congressust junius 13.-án, pünkösd keddjén tartották meg

Heidelbergben, *Erb* tanár klinikájának előadó termében, több mint 150 tag résztvétele mellett, kik közül a felsoroltakon kivül még *Sir Felix Semon* (London), *Gerber* (Königsberg), *Jurasz* (Heidelberg), *G. Killian* (Freiburg), *J. Killian* (Worms), *Siebenmann* (Basel), *Seifert* (Würzburg), *Zarniko* (Hamburg), *Heymann*, *Rosenberg*, *Kuttner*, *Gluck*, *Gutzmann*, *E. Meyer* (Berlin), *Inokichi Kubo* (Fuku-oka, Japán), *Brieger* (Breslau), *v. Eicken* (Freiburg) nevei lesznek szaktársaink előtt a legismertebbek. Az alapszabályok tárgyalása huzamos időt vett igénybe, miközben a local-patriotismus hullámai délnémetek és berliniek között nem egy izben tornyosultak magasra, főleg azon okból, mert egy kis féltékenység főváros és vidék között az utóbbi részéről ott is fennáll és a régebben alakult vidéki szakegyesületek attól látszottak tartani, hogy a nagy német egyesület elvonja a résztvevőket az ő eddig oly szépen prosperált congressusaiktól. Végül sikerült azonban az aggódókat megnyugtatni, valamint szerencsésen oldotta meg a közgyülés a külföldi tagok felvételéről szóló pontját is az alapszabályoknak az által, hogy tag és tag között jogok dolgában különbséget nem tesz.

A közgyülés további tárgyát három nagy horderejü indítvány tárgyalása és az ezek felett való döntés képezte.

Először csaknem egyhangúlag elvetették azt az indítványt, mely azt ajánlotta, hogy ezen újonnan alakított egyesületet egybe kell olvasztani a német otologus-egyesülettel.

A lissaboni nemzetközi orvosi congressus azon határozatával szemben, mely először a stomatologiát, laryngologiát és otologiát egy szakosztályba akarta egyesíteni, utóbb pedig úgy módosult, hogy a stomatologiának külön szakosztályt adott, a laryngologiát és otologiát ellenben továbbra is egy szakosztályban akarta tiltakozásuk daczára egyesíteni: kimondta a közgyülés, hogy a laryngologia és rhinologia részére teljes és önálló szakosztályt kiván, más szakmával egyesített szakosztály munkálataiban nem vesz részt.

A bécsi laryngologus-egyesület meghivását, mely 1908-ban a gégetükör alkalmazásba vételének ötvenedik évfordulóján egy *Czermák-Türck* ünnepélyt akar rendezni és ezt egybe akarja kötni az első nemzetközi laryngologus-congressus egybehivásával, az egyesület köszönettel elfogadta.

Ezzel a közgyülés véget ért és megkezdődött a congressus tudományos ülése a következő napirenddel.

1. B. Fränkel (Berlin) *a laryngologia jövőjéről* beszélt; rövid visszatekintés után a multra, kiemeli a szaktudomány haladását oly irányban, mely módot nyujt az általános orvostudomány kérdéseinek tisztázására; beszél az orrbetegségek összefüggéséről a fül, szem és torok betegségeivel, a rhinogen agybántalmakról, főleg pedig a laryngologia által a sebészet terén elért előhaladásról, valamint a szakma terjeszkedéséről az oesophagoskopia és bronchoskopia intensiv müvelése útján.

2. Kuttner (Berlin) azon kérdést tárgyalja, hogy *a gégetuberculosis indikálhatja-e a terhesség időelőtti félbeszakítását*, és fejtegetései nyomán a kérdésre igenlőleg válaszol. A congressus ezen kérdést bővebb megvitatás czéljából a legközelebbi congressus napirendjére tüzte ki, referensül pedig *Kuttner*-en kivül még egy szakférfiút fog felszólitani.

3. Gluck (Berlin) *a sebészet a laryngoskopia szolgálatában* czimen tart előadást; a gyüjtött tapasztalatok több mint 150 nagy beavatkozás gyümölcsei, melyeknek kórboncztani készitményei, illetve a kiirtott részek szintén demonstrálva lettek. Elkezdve a légcső- és hörgszükületek megszüntetését czélzó és plastikával vagy a nélkül véghezvitt műtétektől, részletesen előadja a légcsősipolyok, gégeporczroncsolások, a mellső és hátsó mediastinum sebészi kezelését, kiterjeszkedve a tüdőresectiókra és a tüdősebzésen át történő retrograd légzésre oly esetekben, melyekben légcső- vagy mediastinalis daganatok miatt a betegek kizárólag ezen módjára a légzésnek voltak utalva s hónapokon át életben maradtak. Mesteri technikával végzi *Gluck* a sokszoros papilloma, lokalizált rák vagy gégetuberculosis miatt végzett partialis beavatkozásokat s úgy ezeket, mint a hemilaryngectomiákat, a teljes gége- és pharynx-kiirtásokat egy hosszú sorozat világosan érthető rajz segélyével tette könnyebben felfoghatóvá. Előadása végén négy esetet demonstrált, melyek azon kartársaink előtt, kik a német sebészi congressusokat látogatják, már bizonyára ismertek lesznek. Az első esetben a sinus pyriformis rákja és beszürődött nyaki mirigyek miatt 7 év előtt végzett hemilaryngectomiát, kiirtotta a mirigyeket, valamint a már rákos falzatú vena jugularist, de fél év mulva recidiva állott be; ekkor teljes larynx- és pharynxexstirpatiót végzett, a légcsövet kivarrta a jugulumba, a hiányzó pharynx-részlet helyére tölcsérszerü véggel ellátott gummicsövet helyezett; a beteg közvetlenül a műtét után egész jól táplálkozott, meghízott, a csövön át jól nyel s egész érthető, elég hangos pseudohangon beszél. A második és harmadik eset két év előtt lett hasonló módon operálva, a pseudohang tiszta és a beszéd jól érthető. Nagyon érdekes egy 9 éves leánygyermek esete, kinél kiterjedt garat- és bárzsinghegesedés miatt a fenyegető inanitio elhárítására gyomorsipolyt készített, majd később pharyngoplastikát végzett, az itt elhelyezett gummicsövet kivezette a nyakra és innen kivülről a gyomorsipolyba. A gyermek megerösödött, jól táplált, nagy evő, a megrágott és lenyelt falatok szemünk előtt csúsznak le a beiktatott üvegcsövön át a gyomorba, betolásukra a nyelés elején kapott vis a tergo elegendő.

4. *Gutzmann* (Berlin) *a spastikus beszédzavarokról és azoknak gyógyításáról* tartott előadást. Végül

5. *Brieger* (Breslau) értekezett *a garatmandola tuberculosisának jelentőségéről*.

A congressus végül azon határozathozatallal oszlott széjjel, hogy legközelebbi összejövetelét két év mulva ősszel, a német orvosok és természetvizsgálók vándorgyülésével ugyanazon időben és helyen fogja megtartani.

Jurasz (Heidelberg), *Killian* (Freiburg) és *Siebenmann* (Basel) klinikái.

A heidelbergi egyetemen a *Jurasz* tanár által vezetett orr- és gégebeteg-klinika a belklinikával kapcsolatban, utóbbinak egyik pavillonjában van földszinten elhelyezve. Tulajdonképen a mi fogalmaink szerint klinikának azért nem nevezhető, mert a fekvő betegek a belklinika ágyain, néha szétszórtan vannak elhelyezve, viszont azonban a járó betegek kezelésére szolgáló helyiségek és a műtőterem teljesen megfelelnek az igényeknek. A járó betegek nagy és szellős várótermeből a kezelésre szolgáló két nagy terem nyilik 6—6 dolgozóhelylyel, ettől egyik oldalra a laboratorium és pathologiai gyüjteménytár fekszik, a másik oldalon következik a tanár dolgozószobája és külön van elhelyezve a nagyobb beavatkozások czéljára berendezett műtőterem. Mindez azonban csak provisorium, mert jelenleg már épül a félmillió márka költséggel tervezett fülbeteg-klinika, és ennek megnyitása után a hasonló méretü orr- és gégebeteg-klinika építésére kerül a sor.

A freiburgi egyetemnek *Killian* tanár által vezetett klinikája még szintén nem idealis, de már sokkal inkább megadja az oktatás és tudományos munkálkodás előfeltételeit. A klinika közös udvarral biró két kisebb épületben van elhelyezve. Az egyik épület, mely eredetileg bérház volt, a fekvő betegek elhelyezésére szolgál, 8—10 kisebb szobában összesen 30 ágygyal, teakonyhával és a megfelelő mellékhelyiségekkel a betegek és az ápoló nővérek részére. Az ételeket a központi konyhából szállítják melegitő tartókban. Az intézet másik fele, a poliklinika járó betegek részére, egyemeletes villaszerü épületben van elhelyezve. Földszinten a közös, továbbá egy külön, a tanár magánbetegeinek szánt váróterem, laboratorium, pathologiai gyüjteménytár, szolgalakás stb. van elhelyezve. Az emeleten egy körülbelül 80 □ meter területü nagy teremben van az ambulans helyiség hat dolgozóhelylyel, innen, valamint kivülről is nyilik a *Killian* dolgozószobája és egyszersmind rendelőhelyisége magánbetegei részére, a nagy terem másik oldaláról pedig egy igen nagy és tágas, teljesen felszerelt műtőterembe lépünk, melynek berendezése bár nem fényüző, de minden kivánalomnak teljesen megfelel.

Mint már az előző sorokból is kiderül, a freiburgi klinikán az az előttünk szokatlan dolog tünik fel, hogy a tanár egész magángyakorlatát a klinika falain belül végzi el. Ezen körülmény azonban, mint a következmények mutatják, a klinikára és oktatásra nézve kárt nem jelent, sőt bizonyos tekintetekben előnyösnek is tekinthető. Első sorban előnye az, hogy a tanár naponta legalább is 7—8 órát tölt a klinikán, közben mindenütt jelen van és miután magángyakorlatában az assistens és a négy klinikai gyakornok szintén segédkeznek, ez által ezen anyag is felhasznál-

tatik a tudományos észlelés és oktatás czéljaira Hogy ez mily mértékben történik, elegendő hivatkozni arra, hogy a modern rhino-laryngologiának ezen klinika ma talán a legelső vezető intézete, falai közül kerültek ki a bronchoskopia, a radicalis homlokürегműtét és submucosus orrsövényresectio legtökéletesebb kiviteli módjai, melyek *Killian* nevének máris örök életet biztosítanak az orvostörténelem lapjain.

A klinikát külföldi orvosok sürün keresik fel, a bronchoskopiát és oesophagoskopiát *v. Eicken* tanársegéd havonként 5—6 napig tartó cursusokon adja elő a nagy számban jelentkező szakorvosoknak. Természetesen gyakorlatok czéljából 5—6 betanított egyénnel rendelkezik a klinika, kik kivülről lesznek szükség esetén berendelve és a bronchoskopiás cső letolását 3 márka, az oesophagoskopét pedig 2 márka fájdalompénz fejében viselik el.

A baseli egyetemen az orr- és gégebeteg-klinika a fülbeteg-klinikával egyesítve *Siebenmann* tanár vezetése alatt a közkórházban van elhelyezve; az ambulans-betegek részére 3 helyiséggel, 24 fekvőbeteg részére pedig 5 kórteremmel rendelkezik.

Mindezen dolgoknak elsorolása pedig talán nem időszerütlen most, midőn már nem egészen három év mulva, 1908-ban Budapesten fog lefolyni a nemzetközi otologiai congressus, és ugyanazon évben a Bécsben tartandó nemzetközi laryngologiai congressus tagjai szintén testületileg szándékoznak Budapestet meglátogatni. Hogy külföldi hirneves kartársaink szíves vendéglátásban bőven fognak részesülni a szakkollegák részéről, az kétségtelen; hogy Budapestnek és környékének szépségeitől el lesznek ragadtatva, szintén várható, de előre érzem a némileg szégyenkező zavarérzésnek pillanatát, mely akkor fog majd el bennünket, ha végigkalauzoltuk őket tudományegyetemünk részben páratlan berendezésü hatalmas klinikáin, és végül be kell majd vallanunk, hogy a laryngologia vagy az otologia tanítására egyetemünk klinikával nem rendelkezik; a klinikákon, közkórházainkban és más kórházakban levő, a külföldhöz képest bizony szegényes elhelyezésü, részben csak türt rendelő-intézeteket gondolom legjobb lesz be sem mutatni.

Egyedül azon körülmény vigasztal, hogy még ez időpontig majdnem három évig van időnk, cselekedni talán ez elég lesz arra, hogy addig ezen régen érzett hiányon, ha nem is teljes megoldás útján, mert modern klinikák építésére a szokásos ügyvitel mellett sokkal több idő kell, de legalább bérházakban vagy előbb más czélra szolgált egyetemi épületekben ideiglenesen elhelyezett klinikák felállítása által segítve legyen.

Polyák Lajos dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Die Entstehung des Carcinomes. Von Dr. **Hugo Ribbert**, ord. Professor der path. Anatomie an der Universität Göttingen. Verlag Fr. Cohen, Bonn, 1905.

Szerző e munkában a rák genesisére vonatkozó álláspontját fejti ki. Minden kisérlet, mely a daganat széli részeiből akar a tumor genesisére következtetni, meddő; ha a daganatok keletkezését ismerni akarjuk, úgy a daganatképződés kezdeti szakát kell vizsgálnunk. Nagyon valószinü, hogy már az első sejtek és sejtcomplexumok is, melyekből a tumor tovább fejlődött, a normalis összefüggésből lefüződöttek voltak. Ez az álláspont közel áll Cohnheim embryonalis csírelméletéhez; szerző szerint postembryonalis sejtlefüződés is hasonlóan daganatképződéshez vezethet.

De mi indítja e sejteket rákos burjánzásra? Parasitákra gondoltak, mert a daganatok és az infectiosus betegségek közt némi hasonlatosság van. A vonatkozás a következőkben áll: 1. Mindkettőnél többé-kevésbé elhatárolt csomóképződés van; 2. pusztító növekedés, mely hasonlít a lepra, a tuberculosis pusztításához; 3. az elterjedés módja a szervezetben (miliaris carcinosis, tuberculosis). Csakhogy az infectiosus termékekben a csomók granulatiós szövetből állnak, a daganatokban saját, jellegző elrendeződésü sejtekből. Az infectiosus folyamatokban a szélen mindig új kötőszövet vonatik a gyuladásos burjánzás körébe, míg a daganatoknál a jellegző sejtelemek a környék szöveteibe hatolnak s azokat elpusztítják. Továbbá az infectiós betegségekben a bakteriumok okozzák az új granulatiókat, míg a daganatoknál a jellegző sejtek saját szaporodása okozza az új csomókat.

Mi módon okozza a parasita a sejtproliferatiót, arról alapjában nem is gondolkodtak, csak a priori természetesnek mondották. Felvették a *symbiosist*, de sehol másutt nem látjuk, hogy egy parasita az anyasejtet progressiv növekedésre birná, az anyasejt a parasitával egymást rendesen kiegészíti. Majd kimutattak parasitákat *mikroskoppal*. Körülbelül 15 év óta mindig ugyanazon képeket irják le, csakhogy új conserváló s festőmódszerek alapján. Általában a protoplasmában levő vacuolák azok, melyekben sajátságosan festődő hyalin-zárványok vannak. *Schüller* capsulái, melyek spórákat és fiatal organismusokat zárnak körül, nem typikus képletek, az átoltásukkor keletkezett daganatok lobos természetüek; *Sanfelice* blastomycetái, mások protozoonjai sem specifikusak. Mindezen *zárványok* szerző szerint *degeneratiós termékek*.

Majd a *klinikai lefolyás* miatt tartották szükségesnek parasiták felvételét. Igy utaltak 1. a *contagiosus átvitelre*, a cancer en deux-re. Szerző ezeket vagy egymástól független elsődleges daganatoknak tartja, vagy, a mennyiben ugyanegy egyén bőrén vagy nyálkahártyájának analog felületén foglalnak helyet, nyirokutakon át történt hámsejttovahurczolásnak. Utalnak továbbá 2. a *malignus tumorok átvitelére egyik állatról a másikra*. Ez szerző szerint nem egyéb, mint módosított metastasis nem ugyanazon, hanem egy másik szervezetben, de mindig ugyanazon speciesben. Tehát e szerint minden állatfajnak külön rákokozó bakteriumának kellene lennie! Itt megjegyzendő, hogy legutóbb sikerült *Dagonet*-nek emberről rákot patkányra átvinni.

Utalnak továbbá 3. arra, hogy *egyes vidékeken gyakoribb a rák*, hogy a *rák átöröklődik*, hogy a *rákbetegség szaporodik*, de ezek sem bizonyítók a parasita-elmélet mellett.

Utopia *Kelling* álláspontja, hogy a ráksejt maga a parasita. Szerző szerint Kellingnek a rák histologiájáról s histogenesiséről fogalma nincs, midőn ilyeneket állít. Kelling bizonyítékai t. i. — csigasejteket, majd csirkeembryosejteket kutyákba vitt, mire tumorok keletkeztek pl. a májban — meg nem állhatnak. Az ő adenomaszerű képletei a májban az epeutak burjánzásának tulajdonítandók.

Nézzük most a *sejtelméleteket*. Egy csoport szerint a normalis hám előbb átalakul s csak azután képződik a daganat. *Hansemann* szerint az epithelsejtek anaplasiája előzi meg a tumor fejlődését, *Beneke* szerint a sejtek functioképessége csökken előzetesen és ezzel arányban nő proliferáló tendentiájuk, *Marchand* szerint a hámsejtek biologiai változása toxikusan hat a szomszéd szövetekre. Szerző ezen elméleteket nem fogadja el, mert elsődleges biologiai elvátozásokat vesznek fel. Saját elméletét a lefüződött csirokon épiti fel következőleg:

A rák lefüződött, izolált hámsejtekből keletkezik, a melyek a normalis szövettel való összefüggésből kiváltak. A lefüződés a subepithelialis kötőszövet gyuladásának a következménye, a mely gyuladás elősegíti a hámnak a mélybe való burjánzását, hasonlóan a mirigyek fejlődéséhez. *Steiner Pál* dr.

Uj könyvek. *Braun:* Die Lokalanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung. Leipzig, A. Barth. — *Schober:* Sozialmedizinische Bilder aus Frankreich. Wien, Spielhagen und Schurich. — *Croner:* Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. Dritte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. — *P. Maas:* Die Entwickelung der Sprache des Kindes und ihre Störungen. Würzburg, A. Stuber. — *Sarbó:* Der heutige Stand der Pathologie und Therapie der Epilepsie. Berlin und Wien. Urban und Schwarzenberg. — *H. Liepmann:* Über Störungen des Handelns bei Gehirnkranken. Berlin, S. Karger. — *P. Cohnheim:* Die Krankheiten des Verdauungs-Tractus. Berlin, S. Karger. — *T. Cohn:* Die palpablen Gebilde des normalen menschlichen Körpers und deren methodische Palpation. Teil I. Obere Extremität. Berlin, S. Karger. — *R. Oestreich:* Allgemeine pathologisch-anatomische Diagnostik. Berlin, S. Karger. — *Goldscheider:* Hygiene des Herzens. München, Oldenbourg. — *J. Arneth:* Die Lungenschwindsucht auf Grundlage klinischer und experimenteller hämatologischer Untersuchungen. Leipzig, A. Barth.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A gyomor emésztőképességének vizsgálata gyomormosás nélkül. A desmoidpróba, *Sahli* új vizsgálati módszere, megbizható-

ság s egyszerűség tekintetében felülmulja az eddig használt eljárásokat. A gyomor emésztőképességének vizsgálatára Sahli eleinte nyers kötőszövetből álló vékony lemezkéket, majd catgutöt használt, a melyeket sem a pankreas váladéka, sem a belekben jelenlevő rothadást okozó bakteriumok nem képesek megbontani. Könnyebben beszerezhető volta miatt inkább a catgutöt ajánlja, a melyet a fogorvosok cofferdam (rubberdam, digue) néven ismernek. Ennek legfinomabb minőségét nyersen, nem sterilizálva, kis zacskók készítésére használja, a melyeket desmoidzacskóknak nevez. Ezeket megtölti labdacsokkal, a melyek vagy 0·1 gm. jodoformot, vagy jodoformot és methylenkéket tartalmaznak (methylenkék 0·05, jodoform 0·1, extr. et pulv. liquir. aa 0·04).

Egészséges gyomoremésztésű egyén gyomrában a zacskó néhány óra után oldódik s a jod és methylenkék felszívódva, a vizeletben chemiai reactiók segélyével kimutatható, a mit 92 egyénen végzett vizsgálata bizonyít.

Maga az eljárás elég egyszerű. A rendes ebéd (12—1 óra között) után közvetlenül desmoidzacskót nyel a beteg, ügyelve arra, hogy fogaival ne érintse. Lehetőleg délután 5 és este 7 órakor, úgyszintén másnap reggel vizet; az összegyüjtött vizeletet tartalmazó üvegeken az ürítés időpontját gondosan megjelöli. A vizsgált egyén kitanítandó arra nézve is, hogy figyelje meg, nem zöldes-e az esetleg már korábban ürített vizelet, a miből a desmoidpróba korábbi beálltára lehet következtetni. A jodreactio (chloroform, salétromsav) positiv volta, a methylenkéknek vagy concentrált eczetsavval való főzésre jobban szembetünő chromogenjének (aznap este vagy másnap reggel) megjelenése a vizeletben a desmoidpróba positiv, hiánya negativ voltára vall. Egészséges gyomor vizsgálatakor már aznap este kimutatható a jod és a methylenkék. Gyomorbajosoknál nem sikerül, vagy csak később áll be a desmoidpróba, melynek eredményére a gyomornak próbareggeli próba útján kimutatható sósavtartalma nincsen befolyással. A sósav mennyiségétől való e függetlensége szerző szerint az eljárás előnyét, alapelvének s a kivitel körülményeinek a természetes viszonyokkal való egyezését bizonyítja. Bőséges ebéd után ugyanis nagyobb lehet a sósavelválasztás, mint próbareggeli után, vagy csökkent a pepsinelválasztás a sósavéhoz képest, vagy aránytalanul fokozott lehet a peristaltika, minek folytán a gyomornedvnek nincs ideje kellő emésztőképesség érvényesítésére.

Látszólag e módszer csak azt mutatja, mily gyorsan oldja fel a gyomornedv a catgutzacskót, ezzel arányban azonban arra is következtethetünk, hogy mily tökéletesen emésztetett meg a desmoiddal egyidejűleg elfogyasztott táplálék. Feltehetjük ugyanis, hogy a pepsin és sósav hatása a catgutre s a gyomortartalomra egyenlő mértékben érvényesül. Érthető ezek alapján, hogy gyomorrák s anaemia perniciosa esetén a desmoidpróba mindig negativ, nehezen emészthető anyagok pangásakor pedig csak későn, esetleg éjjel ad positiv eredményt.

A desmoidpróba a gyomorbetegségek diagnostikájának módszereit oly eljárással gyarapítja, a melylyel a gyomoremésztés viszonyai a gyomormosással járó kellemetlenség elkerülésével tanulmányozhatók. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1905. 8. és 9. szám.) *Ország Oszkár.*

Belgyógyászat.

Adatok a phosphaturia ismeretéhez. *Moraczewski* a phosphaturia két alakját különbözteti meg, úgymint a gyermekek phosphaturiáját s a felnőttekét, mely neurastheniával kapcsolatos. Az előbbit jellemzi a mészsók fokozott kiválasztása a vizelettel, mely a hiányos bélkiválasztásnak az eredménye. A neurastheniás phosphaturia klinikai jelenségei bőven vannak ugyan már tárgyalva, az anyagcsereviszonyok azonban csak kevéssé. Figyelemreméltó a phosphaturiának az az alakja, mely oxaluriával váltakozik, vagy pedig a húgysavas diathesist követi; ezen alakoknál sajátságos, hogy alkaliák adagolása csökkenti a phosphaturia fokát. Ezen paradox hatás indította Moraczewskit arra, hogy a vizelet összes alkalikus és sav ionjait s az alkaliáknak ezekre gyakorolt hatását meghatározza. A vizsgálatok eredményeképen kitünt, hogy a phosphaturia legutóbb említett alakjánál a mészkiválasztás csökkenése mellett a phosphorsavkiválasztás emelkedett. Alkaliák adagolása a metalloid-ionok (Cl, S, P) kiválasztását jobban fokozza, mint a fémionokét, minek folytán a kiválasztási viszonyok közelednek a normalishoz. A phosphaturia ezen alakját anorganikus ionok retentioja jellemzi és így emlékeztet a húgysavas diathesis egyes alakjaira. Ugyanazon egyénben mindkét bántalom jelen lehet, t. i. phosphaturia váltakozva oxaluriával és húgysavas diathesissel, vagy olyképen, hogy kezdetben phosphaturia mutatkozik, melyet húgysavas diathesis követ és megfordítva. (Centralblatt f. innere Medizin, 1905. 16 szám.) *K. G.*

Az alkoholnak a vérkeringésre gyakorolt hatását vizsgálta *M. Kochmann*. E vizsgálatokat azért is szükségesnek tartotta, mert minden tekintetben ellentmondó adatokra találunk ez irányban az irodalomban. A pulsus számának, a pulsus minőségének, a vérnyomásnak megváltozását épen úgy észlelték növekvőleg, mint csökkenőleg, a szívről magáról pedig azt állították, hogy alkohol felvétele után acutan tágulhat, a mely lehetőséget mások tagadták. Eziránytú vizsgálatainál a vérnyomásból indult ki (készülék: *Riva-Rocci* és *Gärtner*) s azt tapasztalta, hogy kis adagok (40—60 cm³ 10%-os, 40—50 cm³ 18%-os alkohol) 20—30 percz alatt fokozatosan 15—20, kivételesen 30 mm. Hg.-rel emelik a vérnyomást, mely ezután csökkenni kezd és 60—70 percz alatt a normalishoz tér vissza. Az emelkedés tetőpontján adott újabb kis adagokkal a nyomást az elért fokon hosszabb ideig meg lehet tartani. Habitualis alkoholisták ily adagokkal szemben refractaerek. Közepes adagok (60—80 cm³ 20%-os, 50—60 cm³ 30%-os alkohol) csekély emelkedés után, nagy adagok pedig (50 cm³ 50%-os alkohol) kezdettől fogva sülyedést okoznak a vérnyomásban; utóbbi 10 mm. Hg.-nél nem nagyobb és 60 percz mulva ismét a normalis magasságra emelkedik.

A vérnyomás emelkedésével párhuzamosan a pulsus nagyobb, a katadikrotismus kifejezettebb; annak csökkenésével a normalishoz visszatérő, szaporasága azonban változatlan. Az arcznak, kezeknek egyidejű kipirulása, a bővebb izzadás arra mutat, hogy e tüneteket peripheriás edénytágulás okozza. Állatkisérletek (nyúlnál egyszeri kis alkohol-adag intravenosusan) mutatják, hogy a vérnyomásemelkedést a splanchnicus edényterület szükülete okozza, mely a vasomotoros központból kiinduló peripheriás edénytágulást túlcompenzálja.

A vérnyomásemelkedést tehát helytelen volna a szívműködés elsődleges kedvező befolyásolásából magyarázni. Azonban embernél észlelt tünetek és állatkisérletek azt mutatják, hogy az alkoholos vérnyomásemelkedés a szívizom bővebb véreilátását és működésének erősbítését eredményezi. A gyomrocs minden egyes összehúzódása alatt végzett munka ugyanis egyenes arányban áll az aortabeli nyomással — mely átlag 15 mm.-rel nagyobb — és a gyomrocs kiürülési volumenével — mely a vérelosztódás sajátságos viszonyainál fogva kisebb semmi esetre sem lett —, és fordított arányban áll a kamrasystole időbeli lefolyásával, mely kardiogrammos vizsgálatok szerint az alkohol-hatás alatt nem változik. A szívmunka fokozódását bizonyítja az is, hogy a vérnyomást emelő adagok a pulsus szaporaságát nem változtatják meg. E szerint az alkohol joggal foglal helyet gyógyszereink közt, s kérdés, helyes volna-e azt socialis okokból azok közül kirekeszteni és másokkal pótolni? *R. Zs.*

Idegkórtan.

A mostani meningitis cerebrospinalis epidemica járvány statistikai adatait beszéli meg *Eggebrecht* a hivatalosan közzétett kimutatás alapján, mely 1905 május elejéig terjed. Ezen járványt nem előzte meg a megbetegedési szám lassú növekedése és a szomszéd államokban sem állott fenn megelőzőleg hasonló járvány. A kiinduló pont Felső Sziléziában Königshütte és Neu-Heyduck kerületek voltak, a hol 1904. novemberben vette kezdetét a baj. Novembertől májusig 2000 ember betegedett meg Németországban, ezekből Sziléziára 1830, a Rajna vidékére és Westfáliára 40, Posenre, Nyugot- és Keletporoszországra 30, Észak-Németországra 25, Közép-Németországra 45, Dél-Németországra 35 eset jut. Ezenkivül Ausztriában 276 megbetegedés támadt, Oroszországban, Irországban és Amerikában is pusztított a járvány.

A téli és tavaszi hónapokban volt a járvány legerősebb, februárig Felső-Sziléziában maradt meg és azután terjedt el e tartomány többi részére. Április közepén jelentkeztek az első esetek Észak-Németországban, csak később a Rajna vidékén, április végén Közép-Németországban. A városokban a morbiditás kisebb

volt, mint a falukon, a szegényebb néposztály inkább betegedett meg, mint a vagyonos, a hadseregben 38 eset fordult elő. Míg Kattowitzban majdnem kizárólag a gyermekek estek a bajba, a többi németországi helyeken férfiak és nők egyenlően, gyermekek kevésbé betegedtek meg. A halálozás átlag 40—50%, de némely helyen 96, máshol 21. A halálozás az epidemia végén emelkedett. A mostani járvány hosszabb a régebbieknél, melyek csak 3—4 hónapig tartottak. (Münch. med. Wochenschr., junius 13.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

A rák specifikus therapiájáról értekezik *Schmidt*. Azon észleléséből kiindulva, hogy minden rák infectiosus betegség, hogy a szerző által leirt parasita és daganat közt causalis nexus van, kisérleteket végzett elölt tenyészet minimalis adagainak befecskendezésével. Az injectio jellegző reactiót idézett elő, leginkább még ki nem fekélyesedett rákoknál, legkevésbé cachektikus egyéneknél. A reactio lobos processus képében jelentkezett annak minden sajátságával. Az ilyen reactio csak rövid ideig tartott, de ha folytatta a befecskendezéseket, akkor a reactio állandóvá vált, melynek eredményeként a daganatban regressiv metamorphosis lépett fel. A gyógyuláshoz két feltétel szükséges: a rákos sejtek burjánzási képességének tönkretétele és a meglevő daganat eltávolítása. Ez utóbbit a sebész elvégezheti, de a visszamaradó csirok tovaburjánzásának meggátlására semmit sem tehet. Szerző a daganatok közelébe kis mennyiségű serumot injiciált, mialatt a daganat a reactio szakában, tehát gyuladásos állapotban volt s ezzel a regressiv metamorphosis gyorsabb kifejlődését biztosította, melynek eredményeként jelentkezik ama hatalmas kötőszöveti köteg. Ép ezért ajánlja, hogy műtét után, midőn kis mennyiségű parasita még visszamaradhatott, azonnal immunizáljunk, mert ezzel a rákos maradványokat tönkretehetjük. Egy esetben, midőn nem az ép szövetben történt az emlőrák kiirtása, mikor a mirigyeket sem távolították el, azonnal megindított aktiv immunizálásra a visszamaradt csirok nem fejlődtek tova s a nő jelenleg, 1½ évvel a műtét után, recidivamentes és egészséges. Szerzőnek az az álláspontja a rákkérdésben, hogy *minden eset operálandó, de minden műtét után prophylaktikus immunizálás is végzendő a recidiva elkerülése végett*, mert vizsgálatai meggyőzték, hogy ezen specifikus kezeléssel a daganatnak épen legfiatalabb részeiben, nem pedig a legrégibb középrészekben lép fel a regressiv elváltozás, a kötőszövetképzés és mert ezen kezelés a metastasisok fellépését meggátolja s az általános állapotot kedvezően befolyásolja. Szerző munkája mindenesetre figyelmet érdemel s érdeklődéssel tekinthetünk kilátásba helyezett folytatólagos kisérletei elé. (Mittheilungen aus Schmidt's Laboratorium für Krebsforschung, 1905. I. füzet.)

Steiner Pál dr.

Csontüregek plombozása után fellépő szöveti változásokról értekezik *Silbermark*. A Mosetig-féle jodoformplombozást követő szöveti elváltozásokat vizsgálta 5—35 nappal a műtét után. Vizsgálatait kutyákon végezte, melyeknek hátsó metatarsusain történt a műtét. A műtét után heves reactio jelentkezik, a mi élénk szövetújképződésben nyilvánul, melynek jellegző alakelemei a sűrűn elhelyezett, egymást szabálytalanul keresztező orsóalakú sejtek. E szövet az üreg fala és a behelyezett plombanyag között jelentkezik s a plomb beolvadásával arányosan szaporodik. Eleintén a plomb környékén még kevés véralvadék látható, melyet azonban az újonnan képzett szövet csakhamar elnyom, úgy hogy már rövid idő mulva az újképződésü szövet a plombanyagba is belenő. A csontüreget kitöltő orsósejtü kötőszövetben csakhamar osteoid-gerendák mutatkoznak, a csontcsatornácskák hosszú időn keresztül tetemesen meg vannak tágulva s e tágulást gyakran egymás mellett elhelyezett sok osteoblast-szerü elem fellépése kiséri A periost részéről szintén képződik új csontanyag, Igy lassanként a plombanyag helyébe két oldalról lép csontanyag, mely a régi csontszövettel teljesen összeolvad. Ily körülmények között a czél, melyet a műtéti módszertől várunk, el van érve, a mennyiben a plombanyag az operatio által keletkezett csontüreget teljesen kitölti, s a gyógyulás után a plombanyagot a képződött szilárd csontanyag helyettesiti, a mely a régi csontszövettel organikus, szétválaszthatlan összeköttetésbe lép. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 75. kötet, 2—4. füzet.)

Holzwarth.

Appendicitis tüneteit okozó ovariumhaematomát ir le *Harold Wilson*, ki már több izben észlelte, hogy a menstruatio idején vérzések az ovariumban vagy az ovariumból a hasűrbe acut abdominalis affectiók, igy átfűródó gyomorfekély képét is ölthetik. (The Lancet, 1905. 4262. sz.)

Pólya.

Heges contracturák kezelésére a hegek kimetszése után a *Krause-* (helyesebben *Wolfe-*) féle nyeletlen bőrlebenyek transplantatioját ajánlja *Kennedy*, melyek utólagos zsugorodásra a cutis jelenléte miatt sokkal kevésbé hajlamosak, mint a *Thiersch*-féle lebenyek s igy sokkal tartósabb functionalis eredményt biztosítanak. (Britisch med. Journal, 1905. 2313. sz.)

Pólya.

A patellafracturák véres kezelését ajánlja *Hugh Righby* azon kedvező functionalis eredményei alapján, melyeket úgy friss, mint régi, sőt comminutiv törés 21 esetében elért. Az operativ kezelés a gyógytartamot is annyira megrövidíti, hogy 14 nap mulva a beteg már elhagyhatja az ágyat s 6—8 hét alatt teljesen munkaképessé válik. Ezen szép eredményekkel sajnálatos ellentétet képez azon esete, melyben a patellavarrathoz csatlakozó genyedés a végtag amputatioját tette szükségessé. (The Practitioner, 1905. május.)

Pólya.

Bőrkórtan.

Az eczemák pikrinsavas kezelésének értékéről nyilatkozik *O. Meyer* (Strassburg). Szerző bevezetésül részletes történeti áttekintést nyujt a pikrinsav eddigi belső és külső alkalmazásáról. Majd áttér saját vizsgálataira, melyeket főleg különböző eczemás betegeken végzett. Ezeken általában azt találta, hogy a franczia szerzők által már régebben is nagyon dicsért pikrinsavkezelés a lehető legjobb eredményekre vezet. A kezelés ¼—½%-os oldatokkal vagy ugyanolyan erősségü zinkpastákkal történik. Különösen jó eredménynyel kezelhetők ily módon nedvező vagy hólyagos acut eczemák és főleg a kézfejre szorítkozó ipari, úgynevezett professionalis eczemák. De igen jó hatás várható e kezeléstől seborrhoeás és varicosus alapon fennálló eczemáknál is. A pikrinsavas oldatok és pasták csillapítják a viszketést, csökkentik a nedvezést, a bebőrödzést és beszáradást pedig lényegesen előmozdítják. Ugyanily jó hatással kezelhetők felületes égések is. A pikrinsavnak ezen most említett óvatos, kisadagú használata mellett szerző sohasem látott mérgező hatásokat, noha tudvalevően a pikrinsav igen heves méreg. A pikrinsav-kezelésnek úgyszólván egyetlen hátrányát, igaz nem lényeges hátrányát, *Meyer* is említi, és ez az, hogy igen erős a festőképessége. A bőr, ruhanemü és minden egyéb vele összekerülő anyag csakhamar kanári sárga szint ölt; ez oly hátrány, mely főleg a magángyakorlatban, nevezetesen az arczon és kézen ülő bajok esetén, igen megnehezíti e különben igen jó kezelést. (Therapeut. Monatshefte. 1905. 5.)

Guszman.

Isoform-kezelés kapcsán fellépett bőrlob esetét ismerteti *E. Hoffmann* (Berlin). Az isoformot, mely a jodoformnak újabban kiterjedten használt pótszere, igen alkalmas antisepticumnak és desodoransnak tartják. Nem mérgező hatású és némely bőrbetegségben jól bevált szerként ismeretes, mely az eddigi közlemények szerint a bőrt egyáltalán nem izgatja. Hogy azonban az isoform kivételesen kellemetlen mellékhatásokat is létesíthet, azt *Hoffmann* esete bizonyítja. Ez fiatal erőteljes férfira vonatkozik, a kin phimotomia után 3%-os isoformgaze-kötést alkalmaztak. Erre már néhány óra mulva erős égető és viszkető érzés támadt, a következő napon pedig a penis és a környező bőrterületek erősen megduzzadtak. Daczára annak, hogy az isoformot már az első kellemetlen tünet jelentkezésekor elhagyták, a lob később úgy elhatalmasodott, hogy a köldöktől a térdekig ért és igen makacscsá vált, a mennyiben csak hetek multán tünt el. Az eset tanulságos, mert mutatja, hogy mily körültekintéssel és vigyázattal kell még jó hirben álló szerekkel is bánni akkor, mikor új betegről van szó, kinek tolerantiája az illető szer iránt még ismeretlen. Figyelemre méltó *Hoffmann* esetében az is, hogy a gyuladás aránylag igen csekély isoform-mennyiségre állott be. (Berl. klin. Wochenschft. 1905. 26. sz.)

Guszman.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Meningitis cerebrospinalis epidemica eseteiben már többen használták jó eredménynyel a natrium salicylicumot. Sok esetben azonban különböző okok miatt, főleg pedig azért, mert a gyomor nem tűri, nem használható e szer a szájon át adva. *Seibert* newyorki kórházi orvos négy ilyen esetben a végbélen át adta, még pedig kitünő eredménynyel; valamennyi beteg meggyógyult, noha egyik-másik esetben a kezelés megkezdésekor kétségbeejtő volt az állapot. Egyszerre 0·90 gramm natrium salicylicumot visz egy evőkanálnyi forró vízben feloldva a végbélbe: ezt az adagot 6 óránként megismétli; volt azonban esete, a melyben órás időközökben adta ezt az adagot, összesen 10 szer; azután 12 órás szünet után még egy ilyen sorozatot adott. (Ref. La semaine médicale, 1905. 26. szám.)

Thiosinamin-befecskendezésekkel sikeresen kezelt heges bárzsingszűkület esetét közli *Schneider* a baseli gyermekkórházból. Az 5 éves gyermekben tömény natronlúg ivása után keletkezett a szűkület, a mely 7 hónap alatt oly fokúvá fejlődött, hogy a legfinomabb sondákat sem lehetett a gyomorba bevezetni. 4 nap alatt végzett két befecskendezés után már tetemesen javult az állapot és 4 hét mulva már teljesen jól nyelt a beteg, a 30. sz. sonda is minden akadály nélkül be volt vezethető és 2½ kilogramm súlyszaporodás volt megállapítható. Következő oldatot használtak: thiosinamin 1·0, glycerin 4·0, aqua destillata 16·0. Az első két befecskendezést 0·7, a többit 1·0 cm³ oldattal végezték. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1905. 11. szám.)

A stypticin dicsérőinek hosszú sorához csatlakozik újabban *Isenburg*, a ki súlyos vérzés több esetében (menorrhagia, tüdővérzés, haematuria) nagyon jó eredménynyel használta a nevezett szert. Különösen kiemeli, hogy nagy adagokban és huzamosabb időn át adva sem okoz semmiféle kellemetlenséget. Az adag 5—10 centigramm naponként 4—8-szor. (Medico, 1905. 17. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. julius 7.

— **Kinevezés.** Borsodmegye főispánja a miskolczi Erzsébet-közkórházhoz segédorvossá nevezte ki *Herferschon Mór* dr.-t.

— **Megbizás.** *Barsi Dezső* dr.-t a belügyminister a marosvásárhelyi állami gyermekmenedékhelynél a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg.

┼ **Ellbogen Fülöp** dr. bonyhádi orvos a napokban érte meg orvosdoktorrá felavatásának 40. évfordulóját, a mely alkalommal az országos orvosszövetség tolnavármegyei fiókja irásban üdvözölte.

\+ **A szepesi orvos- és gyógyszerész-egylet** e napokban tartotta évi közgyülését Tátralomniczon, a mely alkalommal *Lorx Sándor* dr. megyei főorvos és *Löwenbein Samu* dr. gölniczbányai tiszteletbeli főorvos 40 éves orvosi jubileumát is megünnepelték.

× **Trachoma-pályadij.** A belügyminister által 1903-ban a trachoma kórtanát és gyógyitását tárgyaló legjobb könyv vagy értekezés jutalmazására kitűzött pályadíj biráló bizottsága: Schmidt-Rimpler (Halle), Hess (Würzburg) és Grósz Emil (Budapest) egyetemi tanárok Lipcsében julius hó 2.-án tartották együttes ülésüket. A bizottság egyhangú határozata a következő: az egész pályadíjat: 2000 koronát nem adták ki, mivel a beérkezett 19 munka közül egyik sem tartalmazott úgy a kórtan, mint a gyógyitás terén egyaránt „absolut értékű“ haladást.

Ugyszintén nem került kiadásra a kórtanra eső rész sem, mivel az ezen irányú munkák újabb eredményei nem voltak biztositottnak tekinthetők. A gyógyitásra eső részt: 1000 koronát Kuhnt königsbergi egyetemi tanár munkáinak itélték oda, mivel a trachoma mechanikus és sebészi gyógyitásának kidolgozásában, indicatioinak megállapításában s a módszerek tökéletesitésében a bizottság olyan haladást látott, mely a jutalmazásra érdemes.

A nemzetközi pályázat tehát eredménynyel járt. A külföld méltányolta a magyar kir. kormány azon törekvését, hogy a trachoma-ellenes küzdelem fegyvereit a tudományos haladás eszközeivel óhajtja gyarapitani. A pályamunkák nagy számán és minőségén kivül örvendetes jelenség, hogy épen a magyar kormány kezdeményezése igen élénk tevékenységet indított meg a trachoma-kutatás terén, s ama körülmény, hogy a munkában elsőrangú tudósok vesznek részt s szándékoznak továbbra is résztvenni, alapos reménységet kelt, hogy e munkásság eredményes is lesz.

† **Elhunyt.** *Schech Fülöp* tanár, a müncheni gégészeti poliklinika vezetője julius 1.-én 60 éves korában. Schechnek igen nagy érdemei vannak a laryngologia terén, s nevét különösen új műszerek ajánlása által tette ismertté. Egész instrumentarium származik tőle az orr, garat és gége galvanocaustikai műtétei számára, s igen praktikus fogót eszelt ki az orr-garatüreg adenoid vegetatioinak az eltávolitására. Több jeles tankönyvet is irt szakmájából, melyekből egyik-másik idegen nyelvre is le van fordítva. — *Léon Hiernaux*, a szülészet tanára Bruxellesben, több szülészeti tankönyv szerzője.

× **Olshausen** berlini tanár, a híres gynaekologus e hó 3.-án, *M. Benedict* bécsi tanár hazánkfia e hó 4. én, *Obersteiner* bécsi tanár, a hírneves neurologus pedig e hó 6.-án ülte 70. születésnapját.

× **Abbe Ernőnek**, a mult évben elhunyt nagy mathematikusnak és physikusnak Jenában emlékszobrot szándékoznak emelni. Abbe munkásságának javarészét a mikroskop s egyéb optikai műszerek tökéletesitésének szentelte, s az e téren elért újabb nagy haladások leginkább az ő nevéhez fűződnek. Ezen a réven nagy előmozditójává vált valamennyi tudománynak, a mely mikroskoppal dolgozik s igy közvetve az orvostudománynak is. A szobor költségeinek fedezésére szánt adományok Fischer Gusztáv dr. könyvkiadóhoz küldendők Jenába.

* **Kisebb külföldi hirek.** *W. Scholtz* dr.-t a königsbergi egyetem rendkivüli tanárává és a syphilidologiai klinika és dermatologiai poliklinika igazgatójává nevezték ki. — *V. Lindemann*-t a kiewi egyetemen az általános kórtan rendes tanárává nevezték ki.

\+ **A VII. nemzetközi büntetőügyi congressuson**, a melyet az idén Budapesten tartanak meg, a megvitatásra kitűzött kérdések között orvosi vonatkozásúak is vannak. A törvényszéki elmekórtan köréből *Moravcsik* tanár lesz előadója azon kérdésnek, vajjon szükséges-e csökkent beszámithatóságú egyének vagy megrögzött iszákosok részére külön intézeteket szervezni, s minő elvek szerint állitandók fel azok. Vita tárgyát fogja képezni az a kérdés is, létesitendők-e csökkent erkölcsi érzékű s bűnös kiskorúak részére megfigyelő intézetek. A szerencsétlen bebörtönözöttek legnagyobb ellenségéről, a tüdőgümőkórról, leküzdéséről s terjedésének korlátozásáról *Okolicsányi Kathy Dezső* dr. tart előadást. A megvitatandó rendszabályok a betegségre gyanúsak s a betegek elkülönitéséről, hygienikus és prophylactikus intézkedésekről s a betegek kezelésének módjáról szólanak.

\+ **Az I. nemzetközi sebészeti congressust** ez évi szeptember 18.-ától 23.-áig tartják Bruxelles-ben. Napirendre a következő kérdéseket tűzték ki: 1. A vérvizsgálat jelentősége a sebészetben. 2. A prostatatúltengés kezelése. 3. Sebészeti beavatkozások nem rákos természetű gyomorbajokban. 4. Az izületi gümőkór kezelése. 5. A peritonitis kezelése. 6. A sebészi vesebajok diagnostikája.

⅄ **Napisajtó és kuruzslás.** A csehországi német orvosi kamara és német sajtó képviselői nemrégiben ülést tartottak, a melyen elhatározták, hogy az orvosi kamara keretén belül bizottságot alakitanak, a mely állandó érintkezésben lesz a sajtóval és ez utóbbinak tanácsadója lesz abból a szempontból, hogy a közönséget bármi módon kárositani képes hirdetések titkos gyógyszerekről ne láthassanak napvilágot.

\+ **A kenyér mint a tuberculosis terjesztője.** Petit franczia orvos a nemzetközi tuberculosis-egyesületben tartott előadásában reámutatott arra, hogy a kenyér igen könnyen lehet a tuberculosis terjesztője. Ha az ember követi a kenyér elkészitésének folyamatát, meggyőződik, hogy a szokásos eljárások során igen könnyen juthatnak bacillusok bele. A legveszedelmesebb mozzanat e tekintetben a dagasztás; a péklegény a tészta egy részét kezeivel felemeli, miközben reá fuj, hogy igy bele juttassa a fermentatiohoz szükséges levegőt. A kenyér sütésekor a belső részek alig melegednek túl 100°-on, s igy a bacillusok életben maradhatnak, a mit Galtier, de Macé és Petit kisérleteikkel különben egész pontosan kimutattak. Mindezekhez még hozzáteendő, hogy a tuberculosis a péklegények között igen elterjedt: a hivatalos statistika szerint 70%-uk gümőkóros! Petit előadásában erélyesen követeli, hogy a mostani, szabadkézzel való kenyérgyúrást mechanikai eljárásokkal helyettesitsék.

△ **A syphilisről.** A syphilis felé ez idő szerint fokozott mértékben fordul az orvosi világ figyelme, különösen Schaudinn és Hoffmann felfedezése kapcsán. Mind valószinűbbé válik, hogy a spirochaeta pallida csakugyan okozója az emberi nem ez ostorának. Az orvosi lapokban egyre jelennek meg czikkek, a melyekben német, franczia, angol és más szerzők megerősitik Schaudinn és Hoffmann észleleteit; annyi már bebizonyitottnak tekinthető, hogy a spiroch. pallida csakis luesben szenvedőkben található s más betegekben nem. Nevezetes mozzanat e téren az is, hogy a párisi Pasteur-intézetben sikerült a syphilist átoltani majmokra; ezzel remény nyilik arra, hogy sikerül majd praeventiv vagy gyógyitó erejű syphilisserumot előállitani.

A „Progrès médical“ legutóbbi számában egy pár érdekes adatot közöl a syphilisről. A betegség eredete, első fellépésének ideje homályba van burkolva. Az ó-kor egyes orvosainál és költőinél találunk ugyan adatokat, a melyet arra utalnak, hogy a syphilis sporadice előfordult már a régieknél is, de bizonyos, hogy nagy elterjedtségére és súlyos jellegére e baj csak a középkorban tett szert. Némelyek szerint a syphilis egyáltalában csak a középkorben ütötte fel a fejét Európában s Columbus matrózai hozták volna be Amerikából. A betegség első góczpontja Nápoly volt, hol 1500-ban a várost ostromló hadseregben lépett fel járványosan; innen terjedt szét egész Európában, különösen az ostromban részt vett franczia katonák révén: ezért nevezi a syphilist a nép sok helyen még mai napig is „franczia betegség“-nek (nálunk francz-nak). Némelyek combinálják a két nézetet: szerintük a betegség megvolt ugyan már régebben is Európában, de mint ártatlan, jóindulatú bántalom, s csak Nápoly ostroma alkalmával lett rosszindulatúvá az idegen népektől származó virussal való keveredés útján. Azt mondják, hogy az ilyen keveredésnek a hatása most is megnyilvánul még abban, hogy a kikötővárosok prostituáltjaitól szerzett bujakór különösen súlyos, mert itt leginkább történik a különböző népfajoktól származó virus keveredése. Az is igen érdekes, hogy a syphilis az idők

folyamán némikép megváltoztatta a jellegét. A roncsoló fekélyek, a gummák mindinkább háttérbe szorulnak, s helyüket az idegrendszer lueses megbetegedései foglalják el, a melyek ismeretlenek a civilizálatlan népeknél, mint pl. Madagaskar lakosságánál, bár közöttük a syphilis igen gyakori.

A syphilis az egész világon el van terjedve, s helyenként roppant gyakori megbetegedés. Igy a Russische med. Rundschau szerint Odessa 450,000 lakosa között 75,000 a luetikus, s még rosszabbak a viszonyok Rjasan kerületben, hol jóformán minden ember inficiálva van.

Egy angol statistika szerint 1900-ban ezer ember közül syphilitikus volt: a német hadseregben 17·8, a franciában 37·2, a magyar-osztrákban 59·8, az olaszban 89·7, az angolban 93·4 ember.

Németországban újabban nagyarányú mozgalom indult meg, melynek czélja a syphilis s egyéb nemi betegségek elleni védekezés, különösen a közönség felvilágosítása útján. Hogy a kellő prophylaxissal e téren mily eredményeket lehet elérni, az kiderül Feistmantel dr., a magyar-osztrák hadsereg katonaorvosának egy nemrég megjelent közléséből. Feistmantel dr. az orvosi gondozására bizott katonákat reávette, hogy minden coitus után jelentkezzenek nála ezüst-instillatiora. Bár alig hihető, hogy e felszólításnak valamennyi katona megfelelt, a nemi betegségek gyakorisága Feistmantel dr. ezredében 57·8‰-ről 27·8-ra esett le.

× **A himlőoltás veszedelmeiről a környezetre.** A bajor belügyministerium a himlőoltási törvényhez csatolt keresztülviteli utasítások kiegészítéséül épen most a következő hivatalos köriratot bocsátotta ki:

„A himlőoltottakat ápoló személyek óva intendők, hogy az oltási helyekhez véletlenségből vagy szándékosan hozzá ne érjenek, vagy ha ez véletlenül megtörtént, kezeiket azonnal alaposan mossák meg. Ügyelni kell továbbá arra, hogy a pustulákban képződő folyadék valahogy ne jusson felsebzett vagy kiütéses bőrhelyekre. Nem szabad a beoltottakat másokkal együtt fürösztení, nem szabad a beoltottak után a fürdővagy mosdóvizet, valamint a lepedőt vagy törölközőt másnak használnia. Még be nem oltott gyermekek, valamint olyanok, a kiknek valami kiütésük van, szigorúan távoltartandók a beoltottaktól s különösen nem szabad velük együtt aludniok!"

E ministeri körirat nyilván következménye Blochman F. tavaly megjelent, nagy feltünést keltett brosürájának: „Ist die Schutzimpfung mit allen notwendigen Kautelen umgeben?" (Tübingen, Pietzker, 1904.) Blochman tanárt, ki a tübingeni egyetemen az állattan professora, egy a saját családjában előfordult szomorú eset birta e füzet megirására. Blochman, ki teljesen hive a himlőoltásnak, beoltatta 3 éves fiát; ennek a vaccinájából inficiálódott közelebbről meg nem állapitható módon még be nem oltott, arcz-eczemában szenvedő 10 hónapos fia. A gyermek arczán s teste több más részén a himlőtől alig különböző pustulák fejlődtek ki, melyek csak erős hegek visszamaradásával gyógyultak. A gyermek csak gondos ápolással volt az életnek megmenthető, de egyik szemét elvesztette s most erősen himlőhelyes.

Blochman előadja, hogy csodálkozással tapasztalta, mily kevéssé ismeretes a vaccina fertőző képessége és e réven veszedelmessége a környezetre nemcsak a közönség, de az orvosok körében is. Áttanulmányozta azután a himlőoltás irodalmát s a gyermekgyógyászati tankönyveket, s azt találta, hogy ezekben sincs ez a pont kellőkép kiemelve és tárgyalva, ép oly kevéssé, mint a himlőoltási törvényhez csatolt hivatalos utasításokban.

Pedig az ilyen esetek nem oly ritkák, mint az ember hinné. Blochman az 1880-tól 1904-ig terjedő irodalomból 140-nél több olyan esetet tudott összegyüjteni, a melyekben a vaccina a beoltottakról átvitetett más egyénekre, leginkább felnőttekre. Ha a vaccina az arczon jelenik meg, a szem nagyfokban veszélyeztetve van. 61 esetben volt a szem megtámadva, ezek közül 9-ben a szem elpusztulásával végződött a bántalom.

Felnőtteken a vaccina-fertőzés rendszerint nem jár nagyobb veszedelmekkel, de kis gyermekek élete mindig veszedelemben forog, a mint hogy az irodalomban ismertetett 20 vaccinával inficiált kis gyermek közül 5 meghalt. A fertőzésre különösen hajlamosit az eczema.

Blochman czikkében erélyesen követeli, hogy a gyermekorvoslás tankönyvei e pontra ezentúl nagyobb figyelmet forditsanak, hogy az orvostanhallgatókat erről kellőkép felvilágosítsák s követeli az államtól is, hogy a himlőoltásra vonatkozó utasításaiban figyelmeztessen azokra a veszedelmekre, a melyek a himlőoltottak körül levő egyéneket fenyegetik a vaccina-fertőzés révén.

Mint látjuk, Blochman ez utóbbi követelése máris teljesült.

× **A budapesti egyetem II. nőbeteg klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét junius hóban 100 esetben vették igénybe; a műtétek száma 68 volt.

— **A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya** 1905. junius havában összesen 106 esetben működött.

○ **A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** 1905. junius havában 277 esetben nyujtott segélyt.

+ **Hazai fürdők személyforgalma.** *Szt. Lukács-fürdő* (VI. 24.) 545; budai *„Erzsébet" sósfürdő* (VI. 25.) 481; *Korytnicza* (VI. 29.) 265; *Tátrafüred* (VII. 2.) 871; *Tátra-Széplak* (VI. 24.) 322: *Lipik* (VI. 30.) 1490; *Iglófüred* (VII. 2.) 171; *Ujtátrafüred* (VII. 1.) 413.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 25. hetében (1905. junius 18.-tól junius 24.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 359 gyermek, elhalt 239 egyén, a születések tehát 146-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra: 22·3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 14·9, az egy éven felüli lakosságnál: 13·2, az öt éven felüli lakosságnál: 9·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 1, meningitis tuberculosa 2, apoplexia cerebri 5, convulsiones 1, paralysis progress. 2, tabes dorsalis 0, alii m. med. spin. 1, alii m. syst. nerv. 3, morbi org. cordi. 1, morbi myocardii 1, vit. valvularum 0, arteriosclerosis 2, alii m. org. circ. 2, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 3, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 1, pneumonia 6, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 30, emphysema pulm. 3, pleuritis 0, alii m. org. resp. 0, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 9, 2 éven felüli 0, cholera nostras 0, hernia incarcerata 0, alii occl. intestini 1, peritonitis 0, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 5, alii m. syst. urop. 0, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 12, paedatrophia 0, marasmus senilis 2, carcinoma ventric. 0, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 0, alia neoplasmata 0, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 1, alii m. constitut. 1, typhus abdominalis 0, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 1, scarlatina 0, pertussis 0, croup-diphth. 0, dipht. faucium 0, influenza 1, febris puerperalis 0, lues congenita 0, erysipelas 1, pyaema, sepsis 0, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 3, suicidium 3, homicidium 1, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3525 beteg, szaporodás 807, csökkenés 795, maradt e hét végén 3480 beteg. *b*) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 191 (223), vörheny 44 (50), álh. gége- és roncsoló toroklob 22 (35), hökhurut 18 (20), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 2 (3), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 15 (16), vérhas 1 (0), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 3 (12), trachoma 2 (1), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

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

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások massage, vizgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyviz-uszodák. Első és gondos ellátás. Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Budán.**

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

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

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet

Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., I. emelet. (Lift.) Teljes berendezésü mechanikai és manualis gyógygymnastika. Orvosi massage. Testegyenités. Villamos fény- és forrólevegő-fürdők (egész test és egyes testrészek számára). Szénsavas fürdők. Vizgyógymód. Villamozás. Orvosi felügyelet. Prospektus. Telefon 54—20. Igazgató orvos: **Dr. Reich Miklós.**

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VI. bemutató ülés 1905. április 26.-án). 505. l. — Erdélyi Muzeum Egylet orvos-természettudományi (III. szakülés 1905. évi márczius hó 31.-én). 506. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. bemutató ülés 1905 április 26.-án.)

Elnök: **Schwartz Arthur.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

Gümőkóros vese kiirtásának esete.

Balás Dezső: Sz. J.-né, 22 éves, földmíves neje, mult év deczember hó 14.-én vétetett fel Róna osztályára. Előadja, hogy körülbelül 1½ év óta jobboldali derékfájásai vannak, ez idő óta nagyon lesoványodott, vizelése fájdalmassá vált és havi baja is kimaradt.

Az erősen lesoványodott, igen vérszegény és elgyengült, járni képtelen beteg vizsgálatakor a jobb vesetájat kifejezetten elődomborodónak találták, helyén körülbelül emberfejnagyságú daganat tapintható, mely a vesetáj bimanuális tapintásakor közlött lökést és hullámzást is mutat. A daganat nyomásra fájdalmas, elől a fehágó vastagbél fedi.

A vizelet zavaros, üledéket adó; górcső alatt vesealakelemek és gümőbacillusok találhatók benne.

A daganat punctioja sűrű, törmelékes genyet adott, melyben gümőbacillusok voltak.

A beteget műtét czéljából deczember 28.-án tették át Janny osztályára.

Miután ureterkatheterisatioval végzett vizsgálat a bal vese épségét mutatta, s a tüdőkben tuberculosis kifejezett jelei nem voltak, a műtétet Janny megbizásából f. év. január 2.-án chloroform aether-narcosisban hajtotta végre és pedig lumbális metszésből kiindulólag távolította el a jobb vesét, melynek felső ⅔-a csaknem teljesen sajtosan szétesett, s tetemesen megnagyobbodott alsó ⅓-a is sajtos góczokat mutatott.

Jelenleg a beteg fennjár, megerősödött, meghizott. Fájdalmai nincsenek. A bal vese teljesen átvette a jobb vese működését; a vizelet tiszta; benne gümőbacillusokat ismételt vizsgálatra sem találtak.

Rihmer Béla. A bemutatott beteg még ma is sulyos beteg benyomását teszi és fényes tanúságot tesz arról, hogy előrehaladott esetben is sikeres lehet a sebészi beavatkozás. Felemlít egy hasonló esetet, melyben tartós a gyógyulás. Óriási pyonephrosis miatt operált szóló egy év előtt egy beteget, kinél a vese kétszer akkora volt, mint a bemutatott esetben, genyes zsákot képezett, melynek kiirtása óriási nehézségekkel járt. A beteg 2 hónapig volt lázas, 49 kgm.-ra fogyott le és a hüvelyből kétujjnyi vastag köteg alakjában az ureter volt kitapintható. Szóló az uretert bennhagyta, mely visszafejlődött, a beteg jól van, csak gümös sarjakkal körülvett 3—4 cm.-es fistulája van még. Ugy látszik a bemutatott esetben is van gümös fistula, mely esetleg később elzárható. Ma az a tendentia, hogy a nephrektomiát ureterektomiával kapcsoljuk össze, de ez a műtétet meghosszabbitja, a mit a rendesen igen lefogyott beteg nehezen tűr. Elegendő a nephrectomia maga.

Szemhéjplastika esete.

Balás Dezső: Igéretéhez híven pótlólag egy beteget mutat be, kiről már a mult évi XIV. bemutató ülésen referált. A betegen epitheliális carcinomából keletkezett teljes orrhiány miatt osteoplastikus homloklebenynyel teljes orrképlést végezett, az arcz és alsó szemhéj kiterjedt defectusát pedig Thiersch-féle transplatatioval pótolta. Mindennek daczára betegnél az alsó szemhéj heges ectropiuma fejlődött, s a beteget ily állapotban mutatta be a közkórházi orvostársulatnak.

Jelenleg a hegesedés befejeződése után a betegnél az alsó szemhéj ectropiumát Kuhnt-féle, a jobb felkar belfelületéről vett nyeletlen bőrlebeny átültetésével szüntette meg. A beteg nem könyezik, a szemrést jól zárja s az eredmény cosmetikailag is igen jó. Ezzel a beteg teljesen gyógyultnak mondható.

Actinomycosis esete.

Preis Károly: L. S., 25 éves, könyvelő 3 év óta lues malignában szenved, 5 hó óta köhög, oldalszúrás s légzési nehézségek miatt 2 hónapig ágyban fekvő volt. 4 hónappal ezelőtt kemény daganata támadt bal alsó állkapcsán, mely utóbb ellágyult és genyedt.

A beteg erősen lesoványodott, a jobb arcus palato pharingeuson luetikus plaque; a bal alsó fogsor I. molarisa nagy fokban cariosus. A bal alsó álkapocs közepének megfelelőleg egy körülbelül diónyi, fluctuáló, nyomásra genyet ürítő gócz, melyből több tömött, mérsékelten hyperaemiás, széles sáv indul ki. A kórisme ez esetben felületes vizsgálatkor csak tuberculosis és lues között ingadozott volna, tekintettel azonban a localisatiora s az annak megfelelő cariosus fogra, actiomycesre is vizsgálták a beteget s csakugyan a gyenyben számos actinomyces-szemcsét találtak. Az actinomyces-gombát legjobban úgy lehet festeni, ha a szemcséket celloidinbe ágyazzuk s felmetszszük. A már ismert festési methodusokon kivül egyszerűnek s jónak bizonyult a polychrom-methylenkék, differencirozás 96%-os alkoholban, a mikor is a fonalak distincte kékre, a bunkók zöldre festődnek: ha a 96%-os alkoholba egy szemcse eosint teszünk, akkor a fonalak kékre, a bunkók pedig szép sárgás-pirosra festődnek.

Diphtheriás gégeszűkület miatt végzett laryngofissiók.

Pólya Jenő Sándor: I. W. V., 6 éves, lakatos fia, előzőleg kanyarót és vörhenyt állott ki. 1904. október 16.-án torokfájással betegedett meg s három nappal később vették fel croup laryngis diagnosissal a szent László-kórházba. Felvételkor köztakaró, torok tiszta, légzés fűrészelő és annyira nehezített, hogy még felvétele napján intubálni kellett. A tubus ezután október 27.-ig majdnem állandóan benn volt; a tubus eltávolitását a beteg csak perczekig birta ki. Október 27—30. közt tubus nélkül légzett, azonban már 30.-án d. u. újra intubálni kellett s ezután egész deczember 1.-ig majdnem állandóan intubálva volt; az ekkor megejtett gégevizsgálat a hangszalagok és a kannaporczok erős megvastagodását mutatta, a beteg nehezen légzett, s az intubatio nem sikerült.

Ezért e napon trachetomia inferiort végeztek a betegen, mire a légzés felszabadult. Midőn azonban a canulet el akarták távolitani, s e czélból intubatiokisérlet történt, kitünt, hogy a 2 éves canule egyáltalán nem, az 1 éves is csak nehezen megy a gégébe, s mivel a tágitási kisérletek sikertelenek maradtak, 1905. január 28.-án a kis beteg Gerlóczy szivességéből *Herczel* osztályára került, kinek szives megbizásából 1905. január 28.-án megoperálta. Chloroform-narcosisban, lógó fej mellett laryngofissiót végzett, a gégét a pajzsmirigy- isthmus kétoldalt való aláöltése után a tracheotomia helyétől a nyelvcsontig felhasitván. A cartilago cricoidea szintáján egy diaphragmaszerű erős szűkület volt, mely oly fokú, hogy a gombos sonda is csak nehezen megy át rajta; a szűkület helyének megfelelően a gégenyálkahártya 4 mm. hosszban teljesen heges. E heget kimetszvén, a sebfelszinre a jobb alkarról vett Thiersch-lebenyt transplantáltak s a gégébe vastag jodoformgaze-tampont helyezve, e felett a gégét bevarrták. Műtét után a nyaki sebben genyedés mutatkozott, mely a sebszélek szétvételére prompt megszünt; ezután teljesen láztalan volt a lefolyás. Február 6.-án a gazetampont narcosisban eltávolitották, s ezután a seb rohamosan gyógyult. Február 17.-én a canulet bedugták s a gyermek ezentúl igen jól légzett, később azonban nem tűrte a canule bedugását. A márczius 15.-én történt intubatio alkalmával meggyőződtek, hogy 7 éves tubus a legnagyobb könnyűséggel bevezethető a gégébe, egy más alkalommal azonban intubatiokisérletkor oly erős laryngospasmust kapott, hogy a gégébe semmiféle tubust nem lehetett bevezetni. Miután márczius 30 és 31.-én a canule bedugását egész nap és egész éjjel jól elviselte, április 3.-án véglegesen eltávolitották a canulet, ezután a tracheotomia sebe gyorsan behegedt. Jelenleg igen jól és könnyen légzik és szép erős hangja van.

II. J. M., 8 éves, napszámos fia. 1905. január 21.-én vették fel gégecrouppal a szent László-kórházba; előzőleg 3 napig volt beteg. Már felvételekor igen nehéz volt a légzése, úgy hogy az azt követő éjjel már intubálni kellett s a tubus január 29.-ig ½—1 órás szünetekkel állandóan bennmaradt. Már január 26.-án decubitus nyomai mutatkoztak, a gége fájdalmas volt, s mivel január 29.-én a tubust folyton kiköhögte, tubus nélkül pedig nagy fájdalmai voltak gégéjében és igen nehezen légzett, tracheotomia inferiort kellett végezni. A tracheotomia után csekély bőremphysema, mely gyorsan felszivódott. Február 23.-án megpróbálták bedugni a canulet, de igy csak ¼ óráig birt légzeni; az intubatiokisérleteknél kitünt (február 26), hogy 1—2 éves tubus sem megy le s mivel a canulet befogva egyáltalában nem kapott levegőt, február 27.-én *Herczel* szent István-kórházi osztályára tették át *Gerlóczy* szivességéből. Itt több mint egy hónapig állott megfigyelés alatt, de az intubatio ekkor sem sikerült s a canule befogása, sőt nyákkal való részleges eltömeszelése után is már erősen fuldokolni kezdett a beteg. Ezért április 1.-én *Herczel* szives megbizásából chloroform-narcosisban lógó fej mellett laryngofissiót végzett. Ez alkalommal kitünt, hogy a cricoidea táján ½ cm. széles heg van, mely a gége lumenét jelentékenyen megszűkíti. Mivel a heg kiirtása épen a porczvázzal való erős összekapaszkodás miatt aggályosnak látszott, 5 hosszirányú bemetszést tett a hegbe, mire a trachea erősen kitágult; vastag jodoformgaze-tampont téve a tracheába, e felett a gégét néhány catgutvarrattal bevarrta. A gyógyulás teljesen láztalanul és simán folyt le április 6.-ig, mikor a gyermek a gégéjében levő tampont kiköhögte és lenyelte; szerencsére azonban már másnap a tampon per anum távozott. A nyak sebe ezután gyorsan besarjadzott. Április 9.-én megpróbálták a canulet bedugni, egészen jól légzett rajta, úgy hogy április 15.-én teljesen eltávolithatták; ezután a canule helye is rohamosan begyógyult, úgy hogy jelenleg a seb teljesen egyesült, a beteg könnyen és nyugodtan légzik, hangja kissé rekedt, de jól érthető.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(III. szakülés 1905. évi márczius hó 31.-én.)

(Folyt.)

2. **Hevesi Imre** bemutatásai:

a) **Ki nem irtható pylorusrák miatt végzett gastroenterostomia gyógyult esete.**

M. T., 58 éves napszámost f. é. február hó 26.-án azon tudósítással tették át a belgyógyászati klinikáról, hogy előző este olyan tünetek léptek fel nála, melyeket a fenyegető gyomorátfúródás jelenségeinek lehetett tartani: hányás, csuklás és a hasfalak érzékenysége. A kimutatott gyomortágulás okául ulcus pepticum nyomán támadt heges pylorusszűkületre lehetett volna gondolni a régebbi előzmények és azon körülmény alapján, hogy szabad sósav a gyomornedvből még most sem hiányzott. De a rákos elfajulás lehetőségét is fenntartották, noha csak homályosan lehetett a jobb epi- és mesogastrium határán resistentiát érezni; ugyanitt tompulat volt. A has mérsékelten puffadt, a testsúly 47·1 kgm.

A rögtön a szegycsonttól a köldökig nyúló metszéssel megejtett laparotomiánál a tetemesen puffadt haránt vastagbél mögül előhúzott gyomor pylorus felé eső részének mellső felületén számos fehéres, lencseborsónyi, lapos, apró dudorokat mutató, kemény, nyilván rákos csomócska volt látható. Maga a pylorus hosszúkás lapos tumort alkotott, mely a hátsó hasfalhoz megmozdithatlanul hozzánőtt. Ily körülmények között a pylorus táj még megtekintethető sem volt. A belek, különösen a jejunumkacsok, tágultak, élénken belöveltek, alig fénylők voltak, rajtuk számos rostonyafonál tapadt.

A beteg elesettségére való tekintettel a legegyszerűbben és leggyorsabban kivihető *gastroenterostomiát*, a *gastroenterostomia antecolica anteriort* végeztem (*Wölfler*). A technikai részből megemlitendők: az elvezető szárnak a *gyomorral isoperistaltikus* fektetése (*Lücke-Rockwitz*); az anastomosisra felhasznált jejunumkacsnak a frontális sikba helyezése körülbelül 50 cm.-nyire a duodenumtól; gyomorseb a mellső fal közepe táján ferdén jobbról balra és lefelé haladó vonalban (*Mikulicz*); hosszirányú bélseb; az összes rétegeket felölelő belső varrás előrehaladó semelyfonállal, Lembert módjára öltögetett külső folytonos varrat catgutfonállal. Az ú. n. sarkantyúképződés ellen az odavezető szárat a cardia felé *Kader* javaslata szerint a gyomor falára felfüggesztettem.

A Schleich-féle érzéstelenitéssel kezdett műtétet chloroformbódításban fejeztem be. A has zárása előtt körülbelül 1½ liter meleg konyhasóoldatot öntöttem belé. A gyógyulás folyamata zavartalan volt, jóllehet a beteg már nagyon elesett állapotban került műtétre. Táplálása az első napokban per rectum, de már másnap per os is történt. Szemmelláthatólag erösödött; testsúlya jelenleg, 6 héttel a műtét után, 53·8 kgm., tehát 6 kgm.-mal gyarapodott.

b) **Kétszeres bélresectioval gyógyitott bélsársipoly esete.**

D. J., 46 éves beteg előadásából az volt kivehető, hogy felvétele előtt 4 hónappal nyilván baloldali lágyéksérvének kizáródását élte át azzal az aránylag ritka szerencsés kimenetellel, melyet az incarceratio spontan gyógyulásának nevezünk. Ez úgy megy végbe, hogy a sérv képleteinek üszkös szétesése után az üszkös lob a bőrt is áttöri és így a bélsárnak kifelé nyit utat. Ha a sérvbennék egész bélkacs volt, akkor *anus praeternaturalis*, ha pedig csak a bélfal egy kitüremkedése vagy diverticuluma (Littre-féle sérv), akkor *fistula stercoralis* lesz az eredmény. Betegünknél az utóbbi esetet vehettük fel, mert per anum is volt széklete, noha egy eredetileg teljes anus praeternaturalis is egyszerű sipolylyá alakulhat át idővel, ha a centrális és distális nyilásokat elválasztó ú. n. sarkantyú annyira visszasülyed, hogy a bélcanalisatio legalább részben helyreáll.

A lágyékárokban, a czombhajlatban, a borékon és a mony tövén 5—6 sipolynyilás vezetett befelé, merev heges szövetek közé. A beteget kellemetlen, undorító és öt munkaképtelenné tevő bajától megszabaditandó, bélresectiora készültem s a műtétet f. é. február 8.-án chloroform-bódításban végeztem. A sipolynyilásokat megpörkölve betűztem és felettük a bőrt összevarrtam a tisztaság kedvéért. Az egész tenyérnyi heges területet körülvágva, ép szövetekben igyekeztem beljebb hatolni, míg köröskörül a hasűr fel nem tárult. Igy szabaddá lett a heges, sipolyoktól átjárt tömeggel együtt a vele összenőtt bélkacs, melynek orális szára nagyon tág és túltengett falú, aborális szára sokkal szűkebb és vékonyabb falú volt. A csonkoláskor az előbbit jó távol vágtam át, de még itt is bővebb lévén a másiknál, a különbözetet ez utóbbinak ferde átvágásával egyenlitettem ki. Folytonos varrat belül selyemmel, kivül bélhúrral. Az összevarrás helyének erősitésére, illetve feszüléstől óvására kerületének több mint felére rávarrtam a bélfodor szélét, melyről a bél lenyiratott, mivel a bélfal meglehetősen szakadékonynak látszott. De az összenövésbe volt foglalva a cseplesz is, melyet az elején csonkítva egyelőre félretettem, valamint egy távobbi vékonybélkacs is vastag, merev, idült-lobosan elváltozott fallal. Leválasztásakor az összenövés helyén diónyi üreget tártam fel, mely genyet és bélsárt is tartalmazott s a bélűrrel közlekedett. Mivel a beteg igen gyenge volt, kiterjedtebb resectio helyett csak a nyilás széleit nyirtam ki, bélhúrral összevarrtam és a mállékony bélfal erősitésére, részben pótlására körös-körül rávarrtam az előbb félrehelyezett csepleszcsonkot. A beleket elsülyesztve, a tátongó hasfalsebet a *Bassini*-féle gyökeres sérvműtét módjára zártam el, az alsó zugban gazecsik számára szűk nyilást hagyva. A borék és a félig csupaszon maradt mony bőrének hiányát szomszédos bőrlebenyek felhasználásával tüntettem el.

A lefolyás zavartalan volt; a bél canalisatioja a 3. naptól kezdett helyreállani. A seb varrt részei per primam gyógyultak, az elővigyázatból hagyott nyilás per secundam gyorsan zárult.

c) **Rhinoplastica gyógyult esete.**

A bemutatott 27 éves, Sz. Ny. nevű beteg lues következtében orrát majdnem teljesen elvesztette, csak az orrszárnyakból maradt meg az orrlikakat segélyező, alig 1 cm. széles, hegesen zsugorodott részlet. Az orr porczos és csontos váza tökéletesen elpusztult, még a homlokcsont orri nyúlványa és az ekecsont is, úgy hogy az orr helyén tátongó ürön át egyenesen a garatba lehetett betekinteni. Miután a bőrgyógyászati kórodán antilueses kúráját bejezte, Marschalkó tanár a hiány pótlása czéljából a sebészeti klinikára tétette át.

Az orrképlő műtétet 1905. február 14.-én végeztem morphium-chloroformbódításban. Előrebocsátom, hogy olyan képlő műtéteknél, a melyeknek czélje valamely üreg falát pótolni, mint az orron vagy a pofán, a leglényegesebb feladatnak tartom a felhasznált lebeny belső oldalát nyálkahártyával vagy bőrrel kibélelni, a mi a zsugorodást egészen megakadályozza. Ezt a jelen esetben úgy értem el, hogy úgy mint máskor is, kétoldalt a hézag szélein az arcz bőréből dülényded alakú lebenyeket készitettem, ezeket a hézag szélei körül közép felé forgattam, szabad széleiket betűzve, sebzett felületeiket a középvonalban egymáshoz, felül a hézag felső szegélyének, alul pedig az orrszár yak maradványainak felsebzett széleihez varrtam finom catgutöltésekkel. Az egészet a homlokból kellő formában kiszabott nyeles lebenynyel boritottam be, melynek közepén körülbelül 1 cm. széles, a homlokcsontból fűrészszel és vésővel gondosan a lebenynyel együtt leválasztott csonthártya és csontlécz húzódik végig. Az orr alakját az első héten harántul áthúzódó matraczöltések is biztositották. Öt héttel a műtét után még a csavarodott nyelet vágtam át és egyengettem ki simára és részarányosra. A kosmetikai eredmény nagyon kielégitő, az új orr semmi hajlamot sem mutat zsugorodásra, mi az emlitett kibélelésnek és a csontos támasztéknak köszönhető.

d) **Neurofibroma multiplex seu racemosum esete.** A bántalom a 9 éves paraszt fiún világrahozottan van jelen. Bal felső végtagja a felkar közepétől kezdve egész a kézközépig majdnem kétszeresére meg volt vastagodva, a mint az a felkaron és a könyökhajlatban végzett kiirtás helyének kivételével most is látható. A megvastagodás a felkar belső oldalán, a könyökhajlatban és az alkar hajlitói oldalán végig vonuló számtalan kisebb-nagyobb, orsóalakú, tömött tapintatú csomónak, azonkivül az alkaron és főként a tenyéren a bőr és bőr alatti kötőszövet elephantiasisszerű petyhüdt túltengésének köszönte jelenlétét. Az elváltozások helyzetéből és irányából a nervus medianus elfajulására lehetett következtetni. Mozgás- és érzészavarok nem mutatkoztak. Feltünő azonban, hogy az összes ujjak valamivel rövidebbek és alapizületeik annyira lötyögősek, hogy hegyes szögig könnyen túlfeszithetők.

A fiú apja különösen a könyökhajlatban levő, mintegy tojásnyi daganatot kivánta eltávolittatni, mely fájdalmat okozott. Azért 1905. márczius 17.-én chloroformbódításban innen és a felkarról 10—12 babnyi egész datolyanagyságú orsóalakú csomót, továbbá számos dugóhúzószerűleg csavarodott, különböző vastagságra fel-felduzzadt, helyenként pedig vékonyra befüződött köteget távolitottam el. Mindezen képletek a nerv. medianus belsejében foglaltak helyet, ennek egyes kötegeit széttolva és mintegy köpenyként magukra terítve. Az egyes kötegek közötti hézagokon át a feszes kötőszövetburok felhasitásával a csomókat jól ki lehetett hámozni, azonban a felső és alsó végeiken beléjük, illetve belőlük haladó czérnaszál egész pamutfonal vastagságú idegfonalaktól már nem lehetett őket izolálni, mivel ezekkel oly szorosan összefüggtek, mintha belsejükbe haladnának. Ha azonban a készitményeket figyelmesen szemléljük, a fehér áttetsző csomóknak burokrétegében látunk vékony, az idegfonalak folytatását képező szálakat végighúzódni. Ezek harántmetszetek mikroskopi vizsgálatakor is velőhüvelyes idegrostoknak bizonyultak. A szövettani vizsgálatot *Buday* tanár intézetében *Veszprémi* m. tanár folytatja; a vizsgálat még nem haladhatott annyira, hogy a csomók belsejében idegelemek előfordulásáról nyilatkozni lehetne. A daganatok tömege valószinüleg az endoneurium fibromás elfajulásából áll. A műtét alatt pontosan megfigyelhettem, hogy a daganatokon kifeszült idegkötegek közül soknak mechanikai ingerlése a hajlító izmok rángását váltotta ki, ellenben a csomókba mintegy bevonuló fonalak, vagy a belőlük kiha adók ingerlése ez értelemben hatástalan maradt. Utóbbiak tehát nem lehetnek mozgatórostok, minthogy vezetőképességük aligha nem szünt meg. A műtéti seb per primam gyógyult; a beavatkozás működészavart nem okozott.

3. **Góth Lajos** két **intraligamentosus fibromát** mutat be, melyek egyike per vaginam, másika per laparotomiam távolittatott el. Előbbi még szélesen függött össze a méh hátsó ajakával s így önként jelölte meg az utat, melyet az eltávolításhoz választani kellett, az utóbbinál a daganat magasabban feküdt és a méhvel össze nem függött, attól teljesen különvált s ezért a hasfalakon át kellett megközelíteni.

Az első esetben a kocsány elkötése után az esztendőkön át lázak és vérzések által gyengült betegnél a daganatágyból fellépett erősebb parenchymás vérzés miatt, a méh teljes kiirtását kellett végezni; a beteg körülbelül 7 órával a műtét után collapsus tünetei között hirtelen meghalt. Hozzátartozói kivánságára az autopsia mellőztetvén, a halálok nem volt kideríthető.

A második beteg meggyógyult. Előadó ismertoti azon nehézségeket, melyeket az ilyen különvált fibromának ovariális daganatoktól való

elkülönítése okozhat, s hangoztatja azt, hogy ilyen esetekben a körülmények összevetéséből lehet ugyan bizonyos fokig következtetést vonni a daganat kiindulási helyére vonatkozólag, azonban teljes bizonyossággal sohasem dönthető el az, hogy vajjon nem magából a széles méhszalagból kiinduló fibromáról van-e szó.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

1986/1905. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bégai szolgabirói járás területén levő **bethlenházai körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jött, ezen körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A bethlenházai szék- és lakhelylyel rendszeresített bethlenházai körorvosi állás, a bethlenházai, remetelunkai, szudriási és klicsovai körjegyzőségekhez tartozó 16 községből áll. A körorvos fizetése 1600 korona, úti átalánya 600 korona és a körorvosi körben a látogatási dijak a következők: orvos lakásán a rendelés 50 fillér, éjjel 1 korona; a beteg lakásán nappal 1 korona, éjjel 2 korona. Rendes körutaknál rendelés a községházán 50 fillér, a beteg lakásán 1 korona. Vidékre hivásnál a természetbeni fuvar vagy fuvarköltség megtérítésén felül nappal 1, éjjel 2 korona látogatási dijon kivül a következő távolsági pótlék számitható: 10 km. távolságig nappal 2 kor., éjjel 4 kor.; 20 km. távolságig nappal 4 kor., éjjel 7 kor.; 30 km. távolságig nappal 6 kor., éjjel 10 kor.; 40 km.távolságig nappal 8 kor., éjjel 12 kor. Műtétekért a m. kir. Belügyminister 1900. évi 95,038. sz. szabályzat IV. fokozatának a legkisebb dijtételei számithatók. (A 400 korona lakbér megállapitása iránti eljárás folyamatban van.)

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést, életkort és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal ellátott és kellőkép felszerelt kérvényeiket **folyó évi augusztus hó 26.-ig** alulirott főszolgabiróhoz annál is inkább beadják, mert a később érkezett kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A választás napját folyó évi szeptember 1.-én d. e. 11 órára tűzöm ki a bethlenházai körjegyzői irodában.

A román nyelv ismerete kivánatos, de nem feltétlenül szükséges.

B á l i n c z, 1905. évi junius hó 23.-án.

3—1 *A főszolgabiró.*

A **nagyszőllősi** (Ugocsamegye) magy. kir. állami gyermekmenhely **másodorvosi állomására**, melynek javadalmazása 1200 kor. tiszteletdij, intézeti bennlakással és teljes ellátással (első osztályú élelmezés, kiszolgálat, fütés, világitás és ruhamosás).

Nőtlen pályázók közül azok, kik 2 évi kórházi gyakorlaton kivül műtői- (operateur) képesitéssel is birnak, vagy a sebészettel gyakorlatilag is foglalkoztak, előnyben részesülnek és kilátásuk lehet e téren külön kellőleg dijazott helybeli kórházi teendők elvállalására.

Pályázatok beérkezésének határideje f. évi julius hó 10.-ig terjed és a hivatalos teendőit a Nagyméltóságú Belügyminister által kinevezett orvos azonnal megkezdeni tartozik.

Részletesebb felvilágositást személyesen vagy irásban készséggel nyujt az igazgató-főorvos, a kihez a kellőleg felszerelt folyamodványok is czimzendők.

N a g y s z ő l l ő s (Ugocsamegye) 1905. évi junius hó 16.-án.

3—3 *Skultéty* dr., igazgató-főorvos.

1602—1905. szám.

A **nagykállói** m. kir. állami elmegyógyintézetben a **másodorvosi állás** megüresedvén, ezen ideiglenes jellegü, 2 évi időtartamra szóló, évi 1200 korona fizetéssel, 400 korona helyi pótlékkal, I-ső osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fütés és világitással dijazott II-od orvosi állásra a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminiszter urnak folyó évi 28,037—905. számú magas rendelete értelmében pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminiszter úrhoz intézett folyamodványokat a nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatóságához **folyó évi julius hó 30.-ig** nyujtsák be.

Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha a pályázat során okleveles orvos nem folyamodnék, az állás kivételesen ideglenes alkalmazásban szigorló orvos által is be fog töltetni.

N a g y k á l l ó, 1905. junius 27.

Borosnyói L. Béla dr. igazgató.

2770/905

Alcsernátoni körorvosi csoportban: Al-Felcsernáton, Maksa, Dálnok, Albis, Martonfalva, Markosfalva, Futárfalva és Ikafalva községekkel más járásba történt megválasztás által üresedésbe jött **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Javadalmazása 1536 korona fizetés, 200 korona lakpénz, 285 korona úti átalány és azonkivül 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási dij.

Körorvos köteles községeit kéthetenként egyszer beutazni s ott a közegészségügyi teendőket végezni, a szegény betegeket ingyen gyógykezelni.

Pályázni kivánók szabályszerüen felszerelt kérvényeiket eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve **julius 26.-ig** adják be.

A választás augusztus hó 1-én délelőtt 9 órakor fog Alcsernáton községházánál megtartatni.

K é z d i v á s á r h e l y t, 1905. évi junius hó 25.-én

Cseh Gyula, főszolgabiró.

2064/I. 1905. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskúnvármegye pomázi járásához tartozó Solymár és Pesthidegkút községekből alakitott, **Solymár** székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen körorvosi állás javadalmazása: Évi fizetés 1600 korona, lakbér 200 korona, fuvaratalány 200 korona, összesen 2000 korona, látogatási dij 60 fillér.

A körorvos köteles Pesthidegkút községben naponként megjelenni, a beigazolt szegényeket mindkét községben ingyen gyógykezelni.

A megválasztott körorvos előreláthatólag a betegsegélyző pénztár orvosi állására nézve is nyer megbizást.

Solymár község lakosainak száma 2461
Pesthidegkút „ „ „ 1559

összesen 4020 lélek.

Felhivom pályázni kivánókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ának megfelelően felszerelt, eddigi alkalmaztatásukat igazoló, nyelvismeretüket feltüntető kérvényeiket hozzám lehetőleg mielőbb, de legkésőbb f. évi augusztus hó 15. napjáig annál inkább mutassák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választást f. évi augusztus hó 30.-ik napján délelőtt 9 órakor fogom megtartani Solymáron a községházánál.

P o m á z, 1905. junius hó 30.-án.

Csapó Loránt, főszolgabiró.

Az Erzsébet királyné-sanatoriumban f. év szeptember hó 1.-én két segédorvosi állás lesz betöltendő és pedig:

a) **egy első segédorvosi állás**, melynek javadalmazása: 1600 korona évi fizetés, szabad lakás és teljes ellátás az intézetben. A szolgálat 2. évének kezdetétől 200 korona kocsiátalány, meghosszabbitás esetén a 3. szolgálati év kezdetétől további 200 korona, azaz összesen 400 korona kocsiátalány mint személyi pótlék;

b) **egy második segédorvosi állás**, melynek javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, szabad lakás és teljes ellátás az intézetben. A szolgálat második évének kezdetétől 150 korona kocsiátalány, meghosszabbitás esetén a 3. szolgálati év kezdetétől további 150 korona, azaz összesen 300 korona kocsiátalány mint személyi pótlék.

A kinevezés két évre történik s az intézeti igazgató-főorvos javaslatára meghosszabbitható. Csakis nőtlen orvosok pályázhatnak.

Magánorvosi gyakorlat a sanatoriumi szolgálati szabályzat értelmében nincsen megengedve.

Az eddigi működést feltüntető okmányokkal felszerelt kérvények a „Budapesti szegénysorsú tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete“ egészségügyi bizottságának elnökségéhez czimzendők s a nevezett egyesület titkári hivatalához (Budapest, VI. Andrássy-út 46. I. em. 10) nyujtandók be.

A benyujtás határideje **1905. augusztus hó 15.**

Ő Felsége a király védnöksége alatt álló szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete Budapesten.

2477/1905.

Elek községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos törzsfizetése 1600 korona és 600 korona lakpénz. Látogatási dij nappal 60 fillér, éjjel 1 korona 20 fillér.

Pályázni szándékozók felhivatnak, hogy kérvényöket, melyhez az orvosi oklevélen kivül az eddigi működésüket valamint a nyelvismeretet igazoló bizonyitványok is csatolandók, hozzám **julius hó 20-ig** terjeszszék be.

A később beérkezett vagy hiányosan felszerelt kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A német nyelvet is biró pályázók a német ajkú lakosok többségére való tekintettel előnyben részesülnek.

A választást julius 22-én fogom Elek községházánál megtartani.

E l e k, 1905. julius hó 1.-én.

Mladin Miklós, főszolgabiró.

2157/1905. közigazgatási szám.

Zólyom vármegye Zólyom-Lipcse nagyközségében lemondás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni szándékozó orvostudorokat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést feltüntető okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. é. **julius hó 31. napjáig** annyival inkább nyujtsák be, mert az elkésetten beérkezett pályázati kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A községi orvos javadalmazása 1100 korona fizetés és 27 ürméter tüzifa a házhoz befuvarozva.

A községi orvos köteles a halottkémlést és a szegények gyógykezelését dijtalanul végezni; a fizetőképesektől 1 látogatás után 60 fillér, éjjel 1 k. 20 f. dij szedhető.

A községi orvosnak kilátása lehet rá, hogy a „Gizella-árvaház“, betegsegélyző pénztár, erdőkincstár, bányakincstár és Pónik község is reábizza betegei gyógykezelését, a mely esetben az ezek által megállapitandó tiszteletdijak élvezetében is részesül.

A választást f. é. augusztus 8.-ik napján d. u. 3 órakor Zólyom-Lipcsén fogom megtartani; a megválasztott köteles állását azonnal elfoglalni.

B e s z t e r c z e b á n y a, 1905. évi julius 4.-én.

Ujhelyi, főszolgabiró.

3027/1905 eln. sz.

Hódmezővásárhely város közönsége által létesitett s fenntartott nyilvános jellegü s 54 ágyra berendezett ú. n. Erzsébet-szemkórháznál megüresedett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő szemkórházi alorvosi állás 1500 k., azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I.-ső t. cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségügyi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket a folyó év **julius hó 25.-ik** napjának délutáni 5 órájáig a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr Ő Méltóságához fognak felterjesztetni.

Megjegyzem, hogy ezen alorvosi állás ideiglenes jellegü s egyelőre 2 évi időtartamra töltetik be s az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számitott 8 napon belől elfoglalandó.

H ó d m e z ő v á s á r h e l y, 1905. junius hó 28.-án.

2—1 *Juhász Mihály*, kir. tanácsos, polgármester.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Tisztelt Doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél,

SYR. FERR. POLYBROM. CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.

Készíti és kapható:

RADITZ IGNÁCZ

Fehérkereszt gyógyszertára

Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,

a központi vásárcsarnokkal szemben valamint minden gyógytárban. Főraktár:

Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seitz, Budapest.

„Bayer" CONTRATUSSIN „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VII., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

EPILEPTIKUS gyógy- és nevelőintézet BALF gyógyfürdőben

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, száz férfi és női betegre berendezve. Ápolási díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k., III. oszt. évi 600 k. Ezen osztályokon kivül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel napi 1 k. 40 f. ápolási díj mellett, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által a nagym. m kir. belügyminiszteriumtól és csak ezen engedély alapján vehetők fel mint közköltséges betegek. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendü apáczák vannak megbizva. Prospectusokkal és egyéb felvilágositással szolgál a nehéz
és nevelőintézet igazgatósága Balf (Sopron mellett). Posta, vasút, telef

Franzensbadi „Natalia-forrás", Lithi tarta savan

a hólyag és ve

bántalmai ellen klinikai és orvosi szaktekint által kipróbalva és igen kedvezően vélemény

Előnyei: Csekély mésztartalom! Húgyhajtó hatás! Igen kellemes iz! 476

Kapható az összes ásványviz-raktárak és gyógyszertárakban, v közvetlenül a „Franzensbader Mineralwasser-Versendung"

Dr. Pajor vízgyógyintéz

Telefon 6004. Budapest, Szentkirályi-utcza 14 4.

A pöstyéni iszap főraktára. FANGO-K tyéni iszappal. Inhalatorium. Szénsava

504 Komplet hydrotherapia stb. Prospe

Dr. EMMERICH g in

ideg-morphium-alkoholbetegek stb. rés

Baden-Baden. Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer kül; a fecskendő rögtön nélkülözendő; a kúra tart. Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek k

Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer.

SANATOGEN

Javalva VÉRSZEGÉNYSÉG, ANGOLKÓR, IDEGGYENGESÉG, vérbomlás és kimerültségi állapotok minden fajánál mint leghathatósabb erősítőszer és megbizható idegzsongitó. — Teljesen inger nélküli, kifogástalan ízű, betegek szivesen veszik be. Orvos uraknak kisérleti anyagot és irodalmat kivánatra ingyen és bérmentve küld

BAUER & Cie.

Sanatogenwerke, Berlin SW. 48.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 29. szám. *Budapest, 1905. julius 16.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT Bókay János szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT Navratil Imre, Onodi Adolf, Krepuska Géza és ifj. Klug Nándor szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jendrássik Ernő: A neurastheniáról. 508. lap.

Rihmer Béla: Vesegümőkór miatt végezett vesekiirtás két esete. 510. lap.

Marikovszky György: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. A fül félkörös csatornáinak működéséről. 512. lap.

Tárcza. Nothnagel. Wernicke. 515. lap. — Bexheft Ármin: Iskolaegészségügyi értekezlet a belügyministeriumban. 516. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. J. Schwalbe:* Vorträge über praktische Therapie. 518. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Weleminsky:* A tuberculosis kóroktanáról. (Ország Oszkár.) — *Belgyógyászat. Zenisch:* Táplálás a végbélen át. — *Bendersky:* Az elsődleges mikrogastria. 518. lap. — *Sebészet. Köhler* és *Herzheimer:* A rák radiotherapiája. (Steiner Pál.) — *Rebentisch:* Idegen testekről. (Pólya.) — *Kümmel:* 1000 appendicitis műtét. 518—519. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezés. — Választás. — A magántanári intézmény. — A bécsi szent Anna-gyermekkórház államositása. — Ismétlő tanfolyamok orvosok számára Poroszországban. — A budapesti egyetem szemészeti tanszéke. — A tengerviz mint a tuberculosis gyógyszere. — A kolozsvári egyetem sebészeti tanszéke. — A veszettség kezelése rádiummal. — Gyógyult kórházi betegeket felruházó társaság. — Kisebb külföldi hirek. — A budapesti poliklinika. — A budapesti egyetemi I. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika. — A budapesti önkéntes mentő egyesület. — Hazai fürdők látogatottsága — A főváros egészsége. 519—520. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — Budapesti kir. orvos-egyesület sebészeti szakosztálya. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A neurastheniáról.

Az 1905. évi szünidei cursuson előadta *Jendrássik Ernő* egyet. tanár.

I.

Tisztelt kollega uraim! Ars longa, vita brevis est! Azt hiszem, sohasem érezték annyira ennek a tételnek jelentőségét, mint épen e két rövid hét alatt, a mikor reggeltől napestig vannak elfoglalva tudományunk haladásának megismerésével. Engedjék meg azért, hogy a hivatolt tétel értelmében nagyon rövidre szabjam a bevezetést: szivemből üdvözlöm önöket klinikám szerény falai között!

A cursus czéljának megfelelőleg gyakorlati themát kellett választanom és úgy gondoltam, hogy igen alkalmas tárgy volna a neurasthenia megbeszélése. Igaz, utólag látom, hogy kissé sok is az elmondani valóm, bocsássák meg, ha nem terjeszkedhetem ki tárgyam összes részleteire.

A gyógyitásban általában az empiria és a pathologiai felfogás a vezetőnk. Az empiria adja meg a végső megitélését, elbirálását annak, hogy egy adott módszer helyes-e; a pathologiai felfogás ellenben az, a mely minket a módszer megválasztására képesit és a kritika fegyverét adja kezünkbe, hogy vele az empiriát ellenőrizzük.

Ez áll általánosságban is; de talán leginkább áll a neurastheniára, a hol nagyon is érvényes a tétel: si duo faciunt idem, tamen non est idem. Ha az orvos nem a kellő pathologiai felfogással nyúl hozzá e betegséghez, a mint azt az életben sokszor lehet tapasztalni, az eredmény nem lesz az, a mit remél. Ezért kénytelen vagyok a neurasthenia pathologiai felfogását illetőleg néhány bevezető szóval élni.

Tulajdonképen a neurasthenia nem is betegség, hanem az idegrendszer fejlődésének bizonyos eltérése attól, a mit normalisnak lehet nevezni vagy gondolni. Még azt sem mondhatom, hogy az idegrendszernek ez az elváltozása mindig káros volna az illetőre, mert hiszen tudjuk, hogy nagyon sok kiváló ember, talán a kiváló embereknek túlnyomó többsége szenved neurastheniás tünetekben, a miből arra lehet következtetni, hogy az idegrendszer neurastheniás állapota s az illető szellemi, vagy más téren való kiválósága némileg összefüggésben vannak egymással. A legfontosabb tétel, a melyet, azt hiszem, ma már általánosságban el fognak ismerni, az, hogy a neurasthenia nem exogen baj, nem kivülről a szervezetbe jutott úgynevezett szerzett betegség, hanem a szervezet fejlődésének valamely sajátosságával van összefüggésben.

Az épen említett példát, a kiváló emberek neurastheniáját azzal a hangzatos phrasissal szokták magyarázni, hogy őket a mai századnak, a gőz, a villamosság századának túlhajtott munkássága, a létfenntartás nehézségei juttatták a neurasthenia koldusbotjára. Ezeket az állításokat nem szabad túlságos komolyan venni. Kétségtelen, hogy az élet küzdelmei, nehézségei, az emberiség nagy nyomorúságai összefüggésben vannak a neurastheniának bizonyos alakú kifejlődésével, de nem a neurastheniás alap (diathesis) támadásával. Azonban az összes kórkiváltó tényezők között épen a gőznek és a villamosságnak van mindenesetre a legcsekélyebb befolyása a neurasthenia kifejlődésére, mert hiszen ezek adják meg az illetőnek a megélhetésre a kenyeret, és szerzik meg a logikai gondolkodásnak a legjobb alapját: a természettudományi gondolkodást; mind a kettő: a kenyér és a reálos gondolkozás a leghatalmasabb ellenszere a neurastheniának.

A kórokot kutatva arra a meggyőződésre jutottunk, hogy a neurasthenia létrejöttében legfontosabb szerepet játszik az anyáról való heredités. Az anya az, a kiről a neurasthenia átmegy a gyermekre. Az apáról csak ritkán száll át. Ha előfordulnak is ilyennek látszó esetek, a magyarázatot megleljük többnyire abban, hogy neurastheniás férfiak rendszerint neurastheniás nőket vesznek el, és hogy az ilyen esetekben a neurasthenia az apában ugyan nagyobb fokban jelentkezett és ezért inkább feltünt a kórelőzményben, de az anyában is megvolt.

Azt is tapasztaltuk továbbá, hogy a leszármazókra nem is a nagyon neurastheniás anya a veszedelmes; ellenkezőleg inkább a kevésbé kifejezetten neurastheniásak, a csupán fejefájós anyák. Hogy az ilyen anyák neurastheniája honnét származik, annak az okát, öröklődő bajról lévén szó, természetesen nem lehet közvetetlen az illető anya nevelésében keresni, bár majdnem azt hiszem, hogy a mostani nőnevelő rendszerek, a melyek generatiókról generatiókra alkalmaztatnak, nem lehetnek egészen közömbösek a neurasthenia létrehozásában.

A nő gyengébb testalkotásával s kisebb munkabirásával, a munkás osztályban, a hol szülnie és dolgoznia kell, nagyon túl van terhelve; a középosztályban pedig, ha testileg jobb ápolásban részesül is, észbelileg kerül a veszedelembe, mert még dogmatikaibb nevelésben részesül, mint a fiuk, az élet valósága helyett mystikát vernek a fejébe; az életről, a valóságról helytelenül oktatják ki, a későbbi életében pedig már nem jut oda, a hová a fiuk egy része, hogy egyéb tanulmányokkal ellensúlyoztassék első nevelésének ferde irányzata.

Nem is áll az, hogy a neurasthenia és a hysteria a mai előhaladó és törekvő korban vált gyakorivá és súlyossá, épenséggel nem, hisz az orvosi történelem tanúsága szerint épen a reálos életről leginkább megfeledkezett középkorban voltak ezeknek az állapotoknak oly súlyos és gyakori esetei, hogy valóságos epidemiákat okoztak.

Ezeknek a betegségeknek ilyen epidemia (illetőleg endemia)-szerű és nagy tünetekkel való kitörését napjainkban is észleljük néha, de, úgy mint régen, kolostorokban és a világ zajától — attól a zajtól, a melyet oly sokat okolnak! — távol maradt községekben. Ezek az esetek is eléggé bizonyítják, hogy nem a munkában, nem a foglalkozásban, nem az ambicziós törekvésben kell keresni az okot.

A mit így nagyban produkálnak a kolostorok, azt kicsiben naponta láthatjuk a korban előhaladott, anyjukkal együtt lakó öregedő lányokon, ez az a milieu, a melyben a neurasthenia legkönnyebben nő nagyra; az ilyen nők élete minden szellemi táplálék nélkül napról napra a legeslegnagyobb egyhangúságban folyik le, a mi szellemi assimilálásra képesek voltak, azt végleg kimerítették, a létnek csak az apró nyomorúságaiból érzik, hogy élnek.

Ismeretes, hogy azok a nők, a kik az igazi női hivatáson kivül bizonyos irányban foglalkozást üznek, igen gyakran nemcsak hogy neurastheniásak, hanem valóban súlyosan neurastheniásak. Hivatkozhatom a tanítónőkre, a kiknek legnagyobb része igen nagy mértékben neurastheniás és hysteriás. Nyilvánvaló, hogy ezeknek a nőknek sem egészen megfelelő az életköre, igaz azonban, hogy leginkább neurastheniás hereditással megterhelten adják magukat erre a pályára. Nem is gondolom, hogy jó eredményre vezetne a jövőben a nőkérdésnek most megkisérlett megoldása, a mikor a nőknek az egyetemi pályafutást részben megnyitották, de épen az orvosinál és a tanárinál sokkal inkább megfelelő ügyvédi, hivatalnoki, mérnöki, építészi, theologiai pályáktól őket kizárták. Helyesebbnek vélném, ha a nőket oda felemelnénk, hogy reálos gondolkodásban éljenek, ilyen gondolkozású feleségek gyermekeinknek, nemcsak leányainknak, de fiainknak is anyái legyenek és azok, a kik ezen igazi hivatásukat be nem tölthetik, nem használtatnának ki más munkakörben erejükön felül, de a megélhetésre túlkevés keresettel. Ebben a tekintetben azt hiszem nagyon sokat kellene még változtatni, persze nemcsak a nők, hanem a férfiak nagy részének nevelésén is!

Hogy a fiuk nevelése sem épen olyan, mint a milyen a neurasthenia elkerülésére alkalmas volna, erről újabb időben sokat beszéltek és tárgyaltak. Nem akarok nagyon belemenni ebbe a kérdésbe, inkább csak a therapia fejezetében térek erre vissza néhány megjegyzéssel.

A hereditást illetőleg méltóztassanak axiomául tekinteni azt, hogy a hereditásos átvitel csakis a neurastheniának, mint olyannak átvitelére vonatkozik. Ha tehát a szülők valamelyike tabesben vagy paralysisben szenved, a gyermekek ezen a réven nincsenek kitéve a neurasthenia veszedelmének. A tabes, paralysis exogen betegségek, a melyek kivülről jutnak be a szervezetbe és semmi összefüggésben sem állanak a hereditásos átvitellel, mint a hogy általában a szervezetnek az életben szerzett elváltozásai hereditásos módon nem vihetők át gyermekekre. A tabeses szülők gyermekei csak akkor vannak egyáltalában szülői k betegségeiből folyó veszedelemnek kitéve, ha abból az időből származnak, a mikor a tabest előidéző syphilis még fertőzőképességü volt, ilyenkor a veszedelem az úgynevezett hereditásos syphilisben rejlik. De ha már túl van ezen a szakon az apa vagy az anya, vagy ha már benne van a tabesben, akkor ez az átvitel már nem fordul elő. Tudjuk, hogy tabeses emberek, ha más körülmény közbe nem játszik, teljesen egészséges gyermekeket nemzenek.

Van a neurastheniának egy alakja, a mely aetiologiailag kissé félrevezeti az embert: ez a latens neurasthenia. Vannak emberek, a kiken a neurasthenia tünetei nem mutatkoznak mindjárt olyan nyilvánvalóan, voltaképen csak a neurastheniás diathesisük van meg; ha az ilyen egyének életében oly hirtelen, váratlan esemény történik, a mely idegrendszerüket erősen megrázza, súlyos neurastheniás tünetek támadnak rajtuk. Ezek az emberek nem az incidens következtében lettek hirtelen neurastheniásokká, ezek már alapjában neurastheniások voltak, az incidens csupán kiváltotta rajtuk a nagy tüneteket, vagy egyáltalán észrevehetővé tette a neurastheniát, a melynek enyhe alakban előbb is megvolt tüneteit sem a beteg, sem környezete nem igen vette észre.

Ezek az incidensek többnyire balesetek, főleg tömeges, pl. vasúti szerencsétlenségek, a melyekről az első észlelők azt hitték, hogy a baleset alkalmával valamely mechanikai trauma érte az illető idegrendszerét. Két vonat összeütközése alkalmával száz utas között van esetleg egy-kettő, a ki már neurastheniásan terhelt, a kiben már latens volt a neurasthenia és ezeken az összeütközés után feltünően állanak elő a neurasthenia (illetőleg hysteria) tünetei. Ha az ember ezeknek az egyéneknek előéletét kutatja, rendszerint megtudja, hogy rajtuk egy és más neurastheniás tünet már előbb is megvolt. Ezeknek a vasúti baleseteknek, a melyeket railway spine néven (vasúti gerinczvelő) hivtak az amerikaiak, semmi köze sincs a gerinczvelőhöz, sem az agyvelő mechanikai bántalmazásához, a tünetek kifejlesztésében a főszerepet az a kedélybehatás játszsza, a mely az illetőket a baleset alkalmával érte. Ugyanilyen természetü kedélyi behatások, pl. ha valakit rablók megtámadnak, vagy szomorú gyászeset ér, teljesen hasonló tüneteket okozhatnak; ezekben az esetekben is traumával van dolgunk, csakhogy az nem testi, hanem a gondolkozásra, a kedélyre ható trauma.

Ide lehet venni a túlfárasztást, a surmenaget, a melyet szintén nagyon sokat hangoztatnak. Igaz, hogy ilyen neurastheniás emberek rendesen jobban birják a munkát, többet tudnak elvégezni, mint sok más ember, a ki nem neurastheniás. A surmenage leginkább tanulókon és magánhivatalnokokon fordul elő, tehát olyanokon, a kik kiszabott és nem magukválasztotta munkát végeznek.

A „túlfárasztás" szintén mint kiváltó ok jöhet tekintetbe, de kétségtelen, hogy ugyanolyan súlyos neurastheniás állapotok minden túlfárasztás nélkül is előfordulnak.

Természetesen nagy szerepet játszanak a traumát illetőleg a mérgek, első sorban az alkohol és a morphium. Itt is ugyanaz történik, mint a vasúti balesetkor. Majdnem mindnyájan élvezzük az alkoholt, a nélkül, hogy ki lennénk téve annak a veszedelemnek, hogy alkoholistákká váljunk. Ama sok ember közül, a ki az alkoholt élvezi, csak egyiken-másikon fejlődik ki az alkoholismus mint határozottan kóros állapot. Bizonyos ellenállhatatlan vágy, kényszervágy hajtja az ilyen embert az alkoholfogyasztás folytatására és nagyobb mértékben való üzésére. Az alkoholismus tehát csak következménye az illető neurastheniás állapotának, nem pedig provokálása; igaz, hogy valóságos circulus vitiosusként fokozza ennek tüneteit. Ugyanez áll a morphiumra is.

Ez a kérdés nagyon fontos therapiai szempontból. Egy időben nagyon óvatosan, szinte félve alkalmaztuk a morphium-injectiókat, mert féltünk, hogy az illető morphinistává lesz, és ez a félelem az orvosok többségében annyira uralkodik, hogy sokan idegenkednek a Pravaz-tűtől s minden befecskendés alkalmával eszükbe jut a morphinistaság. Pedig ez a félelem legtöbbnyire alaptalan. A betegek, már a kiknek erre szükségük van, jól türik a morphiumot. A klinikán sok betegünknek vagyunk kénytelenek éveken keresztül súlyos fájdalmaik enyhítésére igen nagy dosisban morphiumot és opiumot adni, a nélkül, hogy ezeken az igazi

morphinismus kifejlődnék. A morphinisták speciálos alakok. Olyan egyének, a kik igen hasonlítanak az alkoholistákhoz és a kiken egészen különleges neurastheniás alap és valamely alkalmi ok váltotta ki a morphinismust.

Azt sem szabad elfelejteni, hogy nem minden neurastheniásnak van hajlandósága a morphinistaságra vagy alkoholistaságra, sőt ellenkezőleg, ma már kitünően tudjuk gyógyitani a neurastheniának egyes alakjait a morphiumnak és opiumnak igen nagy dosisokban való alkalmazásával, a nélkül, hogy a legcsekélyebb mértékben is abban a veszedelemben forognánk, hogy az illetőből morphinistát vagy opiumevőt nevelünk. Különben is az ilyen esetekben a kezelés folyama alatt mindjárt kitünik, hogy az illetőnek mennyire van hajlandósága ebben az irányban.

Ezeken kivül egyes testi bajoknak van még befolyása a latens neurasthenia létrehozatalában. Előfordulhat néha, hogy a testi bajok eltünte után a neurasthenia időlegesen ismét latenssé válik. Ezek a bajok az orrnak, a szemnek, a fogaknak, a beleknek, a női genitaliáknak stb. egyes bántalmai, a melyekre még visszatérek a therapia megbeszélésekor.

De nemcsak komolyabb ilyen bajok válthatják ki a neurastheniás állapotokat, hanem igen gyakran apró bajocskáknak szükségtelen és nagyon hosszan folytatott helyi gyógyítása is! Itt a vasúti baleset szerepét a kezelés játszhatja!

Lássuk már most a neurasthenia pathologiáját. A neurasthenia határait óhajtanám mindenekelőtt körvonalazni.

Az a kissé fejefájós asszony, a ki különben egészen elevennek, rendes idegrendszerünek látszik, az a gyermek, ki az iskolából csupa kitünőt hoz haza protectio nélkül, ezek az egyik végén állanak a neurastheniának. A másik vége a tébolyodottság, a paranoia (vesania). E kettő között átmenetek vannak, de éles határok nincsenek.

A vesania, a tébolyodottság is neurasthenia. Mindkettő ugyanazon hereditásból ered s tünetileg is analog.

Hiszen az is hallucinálás, ha a neurastheniás ember tagjaiban fájdalmakat érez; ezek agyvelejében megfogamzott érzések, a melyeknek a tagokban semmi sem adja meg okát. A bőrérzésnek csak olyan hallucinálása ez, mint a mikor valaki hallásában hallucinál, pl. kopogást, zajt hall szobájában, a melyet más nem vesz észre. De ki is magyarázza a neurastheniás fájdalmai okát, hátgerinczsorvadást, szívbajt, paralysist következtet a tünetekből, vagy a hypochondriás gilisztákat érez torkában. Ezek ép olyan téves kimagyarázások, mint a mikor a beteg a kopogás hallucinálásából arra következtet, hogy valaki öt üldözi. A tünetekben nincs olyan különbség, a mely ezeket egymástól elválasztani engedné. Mind a kettőnek főtünete bizonyos fixa idea, a melytől az illetőt többnyire nem is tudjuk megszabadítani, s a mely egész gondolkozása körét annak alapján átalakítja. A rögeszméket illetőleg is csak a tartalomban, de nem a lényegben van különbség, az egyik tántoríthatlanul hiszi, hogy hátgerinczbaja van, a másik, hogy a fejében agyveleje megfordult, a harmadik, hogy a küszöbön háromszor kell átlépni, máskép nem tud megnyugodni, a negyedik, hogy embert ölt (egy fiatal leánynak volt ez aggodalmas gondolata), az ötödik, hogy nem segíti meg az Isten, a hatodik, hogy ő a király. Csak a laikus előtt látszhatik az utóbbi gondolat logikátlanabbnak, mint az előbbiek. És épen úgy, a mint a vesaniáson gondolatmenetének hibás kiindulási pontján kivül is találunk működésbeli zavarokat, úgy a neurastheniáson is. A vesania mint kórkép rendszerint neurastheniás jelekkel kezdődik, s azt kifejlődött voltában ilyen tünetek még tovább is kisérik. Gyakorlatilag különválasztjuk a kettőt, mert megkivánja ezt az elhelyezés különböző volta. Az elválasztásnak külön keretet ad még a psychiatria, a mely szintén a betegek elhelyezése alapján vált el a belorvostan egyéb ágaitól. De az ilyen határvonalak felállítása azért is lehetséges, mert a neurasthenia nem megy végig az egyes emberen a tüneteknek egész skáláján, hanem egy egyénen csakis egynéhány tünet jelenik meg és kiséri végig az illetőt jóformán egész életén át többé-kevésbé kifejlődve, a nélkül, hogy más alakra átmenni hajlandósággal birna. A neurasthenia tüneteiben valóságos specialistákat alkot és ezek a specialisták a legnagyobb mértékben híven kitartanak eredeti körükben. Általánosságban ki lehet mondani, hogy a testi kifejlődés bevégeztével az a kör, a melyen a neurasthenia tovább haladni [illegible]g, körülbelül körül is van irva, és ha valami nagyobb kedélyi megr[illegible]zkódtatáson vagy testi megbetegedésen nem megy keresztül az illető, a neurastheniás tünetcsoportban is csak ritkán áll be később változás.

(Folytatása következik.)

Vesegümőkór miatt végezett vesekiirtás két esete.

Közli: *Rihmer Béla* dr. volt sebklinikai tanársegéd.

Alig van a sebészetnek még egy fejezete, mely a nézeteket illetőleg pár évtized alatt oly gyökeres átváltozáson ment volna keresztül, mint a vesegümőkór pathologiája és therapiája.

Pár évtized előtt a vesegümőkór képét még meglehetős eltérően festették meg. Régi esetek kerülvén autopsiára, melyekben az egész urogenitalis tractusban találtak gümős elváltozásokat, gyakran nehéz, sőt lehetetlen volt eldönteni, hogy a folyamat alulról indult-e ki és terjedt a vesékre, vagy megfordítva. A leszálló folyamatot eleinte kivételesnek tartották. Támogatta ezt a nézetet a semiologia is, a mennyiben a vesegümőkór kezdődő tüneteit az esetek túlnyomó többségében hólyagtünetek képezik. Ezen felfogásnak megfelelően még a 80-as évek vége felé is oly jeles sebészek, mint *Guyon* és *Albert*, a vesegümőkór sebészi kezeléséről igen skeptikusan nyilatkoztak.

Steinthal volt egyike az elsőknek, ki az urogenitalis gümőkórt az esetek többségében leszálló folyamatnak tartotta. Lassan-lassan a figyelem ráfordulván, a pontosabb klinikai megfigyelés és a boncleletek helyesebb értelmezése, különösen pedig a szaporodó sikeres műtéti esetek ismertetésével kialakult egy tisztább kép, melyet ma a következőkben foglalhatunk össze.

A vesegümőkór lehet általános miliaris tuberculosis részjelensége és mint ilyen kétoldali és a sebészet körén kivül esik. Chronikus (sajtos) alakjában a vesetuberculosis, nőnél majdnem kivétel nélkül, férfinél az esetek túlnyomó többségében *elsődleges* megbetegedés, a hólyag és az ivarszervek később fertőztetnek. Az *elsődleges* kitétel csak a húgyivarszervekre vonatkozik, mert a vese fertőzése a véráram útján a test valamely más részében fennálló, vagy fennállott gümős góczból történik.

A vesegümőkór jelzett alakja keletkezésekor az esetek legnagyobb részében *egy oldalon* lép fel és egyideig erre az egyoldali vesére szorítkozik. Ilyen esetekben a gümős vese eltávolításával az illető radicalisan meggyógyítható (l. lent). Magára hagyva a beteget — egyes kivételes eseteket leszámítva — a folyamat előbb-utóbb kiterjed az alsó húgyutakra, a férfiivarszervekre és a vér útján a másik vesére. Még ha a hólyag és az ivarszervek a bántalom körébe vonattak is, a beteg vese eltávolításával a beteg általános egészségi állapota, sőt hólyagtuberculosisa is megjavul (l. 1. eset).

Pár év óta körülbelül általános lett ez a felfogás, melynek kifejlődésével kapcsolatos volt a vesegümőkór felismerésében való tökéletesedés. A Koch-féle bakteriumoknak a vizeletben való kimutatása ugyan az eseteknek csak mintegy felében sikerült (Küster összeállítása) és később, midőn a hasonló festődésü ártatlan savállókat megismerték, a bacillusok kimutatásának értéke csökkent (tévedésekre vezetett), de helyette elterjedt az állatoltás, melyben kellő cautelák mellett hatalmas segítséget nyertünk a vizeletben még kevés számban jelenlevő tuberculosis-bacillusok kimutatására is. A tuberculin-reactio igénybe vételével (Israel, Korányi S.), ha positiv eredményü, még oly esetekben is felvilágosítást kaphatunk, melyekben a vesebeli gümős gócz zárt és a vizeletben tuberculosis-bakteriumok nincsenek.

A midőn két operált esetem kapcsán a kérdés fejlődésének ezen vázlatát adom, a diagnostika ezen és más fontos momentumaira bővebben nem terjeszkedem ki, ezt egy későbbi munkára hagyom, csak még egyszer hangsúlyozom, hogy a jelzett módokon a húgyszervi tuberculosist igen korán meg lehet állapítani és ez azért fontos, mert a vesegümőkór kezdődő tünetei, mint fent említém, elmosódottak és más húgyszervi bántalom képével (cytitis, vesekólika, vesevérzés) egyezők.

Nagy lépést tett előre a diagnostika a hólyagtükrözés és ureterkatheterezés behozatalával, a melylyel lehetővé vált a vizeletben a tuberculosis-bacillus feltalálása után a folyamat

helyének és kiterjedésének megállapítása. Megállapíthatjuk, hogy melyik vese beteg, már akkor, midőn subjectiv tünetek még nincsenek és palpatio útján a veséken semmi eltérés sem mutatkozik.

Mindezen methodusok kifejlesztése a régi, sötétben való tapogatódzáshoz képest óriási haladást jelentett és természetesen maga után vonta az indicatiók helyesebb felállítását, az operativ therapia térfoglalását a baj kezelésében. *Ma* a vesetuberculosis operativ gyógyítása oly óriási lendületet vett fel, a milyet 15 év előtt elképzelni sem lehetett. Az operált esetek sorozatai, gyüjtőstatistikák, egyes esetek egész halmaza fekszik előttünk és jelennek meg úgyszólva nap nap után; a vesetuberculosis kérdése sebészi társulatok vitaanyagául van kitüzve, a kérdés napirenden van.

Figyelemmel kisérve az utóbbi évek ez irányú közleményeit, azt látjuk azonban, hogy úgy a diagnostika, de még inkább az indicatiók felállítása terén sok elintézendő kérdés van és ha az eredményeket illetőleg szép adataink vannak is, még többet kell gyüjteni, hogy *összegezhessünk*.

Igy a diagnostika terén, bár nagyot haladtunk, még vannak vitás pontok és fejleszthető részek. Maga a vizelet elkülönített felfogásának kérdésében, különösen pedig a vesefunctiók megitélésére szolgáló methodusok kérdésében nagyon eltérők a nézetek.

Egyesek az ureterkatheterezést, egyáltalán a két vese váladékának külön felfogását és vizsgálatát az esetek többségében nélkülözhetőnek tartják (*Israel*); mások az eredményeket a külön felfogott vizeletek régi methodusokon alapuló vizsgálatának vélik betudni (*Rovsing*); ismét mások elért eredményeiket az ureterkatheterezés és úgynevezett functionalis vizsgálati methodusok használatának tulajdonítják (kryoskopia *Kümmel*, phloridzin-próba *Casper*). Még most is vannak egyesek, kik az ép oldal megkatheterezését „mühibának" tartják, míg mások, magam is, lehetőleg a kétoldali katheterismus mellett foglalnak állást.

A mütéti eljárásra vonatkozólag a megegyezés eléggé megvan: mint gyógyító beavatkozás csakis a vesekiirtás (lumbalis úton) jö szóba és pedig lehetőleg az elsődleges kiirtás. A vesemetszés csak mint palliativ vagy előkészítő mütét szerepel. Már a kiirtás után az uretercsonk ellátásában megint eltérők a nézetek. Egyesek bennhagyják, ha beteg is, sőt le sem kötik, mások lekötik, égetővel a csonkot elroncsolják, ismét mások a sebbe kivarrják, végül újabban részben vagy egészben kimetszik. A nézetek eltérők és úgy az egyik mint a másik mellett lehet érveket felhozni. Én pl. nem tudnám helyeselni, hogy olyan esetben, hol az ureteren bár vannak elváltozások, de a hólyag sem ép már, az ureterectomiát, esetleg egy legyengült betegen erőltessük. Mert egyrészt a tapasztalat igazolta, hogy súlyosan elváltozott ureterek mellett is a gyógyulás, bár hosszabb idő alatt, bekövetkezhetik (l. 1. eset.), másrészt, ha az uretert a hólyagig elveszszük is, ha az interparietalis része beteg, ott a melyből gümös fistula megint képződhetik, a mütét pedig sokkal nagyobb sebzésüvé vált.

A gümös hólyag utókezelésében is többféle eljárást követnek. Némelyek magára hagyják, mások helybeli kezelésnek (guajacol, sublimát-instillatiók, sőt érzéstelenités mellett carbolöblités (?), tükrön át direct edzés) vetik alá, újabban Dollinger tanár egyes makacs esetekben a hólyag megnyitását és sebészi kezelését (a fekély kimetszése, paquelinezés) ajánlotta. Egy esetben hasonló eljárással izolált hólyagtuberculosisnál magam is értem el sikert.

A mütéti indicatiók felállításának kérdése részben az eredmények ismeretétől is függ. A gyüjtőstatistikák globalis számai azonban, sajnos, nagyon ritkán adnak útmutatást arra, hogy a concret esetben mit tegyünk. Az kétségtelenül megállapítható, hogy a solitaer vesetuberculosis mütett esetei adják a legszebb végeredményeket; másfél évtizedre kiterjedő gyógyulások vannak feljegyezve.

Ha az összeállításokat nézzük, azt látjuk azután, hogy daczára az indicatiók kiterjesztésének, eladdig a fokig, hogy ma egyes esetekben a másik vese kezdődő tuberculosisa sem képez ellenjavalatot, a mütéti mortalitás csökkent. Igy Schmiedennél 201 esetben 29·4%, csak a lumbalis nephrectomiákat véve 26·8% volt, újabban leszállott körülbelül 10%-ra. Én Israel (28), Krönlein (34), Kümmel (43) eseteit összegezve, 9·6%-ra számítottam ki. Ehhez a 9·6%-hoz még 13% adódik, mint távoli mortalitás, a kik pár héttől pár hó alatt pusztultak el, kiknél tehát a mütét felesleges, esetleg életrövidítő is lehetett. Összegezve ez 23% mortalitást jelent. Ha azonban, mint *Krönlein* tette, különválasztanák a solitaer és combinált vesetuberculosis-eseteket, kiderülne, mint K.-nél, hogy az összes mortalitás a második csoportra esett, és a solitaer vesetuberculosis 0%-ával szemközt 36·3%-ot tett ki. Ezek a számok sokat mondanak.

A midőn ennyi kérdés körül folyik vita, úgy gondoltam, nem lesz érdektelen, ha eseteimet közlöm, bár természetszerüleg a kérdéseknek csak egynémelyikéhez nyujthatnak adatokat.

1. W.-né, 41 éves, férjes nő. 1902 őszén hirtelen gyakori vizelések lépnek fel, vizelete zavaros lesz, eleinte belsőleg, később hólyagját kezelik. Állapota nem javul, 1903 nyarán véres vizelést vesz észre, ugyanekkor bal oldalában enyhe fájdalmak. Ezen állapotában a budapesti bábaképzőbe kerül, hol miután hólyagkezelésre rosszabbodott állapota, a gyanú tuberculosisra irányult. Negativ festési kisérletek után az állatoltás positiv eredményü lett. Ennek ismerete előtt azonban a beteg vidékre távozott. Pár hó mulva, 1904. márczius 7.-én újból jelentkezik, Dirner dr. hozzám utasítja. Teljesen leromlott (49 kgm.), január közepe óta naponta rázóhideg, bal oldala fájdalmas, ingerek gyakoriak.

Mütét előtti megfigyelésünk alatt reggel 37°, este 39° körüli hőemelkedések. Pulsus 120—110. Vizelete változó, néha büzös, barnás genytől sürü, máskor sárgás, pehelyszerü, nem büzös, genytől zavaros. Bal oldala fáj. A lumbalis tájékról átballottálható kis gyermekfejnyi fluctuáló daganat. A hólyag (capacitása 50 gm.) igen érzékeny. Cystoskoppal megállapítható, hogy bal fele kifekélyesedett, a jobb épnek látszik. Nagy érzékenység miatt ureterkatheterismus meg sem kisérelhető. A váltakozóan büzös, barnás, máskor sárgás pehelyszerü üledék arra vall, hogy a kóros oldali váladék csak időközönként ürül a hólyagba. Egyszer 24 órai szünetelésnél a felfogott vizelet 700 gm., savi, fajsúlya 1017, $A = 1{\cdot}20$. A vagina felől a baloldali ureter hüvelykujjnyi vastag, érzékeny kötegként tapintható ki. Vérfagypont *0·53*.

Pár napi észlelés és strophantus-adagolás után márczius 12.-én mütét morphin-aether-narkosisban. Lumbalis nephrectomia. A vese több rekeszü pyonephrotikus zsák, magasan a bordaiv alá terjed, a környezettel erősen összenött. Kiszabadítása nagy nehézségekbe ütközik. 3/4 órai munka után kigördíthető, ekkor rossz pulsus miatt klammerekkel hirtelen lefogjuk a heges kocsányt, a vesét eltávolítjuk és a csiptetőket fekve hagyjuk. Laza tamponade. Kámfor.

Márczius 13. Nem hányt, vizelet 500 gm., 156 pulsus, mely csak lassan, 10 nap mulva száll le 104-re, ezzel kapcsolatosan a vizelet mennyisége 1100-ra emelkedik, ekkor apyrexia mellett a pulsus ismét 120-ra szökik fel, vizelete 4—500 gm.-ra esik le, 2·5‰ fehérje. Az eddig kapott strophantust digitalissal cseréljük fel, a pulsus javul, a vizelet mennyisége emelkedik.

Április 5.-én pulsus 96, vizelet ismét 1050, még mindig erősen zavaros, nem büzös. Megkezdjük a hólyagkezelést 5% guajacol olajoldattal. Sebet jodtincturával kezeljük.

Április 26.-án felkel. Junius 21.-én vidéki orvosok kezelésébe megy át (10 cm. hosszú, 5 cm. mély sarjadzó sebüreggel). A mütét után 8 hónap mulva jelentkezik. *15* kilót hizott, vizelete tiszta, pár filamentumot tartalmaz. Az ureter kötege nem tapintható. Lumbalis seb 5 cm. mély, gümös sarjakkal fedett járatba vezet. Kikaparás után otthon tovább is jodtincturával kezelik.

Mütét után 16 hónapra beteg értesit, hogy állapota változatlanul jó, sebe egy kis felületes sarjadzó helyet kivéve behámosodott.

Ebben az esetben a gümös vese másodlagos fertőzése folytán pyonephrosis fejlődött ki. A vese magasan a bordák alá terjed, környezetével összenőtt, többrekeszü genyes zsákot képezett. Tekintettel a beteg rossz szivmüködésére és legyengült állapotára, egy ideig haboztam, hogy ne szorítkozzam-e egyszerü bemetszésre és a rekeszek szétdulása után drainezésre, hogy azután erejében meggyarapodva kerüljön nephrectomiára. Azonban impressióm az volt, hogy ha a vesét in situ metszem be, tisztességes drainage aligha remélhető, hosszú genyedés, esetleges retentiók mellett az erőgyarapodás pedig nem remélhető. A kiirtásra határoztam el magamat. Igy a beteg gyorsan láztalan lett, mégis csak hetek mulva jut kis erőhöz. Feltünő ez esetben a beteg nagy súlyszaporodása (8 hónap alatt 15 kiló) és az, hogy bár

súlyosan elváltozott uretert hagytunk benn, a hólyag is ki volt fekélyesedve, 8 hónap mulva az ezelőtt ujjnyi vastag ureter nem tapintható, vizelete tiszta, a vizelések száma rendes. A lumbalis seb is úgy látszik a végleges elzáródás útján van. Itt tehát, a hol vitalis indicatioból avatkoztunk be — a beteg rövidesen elpusztult volna —, a gyógyulás szempontjából nem remélt eredményre jutottunk.

II. eset. 22 éves úrileány. 1905. április 4.-én jelentkezett nálam. Panasza fájdalmas vizelés, mely egy év előtt kezdődött. Nappal ötször, éjjel egy-kétszer vizel. Vizelete zavaros, savi vegyhatású, sok genyet és csoportosan álló saválló bakteriumokat tartalmaz, állatoltás és glycerines burgonyatáptalajra való oltás positiv. A beteg vesetájékára nem panaszkodik, éjjel sokszor izzad. Jobb vese ptosisos, kissé nagyobb, nyomásra mérsékelten érzékeny, bal nem tapintható. Genitaliák, mellkasi szervek épek.

Hólyag 100 gm.-ot fogad be, jobb fele belövelt, lepedékes fekélyek az uretertájon, melyek miatt az nem látható. Bal hólyagfél ép, ezt az uretert megkatheterizáljuk, a hólyagba állandó kathetert helyezünk. 1½ óra alatt összegyülik:

Jobb	Bal
85 cm³ világossárga, áttetsző, savi, fajsúlya 1010, $\Delta = 0{\cdot}50$, genyreactio +, kifejezett albumen-reactio 1‰ Esb., górcső alatt sok nagy csoportokban levő genysejt.	45 cm³ zavaros, szennyessárga, savi, fajsúlya 1016, $\Delta = 1{\cdot}30$, genyreactio —, górcső alatt vörösvérsejtek (arteficialis), vizeletben igen kevés fehérje.

Vér fagyáspontja *0·60*.

Három nap mulva érzéstelenítés és tonogen alkalmazásá mellett a jobb oldalba tolunk fel ureterkathetert, a bal vese váladékát a hólyagon át gyüjtjük össze.

Jobb	Bal
45 cm³, $\Delta = 0{\cdot}99$, genyreactio +, górcső alatt sok fehérvérsejt, vörösvérsejtek.	35 cm³, $\Delta = 1{\cdot}48$, genyreactio +, górcső alatt kevesebb fehérvérsejt, vörösvérsejtek.

Május 16.-ától 23.-áig strophantust szed, ez idő alatt 37·3°-ig menő hőemelkedések, 1800—2000 napi vizelet, melyben geny bőven van, vesealakelemeket nem tartalmaz.

Május 23.-án. Nephrectomia. Morphin-aether-narkosis. (1 óra tartam, 140 gm. aether.) Ferde lumbalmetszés, túltengett zsíros tok, nincsenek összenövések, vesefelület ép, ureter kezdetén egy babnyi göb. Kifordítván a vesét, ez alatt a göb alatt az uretert lekötjük és égetővel átmetszszük, az edények catgut-ligaturája után a vesét kiirtjuk és a zsíros tokot elveszszük. Az edénycsonk és uretercsonk felé lazán tamponáló steril mullpólyát vezetünk, melyet a seb közepén kivezetünk. Az izmos fal és bőr többi részét bevarrjuk. Utána subcutan 300 gm. élettani só-oldat.

A kimetszett vese 250 gm. súlyú, méretei 15 : 7 : 5. Egész kéregállománya ép, közel a kelyhekhez három mogyorónyi gümős barlang, egy betört a medenczébe, melynek nyálkahártyája sajtosan elváltozott.

Lefolyás. Nem hányt. Műtét után rögtön 200 gm. vizelet, ezt elöntve első napi mennyiség 600 gm., uratoktól erősen zavaros.

Másnap este 38·4. Kimerült. Strophantus.

Május 25.-én: R. 37·0 E. 38·0. P. 124. 470 gm. vizelet, 1/40/00 fehérje, geny, szemcsés cylinderek, sok urat.

Május 26.-án 37·6. P. 124. E. 38·4. P. 128. 725 gm. vizelet, 1026 fajsúly, 1/40/00 fehérje, geny, cylinderek.

Május 27.-én 38·1—37·4. P. 126. Vizelet 600 gm., gazecsikot elvészszük, sok tiszta véres savó ürül, üvegdrain az uretercsonk felé. Este menstruatio áll be.

Ezután a hőmérsék a 38-at többé el nem éri. Pulsus leszáll junius 2.-án 94—96-ra, vizelet mennyisége 1100 ra emelkedik, fajsúlya 1022, 1/40/00 fehérje, sok geny, cylindereket nem találunk. Megkezdjük a hólyagkezelést guajacol-oldattal. 10. napon varratkiszedés, elsődleges egyesülés. Az üvegdraint, bár a váladék kevés, savós, óvatosságból 18 napig bennhagyjuk.

14. napon felül, 18. napon felkel.

20. napon vérfagypont *0·55*; vizelete 700 gm., f. s. 1022, 1/40/00 fehérje, sok geny. 10 napja cylindereket nem találunk.

Junius 5.-én a drain helyén ½ cm. mély járat, többi része a sebnek behámosodott. Vizeletben még sok geny van, itt-ott gyakoribb ingerek és szúrásérzés a hólyagban. Vidékre távozik, a hol hólyagját tovább kezelik.

Ez az eset a descendáló vesetuberculosis typikus esete. Fiatal leány, genitaliák épek, a cystitises tünetek, melyeknek banális oka hiányzik, vesetuberculosisra irányították a gyanút, bár vesetünetek hiányoztak. A bakteriologiai vizsgálat positivitást hozott, a cystoskop és ureteterkatherezés kimutatta, hogy csak a jobb veséből jött geny. Ez az eset bizonyítja egyszersmind, hogy az a követelés, hogy csak a kóros oldalt szabad megkatheterezni és a másik oldal vizelete a hólyagon át fogandó fel, milyen helytelen. Jelen esetben, ha csak a második vizsgálat adatait veszszük, ha csak a kóros oldalt csapoltuk volna direct, a folyamatot kétoldalinak kellett volna felvennünk. A hólyagkatheteren át a hólyagból vagy a kóros oldalról a katheter mellől geny keveredett az ép baloldali vizelethez. Érdekes ebben az esetben az, hogy az ureterkatheterismus egyoldali vesegümőkórt mutatott ki, a másik vese qualitative ép: jó fajsúlyú, jó osmoticus concentratiojú vizeletet készített és mégis a vérben retentio jelei mutatkoztak, $\delta = 0{\cdot}60$. A műtét után 20. napon pedig δ normalis $= 0{\cdot}55$ (Kövesi dr. volt szives a fagyasztást végezni).

Ha a műtét előtti 0·60 vérfagypont mindkét vese megbetegedéséből eredő vérbeli molekularis retentio jele lett volna, akkor, miután az elvett gümős vesének egész kéregállománya ép volt, tehát kivételével sok secernáló parenchyma esett ki, a maradó vese (ha tényleg beteg) a vérbeli molekularis retentiót aligha szüntette volna meg. Pedig megszüntek a retentio jelei (a műtét utáni 20. napon) daczára annak, hogy a toxicus anyagok megrohanása egy időre a vesében aggodalomkeltő elváltozásokat (cylinder-leválást) okozott.

Ha *Kümmel* még az utolsó német sebészi congressuson is azt hangoztatta, hogy 0·60 vérfagypont mellett vesekiirtást végezni nem szabad, úgy ez az eset ismét egy tapasztalattal több arra nézve, hogy a műtéti indicatio felállítását egyedül a vérfagyponttól függővé tenni nem lehet, hanem arra az egész képre kell alapitani, melyet az összes vizsgálati adatokból construálunk meg.

Vesetuberculosis miatt 0·60 δ mellett már többször végeztek sikeres vesekiirtást (Barth, Rovsing stb.), egyik-másik esetben egy éves gyógyulást már constatálhattak, a legtöbb eset azonban, úgy mint ez a második is, a műtét után eltelt rövid idő miatt még csak mint közvetlen műtéti eredmény tüntethető fel.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

A fül félkörös csatornáinak működéséről.

Közli: *Marikovszky György* dr. egyetemi tanársegéd.

1899 ben a Sänger Katalin-féle, 1902-ben pedig a Balogh Kálmán-féle pályadíjat nyert két pályamunka újabb adatokkal bővitett foglalata.

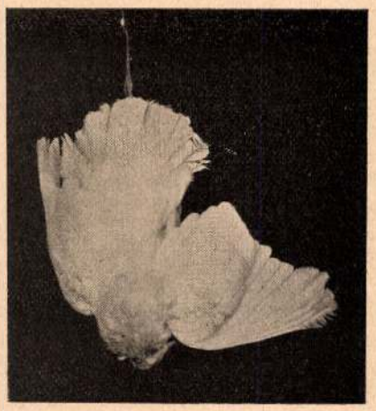
(Folytatás.)

Részben az *Ewald* kisérleteit megismételve, azon galambokon, melyeknek baloldali egész tömkelegét távolítottam el, a következő tüneményeket észleltem. 1. A galamb feje a műtétet követő 3. naptól körülbelül a 14.-ig úgy el van csavarodva, hogy a koponyatető a talajt érinti, a jobb szem előre, a bal hátrafelé néz. Ez a tünemény nem folytonos, a mennyiben kivételesen, ha az állat teljes nyugalomban van, rövidebb-hosszabb időre normalis lehet a fejtartás. A legkisebb izgalom azonban elegendő ahhoz, hogy a leirt fejelcsavarás megint fellépjen. Egy ily elcsavart, de jobboldalt operált galambot Madzsar József dr. úr volt szíves lefényképezni (mind a három galambról felvett fényképet neki köszönhetem), a kép másolatát itt közlöm.

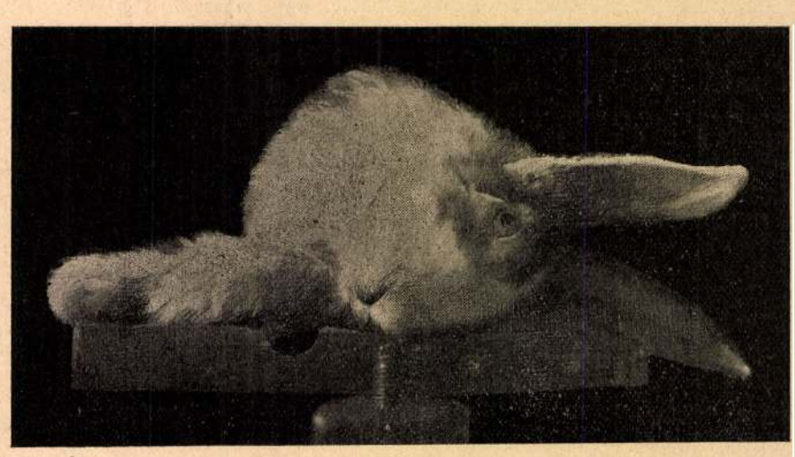
1. ábra

2. Ha az állatot függélyes tengely körül jobbra forgatom, akkor a fej csak a forgatás megszünte után fog függélyes ten-

gelye körül jobbra-balra lengeni. Ez az úgynevezett utófejnystagmus. Ha ugyanazon síkban balra forgatom a galambot, feje csak forgás közben fog lengeni. Ez az úgynevezett fejnystagmus. Hogy e tüneményt megérthessük, tudnunk kell, hogy miként viselkedik a normalis állat. Ha ép galambot forgatok teste függélyes tengelye körül, a feje forgás közben egy ideig a horizontalis síkban lengeni fog, a mennyiben feje nem követi folytonosan a forgást, hanem attól elmaradozva, a forgást kis szökkenésekben követi. Ez a rendes fejnystagmus. Bizonyos számú, illetőleg bizonyos gyorsaságú forgatáson felül a fej nem nystagmizál többé, hanem a forgatástól állandóan elmaradva, mozdulatlan. Ha már most a forgatást megszüntetjük, feliép az úgynevezett utófejnystagmus,



2. ábra.



3. ábra.

vagyis olyan fejlengések, melyek síkja megegyezik a forgatás közben fennállott fejnystagmussal, de melynek iránya azzal ellenkező. Minthogy, mint később látni fogjuk, kétoldali kiirtás után úgy a nystagmus, mint az utó-nystagmus elmaradnak, kétségtelen, hogy a két tömkeleg összefüggésben van a fejnystagmussal, illetőleg az utónystagmussal. Ha ehhez hozzávesszük azt az imént említett tüneményt, hogy a bal tömkelegétől megfosztott galambnál jobbra forgatáskor a fejnystagmus, balra forgatásnál pedig az utófejnystagmus marad el, azt hiszem világos, hogy a nystagmust a forgatástól elmaradó oldali tömkeleg, az utónystagmust pedig a forgatás irányában levő tömkeleg idézi elő.

3. Járás közben a galamb balra dülöng, mert a bal lába gyengébb lévén a jobbnál, gyakran összecsuklik. (Ezt a tüneményt 1878-ban már Cyon is leirta.)

4. A baloldalt operált galamb gyakran megfordul járás közben balra, minthogy jobb lábával *túl nagyokat* lép.

5. Ha a galamb féllábon áll, rendesen a jobbat használja erre a czélra, minthogy az erősebb.

6. Ha néha, kivételesen csak bal lábán akar állni, az összecsuklik alatta.

7. Ha a galamb fejére sapkát húzunk, és az attól szabadulni akar, mindig jobb lábára áll és bal lábával igyekszik a sapkát lekaparni.

8. Jobb lábával magasabbra emeli az arra akasztott súlyt, mint a ballal.

9. Ha ujjamra ültetem, jobb lábával bár ügyetlenül, de jóval erősebben fogja meg ujjamat, mint a ballal.

10. Lábánál fogva felakasztva egy zsinórra, nem tud repülni. Minthogy jobb szárnyának csapásai sokkal erősebbek, repülés helyett balra forog. Ha e közben kimerül, úgy lóg alá, hogy jobb szárnyát behúzza, a balt lelógatja, s farkát kissé jobbra tartja. A leirt szárnytartás és a sajátságos fejtartás jól látható a 2. ábrán. Ha ép galamb merül ki ilyen kisérlet közben, mindkét szárnyát behúzva, farkát egyenesen, fejét függélyesen a középvonalban fogja tartani.

11. A baloldalt operált galamb még hetekkel a műtét után is kényszermozgásokat végez, hengeredik, bukfenczezik stb., tollazata ennek következtében piszkos, kopott, töredezett. E kényszermozgások később enyhülnek, de izgatás (megijesztés, taps stb.) által még igen sokáig kiválthatók.

A később levonandó conclusiók erősebb indokolására *Ewald*-nak általam nem ismételt következő kisérleteit akarom ide iktatni.

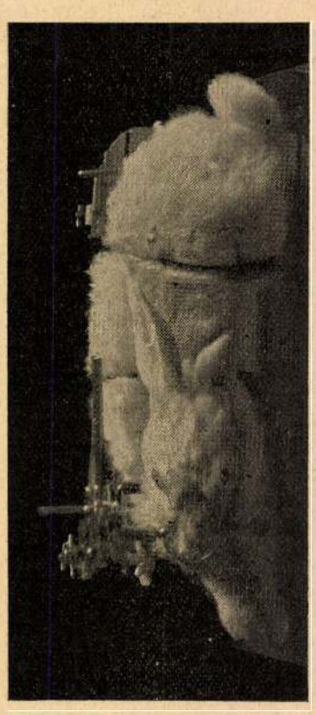
12. Ha baloldalt operált galamb csőre hegyét egyik, lábait másik kezünkbe véve, az állatot horizontalisan kinyujtjuk, az állat szárnyai közül csapkodásuk közben csak a jobboldali fogja a csőrt tartó kezünket elérni.

13. Ewald a baloldalt operált galambok alsó csőrét hosszában kettévágta, s a két felet külön-külön begyógyította. Ha már most a két csőrfélre külön-külön súlyokat kötött, úgy a jobboldali csőrfél mutatkozott erősebbnek.

1896-ban Ewald baloldalt operált és megölt galambokat farkuknál fogva felakasztva, azt tapasztalta, hogy

14. a hullamerevség bálltával a galamb feje mintegy 80 fokkal jobbra fordul, úgy hogy a bal szem magasabbra kerül, ezenkivül a bal szárny és a bal láb kissé behúzódnak.

Azokon a nyulakon, melyeknek baloldali tömkelegét pusztítottam vagy távolítottam el, a következőket figyelhettem meg.



4. ábra.

15. Mihelyt a bal tömkeleg működése megszünt, a nyúl feje függélyes és haránt tengelye körül balra fordult. Ezt a balra fordulást a 3. ábra érzékíti.

16. Mindkét mellső végtag jobbra tartatik. (Lásd a 3. ábrát.) A lábaknak ez a jobbra tartása oly kifejezett és erős, hogy ha a normalis, a test hossztengelyével párhuzamos állásba hozom azokat passive, mihelyt elbocsáttatnak, rögtön visszapattannak, akár egy rugó, a deviált állásba.

17. Ha a nyulat a Högyes-féle nyúlpadról felbocsátom, az állat balra hengeredik.

18. A gerinczoszlopon görbület lép fel, olyanformán, hogy a törzs jobb oldalának izmai erősen össze vannak húzódva, a baloldaliak teljesen el vannak petyhüdve, minek következtében a gerinczoszlop jobb felé concav görbe alakját veszi fel. Passive kiegyenesítve a gerinczoszlopot, az megint elgörbül, mihelyt elbocsátom. A gerinczoszlopnak ezen elgörbülése meglátszik a 4. ábrán,

mely egy jobboldalt operált nyúlnak, igaz kissé fogyatékosan sikerült fényképe után készült. A jobboldalt operált nyúl természetesen balra tartja mellső végtagjait, a teste által képezett görbe bal felé concav, a fejnek jobbra fordulása ezen a képen nem látszhatik, minthogy a nyúl feje fejtartó által fixálva van.

19. Ha a baloldalt operált állatot jobbra forgatom, fején csak a forgatás megszüntetése után van nystagmus, balra forgatásnál viszont csak forgatás közben van fejnystagmus.

Dreifuss baloldalt operált malaczoknál szintén észlelte a fej balra fordítását és a törzs balra hengeredését. Tapasztalatai annyiban térnek el az enyémektől, hogy az ő féloldalt operált malaczainál a gerinczoszlop concavitása a sértett oldal felé nézett. Igen nagyszámú, nyulakon végzett kisérletem daczára mindig az ellenkezőjét volt alkalmam észlelni, s *Dreifuss* lelete amúgy is ellentmondásban volna a tömkeleg és a testizomzat közti összefüggés körül szerzett valamennyi tapasztalattal.

Azon galambokon, melyeknél mindkét tömkeleget kiirtottam vagy plombáltam, a következő jelenségeket volt alkalmam észlelni.

1. A galamb feje rendetlenül mozog egyik vagy másik tengelye körül.

2. Az állat forgatásnál, ha egyáltalában mutatkozik compensatorius fejmozgás (fejnystagmus, utófejnystagmus), az legfeljebb alig észrevehetően kicsiny kilengésü.

3. Teljesen kimarad úgy a fejnystagmus, mint az utófejnystagmus, ha az állat fejére sapkát húzunk, hogy ne láthasson.

4. A szemet a kétoldalt operált galamb teli csészéből is csak igen sok ügyetlen és czéltalan mozdulat, nagy fáradság árán tudja felszedni, miközben igen sokat kiszór.

5. ábra.

5. Ha az állatot lóbálom, feje tehetetlenül lóg ide-oda.

6. Az állat járása nagyon bizonytalan, ingó, minthogy hol jobb, hol bal lába összecsuklik.

7. Járás közben a galamb hol jobbra, hol balra megfordul, minthogy hol jobb, hol bal lábával túlnagyokat lép. Ez a tünemény évek mulva (így operált galambjaim közül egyik 37 hónappal, egy másik 40 hónappal élte túl a műtétet) is meglátszik, a mennyiben a galamb nem képes egyenesen járni, hanem járás közben kigyózó, zegzugos vonalat ir le, minthogy hol egyik, hol másik lábával lép túlnagyokat. A jobbra és balra való kitérések az egyenesből annál nagyobbak, minél izgatottabb az állat.

8. Botra ültetve az ilyen galamb azt nagyon ügyetlenül fogja meg, főleg ha sapka van a fején (egyik lábával rálép a másikra stb.) s csakhamar leesik róla.

9. Hátára fektetve nehezen tud feltápászkodni.

10. Rendetlen kényszermozgások a test egyik vagy másik tengelye körül előre vagy hátra, jobbra vagy balra még igen hosszú idővel a műtét után is észlelhetők, s ha a galamb e közben kimerül, főleg ha sapka van a fején,

11. a legkényelmetlenebb, legképtelenebb helyzetben piheni ki magát, pl. úgy, hogy egyik szárnyára ráfekeszik, s mindkét lábát felfelé tartja. Kényelmetlen helyzetben való pihenésének egy másik alakját az 5. ábra mutatja.

12. Lábánál fogva felakasztva, mindkét szárnyát petyhüdten lelógatja, feje a középvonalban van.

13. Repülni eleinte egyáltalában nem tud, később azonban, a mi élénk ellentétben van Flourens és mások észleleteivel (talán mert nekik nem volt alkalmuk állataikat oly soká észlelhetni), úgy a hogy megtanulnak repülni, de röptük életük fogytáig tökéletlen marad. Mintegy másfél évvel a műtét után már annyira jutnak, hogy ha a levegőbe dobom őket, esésük hevességét mérséklik szárnyaikkal, spontan azonban sohasem repülnek. Ha sokáig üzöm őket, végre felrepülnek ugyan, de csakhamar elfáradva leszállanak, és úgy látszik, nem oda repülnek a hová akarnak, mert pl. többször közvetlenül egymásután nekimennek a fal ugyanazon helyének. (Itt meg kell jegyeznem, hogy ezeket a galambokat naponta szabadon bocsátottam régi intézetünk tantermében és repülési kisérleteket végeztettem velük, úgy hogy itt véleményem szerint nem lehet szó az inactivitásból származott atrophiáról, hanem csakis coordinatiós zavarokról.)

14. Ugyanennek a coordinatiós zavarnak kell betudnom azt a jelenséget is, hogy ha az ilyen galambokat üzöm, és azok menekülni akarnak, akárhányszor nekem szaladnak, a helyett, hogy távoznának.

Azokon a nyulakon, melyeknek mindkét labyrinthját elroncsoltam vagy eltávolítottam, a következő jelenségeket volt alkalmam megfigyelhetni.

15. Mikor a nyulat fejtartójától a műtét után megszabadítottam, a fejét ugyan a középvonalban tartotta, de minden erő nélkül, teljesen lazán, petyhüdten, miközben álla a nyúltartó deszkájára támaszkodott.

16. Bármely síkban forgatom az ilyen állatot, feje sem nystagmust, sem utónystagmust nem mutat, hanem kizárólag a nehézség törvényeit követi.

17. Az állat mindkét lábát a középvonalban, teste hossztengelyével párhuzamosan tartja ugyan, de oly erőtlenül, hogy passiv kimozdításnál semmi ellenállást nem lehet érezni, és egyáltalában

18. az egész test izomzata petyhüdt.

19. Az állat nem tud megállani, minthogy valamennyi végtagja összecsuklik alatta.

20. A kétoldalt operált nyúl nem tud nyelni. Az ilyen állatokat vagy gyomorsondán át, vagy végbelükön át kell táplálni.

Dreifuss-nak következő idevágó tapasztalatait akarom még ide iktatni.

21. A második labyrinth elpusztításának pillantában malaczokon tapintható volt az egész test izomzatának ellazulása.

22. A légzési izmok lazasága folytán dyspnoë lép fel, a hangoztató izmok ellazulása folytán pedig

23. az állatok hangja is gyengébb lett.

Régóta ismeretes már, hogy a hallószerv, illetőleg a tömkeleg és a test izomzata közt van valamelyes összefüggés. *Flourens* már 1824-ben azt tapasztalta, hogy azon galambok, melyeknek félkörös csatornáit átmetszette, magasabb hangokra göreszerü vonaglásokkal reagáltak. Ő azonban még azon a nézeten volt, hogy ezt a jelenséget a betegesen fokozódott hallási képességre kell visszavezetni és audition douloureuse-nek nevezte a tüneményt. *Esser* azt irja 1827-ben, hogy hosszú és lelógó fülü kutyák füleiket magas hegedühangokra hegyezték. *Breuer* 1875-ben az operált állatokon észlelhető manege-járást és ingaszerü fejmozgást egyenesen a félkörös csatornák sérelmével magyarázza. *Cyon* 1876-ban pupillaszükülést látott a hang által izgatott oldalon és pupillatágulást a tulsón. Ugyancsak *Cyon* 1877-ben bilateralis szemmozgásokat látott fellépni a félkörös csatornák átmetszése után. *Preyer*-nek 1881-ben sikerült tengerimalaczokon a Cri-Cri hangjaival synchron fülmozgásokat előidéznie.

A nystagmusos szemmozgásokkal *Hőgyes* már a mult század hetvenes éveiben foglalkozott. Ez időben ugyanis azt vizsgálta, hogy vajjon van-e valami befolyása az állatok forgatásának azok végbélbeli hőmérsékletére, s e közben vette először észre azok szemén a fellépő nystagmust. (Ilyen nystagmust különben a facialisnak kiszakításával is képes volt előidézni.) Mikor azután 1879-ben ezeket a compensatorius szemmozgásokat közelebbről vizsgálta, azt tapasztalta, hogy ily compensatorius mozgások nemcsak a bulbuson, hanem a szemhéjakon, a fülön, az arczon, a nyakon, sőt bizonyos fokban az egész testizomzaton is előidézhetők.

1881-ben azt irja *Hőgyes*, hogy a középagyban és a nyúltagyban oly reflexcentrum létezik, melynek centripetalis pályáit a tömkelegben végződő acusticusok, centrifugalis pályáit pedig

a 12 szemizomban végződő motorius idegek képezik. 1882-ből származó közleménye szerint „az acusticus vestibularis végződései és bizonyos izomplexumok között szorosabb kapcsolat létezik“ és „a két hártyás tömkelegben és az utriculusban kettős centripetalis végkészüléke van a bilateralisan berendezett, az egész test mozgását associáló vagy coordináló idegapparatusnak, mely végkészülék helyzete változásához képest az akaratlan bilateralis mozgásokat szabályozza.“

1884-ben *Hőgyes Laufenauer*-rel hystero-epileptikus betegeket vizsgált meg, miközben rajtuk úgy éber, mint hypnotikus állapotukban a következő tüneményeket figyelhette meg. A beteg egyik fülét vattával bedugva, és a másik előtt hangvillát hangoztatva, a szabad fül oldalán levő láb, és a tulsó oldali kar összehúzódik. Ha a betegnek mindkét füle szabad, s ha a hangvilla előtte szólal meg, valamennyi végtag izomzata összehúzódik. Ha az álló beteg egyideig egy inductiós apparatus kopogását hallgatja, a nyak és a karok izmai megmerevednek, ha pedig ezután magas hangú harmonika szólal meg, a nyak izomzatának merevsége megszünt, a karoké azonban változatlan maradt. A beteg egyik fülét bedugva, s a szabad fül előtt rhythmikus zenét hangoztatva, a szabad fül oldalán lévő láb és a tulsó oldali kar rhythmikusan rángatóznak. Ha e zenét hirtelen félbeszakítjuk, az izmok kökemények lesznek, a végtagok pedig abban a helyzetben maradnak, a melyet a zene megszüntetése pillanatában elfoglaltak volt. Ezzel *Hőgyes* szerint be van bizonyítva, hogy az acusticus végkészüléke voltaképen egy idegmechanismus centripetalis végkészülékét képezi, a mely mechanismus nemcsak a szemnek, hanem az egész testnek mozgásait associálja.

Lichtwitz nagyobb zajra convulsiokat látott hysterikánál fellépni 1887-ben. *Zoth* (1901) azt állítja, hogy a japáni tánczos egér egészen jól meg tudja egyensúlyát őrizni, és ha egyensúlyuk néha felbillenni látszik, azt nem a látási szédülés kárára kell irnunk, mint azt *Cyon* hiszi (1900), hanem az izomzat tökéletlen beidegzésével, illetőleg a coordinatio fogyatékosságával kell magyaráznunk.

Ha már most a felsorolt irodalmi adatokat összevetem saját kisérleteim eredményével, nemcsak az derül ki, hogy a tömkeleg és a test izomzata közt igenis van összefüggés, hanem az is, hogy milyen az összefüggés, illetőleg hogy körülbelül milyen a kapcsolat a két tömkeleg és az egyes izomcsoportok közt.

Hőgyes azon felfedezésével analogiában, hogy három-három szemizom az ugyanazon oldali, másik három-három pedig a túloldali tömkeleggel van összefüggésben, jóformán az egész test coordinált innervatioját analyzálhatom.

Az egész apparatus működését legjobban egy pár gyeplőszárhoz szeretném hasonlítani, hol a kocsisnak a fogatot kormányozó két markát a két tömkeleg képviseli. Míg a kocsis mindkét gyeplőt egyformán megfeszítve tartja, az egész fogat egyenesen halad. Ha azonban pl. a bal gyeplőt ellazítva a jobbat kissé jobban megfeszíti, jobbra fordulnak a lovak.

(Folytatása következik.)

Tárcza.

Nothnagel. Wernicke.

Gyors egymásutánban követték egymást a halálban Mikulicz, Nothnagel, Wernicke, a német gyakorlati orvostudománynak három kimagasló mestere. Még Németországban, a professorok hazájában, sem lesz könnyü méltó utódokat találni az árván maradt tanszékekre, mert tudósok csak akadnának a németek között, de ritkulnak azok sorai, a kik tudományos alaptanultság mellett a gyakorlati irányban is képességgel birnának. A gyógyító orvostudományban a tudománynak alkalmazása a gyakorlat terén a művészeti rész; a melyet inkább lehet megérezni, mint leirni, s a melyet a kathedráról sikerrel előadni nem lehet, csak a betegágy mellett lehet éreztetni. A theoretikai tudományokat könyvekből, talán nagyobb fáradsággal mint a laboratoriumban és az előadásokon, de mégis meg lehet tanulni, azt azonban, hogy hogyan kell a beteggel bánni, hogyan kell vele beszélni, vele magát megértetni, hogyan gyógyítani, hogyan úgy vezetni, hogy gyógyuljon: mindez művészet, a mihez a tanuló egyéni talentumán kivül olyan tanár is kell, a ki ezt a képességet hallgatóiban ki tudja fejleszteni. Ilyen tudós és tudományának művésze volt Nothnagel.

Nothnagel életének lefolyása főbb eseményeiben a következő volt. Született 1841. szeptember 28.-án Alt-Lietze-Görikében, Poroszországban; atyja is orvos volt. Orvosi tanulmányait a berlini Friedrich Wilhelm katonai orvosnevelő-intézetben végezte, a hol leginkább Traube tanárnak volt rá nagy befolyása, a mi később tudományos működésének irányát is megszabta. 1863-ban végezte tanulmányait, majd 1865—68-ig Leyden tanárral mint klinikai segéde Königsbergbe ment. Ettől az időtől Leydennel állandó barátság füzte össze, a minek élénk szavakban adott kifejezést most, Nothnagel halála alkalmából, a berlini tanár. 1866-ban már magántanár lett s ilyen minőségben és katonaorvosi szolgálatban 1868—70-ig Berlinben volt, majd a franczia-porosz háborúban vett részt, a mikor azonban hasi hagymázban igen súlyosan megbetegedett. Ezután még katonaorvosi alkalmazásban Boroszlóban töltött két évet, míg 1872-ben Freiburg i. Br.-ba meghivták a poliklinika és gyógyszertan tanárának. Innét már két év mulva Jenába került mint a belorvosi klinika igazgatója és tanára. 1882-ben Bécsbe hivták meg Duchek utódjának, a hol élete végeig működött. Az utóbbi években némi szívzavarokat észlelt magán, ezekről azonban nem igen beszélt senkinek és daczára, hogy az utóbbi időben aggodalmai is lehettek, mégis teljes erővel folytatta összes tevékenységét, még életének legutolsó napján, julius 6.-án is; este úgy látszik egymásután több izben angina pectoris támadta meg, s reggelre halva találták meg ágyában. Nothnagel még Jenában vesztette el feleségét s azóta özvegyen maradt; Bécsben egyetlen fia szomorú körülmények között halt meg; három leánya pedig mind messze földre került férjével. Nothnagel az utóbbi időben egyedül nővérével élt, jóformán csak tudományának és orvosi működésének.

Nothnagel tudományos fejlődésére iskoláján kivül még nagyon hatottak a kis egyetemeken töltött évei. A mikor Freiburgban a gyógyszertant is elő kellett adnia, megirta Rossbachhal együtt gyógyszertanát, a mely munkának kétségtelenül nagy érdeme, hogy klinikai alapon, s nem tisztán állatkisérletek alapján áll, mint a mostan már egészen theoretikai tudománynyá vált gyógyszertan, a melynek ezért nem is lehet meg az igazi befolyása a klinikai orvoslásra. Később Jenában nyolcz évet töltött mint a belorvostan tanára olyan klinikán, a hol alig volt beteg. E sorok irója egy izben meglátogatta őt Jenában, a klinikán két beteg volt, egy agyvelődaganatos beteg és egy — orbánczból reconvalescens, a kit csak azért tartottak még benn, nehogy a másik egészen magára maradjon; erről az agyvelődaganatos betegről akkor épen harmadik hete beszélt. A mikor innen Bécsbe került s ott egyszerre elözönlötték az új professort a betegek, a gyógyszerészek nehány különben nem igen használt szeren, a hallgatóság pedig a hosszú és erősen porosz hanglejtéssel tartott előadásokon akadt meg. A nagy beteganyag okozta, hogy a bécsi iskola sok esetet tárgyalt egy-egy előadási órában, a jenai professornak ellenben mindegyik esetről igen-igen sok elmondani valója volt. Ezt az addig szokatlan előadási módot azonban csakhamar nagyon megszerették hallgatói s tanterme állandóan a zsúfoltságig megtelt. Előadása igen részletes, világos volt, nem tudósoknak, hanem igazán a medikusoknak beszélt s ez a körülmény csakhamar közkedveltté tette klinikáját.

A tudományos működés terén nem sokat hagyott hátra. Leginkább összefoglalásokat, tankönyvrészleteket irt, ilyenek voltak a már említett gyógyszertanon kivül a Ziemssen-féle gyüjtőmunkában az agyvelő betegségeiről, az epilepsiáról irt fejezetei, azután az agyvelő topographiai diagnostikáját irta meg az irodalmi adatok alapján, később azt Naunyn-nel együtt kiegészítette; Jenában a bélbajok tünettanával foglalkozott s az itt nyert vizsgálati eredményeit további tapasztalataival a Zeitschrift f. klin. Medicin-ben közölte, majd újabban ezek alapján megirta a belek és hashártya betegségeit abban a nagy gyüjtőmunkában, a melyet ő szerkesztett, s a mely már csaknem teljesen elkészült. Tudományos munkássága elején az epilepsiával foglalkozott; az akkori még nagyon hiányos anatomiai és idegélettani ismeretek mellett felismert „görcscentruma“ persze ma már nem állja helyét. A vasomotoros neurosisokról, az Addison-kórról, a hőérzésről, a

gyomorcirrhosisról, a szívműködésről stb. irt még tanulságos czikkeket.

Két jelmondata vált általánosan ismertté, az egyikben hangsúlyozta, hogy a beteget vizsgálni kell s ebben a tekintetben felületességet nem tűrt. A másik jellemét dicséri: csak jó ember lehet jó orvos, mondotta s e tekintetben is példaként ment elől. Liberálos gondolkozása azonban nehányszor kellemetlen helyzetbe hozta őt Bécsben.

Fáradhatlan ember volt, egyéni kiváló tulajdonságai, a melyek őt legelső sorban igen jó orvossá képesítették, talán túlságosan is belevitték a gyakorlatba s mig egyrészről tudományos munkásságában korlátozták, talán korai halálát is siettették.

A bécsi iskola, a melynek ugyan nem volt tanítványa, de a melynek régi dicsőségét sikerrel öregbítette, nagyon sokat vesztett benne. Életében számos kitüntetés érte, az urak házának is tagja volt, halálában pedig az orvosi közönség és a napi sajtó a legnagyobb elismeréssel irt tudományáról, jóságáról és egyéb kiváló tulajdonságairól, a melyek között talán nem a legkisebb az az előkelő gondolkozásmód, a melylyel az osztrák egyetemek fejlődését irányította s a melylyel a német tudománynak hasznos orvosokat és buvárokat nevelt.

* * *

C. Wernicke mint a hallei egyetem elmekórtan-tanára halt meg kerékpározás alkalmával történt baleset következtében. Wernicke született Tarnowitzban 1848-ban. Boroszlóban Neumann mellett az elmekórházban működött, 1875—78-ig Westphal segéde volt és Berlinben docens. 1885-ben Boroszlóba került r. k. tanárnak, ugyanott 1890-ben rendes tanárrá lett. Kissé nyers és szókimondó modora miatt elvesztette ott a városi kórházban birt elmebajos osztályát, az elmekórtani klinikák építését pedig az állam egyre halogatta. Ilyen körülmények miatt tanításában egyideig csak járó betegekre volt utalva s a midőn Hitzig Halleban visszalépett állásától, elfogadta az odavaló meghivást a mult esztendőben.

Ha már így a külső körülmények nem kedveztek tanári működésének, kétségtelen, hogy tudományos pályafutására is befolyással lehetett a beteganyagnak ez a hiánya. A bécsiek Wernickét Meynert tanítványának mondják s meg is hivták volt két izben is Bécsbe az elmekórtani tanszékre. Wernicke valóban nagy tisztelője volt Meynertnek, de mégis azt hiszem túloznak azok, a kik a két férfiú között szorosabb szellemi rokonságot keresnek. Meynert anatomiai ismeretei ma messze túlhaladott álláspontok, physiologiai nézetei a közlésük idején sem voltak elfogadhatók, ép oly kevéssé, mint az ebből levont általános kórtani fejtegetései; de Meynert mint klinikus oly nagy volt, az elmekóralakok elkülönítésében oly helyes érzék vezette, hogy ebben a tekintetben ma is alig találni meg párját. Meynert a bécsi iskola fénykorának gyakorlati észjárását szívta magába s ez vezette őt klinikai működésében. Sajnos, erről az oldaláról ismerik Meynertet legkevésbé, de épen Wernicke tudományos munkásságának tanulmányozása alkalmas arra, hogy összehasonlításokat tegyünk.

Wernicke klinikai előadásaiban (Grundriss der Psychiatrie, Leipzig 1900.) kifejti, hogy az elmekórtan a belorvostan egy ága, a mely azonban eddigelé még csak a körülbelül száz év előtt dívott belorvostan magaslatára tudott eljutni, mert a betegségek helyett csak a tüneteket tárgyalja, azokat mondja betegségnek, úgy a mint hajdan a régi belorvostan hasvízkórról, lázról, sorvadásról stb. beszélt, mint betegségekről. Ezen valóban helyes bevezetés után azonban a helyett, hogy iparkodnék kikerülni a megmondott hibát, még mélyebben beleesik s pl. a paranoia helyett paranoiás betegségeket vesz fel s a régi philosophiának receptje szerint szaporítja az elnevezéseket, mintha a sok terminus technicus valamit is magyarázna. E tekintetben ugyan nem Wernicke volt az elmekórtannal foglalkozók között a legbökezűbb, mégis megesett vele nem régen, hogy egy congressus alkalmával az egyik felszólaló megkérte, ne alkotna annyi új kifejezést, nem értik meg egymást! Igaza van Wernickének, az elmekórtan a belorvostan egyik ága; de lehet-e valakinek helyes belorvostani tanultsága, ha elejétől fogva csak egy ágát művelné ennek a tudománynak? Az elmekórtan régebben tisztán philosophiai alapon állott, ma szeretne belorvosi alapra átmenni, de ez alapos előkészültség nélkül nem lehetséges.

Ha ilyenformán Wernicke — a mint maga is bevallja — nem tudott a modern pathologiai alapra helyezkedni s a régi hibákat elkerülni, mégis nagy érdemet szerzett azzal, hogy így a dolog lényegére rámutatott. Klinikai fejtegetései azonban még ezzel a hibával is nagyon érdekesek és tanulságosak, a kórtünetek vázolásában, elkülönítésében mesteri tökéletességre emelkedett. Wernickét már elejétől fogva érdekelték az agyvelő anatomiája és annak durvább megbetegedései, s még docens korában megirt háromkötetes „Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, Cassel 1883“ cz. művében nemcsak az anatomiai bevezetés volt nagyon érthetően és önálló vizsgálatok alapján megirva, hanem még a tünettani rész is olyan, hogy ma is hasznos olvasmány. Legjobban művelte Wernicke a beszéd központjainak bántalmait; az aphasia különféle alakjairól sok izben irt, még a legutóbbi években is ezzel foglalkozott. A tudomány is ezen a téren fogja nevét megörökíteni. Wernicke ismerte fel ugyanis legelőször az érzési aphasiákat, s a mit ele inte csak az anatomiai és élettani viszonyokból következtetett, azt valóban sikerült kóresetekben is kimutatnia; csakis ezzel a felfedezésével volt áthidalva a látszólag ellentmondó esetek elég nagy csoportja, és lett világosan érthetővé a beszéd különféle képességeinek szervezete az agyvelőben. Wernickének ez a felfedezése, a mely tudományos munkásságának legelejére esik, csakhamar általános elismerésben részesült.

Halálával a tudomány nagy veszteséget szenvedett; még nagyobbnak látjuk a veszteséget, ha meggondoljuk, hogy munkaképességének tetőpontján, a mikor még alig melegedett bele oly soká nélkülözött klinikai állásába, kellett meghalnia.

Őrizzük meg emlékét tudományunk e két nagyérdemű bajnokának. —ss—

Iskolaegészségügyi értekezlet a belügyministeriumban.

Iskoláink egészségügyét eddig is különböző törvények, ministeri és törvényhatósági rendeletek szabályozták; az összes iskolák közvetlen egészségügyi felügyelete pedig illetékes szakemberekre, részint a hatósági orvosokra, részint az iskolaorvosokra volt bizva. S ha iskoláink egészségügye — különösen a vidéken — ennek daczára még mindig sok kivánni valót hagy hátra, úgy ennek az okát a fennálló törvények és rendeletek hiányosságán s részben elavultságán kivül főképen abban kell keresnünk, hogy még távolról sem állunk az anyagi jólétnek és a müveltségnek olyan fokán, a mely a tökéletes iskolai egészségügynek, csak úgy, mint az általános közegészségügynek, első alapfeltétele. De viszont az sem szenved kétséget, hogy az iskolák egészségügyi felügyelete sem elég intensiv. Mert a hatósági orvosok ezernyi egyéb hivatalos elfoglaltságuk mellett nem szentelhetnek elég időt az iskolának, iskolaorvosai pedig ez idő szerint — egy-két ritka kivételtől eltekintve, — csak a középiskoláknak vannak, söt még a középiskoláknak is csak mintegy 1/3 részénél van iskolaorvos alkalmazva. De még az iskolaorvosok munkakörét is, bár sokszor igen részletesen, de mégis igen határozatlanul, s különböző értelmezést megengedő módon irják körül az idevonatkozó s még 1887-ből származó ministeri utasítások; az iskolaorvosra rótt sok munkával viszont sehogysem áll arányban az a nevetségesen csekély — 100 frt — „tiszteletdij“, a mely 200 frtra emelkedik ott, a hol (teljes középiskolában) az iskolaorvos a VII. vagy VIII. osztályban egészségtant is tanit heti két órában.

Ezek a gondolatok támadtak bennem, s ezeknek a gondolatoknak adtak, habár különböző alakban, kifejezést mindazok a szakemberek is, a kik a belügyministeriumban f. évi junius 30.-án megtartott értekezleten megjelentek. Az értekezlet egybehivásának eszméjét, a mint azt az elnöklő Chyzer Kornél min. tanácsos előadta, egy concret eset érlelte meg. Az egyik ministerium ugyanis azzal a kérdéssel fordult a belügyministeriumhoz, hogy tuberculosisban szenvedő tanulók kitiltandók és kitilthatók-e az iskolából? Tekintettel arra a nagyfontosságú kapcsolatra, a mely az iskola és a tuberculosis terjedése között fennáll vagy legalább fennállhat, a felvetett kérdés megoldása sürgősen szükségesnek látszik. Viszont az is bizonyos, hogy a tuberculosis

terjedése és kifejlődése a legszorosabban összefügg az iskola általános egészségügyi viszonyaival. Annyira, hogy a tuberculosis elleni védekezésben első sorban az iskola általános egészségügyi viszonyainak javítására kell gondolnunk. Azért a tuberculosist illetőleg felvetett kérdéssel kapcsolatban szükségesnek vélte a belügyministerium általános iskolaegészségügyi rendszabályok alkotásáról gondoskodni, a mely rendszabályok valamennyi városi és falusi, általános és szakiskolára kiterjednének. Ilyen általános iskolaegészségügyi rendszabályok előzetes megvitatása volt a czélja annak az értekezletnek, melyet a belügyministeriumban junius 30.-án megtartottak, s a melyen mindazok a ministeriumok képviselve voltak, a melyeknek fennhatósága alatt iskolák állnak.

Az értekezleten résztvettek:

1. a belügyministerium részéről az elnöklő Chyzer Kornél dr. min. tanácsoson kivül: Raisz Gedeon dr. min. osztálytanácsos és Téry Ödön dr. közegészségügyi főfelügyelők, Frank Ödön dr. és Fáy Aladár dr. közegészségügyi felügyelők;

2. a kereskedelmi ministerium részéről: Péterffy Lajos min. osztálytanácsos, Chyzer Béla dr. állami felsőbb ipariskolai és Horváth Ákos dr. állami nőipariskolai orvos;

3. a földmívelésügyi ministerium részéről: Hutyra Ferencz dr. az állatorvosi főiskola rektora, Vadass Jenő, a selmeczbányai erdészeti és bányászati akadémia aligazgatója, Magyar Kázmér földmívesiskolai tanfelügyelő és Angyal Dezső m. kir. kertészeti tanintézeti igazgató;

4. a vallás- és közoktatásügyi ministerium részéről: (Halász Ferencz min. tanácsos és Liebermann Leo dr. a közegészségtan egyetemi r. tanára akadályozva voltak a megjelenésben) Neményi Imre dr. min. osztálytanácsos, Gothard Zsigmond dr. min. titkár és Bexheft Ármin dr. iskolaorvos.

Az értekezleten megjelentek valamennyien felszólaltak s a tervezett általános iskolaegészségügyi rendszabályok alkotását kivétel nélkül szükségesnek mondták.

Ezek a rendszabályok azonban nem terjednének ki sem az egészségi tekintetben amúgy is magas niveaun álló főiskolákra, sem a gazdasági, sem pedig az erdészeti szakoktatás körébe tartozó tanintézetekre. A gazdasági tanintézetek mellőzését (magyaróvári gazdasági akadémia, alsóbbfokú gazdasági tanintézetek, földmívesiskolák) Magyar Kázmér, az erdészetiekét (selmeczbányai erdészeti akadémia, erdőőri szakiskolák) Vadass Jenő kérte. Ezeknek egészségügyi viszonyai s orvosi felügyelete amúgy is kifogástalanok. A főiskolákat illetőleg Hutyra felvetette a kérdést, a mit Vadass is melegen pártolt, hogy a nemi betegségek terjedésének meggátlását czélzó intézkedéseket nem kellene-e szintén felvenni az alkotandó rendszabályok közé?

Péterffy az ipariskolák sajátos viszonyaira mutat rá s főleg a mühelyi oktatás különböző ágaira kiterjedő részletes egészségügyi szabályok alkotását sürgeti, a minek az iskolából kikerült iparosok később az életben is nagy hasznát fogják látni.

Igen sok szó esett az értekezleten az iskolaorvosok alkalmazásáról és működéséről is. Az első felszólaló, a ki az iskolaorvosi intézmény fontosságát az iskolai egészségügy megjavítása érdekében különösen kiemelte, Neményi volt. Nagy hátránynak vallja, hogy csak a középiskoláknak vannak ez idő szerint iskolaorvosaik, holott a közérdek, az iskola és a szülők érdekei is megkövetelik, hogy valamennyi iskolánál alkalmazzanak iskolaorvost. Különösen fontosnak tartaná ezt falun, a hol az iskolaorvos akár mindennap megvizsgálná a tanulókat s a betegeket hazaküldve egyrészt a fertőző betegségek terjedésének vethetne gátat az iskolában, másrészt ez talán rábirná a kevésbé intelligens szülőket is gyermekeik gyógyíttatására, hogy necsak a büntetéstől való félelmükben hivjanak talán már haldokló gyermekükhöz orvost. Az iskolaorvosi intézmény talán módot nyujthatna arra is, hogy a szülők is végre felvilágosíttassanak arról, hogy micsoda feladataik és kötelességeik vannak nekik is, otthon, gyermekeik egészségének érdekében. Mert sajnos, az esetek óriási %-ában oly rosszul él a gyermek otthon, hogy az iskola még aránylag a legjobb hely, a hol idejét töltheti. Jól tudja, hogy az iskolaorvosi intézmény ilyen széleskörü kiterjesztésére nincs ez idő szerint sem kellő anyagi erőnk, sem szellemi tőkénk. Azért, a míg az összes iskolák iskolaorvossal elláthatók lesznek, surrogatumról kell gondoskodnunk. Ennek egyetlen kinálkozó módja a tanárok és tanítók kellő alapos hygienikus kiképzése, akár külön tanfolyamokon is.

Raisz utal arra, hogy a legtöbb falusi iskola nincs hygienikus szempontból jó karban, meg nem felelő, sőt fészke sokszor a fertőzésnek. Azért olyan szabályzatot kell alkotni, a mely jól distingválva egyes vidékek, város és falu iskolái közt, tehát nem sablonszerüen, az iskolák általános egészségügyi viszonyainak megjavítására alkalmas. Ez annál is fontosabb, mert az iskolaorvosi intézmény kiterjesztése bizonyos határoknál véget ér. Faluhelyen sokszor még orvos sincs, tehát iskolaorvost már ezért sem lehet alkalmazni. Azért olyan egészséges legyen az iskola, hogy az iskolaorvosi működést szinte feleslegessé tegye. A mellett a falusi iskolák viszonyai olyan egyszerüek, hogy azok egészségügyi felügyeletét — specialis iskolaorvosi ismeretek hijján is — jól elláthatja a különben jól képzett községi vagy körorvos is.

Bexheft, a milyen szükségesnek tartja a tervezett általános iskolaegészségügyi rendszabályok alkotását, ép oly fontosnak mondja, hogy az iskolaorvosi intézmény áldását az iskoláknak minél szélesebb körébe vigyék be. Mivel pedig egyelőre az iskolaorvosi intézmény általánosítása akadályokba ütközik, kétszeresen fontosnak tartja, hogy a tanítók a képzőintézetekben alapos egészségtani kiképzésben részesüljenek, a mit szünidei tanfolyamok rendezésével is lehetne támogatni. Sajnos, a képzőintézetek tantervéből épen most hagyták ki az egészségtant, s a tanítók részére tartatni szokott tanfolyamon sem esett soha szó egészségtanról.

Chyzer Béla is a tanítóképző-intézetekre fekteti a fősúlyt. A helyes egészségügyi viszonyok között nevelkedett s az egészségtant alaposan tanult tanító egészségtani ismereteivel igen sok hasznot és áldást hozhat arra a vidékre, a hol működni fog.

Frank visszapillant az iskolaorvosi intézmény eredetére. Mikor azt 20 éve Fodor inaugurálta, az volt a terve, hogy majdan az összes iskolák iskolaorvosok felügyelete alá kerüljenek: az óvodától a főiskolákig. Sajnos, ebből vajmi kevés valósult meg a kellő anyagi és szellemi tőke hijján. Feltétlenül szükségesnek tartja azonban az iskolaorvosi intézmény továbbfejlesztését s minél szélesebb körben való kiterjesztését, a mennyire azt anyagi és szellemi erőink engedik. A tervezett általános iskolaegészségügyi rendszabályok leghivatottabb végrehajtója az iskolaorvos. Ezt a rendszabályt úgy kell készíteni, hogy ha a különböző iskolák viszonyaihoz alkalmazkodik is, lehetőleg egységes legyen és szabatos, lehetőleg rövid pontokba foglalják.

Téry az iskola egészségügyi viszonyainak gyökeres megjavulását csak az általános müveltség fokának emelésétől reméli. Az iskolaorvos működésének is sokszor az okozza meddőségét, hogy a szabályzatokban előirt sokoldalú munkáját tisztességes fizetés helyett szégyenletesen csekély „tiszteletdíjjal“ honorálják.

Az elnök végül összefoglalja az elhangzott felszólalásokat, s azok értelmében a következő javaslatot terjeszti az értekezlet elé:

1. Az értekezlet szükségét látja annak, hogy általános iskolaegészségügyi rendszabályok alkottassanak, annak a minimumnak a megszabásával, a mit minden iskolától meg kell az egészségügy szempontjából követelni. Ezek a rendszabályok az óvodákra, elemi, polgári és középiskolákra, tanítóképző-intézetekre, kereskedelmi és ipariskolákra terjedjenek ki. A mühelyi egészségügyre vonatkozó rendszabályok megalkotását, az általános iskolaegészségügyi rendszabályok alapján, az értekezlet a kereskedelmi ministerium szakközegeire bizza.

2. Az eszmecsere közben felmerült egyéb kivánságok csak mint ilyenek emelendők ki. Ezeknek megvalósítása (mint: iskolaorvosi intézmény fejlesztése és kiterjesztése, a tanítók egészségtani kiképzése a tanítóképző-intézetekben illetve tanfolyamokon) a vallás- és közoktatásügyi minister hatáskörébe tartozik.

3. Minthogy egyfelől a felölelendő anyag nagy mennyisége és sokoldalúsága, másfelől az idő előhaladottsága nem engedik meg a kérdésnek nyomban való részletes tárgyalását s a tárgyalásnak sem lenne még concret alapja, az értekezlet egy szükebb körü bizottságot küld ki a részletes tárgyalás alapjául szolgáló előterjesztés megtételére.

4. A kiküldendő bizottság áttanulmányozza az iskolaegészségügyre vonatkozó eddig kiadott belügy- és kultusministeri rendeleteket s javaslatának kidolgozásánál ezeket veszi alapul. Munkáját őszszel kezdi meg s a mint vele elkészült, lehetőleg tavaszig, javaslatát a teljes értekezlet elé terjeszti tárgyalás végett.

Miután az értekezlet az elnök javaslatát egyhangúlag elfogadta, az határozattá vált. A szükebb körü bizottságba Neményi Imre elnöklete alatt a következő tagokat küldték ki: Liebermann Leo, Chyzer Béla, Horváth Ákos, Frank Ödön, Fáy Aladár, Bexheft Ármin dr.-okat és Magyar Kázmért.

Bexheft Ármin dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Vorträge über praktische Therapie. Herausgegeben von *Prof. Dr. J. Schwalbe.* 2. und 3. Heft. Leipzig, Verlag von G. Thieme.

A fenti czímmel megindított vállalatból, a melynek czélját és a gyakorló orvos továbbképzése szempontjából jelentőségét néhány hónappal ezelőtt, az 1. füzet megjelenése alkalmával ismertettük, megjelent a 2. és 3. füzet. A bennük foglalt czikkek a következők: *Czerny:* Az ileus kezelése. *Schmidt:* A habitualis obstipatio kezelése. *Hochhaus:* A tüdővérzés kezelése. *Schmidt-Rimpler:* Látászavarok szarúhártya- és lencsehomályosodások eseteiben. *Friedrich:* Az állkapocsempyemák diagnosisa és kezelése. *Rille:* A szerzett phimosis és kezelése. *Binswanger:* Az elmebajok kezelésének alapelvei. *Minkowski:* A köszvény kezelése. *Tillmanns:* Kezelés visszeres pangással. *Sarwey:* A nő facultativ sterilizálásának javalatai és módjai. *Bürkner:* Az ideges fülbajok kezelése. *Finger:* A gonorrhoea prophylaxisa és abortiv kezelése. A mint e czímekből láthatni, a füzetek nagyon változatos tartalmúak; az egyes czikkek kiválóságára már szerzőik nevéből vonhatunk következtetést. Az első sorban a gyakorló orvos igényeit kielégíteni hivatott vállalatot bátran ajánlhatjuk olvasóink figyelmébe.

Uj könyvek. *F. Klaussner:* Über das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *A. Pollatschek:* Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *L. Ascher:* Der Einfluss des Rauches auf die Atmungsorgane. Stuttgart, F. Enke. — *M. Neuburger:* Schiller's Beziehungen zur Medizin. Wien, W. Braumüller. — *G. Singer:* Pseudoappendicitis und Ileocökalschmerz. Wien, W. Braumüller. — Gedichte von Theodor Meynert. Wien, W. Braumüller. — *R. Schmitz:* Über den gegenwärtigen Stand der Perityphlitis-Frage, insbesondere über den günstigsten Zeitpunkt des operativen Einschreitens. Berlin, Fischer's mediz. Buchhandlung. — *K. Heilbronner:* Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Halle a. S., C. Marhold. — *P. Raymond:* L'hérédité morbide. Paris, Vigot frères.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A tuberculosis kóroktanáról tartott *Weleminsky* magántanár érdekes előadást a prágai német orvosok egyesületében, a melyben nagyszámú kisérletes vizsgálata alapján a gümőkóros fertőzés módját, kapuját, localisatioját és tovaterjedését iparkodik magyarázni. Az előadottakból végül a prophylaxist illetőleg von le következtetéseket.

Röviden ismertetve a gümőkór kóroktanának irodalmát, saját vizsgálataira tér át. Előadónak már 1900—1903-ban házinyúlon s tengerimalaczon végzett első kisérleteiben sikerült a tüdőknek fertőzött táplálék útján létrejött megbetegedését észlelni, a nélkül, hogy a belekben elváltozás lett volna. Ugyanezt tapasztalták *Ravenel, de Ahna* és *Jensen* is; utóbbi a táplálékot tekinté a fertőzés főforrásának, akárcsak *Behring*, a ki, mint ismeretes, főképen a csecsemőkorban létrejövő bélcsatornafertőzést véli a gümőkór okának.

Weleminsky újabb vizsgálataiban a nyaki és hörgi mirigyeknek az anatomusok által tagadott összefüggését mutatja ki, sőt tovább menve, több mint ezer bonczolási lelet alapján kimondja, hogy a hörgi mirigyek mintegy központjai az egész nyirokérrendszernek. Beléjük ömlik az összes nyirok s vele az esetleg benne levő gümőbacillusok; infectiojuk csakis a nyirokerek, s nem a tüdő vagy más szerv útján jő létre. A fertőzés a nyirokmirigyekből terjed a véredények útján a szervekbe, s egyidejüleg a még nem fertőzött nyirokedényekbe is. Az első tüdőgümőnek subpleuralis s nem a hörgök mentén fejlődése egyenesen a vérs nem a nyirokedények útján történt fertőzésre vall. Intravenosus és a szemcsarnokba történt gümőbacillus-befecskendezésekkel bizonyítja, hogy az elsődleges tüdőmegbetegedést sohasem követi a hörgi mirigyeké, a melyek kóros volta elsődleges nyirokérfertőzésre vall. A gümős szerv sohasem fertőzi saját mirigyeit, a mit a fehérvérsejtek sajátságos magaviseletével magyarázhatunk. *Bail* tengerimalaczokon végzett vizsgálatai közben tapasztalta, hogy a leukocyták az első fertőzés utáni negyedik héten a hasüregbe fecskendett gümőbacillusokat a képződött agressin folytán nem falják fel, holott Koch, Hueppe s mások vizsgálatai alapján a nyirokutak infectioja épen a tuberculosis-bacillus-tartalmú fehérvérsejteknek tulajdonítható. A beteg szerv tehát agressin-tartalmánál fogva elveszti a nyirokutakat illetőleg fertőzőképességét.

A mikroorganismusoknak légzés útján történő bejutása a tüdőbe még korántsem tisztázott, sőt sok körülmény a fertőzés ezen módjának ellentmond. A kérdés állatkisérletekkel sem dönthető el végérvényesen, mert a kis állatoknak az embertől eltérő légző útjai s mechanikája miatt az emberre nézve érvényes, helyes következtetések az állatkisérlet eredményeiből nem vonhatók. Nem érdektelen azonban előadó szerint az, hogy *Cornet*nek az inhalatiós fertőzést bizonyító kisérletében a gőmőkórban megbetegedett összes tengerimalacz hörgi mirigyei is megbetegedettek voltak, a mi a fentiek alapján a tüdők másodlagos fertőzésére vall. Ugyancsak ennek bizonyítékául részben spontan megbetegedett, részben gümőbacillusokat belégzett malaczok szerveit mutatja be. Valamennyinél vagy a submentalis, vagy a mesenterialis mirigyek vagy mind a két fajta együttesen betegedtek meg elsődlegesen, a mi tehát a tápcsatorna fertőzését bizonyítja. Döntő bizonyítékát adná az inhalatio kizárásával létrejött fertőzésnek egy másik kisérlet, ha nem volna magában álló. Egy nyúllal és két tengerimalaczczal gümőbacillusokat légeztetett be; a leölt malaczok s a nyúl tüdeje bakteriummentesek voltak, a mit olyképen bizonyított be, hogy a nyúl tüdejéből egy darabkát malacz bőre alá vive, az állat hosszabb ideig egészséges maradt

Embernél némiképen eltérők a viszonyok. A fertőzés vagy a táplálék, vagy a belégzett levegő útján történik. A belégzett bakteriumok a nyálmirigyeken s a szájnyálkahártyán át fertőzik a nyak nyirokútjait, vagy pedig a bélcsatorna és a légcső útján jutnak be a szervezetbe. A bakteriumoknak a légcsőbe való bejutását kisérletileg úgy bizonyítja, hogy több prodigiosus culturát tejben eloszlatva, kis kortyokban megivott. Egy negyed óra után fél meternyi távolra levő gelatina-lemez felé beszélt és lélegzett. A gelatinán ez után 50 prodigiosus telep fejlődött, holott az ivás előtti és utána két óra mulva végzett ellenőrző kisérletek teljesen nemleges eredményt adtak. S a mint ily cseppek kifelé, úgy befelé a tüdők felé is eljuthatnak, a mint azt *Flügge* vizsgálataiból ismerjük, s a légcső elágazodásánál megakadva megbetegíthetik a hörgi mirigyeket. Csak igen kevés számú bakterium jut el a legkisebb hörgökig s idézi elő a ritka, csakugyan elsődleges tüdőgümőkórt.

A tüdőcsúcsok gyakori megbetegedése már maga is az inhalatiós fertőzés ellen szól, a mennyiben a levegő útja a tüdőcsúcsokig mintegy oly hajlott csőhöz hasonlítható, a melyen Pasteur tapasztalata szerint nem tudnak a bakteriumok áthaladni. Annak okát, hogy a gümőkór előszeretettel fejlődik a tüdőcsúcsokban, előadó szintén a tüdőcsúcsok csekélyebb légzésében keresi, a minek megfelelőleg a vér- és nyirokkeringés lassúdott. Az e miatt fennálló csökkent bakteriumölőképesség, s a bakteriumoknak könnyebb letelepedése csak növelik a dispositiót Kisérletileg igazolja azt, hogy a hasadó gombák, különösen a genyesztők áramló folyadékban jobban tenyésznek, míg a gümőbacillusok csak teljes nyugalomban szaporodnak. Circulator nevű készülékével, a melyben folyékony táptalajt hónapokig képes áramlásban tartani, demonstrálja az előadottakat.

Ezek alapján ajánlja különösen gümőkórosok jelenlétében az orron át való légvételt; a száj gondos ápolásával különösen gyermekeknél csökkenthető a fertőzés veszélye. Előrehajlott vagy támasz-

tott helyzetben végzett légzési gymnastikával pedig fokozhatjuk a tüdőcsúcsok vérkeringését s ezzel csökkenthetjük a kóros dispositiót. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 16. szám.)

Ország Oszkár.

Belgyógyászat.

A végbélen át tápláláskor, a mint ismeretes, a zsírok nem használhatók, a szénhydrátok és sók jól felszívódnak, a fehérjékre nézve pedig még eltérők a vélemények. *Zehmisch* szerint a Boas-féle tápláló-klysmából, a mely 200 cm^3 tejet, 2 tojást, egy evőkanálnyi czukrot, egy késhegynyi sót és öt csepp opium-tinctura tartalmaz, 15% fehérje szívódik fel. Mering tanár klinikáján *Bial* kisérleteket végzett, vajjon nem lehetne e nativ fehérje helyett peptont használni, a mennyiben ebből talán több szívódnék fel. Csakugyan azt találta, hogy a klysma alakjában adott peptonból 50%, a pepton-alkohol-klysmából pedig 60% használódik fel. Ennek megfelelően Mering tanár klinikáján a következő összetételü tápláló-klysmákat használják: Rp. Peptoni sicci, Sacchari lactis, Alcohol absol. āā 25·0; Tinct. opii simpl. guttas X; Aquae ad 250·0. (Archiv für Verdauungskrankheiten, 9. kötet.)

Az elsődleges mikrogastriáról irt rövid czikket *Bendersky*. Mindenekelőtt arról szól, hogy a gyomor kicsinységére eddig alig fektettek súlyt; úgy a boncztani, mint a belgyógyászati tan- és kézikönyvek mindig csak a gyomor normális nagyságáról vagy megnagyobbodott voltáról emlékeznek meg; a kicsiny gyomorról ellenben legfeljebb mint másodlagos állapotról (pl. inanitio, bárzsingstrictura esetében) irnak futólag. Szerző szerint az elsődleges mikrogastria úgyszólván kizárólag nőkben található és jelenléte a gyomor alsó határának auscultatiós percussio segélyével kimutatható magas állása révén több-kevesebb valószinüséggel objective is megállapítható. A többi tünet közül felemlítendő a már normális mennyiségü étel felvétele után beálló szívgödri nyomás, böfögés, *makacs csuklás*, hányás. A therapia nagyon egyszerü: a betegeknek csak kevés ételt és italt szabad egyszerre magukhoz venniök; ezenkivül a rendszeres gyomoröblítések is jó hatásúak szoktak lenni. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 26. szám.)

Sebészet.

A rák radiotherapiá-járól értekeznek *Köhler* és *Herxheimer*. Egy exulcerált emlőrák-esetben Röntgen-kezelést végeztek, a fekély élénk epidermisatiós tendentiát mutatott, behámosodott. Ezen esetet, sectiora kerülvén, mikroskopice vizsgálat tárgyává tették, kiderítendő, hogy *minő hatást gyakorolnak a Röntgen sugarak a ráksejtekre?* A felületen sokhelyt nem volt már ráksejtfészek, hanem csak a nekrosis maradványa volt látható, sok átmenettel a ráksejttől annak mindenféle elfajulásos formájáig. A degenerationál a protoplasma sajátos vacuolaképződése lép előtérbe, a vacuolákban a protoplasma maradványaként megalvadt és hyalin concentrikus szemcsék láthatók; lehetséges, hogy a hyalinszemcsék közt vörösvérsejtek maradványai is szerepelnek. A felhámréteg alatti kötőszövetrétegben még vannak egyes ráksejtfészkek, melyekben a hámsejtek elpusztultak, de egyébként már ép hámsejtek láthatók. A degenerált fészkek körül gömb- s orsósejtek nagy tömege, az edények körül kisfokú gömbsejtes beszürődés s egyes polynuklearis leukocyták, az edények falán az endothel duzzadása látható. *Exner* és *Mayou* szerint a kötőszövet gyuladása, burjánzása teszi tönkre a ráksejteket, miként azt *Grouven* a lupus Röntgen-kezelésénél a specifikus sejtekre nézve észlelte. *Apolant* egérrákok radiotherapiája után észlelte, hogy a leukocytabevándorlás és a fibroblastképződés mellett a ráksejtek elsődleges laesioja okozza a javulást. S általában elfogadják, hogy a hámsejtek elfajulása az elsődleges, ezt követi a regenerativ kötőszövetburjánzás *Weigert* szerint oly módon, hogy ennek bioplastikus energiája a káros agens behatására kinetikus energiává alakul át. A Röntgen-kezelés értékére nézve szerzőknek az a véleményük, hogy csak lapos, felületes, vagy kifekélyesedett ráknál, mirigybeszürődés nélkül, alkalmazhatjuk eredménynyel, sőt kankroid és ulcus rodens eseteiben idealis eredménynyel. (Fortschritte auf d. Gebiete der Röntgen-Strahlen, 1905. ápr. 30.)

Steiner Pál dr.

Idegen testekből egész kis múzeumot talált a processus vermiformisban *Rebentisch*. Egy cruralis herniában lejátszódó appendicitisről volt szó s a féregnyújtvány kiirtása után benne eves genyben úszva a következők találtattak: 2 szőlőmag, 2 egyéb növényi mag, 6 emaildarabka, 3 csontszilánk, egy fadarabka, néhány kis kavics s e mellett 96 darab epekőtörmelékből álló gombostüszúrás egész féllencse nagyságú apró kövecske. A nőnek 5 év előtt epekőrohamai voltak. A 74 éves nő a mütét után simán gyógyult. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 16 sz.)

Pólya.

1000 appendicitis-műtétről referál *Kümmell*. 695 esetben a rohammentes időszakban végezte a mütétet 4 halálesettel (1/20%) egy beteg peritonitisben, 1 pneumoniában, 2 tüdőembóliában halt meg; 49-szer a heveny szakban, az első 48 órán belül operált 3 halálesettel (6% mortalitás, 2 peritonitis, 1 pneumonia). 178 eltokolt tályoggal kezelése alá került esetből 18 halt meg (10%); míg a diffus peritonitissel megoperált 82 esetre 73 halálozás (89%) esik. Az intervallumban operált esetek közül 36 salpingitissel volt complicálva, ezek mind meggyógyultak. Epekőoperatioval kapcsolatosan 5-ször irtotta ki a féregnyújtványt: 1 halálozás szivelzsírosodás következtében. Tapasztalatai alapján a beavatkozás időpontjára nézve legczélszerübbnek tartja, hogy 1. minden kifejezett appendicitist a roham alatt, mentől előbb annál jobb, meg kell operálni; 2. ha a beteget csak 48 órával a roham kitörése után kapjuk kezelés alá, exspectative járjunk el, hacsak a beteg állapotának súlyossága azonnali mütétet nem indikál; 3. tályogot rögtön meg kell nyitni; a a féregnyújtványt elvből nem távolítja el a tályognyitással egyidejüleg, de a seb begyógyulása után mindig végrehajtja a gyökeres mütétet; 4. kiállott appendicitis után lehetőleg hat hetet várva mindig kiirtja a féregnyújtványt. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905. 16—17.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az isopral percutan alkalmazásával kisérletezett *Foerster* a bonni psychiatriai klinikán. Legalkalmasabbnak a következő keveréket találta: Rp. Olei ricini, Alcohol absol. āā 10·0; Isoprali 30·0. Ebből a megfelelő mennyiséget a felkar — sovány egyéneknél a czomb — bőrébe bedörzsölte, még pedig erősebb elpárolgás megelőzése végett nem hosszasan; a bedörzsölt felületet azután guttaperchával fedte és ezt pólyával rögzítette. A kötést körülbelül 1—1½ óra mulva távolította el. A bedörzsölést sem helyi, sem általános kellemetlen tünetek nem követték. Az esetek ⅓-ában egészen positiv hypnotikus hatás volt az eredmény, ha legalább 2½ gramm isopral használtatott fel a bedörzsöléshez. Valami nagy gyakorlati jelentősége ezen eljárásnak ez idő szerint még nincs; elméletileg azonban nem érdektelenek ezen vizsgálatok, mert határozottan mutatják, hogy altató szerek percutan alkalmazás esetén is kifejthetik hypnotikus illetve sedativ hatásukat. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 20. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. julius 14.

\+ **Kinevezés**. Győrmegye főispánja *Vámosi Mór* dr. györgyszentmártoni körorvost a pusztai járás orvosává nevezte ki. — Maros-Tordamegye főispánja *Borbáth Jenő* dr. marosvécsi körorvost tiszteletbeli járásorvossá nevezte ki.

× **Választás** A geszti körorvosi állásra *Schiller József* dr.-t, a ragályi körorvosi állásra *Huszár Antal* dr.-t, a harkácsi körorvosi állásra pedig *Weisz Emil* dr.-t választották meg.

× **A magántanári intézmény reformja**. Az osztrák képviselőházban Hartel minister nyilatkozott az orvoskari magántanárok ügyében. A bécsi egyetem orvosi fakultása ugyanis a magántanárok és czimzetes rendkivüli tanárok túlságos megszaporodása ellenében azt a javaslatot tette, hogy ezentúl a habilitáláshoz s a rendkivüli tanári czim adományozásához *kétharmad többség* legyen szükséges. A fakultásban különben sokan a numerus clausus behozatalát is indokoltnak tartanák. Mások elegendőnek tartanák a jelenlegi szabályzat szigorú betartását s különösen a tudományos munkásság alapos mérlegelését.

Az egyetemi docensek egyesülete különben pályadijat tüzött ki oly munka jutalmazására, mely az egyetemi magántanárok helyzetét tárgyalja. Nálunk már az 1896. évi II. országos iskolaügyi congressus foglalkozott a magántanári intézménynyel. Bizonyos reformok kétségtelenül szükségesek, a kérdés megoldása azonban nehéz, mert a feladat abban áll, hogy az intézmény kinövései, korcshajtásai eltávolíttassanak s maga a törzs erősíttessék, mert ma is igaza van Victor Cousinnek:

„Les doctores legentes (privat docentes) sont la pépinière, la force et la vie de l'université", de csak a valódiak!

< **A bécsi szent Anna-gyermekkórház államosítása.** Hosszas tárgyalások után a bécsi szt. Anna-gyermekkórház curatoriuma a helytartósággal megegyezett abban, hogy a bécsi „Allgemeines Krankenhaus" telkén, ott hol az új klinikák épülnek, az egyesület alapítványkép új gyermekkórházat, illetve gyermekklinikát emel. A fenntartást átveszi az állam, illetve a kórházi alap.

× **Althoff az orvosképzésről.** A porosz közoktatásügyi minisiterium nagy tekintélyű direktora: Althoff az orvosi ismétlő tanfolyamok évi közgyülésén Berlinben érdekes nyilatkozatokat tett az orvosképzésről. A ministerium a gyakorlati orvostan akademiáival szemben várakozó álláspontra óhajt helyezkedni. Kölnön kivül a legközelebbi időben a düsseldorfit fogják megnyitni, újabbak alapitása egyelőre nincs tervben. Különben is a kezdeményezés az érdekelt városok dolga. A kórházi gyakorlati évet épen úgy lehet a feljogositott kórházakban, mint a klinikákon vagy az orvosi akademián eltölteni. Kivánatosnak tartja, hogy az orvosok maguk foglalkozzanak a specialista orvosok kérdésével Poroszországban 2779 orvos nevezi magát specialistának, a nélkül, hogy mindnek elegendő jogczime volna erre képzettsége alapján. Az akademiák alkalmat nyujtanak ugyan ilyen specialis képzésre, de külön diplomák adása nem volt tervben. Az akademiák főszerepe az orvosok továbbképzésében van.

= **Ismétlő tanfolyamok orvosok számára Poroszországban.** Az orvosi ismétlő tanfolyamok poroszországi központi bizottsága junius hó 17.-én tartotta a közoktatásügyi ministerium palotájában Berlinben évi nagygyülését. A főtitkár (Kuttner tanár) által előterjesztett jelentés mindenekelőtt a külföldi hasonló mozgalmakról emlékezik meg s az amerikai intézmény után kimeritően ismertette a magyar szünidei orvosi cursust. Ezután a német tanfolyamokról számol be. Jelenleg Poroszországban 26, Badenben 2, Bajorországban 3, Szászországban 2, Württembergben 2, a többi német államban 4, összesen 38 díjtalan ismétlő orvosi tanfolyam létezik. Ezeken kivül 10 helyen díjazott cursusokat tartanak, tehát a Németbirodalomban 48 intézmény áll a jó ügy szolgálatában.

= **A budapesti egyetem szemészeti tanszékének** dolgában úgy határozott az orvoskari tanártestület, hogy pályázat mellőzésével meghivás útján kivánja a tanszéket betölteni s meghivandónak *Grósz Emil* dr. nyilvános rendkivüli tanárt ajánlja. Az ily értelemben készült felterjesztést az egyetem tanácsa is már jóváhagyólag tudomásul vette.

△ **A tengervíz mint a tuberculosis gyógyszere.** A párisi Académie de Médecine junius 6.-i ülésén René Quinton előadást tartott a tengervizzel való bőralatti injectiók kedvező hatásáról a tuberculosis gyógyitásában. Eljárása abban áll, hogy először felhigitja a tengeri vizet a physiologikus (7‰) konyhasó-oldat töménységére, azután sterilizálja megfagyasztás által s e folyadékból azután 3—4 napi időközökben 50—300 cm^3-t fecskendez a bőr alá. Módszerét 18 betegen próbálta ki, még pedig igen jó eredménynyel, a mennyiben 3 már igen előhaladott eset leszámitásával valamennyin javulás volt észlelhető, úgy a közérzésben, mint a helyi tünetekben s a köpetben kimutatható bacillusok számában.

+ **A kolozsvári egyetem sebészeti tanszékére** a kolozsvári tanártestület első helyen *Makara Lajos* dr.-t, második helyen *Haberern J. Pál* dr.-t, budapesti egyetemi magántanárokat, harmadik helyen pedig *Hevesi Imre* dr. kolozsvári egyetemi magántanárt terjesztette fel.

ⓘ **A veszettség kezelése rádiummal.** Tizzoni dr., a bolognai egyetem tanára a Gazzette degli Ospedali e delle Cliniche junius 20.-iki száma szerint nemrég a bolognai akademia elé terjesztette kisérleti vizsgálatainak eredményét a rádium-kezelésről a veszettségnél. A veszettség virusával egyformán beoltott házinyulak közül a nem kezeltek elpusztultak, azok ellenben, a melyeket néhány napra a rádium hatásának tett ki, életben maradtak. Tizzoni folytatja kisérleteit.

— **Gyógyult kórházi betegeket felruházó társaság.** Párisban „Le Vestiaire des Hôpitaux" czimen jótékony egyesület alakult, melynek az a czélja, hogy ruhákkal lássa el a kórházakból gyógyultan távozó betegeket. Az egyesületnek, melynek vezetősége hölgyekből, még pedig leginkább egyetemi orvostanárok és orvosok feleségeiből áll, máris 4000 tagja van; eddig 12,000 öltözéket és 18,000 frank alaptőkét gyüjtöttek össze.

← **Kisebb külföldi hirek.** *H. Braun* leipzigi magántanárt rendkivüli tanárrá nevezték ki. — *Wendel* dr.-t a marburgi sebklinika főorvosává és czimzetes tanárrá nevezték ki. — *F. Neufeld* dr., a berlini „Institut für Infectionskrankheiten" tagja a tanári czimet kapta. — A tübingeni egyetemen rendes tanszéket szerveztek a közegészségtan számára és új szemklinikát épitenek 685,000 márka költséggel.

□ **A budapesti poliklinikán** junius havában 3507 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 9233 volt.

⊥ **A budapesti egyetemi I. számú női klinikával** kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét junius hó folyamán 61 esetben vették igénybe; a műtétek száma 38 volt.

○ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** junius hóban 697 esetben nyujtott első segélyt; a szállitások száma 504, a mozgó őrségeké 85 volt, vaklárma esetén pedig 35-ször vonult ki. A junius havi működési főösszeg tehát 1321-et tesz ki.

+ **Hazai fürdők látogatottsága.** *Tátra-Széplak* (VII. 1.) 457; *Iglófüred* (VII. 6.) 260; *budai Erzsébet-sósfürdő* (VII. 4.) 720; *Daruvár* (VI. 30.) 490; *Előpatak* (VII. 6.) 350; *Tátrafüred* (VII. 11.) 1321; *Új-Tátrafüred* (VII. 10.) 593;

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 25. hetében (1905. julius 2.-tól julius 8.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 425 gyermek, elhalt 351 egyén, a születések tehát 101-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26·4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21·7, az egy éven felüli lakosságnál: 20·1, az öt éven felüli lakosságnál: 6·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 6, apoplexia cerebri 4, convulsiones 4, paralysis progress. 0, tabes dorsalis 3, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordi. 7, morbi myocardii 0, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 4, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 3, pneumonia 6, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 44, emphysema pulm. 1, pleuritis 1, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 33, 2 éven felüli 3, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 8, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 1, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 1, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 0, dipht. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaema, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 2, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3373 beteg, szaporodás 871, csökkenés 885, maradt e hét végén 3296 beteg. *b*) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 144 (167), vörheny 29 (40), álh. gége- és roncsoló toroklob 17 (13), hökhurut 24 (15), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 3 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 19 (19), vérhas 1 (1), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 6 (1), trachoma 2 (0) lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

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

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút összeköttetés. 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.**

Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások massage, vízgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Budán.**

Elektromágneses intézet (**Müller Konrád J. rendszere**) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató ülés 1905. május 10.-én). 521. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (III. szakülés 1905. évi márczius hó 31.-én). 221. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (III. ülés 1905. márczius 23.-án.) 522. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 522. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató ülés 1905. május 10.-én).

Elnök: **Schwarz Arthur.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

A pericardiális obliteratiókról.

Hochhalt Károly: A *Pick*-féle pseudocirrhosis, a polyserositis és a *Curschmann*-féle czukoröntéses máj kórképe a különbözeti kórisme tekintetében még mindig vitás kérdéseket provokál, a mi teljesen jogosulttá teszi, hogy a keretet érintő minden egyes esetet beható tárgyalás alá vegyünk.

F. év február 20.-án egy kispesti születésű, 17 éves vasesztergályos vétette fel magát előadó osztályára azzal a panaszszal, hogy két hét óta szivdobogása, nehéz légzése, láza van. Már nehány nap mulva a szivtompulat teljesen csonka kúp alakját vette fel, melynek csúcsa az I. bordát, ferdén lefutó szárai pedig a bal elülső hónalji, illetve a jobb bimbóvonalat érintik. A szivtompulat területén tisztán kivehető háromosztatú pericardiális zörej (mozdonyzörej) hallható, a szívcsúcs gyengén érezhető s a bal tompulati határvonalon belül 2 cm.-re fekszik. Endocardialis zörejek nem hallhatók. Hőmérsék 37·8°—38·7° között, légzés felületes, gyorsított, pulsus digitalis adagolása után 84. Három hét mulva a pericardiális zörejek, a melyek egész idő alatt kisebb-nagyobb intensitással fennállottak, elenyésztek, a szivtompulat megközelíti a rendes nagyságot, a szívhangok valamennyi szájadék fölött tiszták, zörejnélküliek, a beteg láztalan, csak a szivműködés gyengül fokozatosan, a radialis-lökés egyenetlen, kihagyó; a májtompulat fokozatosan nőtt, úgy hogy ma már három harántujj hijján a köldök vonalát érinti, feszült, egyenletes, sima felületű, a has kerülete lassanként tágul, s jelenleg a lejtős részeken a helyzetváltoztatással változó tompulat és hullámzás mutatható ki.

Kétségtelen, hogy egyrészt a fejlődő hasviz és muskátmáj, másrészt a lezajlott szivburoklob között okozatos viszony létezik, hogy a szívburok lemezei között történt összenövések a szív munkáját nehezítve, hovatovább teljes incompensatiót, talán már degeneratiós folyamatot eredményezett, vagyis röviden *Pick*-féle cardiális eredetű pseudocirrhosis van jelen. Tanulságos, hogy ebben az esetben, daczára a pericardiális concretiók minden kétséget kizáró jelenlétének, az arra utaló, ismeretes physikális tünemények majdnem valamennyije hiányzik, értve a systolés behúzódást, a pulsus paradoxust, a nyaki venák collapsusát kilégzéskor, a legalsó bordák, diastolés előugrását stb.

Hogy különben a nevezett concretiók fennállhatnak a nélkül, hogy azokat a physikális jelek révén kórismézhetnők, azt minden tankönyvben felemlítve találjuk. Előadó is meggyőződött erről két hónappal ezelőtt az osztályán feküdt egy pneumoniás betegen. A fiatal, életerős férfi a croupos tüdőlob harmadik napján jött be apró, alig tapintható érlökéssel, rendetlen, gyenge szivműködéssel, a melyet semmiféle excitáló eljárással emelni, szabályozni nem lehetett. A beteg a pneumonia hatodik napján szivcollapsus jelenségei között halt el, s a bonczolat ennek magyarázatául kiterjedt pericardiális obliteratiót derített ki, pedig az élőben erre figyelmeztető physikális tünetek teljesen hiányoztak.

Előadó végül utal azokra a merész beavatkozásokra, a melyeket a modern sebészet ilyen pericardiális adhaesiók esetében javaslatba hoz. *Brauer* két év előtt két esetről számolt be, melyekben több borda resectioja és részleges mellcsont-csonkolás útján sikerült az adhaesiók legnagyobb részét felszabaditani, s a beteget türhetőbb viszonyok közé juttatni, a mennyiben a szívműködés s vele a keringési viszonyok javultak. Előadó nem hiszi, hogy jelen esetben a cardiolysis műtétének valami értelme volna. Javalata csak ott állhat fenn, hol a szivburok fali lemeze és a pleura costalis, mediastinalis vagy diaphragmatica közötti összenövések physikális jelek útján kimutathatók. Ellenben ott, hol — miként a jelen esetben is feltehető — a főbb akadályt nem a pleurális concretio, hanem magának a pericardium két lemezének egymásközti összetapadása képezi, a sebészeti beavatkozások lehetősége kizártnak tekinthető.

A mesterséges szénsavas fürdők befolyása anaemiás betegekre.

Körmöczi Emil és **Jassniger Károly**: Szerzők a szent Istvánkórházban *Hochhalt* főorvos osztályán felállitott mesterséges szénsavas fürdő befolyását tanulmányozták. A fürdő az ismert *Wagner*-féle minta után készült és azonfelül a kád fenekén chamotte-filter van elhelyezve, melyen keresztül folyton préselhető a fürdőbe szénsav. A keverőből a kádba folyó szénsav *Matolcsi* dr. elemzése szerint literenként 3700 cm³ szénsavat tartalmaz. Szerzők két irányban tanulmányozták a kérdést. Előbb azt vizsgálták, hogy egy-egy fürdő megváltoztatja-e a peripheriás vér összetételét vagy szövettani képét? Azután azt vizsgálták, hogy az anaemiára van-e ezen fürdőknek direkt gyógyító befolyásuk? Az első kérdés tanulmányozása előtt, mivel 28 C.°-os fürdőket használtak, előbb az ilyen hőfokú fürdők befolyását vizsgálták és arra a conclusiora jutak, hogy a 28 C. fokú szénsavmentes fürdő nem változtatja meg a peripheriás vér összetételét, illetve oly kis eltéréseket találtak, melyek a rendes hibaforrásokon belül feküsznek. Csak kivételesen találták érzékeny egyéneknél, kiken a fürdőben erős borzongás mutatkozott, hogy a vörös vérsejtek száma megszaporodott, a fajsúly és a haemoglobintartalom emelkedett, továbbá majdnem mindig találtak mérsékelt közönséges leukocytosist.

A szénsavas 28 C. fokú fürdők hatása a vér összetételére ellenben abban áll, hogy a vér fajsúlya alászáll, a haemoglobin-mennyiség és a vérsejtek száma csökken. Leukocytosist ezen fürdők után is észleltek. Mindezen elváltozások rövid ideig tartottak és 24 óra mulva teljesen eltüntek. A fürdő ezen hatása anaemiásoknál csak igen mérsékelten, úgyszólván az eszközök hibaforrásain belül jelentkezett, de elég jól kivehető volt a csekélyebb fokú anaemiában szenvedő neurastheniásoknál. A vér szövettani képe a fürdők után sohasem változott meg és sohasem láttak olyasvalamit, a mi a vér fokozott regeneratiojára utalt volna.

A fürdők therapeutikai értékéről szerzők azt állitják, hogy csak olyasféle erejük van az anaemiások kezelésénél, mint más fürdő-gyógymódoknak. T. i. okosan használva a betegeket erősitik és az anyagforgalmat emelik. Csak a neurastheniás anaemiásoknál van nagyobb hatásuk.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(III. szakülés 1905. évi márczius hó 31.-én.)

(Vége.)

4. **Kanitz Henrik** bemutatásai:

a) **Tuberculosis verrucosa cutis, lichen scrophulosorum** és **folliculis** (*tuberculide papulonecrotique*) esetét mutatja be. A betegnél (Sz. V., 21 éves, napszámos), kit f. év márczius 6.-án vettek fel a kolozsvári egyetemi bőrklinikára, a bőrelváltozások két év óta állanak fenn. Mindkét kéz- és lábhát, valamint a térdek és az alkarok alsó harmadának bőrén a tuberculosis verrucosa cutis jellegzetes góczai láthatók; a törzs bőrén lichen scrophulosorum van jelen, de csak gyengén kifejlődött alakban, a mennyiben a folliculáris göbcsék sem nagyobb csoportokba nem állanak össze, sem gyűrűket, serpiginosus vonalakat vagy nagyobb kiterjedésü plaque-okat nem képeznek, hanem különálló gombostűfejnyi, sárgás-barna, itt-ott pikkelylemezkével borított kúpalakú papulák alakjában foglalják el a folliculusok kivezető nyilásait. E két kóralakon kivül a végtagok, különösen a karok feszítő oldalának bőrén más elváltozások is láthatók. Kölesnyi egész lencsényi, barnásvörös szinü, tömött tapintatú papulák ezek, melyek a bőr felületesebb rétegeiben ülő beszürődésből állanak.

Ezen elváltozások némelyikének közepén gombostűfejnyi genyes bennékü hólyagocska látható, a legtöbb papula közepét azonban piszkos-szürke, igen erősen tapadó pikkelylemez borítja. A papulák helyenként kisebb csoportokba állnak össze vagy confluálnak. Az elváltozásokat a klinikai tünetek alapján a tuberculidekhez kell sororolni, még pedig azoknak azon alakjához, mely acnitis, folliculis, vagy dermatitis nodularis necrotica név alatt ismeretes. E bántalom pathogenesisére vonatkozólag bemutató Philippson és Török nézetéhez csatlakozik, kik az acnitis papuláit fellépésük módja és a szövettani kép alapján haematogen eredetünek tartják. A bántalom gümős természete ma már alig szenved kétséget, a bemutatott esetben e mellett nemcsak az szól, hogy az acnitis két nyilvánvalóan gümőkóros bőrelváltozás kiséretében fordul elő, hanem az is, hogy a tuberculidek sok helyütt összefolyva, egészen a tuberculosis verrucosának megfelelő góczokat alkotnak. A tuberculosis verrucosa jellegzetes plaque-jai körül szétszórtan látható acnitis-göbcsék valószinüvé teszik, hogy azok az utóbbiaknak összefolyásából származtak. Épen a kórformáknak ezen egymásba való átmenetele bizonyitaná azoknak közös eredetét. A beteg kötőhártyáin fennálló elváltozás a lupus conjunctivae gyanuját keltette fel, de a szövettani kép trachoma mellett szól. Szervezeti tuberculosist a betegben nem találtunk, a csont- és mirigyrendszer ép, még az anamnesisben sincsenek terhelő adatok.

b. **Kerion Celsi**-ben (trichophytiasis profunda capillitii) szenvedő beteget mutat be. A 14 éves fiúnak hajzatos fejbőrén három hó óta vannak elváltozások. Ezek több, számszerint hat, koronányi, egészen gyermektenyérnyi, éles, meredek szélekkel plateau-szerüen a bőr szine fölé emelkedő, korongalakú góczot képeznek, melyeknek szivacsos szövetéből a felületüket borító varok eltávolítása után több nyilásból sürű sárgás geny ürül. Az elváltozások helyén még látható hajszálak igen lazák, könnyen kihúzhatók. A haj állományában a trichophyton-gomba telepei láthatók. A beteg Röntgen-kezelésben fog részesülni.

5. **Borbély Samu** „Második száz sérvműtét"-e eredményéről számol be.

6. **Konrád Jenő placenta-tumor** esetét mutatja be. Röviden vázolja a lepény kórboncztanának és kórszövettanának haladását, mely-

nek eredményeként jelenleg 53 jóindulatú (azaz metastasisra és malignus átalakulásra nem hajlamos) daganat ismeretes; ezen daganatok aetiologiáját és histogenesisét is röviden megvilágítva, bemutat egy ökölnyi daganatot, mely exchoriális elhelyezkedés mellett a placentából eredő és a chorion perforáló két edény által képzett kocsányon lóg, puha, lépszerű és ahhoz hasonló színű állományú, saját kötőszöveti borítékkal. A *placenta és a daganat súlya 1050 gm.* A górcsövi vizsgálat eredménye: *angiofibroma*, illetve ha Dienstnek a histogenesisre vonatkozó felfogását, mely néhány apró tumornak sorozatos metszetek útján való tanulmányozásán alapul, elfogadjuk, *chorioangioma*.

Előadó is ezen nézetet vallja, mert bár a daganatban chorionszerkezetnek nyoma sincsen, a szövettani képnek az összes eddigiekkel analog volta, továbbá azon körülmény miatt, hogy a chorion-angioma edényeiben a placentára jellegzetes syncytiális vándorsejteket nagy számban látta, a daganatot egy placenta succenturiata magvának tartja, melynél valamelyes inger folytán a chorion stromája angiomás burjánzásnak indult.

A burjánzás okául Solowij-jal együtt a luest tartja legvalószinűbbnek; e mellett bizonyítanak az észlelések (39 szülés között 13 halva született, 26 élve született között 15 koraszülött, aránylag sok macerált magzat) és a lepény makro- és mikroskopi vizsgálata is.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. ülés 1905. márczius 23.-án.)

Elnök: **Haberern J. Pál.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

Perforativ appendicitis folyamán spontan amputált és gyógyult féregnyújtvány.

Dollinger Gyula: A fiatal férfiút a harmadik appendicitis-roham után küldte orvosa a klinikára, hogy féregnyújtványa eltávolittassék. A hasüreg megnyitása után kitünt, hogy a féregnyújtvány körül adhesiók nincsenek, a féregnyújtvány közvetlenül az alapjánál ketté van válva, a csonkok vékony heg által el vannak zárva, a levált féregnyújtvány pedig az egészséges mesenteriolumján függ, lumenjében folyadékot lehetett érezni. D. a mesenteriolumot lekötötte és a féregnyújtványt eltávolította. A megejtett bakteriologiai vizsgálat kimutatta, hogy a féregnyújtványban levő nyákban sok bakterium coli van, a mely esetleg daczára annak, hogy a féregnyújtvány a bél lumenével nem közlekedett, újabb rohamhoz vezethetett volna.

Fogmedernyúlvány és a kemény szájpad ideiglenes levésésével és lehajlításával eltávolított koponyaalapi angioma cavernosum.

Dollinger Gyula: A 16 esztendős férfiú orra már régebben nem szelelt egészen jól, de mintegy másfél esztendő óta e tünetek súlyosbodtak és az utólsó fél esztendő óta orrán át lélegzeni nem tudott. Orvosa daganatot vett észre az orrában. Később igen erős üteres vérzés indult meg, a melylyel a beteg a klinikára vétette fel magát. Itt egy daganatot találtak nála, a mely a koponyalapról kiindulva az orr mindkét felét kitöltötte és a szomszéd öblöket összenyomta. D. nagyon véredénydús sarcomának tartotta a daganatot. Kiirtása czéljából lekötötte mindkét oldalt a carotis externát, magas tracheotomiát végzett és annak kanülјén át elaltatta a beteget, azután a felső ajkat jól felhúzva, a fogmedernyúlvány felső szélénél körüskörül átvéste a felső álkapcsát, úgy hogy az csupán hátul a lágyrészeknél fogva maradt összefüggésben és a kemény szájpadlást a fogmedernyúlványnyal együtt leválasztva és erősen lehúzva, jó betekintést szerzett alulról az egész orrüregbe és a koponya alapjára. Most hozzáfogott a daganat kiirtásához, a mi a két carotis externa lekötése daczára szerfelett nagy vérzéssel járt, a mit az alkalmazott adrenalintamponok is csak kevéssé befolyásoltak.

A daganat széles alappal ült a koponyaalapon és onnan nőtt le az orrüregbe és annak melléköbleibe. Szövete corpus cavernosum szövetéhez hasonlított. A vérzést tamponálással állították el és azért egynehány napon a kötözés a leválasztott kemény szájpadlás lehajlításával történt. Azóta három hét telt el, a beteg jelenleg meggyógyult, a leválasztott fogmedernyúlvány és kemény szájpadlás visszanőtt a helyére, azon semminemű táplálkozási zavar nem mutatkozik, a fogak szilárdan állanak, a foghús rózsaszínű, a beteg jól rág, az arczon semmi elváltozás.

A gyermekkorbeli húgyhólyagkövek műtéti módjainak indicatiói.

Winternitz M. Arnold: A hólyagkőműtétek fejlődésének rövid történeti áttekintése után rámutat azon okokra, melyek az asepsis előtti időkben a perinealis műtéti módok fölényét biztositották. Az asepsis előtti időkben eredményeik tekintetében a perinealis műtétek minden más műtéti mód felett állottak és pedig egyszerűen azon okból, mert a hólyagot előnyös módon drainezték. A mióta azonban a hólyagot akár állandó catheterrel, akár a Dittel-Guyon-féle suprapubicus drainezéssel jól tudjuk kiüriteni, a perinealis műtétek ezen egyetlen előnyüket is elvesztették. Előadó absolut ellenese a perinealis kőműtéteknek és pedig főleg azért, mert ezen műtét nyomában gyógyithatatlan *incontinentia urinae* szokott fellépni. A mióta a Stefánia-gyermekkórház sebészi anyagát feldolgozza, 6 gyermeket látott, kik más sebészek által végzett gátmetszések után gyógyithatatlan vizeletcsurgásban szenvedtek. A húgycső prostatikus részében ez esetekben heges, könnyen vérző egyenetlenség volt észlelhető, mely az előrement gátmetszés műtéti hegének felel meg. Ezen a húgycsőre és hólyagnyakra terjedő hegesedés okà az incontinentiának. Ezen kivül azonban a duct. ejaculatorii benyilási helyeinek heges elhúzódása vagy elzáródása folytán maradandó aspermia is léphet fel; az ily szerencsétlen esetek a gátmetszések irodalmában eléggé ismertek. Ezen nem várt és gyógyithatatlan complicatiók miatt a gátmetszéseket különösen gyermekeknél teljesen elvetendőknek tartja. Az asepsis és a litholapaxia mai állása mellett a gyermekkor húgyköveinél csakis a *„magas hólyagmetszés“* vagy a *„litholapaxia“* jöhet szóba. 18 esetben végezett 3—8 év között gyermekeken kőmorzsolást és az eljárással nagyon meg van elégedve. A beavatkozás enyhe, az eljárás egyszerű. Betegeinek átlagos ápolási tartama 9 nap volt. A kőmorzsolás indicatiójának alsó határát a 3. életévre teszi, mert ezen koron alul a fiúgyermekek húgycsöve a lithotriptort még nem fogadja be. Álláspontja az, hogy ha a húgycső 00 kőzúzót és egy legalább 16 Char. számú evacuáló kathetert befogad és hólyaghurut nincs jelen, úgy kőzúzást végez és a törmelékeket a Bigelow-féle aspiratorral eltávolitja. Ha a húgycső a 00 kőzúzót és a 16 Char. evacuatort be nem fogadja, vagy ha erősebb cystitis van jelen, úgy felső hólyagmetszést végez. Felső hólyagmetszés esetében, ha a vizelet tiszta volt, catguttal teljesen egyesiti a hólyagsebet, a praevesicalis térbe draint helyezve egyesiti a rectusokat és a bőrt. Urethralis állandó kathetert nem alkalmaz, mert azt a gyermekek érzékeny húgycsöve nem tűri, azok a műtét perczétől per urethram spontán vizelnek. Ha erősebb cystitis volt jelen, úgy a fertőzött vizelet levezetéséről és a hólyag kiméletes kezeléséről kell gondoskodni. Ezt úgy éri el legegyszerűbben, hogy a megkisebbített hólyagseb alsó zúgába 20—22-es Nélaton-kathetert köt be hermetikusan, a kathetert draincsővel köti össze, mely a vizeletet szivornya módjára vezeti le az ágy mellett mélyebben elhelyezett gyüjtő edénybe. A hólyag kezelése ezen katheteren át történik. Állandó kathetert itt sem helyez a húgycsőbe. Ezen berendezés igen jól functionál és a hólyag kiméletes kezelését engedi meg.

Dollinger. Azon elvek, a melyeket előadásában Winternitz hangoztatott, a modern sebészet álláspontját jelzik. A vezetése alatt álló klinikán ugyanezen elvek szerint járnak el. A régi sebkezelés mellett számos hátránya daczára a gátmetszés volt az a műtét, a melylyel a legtöbb húgykőben szenvedő beteget sikerült életben tartani. Ma azonban a viszony megváltozott a magas hólyagmetszés javára, úgy hogy a gátmetszést említett hátrányaiért méltán mindenfelé elhagyták. Azonban bármilyen jó is a magas hólyagmetszéssel elért eredmény és bármennyire veszélytelen is ez a műtét, mégis magasan felette áll a kőzúzás, s azért, hacsak valami különös ellenjavalat nem forog fenn, kicsiny gyermekeknél is első sorban a kőzúzás van javalva. Bemutat egy még vékonyabb lithotriptort.

Winternitz. Arról nem volt tudomása, hogy a 00-es zúzónál még vékonyabb ablakos eszköz is létezik. Hogy vékony kanalas műszerek vannak, azokat ismeri, de használatuktól óva int, mert könnyen eltömeszelődnek. A Dollinger által mutatott műszerrel az általa kijelölt indicatiós határ, tehát a 3. életév alatt is lehetne kőmorzsolást végezni, de ennek hátránya az lenne, hogy az ily eseteket bajos volna cystoskopice ellenőrizni, mert a legvékonyabb cystoskop is 16 Char. caliberű.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A mellékvesekivonat hatása a chloroformmal megmérgezett emlősszívre. A „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ május 12.-én tartott ülésén *J. Winter* érdekes kisérletekről számolt be, a melyek egészen határozottan mutatják, hogy az eddig halálosnak tartott chloroform-adag 3—6-szorosával megállított macskaszív mellékvesekivonattal rythmusos és tartós működésbe hozható, még akkor is, ha a szívizomzatnak bizonyos merevsége következett már be. Sikerült előadónak mellékvesekivonattal olyan állatokat is felélesztení, a melyekben a tulságba vitt chloroformozás után a szivműködés már 12, sőt egy esetben 32 percze szünetelt és mesterséges légzéssel, valamint erélyes szívmassage-zsal a szív már nem volt működésbe hozható. Chloroform okozta szivcollapsus azon súlyos eseteiben, a melyekben a többi eljárás eredménytelen maradt s a halál már küszöbön van, embernél is javalt, a mesterséges légzés erélyes folytatása mellett, mellékvesekivonat oldatának (1‰) bevitele a bal szivbe, még pedig közvetlenül, Pravaz-tűvel beszúrás útján; a visszérbe fecskendezés ugyanis nem vezethet eredményre, mert a mellékvesekivonatnak a szívfalzat edényeibe kell jutnia, ide pedig megállott vérkeringés mellett a peripheriás venából a tüdőn át nem igen juthat el. Különben a finom tűvel beszúrás a szivbe úgylátszik nem valami veszedelmes beavatkozás; erre vallanak legalább azok a kisérletek, melyeket előadó kutyaszíveken tett s a melyek azt mutatták, hogy még a középvastag trocart-okkal beszúrás is csak ritkán okoz bajt. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 20. szám.)

PÁLYÁZATOK.

2056/1905. sz.

Alsófehér vármegye marosújvári járásában a **marosesúcsi** és **marosszentbenedeki körorvosi állások**, a marosesúcsi egészségügyi körben Maros-Csúcs, esetleg Magyar-Bükkös, a marosszentbenedeki egészségügyi körben Maros-Szent-Benedek székhelylyel betöltendők lévén, azokra pályázatot hirdetek.

A marosesúcsi egészségügyi kör áll 20 községből, 11,838 lakossal, a marosszentbenedeki 13 községből 13,263 lakossal. A körorvos évi javadalmazása

1700 korona évi fizetés és 300 korona úti átalányból áll, mely összeg havi előleges részletekben M.-Csúcs, illetve M.-Szt.-Benedek község, mint gyüjtőpénztár által fog kiszolgáltatni.

A körorvos egy „vény“ irásáért székhelyén, hivatalos kiszállás alkalmával a távolabbi községekben is 1 koronát, 2 kilométernél távolabbi községekben pedig nem hivatalos kiszállásokért kilométerenként 30 fillért, és nappal 2 korona, éjjel 4 korona rendelési dijat számithat fel. Műtétekért a B. M. rendeletben megállapitott dijak legkisebbikét számithatja. Szükség esetén szigorló orvosok kérvényei is tekintetbe vétetnek. Okleveles orvosok kézi gyógyszertár engedélyezését kérhetik. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények f. évi augusztus hó 15-ig hozzám nyujtandók be.

Maros-Ujvár, 1905, évi julius hó 6.-án.

Bőjthe Kálmán, főszolgabiró.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye kórházánál megüresedő egyik **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom: Ezernégyszáz korona évi fizetés és teljes ellátás. A kinevezés két évre szól.

Pályázatok okmányokkal Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám f. évi augusztus hó 1.-ig adandók be.

Szolnok, 1905. évi julius hó 7.-én.

2—1 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

3189/1905. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett **hosszúmezői körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen körhöz Szaploncza, Hosszúmező nagyközségek, Szarvaszó és Kabolapatak kisközségek tartoznak.

A körorvos javadalmazása 1160 korona és 200 korona lakbér. Ezenkivül a szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijakat szedheti. Köteles Hosszúmező községben, a székhelyen, a halottkémi és vágóbiztosi teendőket teljesiteni, a mely teendők után a megállapitott dijakat szedheti.

Az előbbi körorvos mint vasúti orvos is alkalmazva volt tehát a megválasztottnak ezen állás elnyerésére is kilátása lehet.

A választást f. évi julius hó 31. napján d. e. 8 órakor Hosszúmezőn a községházánál fogom megtartani.

Kellően felszerelt pályázati kérvények julius hó 28.-ig adandók be hozzám. A megválasztott körorvos állását azonnal elfoglalni tartozik.

M.-Sziget, 1905. évi julius hó 9.-én.

A főszolgabirói hivatal.

1986/1905. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bégai szolgabirói járás területén levő **bethlenházai körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jött, ezen körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A bethlenházai szék- és lakhelylyel rendszeresitett bethlenházai körorvosi állás, a bethlenházai, remetelunkai, szudriási és klicsovai körjegyzőségekhez tartozó 16 községből áll. A körorvos fizetése 1600 korona, úti átalánya 600 korona és a körorvosi körben a látogatási dijak a következők: orvos lakásán a rendelés 50 fillér, éjjel 1 korona; a beteg lakásán nappal 1 korona, éjjel 2 korona. Rendes körutaknál rendelés a községházán 50 fillér, a beteg lakásán 1 korona. Vidékre hivásnál a természetbeni fuvar vagy fuvarköltség megtérítésén felül nappal 1, éjjel 2 korona látogatási dijon kivül a következő távolsági pótlék számitható: 10 km. távolságig nappal 2 kor., éjjel 4 kor.; 20 km. távolságig nappal 4 kor., éjjel 7 kor.; 30 km. távolságig nappal 6 kor., éjjel 10 kor.; 40 km. távolságig nappal 8 kor., éjjel 12 kor. Műtétekért a m. kir. Belügyminister 1900. évi 95,038. sz. szabályzat IV. fokozatának a legkisebb dijtételei számithatók. (A 400 korona lakbér megállapitása iránti eljárás folyamatban van.)

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitést, életkort és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkai ellátott és kellőkép felszerelt kérvényeiket folyó évi augusztus hó 26.-ig alulirott főszolgabiróhoz annál is inkább beadják, mert a később érkezett kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

A választás napját folyó évi szeptember 1.-én d. e. 11 órára tűzöm ki a bethlenházai körjegyzői irodában.

A román nyelv ismerete kivánatos, de nem feltétlenül szükséges.

Bálincz, 1905. évi junius hó 23.-án.

3—2 *A főszolgabiró.*

3027/1905 eln. sz.

Hódmezővásárhely város közönsége által létesitett s fenntartott nyilvános jellegü s 54 ágyra berendezett ú. n. Erzsébet-szemkórháznál megüresedett **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő szemkórházi alorvosi állás 1500 k., azaz egyezerötszáz korona évi fizetéssel s egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fütés és világitás élvezetével van egybekötve.

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I.-sö t. cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségügyi állapotukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket a folyó év julius hó 25.-ik napjának délutáni 5 óráiáig a polgármesteri hivatalhoz nyujtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr Ő Méltóságához fognak felterjesztetni.

Megjegyzem, hogy ezen alorvosi állás ideiglenes jellegü s egyelőre 2 évi időtartamra töltetik be s az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számitott 8 napon belől elfoglalandó.

Hódmezővásárhely, 1905. junius hó 28.-án.

2—2 *Juhász Mihály*, kir. tanácsos, polgármester.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Vereinigte Chininfabriken ZIMMER & Co FRANKFURT A/M.

EUCHININ

Keserü izétől megfosztott chinin, ugyanannak gyógyhatásával, lázak, influenza, typhus, hörghurut, malaria és neuralgiánál.

VALIDOL

Energikus és a mellett ingernélküli Analepticum, Antihystericum, Antineurasthenicum és Stomachicum; egyúttal jó szer tengeri betegség ellen.

VALIDOL. CAMPHOR.

Kiváló excitans nehéz kimerülési állapotokban, azonkivül nélkülözhetetlen a fogászati gyakorlatban.

Minták irodalommal az orvos urak rendelkezésére állanak.

Keramin javalt vesico-papulosus eczemák, intertrigos és seborrhoeás eczemák, impetigo, akne, scabies stb. ellen; értékes segédszer lupusnál, urticariánál stb. **Viszketéscsillapító hatása feltünő, a kellemetlen szagot rögtön megszünteti.**

Orvosi vélemények róla a legfényesebbek.

Irodalmat és mintákat az orvos uraknak ingyen és bérmentve küld a főraktár:

Camillo Raupenstrauch

Wien, II., Castellezgasse 25.

Pankreon

Rhenania Aachen

Ném. bir. szab. 128419.

A gyomoremésztésnek ellentálló pankreatin.

Természetes digestivum és stomachikum, hosszas használatnál sem hoz létre káros mellékhatásokat.

Rp. Pankreon in tabul. 0·25 (eredeti Rhenania-csomagolás); dent. tal. dos. 25. 50. 100. 200.

S. Naponta 4—12 tabletta veendő étkezés közben. Gyermekek részére ennek fele.

Javalatok: Mindennemű dyspepsiás megbetegedés; specificum steatorrhoeánál, idült és ideges diarrhoeánál, hyperemesisnél, étvágytalanságnál, gyomornyomás érzésénél.

Csecsemőknek: Rp. Pankreon saccharat. in tabul. 0·25. (Rhenania-Pankreon-czukor) dent. tal. dos. 100. S. 2—8 tabletta minden tejadaghoz.

Javalatok: Mindennemű táplálkozási zavarok, főleg hasmenések; valamint erősités és a testsúly gyarapitása czéljából.

Chemische Fabrik Rhenania, Aachen.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére: **G. & R. FRITZ, Wien, I., Bräunerstr. 5.** Gyógyszer-nagykereskedés.

Elárusitás csakis gyógyszertárak részére.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 30. szám. *Budapest, 1905. julius 23.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT **Bókay János** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT **Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza** és ifj. **Klug Nándor** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jendrássik Ernő: A neurastheniáról. 523. lap.
Nádory Béla: Védekezés a méhrák ellen. 525. lap.
Marikovszky György: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. A fül félkörös csatornáinak működéséről. 527. lap.

Tárcza. Tóth Zsigmond: Az ember őstörténete. 528. lap.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Makara Lajos:* A végtagok sebészeti bántalmainak gyógyitása. (Gergő.) 529. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. J. C. Ohlmacher:* A Langerhans-féle szigetek megnagyobbodása és a májbajok közti összefüggésről. (Marikovszky.) — *Belgyógyászat. T. Wiesel* és *N. Ortner:* Heveny fertőző betegségeknek, főleg typhus abdominalisnak a vérkeringési szervekre gyakorolt hatása. (R. Zs.) — *Elsner:* A vaskészítmények használatának javalatairól és ellenjavalatairól gyomorbajokban. — *Lüthje:* A külső levegő hőmérsékének befolyása a czukorkiválasztás nagyságára. — *Idegbajok. Fürbringer:* A reszketésről, mint az iszákosság felismerésére szolgáló jelről. (Kollarits Jenő.) — *H. Hoffmann* és *H. Marx:* Az iszákosság felismeréséről a Quinquaud-féle jellel. (Kollarits Jenő.) — *Sebészet. Marckwald:* A bélrákok keletkezéséről és növekedéséről. (Steiner Pál.) — *Murphy:* Cervicalis borda subclavia-aneurysma tüneteivel. (Pólya.) — *Venerea bántalmak. Neisser:* Levél Bataviából. (Guszman.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Sobernheim:* Maretin. — *Wechsler:* Tussis convulsiva. — Pneumin. 530—533. lap.
Hetiszemle és vegyesek. Jubileum. — Csillag Ignácz. — Epstein László. — Hérics Imre. — A budapesti orvosok szövetségének választmánya. — A tiszti-orvosi vizsgára előkészitő tanfolyam Kolozsvárott. — A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének évkönyve. — Elhunyt. — Az I. nemzetközi sebészcongressus. — Kisebb külföldi hirek. — Orvosi alapitvány. — Az indiai pestis-járvány. — Az orvostanhallgatók száma a német egyetemeken. — A párisi Institut Pasteur lyssa-statistikája. — Az alkohol bűnlajstromából. — A főváros egészsége. 533—534. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.
Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — Budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Debreczeni orvos-gyógyszerész egylet. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.
Melléklet. *Róth-Schulz Vilmos:* A tuberculosis elleni védekezés mai állásáról, irányelveiről s elért eredményeiről, különös tekintettel a sanatoriumi mozgalomra.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A neurastheniáról.

Az 1905. évi szünidei cursuson előadta *Jendrássik Ernő* egyet. tanár.

(Folytatás.)

Mielőtt a neurasthenia egyes tüneteit felsorolnám, lássuk, vannak-e a neurastheniás diathesisnek jelei? E tekintetben már az általános testi kifejlődésre is volna néhány megjegyzésem Épen a sexualis neurasthenia gyakori a testileg, gyakran szellemileg is legjobban kifejlett embereken, nem ritkán herkulesi termettel jár együtt és alig látszik külsőleg az ilyeneken valami eltérés a rendestől. Hasonlóan vagyunk a többi tünettel is, a neurastheniás emberek általában az egyébként egészséges emberek sorából kerülnek ki. Sőt a sexualis neurasthenia révén elkerüli sok neurastheniás a luest és annak utókövetkezéseit, ezért az ilyen betegeken ritka a tabes, a paralysis, az erek megbetegedése. De azután vannak olyanok is, a kik oly testi hibában szenvednek, a mely hibák hereditásosan átjöttek a szülőkről. Azért mondom hereditásosnak, mert nem exogen fejlődésüek. Ide tartoznak a fejletlenül született és csenevészen fejlődő gyermekek, ide azok az egyének is, a kik részleges fejlődési hibával birnak; ilyen hibák a dadogás, a selypítés, ide számitandók az átöröklődő tikkek, talán ide tartozik a myopia, a hypermetropia, az ezekből támadt kancsalítás, ide az úgynevezett degeneratiós jelek, továbbá a különczködő emberek, a kik gyakran bizonyos szekták híveiül szegődnek, pl. a vegetariánusok, a kik józan ok és alap nélkül kizárólag növényi táplálékkal élnek, sőt a tojást, a tejet is növényi eledelnek eszik. Ilyenek azok az antialkoholisták, a kik előbb nem voltak alkoholisták és a kik meg akarják javítani embertársaikat, de nem a pálinkás bódékban, hanem a mértékletesen élők között keresnek proselitákat. Ilyenek azok, a kik az emberiséget reformálni akarják, ezek között sok olyan ember is, a ki a világban nagy szerepet játszik, ép ezen neurastheniás különczködései vagy különképességei révén.

Másrészt idetartoznak a szellemileg tompák, a kik sohase jókedvüek, sohase tudtak élvezni az életben, mindent egykedvüen vesznek, únják az életet az első percztől kezdve az utolsóig, nincs barátjuk, már gyermekkoruktól kezdve az egyedüllétet keresték, vagy ugyancsak hasonló kedvetlen neurastheniás emberrel kötnek barátságot.

A neurastheniának összes tüneteit felsorolni alig volna lehetséges, csak a leggyakoriabbakra óhajtok kiterjeszkedni. Ilyenek első sorban a szemen nyilvánuló neurastheniás tünetek. A neurastheniás szem nagyon feltünő. A conjunctiva pirosabb és a könyelválasztás nagyobb, úgy hogy a szem, nagyobb folyadékmennyiségben úszván, fénylőbbnek tünik fel. A szemhéjak becsukáskor remegnek. Az asthenopia, az az elváltozás, mikor az illető csak fáradsággal alkalmazkodik a közelre, elég gyakori tünet ebben a bajban. Gyakori panaszra adnak okot a mouches volantes-ok, a melyek minden ember szemében megvannak, de az ilyen egyénnek figyelmét nagyon magukra vonják s őket túlzott és hibás következtetésre vezetik.

Viszont a neurastheniát tárgyaló egyes könyvek a pupilla változásairól is beszélnek, mint a neurasthenia tüneteiről. Egy angol könyv feljegyzi, hogy a neurastheniás ember pupillája néha feltünően tág és nem reagál fényre; szerinte nemcsak, hogy a látótér szükül meg, de még hemianopia is fordulna elő.[1] Ezek olyan állitások, a melyeket nem szabad elfogadni. A pupillának reactiohiánya a neurasthenia körén túl eső kóros tünet; a hemianopia szintén olyan tünet, melynek semmi köze a neurastheniához.

Egyáltalában arra az álláspontra kell helyezkednünk, hogy a neurasthenia csak zavart okoz bizonyos idegmüködésekben, de kiesési tüneteket nem támaszt. Ez tartandó szem előtt a hysteriás tünetekkel szemben való elkülönités kérdésében is.

A füleken nem ismerjük még eléggé biztosan a neurastheniás jelenségeket. Van azonban a fülzúgásnak egy alakja, a melyet neurastheniásokon észlelünk, s a mely valószinüleg igazi neurastheniás jelenség. Ez a fülzúgás a fülorvosok véleménye szerint

[1] Savill, Clinical lectures on neurasthenia. 1899.

nem vezethető vissza a fül megbetegedésére; a hallás gyakran teljesen ép marad és mégis borzasztó, csaknem elviselhetetlen állandó fülzúgásról panaszkodnak az ilyen betegek, a kik kifogyhatatlanok a zúgás jelzőinek felsorolásában, az egyes zörejeket gyakran kimagyarázzák mint valamely a fülben végbemenő folyamatot. Ugy látszik, hogy ez olyanokon is előfordul, a kiknek hallása tompul.

Átmegyünk az érzési körre. Ebben a fájdalmak dominálnak. A fájdalom charaktere inkább a tompa fájdalomnak felel meg, bár a betegek igen élénk hasonlatokat használnak, a milyeneket nem igen hallunk olyanoktól, a kiket exogen okból kínoz a fájdalom. A beteg azt mondja, hogy ez *mesébe illő fájdalom, más ember már régen a Dunába ugrott volna, csak az ő hősiessége birja ki még ezt a fájdalmat; csak azért birja ki, mert már nagyon hozzászokott, úgy fáj, hogy a csontjai ropognak belé* stb. És ha ezek után megkérdezzük, hogy: nagyon fáj-e most, rendszerint azt feleli, hogy tulajdonképen nem is olyan nagyon fáj az, hanem azért olyan kellemetlen és elviselhetetlen, mert folytonosan tart, hónapok, évek óta szünös-szüntelenül.

Mindazonáltal olyan eseteket is észleltünk, a mikor a betegek szenvedése a legnagyobb fájdalom charakterével birt, mikor ezek révén a beteg testileg teljesen leromlott és időnként többékevésbé öntudatlan állapotba került. Egy szerencsétlen asszonybetegem nagy nyögésében és mozgolódásában még az ágyából is több izben kiesett, annyira nem birt magával, e mellett végtelenül lesoványodott és legyengült, úgy hogy ezen baja révén határozottan életveszedelembe került.

A fájdalmak elterjednek az egész testre és ebben a tekintetben is igen jellegzetesek azok a kijelentések, a melyekkel egyes betegek fájdalmaikat leirják. Egy fiatal asszony azzal állott elő, hogy neki itt fáj, ott fáj, keze, lába, háta, mindene fáj, és a mikor kifogyott az egyes testrészekből, azt mondta: *kérem, én fájok.* Egy betegem kijelenti, hogy neki tetőtől-talpig mindene fáj kivül és belül. Egy asszony élénken sorolta fel fájdalmait, a mire a férje közbeszólott: kérem, ennek az asszonynak még a télikabátja is fáj!

A fájdalmak azután, nagyon különösen, olyan irányokban szoktak beállani, a melyek nem felelnek meg az idegek lefutásának, de a betegek mégis úgy irják le, mint egy idegszál fájdalmát; egy betegünk azt mondja, hogy fáj az az idege, a mely a fejtetőtől ad testiculum vezet; ez a beteg véletlenségből a fájdalomnak alsó végét becsülte többre és elment egy specialistához, a ki azután a prostatáját massálta, eredménytelenül, a mikor azután a beteg a fájdalom másik végére keresett specialistát.

Vannak betegek, a kik mindig a bal testrészüket fájlalják. Van egy ügyvéd betegem, a ki mindig a balidegére panaszkodik. A bal testfélre gyakrabban panaszkodnak a betegek, mint csak jobb felükre.

Ezek a kijelentések nagyon jellemzőek, azért hangsúlyozom azokat; sokszor a leirás maga nagyon irányítja kórjelzésünket, mert nem épen ritkák azok az esetek, a melyekben az elkülönités más eredésü fájdalmaktól nem könnyü; ilyenek pl. azok a fájdalmak, a melyek a neuralgiák csoportjába látszanak tartozni. Igazi neuralgia van az arczon: a trigeminus neuralgia, melynek nincs köze a neurastheniához; van ezenkivül még egy fájdalom, az ischias, a melyet a neuralgiák csoportjába számitunk, talán nem egészen jogosan. Ezen a két idegzsábán kivül, a mi neuralgiaszerü fájdalom alakjában fordul elő a testen, az jóformán mind csak neurastheniás fájás; de az ischiadicus területén s az arczon is vannak neurastheniás neuralgiák. Ezeknek a neuralgiáknak a charaktere az, hogy objective nem lehet a fájdalmat látni. A ki igazi arczneuralgiában szenved, annak a roham alatt alig érteni a szavát, elvörösödik az arcza, a szeme megtelik könnyel; az ilyen beteg nem mer enni, nem meri a fogait tisztitani. A neurastheniás neuralgiában szenvedő épen ellenkezőleg nemcsak hogy elmondja a baját, de szóbőséggel számol be róla, érzései többnyire olyanok, melyek egyik oldalról a másikra mennek át, olyanok, a melyekben azokat a kifejezéseket használja, a miket az előbb felsoroltam (az az ideg fáj, a melyik az egyik fültől a másikig megy!), a melyek a fájdalomnak igen nagy fokáról szólnak, a nélkül, hogy annak valami objectiv charaktere felismerhető volna. Ezek a fájdalmak állandóak, folyton tartók, egyformán kínozzák a beteget, legfeljebb a napszakok szerint változnak néha. De a kinek a karjában van a neurastheniás neuralgia, az a karját azért elég bátran használja; állítja ugyan, hogy jobban fáj, ha felemeli, de azért a mozgásában nem lehet észrevenni semmi akadályozottságot.

Ezek a neurastheniás neuralgiák sokszor adtak alkalmat arra, hogy a betegeket megoperálják, érző idegeiket, néha érzékeny szerveiket kivágják, leggyakrabban a fogaikat húzzák ki, a nélkül, hogy több javulás állana elő, mint a mit nagy ritkán egy ilyen operationak a suggeráló hatása tud gyakorolni. Ezekről a neurastheniás neuralgiákról egy régebbi alkalommal már szólottam bővebben.[1]

A neurastheniás betegek leggyakoribb panasza a fejfájás. Kétféle alakban jelentkezik ez: rohamokban mint hemikrania és folytonos fájás alakjában. Az előbbi alaknak idetartozósága kétségtelen; átöröklődő folyamat ez, igaz, némileg sajátszerü, a többi neurastheniás tünet typusától eltérő, mely talán a legtöbbször ugyanabban az alakban is öröklődik át, de részint az egyéb neurastheniás jelenségek, a melyek az ilyen féloldali fejfájásban szenvedőkön igen gyakoriak, részint az ezek leszármazóin elég sokszor észlelhető egyéb neurastheniás tünetek bizonyítják, hogy a migraine beletartozik a neurasthenia keretébe. A neurastheniás fejfájás másik alakja nagyon különbözik a hemikraniától. Amaz nem fejfájásmentes időszakokkal váltakozó rohamokban, hanem csaknem folytonos, többnyire reggelenként fokozódó fejfájásban nyilvánul, de a mig a hemikraniás beteg rohama tetőpontján teljesen munkaképtelen, sőt kénytelen lefeküdni: addig a neurastheniás fejfájásban szenvedő rendszerint jól elvégzi napi teendőit. Ezen utóbbi fejfájás nem heves, inkább csak tartóssága révén gyötrő; gyakran a tarkótájon székel lehúzódva a nyakra, máskor a fejtetőn mint sapka ül, ritkábban a halántékok, a homlok a székhelye. Az esetek többségében voltaképen csak paraesthesia ez a sokat panaszlott fejfájás; a beteg úgy érzi, mintha az agyveleje megfordulna, mintha valaki belenyúlna koponyájába, mintha fejtetője felnyilna stb. Diagnostikai szempontból igen fontos, hogy ez a fejfájás soha sem ér el olyan fokot, hogy objectiv jelekben nyilvánulna, hogy a beteget alvásában, mozgásában akadályozná.

Az egyéb fájások közül még felemlítem a gyakori neurastheniás hátfájást, a mely serdülő lányokon, de más neurastheniás betegeken is sokszor észlelhető. Igen állandó, a nagy fáradsághoz hasonló sajgó fájás ez, a mely szintén nélkülözi az objectiv charactert.

Rendkivül kínosak azok a neurastheniás paraesthesiák, a melyek más bántalmakban szenvedőkön állanak elő. Igy a tabeses betegen egyike a legkínzóbb szövődményeknek az az állandó, merevnek, fásnak, idegenszerünek jelzett paraesthesia, a melyet neurastheniásnak gondolok, mert csakis határozottan neurastheniás egyéneken észleltem, mert folytonos, nem heves fájásról van szó, a mely ennek daczára dominálja az egész kórképet, mert a nervinumok, még a morphium sem használ ellenük és mert helybelileg objectiv módon semmi más eltérés, mint a rendes tünetek, nem mutatható ki. Ezek a panaszok élénk ellentétben vannak a nagyon ismert tabeses euphoriával.

A mozgási körben kevesebb tünete van a neurastheniának, mint az érzésiben, s ezek is tulajdonképen az érzés zavarából erednek. Ilyenek a neurastheniás szédülések, a melyek mindig csak subjectiv természetüek. Ha a betegen a szédülést más nem veszi észre, csak ő maga panaszkodik róla, akkor ez az állapot többnyire a neurastheniás szédülés körébe tartozik; a mivel ellentétben az a szédüléses állapot, a melyet mások is észrevesznek, a mely tántorgó járással vagy hirtelen összeeséssel van összekötve: más, nem neurastheniás betegségből származik.

A neurastheniában oly sokat emlitett kimerülés, testi kifáradás is inkább érzés, mintsem valóságos kimerülés, a mely rendszerint épen a jól átaludt éjjel után főleg reggel jelentkezik, a napi tevékenység folyamán ellenben csökken vagy egészen el is tünik. Ez a tünet tulajdonképen csak túlzott megérzése annak az élettani hypokinesisnek, a mely az éjjeli nyugalom után reggel, mielőtt az ember ágyából kikelne, vagy ott erősebb mozgásokat végezne, mindenkin jelen van. Ez az izomtonuscsökkenés nyilvá-

[1] Orvosi Hetilap. 1901.

nul pl. a hemiplegiás contractura igen nagy csökkenésében is, úgy hogy az ilyen betegnek, álmából ébredve, nincsen contracturája, ez azonban előáll, mihelyt néhány mozgást végez. Dynamometerrel ez az ébredési erőtlenség mindenkin kimutatható. Általában azonban a neurastheniás testi kimerültség nem akadályozza a beteget a mozgásban, hacsak az illető nem jut bele olyan neurastheniás fixa ideába, hogy nem tud járni. (Astasia, abasia.) Az agoraphobia szintén olyan mozgási zavar, mely nyilvánvalóan a neurastheniás tünetekhez tartozik.

Ide tartozik továbbá az irógörcs is; ez egyeseket az irásban akadályoz, de ugyanaz a természetü mozgászavar más körben is támadhat, így a zenehangszeren való játszást, vagy a fizetőpinczérnek a pénzzel való kezelést stb. teszi lehetetlenné. Ismerünk egy beteget, a kinek a lábában van az irógörcshöz hasonló baja, tehát tulajdonképen járógörcse van. Kitünően tud lovagolni, tánczolni, de nem képes rendesen járni, még csak egy pár lépést sem, mert lábait az izmokban támadó görcsök a legkülönösebb módon rángatják össze-vissza. Ez ugyanaz a tünet, mint a mit a dadogásban látunk. A dadogó ember tud énekelni, de beszélni nem.

A tünetek nagy része a zsigerek müködésbeli zavarára vonatkozik. A betegek általános tápláltsága meglehetősen független a neurastheniától, azonban mégis szembeszökő a táplálkozásnak összefüggése a tünetekkel azokban az esetekben, a mikor a gyomor és hasi szervek zavaraival van dolgunk. Ismerjük azokat a tüneteket, a melyek a gyomor müködési hibáiból erednek (dyspepsiák, atoniák, ptosisok), hol a lesoványodott embernek gyomra mélyebbre sülyed, a vesék, a belek lehúzódtak, a hasfalaknak nincs meg a kellő ellenállása. Stiller tanár felfedezte, a mi szintén beletartozik a neurastheniás diathesis körébe, hogy ilyenkor a tizedik borda gyakran nincs odarögzítve a többihez, hanem szabadon áll, mint a két utolsó.

Az emésztő szervekre vonatkozó neurastheniás kényszerfélelmek és gondolatok az arra hajlandó egyéneken mint súlyos étvágytalanság fordul elő. Az ilyen neurastheniás anorexiák gyakran kis okból támadnak. Ismerünk lányokat, a kiken egy odavetett kijelentés, hogy ejnye, de jó színben van! szinte elhízik! máris súlyos anorexiát váltott ki. Emlékszem egy esetre, a melyben az illetőn a tüdőgümökór kezdeti jelenségei is kifejlődtek, a beteg sanatoriumba került, ott szépen megjavult, testsúlya erősen meggyarapodott, étvágya jó lett, haza ment és ott szerencsétlenségére valaki megint azzal fogadta, hogy „ejnye, de meghízott a kisasszony!“ Ez a kijelentés nyomban megváltoztatta a helyzetet: az illető nem tudott többé enni és el is pusztult.

Előfordulhatnak a nyelésben is subjectiv zavarok. Úgy érzi az illető, hogy a falat nem megy le a torkán, főleg ha társaságban van s azt hiszi, hogy mindenki öt nézi, hogy hogyan nyel. A beteg vég nélkül rág-rág, de nem hozza a falatot garatjába. Görcsös összehúzódás előfordulhat a hangrésben is, a mikor az ilyen betegek igen magas hangon, falsette hangon beszélnek, a nélkül azonban, hogy lélegzésük nehezített volna. Hasonló görcsös összehúzódás a végbélben is előfordul, úgy hogy a béltartalom csak igen vékony alakban jöhet ki, hasonlóan ahhoz a székhez, a melyet végbél körül levő daganatok idomítanak. Észleltem ilyen hólyaggörcsre példát, a mikor a katheterrel is csak akkor sikerült bejutni a hólyagba, ha előbb a záróizom előtt kis nyomást gyakorolva, megvártuk a görcsös izomösszehúzódás elernyedését.

A neurastheniás csuklás évek hosszáig elhúzódhat. Eleinte hysteriás charakterrel bir, a mikor a csuklás igen hangos, később lassanként csökken a hang, és azontúl folytonos, kis, alig hallható csuklás kínozza a beteget. A napokban volt itt egy férfibetegünk, a ki már három éve szenved ilyen neurastheniás csuklásban, a melyet minden behatóbb gyógyítási kisérlet csak rosszabbá tett. Ez a csuklás a beteg kedélyére igen nyomasztólag hat.

Vannak zavarok a vesében is; igen érdekesek ezek, mert a vizelet kiválasztásának eltérései itt chemismusának megzavarásában is nyilvánulhatnak (phosphaturia, uratdiathesis). A phosphaturia következtében a vizelet már a kibocsátás alkalmával zavaros fehér, mert a phosphat-sók már le vannak csapódva. Sőt nem lehetetlen, hogy bizonyos alakú albuminuria (mint a családi, hereditásos albuminuria) is előfordul ilyen körülmények között, de ebben a tekintetben még nem akarom az utolsó szót kimondani.

A vizelet kiürítésének zavarait is észlelhetni. A záróizom görcsét már említettem, ezenkivül van egy neme a vizelet tarthatatlanságnak is, a mely főleg abból a félelemből ered, hogy az illetőnek nem lesz idejében alkalma a vizelésre; főleg fiatal leányok vannak ennek az alaknak kitéve, a félelem minduntalan vizelési ingert vált ki. De a későbbi korban is támadhatnak ilyen zavarok, mert a betegek nagyon hajlandók arra, hogy bizonyos kényszergondolatokat vegyenek fel.

A vizeletkiürítés zavarának szomorú példáját észleltem néhány év előtt. Két úr utazott együtt egy kocsin. Az egyiknek húgycsőszükület következtében vizelési zavarai voltak; e miatt gyakran le-leszált a kocsiról, de nem akarta megmondani az igazi okot társának, a kinek kérdésére azt felelte, hogy az orvosok tanácsolták neki, hogy nem jó sokáig összegyüjteni a hólyagban a vizeletet, abból esetleg nagy bajok keletkezhetnek. A másik neurastheniás volt, a ki fejébe vette ezt a mondást, és elkezdte a vizeletét minél gyakrabban kiüríteni, úgy hogy nemsokára már minden 5—10 perczben kellett vizelni mennie. A szomorú játék akkor kezdődött igazán, a mikor kezelni kezdték, — hólyaghurut, pyelitis, morphinismus lett belőle, halálos véggel.

A vizelet szaporításának gondolata, az a czél, hogy kimossa a szervezetét, vitte egy kollegánkat annyira, hogy naponta sok liter vizet megivott; falun lakott, s alig hogy megérkezett haza, már a kapuban leült, a háztól alig pár lépésnyire a kútja közelében, és megivott egy veder vizet, csak azután ment be a házba, ott folytatta az ivást, pedig diabetese nem volt. Természetesen a sok ivástól polyuriát kapott, a mit azonban gyorsan meg lehetett szüntetni, a mikor a sok ivásnak rá nézve káros hatására figyelmeztettem.

A lélegzés nehézségéről elég gyakran panaszkodnak a neurastheniások, objective is láthatni rajtok, hogy időnként fel-felsóhajtanak. Oxygenhiányuk azonban soha sincs.

A szíven is előfordulnak subjectiv tünetek (palpitatio, fájdalmak). Néha csak nehezen tudjuk megkülönböztetni az igazi angina pectorist a neurastheniás szívgörcstől. A tünetek megitélésében nagyon figyelmesen, pontosan kell megvizsgálni a szívet, mert az igazi angina pectorisban rendszerint legalább valami kisebb elváltozást lehet kimutatni a szíven vagy a nagy ereken. Sokszor csak a pontos és különös gonddal végzett vizsgálat adhat ebben a tekintetben felvilágosítást, de az a körülmény, hogy a neurastheniás szívgörcs nem igen függ össze mozgással, a gyomor teltségével, a levegő hőmérsékével és mégis igen gyakran jelentkezik, megkönnyíti az adott eset megitélését.

(Folytatása következik.)

Védekezés a méhrák ellen.

Irta: *Nádory Béla* dr.

Ismeretes az a nagy arányú mozgalom, mely Németországban már több mint egy évtizede megindult a rák ellen.

A statistika adatai bizonyítják, hogy az operált rákbetegeknek egy bizonyos százaléka teljesen kigyógyul e bajból; hosszú évek multán sem áll be recidiva. Sajnos, egy nagy része az operáltaknak rövidebb-hosszabb idő mulva ismét megbetegszik. Azaz, helyesebben mondva, a mütét után továbbra is beteg marad, csakhogy egy bizonyos idő mulva válik csak baja ismét nyilvánvalóvá. Szóval beáll az úgynevezett recidiva. E sajnálatos esetek számának kevesbítésére, sőt, ha lehetne teljes eltüntetésére állottak össze Németország gynaekologusai és sebészei.

Arról van ugyanis szó, hogy a méhrák talán gyógyítható betegség, ha sikerül a megbetegedett méhet idejekorán teljesen eltávolítani, vagyis olyankor, a mikor a rosszindulatú elfajulás még nem terjedt át a méhet környező kötőszövetre, a hólyagra stb. Ehhez azonban a betegségnek idejekorán való felismerése szükséges. E felismerést illetőleg pedig kettőn áll a vásár! Az egyik — még pedig az első — a beteg, a kinek jókor észre kell vennie, hogy egészsége nem teljes, hogy valami hiba van benne. Ezt az észrevevést rögtön annak a tudata kell hogy kövesse, hogy baja ellen orvos

segítségét *kell* hogy keresse, s hogy azt *meg is találhatja*. Sem álszeméremnek, sem a vizsgálattól való félelemnek nem szabad a beteget visszatartania attól, hogy az orvos segítségét kikérje. De az attól való félelemnek sem, hogy megbetegedése esetleg műtétet tehet szükségessé s ennek kikerülése végett inkább meg sem vizsgáltatja magát. Minden ilyetén megbetegedett nőnek meg kellene tudnia, hogy csakis műtevés útján kaphatja vissza teljes egészségét.

A másik — a kitől a betegség korai felismerése függ — az orvos. Ennek, a tudomány mai szinvonalán állva, *személyesen* kell a vizsgálatot végeznie, hogy pontosan és biztossággal megállapítsa a betegség természetét és annak fokát. Nem szabad egyszerűen a beteg panaszai alapján, szorgos vizsgálat nélkül, csakis a *symtomákat kezelni*. Vérzés van: tehát valami stypticumot adok; büzös folyás van: tehát valami adstringens vagy desodorans hüvelyöblítést rendelek. Ez nem gyógyítás, de nem is kezelés, hanem egyszerűen kuruzslás, müveletlen javas asszonyok mestersége, nem méltó diplomás orvoshoz. Pedig hányan vannak, a kik így járnak el! A szt. Rókus-kórház nőbeteg-osztályán töltött öt év alatt bőven volt alkalmam erre vonatkozólag is adatokat gyüjthetni, hogy bizonyosságot szerezzek alább említendő eljárásom szükségességére nézve.

Nem akarok most statistikát közölni arról, hogy hány méhrákot *kezeltek* orvosok inoperabilissá. De az évek során, alkalom adtán végzett feljegyzéseimből látom, hogy bár egy része a carcinomás betegeknek maguknak az asszonyoknak indolentiája miatt lett inoperabilissá, egy jókora részükben azonban az a bizonyos tüneti kezelés volt az oka annak, hogy a mütétre még alkalmas időpontot elmulasztották. Az ilyen adatok statistikáját Berlinre és Königsbergre vonatkozóan *G. Winter* dolgozta fel, a ki már 1891-ben tett kisérleteket az operabilis méhrák-esetek számának szaporítására. E szerint Berlinben 1891 ben 47 házi orvos közül 15, tehát 32% nem vizsgálta meg belsőleg a hozzájuk fordult carcinomás betegeket. Königsbergben pedig 1895-ben 225 házi orvos közül 32, *tehát 14·2% nem vizsgálta meg belsőleg betegét*. Semmi okunk sincs arra, hogy feltegyük, hogy nálunk talán jobbak a viszonyok! Számtalan oly esetet tudok, a hol a beteg tüstént baja kezdetén, a rendetlen véres folyás mutatkozásakor jelentkezett orvosánál s ez hónapokon át *kezelte* belsőleg medicinákkal és hüvelyöblítésekkel, de soha, egyetlen egyszer sem vizsgálta meg a nőt! S mikor azután már nagyon odáig van a beteg, meg az eredménytelen kezelést is sokalja már, akkor küldik specialistához; elég gyakran azzal gyakorolva pressiót a betegre, hogy megmondják neki, hogy méhrákja van, s hogy belepusztul, ha nem operáltatja meg magát. Ez a kegyetlenség azután végleg kétségbe ejti ezeket a szerencsétleneket. Mert a specialistához kerülve a már inoperabilis rákkal, az kénytelen őket haza küldeni, azt mondva — solatii causa —, hogy *nem szükséges operálni*. Ebből a legtöbb beteg csakhamar kiérti, hogy *már nem lehet operálni*, hogy tehát elkésett s a legkínosabb, a legborzalmasabb halál vár reá rövid időn belül.

Tehát e két factornak, a betegnek és az orvosnak együttmüködése szükséges ahhoz, hogy e rémes betegség borzalmait kevesbíthessük. *G. Winter* königsbergi gynaekologus-tanár tehát úgy a betegek, mint az orvosok felvilágosítását, kinevelését vette czélba. Az orvosokhoz 1902. deczemberében egy röpiratot intézett: „An die Ärzte Ostpreussens“ czímmel. Ez irásban megismerteti az orvosokat mindazzal, a mit I. a belső vizsgálatról, II. a rák diagnostizálásáról, s III. a betegnek operateurhöz való utasításáról tudni kell. Ily irányú munkát végzett *Tauffer* professor is, az Orvosi Kör rendezte sorozatos előadások keretében, folyó évi február hó 14.-én tartott előadásával. „Mennyiben gyógyítható betegség a méhrák?“ czímü előadását minden magyar orvosnak alapos tanulmány és megszívlelés tárgyává kell tennie, hogy „czélul tüzhessük ki — mint G. Winter mondja — minden egyes méhrákos betegnek a meggyógyítását; mert a kezdődő méhrák könnyen és biztosan gyógyítható mütét útján“.

A nők instruálására egy czikk jelent meg az 1903. év elején G. Wintertől, Kelet-Poroszország minden olvasottabb újságában. Czíme: „Az alhas rákjának veszélyeiről. Intő szózat a nőkhöz.“ Kifejti benne, hogy a rák gyógyítható, de csak mütét útján. A teljes gyógyuláshoz azonban a betegségnek lehető korán felismerése s rögtön végzett mütevés szükséges. Ezért a gyanús tünetek jelentkezésekor azonnal orvoshoz kell fordulni alapos belső vizsgálat czéljából. Bizonyosra vehető, hogy a betegség első jeleinek nem ismerése az oka annak, hogy a betegek az orvos tanácsának idejekorán való kikérésétől tartózkodtak.

Hasonló felvilágosító és kioktató irást kaptak a bábák is, óva intve őket, hogy tartózkodjanak a kuruzslástól.

Tauffer professor véleménye szerint nálunk még nem érkezett el az ideje az általános propagandának, „hazánk orvosi viszonyaira való tekintettel“. De mindenesetre ezer meg ezer nő pusztul el nyomorultul addig is, míg nálunk orvosok, kórházak és intézetek annyira fejlődnek, hogy az egész országban, egyenletesen szétoszolva, kellő számúak és minőségüek is legyenek a szerencsétlen betegek végnélküli sokaságának gyors és szakszerű ellátására. Tauffer professor előadásának bizonyára meglesz az az üdvös és eléggé nem becsülhető hatása, hogy az általános gyakorlattal foglalkozó orvosok is szakszerűen és lelkiismeretesen fognak a rákos betegek körül eljárni, a tudomány mai álláspontjának megfelelőleg. A ma már fennálló orvosi intézmények pedig, — talán fokozottabb müködéssel — el fogják látni a hozzájuk terelt nagyobb számú beteget is. Csak az kell, hogy a betegek is, minél előbb és minél nagyobb számban, tudatára ébredjenek annak, hogy bizonyos symptomák betegséget jelentenek s hogy e betegség ellen okvetetlenül orvos segítségére van szükségük.

Bizonyos, hogy ily irányú tevékenység nálunk is megjavítaná a viszonyokat. A nőket nálunk is fel kell világosítani s figyelmeztetni azokra a veszélyekre, melyek életüket fenyegetik. Meg kell ismertetni őket azokkal a jelekkel, melyek a keletkezőben levő bajt elárulják. De véleményem szerint e tárgyat csak általánosságban szabad érinteni s nem való helyén a nőknek „*rák*“-ról beszélni. Ilyen szöveggel czédulákat osztogatnak *Bársony professor* klinikáján minden nőnek, figyelmeztetve őket a *rákbetegség*-re. Ez oly rémes szó, hogy puszta lehetőségének az említése is borzadályt kelt az emberben. A laikusokat nem a rák symptomáival kell megismertetni, hanem figyelmeztessük őket általánosságban a jelekre, melyek megbetegedés gyanuját keltik fel. Az ilynemü tárgyak nyilvános megbeszélése nem betegekben is *rákrémületet* kelthet, a mint az Winternek „Intőszózata“ nyomán is észlelhető volt; s főleg hysteriás meg hypochondriás nők alig voltak megnyugtathatók. De viszont az is igaz, hogy nekünk meg „kötelességünk megfelelelő oktatással a közönségnek lehetővé tenni, hogy a halál ellen védekezzék A nyilvánosság fénye csak előmozdíthatja a mi tudományunkat s a betegek javát.“ (Winter.)

Mindezek alapján én úgy vélem megoldhatónak a kérdést — a mi a nőket illeti —, ha megfelelő formában figyelmeztetjük őket általánosságban azokra a jelekre, melyek megbetegedésre mutatnak, a nélkül, hogy a bajt magát megneveznök Ez esetben, úgy vélem, az *operatio* szónak az alkalmazását is kerülni kell, hogy az ettől való félelem is vissza ne tartsa a beteget az orvos felkeresésétől megvizsgálása czéljából. A beteg bizalmát megnyert orvos lassan, kiméletesen és megnyugtatva, könnyebben rávezetheti a beteget e kényes tárgyra; persze csak akkor, ha még operabilis a rák; különben szóba sem szabad azt hoznia! Igy nem okozunk hiába való ijedelmet s mégis elérhetjük azt, hogy a nők, előirásaink pontos megtartásával, idejekorán keressenek és találjanak is megfelelő segítséget.

Hogy elkerüljük azt a feltünést, a mivel egy újságbeli czikk alakjában végzett attaque mindenesetre járna, én kis czédulára nyomtatott utasításoknak a kiosztását ajánlanám minden beteg nőnek, a ki az orvos rendelésén megjelenik. Ilyen czédulák már hét év óta használatosak a lues- és blennorrhoea-betegek rendelésein a Duna balparti közkórházakban, rövid pontokban oktatásokat adva az említett betegségekben szenvedőknek miheztartás végett. Szövegök *Havas professortól* való, a ki azokat már a Poliklinika rendelésein is használta.

Ezeket látva, hasonló eljárásra gondoltam. A mi betegeinknek való czédulák szövegét a következőkben állapítottam meg:

Figyelmeztetések a női bajokról:

1. A havi tisztulás (hónapszám) rendes, szabályos időközökben, 3—4 hetenként ismétlődő vérzésből áll, mely néhány napig tart. Ennek teljes megszünésétől a következő hónap vérzéséig, egészséges állapotban, semmiféle vérzés vagy véres folyás nem mutatkozik.

2. Betegséget jelent az, ha rendetlen, nem szabályos időközökben, a rendes havi tisztulás idején kivül lép fel vérzés; ha ismétlődő s hosszabb-rövidebb ideig tartó, húslészerü, véres folyás, vagy sárgás zöldes, büzös folyás van jelen; ha a havi tisztulásnak az öregedő korral (45—50. év) rendesen beállani szokott elmaradása után hosszabb-rövidebb időre újból vérzés lép fel; ha közösülés után mutatkozik a vérzés.

3. A betegséget csakis orvos és az is csak alapos vizsgálattal tudja felismerni. Sem bába, sem javasasszony, sem senki más nem ért ehhez.

4. Betegséget jelentő vérzés vagy folyás esetén rögtön, első jelentkezésekor, a legcsekélyebb idő mulasztása nélkül, még a vérzés tartama alatt is, orvos végezzen vizsgálatot (belsőleg ujjal és esetleg méhtükörrel is).

5. Alapos vizsgálat nélkül semmiféle betegség fel nem ismerhető és lelkiismeretesen nem gyógyítható. Láttatlanba, csak úgy találomra adott belső gyógyszerek vagy hüvelyöblítések alkalmazásával drága idő vész el, mialatt a különben megfelelő módon gyógyítható betegség — legkoraibb kezdeti idejének elhanyagolása miatt — gyógyíthatatlanná válik.

6. Az orvos rendeletét rögtön, időmulasztás nélkül kell követni. Igy igen súlyos és nagyon kínos következményü bajok háríthatók el, s a teljes, ép egészség visszaszerezhető.

Az újságban megjelent czikk hatása egy idő mulva elenyészik. Az emberek elfelejtik, nem gondolnak többé reá. Az említettem czédula-módszerrel azonban ez a baj is elkerülhető. Winter is fél, hogy „fájdalom, elvárható az, hogy kioktatásom hatása el fog mulni és ismét beköszönt a régi slendrián". E czédulák folytonos és általános osztogatásával, úgy a magán-, mint a nyilvános rendeléseken, a bennük foglalt figyelmeztetések állandóan a közönség tudomására jutnak, időnként más-más családtagok meg ismerősök révén megújulnak az emlékezetben s mind szélesebbre s mélyebbre vájják a megismerés sziklamedrét. Gutta cavat lapidem!

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből.

A fül félkörös csatornáinak működéséről.

Közli: *Marikovszky György* dr. egyetemi tanársegéd.

1899-ben a Sänger Katalin-féle, 1902-ben pedig a Balogh Kálmán-féle pályadíjat nyert két pályamunka újabb adatokkal bővített foglalata.

(Vége.)

Azzal a kapcsolattal, mely e hasonlatnak megfelelőleg a szemek izmai és a két tömkeleg közt van, nem akarok e helyen bővebben foglalkozni, minthogy azt Högyes professor kisérletei teljesen tisztázták. Kisérletei bebizonyították, hogy a musc. rect. lat., obl. sup. és rect. sup. az ugyanazon oldali, a másik három szemizom pedig a tulsó oldali tömkeleggel van kapcsolatban.

Míg a nyúl fejét függélyes és hossztengelye körül jobbra illetőleg balra mozgató izmok egyensúlyban vannak, az állat feje a középállásban fog tartatni. Ha már most a bal tömkeleget elpusztítom, vagy működését bizonyos, forgatás által előidézhető helyzetváltoztatással (fentebb említett kisérleteim alapján forgatásnál mindig csak a forgatástól elmaradó oldali tömkeleg működik) megszüntetem, akkor azt tapasztalom, hogy csak azok a nyakizmok működnek, a melyek a fejet balra fordítják függélyes és hossztengelye körül, míg a tulsó oldaliak ellazulnak. A fej ennek következtében balra fordul. Ebből azt hiszem világos, hogy a bal tömkeleg a jobbra fordító, a jobb tömkeleg pedig a balra fordító nyakizmokkal van összefüggésben, vagyis a kapcsolat itt keresztezett.

A mi a nyúl mellső végtagjait illeti, a bal tömkeleg a jobb mellső végtag adductoraival és a bal mellső végtag abductoraival van összefüggésben és fordítva. Míg mindkét tömkeleg ép, illetőleg míg mindkettő egyformán működik, a nyúl két mellső végtagját egyenesen, a test hossztengelyével párhuzamosan fogja tartani. Ha mármost a bal tömkeleg működése megszünik, akár mert elpusztíttatott, akár mert működése bizonyos forgatás által előidézhető testhelyzetben kiesik, mindkét mellső végtag el fogja hagyni „középállását", és mindkettő jobbra fog tartatni, vagyis a bal láb addukáltatik, a jobb abdukáltatik.

Ha egy ép nyulat haránttengelye körül előre forgatok, a két mellső végtag extensioba kerül, s az állat szétterpeszti körmeit. Ha az ép állatot ugyanazon síkban hátrafelé forgatom, mellső végtagjain flexiót észlelhetek, a körmök egymáshoz simulnak. (Ha valamely oknál fogva előre esünk, kezünk, karunk önkénytelenül is extensioba, hanyattesésnél pedig flexioba jön.)

Ugyancsak ép nyulat teste függélyes tengelye körül jobbra forgatva, bal mellső lábán supinatio, jobb mellső lábán pronatio mutatkozik, balra forgatásnál pedig megfordítva.

Féloldali műtét után a flexiót és az extensiót, a pronatiót és a supinatiót nem figyelhettem meg oly pontosan, mint az abductiót és az adductiót, minthogy azonban kétoldali labyrinthkiirtás után úgy az extensio és a flexio, mint a pronatio és a supinatio is kimaradnak forgatásra, kétségtelennek tartom, hogy ezek is összefüggésben vannak a tömkeleggel. Ennek következtében részben saját kisérleteim alapján, részben speculativ úton a Högyes-féle szemmozgás-séma analogiájára azt állíthatom, hogy a mellső végtag abductorai, extensorai és pronatorai az ugyanazon oldali, adductorai, flexorai és supinatorai pedig a tulsó oldali tömkeleggel vannak összefüggésben.

Míg a törzs két oldalának izmai egyenlő feszültségben, helyesebben tonusban vannak, addig a gerinczoszlop egyenes marad. Mihelyt azonban pl. a bal tömkeleg működése akár kiirtás, akár megfelelő irányú forgatás által meg lesz szüntetve, abban a pillanatban a törzs bal oldalának izmai is ellazulnak, a jobboldaliak túlsúlyba kerülnek s a gerinczoszlop jobb felé concav ívet fog leirni. A törzs, illetőleg a gerinczoszlop valamelyik oldalán végighúzódó izmok tehát az ugyanazon oldali tömkeleggel lesznek kapcsolatban.

Addig, míg a galamb nyakának két oldalán lévő izmok egyensúlyban vannak, a fej a „középállásban" fog tartatni. Ha mindkét tömkeleget kiirtom, a fejmozgások rendetlenek lesznek, az állat nem képes többé feje mozgásai felett uralkodni. Ha a bal tömkeleget irtom ki, vagy ha ennek működését megfelelő, forgatás által előidézhető testhelyzetben megszüntetem, az állat feje el fog csavarodni, minthogy nyakának csak baloldali izmai lesznek összehúzódásban, míg a jobboldaliak ellazulnak. A bal tömkeleg tehát a jobboldali nyakizmokkal van összeköttetésben és viszont.

Ha a galambnak mindkét tömkelege ép, akkor az mindkét lábával egyformán nagyokat fog lépni. Ha mindkét tömkeleg ki van irtva, vagy el van roncsolva, vagy plombálva van, majd az egyik, majd a másik lába összecsuklik alatta. Ha csak a bal tömkeleget távolítom el, a galamb jobb lábával *túl nagyokat* lép, tehát balra kanyarodó ívet ir le járásával, a bal pedig minduntalan összecsuklik. A bal tömkeleg tehát a jobb lábnak reflexgátló berendezésével, a balnak pedig izomzatával (feszítőkkel, hajlítókkal) van kapcsolatban.

Kétoldali tömkelegkiirtás után a galamb még hónapok mulva is igen fogyatékosan repül. Ha csak a bal tömkelege van eltávolítva, bal szárnyának csapásai gyengék, a jobbé *túlerősek*, a galamb szárnyainak mozgató és gátló berendezése, illetőleg kapcsolata a két labyrinth-tel tehát ugyanolyan, mint a lábaké.

Ha a galambnak mindkét oldali tömkelege ép, farka bizonyos középállásban tartatik. Ha a bal tömkeleget kiirtom, vagy ha működését bizonyos testhelyzet előidézésével felfüggesztem, csak a jobboldali tömkeleg fog működni, és az állat farkát jobbra fogja tartani. Ebből az következik, hogy a farkat mozgató izomzat az ugyanazon oldali tömkeleggel van összeköttetésben.

Nyulak hátulsó végtagjainak mozgását egyelőre nem voltam képes analyzálni, minthogy nem voltam képes az állatokat akkép fixálni, hogy hátsó végtagjuk szabadon maradt volna. *Högyes* nek fentemlített, hystero-epileptikusokon végzett kisérletei szerint a jobb felső végtaggal a tulsó, tehát baloldali alsó végtag mozgott associáltan. Ezzel szemben annak a felfogásnak is van létjogosultsága, hogy a hátsó végtag az ugyanazon oldali mellsővel mozog associáltan. A galamb szárnya például ugyanazon oldali lábával mozog associáltan. A féloldalt operált nyúl jórészt azért hengeredik a sértett oldal felé, mert sértett oldali *mindkét* végtagja erőtlenül összecsuklik, a tulsó oldali *két láb* pedig *túlerős* működésben van. Voltaképen mint a galamboknál, úgy itt a nyulaknál is fel kell vennünk valamely reflex-gátló berendezés jelenlétét, mely

pl. baloldali tömkelegkiirtás után jobboldalt megszünik működni. (Az indukált áramcsapásokkal végzett, alább tárgyalandó kisérleteim alkalmával is az derült ki, hogy a mellső végtagok az ugyanazon oldali hátsóval viselkedtek egyformán.) Ha mindezeket számba veszem, a nyúl hátsó végtagjainak beidegzését, illetőleg mozgása coordinatioját egyelőre nyilt kérdésnek kell tekintenem.

Högyes, később pedig *Dreifuss* kisérleteiből kétségtelen, hogy a lélegző és a hangoztató izmok is összefüggésben vannak a két tömkeleggel. Hogy azonban ez az összeköttetés keresztezett-e vagy sem, azt egyelőre szintén nem tudtam eldönteni.

Mindezekből az derül ki már most, hogy a két tömkeleg a két testfél izomzatának reflexbeidegzését szabályozza. Ha valamelyik, vagy ha mindkét tömkeleg megsérül, a test valamennyi mozgásában zavarok lépnek fel.

Kisérleteim közben azt is megvizsgáltam volt, hogy mikép viselkednek a kisérleti állatok indukált áramcsapásokkal szemben. Ezeket a kisérleteket nyulakon és galambokon végeztem, még pedig: 1. Baloldali kiirtás, roncsolás vagy cocainozás (3%), 2. jobboldali, 3. kétoldali mütét után, és végre olyan galambokon, melyeknek valamennyi csatornáját plombáltam az Ewald módszere szerint. Az alkalmazott Du Bois-Reymond féle szánkagépet galamboknál 1, nyulaknál 2. Amp. erejü elem mozgatta. Elektrodul két, egymástól mintegy két mm. távolságban álló platintü szolgált, a reactio pedig az izgatott testrész (végtag) gyengébb vagy erősebb összehúzódásában, megrándulásában állott.

Galamboknál azok lábát és szárnyuk belső felületének egy empirice igen érzékenynek talált pontját, nyulaknál a fülek hegyét, az incisura intertragicát, a mellső végtagon az anconeusok táját, a hátulsókon az Achilles-ín tapadása helyét vizsgáltam meg, vizsgálat előtt galamboknál gondosan lenyirva, nyulaknál megborotválva és kissé megnedvesítve a vizsgált felületet.

Nem akarok itt ezirányú nagyszámú vizsgálataim részleteibe belemélyedni, minthogy voltaképen egy nagyobb tabellát kellene közölnöm, melyen össze vannak állítva a szánkagépről leolvasott azon tekercstávolságok, melyek mellett ép és operált állatoknál reactiót kaptam. E helyett legyen szabad csak a következő eredményeket ideiktatni:

1. A kétoldalt operált (cocainozott) nyulakon és galambokon a végtagok reflexingelékenysége inducált áramcsapásokkal szemben jelentékenyen csökkent, minthogy reactio előidézésére a szánkagép két tekercsét sokkal közelebb kell egymáshoz tolnunk, vagyis sokkal erősebb áramcsapásokat kell alkalmaznunk, mint ép állatoknál.

Mihelyt cocainozott tömkelegü nyulaknál a cocainhatás megszünt, a reflexirritabilitás csaknem a normalisra tért vissza.

2. Olyan galamboknál, melyeknek félkörös csatornáit csak plombáltam, a reflexirritabilitás nem szenvedett számbavehető mértékben. (A plombálás által a tömkelegben lévő végkészülék nem sérül meg, az eljárás voltaképen csak a peri- és az endolymphakeringést akadályozza meg, és a beálló jelenségek, eltekintve épen a reflexirritabilitástól, mégis ugyanazok lesznek, mint kétoldali kiirtás után. Ez is bizonyitékául szolgálhat annak, hogy a tömkelegben lévő végkészülék coordináló tevékenységét az említett lymphák áramlása idézi elő.)

3. Féloldalt operált galamboknál és nyulaknál a tulsó oldali végtagoknak (nyúlnál azonkivül a tulsó oldali fülnek) reflexirritabilitása csökken indukált áramcsapásokkal szemben.

A labyrinthben lévő végkészülék tehát a végtagok és a fül reflexirritabilitásával is összefüggésben van, még pedig mindegyik tömkeleg a tulsó testfélével.

Schiff kutyákon és macskákon átvágta az egyik oldalon a gerinczvelőből kifutó mozgató, a másik oldalon az érző ideggyököket, és azt tapasztalta, hogy az igy megoperált állatok egyik oldali végtagjaikkal túlnagyokat léptek, ügyetlenül, a tulsó oldaliakat pedig bénán vonszolták maguk után. Kétségtelen, hogy *Schiff* ezen kisérletének eredményei hasonlítanak azokhoz, melyeket én tapasztaltam a labyrinthen végzett kisérleteim alkalmával. Ha szabad ebből a hasonlatosságból következtetést vonnom, úgy azt mondhatom, hogy az a reflex-gátló berendezés, melyről féloldalt operált galambjaim és nyulaim leirásánál említést tettem, voltaképen összeesik az érző idegpályák működésével. (Ezt a feltevést az indukált áramcsapásokkal végzett vizsgálataim is igazolják.) Ha tehát egy baloldalt operált galamb (ügyetlen) jobb lábával túlnagyokat lép, az annak a jele, hogy azon végtagnak érző pályái szenvedtek; mikor ezzel szemben ugyanazon állatnak bal lába minduntalan erőtlenül összecsuklik, abból az tünik ki, hogy ennek a végtagnak mozgató berendezése sinlette meg a mütétet.

Tárcza.

Az ember őstörténete.

Az ember őstörténetének ismeretét csakis a XIX. század munkássága terelte biztosabb mederbe. Csak miután tisztázódtak a földünk alakulására vonatkozó nézetek és miután lezajlottak az ember származása felett megindult nagy és heves harczok, tudott abból a csirából, melyet *Lamarck*, *Darwin*, *Lyell*, *Huxley* és mások alapvető eszméi keltettek életre, az ember őstörténetének képe kibontakozni. Idevágó ismereteink azóta is folytonosan fejlődnek és egyre gyarapodnak, s annak daczára, hogy egy-egy új adat legtöbbször csak a szerencsés véletlen révén kerül kezünkre, már eddig is meglehetősen nagy anyagra és számos biztos tényre támaszkodhatunk.

Kérdésünk haladásának újabb jelenségei közül különösen *Schwalbe G.* nagyon jelentős dolgozatáról (*Die Vorgeschichte des Menschen*, Braunschweig, 1904.) óhajtok megemlékezni, mint olyanról, a mely mélyebb bepillantást enged az ember származásának rejtelmeibe.

Schwalbe G., a ki a strassburgi egyetemen az anatomia tanára, az anatomus avatott szemével tekinti át az eddigi bizonyító anyagot s munkálatainak különösen a megitélés kellő távlata és az egész kérdés módszeres feldolgozása kölcsönöz kiváló értéket.

Munkája velejét a következők tükröztetik.

Bármennyire is eltérők az ember különböző fajtái, mégis valamennyit a következő közös bélyegek jellemzik: az egyenes testtartás, a kéz fejlettsége s az agyvelő és az agykoponya hatalmas alkata. Ezekben a bélyegekben különbözik az ember a hozzá legközelebb álló lényektől: az emberszabású majmoktól, melyekkel szemben tehát az egész emberi nem teljesen egységesnek mutatkozik; de hogy a különböző fajták ezen az egységen belül mikor és hogyan jöttek létre, azt nem tudjuk.

Még ha a történelmi idők legvégső határáig is megyünk, még akkor sem találunk különbséget a hajdani és a mai ember között, sőt a legközelebbi praehistorikus idők, a neolithikus korszak emberén sem látunk eltérést. Csak a midőn ennek határait is elhagyva egy még régibb korba, a diluviumba térünk, veszszük észre, hogy a velünk egyező testalkatású emberen kivül még egy másik, egy sokkal kezdetlegesebb alkotású ember is élt a földön; amaz a diluvium végén jelenik meg, emez a diluvium elejétől annak közepéig élt. Az utóbbinak legelső nyomait 1856-ban a Düsseldorf közelében levő Neanderthal-ban fedezték fel. A lelet *Fuhlrott* kezeihez került és ő mentette azt meg a tudomány számára. A lelet köré hosszú vita fonódott, mert a vizsgálók hol diluvialis eredetét, hol meg a leletet alkotó csontok épségét vonták kétségbe és épen Schwalbe volt az, a ki nem régen kimutatta, hogy e leletet feltétlenül typikusnak kell tekintenünk. A bonni muzeumban őrzött lelet egy koponyatetőből, két felkar-, egy orsó-, egy sing- és két czombcsontból áll. A legjellemzőbb alkati bélyegek a koponyatetőn mutatkoznak, a mely csekély magasságával és homlokának sajátszerű, állatias alkatával ép oly feltünően különbözik a recens emberétől, mint szemgödri széleinek és nyakszirtjének alkatával. A *homo primigenius*-t jellemző s imént felsorolt bélyegek messze kivül esnek a mai typus variatioja körén és igy ez a lelet még ha teljesen magában is állana, egy külön diluvialis typus felállítására jogosítana bennünket. Azonban 1886-ban Spy-ben egy oly földrétegben, melynek diluvialis eredetéhez semmi kétség sem fér, hasonló emberi csontokat találtak. Ezek a csontok két egyéntől származnak és mindenben a neandervölgyinek bélyegeit viselik magukon, az állkapocs tekintetében pedig — mely a neandervölgyi leletben nem foglaltatik — teljesen az 1866-ban *Dupont*-tól talált La Naulette-hez, továbbá a Malernaudban, az Arcy sur Cure-ben és a sipkai barlangban találtakhoz csatlakoznak.

A neandervölgyi és spy-i leletek a *Fraipont* és *Klaatsch* által leirt végtagcsontok tekintetéből is felette érdekesek. Különösen feltünő az alsó végtagcsontok vastagsága és vaskos alkata, főleg pedig a sipcsont felső végének hátracsavarodása (*retroversio*-ja), mely bizonyára az egész végtag tartására is kihatott, még pedig kétségkivül oly módon, hogy megakadályozta annak teljes kinyújtását. Ha a végtagcsontok hosszúságából meghatározzuk a test magasságát, látjuk, hogy az a mai középnagyságú európai fajtáknak felel meg. A koponya köbtartalma azonban jóval kisebb, mint a hasonló méretü modern koponyáké. Míg emezek ürtartalma középszámban 1550 cm^3-re tehető, addig amaz csak 1230 cm^3 térfogatú. A koponya és az alsó állkapocs sajátos alakulata már önmagában is elegendő, hogy a *homo primigenius*-t, ki a lelőhelyek tanúsága szerint a legrégibb diluvium idején élt Közép-Európában, mint külön fajt jellemezze. Teljesen a fentebbi két lelet mellé sorakozik a *Gorjanovic-Kramberger* zágrábi tanártól ismertetett 1899.-i krapinai lelet is: ellenben az egisheimi, tilburgi és deniseieket ki kell zárnunk a sorozatból, mert az utóbbiak újabb tüzetes vizsgálatok szerint nem állották meg helyüket. Ezek kétségkivül a más világrészekből, de különösen az „új világ"-ból kerültekkel együtt az újabbkori diluvium *homo sapiens*-ének maradványai, tehát ez idő szerint egyedül Európa a régibb diluvialis embernek biztos lelőhelye.

Az eddigi, kivétel nélkül negyedkori leletekből határozottan arra kell következtetnünk, hogy az ember már a harmadkorban is megvolt. Egyes vizsgálók, így *Lehmann-Nietsche*, *Nötling*, *Rutot* és *Klaatsch*, újabban már egyes harmadkorbeli mütermékeket is véltek találni és ezzel megoldottnak tartják a harmadkorbeli ember létezésének kérdését.

Azonban mindezeknél fontosabb az a tudományos esemény, a midőn *Dubois Jenő* 1891-ben Jáva szigetén egy a legfiatalabb harmadkorban élt lény, a *pithecanthropus erectus* megkövesült maradványaira bukkant. Úgy lehet, hogy ebben az emberhez vezető sorozatnak egyik végső tagja került elő, legalább *Dubois* és *Schwalbe*, valamint a tudósok nagyobb része is e nézeten van. A *pithecanthropus erectus* szervezeténél fogva az ember és a majom között foglal helyet, miként ezt a következők bizonyítják. A koponya alakja a legmagasabb rendü majmokéhoz hasonló, de köbtartalma és agyvelejének fejlettsége tekintetében jóval felülmulja azokét és inkább az alacsonyabb rendü emberfajtákéhoz közeledik. Ugyanígy vagyunk a czombcsonttal is, a melyen állati bélyegeken kivül emberiek is mutatkoznak, mert az egyenes testtartásnak kétségtelen jeleit viseli magán. Minő hely illeti meg tehát ezt a lényt az ember és a majom között és a főemlősöknek (*Primates*) melyik csoportjához, a félmajmokhoz (*Lemuroidea*), vagy a majmokhoz (*Anthropoidea*) áll-e közelebb? Csak ha ezt a kérdést eldöntöttük s azt is megállapítottuk, vajjon az amerikai széles orrú majmok (*Platyrrhini*), a czerkofmajmok (*Cercopithecidae*) vagy a gibbonok (*Hylobates*) állanak-e az emberhez legközelebb, csak akkor jelölhetjük meg a *pithocanthropus erectus*-nak hozzánk és a majmokhoz való viszonyát.

Cope és *Klaatsch* távolabb, a kihalt lemuridák, illetve az eocaenkori emlősök között keresik az emberi törzs gyökerét s való igaz, hogy az emberi szervezetnek vannak oly szervei, melyek az alsóbbrendüség bélyegeit viselik magukon, de viszont vannak olyanok, a melyekkel az emberéihez hasonló alakban annál gyakrabban találkozunk, mennél magasabb fokon állnak az illető állatok. Teljesen czélttévesztett volna tehát az emberi törzs gyökerét a majmok kizárásával az alsóbbrendü gerinczesek közt keresni, a mi ellen különben az embryologia és a physiologia is nyomatékosan tiltakozik; az előbbi a legfiatalabb emberi és majomembryók összetéveszthetőségig menő hasonlatossága (*Selenka*), az utóbbi *Friedenthal* serum-kisérletei és a *Bordet*-féle reactio alapján.

Az ember és az emberszabású majmok között tagadhatatlan vérrokonság van, de nem olyan értelemben, mintha az ember a most élő simiidák közvetlen leszármozottja volna, hanem olyképen, hogy emezek is és az ember is végső tagjai annak a fejlődési sorozatnak, a mely a föld korábbi szakában ugyanegy közös pontból indult ki. Ezt a közös pontot, vagyis közös őst tehát a majmok kihalt alakjai közt kell keresnünk. Lássuk e végből, mily egymásutánban következtek azok a föld egyes geologiai korszakaiban.

A főemlősök törzse *Schlosser* szerint az eocaenkorban, még pedig a pseudolemuridákkal veszi kezdetét. Ezek az alsó-eocaentól az alsó-miocaenig követhetők s azután a jelenkor félmajmai következnek.

A tulajdonképeni majmok fejlődése a középső-miocaenben, még pedig nyomban az emberszabású majmokkal (!) kezdődik. A felső-miocaenben jelenik meg a keskenyorrú majmok (*catarrhini*) első képviselője, a *mesopithecus*. A pliocaenben már az orangutánnal és a csimpánzzal közeli rokonságban álló alakok és maga a pithecanthropus, végre a pleistocaenben a most élő amerikai (szélesorrú) majmok következnek.

Ebből a geologiai sorrendből látjuk, hogy az emberalakú és a czerkofmajmok a középső-miocaenben közös gyökérből erednek, de egymástól csakhamar el is távolodnak. A most élő czerkofmajmok már oly messze állnak az emberi törzs fejlődése vonalától, hogy azokat szervezetük bélyegei, pl. kettős anyaméhük alapján, a törzsfejlődés eme sorából előre is kizárhatjuk. Ugyanígy kell tennünk az újvilági majmokkal is. S így csak a velünk vérrokonságban levő emberalakú majmok, a simiidák maradnak fenn. Ezek közül csak egyetlen fossilis alak, a *Lartet* és *Gaudry* leirta *dryopithecus Fontani* jöhet szóba, a mely az emberszabású majmok eddig talált legősibb alakja. A jelzett alak ugyan még kevéssé ismeretes, mindazonáltal semmi sem szól ellene annak, hogy ne lehetett volna *az emberhez vezető fejlődési sornak is a kiinduló pontja*. Kétségtelen, hogy azt a két pontot, a melyen ez állott és a melyet a jelenkor embere elfoglal, óriási távolság választja el egymástól, önként érthető tehát, hogy a közbeeső alakoknak nagy számára van szükségünk, hogy a kezdőpontot összeköthessük a végponttal. Mai ismereteink már kétségkivül sok támasztékot szolgáltatnak erre nézve, ámde mindenekelőtt tisztába kell jönnünk azokkal a szervezeti bélyegekkel, a melyek az ember és a majom közé éles határt vonnak. E bélyegek, mint már fentebb is jeleztük, az egyenes testtartás és az agyvelő hatalmas fejlettsége. *Schwalbe* nézete szerint e kettő közül az egyenes testtartás a korábbi szerzemény, a mely az agyvelő kifejlődését megelőzte, mert a fordított sorrend egy négy lábon járó lénynél — mechanikai okokból — el sem képzelhető. Ezen a nyomon haladva misem könnyebb, mint magyarázatát adni annak a ténynek, hogy a *pithecanthropus erectus*-on miért találunk az emberéhez annyira hasonló czombcsontot, olyan koponyaalkattal párosulva, mely az emberétől nagyon távol esik. A *pithecanthropus erectus* ugyanis a kétlábúak felfelé vezető sorának épen azon a pontján áll, a hol ez a sor az emberszabású majmoktól elágazik. A jávai majomember a hominidák családjának első tagjául tekintendő, a nélkül azonban, hogy ezzel együtt az embernek töle egyenes ágon való eredését kellene feltennünk, sőt ez annál kevésbé valószinü, mert mindinkább halmozódnak a tények, melyek a *pithecanthropus*-sal egykorú harmadkori ember feltevését sürgetik.

Minden valószinűség szerint ezt a harmadkori hypothetikus embert követte azután a negyedkor elején a neandervölgyi ember, a *homo-primigenius*, a mely a negyedkor közepén helyet ad a földet ez idő szerint benépesítő *homo sapiens*-nek, úgy hogy az utóbbi vagy egyenes, vagy mellékágon való leszármazottja a neandervölgyi ősnek. *Tóth Zsigmond* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Makara Lajos: A végtagok sebészeti bántalmainak gyógyítása. A „Therapia" czimü vállalat (szerkesztik: Justus Jakab és Szerb Zsigmond) első sorozatának VIII. kötete. Budapest, 1905. Singer és Wolfner kiadása.

A 276 oldalas munka első sorban a gyakorló orvosok számára iródott, kikkel szerző könnyed módon óhajtotta megismertetni a végtagok sebészetéből mindazt, mi gyakorlatilag fontos, még pedig a legújabb tudományos felfogások és vivmányok alapján. Ennek a munka kitünően megfelel. Szerzője a mü czélját

szigorúan követi, mellőzi a lényegtelen és elvont tudományos értékű dolgokat, csak a valóban fontosra szorítkozik, ezt azonban kellő alapossággal méltatja.

A könyv mindenben a személyes tapasztalatok bélyegét hordja magán. Beosztásában szerző a rendes sablontól eltér; anyagát nem a közönséges topographiai beosztás szerint tárgyalja, sem a szokott kórtani séma szerint, hanem megfelelve a gyakorlati czélnak, a különböző természetü bántalmak gyakoriságát veszi alapul a beosztásban. Az I. fejezetben ennek megfelelőleg a végtagok traumás bántalmait méltatja Külön szól itt az első segélynyujtásról, a sebkezelés elveiről általában, majd taglalja a különböző származású végtagsebzéseket a sebzés minősége és az egyes végtagtájékok sajátossága szerint; nagyon tanulságos és igen megkapóan megirt része ezen fejezetnek a törések és ficzamodások ismertetése, mely egymagában közel 100 oldalra terjed és egy-egy általános rész után, mely a tünetekről és kezelésről általában szól, az egyes törésekről és ficzamalakokról külön mondja el a lényegesebb tudnivalókat. Szerző barátja a Dollinger-féle sínkötéseknek, Dollinger tanár járókötéseit pedig úgy alszár-, mint czombtöréseknél külön is és igen tanulságosan irja le. A fontosabb müfogásokat szemléltető rajzok illustrálják. A köny II. fejezete a végtagok acut fertőzéses gyuladásainak, a III. fejezet a gümős végtagbetegségeknek van szánva. A gümős izületi gyuladásoknál is Dollinger elvei szerint jár el a szerző. Conservative kezelendő esetekben ajánlja practikus és czélszerü természetüknél fogva Dollinger tanár rögzítő gipszkötéseit és tokos készülékeit; súlyosabb esetekben felállítja az operativ beavatkozás indicatioit, kisebb mütéteket, melyeket a gyakorló orvos is kivihet, behatóan ismertet, a nagyobb mütéti eljárások részletezésére azonban természetesen nem tér ki. Ez már a szaksebészet körébe tartozik. A IV. fejezet a végtagok daganatairól és azok gyógyításáról szól, az V. fejezet a sebészi bőr- és körömbetegségekről, a VI. fejezet az edényrendszer betegségeiről (varicositások, aneurysmák) és ezeknek következményeiről (gangraenák). Érdekesen megirt része a könyvnek a VII. fejezet, a végtagok elferdüléséről; szerző dióhéjban ismerteti az összes idetartozó és fontosabb deformitásokat, azok gyógyitását, úgy hogy a gyakorló orvos adott alkalmas körülmények között maga is kezelheti e bántalmakat, avagy ha betegét orthopaed sebész kezelésére bizza, rövidesen tájékozódhatik „a gyógyítás menetéről, időtartamáról és kilátásai felől". Az utolsó, VIII. fejezet végül két gyakorlatilag fontosabb fejlődési rendellenességről, a polydaktyliáról és syndaktyliáról szól.

A munka csak kipróbált sebészeti módszereket ismertet; szerző nagy személyes tapasztalattal, kitünő kritikával választotta meg anyagát és azt olvasójának valóban élvezetes módon nyujtja. Egyszerüen, szinte megkapó közvetetlenséggel ir. Egyes sajátos állitásokat rövid kórtörténeti kivonatokkal bizonyít, melyek sejtetik ama bő ismereteket, melyekből e munka leszürődött. Nyelvezete mindenütt világos és folyékony.

Makara tanár könyvét úgy a gyakorló orvosoknak, mint a sebészeti klinikák hallgatóinak a legmelegebben ajánlhatjuk.

Gergő.

Uj könyvek. *E. Finger:* Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 6. Auflage. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *H. Finkelstein:* Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. 1. Hälfte. Berlin, H. Kornfeld. — *C. Levaditi:* Antitoxische Prozesse. Jena, G. Fischer. — *H. Magnus:* Sechs Jahrtausende im Dienst des Aeskulap. Breslau, J. N. Kern. — *H. Tillmanns:* Die Verletzungen und chirurgischen Krankheiten des Beckens. Stuttgart, F. Enke. — *P. Wagner:* Die Fortschritte der Nierenchirurgie im letzten Dezennium. Berlin, H. Kornfeld. — *Faber:* Beiträge zur Pathologie der Verdauungsorgane. 1. Band. Berlin, S. Karger. — *J. Pal:* Gefässkrisen. Leipzig, S. Hirzel. — *Gutzmann:* Die Sprachstörungen als Gegenstand des klinischen Unterrichts. Leipzig, G. Thieme. — *Hitzig:* Welt und Gehirn. Berlin, A. Hirschwald. — *Kraepelin* und *Littmann:* Die königliche psychiatrische Klinik in München. Leipzig, A. Barth. — *G. Ricker:* Entwurf einer Relationspathologie. Jena, G. Fischer. — *G. Daremberg:* Les differentes formes cliniques et sociales de la tuberculose pulmonaire: pronostic, diagnostic, traitement. Paris, Masson et comp. — *Dévé:* Les cystes hydatiques du foie. Paris, Rudeval. — *R. Gaultier:* Technique de l'exploration du tube digestif. Paris, Baillière et fils. — *J. Félix:* Les épidemies et les maladies contagieuses au XX^e siècle. Paris, Vigot frères. — *F. Swinford Edwards:* Carcinoma of the rectum: its diagnosis and treatment. London, Baillière, Tindall and Cox. — *G. Herschell:* Electrical methods in the treatment of affections of the stomach and intestines. London, A. Siegle.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A Langerhans-féle szigetek megnagyobbodása és a májbajok közti összefüggésről érdekes észleletekkel számol be *J. C. Ohlmacher* az Amer. journ. of the med. scienc. 1904. évi augusztusi számában. Minthogy ugyanis már többeknek feltünt az a körülmény, hogy májbajokkal gyakran együttjár a pankreas Langerhans-féle szigeteinek megnagyobbodása, Ohlmacher 40 esetben megmérte a pankreas szigeteinek nagyságát, s ezzel párhuzamosan mindig registrálta a máj állapotát is. Megfigyeléseiből kétségtelenül kiderül, hogy a szigetek nagysága és a máj degeneratiojának foka között szoros összefüggés van. Minél jobban előrehaladt ugyanis a degeneratio, annál nagyobbak a szigetek. Kivételt a megvizsgált anyagban csak két eset képezett. Az egyikben a máj el volt zsírosodva, s a folyamat úgy látszik oly gyorsan folyt le, hogy a szigeteknek nem volt alkalmuk megnőniök; a másik esetben a szigetek igen nagyok voltak, a máj elváltozásai pedig igen kis fokúak. Ebben az esetben azonban uraemia volt jelen, s lehetséges, hogy ez befolyásolta primaer a pankreast. Ohlmacher megfigyelései főleg azért érdekesek, mert első anatomiai bizonyitékát adják annak a különben már ismeretes ténynek, hogy a máj és a pankreas működése a szénhydratok átváltoztatásánál összefüggésben van egymással. A dolog t. i. úgy áll, hogy a pankreas szigeteinek megnagyobbodását compenzáló hypertrophiának kell tekinteni, mely hivatva van pótolni a megbetegedés következtében hiányossá vált májfunctiót. Ohlmacher észleletei azért is értékesek, mert alkalmasak arra, hogy a diabetes legalább némely alakjának pathogenesisére világot vessenek. Ha úgyanis a máj megbetegedése következtében e szerv glykogent képező képessége alászáll, voltaképen mindig kisebb-nagyobb fokú glykosuriának kellene fellépni. Hogy ez még sincs igy, azt csakis a pankreas szigeteinek vikariáló működésére lehet visszavezetni.

Marikovszky.

Belgyógyászat.

Heveny fertőző betegségeknek, főleg typhus abdominalisnak a vérkeringési szervekre gyakorolt hatásáról értekeznek egyrészt *T. Wiesel*, másrészt *N. Ortner* (Bécs). Előbbi kizárólag kórboncztani, utóbbi klinikai vizsgálatokat végzett. A két közleményt főbb pontjaikban a következőkben foglalhatjuk össze.

10 év óta feltünt *Ortner*-nek, hogy typhus egyes eseteiben igen kifejezett dikrot pulsus mellett az Ao. II. feltünően ékelt a P. II. normalis volta mellett.[1] A dikrotismus ez ékeltség eltünése után is megmaradt, de az ékeltség csökkenésével a beteg gyöngülése lépést tartott. Ezen esetektől ösztönözve 38 tiszta typhusinfectionál, melynél a diagnosis kivétel nélkül *Gruber-Vidal*-reactio által és legtöb esetben a typhusbacillusoknak a vérben való kimutatása által positiv biztosságú volt, végzett vizsgálatokat a vérkeringési szerveken. Ezek szerint az Ao. II. ékeltsége csak 8 esetben hiányzott. Valószinü, hogy maga a láz is hozzájárulhat a tünethez, de annak semmi esetre sem kizárólagos okozója, mert az Ao. II. ékeltsége olyan esetekben hiányzott, melyekben a hőemelkedés igen jelentékeny volt és a bántalom fokozódásával az ékelt esetekben az ékeltség mind kifejezettebb lett, bár a hőemelkedések változatlanok maradtak vagy jelentékenyen csökkentek, sőt már meg is szüntek. Hogy a typhus abdominalisnak jellegzetes befolyása van a vérkeringési szervekre, kitünik a relativ bradycardiából és a csaknem diagnostikai értékünek tekintett dikrotismusból is, mely az Ao. II. ékeltségével járó 29 eset közül csak kettőben hiányzott, mig az ékeltséggel nem járó 9 eset közül csak háromban volt meg. Az ékeltséggel egybekötött esetekben feltünő továbbá a pulsus pseudoceleritása, teltsége és nagy excursioja, úgy hogy az Ao. II. ékeltsége typhusban általában telt, nagy excursiós, pseudoceler és dikrot ütérveréssel, az ékeltség hiánya pedig üres, kicsiny, nem dikrot, nem pseudoceler pulsussal jár együtt.

Az accentuatioval a csúcslökés resistentiájának emelkedése párhuzamos, a mi szintén a bal gyomrocs munkatöbblete mellett

[1] A továbbiakban Ao. II. = Aorta II. hangja, P. II. = Pulmonalis II. hangja.

bizonyít, s így jogosnak tartja azon feltevést, hogy *typhus abdominalis oly eseteiben, melyekben az Ao. II. hangosabb, mint a P. II., a szív fokozott munkavégzése áll fenn.*

A ma uralkodó nézetek szerint a dikrot emelkedés reflexhullám, mely a hajszáledényeket teljesen betöltő vérsejteken keletkezik vagy direct, positiv visszahaladó *(v. Frey. Krehl)*, vagy a zárt semilunaris billentyűkről másodszor visszavetett hullám alakjában *(v. Kriess, Tigerstedt)*.

Kérdés, mi okozza azt, hogy a physiologiai dikrotismus oly kifejezetté válik, hogy a peripheriás edényeken tapintható? *Frey* e tekintetben kedvező körülménynek tartja: a pulsus szaporaságát, a magas testhőmérséket és az edénytonus csökkenését. Utóbbi azonban nem egyértelmű az alacsony vérnyomással, mert a peripheriás edénytágulást a splanchnicus-edényrendszer szükülete kiegyenlíti. *Kries* és *Gerhardt* is ugyanezen véleményen vannak és ez szerző felfogása is, azon hozzáadással, hogy az edények ellazulása nem az edénytonussal van összefüggésben, hanem a vérnyomással. Ezt bizonyítja a peripheriás legkisebb edényeknek tágulása, mi a bőr vörösségében nyilvánul, továbbá azon tény, hogy lázas infectiós bajokban gyakran capillar-pulsus, sőt *Quincke*-féle centripetalis visszérlüktetés is észlelhető. A typhus-esetek nehányában is megvolt, sőt egy tuberculosis miliaris esetben a *kapillar-pulsus eddig ismeretlen dikrotismusát* is kimutathatta, a mi az arteriás és a hajszáledényrendszer nagy mérvű ellazulását bizonyítja. (A tünet megmagyarázása meglehetős nehéz; a dikrotismus keletkezésének ma elfogadott elméletei szerint vagy azt kell feltételezni, hogy a centrifugalis reflexhullám látható marad a tágult és ellazult capillarisokban, vagy hogy a reflexio helye a hajszáledényeken túl, a legkisebb visszerekbe került.)

Hogy az edényfal ellazulása mellett a vérkeringés compensatioja fennmarad, azt az bizonyítja, hogy a vérnyomás állandóan változatlan. 14 esetben végzett vérnyomás-meghatározásokat (miután e tekintetben az irodalomban legellentmondóbb véleményekkel találkozott) s kimutatta, hogy az a gyógyult esetekben állandóan a physiologiai határok közt maradt, még a reconvalescentia idején is. Nem talált különbséget a pyramidonnal mesterségesen láztalanná tett és a bradycardiás esetekben sem. Letalisan végződött két esetben (exitus a 2—3. héten) az eredetileg normalis vérnyomás napokkal az exitus előtt subnormalissá vált. Azon nyolcz esetben, melyekben az Ao. II. ékeltsége észlelhető nem volt, a pulsus radialis mérsékelten telt, nem magas, nem pseudoceler, többnyire nem is maradt dikrot, de a felületes arteriák ütérfal-ellazulása mindig megvolt; ennek daczára állandóan normalis a vérnyomás, a mi arra mutat, hogy az edényrendszer más részében kompenzáló edényösszehúzódásnak kell fennállania.

Feltünő, hogy a dikrotismus fellépte az Ao. II. ékeltségét majd megelőzi, majd követi, hogy az ékeltség majd továbbtart mint a dikrotismus, majd az utóbbi hosszabb tartamú, mint az előbbi, a miből az következik, hogy nem a felületes arteriocapillaris rendszer ellazulása és tágulása egyedüli oka a szív fokozott munkájának. A másik közvetlen ki nem mutatható ok nem kereshető másban, mint a splanchnicus edényrendszerben. Míg ez compenzálólag tud működni, semmi ok sincs a szív fokozott munkájára.

A mi az esetek e tekintetben észlelhető különbözőségét illeti, ez nem függ az intoxicatio súlyosságától, mert könnyü és súlyos esetekben egyaránt észlelhetők e tünetek, hanem a splanchnicus-edényrendszer beidegzésének egyéni különbözőségétől.

A *Romberg-Paessler*-féle állatkisérleti vizsgálatok szerint a kisérleti infectio illetve intoxicatio által előidézett vérnyomáscsökkenéssel egyidejüleg a szív fokozott munkájának egy időszaka is fennáll, mely a vasomotorok sérülése által csökkentett vérnyomást a normalis fokon képes megtartani. Igaz, hogy e kisérletek pneumococcus-, diphtheria-, dysenteria-toxinokkal történtek, melyeknél a vasomotor-hüdés acute állott be, de ha ily acut beálláskor is képes a szív compensatiora, annál bizonyosabban képes arra a fokozatosan fejlődő insultus esetén. Az állatkisérlet azon ténye pedig, hogy a szívmunka épen akkor lett legerősebb, mikor a testhőmérsék leesőben volt, azt bizonyítja, hogy a vérkeringés leirt elváltozásai nem a láz, hanem a typhus-toxin specialis hatásának következményei.

Halállal végződött esetei vizsgálatából arra a következtetésre jut, hogy typhus abdominalisban kezdetben a peripheriás vasomotorok működésében áll be zavar, s csak később következik be a szívizom megbetegedése, mely addig a peripheriás zavarokat fokozott működésével compenzálta. Sem egyedül a szívgyengeség, sem egyedül a peripheriás edényhüdés nem oka a halálnak, hanem az, hogy az edényrendszer mindkét része (szív és arteriák) megszünik működni. A szív kimerülése csak a halál előtt néhány nappal veszi kezdetét.

Mindezek szerint typhus-abdominalisban a typhus-toxin specialis hatása következtében kezdetben a peripheriás edényrendszer külső része vasomotor-paresis következtében tonusát elveszti, ellazul és tágul. E tágulat okozta vérnyomás-csökkenést az erősebb tonussal biró splanchnicus-edényrendszer szükülete compenzálja, s a vérnyomás alászállását meggátolja. Ez állapot nyilvánul a pulsus dikrot voltában. Midőn a splanchnicus-edényrendszer tonus-csökkenése is beáll, az egész peripheriás edényrendszer tágulását a szív fokozott működése compenzálja, a mi a dikrot pulsus mellett az Ao. II. ékeltségében és a csúcslökés fokozott resistentiájában klinice is kimutatható, és a minek folytán a vérnyomás továbbra is változatlan marad.

Kérdés ezek után, *miként viselkedik a szív lázban?* Az eddigi szerzők egy része a szívmunkát fokozottnak tartja *(Passler, Rolly, Hensen)*, mások *(Naunyn, Rosenbach)* ezt tévesnek mondják. Szerző szerint a tévedés abban áll, hogy a hőmérsék emelkedését teszik e kérdés döntő tényezőjének, pedig vizsgálatai azt mutatják, hogy a felületes és mély peripheriás edényrendszer állapotától, azaz a vasomotoros rendszertől függ a szívmunka mennyisége infectiós, lázas bajoknál, s csak így magyarázható, hogy ugyanazon egyénnél ugyanazon baj lefolyása alatt is a szívmunka majd fokozott, majd csökkent.

Idevág a postinfectiós bradycardia okának eldöntése is (hat esetben volt kifejezett). *Dehio, Schrötter* mutatták ki, hogy ezt a szívizom ingervezető képességének csökkenése hozza létre. A szívizom ez elváltozását nem okozhatja egyszerü kifáradás, mert olyankor is észlelhető, midőn a szívnek nagyobb munkafeladata nem volt. (Ao. II. nem ékelt.) *Wiesel* a halálosan végződött esetek közül háromban kimutatott a szívizomban a *Romberg*-féle interstitialis myocarditis mellett parenchymás és zsíros degeneratiót. A nagyobb és középnagy arteriákban a media ruganyos elemeinek nagyfokú elváltozásait találta (szétesés, elpusztulás). Azaz legalább a letalis esetekben az edényellazulást nemcsak a tonus-csökkenés, hanem az edényfal súlyos anatomiai elváltozása is okozza. *Wiesel* továbbá az összes letalis esetekben a sima edényizomzat erős contractioját találta, valószinüleg a klinikailag kimutatható praeagonalis vérnyomásemelkedés kifejezőjeként. Végül a szívizomzat feltünő összehúzódását és a máj nagymérvü vérbőségét mutathatta ki, a mi a terminalis splanchnicus-hüdésnek felelne meg.

Lefolyásukban typhushoz igen hasonló más esetekben talált leletei is teljesen megfelelnek eddigi felvételeinek, mint a közlött öt kórtörténet bizonyítja, valamint két typhus esete is, melyek közül egyikben acut endocarditis mitralis insufficientiával, a másikban myocarditis chronica fibrosa, endarteriitis chronica aortae és insufficientia valv. semilun. aortae volt a complicatio.

Utóbbi esetben eleinte a nem ékelt Ao. II. mellett hangos fúvó diastolés zörej van az aortán, az aorta-elégtelenség peripheriás tüneteivel és a radialis pulsus dikrotismusával. Utóbbi tünet fokozatos erősbödése mellett a puls. celer fennáll, de az Ao. II. ékeltsége kifejlődik és ezzel arányosan a diastolés zörej gyöngül, majd megszünik. Pyramidon-hatás alatt megszünik a dikrotismus, Ao. II. nem ékelt, s a zörej ismét megjelenik, hogy a pyramidon hatás megszünte után ismét az előbbi tünetcsoportnak adjon helyet. A terminalis időszakban megszünik a dikrotismus, az ékeltség, s a diastolés zörej erőssé válik. Ismeretesek zörej nélkül, vagy periodus-zörejekkel lefolyó aorta-elégtelenségek. Ezen esetekről az irodalmi közvélemény az, hogy nem teljes elégtelenségek esetében a szívmunka csökkenésekor tünnek el, s annak fokozódásakor állnak be a zörejek, tehát épen fordított viszonyok közt, mint a jelen esetben, melyben a szívmunka fokozódásával arányban gyöngült, illetve eltünt a diastolés zörej. *Krehl* mutatta ki, hogy az aorta-billentyük prompt záródásában a gyomrocsizomzat bizonyos részei is mértékadó szereppel birnak,

s ezért aorta-insufficientia állhat be a billentyü-izompamat hiányos összehúzódása következtében. Ezen izompamat az adott esetben fokozott szívmunkánál erősebb összehúzódásokat végezvén, a billentyük defectusát annyira kisebbíthette, hogy a regurgitatio csekélysége miatt zörej nem keletkezett. Ezzel a felvétellel látszólag ellentétben áll, hogy a zörej eltüntével a feltételezett regurgitatio hiánya daczára a pulsus celeritása megmaradt, azonban e celeritás tulajdonképen a véredényellazulással s a szív fokozott működésével a többi esetben is együttjárt pseudoceleritás által volt utánozva. Ez eset tehát azt mutatja, hogy a *Krehl-Romberg* által felvett zörej nélküli, muscularis aorta-elégtelenség csakugyan előfordulhat.

Therapiai szempontból az előadottak alapján fontosnak tartja szerző, hogy a szivkifáradás tüneteinél cardiotonica, főleg digitalis, adagoltassanak. A prognosist kedvezőtlennek tartja, ha a meglevő dikrotismus a pulsus feszességének csökkenése közben visszafejlődik, főleg pedig akkor, ha az Ao. II. fennálló ékeltsége fokozatosan kevésbé kifejezetté válik és megszünik. Midőn e két tünet beáll és a normális vérnyomás csökken, a végtagok hűvösekké és lividekké válnak, közel áll az exitus.

Egy recidivás esetében, bár a dikrotismus visszafejlődött, az Ao. II. ékelt maradt a szabad időszakban, és a recidiva alatt is. Ezért az Ao. II. ékeltségének megmaradását a deferveskálás után a recidiva lehetősége jelének tekinti. (Zeitschr. f. Heilk. 1905. *I. Wiesel.* Heft II. *N. Ortner.* Heft II. u. V.)

R. Zs.

A vaskészítmények használatának javalatairól és ellenjavalatairól gyomorbajokban ir *Elsner*, a Boas-féle poliklinika segéde. Tapasztalatait a következő pontokba foglalja össze: 1. Dyspepsiás jelenségek egymagukban még nem ellenjavalják vaskészítmények használatát. 2. Dyspepsiás tünetek jelenléte esetén, mielőtt az egyéb okokból szükségesnek mutatkozó vas-adagolást megkezdenők, a gyomor functionalis vizsgálatát kell végeznünk. 3. Ellenjavalt a vas használata *a)* a gyomor organikus megbetegedéseiben; *b)* hyperaciditas vagy hypersecretio eseteiben; *c)* ha a meglevő dyspepsiás jelenségek vas használata mellett fokozódnak. 4. Functionalis gyomorbajokban a perdynamin nevü vaskészítményt a szervezet jól türi, sőt secretorius insufficientia eseteiben közvetlenül a gyomorra nézve is előnyös, mert ennek nedvelválasztását fokozza. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. 6. füzet.)

A külső levegő hőmérsékének befolyását a czukorkiválasztás nagyságára vizsgálta *Lüthje*. Pankres-kiirtással súlyosan diabetesesekké tett kutyákat különböző hőmérséknek tett ki és azt tapasztalta, hogy magas (30° C.) hőmérsék mellett tartott kutyák sokkal kevesebb czukrot választanak ki, mint alacsony hőmérsék mellett tartottak. Minthogy a kisérleti állatokat kizárólagosan fehérjével táplálta, az eredmények a fehérjéből való czukorképződésre is vetnek némi világosságot. Erre azonban jelenleg nem akarunk kitérni és csak azt említjük meg, hogy szerző diabetesben szenvedő néhány emberen is tett megfigyeléseket, a melyek arra az eredményre vezettek, hogy melegben a czukorkiválasztás csökkent, ezenkivül a tolerantia a szénhydratokkal szemben fokozódott s a betegek erőbeli állapota és testsúlya is feltünő gyorsan gyarapodott. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. 5. füzet.)

Idegkórtan.

A reszketésről, mint az iszákosság felismerésére szolgáló jelről *Fürbringer* 500 egyénen tett vizsgálatai alapján előadást tartott. 452 eset a friedrichshaini kórházból való, a többi a magángyakorlatból. Az egyszerüség kedvéért statistikájában a nem ivókat és mérsékelt ivókat nem ivók jelzés alatt foglalta össze, a közepes iszákosokat és iszákosokat egyszerüen ivóknak jelzi. Az 500 eset közül 91·5% nem ivó és 8·5% ivó nem vagy alig reszketett, 73% nem ivó, 27% ivó mérsékelten, 28% nem ivó és 64% ivó erősen reszketett. Tehát lehetséges, hogy az iszákos nem reszket (kb. 8·5%); mérsékelt reszketésből iszákosságra nem lehet következtetni; az erős és igen erős reszketés csak valószinüvé teszi az iszákosságot.

Az iszákosok reszketése alakilag nem különbözik a neurastheniás és hysteriás reszketéstől, intentiós mozgásoknál mind a három fokozódik. A reszketés vizsgálatakor tekintetbe kell venni a hidegbehatást, izgatottságot, öreg kort, megerőltetést, súlyos betegségből való reconvalescentiát, a progressiv paralysist, arsen-, ólom-, kéneső-, morphium-, tea-, kávébehatást, az öröklött reszketést, a sok foltú keményedést, a Basedow kórt, epilepsiát, a Parkinson-kórt, a lázat, a nicotint, ergotint, phosphort, uraemiát, hemiplegiát, kisagydaganatot, myxoedemát, irógörcsöt stb. A statistikában említett nem iszákosok legnagyobb része neurastheniás volt, különösen sok volt a nemi és traumás neurastheniában szenvedő (28 eset), azután az acut infectiós bajok következnek és a tuberculosis. A korra és nemre való statistika a következő. 328 férfi közül nem vagy alig reszket 102 nem ivó, 17 ivó, mérsékelten reszket 88 nem ivó, 54 ivó, erősen reszket 18 nem ivó, 49 ivó. 143 asszony közül alig vagy nem reszket 76 nem ivó, 1 ivó, mérsékelten 52 nem ivó, 2 ivó, erősen 10 nem ivó, 2 ivó. 29 gyermek közül alig vagy nem reszket 16 nem ivó, mérsékelten reszket 13 nem ivó Ebből látszik, hogy a reszketés maga nem elég az iszákosság megállapítására, hanem annak egyéb tüneteit is keresni kell. (Berl. klin. Wochenschrift. 1905. május 22.)

Kollarits Jenő.

Az iszákosság felismeréséről a Quinquaud-féle jellel *H. Hoffmann* és *H. Marx* beható vizsgálatokat tettek. Ezt a tünetet *Quinquaud* fedezte fel és abban áll, hogy ha a vizsgált egyén feszített ujjait saját tenyerünkre helyezi, 2—3 másodpercz mulva könnyü rázkódást tapasztalunk, mintha az ujjcsontok hirtelen egymáshoz és a vizsgáló tenyeréhez ütődnének, az érzés gyenge dörzsölés és ropogás között ingadozik. Szerzők a Moabit vizsgálati fogházban 1018 egyén mindkét kezét vizsgálták.

Erre vonatkozólag a következő eredményeket közlik.

A tünet hiányzott 308 mérsékelt ivón és nem ivón, 122 ivón és 43 iszákoson; 1. számmal jelzett fokban megvolt a tünet 219 nem ivón és mérsékelt ivón, 126 ivón, 56 iszákoson; 2. számmal jelzett fokban megvolt a tünet 52 nem ivón és mérsékelten ivón, 36 ivón és 26 iszákoson; 3. számmal jelzett fokban megvolt a jel 12 nem ivón illetve mérsékelt ivón, 5 ivón és 13 iszákoson. A *Quinquaud*-féle jel tehát hiányzott 52·2%-ban nem ivón, illetve mérsékelt ivón, 42·2% ivón és 31·1% iszákoson.

138 nem ivó vagy majdnem abstinens közül 61·6% ban nem volt meg e jel, a többiben különféle fokban megvolt. Erős fokú *Quinquaud*-féle jel az abstinensek 10·8%-ában és az iszákosok 19%-ában volt feltalálható.

Ezen statistikai adatokból a következők folynak:

1. A *Quinquaud*-féle jel hiánya vagy mérsékelt foka nem enged biztos következtetést abstinentiára és legfeljebb 3:2 arányú valószinüséggel szól az abstinentia mellett.

2. Nagyfokú *Quinquaud*-féle jel 3:1 arányú valószinüséggel szól nagyobb iszákosság, 2:1 arányú valószinüséggel mértéken túl való ivás mellett. A *Quinquaud*-féle jelből származó crepitatio stethoskoppal is hallható, oka a szerzők szerint az egyes izomkötegek nyugtalansága. (Berl. klin. Wochenschrift. 1905. május 8.)

Kollarits Jenő.

Sebészet.

A bélrákok keletkezéséről és növekedéséről értekezik *Marckwald*, a barmeni közkórház prosectora. Szerinte a rák kiinduláspontját a bél submucosájában egy sejt vagy sejtconglomeratum képezi, nagyon valószinü, hogy e sejtek foetalis eredésüek. E sejtek az élet bizonyos szakában szaporodni kezdenek és kompakt sejttömegeket képeznek. Hogy mi ezen szaporodás oka, azt nem tudjuk; eseteiben sem gyuladást, sem traumát nem észlelt. *Marckwald* a gyuladásnak nem tulajdonít szerepet, mert például a féregnyújtvány gyuladása gyakori, noha elsődleges rákja ritka. A kompakt sejttömegek növekedése közben a tágult nyirokrésekbe, mint a hol a legkisebb az ellenállás, beleburjánoznak a ráksejtek, s innen van az, hogy az elsődleges daganat közvetlen közelében észlelhetünk már áttételeket. A rák környezetében levő szövetek a rák növekedésével szemben passive viselkednek, stromaképzésnek nyomát sem észlelte. Sem a bélmirigyek burjánzása, sem a bél nyálkahártyájának elhalása, sem a véredények tágabb volta nem jellegzetesek a rákra, a mennyiben M. hasonló képet észlelt

sarkomás gyomor környékén is. (Münchener med. Wochenschr. 1905. 22. sz.) *Steiner Pál* dr.

Cervicalis borda subclavia-aneurysma tüneteivel járt *Murphy* esetében; az abnormalis borda resectioja a beteget az összes kellemetlen tünetektől, hangyamászás, érzéketlenség a kézben, lancináló fájdalmak az egész felső végtagban, megszabadította. A diagnosisban a radiographia lényeges szolgálatot tett. (Annals of surgery, 1905. márczius.) *Pólya.*

Venereás bántalmak.

Neisser tanár levele Bataviából. *Neisser* boroszlói tanár tudvalevőleg ez év elején hosszabb tanulmányútra kelt Jáva szigetére, hogy ott a syphilis aetiologiáját és egyéb fontos, de még nem tisztázott kérdéseit anthropoid majmokon kutassa. Az első impulsust erre nyilván azon nevezetes kisérletek adták, a melyek Párisból indultak ki és arra az eredményre vezettek, hogy a syphilis emberszabású majmokra aránylag könnyen átoltható. *Roux* és *Metschnikoff* állatkisérleteit ugyanis csakhamar *Lassar* (Berlin) és *Neisser* is megerősíthették. Ezen oltási kisérletek azonban mind igen nagy nehézségekbe ütköznek continensünkön, mert a szükséges majomanyag egyrészt felette költséges, másrészt a fogságban és idegen klimában csakhamar elpusztul. A levélben, mely a „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ elnökségéhez van intézve, *Neisser* sok oly általános orvosi érdekü észleletről tesz említést, hogy nem vélünk felesleges munkát végezni, ha azt rövid kivonatban közöljük.

Bevezetésül *Neisser* félig humorosan, félig elegikusan arról panaszkodik, hogy a tudományos világ túlsokat vár expeditiojától, hogy a „védő oltás“ vagy egy kész autilueses „serum“ a legkevesebb, a mit tőle elvárnak. Pedig a viszonyok ott is felette nehezek. Magához a berendezéshez (anyagszerzés, alkalmas istállók épitése) már hetekre volt szüksége. *Bataviát* azért választotta állandó vizsgálati helynek, mert a különböző hatóságok még legjobban ott járnak a kezére; az anyagszerzés is innen megy legjobban, bár *Jáva* szigetén aránylag kevés a majom s az is mind alsóbbrendü. Az anthropoid majomanyagot ezért *Borneoból*, *Szumatrából* és *Singaporeből* nyeri. A vizsgálatot nagyon megnehezíti az a körülmény, hogy a majomanyag a fogságban még *Bataviában* is felette erősen pusztul, még pedig sajnosan, épen a legbecsesebb anyag (orang, gibbon). A pusztulás oka ugyanaz, mint Boroszlóban volt: súlyos dysenteria, melyet valószinüleg egy coli fajta okoz. A pusztulást nem csökkenti a legjobb gondozás és ápolás sem, mely valóban kifogástalan.

Meglepő és a vizsgálatokra egyúttal hátráltató az is, hogy rendkivül kevés a friss syphilis eset, mely *Neisser*-nek oltó anyagul rendelkezésre állana, pedig a bataviai helyőrség nagyságából itélve épen az ellenkező volna várható. Sok azonban a tertiaer és a csontsyphilis-eset. Ez a látszólagos paradoxon onnan ered, hogy az ottani nép a nem fájdalmas primaer és secundaer tünetekkel legtöbbször egyáltalán nem törődik. A condylomás szakban levő betegek hiányának oka *Neisser* szerint talán abban is rejlik, hogy a benszülött lakosság rendkivül tiszta, naponta többszörösen mosdik és fürdik. Daczára e fennforgó nehézségeknek, *Neisser*-nek már is sikerült számos syphilisoltást majmokon végezni. Első feladatának most azt tekinti, hogy megfigyelje és megállapitsa az emberszabásu majmokon a syphilis teljes lefolyását. További terve azután az, hogy egy csapat syphilissel beoltott majmot egy közeli, apró és teljesen lakatlan szigeten szabadon bocsát (megjelölve), mert az állatok csak igy élhetnek természetes viszonyaiknak megfelelően. Az életben levőket 1—2 év mulva megint összefogdostatná és további kisérletekre és megfigyelésekre használná. Mindezen vizsgálatok természetesen nagy idő- és pénzáldozatot igényelnek.

Általános érdekűek *Neisser* levelének azon részletei is, melyek az ottani prostitutiora vonatkoznak. Jáva szigetén, melynek 28 millió lakója van, a prostitutio nagy méretü és nem egységesen szervezett. A prostitutio terjedésében a katonaságnak kicsiny a szerepe, mert a benszülött katonák legnagyobbrészt nősek, az európaiak pedig szabadon választott feleséggel (rendesen házasság nélkül) élnek a kaszárnyákban. Mindezek daczára a bataviai helyőrség legénysége közt gyakoriak a venereás betegségek. A prostituáltak szervezett rendőri és orvosi felügyelet alatt állanak. Ezeknek főkontingensét elsősorban japáni nők képezik, másodsorban malayiak. Bataviában, hol körülbelül 100—120 ellenőrzött prostituált tartózkodik, minden szombaton történik az orvosi vizsgálat; a vizsgálat elég hiányos, a mennyiben csak a genitaliákra szoritkozik. A japáni nőket jellemzi a nagy tisztaság, a naponkénti szorgos mosdás, fürdés náluk magától értetődik. A bordélyházak körül és a bordélyházakban zavargás, illetlen hang vajmi ritka; ez föleg a japáni bordélyházakra áll. Tolakodó magaviseletet csakis az európai kéjnők tanúsitanak. Általában feltünő a csöndes, szinte előkelő utczai hang még a bordélyházas utczákban is. *Neisser* ezt az alkoholismus hiányának tulajdonitja: az alkoholismust az opiumszivás pótolja. Utóbbi azonban nem oly visszataszitó és veszedelmes következményeiben, mint azt általában hiszszük. *Neisser* néhány opiumházban megfigyelte a vendégeket; ezek nyugodtan üldögélve, fekve vagy olvasnak, vagy társalognak és általában egész normalis magaviseletet tanúsitanak. Csontig kiaszott, kóros mámorban levő áldozatokat sohasem látott. (Mittheilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1905. 3. kötet, 2—3. füzet.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A maretin nevü újabb antipyreticumot, melyet különösen tüdőgümőkórban szenvedők láza ellen ajánlottak, a berlini izraelita-kórház belbeteg-osztályán megkisérlették polyarthritis rheumatica ellen használni. Az eredmények — mint azt *Sobernheim* irja — nagyon jók voltak; 0·25—0·5 grammos adagoknak naponként 2—3-szor használata után még olyan esetekben is gyorsan beállott a gyógyulás, a mely esetekben más antirheumatikus szerekkel való kezelés eredménytelen maradt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 15. szám.)

Tussis convulsiva ellen *Wechsler* a thymobromal nevü új készitményt ajánlja. Ez a készitmény nem más, mint a herba thymi, folia castaneae vesrae és radix senegae macerálása útján készült szörp, a melynek minden 5 grammja 3 csepp bromoformot is tartalmaz. A szert a gyermek korához képest 15 cseppnyi — kávékanálnyi adagban kell rendelni, 3—4-szer naponként. A szert szerző eddig 30 esetben használta általában véve kielégitő, sőt néha fényes eredménynyel. (Wiener mediz. Presse, 1905. 22. szám.)

A gümőkór ellenes gyógyszerek közül újabban erősen tért hódit a *pneumin* nevü kreosotkészitmény. Sárgásfehér port képez, a mely formaldehydnek kreosotra hatása útján keletkezik. Előnye, hogy csaknem szag és iz nélküli és hogy maró hatása nincsen. A pneumin ½—1 grammos adagokban adható, 5 grammig pro die. Ára állitólag nagyon mérsékelt. (Therapeutische Monatshefte, 1905. 5. füzet.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. julius 21.

⊠ **Jubileum.** *Karika Antal* dr. szentmártoni járásorvos orvosi működésének félszázados jubileumát augusztus hó 3.-án ünnepli az országos orvos-szövetség győrvárosi és megyei fiókja.

+ **Epstein László** dr.-t, a budapest-lipótmezei állami elmegyógyitó-intézet főorvosát a belügyminister a nagyszebeni állami elmegyógyitó-intézet igazgatójává nevezte ki.

∠ **Csillag Ignácz** dr. borosjenői járásorvost Aradmegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki.

↑ **Hérics Imre** dr. rendőrségi kórházi segédorvost a belügyminister jelenlegi illetményeinek érintetlenül hagyása mellett fizetésnélküli rendőrorvossá nevezte ki.

+ **A budapesti orvosok szövetségének választmánya** megütközéssel vette tudomásul a „*budapesti női ruhaipar szövetkezet*“ azon eljárását, hogy a minden hozzá juttatott megrendelés értéke után 10%-ot ajánl fel az orvosoknak. Az orvosszövetségnek az a véleménye, hogy azon orvosok, a kik betegeiket ezen szövetkezethez utasitják, azon gyanúnak teszik ki magukat, hogy az igért százalékot elfogadják.

= **A tisztiorvosi vizsgára előkészitő tanfolyam Kolozsvárott** szeptember 15.-én kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágositást ad *Filep Gyula* dr. egyetemi magántanár (Kolozsvár, Mikó-utcza 1., közegészségtani intézet).

— **A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1905.-i évkönyve** a napokban hagyta el a sajtót *Löw Sámuel* dr. gondos összeállításában. A könyv első része, úgy mint eddig, a balneologiai egyesület ügyeit tartalmazza, míg a második a XV. magyar balneologiai congressuson tartott előadásokat és hozzászólásokat közli.

+ **Magyar fürdők látogatottsága.** *Uj-Tátrafüred* (VII. 10.) 593; *Iglófüred* (VII. 17.) 413; *Tátrafüred* (VII. 15.) 1559; *Tátra-Széplak* (VII. 9.) 622; *Lipik* (VII. 16.) 1982; *budai Erzsébet-sósfürdő* (VII. 14.) 1097;

† **Elhunyt.** *Rácz József* dr. 62 éves korában e hó 15.-én Miskolczon. — *Marosi Kálmán* dr., Marosvásárhely tiszti főorvosa, a marosvásárhelyi állami kórház nyugalmazott igazgató-főorvosa 59 éves korában e hó 15.-én Marosvásárhelyt.

△ **Az I. nemzetközi sebészcongressuson** tárgyalásra kitűzött kérdések referensei a következők: 1. A vérvizsgálás jelentősége a sebészetben: *Keen* (Philadelphia), *Sonnenburg* (Berlin), *La Torre* (Madrid), *Depage* (Brüsszel). 2. A prostatatúltengés kezelése: *Harrison* (London), *Rovsing* (Kopenhagen), *Rydygier* (Lemberg). 3. Sebészi beavatkozások nem rákos gyomorbajokban: *Mayo Robson* (London), *Eiselsberg* (Bécs), *Mattoli* (Piceno), *Monprofit* (Angers), *Rotgans* (Amsterdam), *Jonnesco* (Bukarest). 4. Az izületi gümőkór kezelése: *Bier* (Bonn), *Broca* (Paris), *Bradford* (Boston), *Codivilla* (Bologna), *Willems* (Gent). 5. A peritonitis kezelése: *Lennander* (Upsala), *Friedrich* (Leipzig), *Lejars* (Paris), *Mc Cosh* (New-York), *Krogius* (Helsingfors), *de Isla* (Madrid). 6. A sebészi vesebajok diagnostikája: *Albarran* (Paris), *Kümmell* (Hamburg), *Giordano* (Velencze), *Lambotte* (Brüsszel). A congressust Brüsszelben tartják szeptember 18.-ától 23.-áig.

⏀ **Kisebb hirek külföldről.** A Mikulicz halálával megüresedett breslaui sebészeti tanszékre *Garré* königsbergi tanárt hivták meg. — *Clemens* freiburgi magántanárt a belgyógyászat rendkivüli tanárává nevezték ki. — *Lucae* tanár, a hirneves fülorvos 70. születésnapját e hó 30. án ünneplik. — *Mannkopff*, a belgyógyászat tanára a marburgi egyetemen őszszel nyugalomba vonul; helyébe a fakultás *Brauer Ludolph* rendkivüli tanárt ajánlotta.

⨯ **Orvosi alapítvány.** *Gade* tanár Krisztiániában 150,000 svéd koronányi (körülbelül 180,000 kor.) alapítványt tett kórboncztani laboratorium és prosector atus szervezésére a bergeni kórház mellett.

✳ **Az indiai pestis-járvány** szünőfélben van. Junius hó utolsó hetében már csak 7486 haláleset fordult elő, míg az előtte való héten még 15,317 ember halt el pestisben. Hogy az izolálás mennyit tesz ki a pestis prophylaxisában, az kiderül a Punjab-tartomány börtöneiről szóló 1904. évi kimutatás azon adatából, hogy az emlitett évben az összes punjabi börtönökben csak egy ember halt meg pestisben.

△ **Az orvostanhallgatók száma a német egyetemeken** a mostani nyári félévben 5978, a mi a mult nyári félévhez képest 71-gyel kevesebb. Látogatottság tekintetében a német egyetemek orvosi fakultásai következőképen sorakoznak: München 950, Berlin 924, Freiburg 449, Würzburg 387, Leipzig 364, Heidelberg 329, Kiel 279, Strassburg 216, Bonn 206, Breslau 196, Marburg 193, Jena 192, Königsberg 186, Erlangen 176, Göttingen 174, Greifswald 169, Tübingen 157, Halle 156, Giessen 152, Rostock 128. Az idegen nemzetiségű hallgatók száma (2850) megközelitette a belföldiek számát (3128), egyes egyetemeken pedig jóval túlhaladta, igy Freiburgban (66 belföldi, 383 idegen), Heidelbergben (71 belföldi, 258 idegen), Jenában (47 belföldi, 145 idegen), Münchenben (343 belföldi, 607 idegen) és Würzburgban (153 belföldi, 234 idegen).

= **Az „Annales de l' Institut Pasteur"** juniusi számában *J. Viala* kimutatást közöl az 1904-ben az intézetben végzett veszettség elleni védoltásokról. A 750 beoltott egyén közül 5 halt meg veszettségben, a mi 0·66% volna. De közülök kettő leszámitandó, mert későn jelentkeztek az intézetben s igy az igazi mortalitás 0·39%. Franczia-országban Párison kivül még a következő városokban van Pasteur-intézet: Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille és Montpellier. Megjegyezzük itt, hogy a sokkal nagyobb anyaggal rendelkező budapesti Pasteur-intézet statistikája az 1904. évről még kedvezőbb, a mennyiben csak 0·32% halálozást tüntet fel.

‖ **Az alkohol bűnlajstromából.** A porosz statistikai évkönyv 1904.-i évfolyama szerint 1902-ben Poroszország nyilvános kórházaiban 13,377 embert vettek fel idült alkoholmérgezés és delirium tremens miatt, még pedig 12,576 férfit és 801 nőt. Azonkivül az elmegyógyintézetekben ugyanazon évben 1529 kifejezett alkoholos elmezavarban szenvedő embert kezeltek, 1418 férfit és 111 nőt. Ha még hozzá számitjuk azokat az egyéb psychosis-alakokat, a melyek aetiologiájában az alkohol szintén szerepet játszott, túlzás nélkül mondhatjuk, hogy Poroszországban 1902-ben a nyilvános kórházakban és tébolydákban legalább 20,000 ember állott kezelésben idült alkoholmérgezéssel járó bántalmak miatt.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 25. hetében (1905. julius 2.-tól julius 8.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 425 gyermek, elhalt 351 egyén, a születések tehát 101-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 26·4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21·7, az egy éven felüli lakosságnál: 20·1, az öt éven felüli lakosságnál: 6·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 6, apoplexia cerebri 4, convulsiones 4, paralysis progress. 0, tabes dorsalis 3, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordi. 7, morbi myocardii 0, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 4, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 3, pneumonia 6, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 44, emphysema pulm. 1, pleuritis 1, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 33, 2 éven felüli 3, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 8, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 1, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 1, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 0, dipht. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaema, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 2, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3373 beteg, szaporodás 871, csökkenés 885, maradt e hét végén 3296 beteg. *b*) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 144 (167), vörheny 29 (40), álh. gége- és roncsoló torokloh 17 (13), hökhurut 24 (15), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 3 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 19 (19), vérhas 1 (1), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 6 (1), trachoma 2 (0) lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

A **„Fangó-Gyógyintézet"**-et f. hó 15-én Dr. Vándor (Wildmann) Dezső a **Körúti Fürdőbe** (Erzsébet-körút 5) helyezte át, a legnagyobb kényelemmel felszerelve. Az utolsó két év alatt Dr. Vándor körülbelül 13,000 kezelést végzett oly eredménynyel, a mely igazolta, hogy a **„Fango di Battaglia"** vulkanikus iszap elsőrangú gyógyhatású csúzos, köszvényes bajok, sebészeti utóbántalmak, továbbá consecutiv neuralgiák és exsudatumok eseteiben. Ezt igazolja a legutóbb megjelent évi kimutatás is, a melyben 8150 kezelés van tudományosan feldolgozva.

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

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások massage, vizgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Budán.**

Lipótvárosi vízgyógyintézet V., Báthory-utcza 3. szám. Elsőrangú berendezés. **Forró lég-, sós-, szénsavas-, villamos kád-** (Gärtner tr. szerint) **és fényfürdők** stb. **Dr. Farkas Márton.**

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

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 5.) **Csúz, köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbantalmak ellen. **Vezető orvos: Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

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

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1905. május 24.-én). 535. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (IV. ülés 1905. április 13.-án.) 536. l. — Debreczeni orvos-gyógyszerész-egylet. (Bemutató ülés 1905. május 27.-én.) 536. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 537. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1905. május 24.-én.)

Elnök: **Axmann Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

Mayo-Robson-féle jejunostomia.

Pólya Jenő: A *Mayo-Robson* által f. év áprilisban ajánlott műtétnek lényege az, hogy a bélsipolyra felhasznált vékonybélkacs oda- és elvezető szára közt anastomosist létesítünk, a mi lehetővé teszi, hogy az epe és a pankreasnedv ezen anastomosis felé vehesse útját és a sipoly helyét elkerülje.

Ezen eljárást kisérelte meg K. F., 62 éves, mozdonyvezetőnél, ki carcinoma cardiaeben szenved. Két év óta vannak nyeléskor nehézségei és fájdalmai. A f. év eleje óta szilárd ételt nem tud nyelni és április vége felé a folyadék is csak kortyonként és igen nehezen ment le. Sondavizsgálatnál a kutasz 42 cm.-rel a fogsor mögött megakadt. *Herczel* tanár megbizásából megoperálván a beteget *Schleich*-féle anaesthesiában, a bal rectuson át végezte a laparotomiát; a gyomor igen kicsiny, zsugorodott, a kis curvatura és a cardia felé rákos mirigyek tapinthatók. Ezért czélszerűnek vélték a sipolyt a jejunumon készíteni, s megkeresve a flexura duodenojejunalist, az ettől 50 cm.-re fekvő vékonybélkacsot választotta a sipoly képzésére. E hely alatt 10 cm.-rel kis *Murphy*-gombbal ezen bélkacs oda- és elvezető szára közt anastomosist létesitett, majd a vékonybélkacs csúcsában *Nitzel* szerint ferdén bevarrt egy drainczsövet oly módon, hogy ennek vége az elvezető szárba jusson és azután a vékonybelet a sipolynyilás körül krajczárnyi terjedelemben a peritoneumhoz varrta. Ezután a peritoneumot, majd a többi réteget átöltő silkworm-varratokkal egyesitette. A seb per primam gyógyult, a gomb a műtét után 12. napon távozott. A sipolynyilás körül eczema nincsen; a sipolyon keresztül drainczső segélyével táplálják a beteget a műtétet követő naptól kezdve.

Choledochus-kő eltávolítása.

Pólya Jenő: K. S.-né varrónő, 45 éves. Jelen bajáig egészséges volt. X. partus. Öt év óta minden 1—2 hónapban voltak gyomortáji fájdalmai s görcsei, melyek az egész hátra kisugároztak és igen hevesek voltak. Láza ez alatt nem volt, de folyton hányt. E fájdalmak csak egy-két napig tartottak; sárgasága csak egy év előtt jelentkezett, de azóta fennáll s ezen idő óta fájdalmai is gyakrabban jönnek, nagyon gyengül. Ezen baja miatt kereste fel *Herczel* tanár osztályát, hol nála a következő jelenállapotot találták.

Mérsékelten fejlett, erősen lesoványodott nő, bőre sötét barnássárga, conjunctivái naranczsárgák, mellkasi szervei épek. Has mérsékelten behúzódott, a máj és a jobb bordaív tája nyomásra érzékeny. A máj két ujjnyira a bordaív alatt tapintható, egyéb rendellenes resistentia a hasban nincsen. Székletét sárgásszürkés, agyagszinű, rendkivül büzös, a vizelet sötétbarna, habja sárgás.

Diagnosis: Choledochus-elzáródás. *Herczel* tanár úr megbizásából f. é. április 13.-án végezte a műtétet chloroform-narcosisban. Bemetszés a jobb rectus külső szélén. A máj megnagyobbodott, ieterikus, kemény. A máj széléhez a cseplesz hajlik fel, s ezen a helyen a máj, a gyomor, az omentum és a colon transversum egyetlen egy kemény heges tömeggé van egybeforrva. Ezek szétválasztása után a megkisebbedett, körülbelül szilványi epehólyaghoz jut, melyben kő nem érezhető. Ellenben egy nagy, körülbelül diónyi kő van a choledochus végében, mely a duodenumon, illetve ettől medial a mesenterium gyökén keresztül tapintható és teljesen a duodenum függélyes szára mögött fekszik. Csak retroduodenálisan juthattak volna a kőhöz, a mennyiben a transduodenális utat nem akarták választani. Ez okból megnyitják a duodenumtól oldalt a peritoneum parietalét és a duodenumot igy alápraeparálva, a kő kezük között volt, de semmiképen sem mozdítható ki helyéből sem a bél felé, sem pedig a hüvelykujjnyira kitágult, de kőmentes choledochus felé. A choledochus retroduodenális részét ujjnyi vastag pankreas-réteg fedi, melybe bemetszve nagy vérzés támad, melyet aláöltéssel kellett csillapitani. Ezért a choledochus sebét supra- és retroduodenálisan a lehetőségig tágitják és a követ még igy is csak megzúzva s fogóval lehet darabokban eltávolitani. Az epehólyag csonkjának eltávolítása után a choledochus felső sebzugába nyiló hepaticust vastag drainczsővel drainezik, kellő sebtoilette után tamponálják s a peritoneum és a hasfal sebét silkworm-varratokkal szükitik. A lefolyás teljesen sima és láztalan, már három nappal a műtét után cholikus székletét. A hepaticusba vezetett drainen át jelentékeny mennyiségű epe folyik. A drainczső eltávolítása után, mely két héttel a műtét után történt, a nagy sebüreg gyorsan összehúzódott. Jelenleg egy kis lencsényi, körülbelül 4 cm. mély sipoly van még, melyen epés szinű váladék ürül. A beteg fájdalmai a műtét óta teljesen elmultak, feltünően összeszedte magát, s ily állapotban a napokban már el fogja hagyni a kórházat.

A húgycső prostata-részébe beékelt kő eltávolítása.

Pólya Jenő. B. J., 48 éves, napszámos hat év előtt egy izben éjjel vizelni akarván, vizelete teljesen elakadt s igen heves hólyagtáji s az egész altestbe kisugárzó fájdalmai voltak. Orvost keresett fel, ki megcsapolta. Ezután egy ideig tudott vizelni, de pár hónap mulva ismét hasonló tünetek közt elakadt a vizelete, úgy hogy ismét orvos segélyét volt kénytelen igénybe venni. Fájdalmai e közben folyton fennállottak s rövidebb hosszabb időközökben kénytelen volt orvoshoz fordulni, ki megkatheterezte, s ezután bár fájdalmai megmaradtak, egy ideig tudott vizelni. Ezen tünetek folyton súlyosbodván, 1904. augusztus havában vidéken rajta epicystotomiát végeztek, de követ eltávolitani nem sikerült, mert mint a vidéki orvos irta, a kő a hólyag egy diverticulumában volt. Állapota ezután is csak súlyosbodott. Folytonos nagy fájdalmai voltak, lázas is lett és rendkivül lesoványodott. F. év február 9.-én a szt. István-kórházba vétetett fel igen súlyos állapotban. A csontig és bőrig lesoványodott betegen az epicystotomia helyének megfelelően fillérnyi hólyagfistula, melyen át folyton büzös vizelet ürül. Kiterjedt eczema a penisen, a scrotumon, a hason és a czombokon. Állandó nagy fájdalom és kínos vizelési inger, mely morphiummal is alig csillapitható. Mindkét vesetáj nyomásra érzékeny, szabálytalan, egész 39°-ra felmenő hőemelkedések. A húgycső prostata-részében sondával követ érezni, melyet a végbél felől csak homályosan lehet tapintani. Fürdőkre, az eczemás területuek zinkvaselinnal bekenésére, helmitol belső adagolására állapota jelentékenyen javult, lázai elmultak, a hólyagfistula begyógyult, s a beteg annyira összeszedte magát, hogy *Herczel* tanár megbizásából a prostatába localizált kő eltávolításához láthatott, s ezt *Schleich*-féle anaesthesiában sectio perinealis mediana segitségével simán végre is hajtotta. Az eltávolitott 6 cm. hosszú, $2^1/_2$ cm. széles kövön kivül még sok törmelék volt erősen összekapaszkodva a prostata állományával, melyet gondosan eltávolitott. A törmelék eltávolitása után a prostata helyén vérző vékonyfalú zsák maradt vissza, melyet jodoformgaze-zal tamponált, a hólyagba a gátsebeu át állandó kathetert vezetett, de egyébként a sebet annyira zárta, hogy csak a csikok és a katheter kivezetésére maradt hely. A gyógyulás egészen simán ment végbe, s eltekintve az első huszonnégy órában rázóhideggel beköszöntő, 39·4°-ig menő lázaktól, teljesen láztalanul folyt le. A sipolynyilás a gáton a csikok eltávolitása után rohamosan begyógyult, úgy hogy jelenleg a beteg valamelyes incontinentiától eltekintve teljesen jól van.

Talus-törés műtéttel meggyógyitott esete.

Pólya Jenő: C. J., 19 éves, cseléd f. é. január 16. án reggel öngyilkossági szándékból a IV. emeletről leugrott, miközben bal bokáját az I. és II. emelet vasrácsához ütvén, az udvaron egy hórakásra esett. Sérülése után a mentők rögtön *Herczel* tanár szent István-kórházi osztályára szállitották, hol akkor egyéb sérülést nem tudtak találni, mint az, hogy a bal bokája duzzadt, mozgatásra és nyomásra erősen fájdalmas és ilyenkor olyan érzést kelt, mint a mikor zsákban diót csörgetnek. A boka különben majdnem rendes mozgékonyságot mutat, csak az oldalkitérések voltak valamivel fokozottabbak. A mellkas és gerinczoszlop nyomásra különösebb érzékenységet nem tüntetett fel. A sensorium ép. A diagnosist comminutiv talus-törésre tették, a mit a Röntgen-felvétel fényesen beigazolt. A betegnek már ekkor ajánlották a talus eltávolitását, de erről ő hallani sem akart. Ezért a lábat egyszerűen gypssinbe tették. Február elején a boka tája phlegmonosus kezdett lenni, esti 38·5° hőemelkedéssel, a külső boka táján sipolyjáratok keletkeztek, melyekből büzös geny ürült, s a melyeken keresztül sondával nekrotikus csontot lehetett érezni. Csak ekkor egyezett bele beteg a műtétbe, melyet *Herczel* tanár megbizásából február 13.-án chloroform-narcosisban végzett. A külső boka mellett vezetett kampóalakú metszéssel behatolva, a talus darabjait, melyek egy része határozottan nekrotikus volt, eltávolitotta, a bokavégeket lefürészelte, s a belső boka táján ellennyilást készitvén s igy bőséges drainage-t biztositván, a sebet szűkitette. A lábat gypssinen rögzitve, a gyógyulás gyorsan haladt előre, úgy hogy márczius közepére a seb teljesen begyógyult. A lábat ekkor gypskötésbe téve, a beteget járatni kezdték. Jelenleg sines czipőben elég jól jár. Fennjárása óta egy gibbus jelentkezik a 10. hátcsigolya táján, s patella-reflexei is gyengébbek.

Highmorüreg-sarcoma intrabuccalis kiirtása.

Pólya Jenő: S. J., 40 éves, kisgazda N.-Kálmándról. 3 hónap előtt vette észre, hogy jobb arczán egy kukoriczaszem nagyságú mozgathatlan csomó keletkezett, mely ez idő óta gyorsan növekszik. E miatt Herczel tnr. szt. István-kórházi osztályán jelentkezett, hol nála a jobb pofán ülő ökölnyi, mozgathatlan, sima felszinű daganatot találtak, mely összehúzódott izomtapintatú, pseudo-fluctuatiót mutat és felette a bőr feszesen fénylő, ránczba alig szedhető. A daganat a szájpadot nem domboritja le, ellenben a foghús és pofanyálkahártya közti redőt igen. Az itt megejtett próbapunctio tiszta vért eredményez. A jobb orrlyuk tágult,

harántirányban el van húzódva és a daganat itt az orrnyálkahártya alatt is tapintható.

A daganatot Herczel tnr. megbizásából május 11.-én oly módon távolította el, hogy a szájnyálkahártya s a daganat felett cocainnal való bekenéssel érzéstelenités után bemetszvén, a daganatot ágyából részben tompán, részben Cooper-ollóval kifejtette. A daganat hátsó felszinének kiszabadításakor kitünt, hogy a daganat a Highmor-barlangba is betört, ezt azonban csak részben tölti ki, úgy hogy a Highmor-barlangnak lumene van és a barlang orri, szemgödri és temporális falán levő nyálkahártya teljesen ép. Ezután a Highmor-barlang mellső falát csontollóval és csipővel teljesen eltávolitván, a barlang nyálkahártyáját eltávolitotta és a nagy sebüreget jodoformgaze-zal az orr és száj felé tamponálta. A beteg az első két napon kissé lázas volt, azontúl teljesen láztalan lefolyás. A műtét utáni 8. napon első teljes csikváltás. Jelenleg már öt napja tampon nélkül van, az arcz bőre még kissé duzzadt, egyébként teljesen jól érzi magát.

A daganat a Genersich tanár végezte szövettani vizsgálat szerint óriássejtü sarcoma.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(IV. ülés 1905. április 13.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula.** Jegyző: **Winternitz Arnold.**

Elnök az ülést megnyitja. Jelenti, hogy a sebészeti szakosztályba tagul belépett Paunz Sándor.

Micrococcus neoformans Doyen.

Zimmermann Károly (I. sebészeti klinika) egy 28 éves nőnél fellépett, gyors növekedésü emlőrák hónalji nyirokcsomóiból kitenyésztett micrococcus-kulturákat mutat be, melyek mindenben megfelelnek a Doyen által micrococcus neoformansnak nevezett mikroorganismusnak. Doyen vizsgálatait ismertetve azon véleményének ad kifejezést, hogy a kérdéses micrococcusok a levegő útján juthattak mint másodlagos fertőzés a táptalajba. További vizsgálatairól, majd ha több eset áll rendelkezésére, referálni fog.

Winternitz M. Arnold. A bakteriologiai technikára nézve megjegyzi, hogy az tökéletlen, mert az oltások bouillonra történnek. Szilárd táptalajra oltva, bizonyitóbb volna az eredmény. Szóló nem gondolja, hogy e micrococcus volna a carcinoma oka, mert e parasita semmiféle különösséget nem mutat, holott ez várható volna, mert a rák mint pathologiai folyamat eltér a többi kórfolyamattól.

Verebély Tibor. Még egy hibaforrásra figyelmeztet. A mammacarcinomából vett anyagba a tágult tejcsatornákon át a bimbó felől is juthatott be coccus, a mely esetleg lehet specifikus is, de legkevésbbé sem pathogen; épen ezért sem az agglutinatio, sem a serumkisérlet nem bizonyít a micrococcus pathogen volta mellett.

Zimmermann Károly. A bemutatott micrococcust nagy metastatikus nyirkcsomóból vette és ez bizonyos mértékig a Verebély által emlitett hibaforrás ellen szól. Szóló nem akart kiterjeszkedni a fertőzési lehetőségekre. Ezeknek jó részét az általa emlitett fogással el lehetne kerülni. Doyen kisérleteiről vaskos kötetet irt. Experimentális tumorai azonban nem tumorok és a gyógyulási eredményei sem felelnek meg annak, a mit mi gyógyulásnak tartunk.

Egyes belgyógyászi vesemegbetegedések sebészi kezeléséről.

Illyés Géza.

Hozzászólt *Kövesi Géza*, *Dollinger Gyula*. (Lásd a Budapesti kir. Orvosegyesület 1905. május 13.-i rendes tudományos ülésének referátumát.)

Debreczeni orvos-gyógyszerész-egylet.

(Bemutató ülés 1905. május 27.-én.)

Elnök: **Balkányi Ede.** Titkár: **Brunner Lajos.**

Láng Sándor a következő eseteket mutatja be:

1. K. K., 23 éves, lakatossegéd 2½ év előtt tyúktojásnyi hernia ingu. liberával jelentkezett. Műtét Bassini szerint, a sérvkapu négy Macewen-varrattal záratott el. Gyógyulás per primam. Azóta egészséges, munkáját akadálytalanul végzi. A műtét helyén sima heg, a sérvkapu tökéletesen zárt.

2. S. J., 32 éves, hentes. Három év előtt műtét emberfejnyi kizárt jobboldali lágyéksérv miatt. Bassini-műtét, a sérvkapu hat varrattal zárva. A felső kapuzáróvarrat kigenyedt. Most a heg felső végén diónyi protrusio. Azóta a másik oldalon is sérve támadt, a mely miatt kétoldali sérvkötőt hord. Az új sérvét meg fogja operáltatni.

3. V. L.-né, 75 éves, mészáros neje. Műtét 1903-ban j. o. kizárt czombsérv miatt. Tyúktojásnyi sérvben üszkös cseplesz. Ennek resekálása után tömlölekötés, majd a fascia ileopectineának a Poupart-szalaghoz varrása. Gyógyulás per primam.

4. K. I.-né, 52 éves, ácsmester neje. Műtét a mult évben kizárt czombsérv miatt. A betegnél a következő állapotot találta: nyolcz nap óta székrekedés, három nap óta bélsárhányás, feltünő sápadtság, nagy fájdalmak a hasban, meteorismus, a nyelv fakemény, pulsus alig érezhető, frequens, mind a két oldalon lágyéksérv, a melyek szintén puffadtak a meteorismus miatt, de visszahelyezhetők. Más szakadásról nincs tudomása. Hosszas vizsgálat után a bal czomtőben diónyi, feszes, lekötött, fájdalmas resistentiát talált.

A sérvtömlő praeperitoneális lipomában beágyazva csepleszt tartalmazott, melynek resekálása után műtét mint az előbbi három esetben. A műtétet követő nap bő szék, az általános állapot azonban változatlan és még azon túl is három napig ilyen. Tekintettel a bélsárvérűségre (stercoraemia) a subcutan infusio kivihetetlensége miatt protrahált langyos klysmákat alkalmazott és alkalmaztatott. Naponta három izben 1—1½ liter langyos vizet irrigatorral nagyon kis nyomás mellett áramoltatott be. A procedura egy órát, néha többet is igénybe vett. Igy három hét alatt sikerült restitutiót elérni. Elébb a hányás szünt meg, majd a pulsus lett erőteljesebb, majd a nyelv is elvesztette szárazságát; sebgyógyulás per primam.

5. B. M. kefekötősegéd 1904. augusztus 4.-én mellbe lőtte magát. 17.-én bal mellkasfél domborubb, totális tompulat, asphyxia, a szív a jobb oldalra átnyomva. Próbapunctiokor vér. T. 39·5 C. Haemothorax. Bordaresectiót nem engednek végezni. Thoracocentesisre (a 7—8. borda közt a hónaljvonalban) 3 liter vér ürül. Kezelés: kétszer naponta bórmosás. Két hónap mulva az empyemás sipoly jodoform-glycerinnel lesz kezelve, három hónap mulva begyógyul. Összesen öt hónapi kezelés után gyógyult. Most nagy difformitás a thorax retractioja miatt.

6. I. J., vágóhidi portás leányánál metapneumonikus empyema volt jelen. Bordaresectio után sürű geny ürül. Drain. Kötés. Hat hét alatt gyógyul.

7. J. K. nyomdásztanuló. Jelentkezésekor a jobb középső hónaljvonalban ujjnyi vastag draint befogadó, bűzös genyet bőven ürítő sipoly, mely 2 év előtti bordaresectioból származik. Kezelés: Nélatonon át naponta átmosás bóroldattal, majd 10%-os jodoformglycerin befecskendése. 1 hónap alatt gyógyul.

8. B. Gy.-né, 54 éves, vívómester neje. Tyúktojásnyi carcinoma a jobb emlőben, diónyi áttétek a hónaljban. Műtét 1905. január 5.-én. Metszés Kocher szerint. Pectoralis major lemetszése után a pect. minort a kar functioképessége végett meghagyja, de alóla a mogyorónyi mirigyeket kiirtja. Hónalj teljesen kitisztitva. Varrat. A sebvonal alsó csücskénél két fillérnyi bőrelhalás a bőr feszülése miatt. A gyógyulás teljes.

9. L. E., 6 éves, állatorvos fia. Elesett, majd sántitani kezdett. Jelenkezéskor a jobboldali csipőizület a coxitis képét mutatta. T. 38·5° C. Narcosisban megvizsgálva, az izület nincs megkötve, a czombtő belső felületén resistentia. Meleg borogatások alkalmazása után a fluctuáló felületen incisio. A csipőizület a genytől teljesen körülpraeparálva. Kezelés: Mosások ½%-os sublimátoldattal, jodoformgaze-drain, sublimatpára kötés. 7 hét alatt gyógyul. Az izület functioképessége tökéletes.

10. K. E. gazda lánya, 12 éves. Jobboldalt coxitis tuberculosa. Negativ felvétele után járótokot rendel, melyet két év óta éjjel-nappal visel. E közben éri a fanosodás, mely alatt másfél fejjel nőtt. A beteg végtag a növésben nem maradt el, a bántalom tehát nyilvánvalóan synoviális eredetű. Jelenleg másodnaponként báznai jodsó-fürdőt kap.

11. B. M., 5 éves, mosónő lánya. Két év előtt lúgot ivott. Nyolcz hét mulva nagyon lefogyva került kezelés alá. Csak folyadékot tudott kis kortyokban nyelni. Kezelés másodnaponként, később ritkábban Porges-féle bárzsingsondával. Fél év alatt meggyógyult, azóta jól van.

12. K. E., 2½ éves, lakatos leánya. 3 hónap előtt zsíros szódát ivott. 5 hét mulva csak folyadékot tudott nyelni. Összesen 9 sondát kapott; ma már mindent eszik s csak mohó nyelés után hány.

13. D. M., 17 éves, kefegyári munkásnő. 1904 őszén kezdett a lába fájni. A lábtő erősen duzzadt, fluctuatio, activ és passiv mozgatásra nagy fájdalom. Az áll alatt ökölnyi mirigytályog. Műtét 1905. márczius 22.-én. Metszés Kocher szerint. Ivmetszés a külső felszinen, az inak félrehúzása után a lábtő kifordítása. A talus körüskörül cariosusan arrodált, szálagai fungussal terheltek, sceletizálása után eltávolittatik. A külső bokát csontcsipővel eltávolítják, a tibia izfelszinét lekaparják. Csontos ankylosis nyerése végett a calcaneus ugrócsonti felszinét erősen lekaparva, a lötyögős lábat fix kötésbe helyezik. 4 hét után a csontosodás megtörtént. Járókötést kap. Sipoly nincs, láb dorsalflexioban ankylotikus.

14. N. É., 13 éves, esztergályos. Bal lába éktelenül duzzadt, lábhát scrophulodermásan elváltozott, 5 sipolyból genyed. A sonda lágy csontot ér. Apicális folyamat a bal tüdőben, a jobb mutatóujj középcsontján spina ventosa. Hőmérsék 38·7°. Műtét márczius 27.-én. T-metszés a lábháton, az inak félrehúzása után a lábtőcsontok teljes feltárása, két ékcsont és a köbcsont kimetszése, a IV. és V. metatarsus proxim. fejecsének eltávolitása, a scrophulodermás bőr kiirtása, ellennyilás a talp felé, jodoformbedörzsölés, jodoformgaze-drain, kötés, gyps-sín. 4 hét mulva 2 naponként báznai jodsófürdő lokálisan. Most a lábháton kis sipoly, a talpi ellennyilás elzáródott.

15. V. A. kazánkovácsinas tenyerét összezúzta. A mutató- és középujj 3. perczének feje s a megfelő metacarpalcsontok fejecse darabosan összetört. A mutató- és középujj hajlító inai folytonosságban megszakítva. Kezelés: felkaron Oberst-érzéstelenités mellett a csontdarabok eltávolitása, az inak összevarrása. Gyógyulás után kézfürdő, az ujjak forcirozott hajlítgatása. Most a két ujj megrövidülése mellett teljes functioképesség.

16. V. J., 2 éves, hentes fia, 8 hetes korában került észlelés alá. A bal faldudoron tyuktojásnyi, széles alapú, csontkemény terimenagyobbodás, mely azóta nem nő. A faron, a lágyékhajlatban, talpon luetikus plaque-ok. Calomelt kap.

17. T. J., 7 éves, szabó fia. Kólikával jelentkező haematuria. Heves vesetáji fájdalmak. Temp. 38·6 C. Heveny fertőző baja nem volt, csak a torka fájt. A haematuria 6 hétig minden kezelés mellett fennáll. Húgy- és vesekő nincs. Hat hét mulva észleli, hogy olvasószerű mirigybeszűrődése van, majd kiderül, hogy szülei nemrég luesben szenvedtek. Egy grammos szürke kenőcsöt rendel, a mire a haematuria még erősebb, de a második grammra a vizelet feltisztul, s fehérje benne többé ki nem mutatható.

A bemutatott esetek megbeszélése a következő ülésekre marad.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Fertőzéses eredésű diabetes mellitus két esetéről számolt be *Labbé* a párisi „Société médical des hopitaux" május 19.-én tartott ülésén. Az egyik eset 45 éves férfiúra vonatkozik, a kinél angina után fejlődtek ki a diabetes tünetei. Anginában megbetegedése alkalmával vizelete még nem tartalmazott czukrot, egy hónap mulva pedig már 83 gramm czukor volt kimutatható literenként, vagyis, minthogy az illető vizeletének napi mennyisége 5 liter volt, naponként 415 gramm czukrot ürített. E mellett a diabetes egyéb jelenségei (polydipsia, soványnodás, a látás rosszabbodása stb.) is kifejezettek voltak. Kellő orvoslásra a tünetek néhány hét alatt teljesen elmultak s az illető most már két év óta teljesen egészséges, noha nem használ diabetesellenes diaetát. A másik esetben 67 éves nőnél a nasopharynx fertőzéses baja kapcsán fejlődtek ki a diabetes tünetei; ez a beteg is meggyógyult. Ezen esetei, valamint az irodalomban közölt néhány hasonló eset alapján előadó odanyilatkozik, hogy csakugyan létezik fertőzéses eredésű diebetes mellitus és hogy ez kétféle alakban szokott jelentkezni: alimentaris glykosuria alakjában, ha a fertőzés enyhe, és súlyosabb, tartósabb glykosuria alakjában, ha diabetesre hajlamos egyént ér valamely erősebb fertőzés. (La semaine médicale, 1905. 21. szám.)

PÁLYÁZATOK.

Jász-Nagy-Kún-Szolnok vármegye kórházánál megüresedő egyik segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalom: Ezernégyszáz korona évi fizetés és teljes ellátás. A kinevezés két évre szól.

Pályázatok okmányokkal Lippich Gusztáv főispán úrhoz intézve, hozzám f. évi augusztus hó 1.-ig adandók be.

Szolnok, 1905. évi julius hó 7.-én.

2—2 *Papp Gábor* dr., igazgató-főorvos.

2532/1905. sz.

Kovaszincz községben a **községi orvosi állás** elhalálozás folytán megüresedvén, erre az 1400 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlelési és 40 fillér hússzemle díjjal javadalmazott állásra pályázatot nyitok.

Felhivom a pályázni kivánókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket ide f. évi augusztus hó 9.-ig beadják.

A választás f. évi augusztus hó 10.-én d. e. 10 órakor fog Kovaszincz község székházánál megejtetni.

A megválasztandó községi orvos kézi gyógytárt is tarthat.

Világos, 1905. évi julius hó 18.-án.

A főszolgabiró szabadságon:
Norák, szolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás
Salvator kitünő sikerrel használtatik
vese, húgyhólyag- és köszvénybántalmak ellen, húgydara és vizeleti nehézségeknél, a czukros húgyárnál, továbbá a légző- és emésztési szervek hurutainál.
Húgyhajtó hatású!
Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Tisztelt Doktor úr! Kérném mint magyar készítményt rendelni: Általános idegbetegségeknél, általános gyengeségi állapotoknál mint tonicum és fertőző betegségek után a reconvalescentia szakában, általános anaemiáknál és chlorosis eseteinél,
SYR. FERR. POLYBROM. CUM. ARSEN. SEC. RADITZ.
et sine arsen. (100 gm. tartalmaz 2·0 gm. vasat, 6·0 gm. K Na amon. brom. és 0·005 arsenik). mely nemcsak a vérszegénységgel gyógyítja, hanem az annyira gyakori ideges zavarokra is hat.
Kellemes ízénél fogva felülmul minden eddigi forgalomban levő más készítményt.
Készíti és kapható:
RADITZ IGNÁCZ
Fehérkereszt gyógyszertára
Budapest, IV., Fővám-tér 6. sz.,
a központi vásárcsarnokkal szemben
valamint minden gyógytárban. Főraktár:
Török J., Dr. Egger, Thallmayer és Seitz, Budapest.

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. Felvilágosítással szivesen szolgál a kezelőség.
Prospektusok díjmentesen.

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

Szliács
Dr. GRÜNWALD MÓR
kir. tanácsos, e nyáron is — 21-dik év — Szliácson folytatja orvosi gyakorlatát. — Lakása ott a Radvánszky-féle új Bristol-szállóban van. 494.

Mattoni Erzsébet sósfürdője
gyógyhely Budapest (Budán).
Fürdőidény: április 23-tól október 15-ig.
Kiváló gyógyhatással bir 534
női bajokban és altesti bántalmakban.
Rendelő orvos a gyógyhelyen. — Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő.
Villamos vasuti összeköttetés a fővárossal.

Tüdőbetegek gyógyintézete
Sanatorium Wienerwald.
Vasuti állomás: Pernitz; postaállomás: Ortmann, N.-Ö.
Bécstől 2½ órányi távolságban.
Nyáron és télen át nyitva.
Dr. Arthur Baer. Dr. Hugo Kraus.

Hirdetéseket kizárólagosan
a „Petőfi" kiadóvállalat
(Budapest, VII., Kertész-utcza 16) vesz fel.

Arthritis Urica
Polyarthritis Rheumatica
és Arthritis Deformans

legsúlyosabb eseteiben is, mesés hatás érhető el a

Kali Liniment. Zoltán-nal

Alkalmazása kényelmes.
Hatása biztos. Beszerzése olcsó.

Készítője **Zoltán Béla** gyógyszerész
Budapest, V., Szabadság-tér.

Egy üveg ára 2 korona

Gleichenberg gyógyhely.

Gyógyjavallatok: a légzőszervek hurutos megbetegedésénél és azok következményeinél, különösen asthmánál, az emésztési szervek, szivizmok, a vesék és a hólyag megbetegedéseinél, vérszegénységnél.

Gyógyitóeszközök: Az elismert gyógyforrások: Konstantin- és Emma-forrás (alkalis muriat, vasas savanyúvíz). Diaetetikus asztalital: Jánoskút (alkalis-muriat, vasas savanyúvíz). Reme e-forrás (tiszta vastartalmú savanyúvíz), fenyő-, gőgy- és forrássó-belégzés magánkamrákban, levegőkamrák, szénsavas fürdők, vízgyógyintézet, massage, gyógygymnastika, gyógyfürdők, meleg légfürdők, fangófürdők, pihenőtermek, kefir, sterilizált tej. Idegen gyógyvizek mindig friss töltésben.

Idény május 1-től szeptember végéig.

Felvilágosítás és prospektus ingyen.
Lakás- és kocsirendelések
a gyógyhely igazgatóságánál
Gleichenberg.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUMBAN mindennemű ép és kóros váladéknak
(ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik
Dr. Vas Bernát a laboratorium vezetője.
Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13—15. szám.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete
Budapest, Városligeti fasor 11.
Magángyógyintézet **idegbetegek, belbetegek és üdülők** részére.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók**. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, sovanyító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — Prospektus. Igazgató-főorvos: **Dr. GLÜCK GYULA.**

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ VAS VÁRMEGYÉBEN.
Glaubersótartalmú szénsavdús vas-források.

A legújabb módszerek szerint berendezett **pezsgő- és ásványvíz-**, valamint **vasláp-(Moor)-fürdők. Ujonnan épült hidegvizgyógyító-intézet** férfi- és női osztálylyal. Kellemes, hüvös éghajlat, a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások, villamvilágitás, jó vendéglők, gyógyszertár, naponta kétszer zene, szép kirándulások. **A női szervek bántalmai, sápkór, vérszegénység,** továbbá **a légzési és emésztési szervek** bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május hó 21-től szeptember hó végéig.

Az évad kezdetétől junius 15-dikéig és augusztus 15-dikétől szeptember végéig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágositással szolgál és kivánatra prospektust küld a **fürdőigazgatóság.** Állandó fürdőorvos: **dr. Barta Kornél,** v. tanársegéd. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvszer, járvány esetén kitünő ivóvízül ajánlható. Megrendelések Tarcsa fürdőigazgatóságához intézendők. Vidéki városokban és nagyobb helyeken, minden ásványvízkereskedésben és jobb fűszerüzletben kapható. **Vasúti állomás, posta és távirda helyben. Budapestről és Győrből naponta Tarcsa-fürdő főliratú közvetlen I. és II. osztályú kocsik közlekednek oda-vissza.**

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a
VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrássy-út 84.
Minden gyógyszertárban kapható.
Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Dr. EMMERICH gyógyintézete
ideg-morphium-alkoholbetegek stb. részére.
Baden-Baden. Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer és kín nélkül; a fecskendő rögtön nélkülözendő; a kúra 4—6 hétig tart. Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)

Tulajdonos és vezető orvos: **Dr. Arthur Meyer.** **2 orvos.**

MIKOLASCH-féle
*** SULFOGUAJACOL-SZÖRP ***

Mikolasch-féle Sulfoguajacol-szörp a lembergi orvosi iparegyesület véleményezése szerint a hatást illetőleg azonos a sirolinnel, sulfosottal és hasonló készitményekkel, de izre nézve jobb és felével olcsóbb. A Mikolasch-féle Sulfoguajacol-szörp olcsó ára lehetségessé teszi ennek rendelését a kevésbbé jómódúaknak is.

készíti
Mikolasch Péter és társa, Lemberg.
Főraktár Magyarország részére:
Török József, Budapest, VI., király-u. 12.
Ára üvegenkint 2 kor. — Kolával üvegenkint 2.50 kor.

Javalatok:
Tüdőtuberkolosisnál, hörghurutnál, bronchitisnél, skrofulosisnál, influenzanál stb. A köpet, éjjeli izzadás, köhögés stb. gyors csökkentésére. Az étvágyat, táplálkozást és testsúlyt emeli.
Orvosi előirás folytán csakis gyógyszertárakban kapható.

„NEU-SIDONAL"
új hathatós szer

mindennemű húgysavas bántalom sikeres leküzdésére; mely a szervezetben azonnal szabad chinasavvá változik. Ez persze **in statu nascendi** különös intensitással hat.

„NEU-SIDONAL" könnyen oldható, igen kellemes izü; absolute ártalmatlan és teljesen közömbös. **Olcsó ára** következtében különösen húgysavas állapotok hosszas kezelésére ajánlható.

Kapható minden gyógytárban.

Napi adagja: 2—5 gramm. Ára: 1 gramm 25 pf. = 30 fill. — Ajánlatos rendelési mód: 10 tabletta à 1 gramm. Ára 2.50 márka = 3 korona.

VEREINIGTE CHEMISCHE WERKE, AKTIENGESELLSCHAFT, CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.

A tuberculosis elleni védekezés mai állásáról, irányelveiről s elért eredményeiről, különös tekintettel a sanatoriumi mozgalomra.

Irta: *Róth-Schulz Vilmos dr.*

I.

„A XX. század egyik legfőbb feladata a tüdővész leküzdése lesz." *Korányi Frigyes*-nek 1896. május havában a főrendiházban tett ezen nyilatkozatát legalább is a megvalósulás kezdeti stádiumában levő jóslatnak kell tekintenünk, ha szemügyre veszszük a tüdővész ellen irányuló mozgalom világszerte való elterjedtségét, ha figyelemmel kisérjük azt az összes szellemi s anyagi eszközök igénybevételével folyó küzdelmet, a melyben a közhatósági, társadalmi és tudományos tényezők „az emberi nem ezen legnagyobb ellensége" ellen egyesültek .A küzdelem jelentőségének mértékét mindeddig épen elterjedtsége, intensitása s céltudatossága adja meg. Az eddig elért eredmények, a mennyire szembetünők az olyan kicsiny körökben, melyekben az óvó s gyógyító intézkedések legnagyobb mértékben jutottak érvényre, olyan szerények,[1] ha az állandóan s országszerte pusztító pandemia egészében való megszorításának s elfojtásának szempontja lebeg előttünk. Viszont a kicsiny körben elért eredmények képezik annak biztosítékát, hogy a tüdővész elleni küzdelem a helyes irányban mozog; ezekből kell merülnie azon meggyőződésnek, hogy a mostan folyó s egyre terjedő tevékenységnek hatványozása elvégre is nagy, szembeszökő sikerre fog vezetni.

Az eddig megtett út, az eddig meghódított terület folytonos ellenőrzése tehát jogos s szükséges feladat. Jogos s szükséges annál inkább, mert azon tudományos szempontok, a melyek a hygiene s a gyakorlati orvostudomány fegyvereit szolgáltatják, nem merev dogmák, de a megismerésnek folyton tovább fejlödő s ennélfogva fluctuationak s változásnak alávetett elemei. Azon legtermékenyebb s gyakorlati tevékenységünknek alapját képező axioma, hogy a tüdővész gyógyítható *(Niemayer, Brehmer)*, a mint *Korányi* kiemeli, pathologiai tévedések alapján jutott uralomra, hiszen *Niemayer* tanítása, a mely szerint a tüdővész kezdetben, a míg gümökórba nem megy át, egyszerü gyuladásos bántalom, a megdöntött elméletek lomtárába került s az „immun helyeknek" *Brehmer* által hirdetett tana felett is napirendre tértünk. „De a gyakorlati élet tevékenységet és sikert követel, tekintet nélkül a theoretikai megállapodás maradandó értékére" s a tüdővész gyógyíthatóságának elve kiinduló pontját képezte a tüdővész mai hygienés-diaetás sanatoriumi kezelésének.[2]

A tüdővész ellen való védekezésnek azon széles és biztos alapját, a melyre a praeventiv hygienének legfőbb intézkedései támaszkodnak, *Koch* korszakot alkotó felfedezése adta meg. A mióta kiderült, hogy a tuberculosis kifejlödését az emberi s állati szervezetben a gümöbacillus indítja meg, a tudományos kutatás és a gyakorlati hygiene szakadatlan küzdelmet folytat a mikroskopos csira ellen. De ha azon alapvető tényben, hogy a gümöbacillus nélkül nincs tuberculosis, nem is kételkedik senki, a kinek elméje a tudományos gondolkodás kategoriáit befogadta, úgy viszont a tuberculosissal való fertözés módjának s jelentőségének elbirálásában a vélemények harcza sohasem szünt meg s nagyon feltünő a tudományos közfelfogásnak, azon többségi véleménynek ingadozása, a mely a gyakorlati, különösen a társadalmi tevékenységnek oly jelentékeny tényezője.

A *Koch* felfedezését közvetlenül követő időkben a gümöbacillus szerepének, elterjedésének s eredményes leküzdésének kikutatása vették első sorban a pathologusok munkaerejét s az orvosok figyelmét igénybe. Ezen munkairány eredményeinek klassikus összefoglalása *Cornet* nagy munkája, s az ő álláspontja, — a mely szerint a tuberculosis az elporlott köpés belehelése által terjedő fertöző betegség, a melynek oka az infectio s ezzel szemben a hajlamosság s átöröklödés teljesen eltörpülő vagy egyáltalán számba nem jövő momentumok — a mult század utolsó évtizedének elméletben és gyakorlatban egyaránt nagyhatású uralkodó felfogása. A tuberculosis elterjedése ellen manapság a kontinensen érvényben levő s érvényesülni törekvő megelőző intézkedések javarésze ezen „orthodox" bakteriologiai felfogás folyománya.

Viszont a legújabb időkben folyton erősebb hangsúlyozásban részesül a hajlamosság, átöröklödés, constitutio a gyakorló orvosok által egyébként ős idők óta méltányolt jelentősége a tüdővész elöidézésében, s az idők jele, hogy az orvosi közvéleménynyel mindig szoros kapcsolatban álló német belgyógyászok congressusa ez idei referatumainak tárgyául az átöröklödés tanát választotta különös tekintettel a tuberculosis átöröklödésére.

A tudományos szempontok ezen hullámzásával szemben a tuberculosis leküzdésére irányuló mozgalom bizonyos egyöntetüséget s folytonosságot mutat s nevezetesen nem voltak nagyobb kihatással az elméleti felfogás ingadozásai az ezen mozgalomnak — legalább a mi közelebbi látókörünkben — központját s legfeltünőbb eredményeket felmutató részét képező sanatorium-ügyre. A tüdővész sanatoriumi kezelésének sikerei keltették fel először azt a reményt, hogy ezen a legfélelmetesebb járványoknál is több áldozatot szedő népbetegség ellen küzdeni lehet s ezen lehetőség

[1] V. ö. a tuberculosis statistikájára vonatkozó alább összeállitott adatokat.

[2] L. *Korányi Frigyes:* A londoni tuberculosis-congressus és feladataink a tüdővész leküzdése körül Magyarországban. Budapesti kir. Orvosegyesület 1901. évi évkönyve. 110. o.

felismerésének nyomában jött annak belátása, hogy a küzdelem csak akkor járhat eredménynyel, ha nemcsak a vagyonilag kiváltságosak osztályában, de a népesség minden rétegében korlátozzuk a betegség pusztításait. A népsanatoriumok alapításának eszméje lett azután kiinduló pontja a tuberculosis ellen való nagyszabású, manapság már nemzetközien szervezett küzdelemnek.

Ha kétségtelen is, hogy a hygienés-diaetás kezelés eszméje első izben Angolországban talált hirdetőre (*Kuthy* érdeme Mc *Cormak*-nak a meggyőződés erejével irt s a tüdővész kezelésében teljesen a mai felfogással egyező munkáját a feledés homályából kiemelte,[1] viszont bizonyos, hogy a sanatoriumi mozgalom életképes s a mai fejlődés magvát magában rejtő csirája Németországban lett elvetve azon férfiak által, a kiknek nevei a tüdővész gyógyítása s leküzdése terén elért eredményektől elválaszthatlanok: *Brehmer*-t és *Dettweiler*-t értjük. S Németországban is érte a sanatoriumi eszme legnagyobb, mai kifejlődésében bámulatra keltő sikereit.

Ide iktatjuk a német sanatoriumügy fejlődésének rövid áttekintését a német „Kaiserliches Gesundheitsamt" legújabb ide vonatkozó közlése alapján.[2]

Az alapul szolgáló hygienés-diaetás gyógymód történetének áttekintését illetőleg *Kuthy* ismert munkájára utalunk.[3]

Brehmer sikerei indították Németországban az ezen ügy iránt érdeklődő orvosokat (*Lebert* 1869, *P. Niemayer* 1873, *Ladendorf* 1884, *E. Meissen* 1885 etc.) arra, hogy népsanatoriumok alapításáért melegen síkra keljenek. Persze ezen orvosi agitatio csak lassan érlelte meg gyümölcseit az élet számára. 1854-ben nyilt meg *Brehmer* intézete s csak több mint 30 évvel később (1888) lett Berlin városa részéről egy szegénysorsú tüdővészesek számára szolgáló sanatorium eszméje komolyan megpendítve, ugyanezen évben alakul *Hannoverben* az első sanatorium-egyesület. Nagy lendületet nyert az ügy *Leyden* fellépése által, a ki első sorban a német orvosi körök figyelmét terelte a kérdés fontosságára s a kinek kezdeményezésére a X. nemzetközi orvosi congressus a sanatoriumi kezelés kérdését referatum tárgyául választotta. (Ref.: *H. Weber*, London.) 1892-ben nyilt meg főleg *Dettweiler* kezdeményezése s agitatioja folytán az első szegénysorsú tüdőbajos sanatorium *Falkensteinban* (alapítója a „Frankfurter Verein für Reconvalescentenanstalten"), ugyanez évben Berlin városának malachowi intézete, a melyhez az 1892—1894. években néhány új gyógyintézet s több sanatorium-egyesület alapítása járul.

Fordulópontot a német sanatoriumi mozgalom történetében az 1894. év képez, a melyben *Gebhard*, a Hansavárosok országos biztosító intézete igazgatójának kezdeményezése szoros kapcsolatot teremt a sanatoriumügy s a munkásbiztosítás ügye között s ezzel alapját veti meg az előbbi gyors felvirulásának. Az ilyen kapcsolat teremtésére a német birodalom nagyszabású socialpolitikai törvényhozása, közelebbről az 1891. év óta érvényben lévő rokkant-betegbiztosítási törvény adta meg a lehetőséget. Ezen törvény 12. §-a* alapján a biztosítás teherviselőjének jogában áll a fenyegető munkaképtelenséget megelőző gyógyeljárás által elhárítani. *Gebhard* a Hansavárosok biztosító intézetének elnökségéhez intézett beadványában meggyőzően fejtegette, hogy ezen paragraphusnak olyan értelemben való alkalmazása, hogy a biztosító társulat tüdőbajosait korai stadiumban gyógyintézetekben helyezi el, illetve ilyen intézeteket maga alapit, vagy azok alapításához hozzájárul; a betegek személyes s a biztosító intézetek anyagi érdekének szempontjából egyaránt nagy mértékben kivánatos. *Gebhard* ajánlatát először a Hansavárosok biztosító intézete követte, saját sanatorium alapításával s ezután évről évre folyton növekedőben van a biztosító intézetek és betegsegélyző pénztárak részesedése a sanatoriumok alapításában s fentartásában, különösen 1895 óta, a mikor a „Reichsversicherungsamt" a saját sanatoriumok alapítása ellen kezdetben kifejezett aggódását elejtette. E mellett azonban a társadalmi tevékenység sem lankadt, folyton új erőt merítve a kérdés fontosságának irányadó, orvosi körök részéről való hangsúlyoztatásából. Különösen *Leyden*-nek a budapesti internationális hygiene- és demographiai congressuson tartott beszéde a nagy városok feladatáról a tüdővészesekről való gondoskodásban, s *Ziemssen*-nek referatuma a német természetvizsgálók 67. lübecki congressusán adtak az ügynek további lendületet. *Ziemssen* különben egyenesen hangsúlyozta, hogy a biztosító intézetek és betegsegélyző pénztárak közreműködése daczára a magánszövetkezések tevékenysége továbbra is nélkülözhetlen, „mert épen ezek képezik azt a fermentumot, a mely a foganatosított rendszabályok hasznos s szükséges voltának meggyőződését a népesség öntudatába oltja".

1896 elején alakul az összes ide vonatkozó törekvések központosítását czélzó „Deutsches Zentralkomité zur Errichtung von Volksheilstätten" ugyanez évben az irányadó közegeknek átnyujtott beadványban a „Kaiserliches Gesundheitsamt" is meleg szószólójává lesz a sanatoriumi mozgalomnak. Az ilyen módon a hivatalos s társadalmi tényezők részéről legmesszebb menő támogatásban részesülő tevékenység a következő évek folyamán olyan mérvet ölt, hogy a német központi bizottság 1899. évben idején valónak tartja, hogy működését más irányba is terelje: programmul tűzvén ki „a tüdővész mint népbetegség ellen irányuló intézkedések megindítását és támogatását általában", s kevéssel azután, hogy a német sanatorium-mozgalom az 1899. berlini congressuson a külföld leghivatottabb képviselői részéről a legmelegebb elismerésben részesül, ezen bizottságban egyesek a további sanatoriumok alapításában mérsékletre intenek, a mig az eddigiek működésének eredményéről kellő számú tapasztalat gyülik össze. 1901-ben a központi bizottság elhatározza, hogy az új gyógyintézetek alapítására vonatkozó agitatioját elejtve, egyéb a tüdővész leküzdését szolgáló s a sanatoriumok tevékenységét kiegészítő intézményekre fordítja tevékenységét. Ilyenek a tüdőbajosok számára szolgáló speciális rendelő intézetek, a gyermeksanatoriumok, a melyek alapítására újabban ugyancsak szélesköru tevékenység indult meg, a sanatoriumokból távozó munkaképes, de még kiméletet igénylő betegek számára való vidéki állomások, a melyekben azok könnyű kerti stb. munkát végezhetnek, üdülő menhelyek, súlyos tüdőbajosok számára való menhelyek. Intensiv tevékenységet fejt ki továbbá ezen bizottság a tuberculosisra s leküzdésére vonatkozó ismeretek népszerűsítése terén p. o. *Knopf*-nak e tárgyra vonatkozó pályanyertes könyvecskéjét százezer számra terjeszti. (180,000 példányt osztatott szét népiskolákban stb.)[1] Első sorban a német központi bizottságnak képezi érdemét a tuberculosis elleni védekezés nemzetközi szervezése a Berlinben székelő „Internationális iroda a tuberculosis leküzdésére" intézményében.

1904 elején Németországban 69 népsanatorium van működésben, kilencz építkezés alatt, s 18 további tervbe véve. A működésben levők körülbelül 5800 ágy felett rendelkeznek (1800 nő, 4000 férfi számára). Alapításuk mintegy 30 millió márkát, ágyanként tehát átlag 5000 márkát vett igénybe. Az intézetek alapítói 32 esetben sanatorium- s egyéb jótékony egyesületek s magánosok, 18 esetben munkásbiztosító intézetek s betegsegélyző pénztárak, 15 esetben községek, járások, négy esetben munkaadó alapított saját munkásai számára sanatoriumot. A biztosító intézetek nagy szerepe ezen kimutatásból ki nem tünik s azért kiemelendő, hogy a mennyiben ezek nem rendelkeznek saját intézetek felett, csekély kamatú pénzkölcsönök adása s a betegeik elhelyezése által az egyéb intézetek alapításához s fenntartásához nagyban hozzájárultak. Helyenként (Szászország, Würtemberg, Baden, Hessen, Hamburg) a sanatoriumok állami segélyzésben is részesülnek. Másutt a községek olyan módon járulnak támogatásukhoz, hogy e czélra lakosonként 1 fillér községi adót vetettek ki. A sanatoriumok legfőbb fentartói azonban mégis csak a munkásbiztosító intézetek, úgy hogy bizvást elmondhatjuk, hogy a *német sanatoriumügy nagy felvirulása egyenes következése a német birodalom nagyszabású socialpolitikai törvényintézkedéseinek.*

Ez a körülmény magyarázza meg, hogy a sanatoriumügy hatalmas kifejlődésre, általános elterjedésre, nagy nemzetgazdasági jelentőségre egyedül Németországban jutott. A legintenzivebb társadalmi érdeklődés és tevékenység sem képes azokat az összegeket előteremteni, a melyeket a tuberculosis elterjedésének megfelelő számú sanatorium alapítása és fenntartása igényel. Ha tényleg a sanatoriumoknak jut az első s legfontosabb szerep a tuberculosis leküzdésében: úgy európaszerte oda kellene központosulnia az irányadó tényezők törekvésének, hogy a sanatoriumügyet a sociális törvényhozás széles s biztos alapjára fektessék, vagy tekintve ezen czél nehezen elérhető voltát — szoros kapcsolatot teremtsenek közte s a munkás s egyéb vagyontalan osztályok biztosítási intézményei között. Kisérletek ilyen irányban tényleg történtek. Franeziaországban *Bernheim* és *Roblot*[1] vetették fel az eszmét, hogy az ott nagy szerepet játszó s nem csekély anyagi erők felett rendelkező kölcsönösségi biztosító társulatok (Sociétés de Secours mutuels", „Mutualités") azon összegekből, melyeket tüdőbajosok segélyezésre fordítnak, a rokkantság, munkaképtelenség elhárítására sanatoriumokra s egyéb óvóintézkedésekre áldozhatnának. Agitatiojuk közvetlen eredménye az ilyen czélú „Union antituberculeuse des mutualités et des Sociétés de Prévoyance du Département de la Seine" alakulása.

[1] Zeitschrift für Tuberk. II. H. 4. S. 318. 1901.

[2] Tuberkulose-Arbeiten aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte. 2. Heft. Deutsche Heilstätten für Lungenkranke. Geschichtliche und statistische Mittheilungen I. Berichterstatter Dr. *Hamel*.

[3] A tüdővész sanatoriumi gyógyítása. Budapest, 1897.

* Az új szövegezésben 18—23. §

[1] Samuel *Bernheim* und André *Roblot*, Paris: Tuberculose et Mutualités Associat. Française pour L'Avancement des Sciences. 31. Session 192. Zeitschr. f. Tub. IV. S. 77.

[1] Ezen munka magyarul is megjelent *Korányi Frigyes* előszavával s *Tauszk Ferencz* „A tüdővész elleni védekezés Magyarországon" czimü függelékével, jelen értekezés szerzőjének fordításában. (Mai Henrik és fia könyvkiadványa.)

Az anyagi eszközök fogyatékossága elsősorban oka annak, hogy az egyebütt is nagyon méltányolt, s propaganda útján böven terjesztett sanatoriumi eszme sehol sem juthatott ténylegesen csak közel is olyan mértékben érvényre, mint Németországban. Részben ezen kényszerü semlegesség következése, hogy a sanatoriumok jelentősége egyebütt — különösen Francziaországban — szigorúbb s talán objektivebb elbirálásban részesült, mint ott a hol áldásos tevékenységük a legszélesebb körökre terjedt ki. Az 1903. brüsseli nemzetközi, közegészségügyi congressuson a franczia és német felfogás különbözősége feltünően nyilatkozott s épen a vélemények ezen harczából jegeczesedik ki a sanatoriumok szerepének szélsőségektől ment, elfogulatlan megitélése. Az ezen mozgalomtól legtávolabb álló szakemberek is kénytelenek elismerni a gyógyintézetek positiv eredményeit a gyógyitás s különösen a munkaképesség helyreállítása terén s a sanatoriumügy leglelkesebb hívei sem zárkózhatnak el annak belátásától, hogy a sanatoriumügy csak egy láncszem az intézkedések azon sorozatában, a melyek a tuberculosis néppusztító járványának leküzdésére hivatva vannak. Németországban persze a sanatoriumi mozgalom nemcsak láncszeme, de egyszersmind kiindulása s középpontja a tüdővész elleni küzdelemnek, a mely azonban ezen középpontból eredve sokfelé ágazó s a prophylaxis minden eszközét felölelni törekvő tevékenységgé fejlődött. A többször említett német központi bizottság főtitkárának *Pannwitz*-nak a brüsseli közegészségügyi congressuson kifejtett programmja szolgálhat irányfonalul az intézkedések azon sorának áttekintésében, a melyek a tuberculosis ellen való rendszeres, s a hatósági s társadalmi tényezők központosításával folyó küzdelemnek lényeges pontjai.[1]

Ezen programm azon alaptételre épül, hogy a tuberculosis fertőző betegség, a mely első sorban a köhögő betegek által a környezetbe jutó bacillusok révén terjed tovább. A tovaterjedés meggátlásának módja ennélfogva alapjában ugyanaz legyen, mint a mely az acut járványok leküzdésében vált be s a melynek eszközei:

1. a betegek lehetőleg korai felkutatása,
2. az általuk terjesztett fertőző csírok megsemmisítése,
3. A fertőzést terjesztő betegek isolálása.

A prophylaxis terén mozgó intézkedések mellett

4. a betegek gyógyítása s a róluk való gondoskodás nem kevésbé elengedhetlen követelés, egyszersmind természetes járuléka az isolálás foganatosításának.

A praeventiv intézkedések fenti három alappontjának megvalósítása a milyen könnyü s eredményes az acut járványoknál, olyan szinte leküzdhetetlen akadályokba ütközik a tuberculosisnál ezen betegség általános elterjedésénél s az egyes esetnek évekre kiterjedő chronikus lefolyásánál fogva.

A betegek korai felismerésének s a köpés, köhögés stb. útján való tovaterjesztése meggátlásának legegyszerübb s legtermészetesebb módja a betegség természetének, tovaterjedése módjának s a terjedés megakasztása eszközeinek legszélesebb körökben való megismertetése volna. Ha az infectio veszélyének tudata a népesség minden rétegében elterjed, úgy joggal várható, hogy úgy a beteg maga, mint környezete szorgosan betartják azon intézkedéseket, a melyek a mindenfelé terjesztett népszerü utasítások, röpiratok stb. tanítása szerint a fertőzés megakasztására alkalmasak. Igy remélték legalább azok, a kik a fertőzés s elhárítása ismeretének népszerüsítésében a tuberculosis elleni küzdelem egyik legfontosabb fegyverét látták. Hogy ez a remény csak nagyon csekély mértékben vált be, hogy az elfogulatlan észlelő (különösen a gyakorló orvosnak van alkalma ebben a tekintetben tapasztalatokat gyüjteni) sokkal gyakrabban találkozik teljes közönyösséggel vagy oktalan bacillophobiával, mint a hygiene elveinek észszerü alkalmazásával — az nem lephet meg senkit, a ki a kulturhistória adataira csak futó pillantást is vetett, s meggyőződött arról a szívósságról, a melylyel a népesség zöme előitéleteihez ragaszkodik s arról a nagy ellentállásról, melylyel minden újítás találkozik. Decenniumok fognak még eltelni, a mig a közfelfogás és közlelkiismeret olyan gyökeres változáson mennek át, hogy a hygiene szolgálatába szegődhetnek. Ez a pessimista álláspont korántsem akarja a népszerü propaganda értékét becsmérelni. Kétségtelen, hogy az kisebb körökben már mostan is meghozza gyümöleseit; kétségtelen különösen az, hogy olyanok, a kik saját magukon győződtek meg a praeventiv intézkedéseket terjesztő emberbaráti actio áldásosságáról — a sanatorium ápoltjait értjük, — a rationális hygiene leghivatottabb terjesztői. Végre számbaveendő az is, hogy az idevágó ismeretek lehető terjesztése irányitja a társadalom érdeklődését a tuberculosis leküzdésének nagy ügyére s igy megindítja a társadalom azon tömörülését, a mely az eredményes küzdelem első feltétele. A népszerü iratok, figyelmeztetések terjesztése, a népnevelés tényezőinek bevonása az agitatioba (néptanitók) felolvasások, demonstratiók stb. tehát fontos tényezői a tuberculosis leküzdésének,[1] a melyek azonban, miután közvetlen hatékonyságukra nem számithatunk, nem pótolhatják az erélyesebb, egyenesen czélravezető intézkedéseket.

A betegség természetének egyre terjedő ismerete kétségtelenül hozzá fog járulni, hogy mind számosabban fordulnak a betegség korai stadiumában orvosi tanácsért. Szükséges, hogy az ilyen vagyontalan betegek számára könnyen elérhető nyilvános rendelőintézetek szolgáljanak, a melyek a gyógyító intézkedések keresztülvitelén kivül a beteg környezetét az infectio ellen védő intézkedéseket is programmjukba veszik. Ilyen czélra alakultak Németország számos városában tüdőbajosok számára való *poliklinikumok*, s a mindjárt szóba kerülő, szélesebb mederben müködő, franczia mintára szervezett *dispensaire*-ek.

Tekintve azonban, hogy a betegeknek csak egy kis töredéke az, mely a maga jószántából fordul a betegség korai, csekély tünetekkel járó szakában orvoshoz: minden alkalmat meg kell ragadni arra, hogy a betegeket *felkutassuk*. Közvetlen alkalom nyilik erre az iskolában, az örvendetes fellendülésben levő iskolaorvosi intézmény segélyével, a katonaság körében, s az olyan munkásüzemekben, a melyek állandó orvosi ellenőrzés alatt állanak.[2] Ezen közvetlenül kinálkozó alkalom mindeddig nem vált termékeny közegészségügyi intézkedések forrásává azon egyszerü okból, mert csak nagyon hiányosan rendelkezünk azon eszközök felett, melyek segélyével az imigy felkutatott betegekről s környezetük védelméről tényleg gondoskodhassunk. S az első lépésnek — a betegség minden esetben való megállapitásának — csak akkor van értelme és jelentősége, ha azt nyomban követi a második: a gyógyító és praeventiv intézkedések foganatosítása.

A két követelés természetszerü összetartozásának belátásából eredt a „dispensaire“ termékeny és nagyra hivatott eszméje. *Calmette* (Lille), a kiben a *„Dispensaire antituberculeuse urbain“* gondolata megfogamzott, ezen intézménynek feladatát sokkal inkább

[1] A következőkre vonatkozólag l. *Pannwitz*: Der Stand der Tuberculose-Bekämpfung im Frühjahre 1904. Geschäftsbericht für die Generalversammlung des Centralkomités. Berlin 1904.

[1] Ebben a tekintetben különösen *Francziaország* fejt ki nagy tevékenységet. Két nagy és jól szervezett egyesülése a „Ligue française préventive contre la tuberculose“ (alapitója *Armaingaud* tanár 1891) s a „Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire“ (1900) tisztán a tuberculosis elleni küzdelem propagálásával foglalkozik. Főeszközeik felvilágositó utasitások (Instructions prophylactiques) terjesztése, népszerü felolvasások — conférences — tartása, a népnevelés tényezőinek első sorban a néptanitóknak, nemkülönben az állami községi hatóságoknak, ipari testületeknek stb., stb. lehető bevonása a mozgalomba, speciális cursusok tartása. (Cours d'hygiéne et de prophylaxie des maladies évitables et de la Tuberculose en particulière). Részben hasonló czélokat szolgál, de ezenfelül sanatoriumok alapitását is programmjába vette az angol „National Association for Prevention of consumption.“ (1898.)

[2] Francziaországban a küzmunka-ministerium a vasúti szolgálatba lépőknek orvosi megvizsgálását rendelte el a tüdővészesek kiküszöbölése végett, a közoktatásügyi ministerium ugyanilyen előleges vizsgálatot rendelt el a tanitókra s az iskolákban alkalmazott egyéb személyzetre vonatkozólag azon hozzátevéssel, hogy a már működésben levő tanitó tuberculosisban való megbetegedése esetén szolgálatától felgyógyulásáig eltiltandó. Ugyancsak kirekesztetnek a népiskolákból a fertőzést közvetiteni képes gümőkóros gyermekek. Messzemenő intézkedések történnek Németországban a tuberculosisban megbetegedetteknek a hadseregből való kizárása s a fertőzés továbbragadásának megakasztása érdekében. Tényleg a tuberculosis a német hadseregben évről-évre csökken s ezen intézkedések megindítója *Schjerning* a berlini tuberculosis-congressuson oda nyilatkozott „dass die Armee die grosse staatliche Institution sein wird, in der die Tuberculose zuerst verschwunden ist“. (L. Blumenthal. Die sociale Bekämpfung der Tuberculose.)

a prophylactikus s a sociális téren látja, mint a therapia mezején.[1] A dispensaire a sűrün lakott városrészek szegénysorsú lakosságával szoros contactusban van, a tuberculosisban megbetegedett vagy arra gyanús munkásokat felkeresni, magához terelni s füzni igyekszik, őket s környezetüket a hygiene elveire kioktatja, s azok tényleges kivitelére felügyel; a munkaképtelen betegeket élelmi, fütőszerrel, ruhával, ágyneművel, köpőcsészével, fertőtlenitő szerekkel látja el, gondoskodik a lakás tisztántartásáról, esetleg a hygiene követelményeinek megfelelő lakás szerzéséről; a beteg fehérneműjét a fertőzés terjedésének meggátlása czéljából díjtalanul mosatja, érintkezésben van a munkaadókkal s jótékony egyesületekkel, hogy azok segélyével a beteg anyagi helyzetét mindenképen javitsa. Ezen főképen sociális czélzatú tevékenységnek megfelelőleg a dispensaire feladatának megoldása az orvosokon kivül főleg az úgynevezett „assistent-ouvrier"-ra (ouvrier enquêtuer) hárul, a ki rendszerint a munkásosztályból eredő, annak viszonyait alaposan ismerő egyén, a ki teljesen birja hajdani bajtársainak bizalmát s azokkal nem merev, hivatalos, de baráti érint kezésben van. A dispensaire berendezése könnyen érthető módon csak csekély anyagi befektetést igényel, messzeható és intensiv tevékenysége viszont csak olyan módon lehetséges, ha bőségesebb anyagi eszközök felett rendelkező jótékonysági intézményekre vagy hatóságokra támaszkodik. Ha ezen utóbbi feltétel ideális mértékben volna megadva, úgy a dispensaire legjobb kiinduló pontját képezné a tuberculosis leküzdésének. A maga hatáskörében a betegek felkeresésének s felvilágositásának feladatát a szükséges bő keretben s nagy erélylyel folytathatná s a vele kapcsolatban levő közegeknek kellene gondoskodni arról, hogy a betegeket állapotuk, sociális és családi viszonyaik követeléseihez képest sanatoriumokban, üdülő menhelyeken, rokkantintézetekben stb. elhelyezzék vagy családuk körében gondoskodjanak róluk és környezetüknek megóvásáról. A megóvás s gyógyitás feladatainak ezen teljes megoldásától a szép számmal működésben levő franczia és belga dispensairek persze a szükséges anyagi eszközök hijján nagyon távol vannak, működésük alig terjed túl azon programmpontokon, a melyekben *Calmette* a berlini internationális tuberculosis conferentián a rájuk háramló feladat minimumát megszabta:

„Le dispensaire antituberculeux doit nécessairement réaliser les conditions suivantes

1. Éduquer le malade et sa familie,
2. Assainir le logement,
3. Désinfecter et blanchir le linge,
4. Fournir les aliments et tous les secours indispensables pendant les périodes de chômage force."

Hogy a dispensairek működése ilyen alakban is áldásos s nagyjelentőségü, az kétségtelen. Németország, a mely a tuberculosis elleni hadjáratban a legnagyobb aktivitást fejti ki, újabban ugyancsak nagyon felkarolta ezen teljesen franczia intézményt (a melyet *Casimir Périer* „la formule francaise" névvel jelölt) s úgy látszik hogy itten, a hol a sociális czélokra bőségesebb anyagi eszközök vannak rendelkezésre, ezen állomások különösen termékeny fejlődésre vannak hivatva. A német tüdőbajos poliklinikumok és köpetvizsgáló állomások mindinkább prophylactikus s sociális czélzatú intézményekké fejlődnek, s helyenként ilyen irányban egyöntetü, nagyszabású szervezkedés történik.[2]

Badenben p. o. az ottani nőegyesület az ország különböző részeiben 1904 tavaszáig 37 köpetvizsgáló s betegekről gondoskodó állomást (Fürsorgestelle) szervezett, a melyek által köpőcsészéket, evő- és mosóeszközöket bocsát ápoltjai rendelkezésére, gondoskodik a fehérneműi mosásáról, a lakások tisztaságáról, élelmiszerekről, külön ágyakról, s hálószobákról; alkalmas betegeket sanatoriumokban helyez el s ott tartózkodásuk folyamán támogatja családjukat, távozásuk után állapotuknak megfelelő foglalkozást szerez számukra. Nagyon figyelemreméltó továbbá *Cöln* városának azon rendelete, a melylyel azon szegény tüdőbajosokról való gondoskodást, a kik nem tartoznak valamely biztositási intézmény keretébe, a városi szegényügy feladatává tette, különös súlyt fektetve a prophylactikus intézkedésekre (lakásdesinfectio, köpőedények stb. szolgáltatása, külön hálószoba bérlése stb.).[1] Nálunk *Müller Kálmán* vetette fel a dispensaire intézmény meghonosításának eszméjét, s dolgozott ki egy fővárosi dispensaire alapitására vonatkozó részletes tervezetet, a mely mindeddig, sajnos, megvalósitható nem volt.[2]

A tuberculosis ellen való hathatós, eredményes küzdelem a hatóságok erélyes közreműködése nélkül — már annak első szakaszában — a betegek felkutatása feladatának teljesitésében is nehezen képzelhető. Ha a dispensaire és vele rokon intézmények még olyan kiterjedést nyernek is: praeventiv törekvéseik a betegnek s környezetének ellentállásán megtörhetnek mindaddig, a mig hatósági felhatalmazásra nem támaszkodnak s a betegeknek teljes mértékben való felkutatása s nyilvántartása a *bejelentési kötelezettség* intézménye nélkül: utopia. Az acut járványok leküzdésének s állandó fékentartásának alapját épen a kötelező bejelentés képezi. A mi azonban az utóbbiaknál minden nehézség nélkül keresztülvihető, a legelterjedtebb s azonfelül beláthatatlanul chronikus lefolyású betegségnél nagyon lényeges akadályokba ütközik. Nagyon félő, hogy a tuberculosis bejelentési kötelezettsége s annak természetes járulékát képező praeventiv intézkedések keresztülvitele annyira beleütközik a magánélet, a családi élet menetébe, az egyéni szabadság olyan korlátozását involválja, a mely a jelenkor uralkodó eszméivel össze nem fér. Ezen jogos aggódás magyarázza meg, hogy az előrehaladás ezen kétségtelen radikális eszköz alkalmazásában tapogatódzó óvatossággal történik.

Minden nyilvánvaló, s fertőző anyag kiválasztásával járó tuberculosis-esetnek bejelentése az európai államok közül csak *Norvégiában* (1901) s legújabban *Dániában*[3] kötelező (hasonló intézkedés New-York államban 1898). Ettől eltekintve talán *Szászországban* (1900) vannak legmesszebbmenő intézkedések, a hol bejelentendő minden tüdő- és gégetuberculosis *halálest*, továbbá tüdő- és gégetuberculosis *előrehaladott* esetei, lakásváltoztatás esetében vagy olyankor, ha a beteg lakásviszonyainál fogva környezetét határozottan veszélyezteti, végre tüdő- és gégetuberculosis *minden* esete, magángyógyintézetekben, árva-, szegény s menházakban, vendéglőkben, ágybérlő helyeken, internátusokban és pensionátusokban. *Olaszországban* tüdőtuberculosis *minden* esete bejelentendő szegény-, rokkant-, árva-, lelenczházakban, börtönökben, vendéglőkben, tejgazdaságokban, továbbá minden haláleset s minden eset lakásváltoztatáskor (1901). *Badenben* (1902) a haláleseteken kivül bejentendő minden *előrehaladott* tüdő- és gégetuberculosis eset, ha a beteg lakást változtat vagy lakásviszonyainál fogva környezetét nagy fokban veszélyezteti, végre *minden* eset iskolákban és nevelőintézetekben. Hasonlók *Hessen* intézkedései. *Ausztriában* (1902) az orvos bejelentési kötelezettsége minden tuberculosis (nemcsak gége- és tüdőtuberculosis) halálesetre, s az ilyen beteg lakásváltoztatására vonatkozik.[4]

Szembetünő az egyes államok intézkedéseinek eltérő volta nemcsak a bejelentési kötelezettség terjedelmében (általános bejelentési kötelezettség, halálesetek s lakásváltoztatás bejelentése, előrehaladott, a környezetet veszélyeztető esetek bejelentése, sok ember közös lakóhelyéül szolgáló intézmények ellenőrzése), de abban is, hogy helyenként csak a tüdőtuberculosisra, másutt a tüdő- és gégetuberculosisra, végre elvétve a tuberculosis minden nemére érvényes a bejelentési kötelezettség. Hogy az intézkedés ezen különböző formái mennyiben czélravezetők, arra nézve már mai nap is rendelkezünk némi tapasztalat felett. *Badenben*, a hol a bejelentési kötelezettség enyhe fogalmazásban van elfogadva, *Brauer* a bejelentés anyagát beható kritika tárgyává tette,[5] a melynek eredménye az volt, hogy az új rendeletnek hatása úgyszólván semmi. Ezen rendelet csak az *előrehaladott* esetek bejelentését követeli lakásváltoztatás vagy a környezet *nagyfokú* veszélyeztetése esetén. A betegség előrehaladt voltának s a környezet veszélyeztetése fokának elbirálása teljesen a kezelő orvos kényére van bizva, a nélkül, hogy reá a bejelentés elmulasztásából valamelyes hátrány (birság stb.) hárulna, holott a bejelentés foganatosítása, a mely nagyobbrészt nincs inyére a betegnek, hátránynyal,

[1] L. *Calmette*: La lutte sociale antituberculeuse en France dans les milieus ouvriers. Die erste internationale Tuberkulosekonferenz. Bericht. Berlin 1903, továbbá *Blumenthal*: Das Dispensaire. Zeitschrift f. Tub. V. S. 383.

[2] A berlini kitünően szervezett „Fürsorgestellen" működéséről legközelebb számol be e sorok irója a helyszinén gyüjtött tapasztalatai alapján.

[1] l. *Pannwitz* l. c.

[2] *Müller Kálmán:* Az ingyenes tüdőbeteg ambulantiák tárgyában. Tuberkulozis 1. szám. 1904.

[3] A nagyon figyelemreméltó új dán tuberculosis-törvényre *Friedrich* dr. egyet. magántanár úr volt szives figyelmeztetni. Ismertetését és méltatását *Friedrich* dr. közli az „Orvosi Hetilap" legközelebbi számainak egyikében.

[4] L. *Kirchner* I. Internationale Tuberkulosekonferenz S. 132.

[5] *Brauer*: Anzeigerecht, Anzeigepflicht und Morbiditätsstatistik. Beitr. zur Klinik der Tuberculose II. S. 155.

kellemetlenséggel jár. Az intézkedés tehát *Brauer* helyes megjegyzése szerint nem bejelentési kötelezettséget, de meglehetősen korlátolt bejelentési jogot foglal csak magában. Tényleg a bejelentések legnagyobb részét az egyébként is kötelező bejelentő kórházi lapok s a hatósági jelentések kivonatai képezték, s azok száma így is csak nemcsak a morbiditásnak, de a mortalitásnak egy csekély töredékét képezte. Ezen adatokból kétségtelenül kitünik, hogy a határozatlanul körülirt, s a kivitelnek semminemü garantiáját nem nyujtó bejelentési kötelezettség teljesen illusorius. A badeni intézkedésnek főhibáját nem is az képezi, hogy a tuberculotikus betegeknek csak egy szükebb csoportjára korlátozódik, de az, hogy minden megkötöttség nélkül teljesen szabad teret enged az egyéni mérlegelésnek. A korlátolt, de pontosan körülirt bejelentési kötelesség kétségtelenül üdvös s áldásos eredményeket hozhat. A tanintézetek, vendéglők stb. gümőkóros betegeinek bejelentése (Szászország, Olaszország) p. o. határozottan jelentőséges volna azon esetben, ha egyrészről a megfelelő rendelet szigorúan alkalmaztatik s ellenőriztetik, s ha másrészről hathatós praeventiv inintkézedések füződnek hozzá. Egyébként az intézkedés csak irott malaszt. *Olaszországban*, a hol e sorok irójának alkalma volt ide vágó tapasztalatokat gyüjteni, a kétségtelenül rationális rendelkezések — a mennyire a viszonyokat megismerhette — csak papiroson vannak meg.

De el is tekintve a bejelentési kötelezettségre vonatkozó rendeletek kivitelének többé vagy kevésbé biztos garantiáitól, s fel is téve azoknak minden esetben való keresztülvitelét gyakorlati jelentőségre csak a velük kapcsolatos tényleges intézkedések révén jutnak. A korlátolt bejelentési kötelezettségből is nagy előnyök hárulhatnak úgy a betegre, mint a társadalomra, ha erélyes, gyógyító s prophylactikus tevékenység füződik hozzá, s az általánosan kötelező, minden esetre kiterjedő bejelentés is elveszti az egyéni szabadságot korlátozó, a családi élet harmoniáját megzavaró, aggasztó jellegét, ha a vele kapcsolatos gyakorlati intézkedések a közszabadságot respectáló mederben mozognak. *Norvégia* példája minden esetre megczáfolja azt a gyakran hangoztatott véleményt, a mely szerint a tuberculosis általános bejelentési kötelezettsége nagy társadalmi megrázkódtatást vonna maga után *Andvord*, a ki az I. internationális tuberculosis-conferentián ezen törvény behozatalának eredményéről referál, megjegyzi, „hogy annyi bizonyos, hogy minden csendesen és békésen folyt le, s hogy azon kellemetlenségek és nehézségek, a melyek egyesek aggódása szerint a kötelező bejelentésből a betegekre háramlanak, mindeddig nem mutatkoztak“[1]. Persze a norvégiai törvény részleteiben messzemenő kiméletességet mutat. A bejelentés a közegészségügyi hatósághoz intéztetik, a melynek képviselője hivatalos titoktartásra kötelezett orvos. A környezet megóvását czélzó tisztasági és óvóintézkedésekre a kezelő orvos tartozik ügyelni, a ki csak akkor vegye a közegészségügyi hatóság segélyét igénybe, ha rendelkezései be nem tartatnak. Végre csak legvégsőbb esetben, ha egyéb intézkedések czélra nem vezetnek, van a hatóságnak joga a beteget kórházba szállíttatni (házasfeleket, a kik egymást elhagyni nem akarják, ez esetben sem szabad elválasztani).

Hogy a norvég tuberculosis-törvény mennyiben lesz képes a tuberculosis rombolásainak útját állani, azt a jövő fogja megmutatni. Egy, persze nem practikus, de azért nem jelentőségtelen eredményt elvárhatunk alkalmazásától, t. i. pontos morbiditás-statistikát és a betegek állandó nyilvántartását. Ilyen módon lehetséges volna a betegség terjedésmódjába, az infectio és dispositio kérdésébe alaposabb betekintést nyerni, mint mindeddig és csak ezen módon nyerhetünk biztos alapot a betegség közgazdasági jelentőségének, a leküzdésére foganatosított intézkedések értékének elbirálására. A mortalitás, a mely tulajdonkép két tényező: a morbiditás és letalitás eredője, a betegség csökkenésének és terjedésének csak nagyobb ingadozásait elkésve mutató indicatora, s s ezért ilyen megitélés alapjául sokkal kevésbé szolgálhat. Egyébként a Norvégiában érvényes tuberculosis-törvény a praeventiv intézkedések tényleges kivitelének kérdésében elsősorban a gyakorló orvosok közegészségügyi érzékére és önzetlen erélyességére, másodsorban hivatalos közegészségügyi közegek megbizhatóságára támaszkodik és eredményességének prognosisát megállapitani épen ezért lehetetlen.

[1] Bericht S. 127.

Norvégia példája, úgy látszik, a közel jövőben Európa egyéb államaiban utánzásra aligha fog találni. A tuberculosis-mozgalom vezetői inkább a korlátolt, — fertőzőképes esetek elhalálozására s lakásváltoztatására vonatkozó — bejelentési kötelezettség mellett foglalnak állást (l. *B. Fränkel* referátumát a kopenhágai internationális conferentián) első sorban azért, mert csak ezen esetekben teljesíthető, kielégítő biztossággal a tuberculosis leküzdése fentebb felsorolt programmpontjainak második a: *a fertőző csirák megsemmisítése*. Nagyon kivánatos, hogy a lakásváltoztatás s a halálesetek kötelező bejelentése s a lakásoknak a hatóság által eszközölt kötelező desinfectioja, a mint az Németországban helyenként gyakorlatban van, minél nagyobb elterjedést nyerjen. Legyünk azonban tisztában az iránt, hogy az ilyen intézkedés távol áll attól, hogy az említett programm második pontját tényleg megvalósítsa. A fertőző csirokat a beteg addig terjeszti, a mig életben van, s a halála utáni fertőtlenítés ezen terjedésnek csak végső kiágazását akasztja meg.

Az élő tüdőbajos betegek összessége a mythos Pandora szelenczéjéhez hasonlítható, a mely feltartózhatlanul önti magából az emberiséget megrontó kórt, s ezt az árt megakasztani szinte lehetetlen igyekvésnek látszik. Hogy közhatósági intézkedések épen ezen a téren tehetnek a legkevesebbet, azt nyomban belátjuk, ha meggondoljuk az ellenőrzés teljes lehetetlenségét. A nyilvános helyeken kifüggesztett köpési tilalomnak némi közvetlen jelentősége kétségtelenül van s feltehető, hogy az infectio terjedésének egy kicsi ere ilyen módon eltorlaszolható. De az így elért eredmény nagyon csekély, összevetve a kórokozó anyag azon mérhetetlen elterjedésével, a mely újra s újra a bacillus „ubiquitarius“ voltának persze alaptalan, de jellegző hypothesiséhez vezet. Viszont a köpési tilalom mind nagyobb elterjedésének, s az ezen irányú folytonos agitationak nagy *közvetett* jelentőséget kell tulajdonitanunk. A köztisztaság ezen elemi követelésének folytonos hangoztatása fog csak a közfelfogás s velejáró szokások oly gyökeres átalakulására vezetni, a mely egyedül van hivatva az infectio forrásának megapasztására. Határozott s kétségtelen eredményességet a köpési tilalomnak csak ott tulajdoníthatunk, a hol meg van adva a szigorú ellenőrzés lehetősége, s legnagyobb fontosságot a tilalom s ellenőrzés ott nyer, a hol sok ember folytonos együtt tartózkodása a fertőzésre bő alkalmat nyujt: műhelyekben, iskolákban, kaszárnyákban. Műhelyekben, gyárakban p. o. köpési tilalom s a fertőzés lehetősége ellen irányuló egyéb intézkedések kell, hogy kiegészítő részét képezzék a munkásvédelemnek, s az ilyen intézkedéseknek jogosultsága egyenrangú a balesetek elhárítását czélzó, általánosan elterjedt szabályokéval.[1] Egyébként pedig a köpési tilalomtól s a hygiene egyéb követeléseinek szolgáló propagandától nagyobb eredményt csak akkor várhatunk, ha az oltalmat s segélyt nyujtó tekintély suggeráló erejével fordul magához a beteghez. S ezen szempontból a sanatorium s dispensaire intézményei számos papiron levő szigorú rendeletnél többet fejtenek ki a hygiene elemi követeléseinek terjesztésében.

A prophylaxis tehát már a fertőző anyag ártalmatlanná tevésének feladatát is csak szoros összefüggésben végezheti a *betegekről való gondoskodással*. Még szorosabban függ össze az utóbbi a betegek esetleges *izolálásának* követelésével. Tényleg a szegénysorsú tüdőbajosokról való gondoskodás képezi úgy a prophylaxis, mint a nemzetgazdasági érdekek szempontjából, a humanitás magasabb ethikai követeléseitől eltekintve is, a tuberculosis-kérdés sarkpontját s hozzátehetjük a küzdés programmjának legnehezebben beváltható részét.

Hogy a sanatoriumügynek a mai mederben való továbbfejlesztése tüdőbajos betegekről való gondoskodás kérdését korántsem meriti ki: az alig szorul hangsúlyozásra. Szembetünő illustratioja ezen ténynek, hogy Németországban, a hol sanatoriumok olyan kiterjedést nyertek, hogy azon tüdőbajosoknak, a kik valamely biztosítási intézmény keretébe tartoznak, s a kik a ma érvényben levő principiumok szerint „sanatoriumi kezelésre alkalmasak“, befogadására képesek, a betegek elhelyezésének kérdése

[1] L. *Freund*: Über Krankheitverhütungsvorschriften in Arbeitsstätten. Internat. Tuberc.-Konferenz S. 173. l., továbbá *Szegedy-Maszák Elemér* kimerítő referatumát: „A munkásvédelem feladatai a tuberkulozis-ellenes küzdelemben“. Közgazdasági szemle, 1904. október-november.

erősen foglalkoztatja az irányadó köröket. A lakosságnak, s közelebbről a szegénysorsú lakosságnak nagyobbik része, így a munkások családja még az ebben a tekintetben legelül járó Németországban sem tartozik a sanatoriumi kezelés terheit viselő rokkantbiztosítás kötelékébe. S azon uralkodó elv, hogy a sanatoriumok első sorban a könnyű eseteknek nyujtanak helyet: belőlük épen a súlyosabb s a fertőzés terjesztésében főleg számbajövő eseteket zárja ki. Ezen körülményre támaszkodik azon újabban franczia részről gyakran hangoztatott kijelentés, a mely egyáltalán tagadja a sanatoriumok prophylaktikus jelentőségét. Az utóbbi kérdésben állástfoglalni csak a sanatoriumok beteg anyagára s gyógyeredményeire vonatkozó elég bőven rendelkezésre álló adatok számbavétele alapján lehetséges (lásd alább). Azt azonban újból ki kell emelnünk, hogy olyan országokban — s sajnos magunk is ide tartozunk — a hol a sanatoriumügy nem támaszkodhatik olyan szilárd anyagi alapra, mint a minőt Németországban a rokkantbiztosítás intézménye szolgáltat a tüdőbajosok olcsóbb, s könnyebben, általánosabban kivihető elhelyezése elsőrendű közegészségi közgazdasági s ezzel nemzeti érdek Ezen czélra Németországban az intézmények egész sora szolgál.

A legkönnyebb, fertőzés veszélyével egyáltalán nem járó esetek elhelyezésére számba jönnek a Németországban nagy számmal alapított *reconvalescens menhelyek*, a melyek ezenkivül közvetve is hozzájárulnak a tüdővészesek elhelyezése kérdésének megoldásához, a mennyiben a kórházak könnyebb, lábadozó beteganyagának befogadása által azokat a tuberculotikusak befogadására s huzamos ápolására képessé teszik. Tényleg a modern áramlat oda irányul, hogy a kórházak lehetőleg ilyen menhelyekkel („Erholungs- und Genesungsheime") egészíttessenek ki. A betegbiztosítási törvény 1892. kiegészítése törvényes alapot szolgáltatott arra, hogy a lábadozó betegekről való gondoskodásban, a mely annakelőtte főleg jótékony társadalmi egyesülések feladata volt, a betegsegélyző pénztárak tevékeny részt vegyenek.[1]

Egyszerű, olcsó s praktikus voltuknál fogva különös méltánylást érdemelnek a betegek nappali tartózkodására a nyár folyamán szolgáló „üdülőhelyek" (Erholungsstätten). A mióta *Becher* és *Lenhoff* berlini orvosok ajánlatára a berlini vöröskereszt népsanatoriumegyesület az első ily intézményt alapította, az Németország számos városában utánzásra talált. Nem egyéb mint egy lehetőleg erdős, bekerített hely a város közeli szomszédságában egy *Döcker* féle gazdasági barakkal s a betegek nappali tartózkodásához s ellátásához szükséges egyéb berendezésekkel. Az ápoltak olcsó ki- és visszaszállításáról gondoskodás történik. Az üdülőhelyeken, a melyeket a betegsegélyző pénztárak bőven igénybe vesznek, számos, főleg előrehaladottabb tüdővészes jut elhelyezésre, s igen figyelemreméltó tény, hogy ezen nagyon egyszerű s olcsó intézmény keretében is számbajövő javulásukról számolnak be.[2]

A sanatoriumokból távozó betegek átmeneti tartózkodásául szánt *vidéki* koloniák eszméjét sem akarjuk említetlenül hagyni. Érdekes példája a hannoverai országos biztosító intézet alapította stübeckshorni telep, melynek ápoltjai naponta 4—8 óra hosszat könnyebb kerti s földmívelési munkákat végeznek.

A kérdés sarkpontja azonban nem a könnyű betegek elhelyezése, nem is a súlyosabb betegek sorsának, állapotának olyan muló enyhítése, a melyet a nappali üdülőhelyektől várhatunk, de az ápolásra szoruló s a fertőzést első sorban terjesztő súlyos tüdővészesek nagy tömegének czélszerű elhelyezése. Egyes jótékony intézmények ezen feladat megoldásához csak az aránytalanul csekély mértékben járulhatnak. Ezen nagyszabású s rendszeres szervezkedést, s nagy anyagi befektetést igénylő ügyben a községek és állam vezető s szervező tevékenysége nélkül gyökeres javulást nem várhatunk.

Az utóbbi időkben újra és újra felszinre került a súlyos, tüdővészesek számára való *rokkantházak, ápolómenhelyek* alapításának követelése. A német biztosítási törvény itten is megadta az iniciativa lehetőségét s a biztosítási intézetek részéről történtek ezen irányban kisérletek. Ugy látszik azonban az ezen téren mutatkozó szinte leküzdhetlen akadályokat ezen példátlan anyagi eszközökkel és hatáskörrel biró intézmények sem képesek leküzdeni. Az ügy fejlődésben mutatkozó pangás főoka a „Reichsversicherungsamt" jelentése szerint az a körülmény, hogy az ápoltatás költsége a rokkantsági járulék összegét lényegesen felülhaladja. Németországban 1904 elején nyolcz menhely van működésben, a mi elenyészően csekély szám az elhelyezendő betegek nagy tömegéhez képest. További nehézség a betegek előitélete a még új intézménynyel szemben. A westfáliai országos biztosító intézet jelentése szerint épen a tüdőbajosok azok, a kik vonakodnak a felvételtől.

De ha a biztosító intézeteknek sikerülne is a maguk rokkantjairól ilyen módon gondoskodni, megoldatlan a nem biztosított szegénysorsú tüdővészesek nagy számáról való gondoskodás kérdése, s teljesen megoldatlan a kérdés az olyan országokban — s ide sorakoznak Európa összes egyéb államai — a melyekben a rokkantbiztosítás intézménye számbajövő tényezővé még nem fejlődött. Hogy ezen nagy s elkerülhetlen sociális feladat teljesítését ezek milyen réven eszközölhetik, az a legnehezebb nemzetgazdasági problemák egyike. S ha egyáltalán a tuberculosis fertőzés által való terjesztésének álláspontjára helyezkedünk: a leküzdés legsarkalatosabb pontját épen a súlyos betegek olyan elhelyezése képezi, a mely a betegség továbbragadásának megakasztására alkalmas. S ezért a problema megoldása a legsürgősebb követelés. Gyors segélyt csak az olyan intézkedésektől várhatunk, a melyek vagy már meglevő intézmények keretében mozognak, vagy lehetőleg csekély anyagi befektetéssel képesek a tüdővészesek lehetőleg nagy számáról gondoskodni. A legközelebbről kinálkozó eszme a kórházaknak olyan irányban való fejlesztése, hogy bennök nagyszámú tüdővészes beteg leljen helyet, persze egyéb betegtől teljesen izolálva. Ezen czélra máris nem egy kórházban s klinikán gümőkóros betegek számára való külön állomások s pavillonok szolgálnak. Hogy az ilyen állomások egyáltalán javulóképes esetekben a gyógyítás terén is számbajövő eredményeket érhetnek el, ahhoz kétség nem fér.[1]

További nagyfontosságú lépés volna alkalmas fekvésű s berendezésű tüdővészes kórházak építése, főleg a községek részéről. *Brauer*, a ki a tüdőbajosok elhelyezésének kérdésével igen figyelemreméltó értekezésben foglalkozik,[2] ezenkivül a menhely intézmény egyszerű olcsó s teljesen decentralizált kifejlesztését ajánlja. „Egyszerű, olcsó lakóházszerű épületeket emeljenek a községek, s ezek távolról sem igényelnek olyan költséges berendezéseket, mint a modern kórházak. A menhelyek forgalmi s ápolási berendezése is lehetőleg egyszerű legyen s az ápoltak szabadsága s otthonossága érdekében minden felesleges fegyelmi korlátozás kerülendő". Az orvosi vezetés a helyben lakó orvosra ruházandó, a mi összefügg a lehető decentralisatio követelésével, nagy számú s kicsiny menhelyek alapíttassanak, hogy a beteg családjától ne legyen kénytelen teljesen elszakadni.

Az anyagi nehézségeket *Brauer* az állam, jótékony egyesületek nyujtotta olcsó kamatú kölcsönök s a biztosító társulatok állandó hozzájárulása által véli leküzdhetőknek. *Brauer* fejtegetései a német viszonyokból indulnak ki, de mutatis mutandis egyéb országokra is alkalmazhatók. A decentralisatio s egyszerű kivitel mindenütt közelebb vihetik a kérdést a megoldáshoz. A menhely-intézmény lassú s czélszerű kifejlesztése folyamán valószinűleg megszünnék az az előitélet is, a mely azt a szegénysorsú tüdővészes előtt ellenszenvessé teszi. Persze a menhelyeknek nem szabad főleg agonizálókat magukba fogadó leprosiáknak lenniök. Kell, hogy ápoltjaiknak olyan előnyöket biztosítsanak, a mely a beteg akarata ellenére való internáltatás helyenként felhangzó követelését feleslegessé teszi. Ezen utóbbi vitás pont tárgyalása különben még korai; távol vagyunk attól, hogy az olyan tüdővészesekről gondoskodhatnánk, a kiknek a menhely áldás, azok, a kiknek kényszerüség: egyelőre nem jönnek számba.

[1] L. *Marcuse* (Ztsch. f. Tub. u. Hstwes. VI. S. 101.).
[2] L. *Pannwitz* l. c.

[1] A budapesti egyetemi I. belklinika tuberculosis-állomásán, a melyben alkalmas betegek sanatoriumszerű kezelésben részesülnek, nagyon jók az elért eredmények. Jó eredményekről számol be *Lazarus* is. (Die Krankenhausbehandlung der Lungentuberkulose. *Schröder-Blumenfeld* Hb. der Therapie der chronischen Lungentuberkulose.)

[2] Der Einfluss der Krankenversorgung auf die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Beitr. zur Klinik der Tub. II. S. 89.

Legkiterjedtebben a maga súlyosabb tüdővészeseiről Angolország gondoskodik. Első speciális-mellbeteg kórháza („Royal City Road Hospital for Diseases of the Chest, London E. C.") már 1814-ben nyilt meg, 1841-ben a ma több mint 300 ágy felett rendelkező „Brompton Hospital for Consumption and Diseases of the Chest", 1869-ben a mintaszerű berendezésű *Ventnor Royal Hospital*. Ezen külön kórházakban, sanatoriumokban aránylag csak kevés beteg találhat felvételt, *Blumenthal* egész Angolországban csak 24 ilyen speciális intézetet tud kimutatni s ezek egy része nemcsak tüdővészeseket, de mindennemű mellbetegségben — Diseases of Chest — szenvedőket, még szívbajosokat is felvesz. Nagymérvű gondoskodás történik azonban a tüdővészesekről azáltal, hogy a kórházak erre szolgáló külön osztályaiban számos tüdővészes részesül ápolásban (a kórházi betegek 2—3%-át ezek képezik), továbbá a szegényügy nagy kifejlődése révén. A szegényházakkal (Workhouses) sinylő intézetek „Poor Law Infirmaries" vannak kapcsolatban, a melyek előrehaladt tüdővészeseket is felvesznek. Ilyen sinylőház London közelében 26 van mintegy 13,500 ágygyal, úgy hogy London szegénysorsú, előrehaladt tüdővészeseinek legnagyobb része helyet talál bennük. Gyógyíthatatlan tüdővészek számára 12 asylum van Angolországban működésben összesen 200 ágygyal.[1]

Az eddig elmondottakra röviden visszatekintve látjuk, hogy a fertőzés terjedése ellen irányuló „antibacilláris" prophylaxis követelései: a betegek felkutatása, a fertőző anyag ártalmatlanítása s a betegek isolálása kapcsolatban a róluk való czélszerü gondoskodással nagyon nehezen megoldható feladatok, a melyeknek teljes keresztülvitele a hatóságok, — kormány és községek — hathatós közreműködése nélkül el sem képzelhető s szorosan összefügg a sociális viszonyok gyökeres reformjával. A tuberculosis-morbiditás csökkentése s a betegségekről való gondoskodás a népesség zömét képező szegénysorsú lakosság körében, az általános hygiene olyan emelkedését s kiterjesztését, az alsóbb néposztályok sociális viszonyainak olyan megjavulását feltételezik, a mely csak messzemenő sociális reformintézkedésektől várható. A tuberculosis-kérdés, ha még olyan szigorú tudományos szempontokból, még olyan orthodox bakteriologiai álláspontból is indulunk ki tanulmányozásában, elkerülhetlenül a legáltalánosabb s legfontosabb társadalmi problemákhoz vezet. Innen van, hogy a tuberculosis leküzdésének feladatával kapcsolatban orvosi forumok újra s újra messzemenő sociális intézkedéseket követelnek. Például szolgáljon az 1903. brüsseli nemzetközi egészségtani congressus következő egyhangúlag elfogadott határozata:

„1. A tuberculosis prophylaxis első sorban az állam kötelmi körébe tartozik a következő eszközök alkalmazása által: a lakáshygienére vonatkozó törvények s rendeletek szigorú keresztülvitele; törvényileg biztosított egészségrendészeti intézkedések, a műhely s gyári munkások túlterhelésére s munkaidejére vonatkozó szigorú törvények életbeléptetése (a mire nézve nemzetközi megegyezés nagyon kivánatos) a rendeleteknek a helyi, hivatásbeli stb. viszonyoknak megfelelő kibővítése a községek s közigazgatási közegek által.

2. A tüdőbajosokról népsanatoriumok, dispensairek, üdülőhelyek, menhelyek által való gondoskodásban az állam a magánosok s társadalmi egyesülések (járások, községek, jótékony, s munkásbiztosító egyesületek stb.) törekvéseit a legmesszebbmenőleg elősegítse s támogassa, oda hatva, hogy azok jótékony működésüket minden nemzet társadalmi szellemének s sajátos igényeinek megfelelőleg akadálytalanul kifejthessék.

3. Az állam minden rendelkezésére álló eszközzel támogassa különösen az olcsóbb munkáslakások építésére alakult társulatokat, fogyasztási szövetkezeteket, az alkoholismus elleni egyesületeket."

Ezen határozat feltünő s jellegző vonása: a munkásosztály lakás- s egyéb viszonyai javításának követelése. Olyan követelés, a mely ugyan az antibacilláris prophylaxis szempontjából is nagyon indokolt és jogosult, — hiszen a fertőzés legbövebb alkalmát hygiene-ellenes lakás s műhely szolgáltatja, — a mely azonban még sokkal határozottabb alapot nyer a prophylaxis feladatainak azon tágabb keretü felfogásából, a mely úgy látszik, egyre nagyobb tért hódít. Ezen felfogás szerint a tuberculosis ellen eredményesen csak úgy küzdhetünk, ha a fertőző anyag terjedésének meggátolásán kivül a hygienikus s sociális viszonyok alapos megjavítása által az ellene való resistentiát a népesség minden rétegében a lehetőségig növeljük. A fertőzés lehetősége korlátozásának, s a kórokozó csirral szemben való védőképesség gyarapításának követelései természetesen ki nem zárják egymást, s azok, a kik a tuberculosis ellen való küzdelemben főleg a gyakorlati élet mezején veszik ki részüket, a két álláspontot nagyobbrészt jól összeegyeztetik, vagy legalább is nem zárkóznak el a bármelyik követelte feladatok elől.

Az általánosabb jellegü hygienikus feladatok közül különösen kettő az, a melynek a tuberculosis leküzdésében való jelentősége mind általánosabb elismerésben részesül s melyek ezen alapon szerves kiegészítő részeivé válnak a tuberculosis elleni védekezésnek. Az egyik a *gyermekvédelem* különösen, a görvélyes, gümőkórra hajlamos, vagy már abban beteg gyermekről való gondoskodás, a másik a *szegényebb néposztályok*, különösen a munkásosztály *lakásviszonyainak megjavítása*.

Az első téren Franczia ország jár elül, a hol már 50 évvel ezelőtt alakult az első angolkóros s görvélyes gyermekek felvételére szolgáló tengermelléki gyermekmenhely, s a hol azóta a „Hôpitaux marins" úgy a magánjótékonyság, mint a megyék, községek s városok által felkarolt ügye olyan kifejlődésre jutott, hogy évenként mintegy 2000 beteg részesül bennük ápolásban. Különös lendületet adott az ügynek az 1888-ban Léon-Petit által alapított „Oeuvre des Enfants tuberculeux" (Oeuvre d'Ormesson), a mely a gyermekvédelem ügyét a népszerűség legnagyobb fokára emelte s a mely két több mint 300 beteg felvételére képes gyermeksanatoriumon kivül Párisban egy dispensairet, üdülő menhelyeket, földmivelő koloniákat emelt. *Németországban* 1904. elején 12 gümőkóros gyermekek számára szolgáló gyermeksanatorium van működésben, ezenkivül azonban a görvélyes stb. gyermekek kezelésére szolgáló intézetek egész sora az északi s keleti tengerpartokon s számos sósfürdőben. Nálunk a Klotild főherczegasszony alapitotta cirkvenicai „László-gyermekotthon" az egyetlen ilyen intézmény.

A lakáshygiene fejlettségében Angolország egész Európával szemben szinte elérhetlennek látszó magaslaton áll, a melyre a közegészségügynek a törvényhozás útján való már a mult század elején kezdődő rendszeres szervezése révén emelkedett. 1871 óta a közegészségügy s helyi közigazgatás élén külön ministerium „Local Governement Board" áll, a melynek legmesszebbmenő rendelkezési s végrehajtási joga van a törvény által megszabott közegészségügyi ártalmak „Nuisances" megszüntetésében s elhárításában. Különösen lakásügyével már 1851 óta a törvények s rendeletek egész sora foglalkozik, a melyeknek czélja a munkásosztály lakásainak lehető megjavitása, a lakásadó felelősségének megállapitása a lakás épitészeti s egészségügyi állapotáért („Artisans and Labourers Dwellings Act" 1868.), s a városi hatóságoknak legmesszebbmenő felhatalmazása a szegényebb néposztályok lakásviszonyainak rendezésében. Az ide vonatkozó összes intézkedések 1890. évi összefoglalása (Housing of the Working Classes Act) nagyszabású tényleges gyakorlati tevékenységet vont maga után. A mindenütt meginduló „Sanitation" gyakran idézett példája Glasgow, a mely 1870 óta mintegy 45 millió koronát áldozott a lakásviszonyok javítására s körülbelül 1000 szegénysorsú család számára épitett a hygiene követelményeinek megfelelő olcsó kétszobás lakásokat. Bámulatos *London* tevékenysége, mely egész városrészeket épitett át 10,000-eket befogadó mintaszerű munkásnegyedekké. Ezen municipiális munkásságot nagyban elősegitették az épitkező társulatok, melyek nagyobbrészt üzleti czélú részvénytársaságok (pl. az „Artisans Labourers am General Dwelling Company" mintegy 50,000 embert helyez el lakásaiban), de vannak ilyen czélú nagyszabású jótékony szövetkezetek s alapitványok is.[1]

A közegészségügyi niveau ezen általános emelkedésének jelentősége a tuberculosis leküzdésében olyan kétségtelen, hogy a legspeciálisabb, egyenesebben a fertőzés ellen irányuló prophylaxis határozott képviselői sem zárkózhatnak el előle. *Blumenthal*, a ki ezen speciálisabb praeventiv intézkedések meleg szószólója, Angliának a tuberculosis ellen való védekezési intézkedéseit ismertetve, ezen álláspontja daczára arra az eredményre jut, hogy sem a régebbi kórházi, sem az újabb sanatoriumi kezelést nem lehet még legcsekélyebb részben sem a tüdővész-halandóságnak az utóbbi 50 évben annyira kifejezettt s folytonos csökkentéseért felelőssé tenni. „Kétségtelenül van egy másik tényező, a mely ezen irányban sokkal hatalmasabb befolyást gyakorol, a melynek hatása döntő volt. Ezen másik tényező a közegészségügy s lakásügy gyö-

[1] *L. Blumenthal*: Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit in Europa und Amerika. Berlin 1905. S. 97.

[1] *L. Blumenthal*: Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose in Europa und Amerika S. 100 stb. U. o. (179. stb.) a Németországban újabban ezen a téren mutatkozó törekvések ismertetése. A budapesti 1894. nemzetközi hygiene és demographiai congressus a munkáslakások kérdésével nagyon behatóan foglalkozott, s ezen alkalomból közölte *Farkas Jenő* „A munkások lakásairól" szóló különösen hazai viszonyainkat élesen megvilágító és biráló értekezését a Gyógyászat 1895. évfolyamában. V. ö. *Farkas Jenő* munkái Budapest 1901.

keres reformja, valamint a munkásosztály anyagi helyzetének folytonos javítása."[1]

Hogy a tuberculosis elleni védekezés fősúlyát a bacillus s a fertőzés terjedése ellen irányuló sajátlagos intézkedésekre, avagy a közegészségi és sociális viszonyok az alsóbb néposztályok életfeltételeit s ellenállóképességét megjavító fejlesztésére fektetjük-e, s hogy ez a két álláspont mennyiben egyeztethető össze: ezen kérdés eldöntése in ultima ratione azon állásponttól függ, a melyet a tuberculosis létrejövése s a fertőzésnek s egyéni hajlamosságnak abban jutó szerepe kérdésében elfoglalunk.

II.

A tuberculosis létrejövésének ezen kétféle magyarázása, a melyek közül az egyik az öröklésnek, veleszületett hajlamosságnak tulajdonítja a főszerepet, a másik teljesen a fertőzésre hárítja a felelősséget, olyan régi, mint az orvostudomány. A fertőzés elméletének ezidei képviselői az adatok egész sorát hozták fel annak bizonyítására, hogy minden idők nagy orvosai közül számos akadt, a ki a gümőkórt a contagiumos betegségek közé sorozta. *Koch* felfedezése óta ezen felfogás teljesen uralomra jutott s tulajdonképeni forrásává vált a prophylaktikus intézkedéseknek. „Mindeddig szokva voltunk a tuberculosist a sociális nyomor kifejezéseként tekinti — irja *Koch* 1882-ben — s ennek enyhítésétől vártuk a betegség megapadását. Egyenesen tuberculosis ellen irányuló intézkedéseket a közegészségügy nem ismert. A jövőben az emberi nem ezen pusztító ostora elleni küzdelemben nem határozatlan valamivel, de egy határozott parasitával van dolgunk, a melynek életfeltételei immár nagyobbrészt ismeretesek s még alaposabban kikutathatók."[2] Az eddigiekben vázolt „antibacilláris" prophylaxis tényleg a *Koch* által felfedezett parasita ellen irányul s részleteiben azon szempontokra támaszkodik, a melyeket *Koch* tanítványai s követői a bacillus tovaterjedésének s a fertőzés létrejövésének kérdésében számos új vizsgálatra támaszkodva kifejtettek, s a melyek tudvalevőleg azon végső eredményben összpontosulnak, hogy a tuberculosis első sorban a betegek kiszáradt s elporlott köpésének belehelése által terjed. Ahhoz, hogy ez a felfogás a gyakorlati intézkedések vezérfonalává váljon, természetesen nem voltak elegendők a porinhalatiós tuberculosis lehetőségét demonstráló állatkisérletek: szükséges volt a tuberculosis-bacillus elterjedését s a fertőzés tényleges útjait s módjait kikutatni s az így nyert adatokat a fenti állásponttal összhangzásba hozni. Az infectio feltételeinek ezen szorgos tanulmányozása *Cornet* érdeme, a ki statistikai és bakteriologiai adatok révén mindenekelőtt a kórokozó anyag ubiquitásának tanát ingatta meg, kimutatva azt, hogy a fertőzés nagyobb veszélye a beteg közvetlenebb környezetére van korlátozva; a ki ezenfelül beható studium tárgyává tette az infectio esélyeit a család, műhely s egyéb közösségek keretében, számba vette a lakás, foglalkozás sociális viszonyok befolyását s mindezekből azon eredeti álláspontjának megerősítésére jutott, hogy „a fertőzésnek kell a tuberculosis létrejövésében a legnagyobb jelentőséget tulajdonítani".[3] Ezzel szemben a betegség eloszlásának azon sajátságos viszonyait, a melyek a hereditás s dispositio jelentőségét helyezik előtérbe: az infectio lehetőségéből, az expositioból magyarázza s a dispositio fogalmát olyan szerencsétlen felvételnek tekinti, a mely a prophylaktikus intézkedések szorgosságát lanyhítani s bénítani alkalmas. Tényleg, *Cornet* felfogása legnagyobb erejét a reája épülő gyakorlati *következtetések* imponáló egyszerűségéből meríti. Az *alapjául* szolgáló kisérletes, statistikai, demographiai, klinikai adatok tömkelegében egy idée préconçue vezérfonala nélkül tájékozódni alig lehetséges s az objectiv olvasó el nem zárkózhatik az elől, hogy *Cornet*-et következtetései vonásában ezen vezéridea gyakran erősebben befolyásolja, mint maguk a tények. A milyen szövődményes azonban a Cornet felfogásának alapja, olyan egyszerű a belőle eredő következtetés: ha a tuberculosist az elszáradt s elporlott köpés belehelése okozza, úgy kétségtelen, hogy „ha sikerül a fertőző gümős köpés bizonyos százalékmennyiségének beszáradását meggátolni, a tüdővészmegbetegedések ugyanazon százalékmennyiségének szinte mathematikai pontossággal el kell maradnia". A prophylaxis irányelvének ilyen egyszerű fogalmazása természetesen nagyon kivánatos a közegészségügy hatósági tényezőinek, a melyek belőle világos s rendszeres munkaprogrammot meríthetnek.

A fertőzés létrejövésének *Cornet* nyujtotta pontos körülirása eredeti alakjában azonban a későbbi kutatások eredményeivel szemben még akkor sem állja meg helyét, ha *Cornet*-tel egyezőleg a fertőzésben látjuk a betegség keletkezésének főmomentumát. Általánosan ismertek *Flügge*-nek s tanítványainak vizsgálatai, a melyek szerint a levegőnek a talaj felett 1 m. magasságon felül levő rétegeiben, azaz a tulajdonképen belélegeztetésére jutó levegőben lebegő bacillustartalmú porszemcsék nem a földön elporló köpésből, de egyrészről a betegek zsebkendőiből s ruházatából, másrészről és főleg a köhögés és beszéd alkalmával széjjelvetett nyákcseppecskékből erednek. Ha teljesen eldöntetlenül hagyjuk is azt a kérdést, hogy a fertőzés terjedésének *Cornet* vagy *Flügge* által hangsúlyozott módja a fontosabbik; ha nem is akarjuk a *Cornet* elveit a *Flügge*-éivel pótolni, mégis szükséges annyit concedálni, hogy ez eddigi antibacilláris praeventiv intézkedések *Flügge* elvei értelmében kiegészítésre szorulnak. S sanatoriumok stb. stb. óvóintézkedéseiben ezen vizsgálati eredmények újabban tényleg méltánylásban részesülnek. Persze olyan messzemenő gyakorlati következtetéseket, hogy, a mint *B. Fränkel* ajánlja, a tüdővészesek éjjel-nappal védőálczát viseljenek arczuk előtt, alig leszünk hajlandók belőlük vonni.

Cornet és *Flügge* felfogásai különben egyeznek abban, hogy a tüdővész keletkezését az ilyen vagy amolyan úton a tüdővészesek köpéséből származó bacillusok *inhalatio*-jából magyarázzák. Tekintve, hogy az ember tuberculosisa túlnyomó részben tüdővész alakjában lép fel; mi sem természetesebb, mint az a feltevés, hogy a fertőző anyag első sorban a belélegzett levegővel jut a szervezetbe. A belélegzéssel szemben az ingestio és inoculatio csak másodrendű jelentőségü volna. Az inhalatiós tuberculosis túlnyomó jelentőségét tehát azon felfogásból meríti, hogy a tüdőtuberculosist a levegőből a légutak átfutásával egyenesen az alveolusokba kerülő s ott megtelepedő bacillusok okozzák. Újabban ezzel szemben mindinkább előtérbe jutott a tüdőtuberculosis *haematogen* keletkezése. Anatomiai vizsgálatoktól *(Aufrecht, Gördeler, Ribbert, Tendeloo* stb.*)* eltekintve, a kisérletes adatok egész sora demonstrálja, hogy a szervezet bármely másik részébe oltott tuberculosis-bacillusok okozhatnak főleg s első sorban tüdőtuberculosist. *(Baumgarten, Westenhöffer* stb.*)* Különösen *Baumgarten* kisérletei tanulságosak, a melyekben házinyúl húgyivarszerveibe (a női ivarszervekből kiindulólag is) oltott tuberculosis-bacillusokkal sikerült haematogen tüdőcsúcstuberculosist előidézni. Ezek alapján számolni kell azon lehetőséggel, hogy a tüdő valamely részében megtelepedett s ott anatomiai elváltozásokat kiváltó bacillusok nem a tüdőn át, de bármely más úton hatoltak a szervezetbe. Épen a fertőző anyag invasiojának s a szervezetben való tovaterjedésének kérdése képezi a tuberculosisra vonatkozó újabb tanulmányok egyik legfontosabb s legérdekesebb részét. A kérdés részleteibe ezen helyen bele nem mehetünk s utalunk annak kimerítő tárgyalására *Pertik* összefoglaló munkájában.[1] *Pertik* maga a germinativ illetve placentáris eredet, inoculatio, ingestio s inhalatio tárgyalása után oda concludál, hogy a fertőzés ezen módjai mindegyikének tényleges előfordulása kétségtelen s a kérdés csak az, hogy a fertőzés melyik módja a leggyakoribb. Ebben a tekintetben a vélemények széjjelágazók; igen érdekes az egyes álláspontok pro és contra érveinek *Pertik* könyvében található átnézetes összeállítása.

Az orvosi közvélemény nagyobbrészt az inhalatiós fertőzés mellett foglal állást s a közhatósági intézkedések, nemkülönben a tuberculosis ellen irányuló népszerű agitatio első sorban ellene

[1] *Blumenthal* l. c. S. 102. — *Fodor József* 1873. évben megjelent nagy munkájában („Közegészségügy Angliában") a csatornázás végrehajtásának tulajdonit nagy jelentőséget a gümőkórhalálozás megcsökkentésében (218. o.). *Farkas Jenő* határozottan a közegészségügy *általános* javulásának tudja be a tüdővészmortalitás csökkenését. (l. c. 240.o)

[2] Idézi *Martius*, Handb. der Therapie der chron. Lungenschwindsucht. Herausgegeben von *Schröder* und *Blumenfeld*. S. 104. Prophylaxe.

[3] *Cornet:* Die Tuberkulose. Wien, 1890. S. 240.

[1] Pathologie der Tuberculose. *Lubarsch-Ostertag*: Ergebn. der allg. Pathologie und pathol. Anatomie. VIII. Jahrgang. II. Abth. Wiesbaden 1904.

irányulnak. Az ingestiós tuberculosis kérdése az utóbbi időben két alkalomból fordította magára a közfigyelmet. Egyrészről az emberi és marha-tuberculosis *Koch* és *Schütz* által vita tárgyává emelt identitása kérdésével kapcsolatban, a mely kérdés ma az identitás megerősítése értelmében van eldöntve (l. *Pertik*) másrészről *Behring* közlései nyomán, a ki a tuberculosis keletkezését az esetek túlnyomó számában az általános felfogással ellenkezőleg gyermekkori fertőzésből magyarázza, a melynek útja a tápcsatorna s főforrása a tehéntej.[1] A táplálék által közvetített fertőzés számbavételéből a tápszerhygienére vonatkozó intézkedések fenntartása s szigorítása következik. *Behring*-nek a phthiseogenesisre vonatkozó új szempontjai ezenkivül még egy positiv követelésre vezetnek, t. i. a szerinte a fertőztetésre első sorban fogékony gyermekkor messzemenő védelmének követelésére. A gyermekeknek a fertőztetésre való különös hajlamossága egyébként régen ismert s a scrophulosis s tuberculosis genetikai összefüggésének felfedezése óta újra s újra hangoztatott tény. Ott, a hol a tuberculosis elleni küzdelem nagy fejlődést ért, Németországban, s ugyancsak nagyon tanulságos módon Franczia országban a gyermekek görvély- és gümőkórja ellen irányuló praeventiv és curativ intézkedések a védekezésnek tényleg kimagasló részét képezik. Ezen positiv következtetések vonásával szemben *Behring* elmélete semmi képen sem jogosít arra, hogy a szerinte egészen másodrendü inhalatiós fertőzés elleni óvóintézkedéseket elejtsük. A gyakorlati prophylaxisnak nem szabad túlságos élénken reagálni az elméletnek a fejlődéssel járó természetes ingadozásaira. Az elméleti orvostudomány haladása nagyobbrészt csak a prophylaktikus intézkedések kibővítését rójja a közegészségügy activ tényezőire, de nem jogosítja őket arra, hogy a valamely irányban folyó védőtevékenység intensitását a tudományos vélemények hullámzásához képest újra s újra megszorítsák. A praeventiv intézkedések a fertőzés összes lehetőségei ellen irányuljanak tekintet nélkül arra, hogy melyik lehetőség van épen a tudományos érdeklődés előterében. Szükséges tehát, hogy a bacillus ellen való védekezés lehetőleg széles alapon nyugodjék, az infectio útjainak ismeretéből mindeddig legalább egyszerre ezen alap kiszélesítése s nem megszorítása következett. Persze minél szélesebb, általánosabb a programm, annál nehezebb annak beváltása. Viszont azonban csak a betegség keletkezése s terjedése összes tényezőinek számbavétele biztosít arról, hogy az ellene való küzdés eredményre vezet. „Minden prophylaxis természetszerűen deductión alapszik, — mondja *Martius*[2] — valamely betegség ellen óvó- és védőintézkedést nem véletlenül, empirikailag találunk, csak a betegség mibenlétéről természetéről, lefolyásáról való helyes vagy helytelen felfogásunkból vezethetjük le azokat.“ S ha így: mellőzhetetlen követelés, hogy a deductio kiindulópontján a legnagyobb szorgossággal vegyük számba az összes oki mozzanatokat s tartózkodjunk minden egyoldalúságtól.

Ezen szempontból az olyan prophylaxist, a mely egyedül a fertőzés ellen irányul, eleve egyoldalúnak s kiszélesítésre szorulónak kell tekinteni. Általában az a felfogás, a mely a fertőző kóranyagban látja a betegség lényeges s kielégítő okát nem állja meg a magasabb nézletpontokból kiinduló kritika sarát. Abban az időben, a mikor a bakteriologia legfényesebb diadalait ülte, a mikor az általa kiderített tények imponáló erejükkel az orvosi gondolkodást egészen a maguk irányába terelték, kelt ki *Hueppe* a német orvosok s természetvizsgálók 1893. évi congressusán az egyoldalú bakteriologiai felfogás túlhajtásai ellen, s az infectiós betegségek keletkezéséről való felfogásunknak a causalitás törvényeivel való összeegyeztetését követelte.[3] A pathogenesis ezen szélesebb alapra való fektetésének végső következtetéseit igyekezett ezen sorok irója levonni egy nyolcz év előtt megjelent értekezésében.[4] A betegséget tisztán a bacillusra vezetni vissza „ontologia“, a mely a természettudományban uralkodó causális felfogással, s az energetika a szervetlen s szerves természetben egyaránt érvényes törvényeivel ellenkezik. Az energetika a természeti tüneményeket erélymennyiségek átalakulásából magyarázza s épen ezért szükséges, hogy az ok (mint energiamennyiség) az egyenlőség jelével legyen a következményhez (mint energiamennyiséghez) kapcsolható. Ezen felfogást az ép és kóros élet tüneményeire alkalmazva, szükségképen arra az eredményre jutunk, hogy a betegség nem lehet külső ok folyománya, de a szervezet sajátos tulajdonságaiból folyó reactio a külső okkal (ingerrel) szemben. „S a külső ok nem helyezhető azon réven sem a reactiora irányadó belső ok felé, hogy ez utóbbi tehát a szervezet a maga complicált belső berendezésével magától értetődik, mint az a változatlan jól jellemzett, mindig azonos fix pont, melyre a külső erő behat: mert a szervezet berendezése egyrészről homlokegyenest ellenkezik a változatlanság, állandóság fogalmával; lévén egy folytonos mozgásban levő erélycomplexum időmozzanatról időmozzanatra más; másrészről u. a. faj különböző egyénei a külső hatásra merőben különbözően reagálnak, úgy hogy bizonyos, hogy az egyéni különbségek nagyobbak s irányadóbbak, mint az egyes egyénekre befolyó külső viszonyok különbözősége.“

Az egyes egyén szervezete belső berendezésének az egyéni constitutionak irányadó befolyását a betegség keletkezésére és befolyására különben épen a tuberculosis létrejövésének minket foglalkoztató kérdésében alig szükséges általános deductiókkal támogatni: olyan bőségesen vannak az ezen befolyást közvetlenül érzékelő tények rendelkezésre. „A dispositio létezésének bizonyítékául szolgál az, — irja *Korányi* — hogy bizonyos helyeken, mint pl. nagy városokban, zsufolt lakásokban kétségkivül nem kevés ember leheli be a gümös fertőzményt, de közülük csak egy kisebb rész válik tényleg tüdővészessé, míg mások, legalább hasonló számúak, épek maradnak“.[1] Tényleg ez a dispositio s a vele összefüggő természetes immunitás felvételének megdönthetlen alapja. Ha a fertőzés esélyei az egyének bizonyos csoportjára nézve szinte olyan pontosan egyenlőek, mint egy ad hoc végzett experimentumban, s mégis ezeknek csak egy töredéke betegszik meg: úgy az ugyanazon veszélylyel szemben való különböző viselkedés csak az egyéni sajátosságokból, a hajlamosság egyénenként különböző fokaiból magyarázható. Ezen szempontból épen a fertőzésnek különösen exponált embercsoportok tanulmányozása szolgáltat tanúságos eredményeket. Idetartozó egyes esetek — házastársak, orvosok stb. fertőzése — épen az átragadás demonstrálására, s a fertőzés tanának támogatására gyakran idéztetnek. Nagyobb anyag számbavétele azonban úgyszólván ellenkező eredményt szolgáltat. A házastársak tuberculosisára vonatkozólag például a legnagyobb számra támaszkodó statistikát *Jakob* és *Pannwitz* könyvében találjuk.[2] 1550 olyan eset közül, a melyben az egyik fél tüdőgümőkóros volt, a másik is az volt 131 esetben. Persze nem minden eset a házasságban való átragadás következménye, leszámítandók azok, a hol a házasság kötése előtt beteg volt már mindkét fél, nemkülönben az olyanok, a melyekben a tuberculosis megszerzésére az anamnesis adatai szerint nyilvánvalólag más körülmények voltak irányadók, a mi a szerzők szerint elég gyakori olyankor, ha a hitvestárs megbetegedése a férjet a háztól távol tartja, esetleg idegenbe üzi s az ott szerez tuberculosist. Ezen esetek leszámítása után 56 eset marad, a melyben a másik félről való átragadást lehet nagy valószinüséggel felvenni, azaz az egyik házastárs az esetek 3·6%-ában inficiálta csak a másikat. Más statistikákban, *Cornet*-ében s *Elsässer*-ében, a melyek egészen szegény néposztályokra vonatkoznak, a hol a tuberculosis a leggyakoribb, — s akár a fertőzésnek, akár a hajlamosságnak tulajdonítunk elsőrangú jelentőséget, terjedésére a legalkalmasabb körülményeket találja — a házastársak tuberculosisának arányszámai jóval nagyobbak. Jól egyeznek ellenben az idézett adatokkal *Brehmer*, *Haupt*, *Riffel*, *Thom* statistikái.[3] A legutóbbi, a ki az összes eddigi anyag számbavételéből vonja épen megjelent értekezésében következtetéseit, arra az eredményre jut, „hogy az egyik házasfél előrehaladott és évekre terjedő betegségének,

[1] Lásd különösen *Behring*: Beiträge zur exper. Therapie. Heft 8. Tuberculoseentstehung, Tuberculosebekämpfung und Säuglingsernährung.

[2] Lásd: c.

[3] *Hueppe*: Über die Ursache der Gährungen um Infectionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und Energetik. 65. Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher zu Nürnberg 1903.

[4] *Róth*: A betegség keletkezéséről. Magy. Orv. Archiv. VI. 6.

[1] Belgyógyászat kézikönyve IV. 777. o.

[2] Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose. Leipzig 1901. I.

[3] Irodalom W. *Thom* dolgozatában: Tuberkuloseansteckung unter Eheleuten. Ztschrf. f. Tuberk. Bd. VII. H. 1.

állandó együttlétnek s az ápolás felemésztő munkájának daczára az elterjedt nézet ellenére az átragadás *kimaradása* a szabály.“ Ugyancsak érdekes a fertőzés veszélyének elbirálása szempontjából a tuberculosis frequentiája az orvosok között. Ha *Cornet* a maga álláspontjának támogatására a gyógyhelyeken működő olyan orvosok nagy számára hivatkozik, a kiket tuberculosisuk inditott az odatelepedésre: úgy ezen egészen határozatlan adattal szemben *Kőrösy*-nek statistikája áll, a mely szerint a tüdővész nálunk a *legritkább* a tőkepénzesek s orvosok között. Minden orvos érdekében van különösen azóta, a mióta a *Flügge* cseppinfectio-theoriája a gümőkórosokkal való közvetlen közlekedést, azok megvizsgálását elsősorban a szétszórt cseppek belehelésének nagyon kedvező gégeorvosi ténykedést különösen veszélyes szinben tünteti fel, ezen veszély foka iránt közelebbről tájékozódni. Ha pl. *Heymann*,[1] ha a köhögés alkalmával szétszórt cseppeket üveglapon fogva fel, az azoknak lemosására használt steril bouillont tengerinyulak hasüregébe oltva, 34 lap közül 24-et talált fertőzőképesnek, úgy ezen adatnak az élet viszonyaira való közvetlen alkalmazása a fertőzés állandó imminens veszélyét jelentené. *Saugmann* olyan orvosoktól, a kik köhögő tüdő- s gégegümőkóros betegekkel állandó érintkezésben vannak, t. i. sanatoriumok és gégeklinikák személyzetéről szerzett be részletes adatokat.[2] 304 sanatoriumi orvos közül 107 már ebbeli működése megkezdése előtt tuberculotikus volt (érdekes, hogy ezeknek nagy többsége — 73 — a kérdőiv kitöltése idején teljesen egészséges) „174 egészséges orvos közül, a kik átlag 3 évig dolgoztak sanatoriumokban s a kiknek későbbi sorsa további $3^1/_2$ év tartamára volt követhető: egy sem halt meg tuberculosisban, 5 más betegségben halt el, 167 (talán 166) egészséges maradt, 2 (talán 3) tuberculosist kapott, de most újból egészséges. 64 gégeorvos közül átlag 4 éves intensiv működés után egy sem lett gümőkóros“. Ezen adatokból következik, hogy a cseppeknek a tüdőbe való (*Nenninger* idevonatkozó állatkisérletei szerint kétségtelenül gyakran megtörténő) inhalátioja egymagában nem képes tüdővészt kiváltani. Ezzel, a mint *Saugmann* kiemeli, egyezik az a megfigyelés, hogy alsó tüdőlebenyek igen gyakran teljesen gümőmentesek olyan esetekben, a melyekben a csúcsokban székelő destructiós folyamat az aspiratio útján való fertőzésre bőséges alkalmat nyujt. Ezen adatokkal, a melyek szerint tuberculosis-morbiditás a fertőzésnek legnagyobb mértékben kitett egyéneknél is aránylag csekély, olyanok állanak szemben, a melyek a tuberculosis alig sejtett és alig hihető elterjedését demonstrálják. *Nägeli* megfigyelései, a ki a zürichi kórboncztani anyagon 500 felnőtt ember hullájában mintegy 97%-ban talált gümös elváltozást, esetleg csak egy rejtett nyirkmirigygóczot, jogos feltünést keltettek s általánosan ismertek.[3] De ha *Behring* ezekből, nemkülönben *Franz* adataiból a ki két bosnyák ezred legénységének 61, illetve 68%-ánál talált positiv tuberculinreactót, azt következteti, hogy ilyen elterjedtség mellett alig lévén köztünk valaki, a ki tuberculosistól teljesen ment volna, a dispositio fogalma elejtendő — úgy argumentatioját elfogadni nem lehet. Ha a tuberculosis ezen általános elterjedtségét további adatok megerősitésének, úgy legfeljebb azt a következtetést vonhatnók belőlük, hogy *latens* tuberculosisra, olyan gümős elváltozásra, a melyet az anatomus képes szorgos vizsgálattal kimutatni a boncz-asztalon, az emberiség legnagyobb része hajlamos; a klinikailag megnyilatkozó betegségre vonatkozólag, s az orvos hygienikus, nemzetgazda szempontjából csak ez jön számba — csak annál nélkülözhetlenebb lesz a dispositio felvétele. Mi az oka annak, hogy az emberiségnek csak egy kisebb töredékét teszi a gümős fertőzés beteggé, holott a kórboncztan tanúsága szerint annak legnagyobb része lett inficiálva? Ha *Nägeli* adatait általánositanók, megint az ubiquitas álláspontján állanánk, csakhogy a bacillus ubiquitását a már megtörtént infectio még súlyosabban latba eső ubiquitása pótolná. S ezen esetben az antibacilláris prophylaxis nagyon meddő törekvés szinében tünnék fel. Ezen isolált adatokból gyakorlati consequentiákat vonni egyébként még nagyon korai volna.

Bizonyos tehát, hogy az egyéni constitutionak a betegség keletkezésében irányadó szerep jut, s az erre vonatkozó adatok további halmozása mostan, a midőn az egyoldalú bakteriologiai felfogás ellen mindenfelől reactio vehető észre, felesleges volna. Más kérdés vajjon a betegségnek az egyéni constitutio által képviselt tényezője szolgálhat-e egyáltalán prophylactikus intézkedések alapjául? Az egyéni constitutiót csak úgy, mint az összes egyéni tulajdonságokat, elsősorban az átöröklődés szabja meg. Az átöröklődést azonban a biologia újabb haladásának világításában tágabb s általánosabb értelemben kell felfognunk, mint az a pathologiában a legújabb időkig szokásos volt. *Weissmann*-nak a csiraplasma folytonosságáról szóló elmélete, a mely olyan termékenynek bizonyult a biologia minden ágában, a pathologiában sem mellőzhető.[1] Ezen elmélet szerint, a mely tulajdonképen a biologia tényeinek egyszerü általánositása, a fajfentartást eszközlő csirasejtek csiraplasmájának egy része változatlanul lesz az új ivadékra átruházva, hogy annak idején megint az abból kelendő új egyénnek legyen csirájává. Ilyen módon minden ős változatlanul ruházza át az öröklés substratumát képező élő anyagot utódjára, s egy adott egyén csirasejtje magában foglalja az atyai s anyai elődök belátlan számának csiraplasmáit, azaz — in potentia — átörökölhető tulajdonságait. Az átöröklés tehát folytonos s minden esetben nemcsak a közvetlen elődtől, de az elődök egész sorozatától eredő. Hogy ezen töménytelen öröklési tendentiát magában foglaló complexum melyik része jut tényleg kifejlésre, az *Weissmann* szerint többek közt a pete- s ondósejtnek a termékenyitést megelőző reductiojától függ (iránytestecskék kilöketése a petének s analog folyamat az ondósejtnek keletkezésénél). A biologia ezen legnehezebb problemáját megvilágitani törekvő elmélet további részleteibe belemenni ezen a helyen szükségtelen. Csak azt a következtetést akarjuk belőle levonni, s a pathologiának is számolnia kell ezzel a ténynyel, hogy két szülő csiraplasmája az ősök sorozatától eredő öröklési tendentiák és lehetőségek olyan bő tárházát képezik, a mely beláthatlan számú s megjósolhatlan jellegü lehető combinatióknak képezheti forrását.

Ha ezen szempontok alapján veszszük a tuberculosisra való hajlamosság[2] öröklékenységét birálat alá, úgy nagyon hézagos eljárásnak kell tekintenünk az olyat, a mely az ősök sorozatából egyedül a szülőket, esetleg a nagyszülőket veszi számba. Pedig a hereditás-statistika mostanig annak megállapításával elégszik meg, hogy a gümőkóros betegek az esetek milyen számában származnak gümőkóros szülőktől. „Legalább azt kellene szám szerint bebizonyitani — követeli *Cornet* — hogy a gümőmentes betegek hozzátartozói nem-e mutatnak közelitőleg ugyanolyan tuberculosis-frequentiát, mint a gümős betegek családjai.“ Ezen kérdésre a számos hereditás statistika közül csak a *Kuthy*-éban találunk feleletet,[3] a ki arra a figyelemre méltó eredményre jutott, hogy a gümőmentes egyének közvetlen ascendentiájában tuberculosis csaknem épen olyan gyakran fordul elő, mint a gümös betegekében.

Az öröklés elméletének alapján állva persze korántsem elegendő és szinte önkényes az ősök nagy tömegéből csak a közvetlen ascendentiának tulajdonitani jelentőségét. *Martius* szerint a ki első sorban igyekezett ezen általános principiumoknak a pathologiai átöröklődés kérdésében is érvényt szerezni, ezért csak a tudományos genealogia módszerének alkalmazása van hivatva a gümőkór hereditásának problemáját tisztázni. „Ha a tuberculosisra való hajlamosságot — irja *Martius* — positiv, átörökölhető tulajdonságnak tekintjük, a melynek, mint minden egyéb tulajdonságnak, p. o. a mathematikai tehetségnek valamelyes anatomiai alappal kell birnia, úgy könnyen felfogható, hogy minél gyakoribb ezen tulajdonság az ősök sorozatában, annál valószinübb, hogy az ivadéknál is mutatkozik. De korántsem kell a „gümös

[1] Ztschrft. f. Hygiene. Bd. 38. Heymannak olyan módon is sikerült tengerinyulakon tuberculosist előidézni, hogy az állatokat alkalmas módon a köhögő betegek szája előtt fixálta, ilyen módon 16—30 órai kisérleti idő után 25 állat közül 6 kapott tuberculosist.

[2] *Saugmann*: Zur Frage der Bedeutung der Tröpcheninfection für die Verbreitung der Tuberkulose. Ztschrft. f. Tub. VI, H. 2. 1904.

[3] *Virchow*'s Archiv Bd. 160. S. 426.

[1] L. *Róth*: A betegség keletkezése l. c.

[2] A betegségnek „átöröklés“-ének a biologiai örökléshez semmi köze, ez a csirasejteknek, vagy a magzatnak egyszerű infectioja, a melyre az öröklés megnevezést alkalmazni nem jogos. Átöröklődés az elődök szervezeti sajátságainak a csiraplasma útján való átruházása az utódra.

[3] Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der Verbreitungsweise der Tuberculose. Pest. med. chir. Presse XXX. 1904. No. 51.

család“ minden származékának ilyen hajlamossággal birnia. Lehet már tulajdonságai összetevődése, fogamzása alkalmával szerencséje. A nagy számmal jelenlevő fekete golyók fogamzásánál véletlenül nem huzatnak ki. Kedvező értelemben elüt fajától.“[1] Ha szem előtt tartjuk ezt az elvet, a mely szerint „az egyes egyén azon szinte korlátlan számú lehetőségek egyikének véletlen megtestesülése, a melyeket a beláthatlan számú ős tulajdonságainak különböző kombinatioi képviselnek“, úgy eleve le fogunk mondani arról, hogy a fajfenntartás processusát akarjuk törvényintézkedésekkel befolyásolni. A tudomány ez idő szerint semmi positiv alapot nem szolgáltat arra, hogy a gümös betegeket a faj hygienéje s a betegség terjedésének meggátlása érdekében a házasságtól eltiltsuk, vagy visszatartsuk. Érdekes illustratioja az idevonatkozó következtetések ingó alapjának: hogy *Reibmayr*, a ki a gümös betegek házasodásáról eredeti gondolatoktól hemzsegő, érdekes könyvet[2] irt, a szokott felfogástól merőben ellenkező következtetésre jut, t. i. arra, hogy a tuberculotikus családokban a gyenge, ellenállni nem képes egyének kiküszöbölése s az ellenállóképesség átöröklése folytán a bacillussal szemben immunitás fejlődik; s ennélfogva épen a tuberculosis által megrostált családok tagjai az immunisak s a fajfentartás eszközlésére alkalmasabbak.

A constitutionak az öröklés mystikus forrásából fakadó eredeti mivoltát gyakorlati intézkedésekkel befolyásolni tehát nem tudjuk, ellenben bőséges tért engednek a czélszerü intézkedéseknek azon külső okok, s melyek a constitutiót tovább alakítják és idomítják. Egészséges, erős s a tuberculosis ellen immunis fajt „tenyészteni“ a fajfentartás menetének regulálása által: olyan pium desiderum, melynek még elméleti alapja is hiányzik. Viszont, meg van adva a lehetőség arra, hogy a fajnak meglevő s fejlődő egyéneit egészségesekké, ellenállókká neveljük, s azoknak resistentiáját óvjuk és gyarapítsuk. Nemcsak az egyes ember, de a népesség nagy tömegének szerzett dispositioja is termékeny támadás pontját képezi a prophylaktikus intézkedéseknek. Ha az egyes egyénnél „ezen szerzett hajlamot minden olyan befolyás megteremtheti, mely a szervezetet gyengíti“,[3] úgy azon sociális viszonyok nyomasztó terhe alatt, a melyek egész néposztályok resistentiáját roskasztják össze, ezek lesznek egészükben hajlamossá. Azon régóta ismert tényt, hogy a tuberculosis főleg a szegény néposztály körében pusztít, az újabb statistikai adatok megdöbbentő módon erősítik meg. (L. *Pertik* könyvében *Bertillon*, *Brouardel*, *Körösy*, *Sieveking* ide vonatkozó adatainak összeállítását, s *Kuthy* egy tabelláját[4] a jövedelem s a tuberculosis-moralitás antagonista viselkedéséről.)

Kétségtelen, hogy a socialis nyomor minden egyes tényezője hozzájárul, hogy az általa sujtottak ellenálló képességét megapaszsza: a hivatásos munkában való túlerőltetés, a hiányos táplálkozás; zsufolt, nedves, rossz levegőjü piszkos lakások, a chronikus alkoholismus mind a nagyobb tuberkulosis-mortalitás malmára hajtják a vizet. Ezen tényezők közül a lakásviszonyok azok, a melyek az irányadó körök figyelmét kezdik mindinkább magukra vonni: talán azért, mert a túlzsufolt lakás azonfelül, hogy a szervezet elsatnyulását idézi elő az infectio terjesztéséhez is hathatósan hozzájárul. *Romberg* és *Haedicke*[3]-nek Marburgban s *Marcusénak*[6] Mannheimban végzett lakásvizsgálatai mindkét szempontból tanúságos anyagot tartalmaznak. S *Martius* megelégedéssel konstatálja, hogy a lakásviszonyok megjavításának parancsoló szükségessége elől immár a czéhbeli bakteriologusok sem zárkóznak el: idézvén *Gaffki*-nak, Koch tanitványának kijelentését, a mely szerint, „bármily fontos is a desinfectio, bármilyen hasznosak az óvórendszabályok: *a főveszélyt a szegények túlzsufolt lakásai képezik*. Itt kell kiegészítő rendszabályokkal beavatkozni“. Az alkoholismus, a mely sokszor hangoztatott vélemény szerint a tuberculosis terjedésének különösen kedvez: *Martius* szerint a lakás- s életviszonyok javulásával magától megcsökkenne.

A betegség genesisének azon általánosabb, mélyebb felfogása, a mely a fertőző kóranyagon kivül a megtámadott szervezet ellenállóképességét is számba veszi: tehát nagystylü munkásságot, alapos reformokat követel a sociális hygiene összes mezején. Ez a követelés természetesen semmiképen nem ellentétes a bacillus ellen irányuló prophylaxis programmjával, de annak kiegészítését, kiszélesítését képezi. Azon kétségtelen tény, hogy a bacillusnak a szervezetbe hatolása — akármilyen nézetet is vallunk a dispositio jelentőségéről — a betegség létrejövésének nélkülözhetlen feltétele: kötelességünkké rójja, hogy a fertőző anyag elterjedése ellen minden rendelkezésünkre álló eszközzel védekezzünk. *Martius*, a ki a constitutio szerepét különösen előtérbe helyezi, ugyancsak a prophylaxis első programmpontjaként követeli „a fertőző köpés ártalmatlanná tevését úgy nedves, mint kiszáradt állapotában“ s ugyancsak szükségesnek tartja, hogy a súlyos phthisis-esetek, a mennyiben otthonuk viszonyai az egészségesek veszélyeztetését ki nem zárják, alkalmas kórházakban részesüljenek ápolásban s kezelésben s végre a bejelentési kötelezettség s lakásdesinfectio szükségességét is hangsúlyozza. A míg azonban az infektionisták tábora ezen intézkedések széles mederben való foganatosításától a tuberculosis leküzdését reméli s a hygiene rendelkezésére álló anyagi eszközöket a prophylaxis ezen alakjára óhajtja központosítani, addig a constitutio jelentőségét hangoztató szakemberek, gyökeres javulást csak az összes közegészségügyi s sociális viszonyok, kétségtelenül hathatós, de egyszersmind sokkal nehezebben elérhető emelésétől remélnek.

A tuberculosis elleni küzdelem alapját mind maig, főleg az előbbi szempont: a bacillus elleni védekezés képezte. *Fränkel*, a ki az I. nemzetközi tuberculosis-konferentián ezen küzdelem eddigi menetének általános képét vázolva, ezen álláspontra jellegzően mondja: „Im Kampfe gegen die Tuberkulose handelt es sich weniger um den verschwommenen Hang nach einer allgemeinen Weltverbesserung als um die bewusste Durchführung einer specifischen Prophylaxe, welche sich auf die Lebenseigenschaften und die Verbreitung des Bacillus stützt.“

Hogy ezen út biztosan czélhoz vezető, ahhoz ezen irány képviselői szerint kétség nem fér, s újból-újból halljuk a hivatkozást a statistika tanúságai szerint már eddig is elért eredményekre. Főleg Angolország példája jut idézésre, a hol már régi ideje vannak speciális tüdővészkórházak müködésben, s a hol a tuberculosishalálozás alacsonyabb, mint Európa összes egyéb államaiban. Még határozottabban lép fel az a felfogás, hogy a tuberculosishalálozás kifejezett csökkenése Német- s különösen Poroszországban egyenesen a *Koch* felfedezéséhez füződő speciális óvóintézkedések következése. A kérdés fontossága elsőrendü. Mi sem volna kivánatosabb, mint kétségtelen bizonyítékok arra nézve, hogy a prophylaxis mostani iránya a statistika alapjául szolgáló nagy számokban is megnyilatkozó positiv eredményekre vezetett. Az ilyen bizonyításmóddal szemben azonban mulhatatlanul két követelést kell támasztanunk. Az egyik az alapjául szolgáló statistikai adatok kifogásolhatlan volta, vagy legalább is azok elkerülhetlen hibaforrásainak s hézagosságainak ismerete és számbavétele. A másik — ez talán a nehezebben teljesíthető követelés — hogy a tuberculosis-mortalitásnak ilyen precis módon megállapított csökkenése összes oki mozzanataiban felfejtessék és ne vonatkoztassék önkényesen egy eleve contemplált okra. Ha még olyan pontosan is volnának rendelkezésünkre a tuberculosis-mortalitás helyi különbözőségeire s időbeli ingadozásaira vonatkozó adatok, ezek egymagukban nem szolgálhatnak alapjául annak eldöntésére, hogy mi ezen különbözőségek és ingadozások oka.

A tuberculosis statistikájának alapját, miután a megbetegedési esetek bejelentésének kötelezettsége csak kivételes, a halálesetek bejelentése képezi. A halálok megállapítása s bejelentése Európa különböző államaiban, hol a kezelő orvos, hol orvosilag képzett vagy laikus halottkém, vagy egyszerüen a hozzátartozók dolga. Nálunk p. o. 1897—1901. években a haláleseteknek csak 49·1%-ában lett a halálok orvos által megállapítva. A laikus részéről való bejelentés aránylag megbizható adatokat szolgáltathat tüdővész eseteiben, míg az egyébként localizált tuberculosis diagnozisa sokkal nehezebb. Innen magyarázandó azon a statistikai adatok megbizhatóságát némileg kétes szinben feltüntető tény, hogy a míg pl. Olaszországban (kötelező orvosi halottkém-

[1] l. c.
[2] *Reibmayr*: Die Ehe Tuberculoser und ihre Folgen. Leipzig Wien, 1894.
[3] *Korányi* l. c. 780. o.
[4] *Kuthy*: A tuberculosis elleni világküzdelem, Egészség, 1905.
[5] Deutsch. Arch. f. klin. Med. 76. 1903.
[6] Beiträge zur Klinik der Tuberc. II. S. 265.
[7] l. c.

lés!) az egyéb localisatiók a tuberculosis-eseteknek 30·7, addig Németországban azoknak csak 8·3%-át teszik ki.

Az európai államok tuberculosis-statistikájának, gondos kritikai összeállítását találjuk *Prinzing* nemrég megjelent értekezésében,[1] a melyből közérdekü voltánál fogva átveszszük a következő összefoglaló táblázatot. A táblázat a 10,000 élőre eső évenkénti haláleseteket mutatja az egyes államokban.

Államok	*Megfigyelési idő*	Tüdötuberculosis	Egyéb szervek tuberculosisa	Összes tuberculosis-esetek
Németország	1892—900	22·1	1·9	24·
Ausztria	1895—900	—	—	34·5
Magyarország	1897—901	—	—	36·4
Svájcz	1891—900	19·4	6·8	26·2
Itália	1891—900	16·3	2·4	18·7
Hollandia	1901—902	13·6	5·6	19·2
Belgium	1891—900	26·8	—	—
Anglia	1891 - 900	13·9	6·2	20·1
Skótország	1891—900	17·2	6·9	24·1
Irhon	1891—900	21·3	6·5	27·8
Norvégia	1891—900	18·9	5·3	24·2
Finnország	1891—900	26·6	—	—

Ezen táblázat utolsó rubrikájának áttekintésénél alig leszünk hajlandók általános következtetések vonására. Az általános hygienében s a különösen tuberculosis ellen irányuló védőintézkedésekben különösen fejlett Anglia tényleg csekély tuberculosis-mortalitást mutat, de még kisebb Hollandia s a legkisebb Itália tuberculosis-halálozása. Az utóbbinak közegészségügyi viszonyai korántsem állanak magas niveaun, s a köztisztaság azon elemi követelései, a melyek az antibacilláris hygiene első alapelvei, — ezt mindenki megerősítheti, a ki az olasz viszonyokkal közelebbről megismerkedett — talán sehol sem vernek nehezebben gyökeret, mint itt. Németország csekély halálozási arányszámát némileg kétes értékűvé teszi azon már említett körülmény, hogy a bejelentett, a tüdőkön kivül székelő tuberculosis aránytalanul kis számmal szerepel. Ha csak a tüdővészt veszszük az összehasonlítás alapjául, úgy Németország halálozási aránya elég nagy. Azon következtetésre, hogy a hygiene fejlettsége a tuberculosis-mortalitás irányadó tényezője, ezen adatokból semmi esetre sem juthatunk. Persze, ha meggondoljuk, hogy a differens körülmények milyen sorozata volna az egyes országok halálozási arányszámának összehasonlításánál számbaveendő, ilyenforma positiv vagy negativ következtetésektől egyáltalán tartózkodni fogunk.

Többet lehet következtetni a tuberculosis elterjedésének részletesebb — nemcsak az országokat, de tartományokat is szemügyre vevő — tanulmányozásából. *Prinzing* az általa összegyüjtött bő anyag ismertetése után a következőket hangsúlyozza. „Európa tuberculosis-mortalitása sajátságos viszonyokat tüntet fel. Két nagy terület mutat fel csekély arányszámokat. Az egyik északi Németország, Dánia, Hollandia s Angolország, a másik az Apennin-félsziget. Az első területtől északra a halálozások száma növekszik: Ir- és Skótországban, Norvégiában Svédországban. Igen gyakori a tuberculosis Spanyol- s Franeziaországban, Svájczban az osztrák alpesi tartományokban; a tuberculosis legfőbb góczai, Hessen, Bajorország, különösen azonban Alsó- s Felső-Ausztria, Morva- s Csehország s Szilézia, mely utóbbi tartományokban a halálozás egész Európában a legmagasabb fokot éri. Európa keletjén, Magyarországban, Galicziában, Romániában, Oroszországban, a mennyiben a a meglevő adatokból következtetni lehet, a gümőkór jóval több áldozatot szed, mint Németországban. Látható, hogy a tuberculosis nemcsak ott gyakori, a hol a kultura előrehaladott s az ipar fejlett, vagy a hol a népesség nagy városokban csoportosul, de olyan országokban is, a melyek aránylag alacsonyabb müvelődési fokon állanak, a hol a nagyvárosok aránylag ritkák s a melyeknek népessége főleg földmiveléssel foglalkozik. Németország északnyugati részében Hannoverben, Westfaliában s a rajnai tartományokban is számos vidék van csaknem tisztán földmivelő lakossággal, a mely magasabb tuberculosis-halálozást mutat, mint az azokhoz tartozó, vagy szomszédos városok."

Prinzing ezekhez még a következő meggondolásokat füzi. A mortalitás-statistika csak a halálozások és nem a megbetegedések számát adja és az előbbiekből az utóbbiakra következtetni teljesen jogtalan dolog volna. „Nem lehet azt a felvételt visszautasitani, hogy a gümőbacillusokkal való fertőzés gyakorisága az egyes országokban körülbelül azonos, ezzel szemben az infectio gyógyulása mutat nagy különbözőségeket." A kórboncznokok tanúsága szerint, ha még nem is tekintjük *Nägeli* és *Raczyjnski* adatait irányadóknak (a melyekből egyszerüen az következnék, hogy a gümős fertőzést egy ember sem kerüli ki,) a tuberculosis-fertőzés általában olyan gyakori, hogy a halálozási arányban mutatkozó különbségeket kevésbé az infectio gyakorisági fokára, mint azon különböző mozzanatokra kell visszavezetnünk, a melyek a fertőző anyag megkötésének (Festhalten der Infection) kedveznek, vagy a kigyógyulást hátráltatják. „Hogy kedvező klimabefolyások (pormentes levegő, magaslati klima, tengermelléki klima) a gyógyulást elősegítik: azt Olaszország, az északi s keleti tenger porosz tartományai, Dánia, Hollandia, Angolország mutatják." Persze a gazdasági viszonyok, szegénység, czélszerütlen munka és életmód, mely utóbbi épen a kevésbé kultivált államokban is gyakori, ugyancsak irányadó befolyást gyakorolnak. „Minél jobb valamely országban az alsó néposztályok helyzete, annál inkább meg vannak óva a tuberculosistól, annál kisebb lesz a halandóság ezen betegségben."

Prinzing szerint tehát a tuberculosis elterjedésére azon külső befolyások volnának irányadók, a melyek a népesség resistentiáját szabják meg s a melyek kedvezőtlen alakulása megteremti az ú. n. szerzett hajlamosságot.

Hogy a statistika adatai nem szükségképen értelmezendők ilyen módon s hogy más következtetéseket is engednek, az kétségtelen.

Kuthy pl. hazánkban egyenes összefüggést és arányosságot talált a lakosság sürüsége s a tuberculosis-halandóság között s tanulmányaiból azt a következtetést vonja, hogy „a népességnek nagyobb központokba való tömörülését csak azon esetben volna szabad elősegiteni, ha a városi lakos hygienéjéről is kellő módon gondoskodhatnánk. Az ember, a midőn a természettől eltávolodik, annyi egészségi előnyt veszít el, hogy könnyen jut a sejtek hypovitalitásának azon fokához, a mely tüdővészre vezethet — az egyén csak akkor óvhatja meg eredeti egészségét, hogy városi élete folyamán az elvesztett előnyökért megfelelő hygienikus intézkedések kárpótolják".[1]

Érdekes s az általános felfogással merőben ellenkező eredményekre jutott a tuberculosis elterjedésének nagyon beható tanulmányozása alapján már említett mintegy 10 év előtt megjelent könyvében *Reibmayr*.

Szerinte a tuberculosis terjedésének útját a kultura nyitja meg azáltal, hogy a létért való küzdelem enyhítésével a gümőkórosok élettartamát meghosszabbitván, módot nyujt nekik, hogy a betegség csiráját akár fertőzés, akár öröklés útján tovább hintsék. A betegség terjedésével az ellene való resistentia is növekszik azon esetben, ha már a tuberculosis által megrostált tehát bizonyos fokú immunitásra szert tett népesség egymás között házasodik „Durch strenge Inzucht wird die Durchseuchung beschleunigt, ebenso die Erringung der grösseren Widerstandskraft und der Zweck des Kampfes, Immunität gegen das Tuberkelgift rascher erreicht". Ezen az evolutio s átöröklődés elméleteire szellemesen felépitett theoriát *Reibmayr* bő statistikai anyaggal igyekszik támogatni. *Weicker* ezen anyagot ujabb adatokkal kikerekítve, hajlandó *Reibmayr* álláspontját támogatni.[2] „Csekély tuberculosis-halandóságot — irja *Weicker* — olyan népeknél találunk, a melyek nem túlságos nagy területeken lakván, akár hazájuk földrajzi fekvésénél fogva (szigetek) akár egyéb okoknál fogva (nationális ellenszenv, vallás, szokások, faji jelleg) hosszabb időn át nem voltak fajkeveredésnek kitéve. Valószinü, hogy ezen országokban Norvégiát kivéve, régebben a tuberculosis igen gyakori volt, a mit Angliáról biztosan is tudunk. Oroszország, Magyarország, Ausztria, a Balkán-államok nem felelnek meg a fenti követelésnek s még ma is nagy tuberculosis halandóságot mutatnak". A tuberculosis elterjedésének ezen magyarázata persze még sokkal merészebb, s statistikai alapon még sokkal kevésbé bizonyítható be szigorúan, mint egyéb feltevések.

[1] Die Verbreitung der Tuberculose in den europäischen Staaten. Ztschr. f. Hygiene und Infectionskrankh. 46. — 1904.

[1] Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberculose. Berlin, 1899.

[2] *Weicker:* Tuberculose-Heilstätten-Dauererfolge. Leipzig, 1903. S. 26.

Az európai, nemzetközi statistika adatai tehát nagyon tág teret engednek a subjectiv következtetéseknek. Ha a statistika a nagy számok törvényeire is épül, úgy nem szabad elfeledni, hogy a következtetés alapjául szolgáló anyag növekedésével annak egyöntetűsége csökken és a beláthatatlan és ellenőrizhetetlen mozzanatok egész tömege érvényesíti befolyását.

Többet várhatunk talán egyes országok viszonyainak tanulmányozásától. Feltünő, s oknyomozó vizsgálatokra különösen alkalmasnak látszik p. o. a tuberculosis-halálozás csökkenése a Németbirodalomban a mult század utolsó évtizedében. A Németbirodalomban 1893—1897-ig a tuberculosis-halálozás a legirányadóbb 15—60 éves életkorúak közt 3·24‰-ről 2·91‰-re szállt le. Ezen szép eredményt azonban nem lehet valamely egyenesen a tuberculosis-morbiditást vagy letalitást irányító tényezőnek betudni, ha leghivatottabb szakember *Rahts*, hangsúlyozza azt, hogy ezen csökkenés egyszerüen az összes halandóság csökkenésének s az életkor átlagos növekedésének kifejezése. Ha u. i. a tuberculosis-halandóságot nem az élők, de a megfelelő korosztály halálaeseteinek számához viszonyítjuk, úgy kitünik, hogy a tuberculosisban elhaltak az összes haláleseteknek következő százalékait tették ki.

1893	33%
1896	33·4%
1897	33·5%

„a tuberculosisnak mint haláloknak jelentősége tehát nem csökkent, hanem valamivel növekedett.[1]

Poroszországban a tuberculosis-halandóság 1887-től 1898 ig folytonos és gyors csökkenést mutat. A míg 1880—84-ben évenként 10,000 élő közül 31 halt meg tuberculosisban, addig 1895—99.-ik években ezen évenkénti halálozás csak 21-re rugott. Hogy ez a csökkenés a tuberculosis ellen irányuló prophylaxisnak egyenes következése azt leghatározottabban *Kayserling* állította.[2] *Koch* felfedezése 1882-re esik *Kayserling* a tuberculosis fertőzés lappangási idejét egy évre, az elhalálozásra vezető betegség tartamát 4 évre becsüli. „Miután tényleg 1887-ben kezdődik a tuberculosis-halandóság szinte acut megcsökkenése, úgy jogos az a következtetés, hogy ez nem véletlen tünemény, de azon óvó intézkedések hatásának kifejezése, a melyeket 1882 óta a tuberculosis aetiologiájának megismerése alapján foganatosítani lehetett. Ilyen óvintézkedés p. o. a köpésnek ártalmatlanná tevése s nagyobb óvatosság a tüdővészesekkel való közlekedésben.“ Ezen következtetésben legalább is nagyon merésznek kell tekintenünk azt a feltevést, a mely szerint a bacillus ellen irányuló prophylaxis már *Koch* felfedezése évében s az arra közvetlenül következő években olyan intensitással folyt, hogy a morbiditás nyomban való tetemes alászállását vonja maga után. Hiszen a fertőzés ellen irányuló hygienés intézkedések széles mederben való érvényesítése (még Poroszországban is) ma is elérendő s nem elért czél. Tekintve a *Koch* felfedezése s a tuberculosis-halandóság csökkenését egymástól elválasztó rövid időtartamot s ezt a tuberculosis chronikus lefolyásához viszonyítva s tekintve, hogy *Kayserling* semmi bizonyítékot nem tud felhozni az iránt, hogy az általa említett hygienés intézkedések tényleg aránylag rövid idő alatt a nép szélesebb rétegeiben elterjedtek, s mások, a kiknek ebben tájékozódni volt alkalmuk, az utóbbi állítást határozottan kétségbe vonják *(Ascher)*;[3] *Kayserling* következtetését nem tartjuk valószinünek. S még kevésbé jogosultnak látszik állítása, ha az összes tuberculosis halandóságon kivül számba veszszük a halandóság ingadozásait Poroszország egyes részeiben s városaiban. *Weicker* az idevágó adatok ismertetését abban foglalja össze, hogy a mortalitás csökkenésében keleti s nyugati Poroszország csak korlátolt fokban vesznek részt, míg a Rajnavidék mortalitás csökkenése igen feltünő.[4] Honnan ez az eltérés, holott az óvóintézkedések kétségkivül a porosz állam összes területén egyenlő mértékben jutottak kivitelre? Ez a részletesebb statistika egyszersmind arról is tanúskodik, hogy gümőkór pusztítása az utóbbi területen már jóval *Koch* felfedezése *előtt* (1876—81-ig) kezd lényegesen megapadni. Feltünő s számbaveendő továbbá még egy momentum, t. i. az, hogy nemcsak a tuberculosis-halandóság, de az összes halandóság is egyre javuló viszonyokat mutat 1886 óta Poroszországban. Ha a tuberculosis-mortalitás nagyobb apadást is mutat, mint az összes halandóság, úgy mégis feltünő a különbség, a szerint mint a tuberculosis halálesetek számát az élők vagy az elhalálozottak számára vonatkoztatjuk. Az előbbi esetben az 1898. év az 1886.-hoz képest 35%, az utóbbi esetben 15% csökkenést mutat a tuberculosis-halandóságban. Bizonyos tehát, hogy ezen csökkenés bizonyos fokig (a számadatok szerint több mint felerészében) csak az összes mortalitás csökkenésének részjelensége, a mely körülményt *Kayserling* is kénytelen méltányolni. „A különleges óvóintézkedésekhez mint nagyon kedvező mozzanat a közegészségi viszonyok általános javulása járul, a mely az összes halandóság csökkenésében nyilatkozik meg s a munkásbiztosítás foganatosításának lép nyomába.“

A statistikai adatok önkényes értelmezése ellen felmerülő további érveket: a légzőszervek egyéb megbetegedéseinek a tuberculosis csökkenésével arányt tartó gyarapodását a tuberculosis-statistikában, a gümős betegek átlagos életkorának csökkenését, a kivándorlás ingadozásainak számbaveendő momentumát (l. *Ascher)*[1] itt csak röviden említjük.

A statistika tehát mindeddig nem szolgáltatott kétségbevonhatatlan bizonyítékot arra nézve, hogy a tuberculosis bacillus ellen irányuló óvóintézkedések a gümőkórmortalitást tényleg leapasztják. De nem is szolgáltathatott. Ezen óvintézkedések olyan intenzitással s olyan általánosságban, hogy biztos, kifejezett, nagy számdifferentiákban megnyilatkozó eredményt várjunk tőlük, csak a legutóbbi években foganatosíttatnak. A tuberculosis elleni küzdelem legközvetlenebbül érzékelhető része: a sanatoriumügy csak a 90-es évek végén jutott Németországban olyan kifejlettségre, hogy kihatásait nemsokára az általános statistikában is reménlhessük. Még kevésbé vonható le azonban a statistika adataiból azon negativ irányú következtetés, hogy antibacilláris óvóintézkedéseknek nincsen része a tuberculosis megapasztásában. S elvégre azon kérdésre, hogy a bacillus ellen irányuló sajátlagos óvóintézkedéseknek, vagy a közegészségügyi niveau általános emelésének van-e nagyobb jelentősége a tuberculosis leküzdésében: a statistika feleletet egyáltalán nem ad. Legfeljebb az az eleve is kinálkozó következtetés vonható le belőle, hogy ott, a hol a sajátlagos s általános hygienikus óvóintézkedések karöltve járnak: elvárható úgy az összes, mint a tuberculosis-halandóság csökkenése. Nagy gyakorlati fontosságra ezen kérdés egyébként csak a védekezés azon előrehaladt szakában jut, a melyben az ellenség leküzdésére bőséges eszközök vannak rendelkezésre s ezeknek lehetőleg czélravezető alkalmazása forog kérdésben. Németországban, a hol a biztosító-intézetek nagy anyagi segélyforrásai képezik a védekezés legfontosabb fegyverét — felvethető az a kérdés, vajjon ezen összegeket nem volna-e czélszerübb p. o. a munkáslakásviszonyok megjavítására fordítani mint tüdővészesek intézeteire? Nálunk a sociális hygiene egész vonalán annyi a tennivaló, hogy minden törekvés egyenlő méltánylásra s istápolásra tarthat számot. Viszont ki kell használnunk elmaradottságunk azon előnyét, hogy módunkban van közegészségügyileg fejlettebb országok intézkedéseit tanulmányozni, s a levont tanulságokat a magunk viszonyaira alkalmazva gyakorlatilag értékesíteni. S ezen szempontból a gyakorlati hygiene ez idő szerint minálunk még nem időszerü kérdései is jogos érdeklődésre tarthatnak számot.

III.

A tuberculosis elleni védekezés központja, legnagyobb érdeklődésre számot tevő s legalább (a minket első sorban befolyásoló) Németországban legfejlettebb, s legnagyobb anyagi áldozatokkal járó részét a sanatoriummozgalom képezi. A sanatoriumok értékének megbecsülésére az alapot elsősorban az azokban elért gyógyítási eredmények adják meg, a prophylaxisban való jelentőségük is részben ezen eredményektől, főleg azok tartósságától függ. S tényleg ezen sikereknek köszöni a sanatoriumi eszme általános felkaroltatását. „A sanatoriumi gyógyítás eredményei

[1] *Rahts*: Tuberculose als Ursache des vorzeitigen Todes. Ztschr. f. Tuberk. I. H. 1.

[2] Die Tuberculosesterblichkeit in der Preussischen Monarchie von 1876—1901. Ztschr. f. Tub. Bd. IV. S. 191.

[3] Berl. klin. Wochschr. 1903. S. 1012. s u. o. 1904. S. 446.

[4] l. c.

[1] l. c.

— irja *Kuthy* — mindenesetre olyanok, a minőket semmi más úton nem sikerül napjainkban tüdővészes egyéneken elérni. Az eset minősége, a kezelés időhossza szerint különböző ugyan a siker, de mindig a lehető legjobb, a mit az illető esetben az adott idő alatt egyáltalán módunkban áll a sorvadásos betegnek megszerezni".[1]

Ha *Kuthy* nyilatkozatát csak azzal a kiegészítéssel acceptáljuk, hogy kedvező körülmények között a sanatoriumi kezelés alapelvei zárt intézeteken kivül is teljes sikerrel alkalmazhatók: úgy ez nem csökkenti, sőt növeli a sanatoriumi gyógyítás értékét. A módos betegek számára való sanatoriumokban elért közvetlen eredmények olyan feltünőek s olyan általánosan ismertek, hogy hangsúlyozásra nem szorulnak; az azokban elért *tartós* eredmények voltak azok, a melyek alapot szolgáltattak a tüdővész ezen gyógyításmódjának nagy kifejlődésére.

A figyelmet a sikerek tartósságának ezen nagyjelentőségü tényére először a *görbersdorfi* s *falkensteini* intézetek közlései irányították. „Falkenstein 99 gyógyultan távozott betege közül 3–9 év mulva 72 még teljesen egészséges volt; 40 beteg közül, a ki 1876-ban a *Brehmer*-féle intézetet absolut vagy relativ gyógyulással elhagyta, 1890-ben még 25 kifogástalan egészségben élt. A *Brehmer* sanatoriumának különben 20 és több éves gyógyultakról is vannak adatai. *Driver* és *Wolff* összeállítása szerint az intézetből való kilépés után 14 évvel az összes kezeltek 9%-a egészségesnek bizonyult".[2]

A gyógyítási eredményeknek példányszerü rendszeres statistikai feldolgozását, a mely a sanatoriumi kezelés sikereinek hamisítatlan képét adja s egyszersmind a sikernek a betegség előrehaladása fokától, a beteg constitutiójától, a hereditástól stb. való függését kellő világításba helyezi *Turban* és *Rumpf* sokszor idézett s későbbi hasonló vizsgálatoknak mintájául szolgáló dolgozatában találjuk.[3]

Ha orvosi szempontból ezen a vagyonos néposztályok betegein elért eredmények legnagyobb érdeklődésre is tarthatnak számot, úgy a sociális hygiene magasabb álláspontjából sokkal fontosabb feladat a népsanatoriumok eredményeiről nyerni teljes és világos képet. Ezeknek a sikerei szabják meg azt a szerepet, a melyet a sanatoriumnak a tuberculosisnak, mint néppusztító járványnak leküzdésében tulajdonítanunk kell. S csak ezeknek nagy betegtömege szolgáltat a statistika számára olyan bőséges vizsgálati anyagot, mely a kisebb számcsoportokba férkőző kiszámíthatlan hibaforrásokat kizárván, joggal szolgálhat általános következtetések alapjául. Tekintve azt a fontos nemzetgazdasági érdeket, a mely Németországban a biztosítási intézmények anyagi erejét oly nagy mértékben igénybe vevő népsanatoriumok eredményeinek helyes megitéléséhez füződik: az idevágó statistikai vizsgálatokat részben hivatalos tényezők vállalták el. 1896 óta, — gondosan kidolgozott, minden betegre vonatkozólag a sanatoriumok orvosai által kitöltött kérdőlapok alapján — a statistikai anyag egyöntetü feldolgozásával a német „Kaiserliches Gesundheitsamt" foglalkozik, a melynek mult éven megjelent nagy közleményéből[4] vontuk össze a legnagyobb anyagú intézetekben elért *közvetlen* gyógyítási eredményeknek következő rövid átnézetét. Ezen átnézetben mellőztük a klinikai absolut vagy relativ gyógyulásra s a javulás különböző fokaira vonatkozó adatokat, a melyek, daczára a kérdőív pontos előirásainak, úgy látszik tulságos tág teret engedtek az azt kitöltő orvos egyéni mérlegelésének s az egyes intézetekben feltünő differentiákat mutatnak, s tisztán a munkaképességre vonatkozó egyöntetübb adatokra szorítkozunk.

A differentiák ezen táblázatban — tekintve, hogy az egyes intézeteknek anyaga különböző, s tekintve, hogy a teljes vagy részleges munkaképesség elbirálása elvégre is nem egészen fix norma szerint történik — nem nagyok. Átlag az esetek mintegy *70%-ában* lett az elbocsátás alkalmával teljes munkaképesség megállapítva. Hasonló eredményeket mutat a „Reichsversicherungsamt" statistikája, a mely szerint az 1902. évben kezelt 12,187 tüdőgümőkóros férfi s 4302 nő közül a törvény által követelt olyan munkabirást, mely a helyi szokásos munkabér legalább 1/3-ának megkeresésére képesit, előreláthatólag huzamosabb időre megszerezte a kezeltek *78%-a* (leszámítva a két hétnél rövidebb ideig kezelteket 81%-a).[1]

Intézet neve	Betegek száma	Sanatoriumi tartózkodás átlagos tartama nap:	Az elbocsátás alkalmával		
			teljesen munkaképes %	részben munkaképes %	munkaképtelen %
Grabowsee	2333 férfi	114	64·4	26·3	8·7
Planegg	869 férfi	101	56·2	30·8	18·6
Ruppertshain	1339 férfi	84	70·1	21·2	8·6
Görbersdorf (Weicker)	485 nő	85	65·9	18·7	15·4
	2685 férfi	84	77·3	9 9	12
	1359 nő	86	76·1	10·4	13·2

Ezen igen nagy számokból levont gyógyeredmény kisebb-nagyobb ingadozásoknál az egyes sanatoriumok kimutatásaiban is visszatükröződik. Elsősorban a beteganyag súlyosságától függ, de kétségtelenül más körülmények is befolyással vannak a sikerre. Feltünő jók az Erzsébet királyné-sanatorium gyógyeredményei, daczára aránylag súlyos beteganyagának. (1903-ban 23% III. stadiumú beteg). Különben az Erzsébet királyné-sanatorium jelentései élénken illustrálják a gyógyeredménynek a betegség stadiumától való függését.[2]

A sanatoriumi kezelés közvetlen eredményei az eddig szerzett tapasztalatok alapján, különösen a beteganyagnak Németországban dívó erős megrostálása mellett, kétségtelenül fényeseknek mondhatók. Nem ilyen könnyü a *tartós* eredmények értékéről itéletet mondani.

Az ezekről beszámoló első nagyobb statistika — a német császári közegészségügyi hivatalnak 1899—1901-ben *Engelmann* által közölt 2147 esetet felölelő kimutatása kétségkivül a várakozáson *alul* maradó eredményeket mutat.[3]

1—1½ év mulva a sanatoriumi kezelteknek már 41, 2—2½ év mulva 51 és 4 év mulva már 80 százaléka részben munkaképtelenné lett (munkaképtelenség a fenti értelemben), részben elhalt. Az elhaltak száma négy év mulva nem kevesebb mint 60·7%-ra rug. Ezen különösen a halálozások számaránya által megdöbbentő kimutatásból újabb támaszt nyert az a felfogás, hogy a sanatoriumokban csak lehetőleg könnyü beteganyagnak van helye, a mely elv szigorúbb alkalmazása a későbbi statistikák kedvezőbb számarányaiban tényleg kifejezésre jut.

A „Reichsversicherungsamt" tizezrekre rugó anyagából van levonva a következő táblázat.[4]

Az összes kezelt eset közül munkaképes maradt % számban:

A sanatoriumi kezelés éve	1 éven belül	2 éven belül	3 éven belül	4 éven belül	5 éven belül	Közvetlenül az elbocsátás után munkaképes volt
1898	68	45	38	33	31	74
1899	67	48	40	35	—	74
1900	66	49	41	—	—	72
1901	71	55	—	—	—	77
1902	74	—	—	—	—	78

Látható, hogy az eredmények határozottan jobbak, mint *Engelmann* fentebbi statistikájában. A négy év mulva is munkaképesek száma 20%-kal szemben 30%-nál többet tesz ki. Feltünő

[1] A tüdővész sanatoriumi gyógyítása 1660.

[2] *Kuthy* l. c. 1730.

[3] *Turban*: Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose. Wiesbaden 1899.

[4] *Hamel* l. c.

[1] L. *Pannwitz* l. c.

[2] *Kuthy*: Jelentés az Erzsébet királyné-sanatorium 1902. illetv. 1903. évi működéséről. Orvosi Hetilap 1903. 20—23. sz., 1904. 17—25. sz.

[3] Arbeiten aus dem kais. Gesundheitsamte 1899 u. 1901. Id. *Hamel*.

[4] Az 1898—1902-ben kezeltek száma felülhaladja az 54,000-et. L. *Bielefeldt*: Tuberculose u. Arbeiterversicherung. Ztschr. f. Tub. VI. S. 206., Pannwitz l. c. S. 77.

s a gyógyeredmény további fennmaradásának reményére jogosító körülmény, hogy a negyedik és ötödik év között a munkaképesek számaránya már csak kicsiny csökkenést mutat (33% ról 31%-ra). Figyelemre méltó továbbá, hogy a tartós eredmények a későbbi évfolyamok anyagán egyre javulnak, a minek oka mindenek szerint a beteganyagnak a felvétel alkalmával való évről-évre szigorúbb megválogatása.

Érdekes és értékes adatokat szolgáltatnak a Hansavárosok biztosító intézetének kezeltjei, a melyeknek gyógyulási s munkaképességi viszonyait *Reiche*, az intézet bizalmi orvosa tartja folytonos ellenőrzés alatt. Legújabb közleményében[1] *Reiche* 1011 férfi s 741 nőbeteg állapotáról referál, a kik legalább négy heti sanatoriumi kezelésben részesültek az 1895—1902. években s 1904 első felében kerültek újra vizsgálat alá. Ezen időben

		Munkaképes volt		Elhalt	
az 1902-ben kezeltek közül, azaz	1—2 év után	férfi %	nő %	férfi %	nő %
		62·8	68·8	7·4	—
„ 1901-ben	„ „ „ 2—3 „ „	52·6	64·1	16·1	5·4
„ 1900-ban	„ „ „ 3—4 „ „	61	60·8	13·1	3·8
„ 1899-ben	„ „ „ 4—5 „ „	50	65·7	23·9	8·3
„ 1898-ban	„ „ „ 5—6 „ „	49·6	59·8	29	14·4
„ 1897-ben	„ „ „ 6—7 „ „	55·9	63·3	27	7·8
„ 1896-ban	„ „ „ 7—8 „ „	54·8	73·9	26·9	4·3
„ 1895-ben	„ „ „ 8—9 „ „	40·5	55·6	40·5	22·2

Ezen eredmények jóval szabálytalanabb menetet mutatnak, mint a Reichsversicherungsamt kimutatása, nevezetesen nem mutatkozik bennük a munkaképesek számának évről évre való folytonos fogyása s a halálesetek számának egyre való gyors emelkedése, a mely az egyéb kimutatásokat jellegzi. A szabálytalanabb menetnek az oka az eredmények sokkal kedvezőbb volta. A legrégibb évfolyamban 8—9 évvel a sanatoriumi kezelés után még mindig 40% férfi, 55% nő munkaképes. S a 3—4 év mulva még munkaképesek száma (1900. évfolyam) 61%, csaknem kétszerese a Reichsversicherungsamt által kimutatott eredménynek. (33—35%.)

Mi magyarázza ezen sokkal kedvezőbb eredményt? Első sorban a beteganyag sokkal rigorosusabb kiválogatása, a melyet a betegfelvétel teljes centralisatioja tesz lehetővé. Számbaveendő ezenkivül, hogy a sanatoriumi kezelés megismétlése esetén ezen második kúra a statistikában az első tartózkodás idejébe lesz beszámítva, a mi alkalmas arra, hogy az eredményeket a ténylegesnél kedvezőbb színben tüntesse fel. A mint azonban *Weicker* kimutatta, a Hansavárosok biztosítási intézetének gyógyítási sikerei még ezen hibaforrás számbavételével is jóval felülhaladják ugy a Reichversicherungsamt mint *Weicker* saját intézetének eredményeit a munkaképesség helyreállítása terén s a tartós siker eddig más intézmények által el nem ért legmagasabb fokát képviselik.

Ide iktatjuk végre *Weicker* legújabb 3299 saját intézetében kezelt esetéről szóló pontos, szigorú elvek szerint s számos szempont alapján feldolgozott még alább intézendő statistikájának főeredményét.[2]

Évfolyam	A sanatoriumi tartózkodás után	Munkaképes	Elhalt
1900	1 évvel	52·2%	15·1%
1899	2 „	48	26 3%
1898	3 „	36·2%	41·5%
1897	4 „	33·3%	48·5%
1896	5 „	18·1%	62·3%
1895	6 „	17·5%	52·4%

Azaz 2 év mulva az elbocsátott betegeknek egy negyedrésze, 4 év mulva csaknem fele része elhalt. Munkaképes még 2 év elteltével az ápoltak fele, 4 év mulva egyharmad, 6 év mulva egyhatod része. Az eredmény nagyjából „a Reichsversicherungsamt“ eredményeivel egyező.

Az itt közölt kimutatások általános eredménye az: *hogy a nagyobbrészt 3 hónap sanatoriumi kezelésben részesült tüdőgümőkóros* — a biztosító intézetek keretébe tehát nagyobbrészt a munkásosztályba tartozó — *egyének felerésze két év mulva, egyharmadrésze még négy év mulva munkabiró, azaz az átlagos munkabér* 1/3-*ának megkeresésére képes,* (Reichsversicherungsamt, *Weicker*) *s hogy ezen eredményeket a betegek szigorúbb kiválogatása s a sanatoriumi kezelés szükség esetén való megismétlése lényegesen megjavíthatja.* (Hansavárosok biztosító intézete.)

Orvosi szempontból persze az eredmények ilyen feltüntetése, a mely csak a munkaképesek s elhalálozottak számát veszi tekintetbe, ki nem elégít. A sanatoriumi kezelés a tüdővész gyógyíthatóságának axiomájára épült s az orvos nézőpontjából az elérendő czél nem a munkaképesség ideiglenes helyreállítása, de a teljes gyógyulás. Teljesen egyetértünk *Kuthy*-val, hogy az „*absolut*“ gyógyulásnak korántsem követelése, hogy a tüdő physikai vizsgálata teljesen normális legyen, követelés csak a gócz elzáródása, továbbá, hogy: „az egyénnek subjectiv kellemetlenségei végérvényesen eltüntek legyen, s testi functioit a hygienés élet határain belül zavartalanul végezhesse“. Hogy ezen czél az eseteknek csak kisebb töredékében lesz tartósan elérve, azt eléggé demonstrálja a fenti statistikában a munkaképesek számának évről évre való apadása s a halálesetek gyarapodása. Az olyan gyógyulás, a mely a physikai tüdőlelet teljes visszafejlődésével jár, mint közvetlen eredmény is kivételes, csak a legkönnyebb esetekben fordul elő, s ezekben sem tartós, a mire nézve *Reiche* szolgáltatott tanúságos adatokat.[1] Ha azonban tisztába jövünk az iránt, hogy a teljes gyógyulásnak feltételeit a sanatoriumi kezelés azon korlátozásban, melyben a szegénysorsú munkásosztály betegeinek (ott a hol ezekről a legnagyobb mérvű gondoskodás történik) hozzáférhető, korántsem adja meg, ha számba veszszük, hogy *Brehmer* szerint a gyógyulás első feltétele az, hogy a beteg teljes felgyógyulásáig maradjon a sanatoriumban, ha meggondoljuk, hogy az elbocsátott munkás korántsem képes a hygiene követeléseit az előírt módon teljesíteni, úgy a tartós, teljes „absolut“ s relativ gyógyulás követeléseiről le fogunk mondani. Nem szabad szem előtt téveszteni, hogy a sanatoriumügy olyan kifejlődésre, a melyben elsőrendü közegészségügyi s nemzetgazdasági tényező, Németországban csak a biztosítási intézmény révén jutott, s előreláthatólag másutt is elvileg hasonló alapon juthat csak egyenrangú jelentőségére.[2] Ezen intézmények nyilvánvaló czélja a betegek munkaképességének helyreállítása. Még ezen szükebbre szabott czél is olyan anyagi befektetésekkel jár, hogy vita tárgyát képezhetné, vajjon a helyreállott munkaerő azokat visszaszolgáltatja e? Teljes gyógyulás elérése lehet tehát egyes, szükebb keretben mozgó jótékony intézmények programmja, de a nagy általánosság szempontjából egyelőre nem fogadható el irányelvül.

Ha a sanatoriumok eredményeinek ebből kifolyólag nemzetgazdasági értékét akarjuk megitélni, úgy a biztosítási intézmények közleményeiben kellene az ez iránt tájékoztató adatok után kutatnunk. Ugy látszik azonban, biztos támpontokat ezen intézmények vezetői nem találnak. *Bielefeldt*, a német Reichsversicherungsamt tanácselnöke, miután a sanatoriumi kezelés fentebb ismertetett tartós eredményeit vázolja, a következőképen nyilatkozik:[3] „Ezen tartós eredmények az első pillanatra talán csekélyeknek látszanak, de kielégítőknek kell azokat tekintenünk, ha tekintetbe veszszük, hogy igen súlyos chronikus betegség leküzdéséről van szó, s hogy az eredménytelen esetek száma csak kevéssel több, mint egyéb betegségeknél. Arra a kérdésre, vajjon a kezelés által megtakarított rokkantsági jutalék a kezelés költségeivel felér-e, nem felelhetünk; ezen kérdésnek megbizható vizsgálata nem lehetséges azért, mert a biztosító intézetek tagjaik kórházi ápolásáról rendesen már a rokkantság megajánlása előtt gondoskodnak, tehát hiányzik az alap annak megitélésére, hogy meddig maradt volna el a rokkantság a biztosító intézetek hozzájárulása nélkül“.

[1] München. med. Wochschr. 1905. S. 697.

[2] *Weicker*, Beiträge zur Frage der Volksheilstätten VIII. Leipzig. Leineweber 1903.

[1] l. c.

[2] A „Gyógyászat“ 1904. évfolyamában (43—47. sz.) megjelent dolgozatában *Lévy Lajos* érdekesen fejtegeti, hogy milyen nagy szerepe volt a rokkantság ellen való biztosítás intézményének a sanatoriummozgalomnak nemcsak megteremtésében s nagygyá fejlesztésében, de egyszersmind további irányításában s czéljai megszabásában. A német népsanatoriumokban elért gyógyítási sikerek megitélésében *Lévy* az itt kifejtettekhez hasonló következtetésekre jut.

[3] Tuberculose und Arbeiterversicherung. Zeitschrift für Tub. Bd. VI. H. 3.

Elismerjük, hogy nagyon szük látkörü szempont volna, ha a sanatoriumok eredményeit tisztán a rokkantság elhárításának, vagy a megtakarított rokkantsági jutaléknak mértékével akarnók mérni. Közegészségügyi, orvosi, sőt socialis szempontból a betegekről való gondoskodás a „rentabilitás" kérdésétől független, mulhatatlan követelés. Viszont a fenti szükebb nézletpontnak megvan az előnye, hogy az elért eredmények szigorú számszerü megvizsgálására s értékelésére indít és kötelez. Az ilyen megbecsülésnek alapját pedig, legyen benne akár az orvosi, akár a humanitárius, akár nemzetgazdasági szempont az irányadó, csak annak pontos megállapítása képezheti, hogy milyen a *tüdőtuberculosis lefolyása az érdekelt néposztályokban a sanatoriumok hozzájárulása nélkül s mennyiben változtat ezen a körülbelül három hónapos sanatoriumi kezelés?* Ezen alapon itélhet csak az orvos a sanatoriumok therapiai, a nemzetgazdász azok gazdasági, s az emberbarát azok társadalmi jelentősége kérdésében. Korántsem elegendő annak megállapítása, hogy a sanatoriumban kezelt beteganyag ennyi vagy amannyi töredéke óvta meg nehány év lefolyása után életét vagy munkaképességét; szükséges, hogy ezenkivül ismerjük a hasonértékü beteganyag munkabirási és elhalálozási viszonyait sanatoriumi kezelés nélkül. Más szóval a tartós eredmények értékéből levonandó az az effectus, a mely a betegség chronikus lefolyásának, megállapodásra való természetes hajlamosságának a kifejezése s az igy nyert differentia szolgálhat csak, mint a sanatoriumi kezelés szolgáltatta „tiszta nyereség" további következtetések alapjául.

Ezen követelés hangsúlyozása persze sokkal könnyebb, mint tényleges megvalósítása; a bőséges tuberculosis-irodalom még az iránt sem nyujt kellő tájékozást, hogy mennyi a halálra vezető tuberculosis átlagos tartama a betegség első tüneteinek fellépésétől számítva. A *Dettweiler* által megszabott 7 éves tartam, a melyet altalánosan idéznek, nem támaszkodik számadatokra s *Cornet* szerint csak a vagyonos osztályokra vonatkozhatik, míg a szegény uéposztályokban megfigyelései szerint a betegség átlag 3 év alatt halállal végződik. *Reiche*[1] kórházi kezelteken nyert eredményekkel, *Hammer*[2] poliklinikai anyagával vetette össze a sanatoriumi kezelés sikereit, az előbbi esetben azonban a beteganyag összehasonlíthatatlanul súlyosabb volta, az utóbbi esetben annak túlságos könnyü volta, s aránylag kevés esetre szorítkozó terjedelme teszi lehetetlenné általánosabb érvényü következtetések vonását.

Nagyon figyelemre méltó, s nézetünk szerint hézagpótló dolgozatban foglalkozik legújabban *Stadler* a tüdőtuberculosis befolyásával az élettartamra s munkaképességre.[3] *Stadler* — *Romberg* indítványára — a marburgi poliklinikán 1893—1902-ben kezelt betegek ebbeli viszonyait tette beható tanulmány tárgyává. Ezen beteganyag nagyobbrészt ugyanazon néposztályhoz tartozik, mint a népsanatoriumok beteganyaga s igy joggal képezheti a sanatoriumi és poliklinikai kezelés egybevetésének alapját. *Stadler* ezenfelül, hogy a sanatoriumokból eleve kirekesztett súlyosabb beteganyagot statistikájából is kizárja, csak azon eseteket vette számba, a melyek bemutatkozásuk alkalmával a betegség I. és II. stadiumához tartoztak, vagy a II. és III. stadium határán állottak. A betegség kezdeti időpontjának, kivéve azon eseteket, a melyekben az egy kifejezett initiális haemoptoe időpontjától volt számítható, azt a datumot vette, a melyen a poliklinikán először lettek a betegség határozott tünetei megállapítva. Ezen számításmód szerint a betegek élettartama mindenesetre a ténylegesnél rövidebb időre lesz becsülve, mert annak kezdeti szaka számításon kivül marad s az eredmény a tuberculosisnak az élettartamra való befolyását a valónál valamivel kedvezőtlenebb szinben tünteti fel. A betegek további sorsa iránt a hatóságok buzgó közreműködésével szerzett pontos adatokat. Az adatok értékesítése ugyanazon elvek szerint történt, mint azon tabellák összeállítása, a melyeket az életbiztosító intézetek használnak a biztosítottak elvárható életkorának kiszámítására, azaz *Stadler* azt számította ki, hogy a megbetegedés utáni 1., 2., 3. stb. évben a betegek milyen százaléka volt még életben, s milyen százaléka halt el. Az a beteg a ki megbetegedése után 8 esztendővel még életben van, következőleg az előző 8 év mindegyikében is az élők közé számítódik, épen igy minden beteg mindazon években, a melyek megbetegedése s halála között lefolynak, az élők rubrikájába tartozik. A tuberculosis átlagos tartamát tehát az az évfolyam adja, a melyben az élők és halottak száma egyenlő, a melyben tehát annak a valószinüsége, hogy a gümőkóros él vagy már meghalt, egyenlő. A következő tábla az összes irodalmi adatok közül a legbecsesebb támpontot szolgáltatja a tuberculosis jelentőségének megbecsülésére a munkásosztály élettartamának megszabásában.

Poliklinikai betegek közül

A betegség kezdete után	1 évvel	2 évvel	3 évvel	4 évvel	5 évvel	6 évvel	7 évvel	8 évvel	9 évvel
	százalékokban								
Életben volt	95·2	81·7	72·8	67	59·7	*54·1*	*44 2*	35·3	25·5
Meghalt	4·8	18·3	27·2	33	40·3	*45·9*	*55·8*	64·7	74·5
Esetek száma	670	541	477	448	397	357	311	277	243

Látható, hogy 4 év elteltével a betegek $^2/_3$ ad része még életben van s csak hat évvel a betegség kezdete után közeledik az elhaltak arányszáma az életben maradottakéhoz, s a 7. évben azokét túlhaladja.

Ezen számok alapján tehát a tuberculosis átlagos tartama a munkabiró korban lévő s a munkásosztályhoz tartozó egyéneknél (munkások, földmívelők, kézművesek) legalább 6—7 évre becsülendő.

Stadler a maga anyagát a *Weicker* intézetében kezelt betegekre vonatkozó adatokkal vetve egybe, arra az eredményre jut, hogy a sanatoriumi kezelés a betegség első három évében a betegek mintegy egy ötödrészének életét hosszabbítja meg, de hatásossága már a negyedik évben elmosódik. Sokkal tüzetesebb egybevetésre szolgáltat alapot *Weicker* legújabb közlése,[1] a melyben a sanatoriumban kezelt I. és II. stadiumbeli betegek elhalálozási rendje van olyan módon kiszámítva, mint azt *Stadler* eszközölte.

Sanatoriumi betegek közül

A betegség kezdete után	1 évvel	2 évvel	3 évvel	4 évvel	5 évvel	6 évvel	7 évvel	8 évvel	9 évvel
	százalékokban								
Életben volt	99·3	94·2	88·7	80·7	73·1	64·2	*54·4*	*45·8*	39·2
Elhalt	0·7	5·8	11 3	19·3	26·9	35·8	*45 6*	*54·2*	60·8
Esetek száma	1983	1774	1441	1043	728	498	345	249	202

Ezen táblázatból mindenekelőtt az tünik ki, hogy a sanatoriumban kezelt betegeknél a tuberculosis átlagos tartama 7—8 év, azaz átlagosan egy évvel felülhaladja a poliklinikai anyag élettartamát. A két táblázat részletes összehasonlítása is a sanatoriumi kezelés sikere mellett tanúskodik. Igy két év lefolyása után a polyklinikai betegek közül több mint háromszor annyi (18·3%) halt el mint sanatoriumi betegek közül (5·8%), három év elteltével a poliklinikai betegeknek már $^1/_4$ része, a sanatoriumbelieknek csak $^1/_{10}$ része halt meg, 4 év mulva amott $^1/_3$, itt csak $^1/_5$ rész a halálozási arány.

Stadler saját és *Weicker* régibb adatainak összehasonlításából a sanatoriumi kezelésnek a munkabirásra való befolyását is megállapítani igyekszik, s a mennyiben az erre vonatkozólag meglehetősen hézagos adatokból következtetést vonni lehet, itt is kedvező eredményre jut, t. i. arra, hogy a sanatoriumi betegek közül a poliklinikai anyaghoz hasonlítva mintegy egy negyedrészszel többnek marad munkabirása több mint 3 évig megóva.

[1] Zur Kritik der Erfolge der Heilstättenbehandlung. Zeitschrift für Tub. Bd. II. H. 5. 1901.

[2] Die Heilstättenbehandlung der Tub. München med. Woch. 1902. No. 26.

[3] Der Einfluss der Tuberculose auf Lebensdauer und Erwerbsfähigkeit etc. etc. Deutsch. Arch. für klin. Med. 1903. S. 412.

[1] Beitr. zur Frage der Volksheilstätten VIII.

(Sanatoriumi betegek 66·3%-a poliklinikai betegek, 41·50%-a munkabiró 3 év mulva.)

Ezen következtetések persze aránylag kicsiny anyagra támaszkodnak, semhogy belőlük a sanatoriumi kezelés értékéről végérvényes itéletet mondhatnánk. De megadják az irányfonalat arra, hogy milyen módon lehet ezen elsőrendü fontosságú kérdés tisztázásához, a sanatoriumi kezelés értékének objectiv megbecsüléséhez jutni. Igen nagy anyagon eszközölt hasonló egybevetése az intézeti kezelésben részesült s nem részesült betegek további életfolyásának, (a mi elvégre is módjában állana valamely nagy biztositó intézménynek) kifogástalan eredményeket szolgáltathatna.

Feltéve, hogy a jóval nagyobb statistikai anyag feldolgozása alapjában u. a. eredményre fog vezetni, azaz a sanatoriumi betegek elhalálozási s munkabirási viszonyainak quantitative körülbelül olyan fokú megjavulását mutatná az egyéb beteganyaghoz képest, mint az *Stadler* és *Weicker* adatainak egybevetéséből tünik ki: a sanatoriumi kezelés tartós eredményeit úgy orvosi, mint nemzetgazdasági szempontból kielégitőknek kell tekintenünk. Persze az élettartam (és munkabirás) az a lényeges meghosszabbitása, a melyet a fenti tabellák egybevetése tanúsit, csekély eredménynek tünik fel azok előtt, a kik a vagyonos betegeken elért sikerekre támaszkodva, a népsanatoriumok intézményéhez a legvérmesebb reményeket füzték. Ezen remények azonban eleve alaptalanoknak látszanak, ha számba veszszük a gyógyulás feltételeinek merőben különböző teljesülését a módos s vagyontalan betegek körében. Amott korlátlan tartamú sanatoriumi tartózkodás s annak vagy az azt pótló klimatikus kúrának szükség szerint való megismétlése, s a sanatoriumban tanult egészségszerü életmód megvalósításának teljes lehetősége a betegség egész tartama alatt; emitt a betegség hosszú lefolyásába lehetőleg annak kezdetén beiktatott három hónapos kura, a mely után a beteg újra a foglalkozásából s anyagi helyzetéből eredő ártalmak egész sorának van kitéve, s nagyobbrészt legjobb akarat mellett sem tudja a hygienés életmód elsajátitott szabályait kellő módon érvényesiteni s a sanatoriumi kúra megismétlése csak kivételes esetekben van módjában. A kik a sanatoriumoknak ilyen körülmények között elért tartós eredményeit kicsinylik, azoknak figyelmébe ajánljuk *Marcuse*-nak a mannheimi lakásviszonyokról szóló tanulmányát,[1] a mely megdöbbentő módon ecseteli, hogy volt sanatoriumi betegek (egyenesen ezekről szóló adatok is vannak említve) elbocsátásuk után milyen életviszonyokba kerülnek. Ezen körülményeket mérlegelve, s számba véve azt a tényt, hogy a tuberculosis a milyen hajlandóságot mutat az időnként való megállásra, ugyanolyan hajlandóságot mutat arra is, hogy a szervezet resistentiájának minden csökkenését felhasználja progrediálására, s hogy a resistentia csökkenésére az alsóbb néposztályok életviszonyai bőséges alkalmat nyujtanak, számbavéve mindezt a rövid intézeti kezelésnek a *mortalitás* idézett *megcsökkenésében* s a *munkaképesség megjavitásban nyilatkozó sikerét, a várakozást teljesen kielégitő eredménynek tekinthetjük!*

Hogy a népsanatoriumoktól többet várni: jogosulatlan és indokolatlan követelés volna, hogy azok eredményeinek szépitő optimista kifestése a sanatoriumok ügyének nem javára, de kárára van, mert elzárja a tényállás objectiv megismerésére támaszkodó haladás útját: azt immár a sanatoriumok vezetőférfiai is beismerik. „Lungenkranke innerhalb eines Vierteljahres zu heilen ist schlechterdings nicht möglich“ irja *Weicker*. Továbbá: „Auch ich stehe auf dem Standpunkt, dass die Heilstätte zwar den *Anstoss* gegeben, nicht aber als *Ursache* des Dauererfolges betrachtet werden darf“ és a népsanatoriumok munkaprogrammját ebből folyólag következőleg szabja meg: „az általános állapot megjavitása, hygienére való szoktatás s a szellemi szinvonal emelésének megkisérlése“.[2]

A népsanatoriumok kétségtelenül elérnek annyit, a mennyit tevékenységük adott feltételei mellett elvárhatunk tőlük: szembeszökő közvetlen gyógyitási sikerük mellett számbajövő módon emelik ápoltjaik munkabirásának és életének tartamát. A mostani eredménynél többet csak akkor fognak szolgáltatni, ha sikeres működésüknek feltételei javulnak.

[1] l. c.

[2] Tuberculose-Heilstätten-Dauererfolge S. 4—5.

Ezen szempontból nagyon gyakran hangoztatott követelés, hogy sanatoriumokba csak lehetőleg kezdeti stadiumban levő esetek kerüljenek. Az ilyen követelés jogossága legnagyobbrészt annak kimutatására támaszkodik, hogy a betegség legkoraibb s legkönnyebb szakában elért közvetlen és tartós eredmények százalékszámai a későbbi stadiumokban elérhető sikereket lényegesen felülhaladják. Ezen tény kétségtelen, de csak részben irandó a sanatoriumi kezelés javára, másik részében egyszerüen a kezdeti, könnyü esetek eleve jobb prognosisának kifejezése. Annak határozott megitélésére, hogy a sanatoriumi kezelés a betegség milyen stadiumában hajt legtöbb hasznot, korántsem elegendő a stadium szerint elért tartós eredmények százalék szerinti kimutatása. Itten is mulhatlan követelés az eredmények egybevetése a megfelelő stadiumú sanatoriumi kezelésben *nem* részesült beteganyag további életfolyásával. Kétségtelen, hogy a sanatoriumokban kezelt I. stadiumú betegek közül marad a legtöbb huzamos ideig munkabiró, de kétségtelen az is, hogy sanatoriumi kezelés nélkül is ezek között találjuk a munkabirás maximumát időben és számban. Minden stadiumban: nem a sanatoriumanyag egyes évfolyamai életben s munkabirásban megóvottjainak száma, de annak a sanatoriumi kezelésben nem részesültek megfelelő számával való egybevetése adja a sanatoriumi kezelés elérte valódi siker mértékét.

Hammer nek[1] — igaz kicsiny számra, 72 polyklinikai, 55 sanatoriumi betegre — támaszkodó statistikájából tényleg az derülne ki, hogy a legkönnyebb I. stadiumú esetekben a poliklinikai kezelés eredményei felérnek a sanatoriumokban elért sikerekkel, s *Rumpf* ezen statistika bizonyító erejét épen azzal rontja le,[2] hogy az ő sanatoriuma súlyosabb anyagán elért eredményeit állitja vele szembe. Ezen érvelésben a sanatoriumok működésének súlypontja a II. s III. stadiumú betegek munkaképességének helyreállitására van helyezve, holott általában folyton az ellenkező értelmü óhaj hangzik fel, t. i. hogy a sanatoriumokból az oda nem való súlyosabb eseteket kirekeszszük. Hogy ezen súlyosabb esetek a statistikát megrontják, az természetes. *Weicker* kiszámitotta, hogy a sanatoriumában kezelt I. stadiumbeli betegeknél a betegség átlagos tartama 10 év, a II. stadiumbelieknél 7 év, a III. stadiumbelieknél csak 2 év. Világos, hogy az olyan anyag, a melyben a II. s III. stadiumbeli betegek jutnak előtérbe, gyorsabban emelkedő halálozási arányszámokat fog mutatni, mint a főleg könnyü esetekből összetevődő beteganyag. De ez semmiképen ki nem zárja, hogy a sanatoriumi kezelés p. o. a II. stadiumbeli betegek életét s munkaképességét talán ugyanolyan, talán még nagyobb értékkel hosszabbitja meg, mint az I. stadiumbeliekét. Az egészen könnyü esetekre való szorítkozásnak értelme akkor volna, ha a sanatorium a teljes gyógyulás elérését tüzhetné czéljául, erre a legtöbb kilátása tényleg a legkönnyebb eseteknek van. A mint azonban fentebb kifejtettük, ezen czélnak kitüzése a mostani keretben nem jogosult. Következőleg komolyan megfontolandó, vajjon indokolt-e a teljesen initiális, esetleg olyan esetek hajhászása, melyeknél a diagnosis talán csak tuberculinreactio segélyével biztositható? Nem korlátozandó-e ezek felvétele azon meggondolás alapján, hogy sanatoriumon kivüli szakavatott kezelés és felügyelet is megadja számukra a lényeges javulás feltételeit (l. *Hammer*), mig a sanatoriumban azoknak helyét veszik igénybe, a kiknél épen csak a sanatoriumi kezelés vezethet számbajövően kedvező eredményre? Ezzel korántsem azt akarjuk állitani, hogy a sanatoriumi kezelésre elsősorban az előrehaladottabb esetek tartsanak igényt. Azt az elvet, hogy csak a siker kilátását nyujtó esetek jussanak felvételre, elejteni természetesen nem szabad. S hogy súlyos előrehaladt phthisikusoknál a sanatoriumi kezelés kilátásai is vajmi gyengék, annak bizonyitására nem kell nagy statistikai apparatus. Hogy a progrediálás kifejezett s feltartózhatlan tünetei — makacs hőemelkedések stb. — ugyancsak nagyon leapasztják a siker reményét, szintén nem szorul hangsúlyozásra. Viszont kétségtelen az, hogy a II. stadiumú betegek therapeutice úgy közvetlenül, mint tartósan igen kedvezően befolyásolhatók, s ha pl. *Weicker* I. stadiumú betegeinél 78·1%-ban,

[1] l. c.

[2] *Schröder-Blumenfeld*: Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. *Rumpf*: Prognose S. 496.

az I. és II. stadium határán levő eseteiben 72%, II. stadiumú eseteiben már csak 53·5%-ban ért el „tartós eredményt", úgy az egybevetés alapjául szolgáló anyag hiján, eleve nem zárkózhatunk el annak lehetősége előtt, hogy a II. stadiumbeli betegeken elért eredményt, úgy therapiai, mint nemzetgazdasági szempontból becsesebb s lényegesebb, mint az I. stadiumbeliek nagyobb százalékszáma, a mennyiben a *munkaképességnek egyenesen a kezelésnek köszönhető meghosszabbítása* lehet nagyobb, mint az I. stadiumbelieknek a sanatoriumba való felvétel alkalmával nagyobb részben még munkabiró csoportjánál. Sőt bizonyos III. stadiumú eseteknél is lehet jó eredményre számítani. Cavernaképződés pl. a „Reichsgesundheitsamt" beosztása szerint a III. stadiumba tartozik. Pedig egy csúcsba localizált, jól elhatárolt kisebb caverna s egyébként ép tüdők s tűrhető általános állapot mellett p. o. semmiképen sem zárja ki a tartós munkaképességet s annak sanatoriumi kezelés révén való meghosszabbítását. Magam négy év óta észlelek két ilyen beteget, a kik sanatoriumi kúra után majdnem zavartalan actioképességnek örvendenek, s az ezen speciális beteganyaggal foglalkozó orvosok kétségtelenül szintén számolhatnak be hasonló tapasztalásokról.

Általában a sanatoriumi kezelés indicatiojának megállapítása csak olyan nehéz, mint a prognosis megszabása. Egyik sem alapulhat a stadiumi beosztás schemáján, schematikus eljárás mind a kettőben kerülendő. A stadiumokra való beosztásnak jogosultsága, a mint *Meissen*[1] helyesen jegyzi meg, egyáltalán csak a chronikus tüdőgümőkór azon kétségtelenül leggyakoribb alakjánál van, melyet a destructiv és hegképző folyamatok sajátságos összeszövődése jellegez. Az acut és subacut alakoknál, nemkülönben a kifejezetlen „fibrosus" alakoknál jelentősége teljesen megszünik.[2] Ki akarjuk még emelni, hogy teljesen téves dolog az olyan eseteket, a melyek már hosszú ideje betegek, a sanatoriumi kezelésből kizárni. Az olyan eseteket, a melyek a betegség évekre terjedő tartama mellett aránylag csekély tüdőbeli elváltozásokat mutatnak, ellenkezőleg a legjobb prognosisúak közzé kell sorozunk. Az initiális esetekre való szorítkozás olyan értelmezése, mely a betegség ez ideig való tartamára fektet súlyt, teljesen eltéveszett dolog volna. Hogy a betegség hosszú előző tartama a sanatoriumi kezelés eredményére nincs kedvezőtlen befolyással, arra nézve *Weicker* legújabb statistikája szolgáltat érdekes adatokat, a melyben a 10—15 éves betegek csoportja nem kevesebb „tartós eredményt" mutatott, mint a ½ éves betegeké. Azt, hogy a hereditaer terheltségnek a sanatoriumi kezeltek prognosisára semmi kedvezőtlen befolyása nincsen, egyértelműleg bizonyítják *Turban* intézetének, a Hansavárosok biztosító intézetének és *Weicker* sanatoriumának összességükben nagyon jelentékeny beteganyagra támaszkodó statistikái. Ugyanezekből a tüdővészes habitusnak kedvezőtlen prognostikai jelentősége derül ki.

Az itt kifejtettek szerint a sanatoriumi kezelésre alkalmas anyag kiválogatása igen nehéz a bőséges szakismereteket igénylő feladat, a melynek alapját a tüdőtuberculosis különböző alakjai, s stadiumai *therapiai befolyásolhatóságának* megismerése képezze. A teljesen könnyű, initiális esetekre való szorítkozás semmi esetre sem jogosult.

A beteganyag czélszerű megválogatásán kivül a sanatoriumi kezelés sikereit egyéb intézkedések révén lehetne emelni. Kívánatos volna elsősorban, hogy a *sanatoriumi tartózkodás időtartama*, a melynek meghatározása természetesen orvosi kérdés, ne előre praeliminálttassék, de a szükség szerint legyen meghosszabbítható. Tekintve, hogy a szegénysorsú beteget a családjáról való gondoskodás készteti gyakran a sanatorium korai elhagyására; nagyon méltánylandó az a Németországban mind általánosabban mutatkozó törekvés, hogy a biztosító intézetek s jótékony egyesületek a betegnek sanatoriumi tartózkodása folyamán *családja fenntartásáról* lehetőleg gondoskodjanak. A legfontosabb s sajnos legnehezebben teljesíthető követelés az, hogy a *szegénysorsú tüdőbajosnak a sanatoriumból való távozása után megadjuk a hygienikus, egészségi állapotának megfelelő életmód feltételeit.* Ez a követelés közvetlenül folyik annak belátásából, hogy egy háromhónapos kúra a beteget meg nem gyógyítja, s csak kivételes esetekben emeli resistentiáját olyan fokra, hogy az élet küzdelmében, hivatásos munkájában, családjáról való gondoskodásában mint ép ember támogatás nélkül helyt álljon. *Tartós* eredményt a betegség és a szervezet ellenálló erejének ezen évek hosszú sorára kiterjedő küzdelmében csak akkor várhatunk, ha ezen resistentiának megóvásáról *tartósan* gondoskodunk.

Az elbocsátott betegek folytonos szemmeltartása s a róluk való gondoskodás tehát szükséges kiegészítése a sanatoriumi kezelésnek. Persze ez a kiegészítés egymagában olyan nagy, vagy talán még nagyobb sociális feladat, mint a beteg intézeti kezelésének általános megvalósítása. Megoldásához lényegesen hozzájárulhatna a „dispensaire" intézményének olyan kifejlesztése, a mely azt a tüdővészesekről való gondoskodás központjává avatná. A dispensaire-re hárulna az a feladat, hogy az ellenőrzése s gondoskodása alatt levő betegek tömegéből a sanatoriumi kezelésre alkalmasakat kiválogassa, s azokat az intézet elhagyása után újra védő szárnyai alá véve, az elért eredmény lehető fenntartását — hatóságok s jótékonysági intézmények segítségének igénybevételével — biztosítsa. Végre lényeges javulása remélhető a sanatoriumi tartós eredményeknek a *kezelésnek szükség esetén való megismétlésétől.*

Bőséges tér nyilik még tehát arra, hogy a sanatoriumok gyógyítási eredményeit alkalmas kiegészítő intézkedések által emeljük. De a mostani keretben elért gyógyítási eredmények is kétségtelenek s jelentőségesek még a legszigorúbb kritika világosításában is. Sokkal kérdésesebb a sanatoriumoknak a betegség elterjedésének megakasztásában a prophylaxisban való jelentősége. A sanatoriumi mozgalom első stadiumában nemcsak a therapia, de egyszersmind a prophylaxis szempontja lebegett az eszme lelkes hirdetői s tetterős megvalósítói előtt. A betegek nagy számának korai stadiumban való gyökeres meggyógyítása, más részben környezetükből való kivonása által akarták a betegség csirájának továbbelhintését megakasztani.

A sanatoriumok közvetlen szerepe a betegség elhárításában ennek megfelelőleg egyrészről az volna, hogy a betegek nagy számának állapotát javítják meg legalább olyan fokig, hogy az annakelőtte a fertőzést terjesztők megszünnek bacillustartalmú köpést üríteni, másrészről a fertőzés terjesztésére alkalmas betegek nagy számának isolálása által csökkenthetnék az infectio terjesztését. Hogy a sanatoriumok akár az első, akár a második módon a fertőzés korlátozásához lényegesen hozzájáruljanak, annak mellőzhetetlen feltételét képezné, hogy beteganyagukat a fertőzés terjesztésében elsősorban részes, súlyos esetek képezzék. Ilyen értelemben mondja *Brauer*,[1] hogy „a tuberculosis mint népbetegség leküzdésére az a sanatorium a legjobb, a mely a legrosszabb anyagra támaszkodik."

Ezen feltétel azonban csak nagyon kicsiny részben van megadva, mivel hogy a sanatoriumok elsősorban a gyógyítás czéljának szolgálnak s a gyógyítás legtöbb sikert igérő substratumát a könnyebb esetek képezik. A betegeiket ezen elv szerint megválogató sanatoriumokban a bacillusokat ürítő betegek mindenesetre az anyag kisebb töredékét képezik, p. o. *Weicker* 1902-ben kezelt több mint 1000-re rugó beteganyagból csak 36·3%-nál volt bacillus kimutatható. Számbaveendő az is, hogyha *könnyű* esetekben bacillus ki is mutatható, ezen kevés köpetet ürítő betegek sokkal kevésbé járulhatnak a fertőzés terjesztéséhez mint a bacillustartalmú köpést nagy mennyiségben termelő súlyos esetek. A sanatoriumi kúra befejezésével *Weicker* említett betegeinek csak ¼ része (25·8%) szabadult meg bacillusaitól. Körülbelül hasonlók egyéb sanatoriumok számadatai a bacillusok kimutatását s azoknak a kúra végén való eltünését illetőleg. Ha a sanatoriumoknak a prophylaxisban való jelentőségét ezen adatok szerint akarjuk megitélni, úgy azt vajmi szerénynek kell tekintenünk. Németországot véve például, a melynek mintegy 70 népsanatoriumában közel 6000 beteg talál elhelyezést, ilyen módon körülbelül 2—3000 a fertőzést közvetíteni képes egyén volna az élet forgalmából kivonva, s miután a sanatorium beteganyaga az év folyamán mintegy négyszer változik meg (¼ év a közepes

[1] *Schröder-Blumenfeld*: Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. *Meissen*: Klinische Formen S. 125.

[2] A stadiumokra való beosztás klinikai szempontokra támaszkodó, találó kritikáját olvassuk *Lévy*-nél is. (Gyógyászat 1904. 725.)

[1] l. c.

tartózkodás) s feltéve, hogy a bacillusos betegek 1/4 része szünik meg bacillustartalmú köpést üríteni; egy év folyamán ugyanilyen számu egyén veszti el fertőzőképességét. Azt az alig várható eshetőséget téve fel, hogy az említett betegszámnak bacillusoktól való mentesítése tartós s végleges eredmény, ezen legjobb esetben is Németország legmagasabb fokra fejlödött sanatoriumi intézménye évről-évre nem több mint 2—3000 egyénnel csökkenti a fertőzést közvetítők számát. Ezen számot még azok bővítenék, a kiknél sanatoriumi kezelés „tartós" sikere, hogy a felvétel idején zárt, bacillustermeléssel nem járó tuberculosisuk továbbra is ilyen marad. Tekintve, hogy Németországban évenként mintegy 110,000 ember hal meg tüdővészben, azaz — a betegség átlagos tartamát csak négy évre számítva, 440,000 az élő tüdővészesek száma: — a sanatoriumoknak csak nagyon csekély közvetlen szerep jut a fertőzés terjedésének megakasztásában.

Azok, a kik a sanatoriumoknak ennek daczára nagy jelentőséget tulajdonítanak a prophylaxis terén is a tuberculosis elleni küzdelemben, nem is ezen csekély közvetlen eredményre, de a sanatorium nevelő hatására fektetik a fősúlyt. S a jól vezetett, minden legcsekélyebb intézkedésében a hygiene szellemétől áthatott intézetek ebbeli hatásosságát tagadni, nagyon túlhajtott skepsis volna! Ha az a szemléleti oktatás, a hygiene áldásainak az a közvetlen megismerése, a melyben a sanatoriumok ápoltjai részesülnek, nem volna képes az alapjául szolgáló elvek széles körökben való elterjesztéséhez hozzájárulni, mit várjunk akkor a propaganda egyéb, sokkal kevésbé hatásképes eszközeitől, a népszerű röpiratokról, felolvasásoktól, utasításoktól s ellenőrizhetlen köpési tilalmaktól? S nagyon nagy ellentmondás, hogy a míg az orthodox bakteriologiai felfogás képviselői a tuberculosismortalitás csökkenését abból magyarázzák, hogy *Koch* felfedezése a tuberculosis fertőző voltának tudatát a népbe oltva, a fertőzés esélyeit, a köpéssel való óvatosabb elbánás stb. által csökkentette: addig maga *Koch* a londoni congressuson tartott előadásában a sanatoriumok egyetlen eredményét a prophylaxis terén abban látja, hogy bennük a bacillusos köpésü betegek 20%-a bacillusaitól megszabadul. A kinek sanatoriumokban működni s a mi a nevelő hatás tartósságának szempontjából fontosabb, volt sanatoriumi betegekkel sürün közlekedni alkalma volt: az nagyon gyakran tapasztalhatta, hogy a sanatoriumi iskolázás az esetek nagy számában tartós eredményre vezet. Persze ezen „tartós eredményeket" nem lehet olyan módon statistikai kimutatásba szedni, mint a helyreállított munkaképesség arányszámait. Bizonyos fokú utánjárás mégis lehetséges, a mint ezt *Kuthy* példája mutatja, a ki az Erzsébet-sanatorium volt ápoltjaihoz intézett kérdőíveiben nemcsak azok egészségi állapota, de az iránt is felvilágositást igyekszik nyerni, hogy azok a hygiene elsajátított szabályait további életükben mennyiben érvényesítik? „Nem utopia az, — irja *Kuthy* — ha arra törekszünk, hogy a sanatorium iskolázó befolyása révén a hygiene praktikusan képzett, lelkes apostolait emanáljuk az országba. Az alacsony és fel nem deríthető intelligentiáju torpid vagy refractaer egyéniségek mindig meddő talaj maradnak természetesen e törekvésekkel szemben, de a jó lelki basisu, intelligens egyén utóbb tényleg terjesztőjévé válik a közegészség alapvető tanainak, főleg az antituberculosus hygienie kardinális szabályainak.[1] A sanatoriumi intézménynek épen olyan szakavatott, mint szigorú elfogulatlan kritikusa, mint *Weicker* is a legnagyobb súlyt fekteti a sanatorium nevelő hatására, olyannyira, hogy saját intézetében szakerők igénybevételével gondoskodik betegei szellemi niveaujának emeléséről.

Nincs okunk kételkedni, hogy a sanatorium a maga ápoltjai körében is érvényesíti suggeráló erejét a tuberculosis elleni hygienés intézkedések s általában a tuberculosis ellen való általános s nagyszabású küzdelem érdekében, ha látjuk, hogy a sanatoriumi eszme kifelé milyen suggeráló hatást gyakorolt, a mennyiben az a kiinduló pont, a melyből a tuberculosis elleni mozgalom ma már nagyra nött áradata eredését vette. Németország a védekezési intézkedések nagy sorát sanatoriumok alapitásával kezdte s ezek körül csoportosultak a praeventiv hygiene egyéb intézkedései. Populárissá, általános érdeklődés tárgyává a tuberculosis leküzdésének kérdését — épen csak a sikeres gyógyitás hódító jelszavára támaszkodó — sanatoriumok tették. Nálunk, a hol *Korányi Frigyes* kezdeményezése és fáradhatatlan tevékenysége épen a sanatoriumi eszme kristályosodási pontja körül tömörítette hazánk legactioképesebb társadalmi tényezőit a tuberculosis elleni küzdelemre s a hol ezen küzdelem örvendetes fellendülésének, mind szélesebb körökre való kihatásának hálás tanui vagyunk: a sanatoriumi mozgalomnak ezen propagáló s a küzdelmet előbb-utóbb a védekezés egyéb alakjaira kiterjesztő jelentőségét hangoztatni alig szükséges. Vajjon épen csak a sanatoriumok eszméje van hivatva arra, hogy a tuberculosis elleni védekezés vonzó s tömörítő sarkpontjául szolgáljon, az iránt lehetnek a vélemények eltérők, habár eleve bizonyos, hogy csak közvetlen s kézzelfogható sikereket felmutató intézménynek lehet ilyen hódító ereje; s a sikereiket lassabban érlelő praeventiv intézkedések a társadalom érdeklődésének felkeltésére s termékeny közreműködésének megnyerésére nem alkalmasak. De elismerve is, hogy az ezen téren való siker sincs az actionak épen csak egyetlen módjához kötve: konstatálnunk kell azt a historiai tényt, hogy a tuberculosis elleni védekezés ma már bő és széles medrü folyásának első forrását a sanatoriumi mozgalom képezte. S ez a sanatoriumi mozgalomnak, a fentebbiekben megszabott, therapiai s nemzetgazdasági eredményei s prophylaktikai jelentősége mellett — elévülhetlen érdeme.

* * *

Ha még egy tekintetet vetünk azon intézkedésekre, a melyekre mint a tuberculosis elleni védekezés főbb eszközeire ezen dolgozat első részében ráutaltunk, a védekezésnek a pathogenesis helyes megismeréséből eredő irányelveire s a küzdelem eddig elért positiv eredményeinek megkisérlett mérlegelésére: úgy a mindezekből levonható következtetések korántsem olyan egyszerüek, egyöntetüek, hogy azokat pontokba, határozott axiomákba foglalva illeszthessük fejtegetéseink végére. A védő intézkedéseket általában két főcsoportba osztottuk: az egyikbe az egyenesen a gümős fertőzés terjedése ellen irányuló intézkedések tartoznak; a másikat a hygienének s az alapjául szolgáló sociális viszonyoknak általános emelése képezi a tuberculosis pusztításainak első sorban kitett alsóbb néposztályokban. Hogy a prophylaxis ezen két ágának melyike bir nagyobb fontossággal, melyike az egyenesen czélravezető, arra sem a pathogenesis tényezőinek — a fertőzésnek s hajlamosságnak — számbavétele s elemzése, sem a tuberculosis mortalitás helyi különbözőségeinek s az utóbbi időkben egyes országokban tapasztalt megapadásának analysise nem ad feleletet. Mind a két úton csak arra a következtetésre juthatunk, hogy a legtöbb kilátást a két irány egyesítése s mind a kettő legfőbb követeléseinek teljesítése nyujtja. Ezen legfőbb követelések az egyik részről az alsóbb néposztályok gazdasági, elsősorban lakásviszonyainak alapos megjavítása, másik részről ugyanezen néposztályok minden korbeli s minden stadiumbeli tüdővészes betegeiről való kielégitő gondoskodás. Ezen programmpontok a pathogenetikai felfogástól függetlenül is megállanak: a munkáslakásoknak — a fertőzés fészkeinek — assanálása a sajátlagos „antibacilláris" prophylaxis szempontjából is nagyon indokolt s a betegekről való gondoskodás pedig a hygiene elveitől eltekintve is — társadalmi kötelesség. A tuberculosis elleni védekezésnek mind maig az érdeklődés központját képező része — a sanatoriumi mozgalom — a betegek egy részéről a könnyebb, kezdeti szakban levő betegekről való gondoskodást tüzte ki czéljául. Hogy ezen betegeknél épen a sanatoriumokban való hygienés-diaetás kezelés szolgáltatja az egyáltalán elérhető legjobb eredményt: az kétségtelen. Láttuk, hogy a német népsanatoriumoknak közvetlen eredményei tényleg csak olyan szembetünőek, mint az a módos betegeken szerzett tapasztalatok alapján várható volt. Az eredmények tartóssága tekintetében ezzel szemben a német népsanatoriumok a kezdetben táplált, persze nagyon túlcsigázott várakozásoknak meg nem feleltek. A tartós eredmény csak kivételesen teljes gyógyulás. Általában: a munkabirás s az élettartam számbajövő meghosszabbitása az esetek jelentékeny számában. Ez az eredmény is igen nagy nyereség orvosi, nemzetgazdasági, s humanitárius szempontból egyaránt, s mindenképen a legnagyobb siker, a melyet egy nagyon krónikus, évekre terjedő betegség kezdeti stadiumába

[1] Orvosi Hetilap 1904. 17—25. sz.

iktatott, túlságos rövid, átlag három hónapos kúrától várhatunk. A siker nagyon emelhető volna a sanatoriumi tartózkodás időtartamának az eset igényeihez képest való kiterjesztése, az intézeti kezelésnek szükség szerint való megismétlése s főleg az által, hogy a szegénysorsú tüdőbajosnak a sanatoriumból való távozása után is megadjuk a hygiene követeléseinek s egészségi állapotának megfelelő életmód feltételeit. Az utóbbi szempontból talán a dispensaire intézménye van hivatva hézagpótló tevékenységre. Ha egészen kétségtelen is, hogy az antibacilláris hygiene alapelveinek leghivatottabb terjesztői épen a sanatoriumok s ha épen ezen okból a sanatoriumoknak a prophylaxis szempontjából is nagy jelentőséget tulajdonítunk: viszont a fertőzés megakasztásának legfőbb s egyenesen czélravezető eszközét mégis csak az azt elsősorban terjesztő súlyos betegek czélszerű elhelyezése képezi. Ezen nagy és nehéz feladat megoldására egyrészről a meglevő kórházi intézmények ezen irányban való továbbfejlesztése, másrészről olcsó, egyszerű, decentralizált menhelyek alapítása volna hivatva. A fertőzésellenes prophylaxis programmjának teljes beváltása csak állami intézkedések révén lehetséges, a melyeknek nem kiindulását, de betetőzését képezné a tuberculosis-esetek bejelentési kötelessége; minthogy a kötelező bejelentés csak akkor válhatik a prophylaxis termékeny forrásává, ha meg van adva a bejelentés természetes járulékát képező óvó- s gyógyító-intézkedések tényleges végrehajtásának garantiája. A míg az állam nem veszi ki a tuberculosis elleni küzdelemből az őt megillető munkarészt: addig a társadalmi agitatiora s egyesülésekre esik a küzdelem súlypontja. A társadalmi tömörülésnek legalkalmasabb kiindulását és góczpontját olyan intézkedések képezik, a melyek közvetett prophylactikus jelentőségükön kivül közvetlen, szembeszökő sikerekre támaszkodhatnak: innen van, hogy a társadalmi actio a legtermékenyebb s legtöbb sikert felmutató része a sanatoriumi mozgalom.

* * *

A tuberculosis elleni védekezés eszközeinek s mai állásának ezen vázlatos áttekintésének, irányelveinek s sikereinek kritikai mérlegelésénél hazai viszonyainkról, a nálunk e téren mutatkozó törekvésekről s már megteremtett intézményekről csak helyenként s futólag emlékeztünk meg. „A tüdővész elleni védekezést Magyarországban“ *Tauszk Ferencz* ismerteti egy 1904-ben megjelent, érdekes anyaggal szolgáló s meleg ügyszeretettel megirt dolgozatában;[1] további adatok találhatók az ezen védekezés minden mozzanatát pontosan követő „Tuberkulosis“ lapban, a melyet a budapesti sanatoriumegyesület alapított s *Kuthy Dezső* s *Tauszk Ferencz* szerkesztenek. A hazai mozgalomnak tüzetesebb ismertetése nem tartozott ezen dolgozat keretébe, a melynek czélja a tuberculosis elleni védekezés általános szempontjainak méltatása volt.

[1] Mai Henrik és fia könyvkiadványa.

Budapest, 1905. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol J. Antal) Dorottya-utcza 14. szám.

Negyvenkilenczedik évfolyam. 31. szám. *Budapest, 1905. julius 30.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET **Grósz Emil** szerkesztésében 4 szám. GYERMEKGYÓGYÁSZAT **Bókay János** szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA **Tóth István** és **Temesváry Rezső** szerkesztésében 4 szám. ORR-, GÉGE- ÉS FÜLGYÓGYÁSZAT **Navratil Imre, Ónodi Adolf, Krepuska Géza** és ifj. **Klug Nándor** szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN **Babarczi Schwartzer Ottó** és **Moravcsik Ernő Emil** szerkesztésében 3—4 szám. — **Egyéb tudományos mellékletek.**

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Schütz Aladár: Közlemény a breslaui egyetemi gyermek-klinikából. (Igazgató: Prof. Czerny Adalbert.) Pótló adatok az újszülött- és csecsemőgyermekek természetes immunitásához. 538. lap.

Jendrássik Ernő: A neurastheniáról. 540. lap.

Tárcza. Fridrich Vilmos: A tüdőgümőkór elleni védekezés egyes országokban és Dánia törvényhozása. 542. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Guszman József:* A Schaudinn-féle spirochaeta pallida. 544. lap. — *Könyvismertetés. Bunge:* Die Talma-Drummond'sche Operation. Ihre Indication, Technik und die bisher erzielten Resultate. (Steiner Pál.) 545. lap. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Doczewsky:* A malaria terjedése. (Marikovszky.) — *Küttner:* A vér mesterséges pótlása. (Marikovszky.) — *Belgyógyászat. Albu:* A gyomor hyperaciditásának és hypersecretiojának orvoslása. — *O. Mayer:* Gastroenterostomia után újból jelentkezett pylorus-szűkület. (H. P.) — *Reitter:* Duodenum-szűkület két érdekes esete. (H. P.) — *Reichmann:* A kerek gyomorfekély kezelése. — *Vanysek:* A pulsus kifejezett retardatioja kilégzéskor. — *Torday Árpád:* Basedow-kór gyógyítása rodagennel. — *Idegbajok. Sick:* Polymyositis-epidemia. — *Grawitz:* A nyakszirtmerevedés. — *Sebészet. Grégoire:* A veserák sebészi kezelése. (Steiner Pál.) — *E. Michels:* Inoperabilis emlőrákok gyógykezelése castratioval. (Gergő.) — *Wallace:* 20 intussusceptio. (Pólya.) — *Stretton:* A Sclavo-féle anthrax-serum. (Pólya.) — *Birnbaum:* Hysterocelék. (Pólya.) — *Jeanney:* Emlőrák férfiaknál. (Steiner Pál.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Ruhemann:* Mesotan — *Burwinkel:* Gonorrhoeás izületlob. — *Schlesinger:* Theophyllin. 547—550. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Kinevezés. — Uj magántanárok. — Választás. — A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyülése. — A pécsi új elmegyógyintézet. — Egészségügyi almanach. — Elhunyt. — Kisebb külföldi hirek. — A X. nemzetközi alkoholismus elleni congressus. — Mozgalom az orvoskari magántanárok ellen Bécsben. — Doyen rákserumának alkonya. — Hazai fürdőink személyforgalma. — A főváros egészsége. 550—551. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi Orvostársulat. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a breslaui egyetemi gyermek-klinikából. (Igazgató: Prof. Czerny Adalbert.)

Pótló adatok az újszülött- és csecsemőgyermekek természetes immunitásához.[1]

Közli: *Schütz Aladár* dr.

1903. év őszén 12 újszülött- és csecsemőgyermek gyomorbennékének diphtheria- (D) méregközömbösítő képességét határoztam meg.[2] A gyermekek közül 8 újszülött volt, ezek, valamint egy kéthónapos csecsemő szopott. 3 mesterségesen táplált gyermek közül csak egyik kapott állítólag születéstől kezdve tehéntejet.

Testi fejlettség tekintetében: egy koraszülött, 2270 gramm súlyú szopós 0·25 cm³ gyomorbenneke 6 D. méregegységet neutralizált, míg egy gyengén fejlett 2700 gramm súlyú újszülött, valamint egy normalis 14 napos szopós gyermek 0·25 cm³ gyomorbenneke 3 méregegységet nem közömbösített. A mesterségesen táplált három gyermek közül kettőnek volt hatásos gyomorbenneke: egy 22 napos, kezdő atrophiában szenvedő, állítólag születése óta mesterségesen táplált gyermek 0·25 cm³ gyomorbenneke 6 méregegységet, egy nyolcz hónapos reparálódó atrophiás 0·25 cm³ gyomortartalma 30 méregegységet közömbösített. A harmadik gyermeket két hétig tüdőtuberculosisban szenvedő anyja szoptatta, majd mesterséges táplálékot kapott. 32 napos korában 0·25 cm³ gyomorbennék 3 méregegységet nem közömbösített.

Az asszonytej és colostrum az egész kisérleti sorozatban két eset kivételével hatástalan volt.

Ezen kisérleti eredmények több tekintetben kiegészítésre szorultak.

1. Kivánatos volt egy idősebb szopós gyermek gyomorbennékének vizsgálata, egyrészt, hogy a nyolcz hónapos mesterségesen táplált gyermek gyomorbennékének hatásosságával összehasonlítsuk, másrészt meg azért, hogy megfigyelhessük, miként változik a szopós gyermek gyomorbennékének méregközömbösítő képessége az első életévben. Ezen kérdés eldöntésére igen alkalmas eset felett rendelkeztem. 1903-ban egy szopós gyermek gyomorbennékét az első hónapon belül háromszor vizsgáltam volt meg. A még mindig szopó 7 hónapos csecsemő gyomorbennékét tehát negyedszer is megvizsgáltam.

2. Azon tapasztalati tényt, mely szerint egy jól fejlődő csecsemő immunis, az 1903.-i kisérleti eredményekkel nem birtam bebizonyítani, miután koraszülött szopós, valamint kezdődő atrophiában szenvedő mesterségesen táplált gyermekeknek hatásos, normális szopós gyermeknek pedig egyizben hatástalan gyomorbenneke volt. Ezen kérdés magyarázatára újabb három vizsgálatot végeztem: Egy öthónapos atrophiás gyermek gyomorbennékét vizsgáltam meg. A gyermek hathónapos korában meghalt. Egy sepsisben, valamint egy tuberculosisban elhalt csecsemő gyomorbennékét röviddel haláluk előtt szintén megvizsgáltam.

3. Az anyatej immunitást közvetítő szerepének hívei kifogásolhatnák, hogy az 1903.-i kisérleteimben csak kis mennyiségű asszonytejet (pro 100 gramm állattestsúly 1—1·5 gramm tejet) oltottam. Azt mondhatnák, hogy pl. napi ½ liter asszonytejben immun anyagok lehetnek jelen, ha ezeket 1·5 grammban nem is tudtuk kimutatni. Ezért tehát végül két esetben születés óta szemünk láttára mesterségesen táplált csecsemőgyermek gyomorbennékét különböző időben ismételten megvizsgáltam. Ezen gyermekek vérsavójának vizsgálatát is tervbe vettem, később felmerült aggályok miatt azonban nem eszközölhettem. Igy tehát a minden kifogást kizáró vérsavóvizsgálatok helyett meg kellett elégednem az illető gyermekek gyomorbennékének vizsgálatával. A gyomorbennék méregközömbösítő, immunizáló képessége semmi összefüggésbe sem hozható ugyan — az említett két gyermeknél — az anyatejjel, másrészt azonban a gyomorbennék méregközömbösítő képessége még nem bizonyít antitoxinok mellett, mert hiszen az 1903.-i kisérletekben az organikus anyag mellett a sósav befolyása a méregre is valószinűvé vált, másrészt pedig az 1904. év őszén végzett két kisérleti sorozatból kitünt, hogy a

[1] Minden jog fenntartva.

[2] Budapesti orvosi újság, 1904. 3. szám és Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1905. LXI. kötet, 1. füzet.

vérsavó hatásossága esetén a gyomorbennék hatástalan maradhat,[1] azaz a vérsavó D. antitoxinjai nem kerülnek feltétlenül a gyomorba. Ha tehát a gyomorbennék hatásos is, ebből viszont még nem következtethetünk arra, hogy a vérsavóban is vannak antitoxinok jelen.

Mindezek daczára a két gyermek gyomorbennékével megejtett vizsgálatok más tekintetben igen érdekes eredménynyel jártak.

Meister, Lucius és Brünning porított toxinját használtam. 0·01 gramm toxint 20 cm³ 0·5% carbolsavat tartalmazó physiologiai konyhasó-oldattal higítottam. Ezen törzsoldat 0·02 cm³-e 100 grammos tengerimalaczot körülbelül négy nap alatt ölt meg (méregegység). 100 gramm állattestsúlyra 5 méregegységet oltottam. Az oltások technikája egyébként a már említettem 1903.-i kísérletekével azonos volt.

A kisérleti esetek naplói s a kisérleti sorozatok eredményei a következők:

1. 1903. október 17.-én Willy Sch., 14 napos, 3600 gramm súlyú gyermek 0·25 cm³ gyomorbenneke 3 méregegységet nem közömbösít. Október 23.-án a gyermek 20 napos, testsúlya 3620 gramm, 0·25 cm³ gyomorbenneke 3 méregegységet; november 4.-én a gyermek 33 napos, testsúlya 3870 gramm, 0·25 cm³ gyomortartalom pedig 6 méregegységet neutralizál.

Deczember havában a gyermek jól fejlődik: két hónapos korában, deczember 4.-én, testsúlya 4430 gramm, 770 gramm anyatejet szopik. 1904. január 4.-én testsúlya 5060 gramm, 980 gramm tejet szopik. Január 13.-án a gyermek subfebrilis, pharyngitise van, súlyban három nap alatt 5290 grammról 5150 grammra fogy, majd újból gyarapszik. Január 29.-én coryza. Február 1-jén öt perczig tartó eklampsia, tetaniára jellegző villanyos elfajulási reactio, testsúly 5500 gramm, a gyermek naponta egy liter anyatejet szopik. Therapia: A tejmennyiség megszorítása. Február 2.-án lázak kiséretében újból pharyngitis, a gyermek néhány napig nem gyarapszik. Február 8.-án a négy hónapos csecsemő testsúlya 5570 gramm. Ujabb eklampsiaroham miatt chloralklysmát és phosphoros csukamájolajat kap. Február 11.-én soor, mely néhány nap mulva eltünik. Márczius 2.-án ismét pharyngitis, coryza, mely április 1-jén újból jelentkezik. A gyermek márczius 19.-én igen víg, ha kézen fogják, jól áll. Április 4.-én az immár öt hónapos gyermek testsúlya 6650 gramm, naponta egyszer búzadara-levest kap. Időnként rövid, egy-két napig tartó enyhe lázak. Április 4.-én a gyermek hat hónapos, testsúlya 7640 gramm. Május 10.-én varicella. *Junius 1-jén* a gyermek körülbelül hét hónapos, testsúlya 8310 gramm, igen agilis, jó statikus functiókkal s kitünő turgorral bir. A gyermek gyomorbennékét *negyedszer* vizsgálom meg és ezután a klinikáról elbocsátjuk.

100 gramm anyatej megivása után 1¾ óra mulva nyert 45 cm³ 0·11% savanyúságú gyomorbennék 0·00682 cm³-e 5 méregegységet közömbösít. 5 méregegységet 0·03 és 0·30 cm³ gyomorbennék nem bir közömbösíteni, ha egyidőben ugyan, de külön-külön oltjuk az állatba. Az öt perczig forralt gyomornedv 0·098 cm³-ét oltva 5 méregegységgel együtt pro 100 gramm állattestsúlyra a kisérleti állat az oltás után 30 napra maximális lesoványodás folytán pusztul el. 1·15 cm³ anyatej 5 méregegységet nem közömbösít.

Ezek szerint 1 cm³ gyomorbennék 733 méregegységet birt volna közömbösíteni, azaz a szopós csecsemő gyomortartalma hét hónapos korában 30-szor hatásosabb, mint egy hónapos korában, mikor ugyanis 1 cm³ 24 méregegységet közömbösít. Azon körülmény, hogy a gyomorbennék a méregtől külön oltva hatástalan, arra enged következtetni, hogy a méreghatás leküzdésében nem antitoxinok szerepelnek. Míg 1·15 cm³ gyomorbennék 843 méregegységet közömbösített volna, addig ugyanennyi anyatej 5 méregegységgel szemben sem hatásos. A gyomortartalom tehát az anyatejnél legalább is 169-szer hatásosabb. Az atrophiából reparálódó nyolcz hónapos, mesterségesen táplált csecsemő gyomorbennékének hatásossága 6-szor gyengébb a hét hónapos szopós gyomorbennékénél, minthogy 1 cm³-e csak 120 méregegységet közömbösít.

A 2. tétel magyarázatára szolgál a következő három kisérleti sorozat:

1. Paul B. nyolcz hónapos terhesség után született, kilencz napig szopott, majd négy óránként körülbelül 100gramm ⅓ tej + ⅔ víz és czukor keveréket kapott. A gyermeket a poliklinikára 2⅔ hónapos korában, 1904. márczius 21.-én nyugtalansága miatt hozzák. Jó színben van, izomzata feszes, testsúlya 3030 gramm. Fejét emeli, kézenfogva jól áll. Chloral daczára a nyugtalanság és az izmok feszessége nem csökken, sőt április 4.-én ránggörcsös rohamok jelentkeznek. Therapia: Chloral és phosphoros csukamájolaj. Diaeta: naponta ötször 120 gramm ⅓ tej + ⅔ víz. A nyugtalanság még április 9.-én sem szünik, testsúly 3400 gramm, április 13.-ig gyakori, híg székletek, testsúly 3560 gramm. Április 15.-től a a gyermeknek naponta többször hol jobb, hol meg baloldali görcsei vannak, miért is április 18. án a klinikára veszszük fel. Status praesens: A gyermek sápadt, izomtonusa jó, hasfala puha, kis szívgyengesége s kiterjedt bronchitise, tetaniára jellegző villanyos elfajulási reactioja van Tea-diaeta, strophantus. Április 20.-án lábait állandóan plantarflexioban tartja. Negativ szemlelet. Emlőre helyezzük, mire az izmok villanyos reactioja normális lesz. néhány napig hány, lefogy, április 25.-ig 3080 grammra. Jól szopik, görcsei és bronchitise megszünnek. Május 5.-én testsúly 3150 gramm. Eleinte egyszer, majd május 10.-től napon kétszer ⅓ tej + ⅔ zabkásapépet kap, időnként hány, súlyban lassan gyarapszik. Május 15.-én varicella. A gyomorbennék vizsgálatát *junius 1-jén*, az akkor 3200 gramm súlyú öt hónapos gyermeken végzem. Minthogy nem gyarapszik, junius 7.-től (3170 gramm) kétszer, majd két nap mulva naponta háromszor *Keller*-féle malátalevest kap (⅓ liter tej + 100 gramm *Loefflund*-féle malátaleves kivonat + 50 gramm búzaliszt egy literre felöntve), mire súlyban lassan gyarapszik. Időnként lázas és hány. Junius 30.-án körülbelül hathónapos, testsúlya 3610 gramm. Julius 1-jén újból béltünetek s szivgyengeség. Tea-diaeta, bélmosás, strophantus. Julius 2.-án testsúly 3360-ra csökken, a gyermek lázas, elesett. Konyhasóinfusio daczára meghal.

A koraszülött atrophiás gyermek egy gyomorbéltünetekkel járó betegségben pusztul el. A bonczolatnál a mirigyes szervek hyperplasiája, kezdődő mellhártyalob, súlyos gyomor és bélhurut, parenchymás veselob, a máj parenchymás elfajulása található.

A junius 1-jén végzett vizsgálatnál 100 cm³ asszonytej bekebelezése után 1½ óra mulva 75 cm³ 0·073% savanyúságú gyomorbennéket kapok, melynek 0·29 cm³-e 5 méregegységet nem közömbösít.

Kurt B., két hetes korában 1904. május 25.-én kerül a poliklinikára. 10 testvére meghalt, egy tüdőtuberculosisban. Egy testvére kétoldali tüdőgyuladásban szenvedett. Állitólag születése óta mesterségesen, ¼ tej + ¾ czukros vízzel táplálták. Néhány napja gyakran hány s gyakori híg zöldes székletei vannak. Status praesens: A gyermek középfejlettségü, jó színben van, láztalan, testsúlya 3450 gramm. Ajkát erős, piszkossárga lepedék fedi, igen erős szájpenésze, nedvező fartájéki kütege, elszórtan néhány pemphigus-hólyagocsája van. Szíve ép, köldöke tiszta. Tea diaetát kap. Május 2.-án új pemphigus-hólyag, testén néhány furunculus lép fel. Nem hány, széke kissé büzös. Testsúlya 3470 gramm. A klinikára veszszük fel. Május 27.-én a jól táplált rózsás színü gyermeken némi javulást észlelünk. ⅓ kecsketej + ⅔ 5%-os tejczukrosvíz keveréket jól iszsza, széke szép sárga, pemphigusa gyógyul, másrészt azonban lázas, soorja igen erős, az egész testén intertrigós eczemája, tarkóján és nyakán egy-egy új furunculusa van. Testsúlya 3380 gramm. A soor és furunculusok május 28.-ára javulnak, a pemphigus-hólyagok gyógyulnak, testsúly 3460 gramm. A következő napokon a gyermek testsúlyban alig gyarapszik, lázas, székletei hígak. Junius 3.-án testsúly 3490 gramm, magas láz, a háton kiterjedt phlegmone, ezt junius 4.-én inciditáljuk s a gyermek asszonytejet kap (sepsis-therapia). Junius 5.-én a 3410 gramm súlyú gyermek phlegmoneja nagy kiterjedésü, contraincisiókat végzünk, ez által egy a tarkótól mindkét hónaljárokba terjedő üregbe jutunk. Szájür lobos. Szívműködés jó. Néhány napi láz és súlycsökkenés (junius 7.-én 3290 gramm) után a gyermek junius 9.-én láztalan, jól szopik, testsúlya 3330 gramm. Junius 10.-én állapota rosszra fordul. Magas lázak, a phlegmones üreg változatlan. Junius 15. én reggel egy órakor a gyermek meghal.

A bonczolatnál sepsist, kétoldali genyes mellhártyalobot,

[1] Gyermekgyógyászat, 1905. 2. szám.

tüdőinfarctusokat, a sinus longitudinalis thrombosisát stb. találjuk.

A sepsisben elpusztult öt hetes gyermek gyomorbennékét a halál előtt 11 órával vizsgálom meg: a 30 gramm asszonytej elköltése után 1½ órával nyert 1 cm³ gyengén savanyú gyomorbennéket 0·8% konyhasó-oldattal 2 cm³-re higítom. 0·25 cm³ higítatlan gyomortartalom, valamint 1 cm³ asszonytej 5 méregegységet nem közömbösít.

(Folytatása következik.)

A neurastheniáról.

Az 1905. évi szünidei cursuson előadta *Jendrássik Ernő* egyet. tanár.

(Folytatás.)

Áttérünk az erekre. Az ereket illetőleg meg kell jegyeznem, hogy a neurastheniás embereknek a vérnyomása gyakran nagyobb a rendesnél. Ez a nagyobb vérnyomás bizonyos elváltozásokat is okozhat az ereken, a melyeknek azonban további tekintetben nincs semmi veszedelmes következménye. Ide tartozik pl. a neurastheniás embereken oly gyakori kanyargós lefutása az arteria temporalisnak, a mely nem jelent arteriosclerosist, hanem egyszerüen neurastheniás tünet. Az arteriosclerosisban elmeszesedett göbök vannak az arteriákon, az előbbiben ellenben az arteria fala egyenletes, csak kanyargó lefutású.

Csak röviden jelzem még a vasomotoros zavarokat is, az elpirulást, a vértolulást, a kéz- és lábizzadást stb.

Egy következményes elváltozás azonban megérdemli még, hogy itt pár szóban foglalkozzunk vele.

A neurastheniás félelmi érzetek közt elég gyakori a piszoktól, főképen a bacillusoktól való rettegés. Az ilyen egyének számtalanszor is megmossák kezeiket naponta. A kezeknek ilyen gyakran hideg vízbe való bemártása egyes egyéneken azt a neuritist támasztja, a mely a pathologiában mint mosónőkéz szerepel. Ilyenkor a kezek, sőt az alkarok is megfájdulnak, a bőr elvörösödik rajtuk, ha a bőrön erősebb vonást húzunk, hosszú ideig megmaradó fehér sáv, azután nagyon élénk-vörös sáv jelentkezik rajta. Szóval a vasomotorok bizonyos reactio-zavara állott elő, nyilvánvalólag azért, mert a neuritis a vasomotoros idegeket támadta meg, a mi rendkivül kínos, fájdalmas érzésekre vezethet, talán leginkább neurastheniásokon. Az ilyen betegek nem tudnak kezeikkel dolgozni és folytonosan szenvednek. Még ha eltiltjuk is a folytonos kézmosástól őket, még akkor is csak a kezdeti esetekben lehet valami eredményt elérni a kezeléssel. Ezen kóralaknak felismerése nem mindig könnyü, mert a betegek nem tudják az összefüggést s neurastheniás kényszercselekvésükkel nem állanak elő. Egy kis betegünk a kutyától félt s ha távolban meglátott egy kutyát, nem birta leküzdeni azt a kényszergondolatot, hogy a kutya bepiszkolta ruháját, kezét. Egy asszonybetegem a sperma ellen volt olyan nagy undorodással eltelve, hogy egész nap a legmegeröltetőbb tisztogatásokat végezte, a melybe egész házi népe kifáradt s ő maga is elrontotta kezeit s mégsem volt megelégedve az eredménynyel. Egy idősebb hajadon, a ki a klinikára jött ilyen kézzel, vagy másfél évtizeddel azelőtt abba a félelembe esett, hogy valami fertőző nemi bajt kapott. Azóta évről évre és napról napra, naponta több izben mosta magát, kezeit — — mint Ágnes asszony az ő leplét a patakban.

Áttérünk most a nemi élet neurastheniás zavaraira A sexualis neurasthenia nagyon sokféle alakban jelentkezik. Valószinü, hogy a nőkön oly gyakran előforduló sexualis frigiditás a neurastheniás tünetek csoportjába tartozik. A férfiakon ez ritkább, mondhatni nagyon ritka eset.

Nagyon gyakran vonatkozik a neurastheniás betegek panasza a masturbálásra, főleg a fiatal egyének aggodalmának kútforrása ez. Ebben a tekintetben szükséges bizonyos véleményben megállapodnunk és azért ezt a kérdést itt meg kell beszélnünk. A masturbálás bizonyos könyvek révén nagy ijedtséget kelt a neurastheniás emberekben, a kik annak következményekép tabestől vagy paralysistől félnek. Azt hiszem mindnyájunk tapasztalata igazolja azt, hogy ez az összefüggés nem áll fenn, mert ha ebben a tekintetben elfogulatlanul statistikai adatokat gyüjtünk, úgy határozottan kiderül, hogy az onaniának semmi különös utóhatása nincs az emberek legtöbbjére. Kétségtelen, hogy ennek a cselekedetnek a legtávolabbról sincs olyan káros hatása a szervezetre, mint a venereás megbetegedéseknek. Lehet azonban ez is olyan nagy lelki behatással, mint akár a vasúti baleset. Itt is, a mi káros, az az a bizonyos kedélyi behatás, a minek alapján az illető újra és újra megfogadja, hogy nem folytatja, de nem bir ellenállani és ismét visszaesik. Ezen körülmények hatása alatt válhat azután a latens neurasthenia egy szép napon kifejlődött neurastheniává. De ez az összefüggés is épen nem gyakori, sőt ellenkezőleg, a a legtöbb beteg keresve neurastheniás tüneteinek okát, jut ennek az összefüggésnek a gondolatára.

Hasonlóképen a pollutio is nagy behatással van a neurastheniás emberre. Azonban itt is inkább azért, mert szörnyen fél tőle, azt hiszi, hogy az az egészségére káros. Ezt a felfogást nem osztom, sőt inkább azt gondolom, hogy a neurastheniás rosszullét napjaiban beálló erősebb izgatottság folytán támadnak a túl gyakori pollutiók, a melyek ismét visszahatnak az ilyen beteg kedélyére, izgatják, ijesztik őt. E tekintetben téves felfogást hallottam még orvosoktól is, a kik a betegnek a coitust tanácsolták ellenszerképen, szerintük az kevésbé káros. Láttam esetet, a melyben ennek a tanácsnak — igaz közvetett — következménye rossz természetü lueses fertőzés volt. Az éjjeli magömlés épéleti folyamat, a mely kórossá válhatik, ha túlságosan gyakran jelentkezik, vagy a beteg közérzetét rontja: de ezek az eltérések a neurasthenia következményei és nem okai.

A későbbi korban a neurastheniás impotentiáról panaszkodnak a férfiak leginkább. Nem részletezem ezt most, hiszen csak ismert dolgokat mondhatnék el. A therapiában úgy is visszatérek rája.

Következik az álmatlanság. Az álmatlanság valóban érdekes tünete a neurastheniának. Ép alvású embernek bizonyos számú órára van szüksége, hogy kipihenje a nap fáradalmait; ha az ilyen ember nem aludta ki magát, úgy használhatatlan, álmos, minden pillanatban el-elnyomja az alvás. Ezzel a legfeltünőbb ellentétben a neurastheniás ember alig veszi fel az ő álmatlanul eltöltött éjszakáit. Ilyen neurastheniás egyéneket néhányszor ellenőrzés czéljából itt tartottunk a klinikán; ekképen bebizonyult, hogy valóban semmit sem aludtak és ennek daczára másnap ép oly munkaképesek voltak, mint egyébkor, sőt nem is voltak álmosak. Ismerek olyan férfiakat, a kik igen nehéz hivatásban testileg, szellemileg fáradnak egész nap és mégsem tudnak aludni egész éjjeleken keresztül; az álmatlanul töltött éjjelek után mégis ép oly jól, ha nem jobban végezik el dolgaikat, mint más ember. Ez az álmatlanság máskép fogandó fel, mint a nem neurastheniás ember virrasztása. Kétségtelen, hogy azt a veszteséget, a mit az épálmú ember álmával pótol, a neurastheniás ember teljesen pótolja napközben is. Az ilyen ember idegrendszere tehát napi munkája közben elegendő idegenergiakészletet termel arra, hogy a következő napon is elvégezhesse dolgait, a mire más ember nem képes. Tehát a neurastheniás ember álmatlansága tulajdonképen onnét ered, hogy nincs szüksége az alvásra; meg van a kellő energiaquantuma a következő napra is, tehát nem álmos. Az ilyen betegeken tulajdonképen nem is segítenek az álomhozó szerek, a melyek nehezen rá erőszakolhatják az elalvást, de nem válnak be az esetek legtöbbjében, kivéve bizonyos körülményeket, a melyekről szólani fogok. A neurastheniásan álmatlan embert izgatja a nem alvás gondolata, alvás kivánsága, panaszain nem igen segít, ha altatószerrel aludt is, sőt ismertem több olyan neurastheniás embert, a ki álmatlanul töltött éjjele után jobban érezte magát, mint ha (altatószer nélkül is) kialudta magát. A fődolog itt a beteg neurastheniás állapotán javítani.

Vannak az álmatlanság eseteiben fokozatok. Van olyan ember, a ki nem tud aludni, mert rosszul osztja be magának az alvás idejét. Erről még később fogok szólani. Vannak betegek, a kik az elalvás pillanatában összerezzenek s ettől a tünettől nagyon félnek. Ez a jelenség onnét származik, hogy a mikor az ember az elalvásban öntudatát veszti, megszünik érzékszerveinek működése. Ha a bőr érzése kissé hamarább szünik meg, mint a beteg öntudata, úgy a beteg az átmenet pillanatában akként érzi magát, mintha levegőben lebegne, mintha leesnék, azért rezzen össze. Súlyos kedélyi megrázkódtatások átmeneti álmatlanságot okozhat-

nak, de a legsúlyosabb, sok esztendőre terjedő álmatlanság, gyakran minden felismerhető ok nélkül támad hirtelen.

Áttérünk a psychikai körben észlelhető elváltozásokra. Ismerjük azokat az embereket, a kiket a közönséges életben idegeseknek hivnak; mérges, kellemetlen, hirtelen haragú, néha különben lágyszívű emberek, talán neurastheniásak is, mert hiszen tudjuk, hogy a neurastheniások között is akadnak olyanok, a kik határtalanul ingerlékenyek, nem birnak magukon semmiképen sem uralkodni. Azonban ezek csak enyhébb, legalább orvosilag véve enyhébb esetek. Súlyosabbak némileg azok az esetek, a melyekben az illetők emberkerülőkké válnak, teljesen elzárkóznak a környezettől. Ez az emberkerülés gyakran már a gyermekkorban kezdődik, az ilyen gyermeknek nincsenek barátai, inkább foglalkozik könyveivel s gyakran elvont fogalmakat, komoly tárgyat ismertető könyvekben buvárkodik.

A neurastheniások egyik gyakori panasza a feledékenység. Ez a feledékenység azonban egyáltalában csak subjectiv feledékenység; a beteg nagyon súlyosnak vél olyan feledékenységet, a mely teljesen az épéleti feledékenység határán belül van (nevek, számok elfelejtése, szórakozottság). Az elmebajos feledékenysége objectiv és többnyire aránytalanul kevéssé subjectiv.

A szórakozottság, a figyelem hiánya főképen gyermekeken észlelhető, ez is az idegrendszernek az épéleti körben meglevő sajátsága, a melynek határai igen tágak s úgy tapasztalom, hogy e tekintetben a neurastheniás ember panasza csak a physiologiai állapotnak subjectiv túlerős megérzésén és megfigyelésén alapszik, sőt a neurastheniás emberen gyakoribb a figyelőképességnek erősebb kifejlődése, mint annak feltünően kisebb foka. A neurastheniás gyermekek egy része kevésbé figyelmetlen, mint a nem neurastheniás gyermekek többsége. A gyermekek figyelmetlenségét különben egy szellemes iró a gyermeki idegrendszer biztosító szellentyűjeképen fogja fel, a mely védi a gyermek szellemét a paedagogia túlkapásai elől.

A szellemi körben a tünetek többnyire még egyoldalúabbak, szükebb körre szabottak, mint a testi jelenségek, valóságos specialisták az ilyen neurastheniások. Bizonyos ellenállhatatlan vágy, kényszergondolat, többnyire kényszerfélelem tartja lefogva az illetőket oly hatalmasan, hogy a legerősebb biztatás, sőt gyakran a félelem helytelenségének belátása sem képes, vagy csak igen rövid időre, megnyugtatni az illetőt.

Az ellenállhatlan kényszervágyak közé tartoznak az alkoholismus, a nikotinismus (itt nem e mérgek következményes tüneteit, csak az alkohol, a nikotin stb. szertelen élvezését értjük), a morphinismus, cocainismus stb. Míg a többi neurastheniás tünetről gyakran a legapróbb részletekig s felesleges vallomásokig szívesen beszélnek a betegek: addig ezeket a kényszervágyakat rendszerint elhallgatják és sokszor az orvos éleslátásának kell megvilágítani a körülményeket, felismerni a valódi helyzetet. Ezeknek a kényszervágyaknak (a melyekhez tartoznak a már előbb említettek közül a dipsomania a vízivásra, pollakuria, az onania szertelen üzése stb.) bizonyos morálos háttere van s a betegek már ezért sem beszélnek róla szívesen, de épen az élvezeti mérgek használata az ilyen neurastheniásnak jól is esik, abban ő bajából sokszor inkább szabadulást lát, mint kórokozót. Az ilyen alkoholista nem szokott részeg lenni, sok alkoholt tür el, annak hatása alatt nyugodtabban érzi magát. Az alkoholt gyakran úgy szerzi meg, hogy hozzátartozói is alig tudnak róla.

Ugyanez áll a morphiumra és a többi méregre is. A kényszervágyak a sexuálos téren is ismeretesek, s a sexuálos aberrálások, azoknak ellenállhatlan kényszere a nem ilyen neurastheniás ember előtt megfoghatlan volta, teljesen analog jelenségek. Ezekről a pervesitásokról már kissé túlságosan sokat irtak; ez az irodalom, még ha tudományos charakterü is, de a nagyközönségnek hozzáférhető módon (könyvkereskedésben kapható könyv alakjában) jelenik meg, igazán közveszedelmes, a minek terjesztésére komoly tudósnak nem is szabadna vállalkozni. Ezek a könyvek és a perversitásban szenvedők müvei hihetetlenül előmozdítják a perversitások kifejlődését; az egyébként neurastheniás emberben az ilyen munka olvasása vagy az abban foglaltaknak idegenszerü volta kiváltja a kényszerkivánságot. De még a látszólag spontan támadt perversitások is többnyire valamely alkalmi suggestioból erednek.

Jól emlékszem egy nagyszakállú, 40—45 éves, nőtlen, frigid, neurastheniás férfira, a kit a nőorvosok oly nagyhírűvé vált sebészi tevékenysége annyira megragadott, hogy szórakozásul fiatal leányokkal olvastatott fel magának gynaekologiai operálásokat. Az a leány, a kit erre a czélra megfogadott, nem igen értett valamit a sok orvosi müszóval megirt könyvekből, végtelenül unta is e feladatát, s egyszerre csak óriási hysteriás ásítógörcsöket kapott.

A kényszerfélelmek legenyhébb foka talán az, a minek diáknyelven „*druck*“ a neve. Nemcsak diákbetegség ez, van sok olyan vén professor is, a ki valahányszor felszólal, eleinte alig tudja leküzdeni izgatottságát, dobog a szíve, erei lüktetnek, hangja remeg. Vannak szinészek, a kik egész életükön rabjai ennek az izgatottságnak, a mi eléggé bizonyítja, hogy a megszokás sem eléggé hathatós ellenszere ennek a kényszerfélelemnek. Ide tartozik az elpirulás és az attól való félelem, a mely egyszersmind ki is váltja azt.

A kényszerfélelmek közé soroljuk a klaustrophobiát, a pavor nocturnust és ezeknek sokféle alakjait, továbbá az abuliát, az elhatározási képesség hiányát, a mely sajátságosan hatalmába kerítheti az ilyen beteget, a kit fájdalmas, gyötrő érzések vagy azoktól való félés akadályoz meg tevékenységében. Néha attól fél az ilyen beteg, hogy nem helyes az, a mit elhatározott, és ebben a folytonos kényszerkétkedésében nem tud boldogulni.

A kényszerfélelmek jó része a betegségektől, többnyire valamely képzelt bajtól való rettegés. A betegek úgy érzik, hogy sohasem gyógyulnak meg, rettegnek a haláltól, és a mi igazán paradox: a haláltól való végtelen, folytonos rettegés nem ritkán suicidiumra vezet. Ezek a philosopháló neurastheniások, a kik azon törik a fejüket, hogy miért is van a világ? A nosophobia ismeretes, mint medikus betegség, a tabophobia a doktorok nyavalyája. És jellegzetes az, hogy a tabeses emberek nem gondolnak tabesre, a tabes gondolatával önmagukat gyötrő orvosoknak ellenben az esetek igen nagy többségében nincs tabese. Az asszonyok rendszerint ráktól félnek s ilyen félelemmel elég sokszor csak az idegorvoshoz fordulnak, némileg érezve, hogy nincs igazuk. Szívbaj, tüdőbaj is igen gyakran aggasztja az ilyen betegeket; volt egy nőbetegem, a ki reggeltől estig és csaknem estétől reggelig is fogta bal kezével jobb lapoczkatáját a 7—8. borda magasságában. Ebben a már magában is kínos helyzetben azon jajgatott, hogy érzi tüdőbaját, azon a helyen húzódik a tüdeje, azért kell magát ott megfognia. A neurastheniás egyéneknek az a tulajdonsága, hogy kezükkel panaszlott testrészüket fogják, igen gyakori. A gyógyítás szempontjából nagyon fontos, hogy erről a beteget leszoktassuk, mert ezzel a kézfeltevéssel a betegek még jobban odakötik gondolatukat a betegnek vélt testrészükhöz. Persze, hogy ez a leszoktatás nem mindig megy könnyen. Egy neurastheniás nőnek egy alkalommal mondtam, hogy ne nyuljon a fejéhez, a fejfájása egy negyed óra mulva el fog mulni. Már délután levelet kapok tőle, a melyben beismeri ugyan, hogy fejfájása csakugyan elmult, de kér, hogy vonjam vissza tilalmamat, mert ő szerencsétlen, ha elgondolja, hogy az egész világon mindenki megfoghatja a fejét, csak ő nem! Egy öregebb férfit (iskolaigazgató) egyszerre az a félelem szállta meg, hogy májsyphilise van s abban meg fog halni. Ennek a betegnek soha lueses fertőzése nem volt, s hiába mondtuk neki, hogy ha volna is ilyen baja, az sem halálos, hanem meggyógyítható, de semmit sem fogott rajta a biztatás. Ebből az esetből is látható, hogy a félelem substratuma nem logikailag lehető gondolat, hanem egy kikapott szó, egy fogalom, a mely véletlenül került az illető útjába: fülébe vagy csak gondolatába. Csak fokbelileg és tartósságra nézve különbözik ez attól a physiologiai állapottól, a mikor egy-két szó, egy kis ária ragadja meg fülünket s mi kénytelenek vagyunk azt egész nap ismételgetni, pedig már szívesen szabadulnánk tőle. Nagyon jellemző, a mit e tekintetben egy ilyen kényszerfélelmü asszony mondott nekem: belátja, hogy meggyógyulhatna, *ha az ember parancsolhatna a gondolatának!* ebben a pár szóban több bölcseség van, mint a dogmák egész könyvtárában.

A betegségektől való félelem a leggyakrabban a megőrülésre vonatkozik, igaz, hogy ezt, ellentétben a többi nosophobiá-

val, csak mint prognosist, nem mint jelen állapotot említik a betegek.

Néhány példával óhajtom még bemutatni, hogy milyen képtelenségek ezek a félelmek; nagyon fontos, hogy ezt a körülményt kiemeljem. Nem ritka az olyan beteg, a ki megijed állapotán és nagyon szenved, mert *nem tud ásítozni, böfögni, mert a gyomra korog, vagy mert nem tud örülni, az öröm kihalt belőle.* Egy fiatal asszony nagyon rosszul érezte magát, de nem volt más panasza, mint hogy az Isten nem segíti, és ezért orvoshoz fordult! épen úgy, mint egy öreg barát az angol király koronázása idején azzal jött hozzám (addig nem ismert engem), hogy segítsek rajta, mert ime, Isten most az angol királyt büntette meg betegséggel, s most ő rajta van a sor. Egy fiatal katonatiszt a legkétségbeesettebb hangon panaszkodott azon, hogy nem tudja, van-e czipő a lábán. Társaságban hirtelen elfogja a félelem, hogy mezitláb van, egy ideig nem mer odanézni, s ha végre látja a czipőjét, nem tud igazán meggyőződni a dologról. Egyébként egészen értelmes s ép gondolkozású. Ilyen félelmek és kényszergondolatok okozzák, hogy egyes betegeknek számtalanszor meg kell győződnie arról, hogy bezárta ajtaját, hogy a küszöbön kétszer kell átlépnie, s a végtelenségig megrettenne, ha ebben megakadályoznánk. Az ilyen kényszerműveleteket némely beteg meghatározott számban kénytelen tenni, egyik ilyen betegemnek a hatos szám volt a kedvező száma, de a 18 rossz száma volt. Még beszéd közben is arra ügyelt, hogy lehetőleg hat szóval feleljen, de mindenesetre kerülje a 18-at. Egy férfi attól félt, hogy nem jut eszébe annak a neve, a kivel találkozik, ez az aggodalom rákényszerítette, hogy különféleképen rendezve, több mint 1000 nevet hordjon zsebében.

A helyzetektől és tárgyaktól való félelem is kimeríthetlen változatokban fordul elő.

Nagyon gyakori példája ennek a mélységtől való félés. A legtöbb ember nem tudja nyugodtan elnézni, hogy mikép dolgozik a cserépfedő, pedig kétségtelen, hogy ez a mesterember ügyel magára s nem is szokott leesni, tehát semmi valószinűség sincs arra, hogy épen a mikor odanézünk, ilyen baleset történjék. A földön fekvő deszkán a legnagyobb biztossággal tudunk végigmenni, de ha elképzeljük, hogy kétoldalt feneketlen mélység van, járásunk elveszti biztosságát és csak kevés ember tudná egyensúlyát megőrizni, ha valóban ilyen körülmények közé kerülne. Ezek a félelmek okozzák az agoraphobiát, meg az emelettől való félést. De egészen hasonló a szúró, vágó eszközöktől való félelem, sőt ezek aránylag enyhébb eseteknek kiséröi; az ilyen beteg fél attól, hogy az evőeszközzel megtámadhatná férjét, gyermekeit. De ez a félelem még egy lépéssel tovább is mehet. Egy erősen neurastheniás bölcsészethallgató olvasta az ujságban, hogy egyik külvárosban egy puella publicát meggyilkoltak. Ekkor az az ijedtsége támadt, hogy esetleg reá fog a gyanú háramlani (noha egyáltalában nem is ismerte azt a nőszemélyt) s folyton alibik keresésével foglalkozott, minduntalan felrettent, hogy a rendőrök keresik. Aggodalmát közölte egy barátjával, a ki kinevette, de azután csak még jobban félt, hátha a barátja elárulhat valamit az ő beszédéből és ő bajba kerülhet. Időnként annyira agyongyötörte magát ezzel a gondolattal, hogy néha már kételkedni kezdett azon, hogy nem volt-e mégis ő a gyilkos? Ez a gondolatkör pár hó mulva szünt csak meg. Egy igen előkelő társadalmi állású férfi visszatérő neurastheniás állapotában nemcsak teljes vagyoni romlását vette a fejébe, hanem azt gondolta, hogy családjával együtt kilökik a mezőre, ott pár nap alatt lerongyolódik róluk a ruha és étlen-szomjan, télvíz idején hónapokon fognak mezítelenül bolyongani a mezőkön és végül éhen halni; ezek az esetek pár hó alatt meggyógyultak. Egy fiatal leány valahol olvasott olyan sasokról, a melyek embert is elragadnak. Ez az állítás rögződött meg gondolatában s a legborzasztóbb félelmekben élt éveken át, a városban, a szobában is, hogy ez vele fog megesni. Kínlódásában Jókai Mórhoz is fordult, hogy lehetséges-e ez, s feleletül nyerte, hogy Dél-Amerikában vannak ilyen sasok; ettől az időtől kezdve még nagyobb volt aggodalma itt Budapesten. Egy másik fiatal leány változó kényszerfélelmei között egy izben vasúton utazva a kocsiszakasz padlóján egy gyújtószálat talált, a mikor ettől félni kezdett, kidobta az ablakon. Heteken át rettegett azután, hogy a gyujtótól egy *lokomotiv* meggyullad s így ő vasúti szerencsétlenség okozója lesz. A két utóbbi eset két igen eszes, talentumos fiatal leányra vonatkozik, az utóbbi esetben nagyon változott a félelem tárgya, rendszerint az állandóság tartósabb.

Mindezek a félelmek időnként olyan mértékben állanak be, hogy a betegek nagyfokú izgatottságba jönnek, sírnak, a földre vetik magukat, ruhájukat tépik. Suicidium ezekben az esetekben ritkább, mint a nosophobiásokon és azokon, a kik csak rossz közérzetben, álmatlanságban szenvednek.

Nagyon érthetőnek vélném azt a kérdést, hogy ezek a kényszergondolatos betegek igazán csak neurastheniásoknak veendők-e vagy inkább az elmebajosok közé sorolandók? De a mint az épelméjüségnek nincsenek éles határai, úgy ezekben az esetekben sem szükséges ilyen határt keresnünk; lényegileg ilyen határ nem is létezik. Kétségtelen, hogy ezek a kényszergondolatok a neurastheniához tartoznak, mert egyébként is neurastheniás egyéneken támadnak, s mert határ nélkül mennek át ezek a jelenségek a többi neurastheniás tünetbe; de kétségtelen, hogy a vesaniás téves gondolatok is ide számítandók, mert az üldöztetési gondolat is csak kényszergondolat, sőt a vesaniás hallucinálás sem egyéb mint neurastheniás kényszer-érzés.

(Folytatása következik.)

Tárcza.

A tüdőgümőkór elleni védekezés egyes országokban és Dánia törvényhozása.

A gümőkór elterjedésének nagysága, a kórnak súlyossága s hosszas volta okozza, hogy ma legtöbbet és majdnem legbehatóbban foglalkozunk e betegséggel, mely minden városban s országban, sőt minden világrészben korra való tekintet nélkül egyaránt szedi áldozatait. A különböző országokban más s más irányúak az intézkedések és ezzel együtt az elért eredmények is, de tagadhatlan, hogy bár az utóbbi évtized nagy irányú s sok oldalú mozgalma mindenütt tudott felmutatni eredményeket, melyek itt-ott igen lényegesek, még ma sem járunk el e kórral szemben oly erélylyel, mint a többi fertőző bántalmak ellen, melyeknél pedig ez veszélyesebb, lefolyására nézve lényegesen hosszabb és így nagyobb anyagi károkat is okoz.

A baj okának ismerete daczára ma még ott tartunk, hogy e betegség az egyes országokban még mindig emelkedik, sőt a reményünk is igen kevés, hogy a nyilvános s magán hygiene szabályainak igénybevételével nagyobb mérvben fog csökkenni. A betegség közvetett okozójának — nem a bacillust értve — ismerete mellett, ismervén annak gyógyíthatóságának vagy esetleg javíthatóságának módjait, a különböző országokban más és más utakon törekszenek az óhajtott czél gyors elérésére. Az egészségügy nagy haladása és a tudományos kutatások eredményei hozták létre a különböző irányokat, melyekben résztvesz majd mindenütt s egyaránt az állam, a község, az egyén s a társadalom, a köz- és a magánjótékonyság.

A gümőkór ellen való küzdelemben legelső volt *Anglia*, melynek statistikái fényesen igazolják, hogy mily eredményes lehet ily küzdelem s hogy vele mennyi áldozat menthető meg. Igy Angliában[1] a gümőkór összes nemeiben a halálozás a következő volt:

1851—1870	meghalt	1 millió	lakos közül	6723	gümőkórban
1870—1890	„	1 „	„ „	5403	„
1891—1895	„	1 „	„ „	4444	„

A tüdőgümőkór halálozási csökkenése az 1851—1860 s 1891—1896 évben százalékokban kifejezve a következő volt:

Egy millió lakos közül								
összes lakosság	5 éven alul	5—10 év	10—15 év	15—20 év	20—25 év	25—35 év	35—45 év	45—50 év
45·4	66·0	60·1	60·0	57·7	55·2	45·7	32·3	29·6
csökkenés %-ban								

[1] Bővebb felvilágosítását nyujt a legújabban megjelent könyv: Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Denkschrift der Pirogoff-Gesellschaft russischer Aerzte. Von Dr. *M. Blumenthal.* Berlin 1905.

E százalékos csökkenés 66%-ig is felment ugyanazon időben, ha csakis a tüdővészt tekintették. E számok, melyek e feltünő csökkenést mutatják a 10—35. életévben, igazolják, hogy mennyi emberéletet mentettek meg s mennyi anyagi haszon származott ebből az angol nemzetre. Igaz, hogy Angliának már vagy 100 év előtt volt külön kórháza tüdőbetegek részére, az 1814. évben épült „Royal City Road Hospital for Diseases of the Chest" (a londoni királyi city road kórház mellbetegek számára) eleinte 42, majd 80 ágygyal, melyet 1841. évben a „Brompton Hospital for consumption and diseases of the chest" (Brompton-kórház tüdővészesek s mellbetegek részére) követett, melyben jelenleg is 325 ágy várja a gümőkóros betegek ápolását. A következő években: 1848-ban, 1855-ben és 1860 ban egy-egy nagyobb tüdőkórház épült 164, 100, illetve 62 ágygyal; az első kettő Londonban, a harmadik a vidéken. Ezeket követte 1869-ben az enyhe égaljú Wight szigetén a gyönyörü fekvésü „Ventnor royal hospital" építése 134 ágygyal, mely cottage rendszerével, egyes betegek számára való tágas külön szobáival, a fény, a levegő helyes arányával a későbbi sanatoriumi építkezéseknek mintegy mintaképül szolgált. E kórházak építését a német sanatorium-mozgalom behatása alatt gyors egymásutánban s a német mintákat követő részben utánzó, kivitelben követte a nyilvános vagy magánjellegü, a jótékonyság szolgálatában álló — betegeiket ingyen vagy díjazás mellett befogadó — sanatoriumok nagyszámú létesítése, úgy hogy Angliában 1902-ben 2207 tüdővészest lehetett intézetben elhelyezni. És ha nem is tagadható, hogy a régebb keletü kórházakban gümőkóros betegek mellett más mellbántalomban szenvedőt is felvesznek s hogy csakis az újabb kórházak képesek betegeiket a hygienés-diaetás módszer áldásthozó eredményeiben részesíteni, mégsem tagadható meg ezektől sem a gümőkór elleni küzdelemben ama hatalmas segédeszköz, hogy a gümőkórosokat környezetüktől elvonják, megszabadítván őket a fertözés veszélyétől s hogy így inkább a gümőkór elkülönítő állomásai, mint a kezdődő bántalom gyógyhelyei. Az ország azon helyein, a hol külön tüdőbetegkórház nincs, mindenütt találhatók a közkórházakban külön osztályok tüdőbetegek számára. A gyógyíthatlan stadiumban levő, azaz előrehaladt tüdőgümőbetegek rokkantjai részére asylumok léteznek, a mennyiben azok a kormány által anyagilag támogatott, aggkorúaknak felvételére szolgáló házakban (poor law infirmaries) nem voltak elhelyezhetők; Londonban egymagában 26 ilynemü intézet van 13,500 ágygyal, míg sok ezerre megy azon tüdőbetegek száma, a kik Anglia 330 üdülőházában — reconvalescent homes — gyógyulást vagy javulást nyernek.

De nem egyedül ezen tervszerüen keresztülvitt tüdőbetegek kór házi s sanatoriumi, üdülőházi s menhelyi, vagy ehhez hasonló czélú, de más elnevezésü mozgalomnak köszönheti Angolország a gümőkór terjedésének jelentékeny visszaszorítását, hanem annak is, hogy már évtizedekkel előbb helyes, czéltudatos és okszerüen keresztülvitt egyéb törvényes egészségügyi intézkedésekkel dicsekedhetett.

Ezen törvényeken alapuló reformtörekvések vonatkoznak főleg a lakásügy rendezésére, az olcsó s egészséges munkáslakások beszerzésére, a nedves lakások és lakházak lerombolására, a piszkos és szük utczák lebontására, a gyári egészségügyre, a fertőző bántalmak megelőzésére és az élelmiszerek hamisításának leküzdésére. Eme egyenként is üdvös óvóintézkedésekhez hozzájárul még a munkásviszonyoknak a mienktől való lényegesen eltérő volta; a mennyiben a munkás értelmi fejlődése nagyobb, munkabére magasabb, kereseti viszonyai konsolidáltabbak, míg a munkaidő kevesebb, végül mindehhez segédeszközképen hozzájárul az egész országra kiterjedő munkásvédelmi törvény. Csak a legutóbbi években — 1898 óta — csatlakozott mindehhez a magánjótékonyság, a „national association for prevention of consumption and other forms of tuberculosis" (a tüdőgümőkór s a gümőkórhoz hasonló kóralakok leküzdésére alakított nemzeti egyesület) alakjában, melynek czélja a franczia, belga és német társasághoz hasonlóan a tüdögümőkór ellen való küzdelem, a gümőkórosok kezeltetése intézetekben s sanatoriumokban és a marha-gümőkór kiirtása.

Az angol törvényhozás sokoldalúságának ellentétje volt tapasztalható *Franczia-ország*-ban 1900-ig, a mely időpontig a kormány a gümőkór ellen való harczot inkább a magánosokra s a magánjótékonyságra, a tudományos testületekre és a különféle soknevü s annál kevesebbet produkáló „commission"-okra bizta, míg maga a társadalomban észrevehető élénk érdeklődés s helyes mozgalom daczára e törekvésekkel szemben indifferens és egykedvü maradt. Nem is csodálható, de nem is meglepő ilykép, hogy a gümőkór, különösen a nagyobb városok ipartüző góczpontjaiban, nagy mérvben szedte az áldozatokat, a kiknek számát *Brouardel* az 1886—98.-i időközre évi 150,000-re tette és így érthető, ha ezen való elkeseredésében *Letulle* iszonynyal kiált fel: „ . . . a gümőkór elleni mozgalom a franczia nemzetre nézve nem jelent mást, mint a harczot életre s halálra! . . ."

A franczia viszonyokhoz hasonlókat, a lassú törekvésben és haladásban épen nem utánzandókat, mutat *Belgium* is, melynek társadalma csak 1898 óta iparkodik propaganda útján, prophylaktikus intézkedéseivel és végül a vagyontalan betegek gyógykezelésével a kór terjedésének útját állani. Ezen mozgalmak szülöttei az országban nagyobb számmal elhelyezett „*dispensaire*"-k a Calmette-féle franczia minta szerint.

Ezek mindenesetre a gümőkór elleni küzdelemben újabb irányokat jelöltek ki. Elismervén a sanatoriumok nagy horderejét, azok szükségességét, azoknak nélkülözhetlenségét a tudomány mai álláspontja mellett, a számuknak szaporodásával feltétlen lépést tartó fényes s elvitázhatlan eredményeket, csakis sajnálnunk kell, hogy hazánkban még nélkülöznünk kell a „dispensaire" felállítását s hogy ékes szószólójának még eddig nem sikerült ezen üdvös intézményt fővárosunkban rendszeresíteni, holott az épen a mi viszonyaink mellett igen nagy hiányt tudna pótolni. Hazánkban a nagy küzdelemben a sanatoriumok fontos missioját mintegy kiegészíthetnék a vidéki nagyobb városokban a község költségén felállítandó dispensairek, melyek felállítása olcsó, fenntartásuk csekély összegbe kerül. Nálunk mindaddig, míg sociális törvényhozásunk ott nem tart, a hol Németországé, hol a rokkantpénztárak vették programmukba a sanatoriumok, a „Volksheilstätte", a hasonnemü és hasonnevü intézmények létesítését s fenntartását, ezen dispensaire-eknek nagy számú és gyors kreálására annál inkább van szükség, mivel az ország mostoha anyagi viszonyainál fogva a jótékonyságot túlságosan igénybe venni úgy sem lehet, de annak kimerítése mellett sem volnánk képesek a szükségletnek megfelelő sanatoriumok felállításáról, az azokban elhelyezett szegényebb sorsúak családjáról s a sanatoriumból javulva kibocsátottakról kellően gondoskodni.

Az intézkedések különbözők — mint láttuk — a különböző államokban, mert míg Angliában a törvényes intézkedések sokaságával mintegy gátat emeltek a gümőkór terjedésének, addig Franczia-országban és Belgiumban egyéb czélszerüen üdvös intézmények léteznek s oly intézkedések vannak folyamatban, melyeknek czélja a közvélemény nyomása alatt a kormányköröket reászorítani a gümőkór ellen való *aktiv* ténykedésre.

E két lényegesen eltérő irány közt mintegy középső helyet foglal el *Németország*, mely a tüdőgümőkóros betegek befogadását czélzó, s azok gyógyítására szolgáló gyógytelepek felállításával óhajtja a czélt gyorsan és hathatósan elérni. E czél sikerült is a magánosoknak s a különböző egyesületeknek — ugyanis ezen tüdősanatoriumokat, intézeteket a betegsegélyző pénztárak, az aggkori vagy rokkantbiztosítási intézetek támogatják vagy tartják fenn — úgyannyira, hogy az egész nagy német birodalom szinte be van hálózva a tüdőbetegek gyógyítását czélzó intézményekkel. Ezek hatása meg is látszik a mortalitási számokon, mert míg Poroszországban 1876-ban a gümös halálozás 30·5‰, 1886-ban 31·18‰, 1890 ben 28·11‰ volt, addig ezen intézmények létesítésével csökkent olykép, hogy e halálozási szám következőleg módosult: 1891-ben 26·72‰, 1892-ben 25·01, 1894-ben 23·89, 1896-ban 22·07, 1898-ban 20·08, 1900-ban 21·17, és 1901-ben 19·54‰.

Hogy a socialis törvényhozás behozatala mennyire elősegítette e mozgalmat, semmi sem bizonyítja jobban, mint hogy az aggkori biztosító társulatok által az 1901. évben 14,757 egyén lett gyógykezeltetve és az 1902. évben egész Németországban már 16,489 egyén volt sanatoriumi kezelés alatt. Ezen nagyszabású, jól vezetett actiót, melynek keretében meg kell még emlékeznünk a tengeri hospice-okról, a scrophulás gyermekek külön kórházai-

ról, támogatja a tüdőgümőkór elhárítását célzó ismeretek terjesztése, de támogatja azt minden község a lakások ingyenes desinfectiojával, másutt az úgynevezett lakásfelügyelői intézmények létesítésével, úgyszintén az állam is nemcsak nagyobb összegü állami segély adományozásával, de sokoldalú, prophylactikus irányú törvényes intézmények behozatalával és a lakáskérdés megoldása körüli igyekezetével is. Az állam 1901—1902-ben 10 millió márkát utalványozott ki, hogy abból az üzemeinél alkalmazott, szegényebb javadalmazású tisztviselők és munkások olcsó lakásokat építhessenek; ezen helyes állami intézkedést nemsokára magánosok s városok is hasonlóképen követték.

Friedrich Vilmos dr. egyet. m. tanár.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

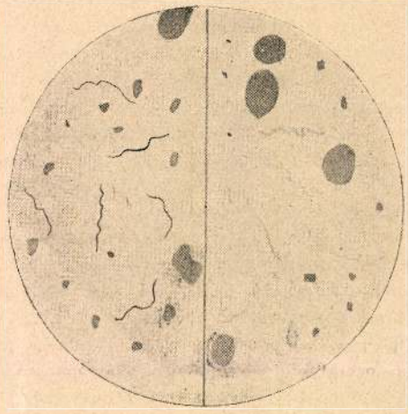
Összefoglaló szemle.

A Schaudinn-féle spirochaeta pallida.

A syphilis kórokozóját már sokan kutatták, sokan vélték felfedezni, de a felfedezések mindeddig csakhamar kudarczot vallottak és feledésbe mentek. Még a legtovább tartotta magát a *Lustgarten*-féle bacillus, a melyet egy ideig tankönyvekben is mint a syphilis kórokozóját ismertettek, míg végre kiderült, hogy az sem állja ki azon követelményeket, melyeket egy bakterium specifikus voltának megállapításakor támasztunk. *Lustgarten* „felfedezése“ óta (1884) csaknem minden esztendő hozott egy újabb syphilisbakteriumot és ha *Lassar* egy legutóbbi felszólalásában, mely a berlini orvosegyesületben elhangzott, az összeolvasásban nem tévedett, mondhatjuk, hogy az utóbbi 25 esztendőben nem kevesebb, mint 25 syphilis-kórokozót ismertettek! Nem csoda tehát, ha a tudományos világ némi kétkedéssel fogadja a legújabb felfedezést, a *Schaudinn*-féle spirochaeta pallidát. E kétkedés látszott meg azon a nevezetes berlini orvosegyesületi ülésen is, melyen *Schaudinn* és collaboransa *Hoffmann* előadásukat tartották. Kétségtelen legalább, hogy úgy a hallgatóság egy jó része, mint az elnöklő *Bergmann* nem igen leplezték a kétkedés hangját. Pedig a legújabb felfedezés sokkal biztosabb alapon látszik nyugodni, mint az előbbeniek. Mert bármily jogosultnak is tartandó mai nap a rezervált álláspont e téren, a felfedező és a vele együtt működő *Hoffmann* oly komoly vizsgálók, oly rendkivül óvatosak a leletek magyarázatában, hogy már ez a körülmény is emelhetné a felfedezés valószinüségét. Hozzájárul ehhez, hogy daczára azon rövid időnek, mely *Schaudinn* és *Hoffmann* első közleménye óta eltelt, az utánavizsgálók oly jelentékeny száma erősítette meg és bővítette a spirochaeta pallidára vonatkozó adatokat és viszont oly csekély azok száma, kik ellentmondó eredményre jutottak, hogy lehetetlen e perczben *Schaudinn*nak felfedezését fokozott érdeklődéssel nem követni és annak nagyobb jelentőséget nem tulajdonítani.

Schaudinn, a ki ismert zoologus és a berlini birodalmi egészségügyi hivatalnak egyik vezetője, *Hoffmann*-nal, a dermatologussal szövetkezve ez év február havában kezdte meg vizsgálatait. A syphilises anyagot *Lesser* tanár klinikai beteganyaga szolgáltatta. A syphilises termékeket vizsgálva *Schaudinn*-nak csakhamar sikerült (*Schaudinn* és *Hoffmann*: Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten stb. Arbeiten aus d. Kais. Gesundheitsamte, 22. k., 526—534. lap.) állandóan egy élő lényt találni, melyet ő a spirochaeták csoportjába sorozott; utóbbiakat pedig nem bakteriumoknak, hanem protozoáknak tartja. A vizsgálati anyagot kezdetben csak kemény fekélyek, lapos condylomák és papulák váladéka, illetőleg nedve képezte. Ez frissen vizsgálva 1200—2800-as nagyitásban az említett élő lényt, a spirochaeta-t állandóan tartalmazta, mely mint rendkivül finom, a fényt gyengén törő és élénken mozgó, dugóhúzószerüen csavarodott képlet mutatkozott. *Schaudinn* és *Hoffmann* a syphilises termékek nedvét fedőlemezre kenve, szárítva és absolut-alkoholban fixálva festették is, mely eljárással a spirochaeták mint halvány, rosszul festődő, már említett alakú képletek jelentkeztek. Festésre az első időben frissen készített híg eosin- és azur-oldat keverékét használták.

Schaudinn és *Hoffmann* csakhamar újra nyilakoztak egy közleményükben (Über Spirochaetenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer. Deutsche med. Wochenschr. 1905. 18. sz.), melyben jelentik, hogy lueses egyének nyirokmirigyeiben (6 esetben) is találtak spirochaetákat. Ezekre jellemző, hogy igen nehezen, halványan festődnek, szemben egy másik spirochaeta-fajjal, mely erősebben festődik, vaskosabb, nagyobb és általánosabban előfordul különböző bajoknál (condyl. acum., balanitis stb.). Most tehát már két spirochaeta-alakot különböztetnek meg határozottan, a halványan festődő pallidát és a jobban festődő, közönségesen előforduló refringenst. Az előbbi a fontos, mert syphilises termékekben, nevezetesen a syphilises mirigyekből aspirált nedvben kivétel nélkül csak ezt a fajtát találták. *Schaudinn* és *Hoffmann* ez alkalommal a spirochaeta pallidának pontosabb leirását is adják. Ez abban foglalható össze, hogy a pallida függő cseppben vizsgálva kifejezett háromféle mozgást végez, gyengén fénytörő, spirálisan csavarodott, fonálszerü és a két végén kihegyezett. Hossza 4—14 μ, csavarulatainak száma 6—14; a csavarulatokra jellegző, hogy meredek lefutásúak, dugóhúzóalakúak, szemben a refringenséivel, melyek laposak, hullámszerüek (l. ábrát: I. spirochaeta refringens, II. spirochaeta pallida). Szerzők daczára annak, hogy a lueses termékek nedvében csak a pallidát találták, dicséretes módon minden további oly határozott állitástól tartózkodnak, mely a spirochaeták fajlagos voltát vallaná.



I. II.

E helyen megjegyezzük, hogy nagy valószinüséggel állítható *(Metschnikoff)*, hogy a Schaudinn-féle spirochaetákat három év előtt már *Bordet* és *Gengout* (Brüssel) is találták lueses egyénekben, de a melyeknek keresésével későbbi negativ eredmények miatt utóbb felhagytak. *Bordet* a régi készítményeit mindjárt a *Schaudinn*-féle felfedezés után bemutatta a brüsseli orvosegyesületben.

Schaudinn és *Hoffmann* ezek után csakhamar a berlini orvosegyesület elé vitték tapasztalataikat (Über Spirochäte pallida bei Syphilis stb. Berliner klin. Wochenschrift. 1905. 22. szám), mely alkalommal *Schaudinn* a spirochaeta pallida hovavalóságával foglalkozott. Szerinte a spirillumok a spirochaetáktól megkülönböztetendők, előbbiek merev alakúak, csillóval birnak és a hasadógombákhoz tartoznak, utóbbiak ellenben flexibilis alakúak, úgynevezett unduláló hártyával ellátottak és a protozoák körébe sorolandók. A spirochaeta pallida mozgása hajlongó, kanyargó, ostorszerü; a festődése Giemsa-oldattal is sikerül (1 óra), sőt *Gonder* és *Hoffmann* kezében a fuchsinnal és anilinvizes gentianaoldattal való festés is bevált. Az előadás folyamán *Hoffmann* újolag hangsúlyozta, hogy a sp. pallida csaknem minden hevenyebb syphilises termékben kimutatható, egyéb bőrelváltozásokban (pl. carcinoma, sarcoma, lupus) azonban sohasem.

A nevezetes előadást jelentékeny discussio követte (Berliner klin. Wochenschrift. 1905. 23. szám), a melyben *Schaudinn* és *Hoffmann* leleteit többen megerősítették. Igy *Buschke*, a ki már előzőleg közölte (*Buschke* und *Fischer*: Über das Vorkommen von Spirochäten stb. Deutsche med. Wochenschrift. 1905. 791—92.) positiv sp. pallida leletét egy tízhetes syphilises gyermek hullájában, kijelenti, hogy ma már nem kétkedik saját leletében és nem hiszi, hogy a spirochaeták secundaer úton, postmortalisan

jutottak a májba és lépbe, mert utóbb azon vérkészítményekben is ki tudta azokat mutatni, melyeket még az élő gyermek véréből nyert. *Pielicke* is positiv eredményeket kapott, és csak a vérben és gummákban nem tudta a sp. pallidát kimutatni.

Ugyanigy nyilatkozott *Wechselmann* is. *Reckzeh* 6 syphilises egyén vérét vizsgálta, kétszer positiv eredménynyel; nyirokmirigyek nedvének vizsgálata három alkalommal positiv, két esetben negativ eredménynyel végződött.

Schaudinn és *Hoffmann* fő ellenfele *Thesing* zoologus volt, a ki első sorban azt kifogásolta, hogy szerzők a spirochaetákat nem a bakteriumokhoz sorolják; szerinte a spirochaetáknak nincsen magvuk, csillójuk, sem unduláló hártyájuk, tehát nem lehetnek protozoák. A megtámadott *Schaudinn* védelmére keltek *Löwenthal* és *Plehn*. *Löwenthal* az ultramikroskoppal állítólag látott magot a spirochaetákban. De *Thesing* tovább is kételkedett, mert *Schaudinn* és *Hoffmann* készítményeiben spirochaeta pallidákon kivül egyéb bakteriumok, gombafonalak is láthatók. Kérdi tehát, hogy honnan kerültek utóbbiak a készítményekbe. Talán szintén a syphilises nedvből? A spirochaeták különben véleménye szerint secundaer úton is bejuthatnak a testbe, mindezeket tagadni csak sikeres oltások és culturák után lehet. Meg kell jegyeznünk, hogy *Thesing* kifogásainak egy részére szerzők nem tudtak kellően válaszolni.

A *Schaudinn-Hoffmann*-féle leleteket azonban csakhamar mindenfelől megerősítették, és a felgyült, idevágó adatok máris kezdenek nehezen áttekinthetőkké válni, oly nagy tömegben találkozunk velük. Nyomban a felfedező első közleménye után *Paschen* tartott a hamburgi orvosegyesületben (Münchener med. Wochenschrift. 1905. 19. szám) egy spirochaeta-demonstratiót, melyben kijelentette, hogy nevezett élőlényeket sclerosisok nedvében könnyen sikerült kimutatnia.

Metschnikoff és *Roux* is fontos tapasztalatokról számoltak be; hozzájuk *Schaudinn* azon felszólítással fordult, hogy kíséreljék meg a spirochaeta pallidát syphilissel oltott majmokban kimutatni. *Metschnikoff* és *Roux* (Académie de médecine de Paris, május 16.-i ülés. La syphilis. 1905. 6. szám) a vizsgálatokat azonnal megejtették, a melyekből kiderült, hogy a spirochaeták 6 syphilises majom közül 3 macacus cynomolgus és 1 cynocephalus sphinx lueses nyilvánulásaiban kisebb-nagyobb számban jelen voltak. Hasonló positiv eredményeket nyertek négy emberi syphilis esetében is, hol a nedvet a genitaliáktól távol eső, száraz papulákból vették. *Metschnikoff* és *Roux* mindezek alapján nagy bizalommal nyilatkoznak az új felfedezésről, sőt annyira mennek, hogy a syphilist egy „spirillose chronique"-nek nevezik, mely a *Schaudinn*-féle spirochaeta pallidától van feltételezve.

Párisban mások is nyilatkoztak a kérdésben és jelentettek positiv eredményeket. Igy *Levaditi* az Institut Pasteur-ből három syphilises magzatot vizsgált (Syphilis congénitale et spirochaete pallida Schaudinn. La syphilis. 1905. 7. f.) Festésre a Grübler-féle Giemsa-oldat és víz āā keverékét használta (12—16 órán át), miután a felkent syphilises váladékot 10—30 perczig alkoholban fixálta. Első esetében pemphigus syphiliticus és friss papulák képezték a nyilvánulásokat; ezeknek nedvében és főleg a hólyagok alapján böven találta a spirochaeta pallidát, a vérben azonban nem. Második és harmadik esetében a lépben, májban, a bőr papuláiban és pemphigusos hólyagjaiban voltak a spirochaeták. A sp. pallidát *Levaditi* is fajlagosnak mondja, és a veleszületett syphilist az újszülöttek spirillosisának („spirillose du nouveau-né") tekinti. A Société de biologie-ben, a hol *Levaditi* fenti észleleteit előadta, hozzászólásképen *Salmon* (La semaine médicale. 1905. 21. sz.) felemlíti, hogy egy pemphigus syphiliticusban szenvedő gyermek bulláiban neki is sikerült pallidákat találnia, még pedig oly tömegben, hogy csaknem tiszta tenyészetről lehetne szólni.

Levaditi és *Salmon* leleteit rövid idő mulva maga *Hoffmann* is megerősítette (Nachtrag zu der Arbeit v. *F. Schaudinn* und *E. Hoffmann* über Spir. pall. stb. Berliner klin. Wochenschrift. 1905. 23. sz.), a ki egy a születés után 10 órára elhalt syphilises magzat pemphigusos hólyagjaiban és májában böven, a nyirokmirigyekben és lépben kisebb számmal találta a spirochaeta pallidákat.

Levaditi egy hónappal később *Nobécourt*-ral és *Darré*-vel együtt egy újabb vizsgálatról számol be, melyet egy syphilises csecsemőn végzett (Société de biologie, junius 17.-i ülés, La Semaine médicale. 1905. 25. sz.). Spirochaetákat ez alkalommal csak a bőr lueses nyilvánulásaiban tudtak kimutatni, a belső szervek szorgos vizsgálata negativ eredménynyel járt. A Société méd. des hôpitaux junius 16.-i ülésén *Gueyrat* is beszámolt néhány positiv pallida-leletről, a melyeket a syphilis primaer stadiumából (ulcus dur.) nyert. Lágyfekélyekben és egyéb hasonló folyamatnál nem találta a sp. pallidákat, s igy azoknak némi diagnostikai fontosságot tulajdonít.

Bécsből is ismerünk néhány positiv adatot. *Kraus* (K. k. Gesellschaft d. Ärzte ülésén, Wiener klin. Wochenschrift. 1905. 592. l.) bemutatásokkal egybekötve felemlíti, hogy a legkülönbözőbb syphilises termékekben tudta a sp. pallidát kimutatni, de kiemeli, hogy azoknak száma a legváltozatosabb, oly tapasztalat, melyet különösen *Metschnikoff* hangsúlyozott. Egy sclerosis-darabból, mely frissen elég bőven tartalmazta a spirochaetákat, 12 órai jégen tartás után már nem sikerült azokat kimutatnia. Ugyanazon ülésen *Volk* is jelenti, hogy 14 syphilis-esetben vizsgálta a lueses productumokat és az esetek zömében positiv eredményt nyert. Nem lueses, egyéb genitális bántalmak nem tartalmaztak sp. pallidákat. *Lipschütz* és *Ehrmann* 14 esetben különböző friss syphilises jelenségeket vizsgáltak, és a spirochaeta pallida-keresés minden esetben eredménynyel járt. Hasonló positiv eredményről számolt be *Oppenheim* is.

A spirochaeta-kérdésben igen határozott (ma bizonyára még kissé merész) nézetet vall *C. Fränkel* (Über das Vorkommen der Sp. pallida stb. Münch. med. Wochenschrift. 1905. 24. sz.), mikor azt irja: „Die von *Schaudinn* und *Hoffmann* zuerst beschriebenen und entdeckten Spirochäten sind in der Tat als die Ursache der Syphilis anzusehen, und die beiden eben genannten Forscher haben sich mit dieser Leistung ein goldenes Ruhmesblatt in der Geschichte unserer Wissenschaft erworben". Hogy vajjon helyes-e *Fränkel* e kijelentése, azt valószinüleg már a legközelebbi jövő fogja mutatni.

Érdekes olvasni a spirochaeta ügyben *Barthélemy* czikkét (La Syphilis, 1905. 6. sz.), melynek már címe elárulja tartalmát: „*La grraande* découverte du vrai microbe de la syphilis". Ezen igen sok szatirával és chauvinismussal megirt közlemény érdemileg alig foglalkozik a kérdéssel, a miért is csak curiosumképen említjük meg.

Az angol irodalomban tudtunkkal eddig csak *Weeney* (Brit. med. Journ. 2319. sz.) nyilatkozott a kérdésben, a ki több syphilis-esetben (primaer és secundaer) tudta a *Schaudinn*-féle spirochaetákat kimutatni. Tertiaer esetekben negativ eredményt kapott. Hasonló tapasztalatokat tettek *Jacquet* és *Sevin* (Presse médicale, 1905. május 24.), a kik tertiaer nyilvánulásokat nagy számban vizsgáltak eredmény nélkül; ezzel szemben secundaer laesiókban gyakran találtak spirochaetákat. Positiv eredményre jutott a spirochaeta-kutatásban *Sabolotin* (Russk. Wratsch. 23. sz. ref. Deutsch. med. Wochenschr., 1905. 28. sz.) is.

A *Schaudinn*-féle spirochaeta pallidának egy állítólag jobb festési módját ismertette *Reitmann* (Zur Färbung d. Spir. pallida Schaudinn. Deutsch. med. Wochenschr., 1905. 25. sz.). Szerző a felkent készítményt absolut alkoholban 10 perczig fixálja, utána destillált vízbe helyezi s azután 5 perczre 2% phosphorwolframsav-oldatban páczolja. Destillált vízben való lemosás után 70%-os alkohol, utána ismét víz. A festés közönséges carbolfuchsinnal hevítés mellett történik (mint a tbc.-bac. fest.), utána lemosás, rövid időre 70%-os alkohol, azután ismét destillált víz, végül leszárítás. Ezen kissé hosszadalmas eljárással a spirochaeta pallidák intensiv vörösre festődve állítólag élesebben látszanak.

Spirochaeta pallida leletről értesítenek *Babes* és *Panea* is (Berlin. klin. Wochenschrift, 1905. 28. sz.), a kik congenitalis syphilisben elhalt 3 gyermeket vizsgáltak. A spirochaeta pallidát mindig megtalálták, különösen nagy számmal a májban és mellékvesékben. Fontos tapasztalatuk, mely a pallidák specificitása mellett is szólhatna, az, hogy a protozoák állandóan csak a szervek mélyében voltak találhatók. Sclerosisok és secundaer syphilis-termékek nedvében *Herxheimer* és *Hübner* (Deutsch. med. Wochenschrift, 1905. 26. sz.) is tudták a spirochaeta pallidát kimutatni. A készítmények festésére szerzők nilblau-t használtak.

A spirochaeta kérdésben újabban *Hoffmann* is nyilatkozik (Berlin. klin. Wochenschrift, 1905. 28. sz.). Kifekélyesedett carcinoma három esetének (méhnyak, has- és arczbőr) vizsgálatánál azt találta, hogy a felszinen bőven akadnak spirochaeták, a melyeknek a pallidától való elkülönítése nehézségekbe ütközhetik (!). Tapasztalt és iskolázott szem előtt azonban véleménye szerint nyilvánvalók a különbségek, mert a carcinomákon előforduló spirochaeták nagyobbak, vaskosabbak és jobban festődnek.

A számos positiv eredmény nem maradt azonban ellenvetés nélkül. A legutóbbi időben ugyanis néhány oly közlemény látott napvilágot, mely a gyorsan felépített várat lerombolni látszik. *Kiolemenoglou* és *Cube* (Spiroch. pall. (Schaudinn) und Syphilis, Münch. med. Wochenschrift. 1905. 27. sz.) a spirochaeta pallidák fajlagos voltát kutatva, lueses termékek vizsgálatán kivül ellenpróbákat végeztek balanitises váladékkal, kankós Bartholinitises genynyel, scrophulodermás tályog genyjével, szétesett, eves rákkal és condyl. acum. nedvével. Szerzők mindezen anyagokban a spirochaeta pallidát ki tudták mutatni, megjegyezve, hogy annak meghatározásában szigorúan a *Schaudinn* és *Hoffmann* adta leiráshoz ragaszkodtak! A pallida mellett legtöbbször a sp. refringenst is találták s így mindkettőt saprophytának tartják.

A támadók sorában látjuk *Thesing*-et is, a ki egy rövid közleményében (Kritische Bemerkung zur Sp. pallida bei Syphilis Münch. med. Wochenschft. 1905. 28. sz.) felhozza ismét összes, a berlini orvosegyesületi vitában elhangzott kifogásait. Megczáfolni ezeket mindeddig nem igen tudták *Schaudinn* és *Hoffmann*. Közölt ábrája, mely egy egészséges ember smegma-készítményét mutatja, egy typusos spirochaeta palliidát is tartalmaz *Thesing* szerint a *Schaudinn* és *Hoffmann*-féle készítményekben, melyek syphilises produktumokból származnak, mindenféle egyéb bakteriumok is találhatók, sőt még a *Siegel*-féle *cytorrycles luis* is (a Siegel-féle „syphilis okozó"). Miért nem mondják a felfedezők ezt is a syphilis kórokozójának? — kérdi Thesing.

A következő közlemények ismét csupa positiv leletre támaszkodnak. Igy *Ploeger*-nek (Die Spirochäten bei Syphilis., Münch. med. Wochenschft. 1905. 29. sz.) 8 syphilises egyénben sikerült a spirochaeta pallidát kimutatnia. Szerző, a ki látszólag a pallida specificitásának felvétele felé hajlik, egy új festési eljárást is kidolgozott, a melynek az az előnye, hogy vele a pallidák élesebb festődés mellett néhány percz alatt kimutathatók. E czélból a felkent és nem fixált lemezt egy perczre carbolgentianaviolett-oldatba (Czaplewsky-féle = 10% conc. alkoh. gentianaviola-oldat 2½%-os carbolvízben) helyezi, majd lemossa és szárítja. A sp. pallida e festéssel halványviola színben látható. Csaknem teljesen hasonló az *Oppenheim* és *Sachs* által ajánlott (Eine einfache u. schnelle Methode stb., Deutsch. med. Wochenschft. 1905. 29. sz.) festési eljárás. A festés ugyancsak fixálás nélkül alkoh. carbolgentianaviolett-oldattal történik. (5% vizes carbolsavoldat és alkoh.-gentianaviola-oldat aa.) A spirochaeták ezen eljárással kékre festődnek.

Vérben a spirochaeta pallidát legújabban *Raubitschek* (Über einen Fund von Sp. pallida im kreisenden Blut, Wiener klin. Wochenschft. 1905. 28. sz.) tudta kimutatni, a mi eddig csak néhány vizsgálónak (*Schaudinn*, *Reckzeh*) sikerült. Egy korai syphilis-esetben (condyl. lat., papulás kiütés) az ujj hegyéről vett vérben a sp. pallida bőven volt található.

Az utolsó közlemény, melyről beszámolunk, *Rille*-nek a dolgozata (Über Spirochätenbefunde bei Syphilis., Münch. med. Wochenschft. 1905. 29. sz.). Szerző összesen 8 syphilis-esetben tudta a spirochaeta pallidát kimutatni és pedig 5 sklerosisban, 1 papulában, 1 condy. lat.-ban és 1 inguinalis mirigyben. A spirochaeták száma igen változó volt az egyes készítményekben. Ha nem tévedünk az óvatosan megirt közlemény értelmezésében, úgy *Rille* hajlandó a sp. pallidának fajlagos jelentőséget tulajdonítani.

Fentebbiekben lehetőleg teljességben adtuk mindazon irodalmi adatokat, melyek *Schaudinn* felfedezésével eddig foglalkoztak. Mostanáig már száznál több esetben sikerült syphilises-termékekben spirochaeta pallidát kimutatni, mintegy 50 nem syphilises esetben pedig azoknak állandó hiányát megállapítani. Ily körülmények között talán könnyen hajlanék az olvasó azon nézet felé, mely a spirochaeta pallidát a syphilis kórokozójának hajlandó tekinteni, ha nem volnának — igaz ugyan, hogy eddig kis számmal — ellenkező tapasztalatok, melyek szerint nevezett élő lény adott viszonyok között számtalan egyéb bántalomban is előfordulhat. E kérdésben meg kell gondolnunk, hogy az utóbbi néhány tapasztalat súlyosabban nyom a latban, mint a sok positiv eredményről tett közlemény, főleg akkor, mikor a fajlagos tulajdonság igazi kriteriumai, az oltási kisérletek, szövetben való kimutatás és kulturák még teljesen hiányzanak. Nem marad tehát más hátra, mint egyelőre tudomásul venni a mindenesetre érdekes új tapasztalatokat és a végleges döntést e felette fontos kérdésben türelemmel bevárni. *Guszman József* dr.

Könyvismertetés.

Bunge: Die Talma-Drummond'sche Operation. Ihre Indication, Technik und die bisher erzielten Resultate. Verlag von Gustav Fischer. Jena, 1905.

Az ascites különböző alakjai közül, a melyek sebészi beavatkozás tárgyát képezik, a májnak vagy környezetének megbetegedése folytán keletkező hasüri folyadékgyülemek különösebb figyelmet érdemelnek Ismert tény, hogy azon megbetegedésekben, a melyek a vena portae rendszerének keringési viszonyaira gátlólag hatnak, nem fejlődik ki minden esetben a porta-pangás tünetcsoportja. Ennek okát a bonczoláskor meglelték ama újonnan keletkezett anastomosisokban, a melyek a vena portae és vena cava között mint caput Medusae, vagy a vv. oesophageae közt keletkeztek. Máskor viszont azt tapasztalták, hogy gyakori punctiók vagy laparotomia után az ascites megszünt, mikor is vagy az élőben is már látható, vagy csak a bonczoláskor feltünő anastomosisokat, a cseplesznek a hasfallal való összenövését állapíthatták meg. Ezen tapasztalatok indították *Talma*-t és *Drummond*-ot egymástól függetlenül az ascites megszüntetése czéljából mütéti beavatkozásra, a melynek lényege a cseplesznek a mellső hasfalhoz való odavarrása által a vérnek a vena portae rendszeréből az újonnan keletkező anastomosisok útján a vena cava-ba való juttatása. Az omentofixatión kivüi ajánlják mások még a cholecystopexiát (v. *Eiselsberg*), a hepatopexiát, splenopexiát. Hogy ezen utakon a hasüri pangás megszüntethető, igazolják újabban *Kusnetzow*, *Ito* és *Omi* állatkisérletei, melyeknek lényege az, hogy előzetes omentofixatio után a vena portae lekötése, illetőleg szükítése új anastomosisok képződésére vezetett, a melyek a keringési zavarokat megszüntették. Ebből következik, hogy a *Talma-Drummond* féle mütét indicatioja csak azon esetekben áll fenn, mikor az ascites a portalis pangás következménye, tehát *a)* atrophiás májcirrhosis; *b)* cirrhose cardiaque; *c)* pericarditises pseudomájcirrhosis (*Pick*) eseteiben. De nemcsak az ascites, hanem a portalis pangás folytán a gyomor-bélrendszerből eredő vérzések is javallatát képezik a mütéti beavatkozásnak.

A mütéti beavatkozás időpontja különböző a szerint, a mint a mütét a vérzések vagy az ascites ellen irányul Vérzéseknél mielébb kell operálni. Súlyos, egyszeri haemorrhagiák kedvezőtlenebb prognosist nyujtanak, mint kisfokú intermittáló vérzések. Ascites esetén sem szabad sokáig halogatni a mütétet, legczélszerübb a második punctio helyett már operálni; legideálisabb volna a mütét a praeasciteses szakban. Tekintve, hogy a belső collateralisok képződése mellett is fenyeget a vérzés a túlságosan igénybe vett collateralis edényekből, a spontan gyógyulás esetei is müteendők. Contraindicatiót képez a szív és a vese súlyos megbetegedése. Ellenben csökkent húgyany-, fokozott ammoniakkiválasztás, alimentaris glykosuria és laevulosuria, a mennyiben nem utalnak bizonyossággal épen a máj parenchyma-megbetegedésére, nem tekinthetők contraindicationak.

A mütéti módszer lehet extra- vagy intraperitonealis omentofixatio; mindkét methodus körülbelül egyenértékü. A hasüri drainage, főleg per vaginam, vészedelmes s elhagyandó. Ha az omentofixatio nem nyujt eredményt, akkor czélszerü splenopexiát is végezni, a mely kettő együtt már több eredménynyel kecsegtet. A splenopexiát erősen megnagyobbodott lép esetén mint parietalis fixatiót, kis lép esetén mint a lép intraparietalis bevarrását (*Bardenheuer* és *Rydygier*) végezzük, esetleg a hasfalnak egy izomhashártyalebenyét varrhatjuk a lépre. Nem szabad azonban a collateralisok képződése czéljából a bélrendszert igénybe

venni a collateralisok megrepedése folytán másodlagosan keletkező bélvérzések veszedelme miatt.

A műtét közvetlen veszélye aseptikus technika mellett jelentéktelen. Közvetett következménye lehet a bél megtöretése a colon transversum túlságos kivongálása folytán, de ez elkerülhető, ha a csepleszt nem túlságos hosszan húzzuk elő a hasürből. Az extraperitonealisan (intramuscularisan) végzett omentofixatio után keletkező hasfalsérv eddig még nem járt kedvezőtlen következményekkel.

Állatkisérletek igazolják, hogy a vena portae vérének részleges elvezetése folytán autointoxicatio léphet fel, ezért czélszerü a műtét után a nitrogendús tápanyagoknak kis mennyiségben való nyujtása.

Bunge a königsbergi klinikán (v. *Eiselsberg* és *Garré*) 14 esetben végzett *Talma-Drummond*-féle műtét közül 4 esetben gyógyulást, 3 esetben javulást észlelt; 7 esetben eredménytelen volt a műtét.

Az irodalomban közölt 255 műtétből az esetek 30%-ában járt eredménynyel a beavatkozás.

Jobb eredményt csak akkor tudunk majd felmutatni, ha a műtétet nem mint ultimum refugiumot veszik majd igénybe, hanem a portalis pangás tüneteinek fellépésekor a betegek tüstént sebészhez fordulnak! *Steiner Pál* dr.

B. Bendix: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Vierte, verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1905.

Felesleges dolog az előttünk fekvő munkát behatóbban ismertetni. Jó tulajdonságai, a melyeknek köszönheti, hogy a sok jeles német gyermekgyógyászati munka mellett is széles körökben elterjedt, eléggé ismeretesek. A jelen kiadást is, a mely alig három év lejárta után vált szükségessé, az a gondosság jellemzi, a melylyel szerzője az előző kiadások elkészítésekor is eljárt, s a mely gondosság úgy a tárgy áttekinthető beosztása, mint a részletek megbizhatósága és a fontos dolgoknak kellő kidomborítása tekintetében mindenütt nyilvánul. Mint új fejezetek szerepelnek e negyedik kiadásban az infantilis myxoedema, az erythema infectiosum és a Filatow-Duke-féle betegség. Természetesen az előző kiadás megjelenése óta eltelt néhány év fontosabb haladásaira is tekintettel volt szerző, úgy hogy munkája csakugyan egy a kor szinvonalának megfelelő, jó gyermekgyógyászati tankönyv jellegét viseli magán.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A malaria terjedéséről *Doczewsky*, a tomski egyetem docense ott szerzett tapasztalatai alapján azon a nézeten van, hogy a malariát semmi esetre sem kizárólag a szunyogok terjesztik, illetőleg viszik át egyik emberről a másikra, s hogy a szunyogokkal a malaria epidemiologiájának sok rejtélyét nem sikerül megfejteni. Ő a maga részéről saját észleletei alapján azt hiszi, hogy az ivóvíz, sőt mocsaras vidékekről származott és inficiált föld is lehetnek vivői és terjesztői a malariának. Hogy nemcsak a szunyogok terjesztik a bajt, azt a tomski epidemiologiai és klinikai tapasztalatok is bizonyítják, minthogy ott egész évben, tehát télen, az óriási szibériai hidegben, vagy kora tavaszszal is, a mikor még minden hóval és jéggel van beborítva, s a mikor ennélfogva nyoma sincs a szunyognak, fordulnak elő frissen acquirált malaria-esetek. Kétségtelen különben szerző szerint, hogy a szunyogokon kivül más férgek, főleg poloskák is lehetnek vivői a malariának. 3 olyan poloskát megvizsgálva, melyek malariás betegnek vérét szívták, az egyikben, a melyiket két órával a szívás után öltek meg, sikerült ugyanolyan typikus malaria-parasitákat találnia górcső alatt, a milyeneket a poloskák által megcsipett beteg vérében látott. Egy malariás beteg vérét szívó poloskával szerző megcsipetett olyan egyént, ki sohasem szenvedett malariában és ez az egyén rövid idő mulva megkapta a bajt. A kérdés már most az, vajjon a malaria parasitája a poloskában ugyanolyan fejlődési cykluson megy-e át, mint a szunyogban, vagy pedig a cytamoeba a poloska szívószerve által közvetlenül vitetik át egyik egyénről a másikra? Szerző az utóbbi eshetőséget valószinübbnek tartja. (Wratschebnaja Gaseta. 1904. 47—49. sz.)

Marikovszky.

A vér mesterséges pótlására vonatkozólag újabban *Küttner* Tübingenben végzett érdekes kisérleteket házinyulakon. Első sorban is azt állapitotta meg, hogy mekkora vérveszteség végződik nyulaknál feltétlenül halálosan, s azt találta, hogy a nyúl okvetlenül elpusztul, ha testsúlya 3%-ának megfelelő mennyiségü vért veszit el. Az ennyi vért elveszített nyulak életét sem physiologiai konyhasóoldatnak, sem másféle, complikáltabb oldatoknak befecskendése nem volt képes annyira meghosszabbitani, hogy azalatt a vér regenerálódhatott volna. A legjobb eredményt még akkor érte el, ha huzamosabb időn (három órán) át oxygent juttatott az állat szervezetébe. Ilyen módon sikerült egy olyan nyulat is életben tartania, mely testsúlya 3·52%-ának megfelelő mennyiségü vért veszitett el. E kisérletek alapján Küttner azt ajánlja, hogy nagyobb vérveszteségek alkalmával inhaláltassunk órákon át oxygent, azonkivül injiciáljunk intravenosusan 24 óránként 2—2 liter oly konyhasóoldatot, melybe bőven vezettünk be tiszta oxygent. (Beiträge zur. klin. Chir. 40. Bd.)

Marikovszky.

Belgyógyászat.

A gyomor hyperaciditásának és hypersecretiojának orvoslásáról irt jól áttekinthető rövid czikket *Albu* a „Therapie der Gegenwart“ ez évi 4. füzetében. Hogy az orvoslásban eredményt érhessünk el, a hyperaciditás illetve hypersecretio okaival kell tisztában lennünk és ezeket eltávolítanunk. Mindenekelőtt tehát ezekkel foglalkozik röviden s csak azután tér át a symptomás kezelésre.

A hyperaciditás okait képezhetik 1. gyomorneurasthenia, 2. chlorosis, 3. ulcus pepticum és 4. gastritis chronica hyperplastica (acida). A symptomás kezelésben első dolog a diaeta kellő rendezése. Általában a kizárólagos fehérje-diaetát ajánlják, mert a fehérje képes legjobban megkötni a sósavat. Van azonban ezen diaetának hátránya is, a mennyiben a fehérjék a gyomor nyákhártyáját izgatják s ily módon a nedv- és savelválasztást fokozzák. Ennek megfelelően szerző jobbnak találja a már mások által is ajánlott túlnyomóan vegetabilis diaetát; a vegetabiliák természetesen csak főzve, cellulosetól teljesen megszabadítva, pépes állapotban adhatók. A vegetabiliák mellett természetesen hús, tojás stb. is adható; csak a zsírban dús húsféléket kell kerülni. Jó hatású lehet az olaj is: legfinomabb táblaolajból 3-szor naponként 1—2 evőkanálnyi 1—2 órával a főbb étkezések után. Ajánlatos egyszerre csak keveset, de gyakran enni. Még későn este, közvetlenül az elalvás előtt is vegyen magához valamit a beteg (csésze tej néhány cakes-szel), sőt czélszerü még éjjelre is egy kevés tejet odakészíteni, hogy a beteg azt, ha gyomorpanaszokkal ébredne, elfogyaszthassa. Súlyos és makacs esetekben gyomoröblítésekhez folyamodunk, főleg későn este, mintegy 3 órával az utolsó nagyobb étkezés után. Czélszerü az öblítés után magnesia usta és natrium bicarbonicum keverékének oldatát a gyomorba vinni, esetleg valami alkaliás ásványvizet. A gyógyszerek közül leghatásosabb a belladonna, mely következőképen rendelhető: Rp. Extr. belladonnae 0·3; Bismuthi nitr., Magnesiae ustae, Natrii bicarbon. āā 10·0. M. D. S. Naponként 3-szor nagy késhegynyit vagy lecsapott fél kávéskanálnyit bevenni 1—2 órával a fő étkezések után. Jól beváltak a Bergmann-féle tabletták is (Magenkautabletten), a melyek nemcsak alkálit, hanem pilocarpint is tartalmaznak, a mely utóbbi a nyálkaelválasztást fokozván, nagyobb mennyiségü rhodankalium jut a gyomorba. Gondot kell fordítani a bélürülés rendezésére is.

A hypersecretio szintén különböző okokból eredhet; igy jelentkezhetik a gastrectasia, az atonia, az ulcus pepticum és a hyperchlorhydria szövődményekép; előfordul mint önálló bántalom is (hypersecretio continua Reichmann), további mint intermittáló gyomornedvfolyás. A hypersecretio symptomás kezelésében első dolog a folyadékok és a folyékony tápanyagok bevitelének lehető korlátozása. A szilárd tápanyagok lehetőleg pépes alakban, kis adagokban, 1—2 órai időközökben adandók. Egyébként ugyanazok a tápszerek adhatók, mint hyperchlorhydriában. A feles

folyadékmennyiség későn este vagy jókor reggel kiemelendő; gyomoröblítések is végezhetők, ha gondunk van rá, hogy a beöntött folyadékot el is távolítsuk. Hypersecretioval vagy hyperchlorhydriával szövődött gastrectasia eseteiben jó szolgálatot tehet a pangó gyomortartalom távozhatásának előmozdítása útján a gastroenterostomia. (Die Therapie der Gegenwart, 1905. 4. füzet.)

Gastroenterostomia után újból jelentkezett pylorus-szűkület érdekes esetét irja le *O. Mayer*. A szűkület-tünetek újabb müvi beavatkozást tettek szükségessé, a midőn is kitünt, hogy az első műtét alkalmával észlelt pylorushegben most már rákos elfajulás lépett fel; de nem ez okozta a stenosist, hanem egy mesenteriális mirigynek igen nagyfokú rákos elfajulása. E mirigy oly nagyra nőtt, hogy a bélnek úgy oda-, mint elvezető kacsát összenyomta. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 6. szám.) *H. P.*

Duodenum-szűkület két érdekes esetét irja le *Reitter*. Az élőn tett kórismét a bonczolási lelet is megerősítette. Az egyik esetben 4 cm. hosszú és 3·6 cm. széles epekő zárta el a duodenum lumenét; a másik esetben pedig a pankreasfej önemésztéséből származó, folyadékkal telt, gyermekfej nagyságú cysta nyomása okozta a szűkületet. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 6. szám.) *H. P.*

A kerek gyomorfekély kezelésére *Rejchmann* olyan esetekben, a melyekben a szokásos kezelés (nyugalom, tejdiaeta, langyos borogatás a gyomortájra, argentum nitricum, bismuthum subnitricum, alkaliák, narcoticumok stb.) eredménytelen marad, a gyomor teljes nyugalomban tartását ajánlja. A beteg ágyban marad, minden mozgást megtiltunk, per os semmit sem szabad magához vennie, még a nyálat sem szabad lenyelnie. A szomjúság és a száj kiszáradása ellen gyakori szájöblítések ajánlatosak. Az első 1—2 napon csak langyos víz-klysmákat kap (150—200 cm^3) esetleg kevés konyhasóval és opium-tincturával. Ezután tápláló-klysmákra térünk át, a melyek 150 cm^3 húslevesből, 2 tojássárgából és 1—2 gramm konyhasóból állanak; esetleg 10 gramm szőlőczukor, egy kávéskanálnyi kávé vagy cognac, illetve egy evőkanálnyi erős bor adható hozzájuk; a peristaltika csökkentése czéljából 3—8 csepp opium tinctura hozzáadása is czélszerü. 24 óránként 2—3 ilyen klysma adandó. Az ilyen módon való táplálás természetesen nem kielégitő; mindazonáltal a betegek 12—15 napon át többnyire kibirják. Némelyik beteg azonban nem birja el ezt a koplaló kúrát; főleg neurastheniásokban sokszor már a kúra első napjaiban valóságos prostratio jelentkezik, syncopeval és szívzavarokkal, úgy hogy a kúra folytatásától el kell állani. Egy további kellemetlen szövődmény a parotitis, a mely oly módon támad, hogy a szájon át táplálálkozás elmaradása miatt a nyálelválasztás minimalis s igy bakteriumok gyülnek meg a szájüregben, a melyek azután a Stenon-vezetéken át bejutnak a parotisba és ott lobot okoznak. Ezen szövődmény elhárítása czéljából nagy gond fordítandó a szájüreg mechanikai és physiologiai tisztogatására, a mi a gyakori szájöblögetésen kivül a szájnyákhártya dörzsölése útján 4%-os bórsav-oldatba mártott gyapotgomolykákkal érhető el. (Gaz. lekarska, 1905. január 7.)

A pulsus kifejezett retardatioja kilégzéskor, a Thomayer-féle orthostatikus tachycardia és az Erben-féle tünet *Vanysek* szerint oly tünet-hármast alkotnak, a mely a szívműködést szabályozó központ fokozott ingerlékenységére utal. Ezen tünet-hármas észlelhető: 1. neurastheniásokon; 2. lázas betegségekből lábadozókon; ezeken a pulsus retardatioja kilégzéskor a legkevésbé kifejezett, míg a Thomayer- és az Erben-tünet állandó; ilyen esetekben többnyire bakterium-toxinok okozzák a szívszabályozó központ astheniáját; 3. idült mérgezésekben szenvedőkön, vagy heveny mérgezések után; szerző szénkéneg- és phosphor-mérgezés után észlelte; 4. physiologiailag a pubertas idejében. Az említett tünet-hármasnak diagnostikai jelentősége lehet, a mennyiben ha oly felnőttön észlelhető, a ki nem szenvedett rövid idővel előbb lázas betegségben vagy valamely mérgezésben, neurasthenia felvételére jogosit. (Sbornik Klinicky, 6. kötet, 4. füzet.)

A Basedow-kór gyógyítása rodagennel. A rodagen úgy készül, hogy kecskéket pajzsmirigyüktől megfosztanak és azután tejükből a hatóanyagot alkohollal kicsapják, aetherrel porítják és tejczukorral keverik. Basedow-kór eseteiben már többen (Blumenthal, Rydel, Siegel, Kühnemann, Hoffmann, Leyden, nálunk Hudovernig) használták a rodagent több-kevesebb eredménynyel. Legújabban *Torday Árpád* közli eredményeit, a melyeket a budapesti egyetem II. sz. belklinikáján rodagennel elért. Basedow-kór három esetében használta: az egyik esetben (a Basedow-kór szövődményeként aorta-elégtelenség és arteriosclerosis volt jelen) nem volt hatás; a második esetben kisfokú javulás mutatkozott (a beteg csendesebb lett, reszketése csökkent, a szemkidülledés kissé visszafejlődött); végül a harmadik esetben, melyben két év óta állott fenn a betegség, rodagen 3 heti használata után kifejezett javulás kezdett mutatkozni: a beteg nyugodtabb lett, feje ritkábban fájt, altató nélkül is aludt, az exophthalmus kisebbedett, a nyak körforgata is csökkent kissé, az ütérlökések egyenletesebbé váltak (számuk azonban nem szállott alá tetemesen), a beteg ritkábban érzett szivdobogást. A szer kihagyása után a tünetek nem rosszabbodtak. Az adag eleinte 2 gramm volt 3-szor naponként, majd lassan emelték az adagot 30 grammig pro die. Szerző szerint hátránya a szernek, hogy csak a baj tünetei ellen hat, a baj okát nem képes megszüntetni s ezért tartós hatására nem számithatunk; azonfelül nagyon drága is a rodagen. (Budapesti orvosi újság, 1905. 28. szám.)

Idegkórtan.

Polymyositis-epidemia támadt a tübingeni elmekórtani klinika ápolónői között. *Sick* leirja a három súlyos és hat könnyü esetet.

A betegség lassan fejlődött ki, általános előző tünetekkel, melyek fáradtságban, a tagok nehézségérzésében állottak. Némely beteg torokgyuladásról panaszkodott, mely röviddel a baj kitörése előtt folyt le és a vizsgálatkor gyenge angina nyomai voltak találhatók. Azután szakgató fájdalmak támadtak az alsó végtagokban, melyek helyhez nem voltak kötve; három esetben jelentéktelen dyspepsiás tünetek, rosszullét, hányásinger, hasmenés fejlődtek, melyek 1—3 napig tartottak. Ezután a hőmérsék hideglelés nélkül emelkedett, és helyhez kötött spontan fájdalmak támadtak, az izmok azonkivül nyomásra is fájdalmasak voltak. A betegek a fájdalmakat húzó, szúró, görcsszerü jellegüeknek mondták, néha az egész izomra kiterjedtek, máskor csak a tapadáshelyekre szorítkoztak. A megtámadt izom diffusan vagy göbösen be volt szürődve és kemény volt. A bőrön kóros tünet nem volt, sem exanthemák, sem vérzések, csak az arcz bőre látszott néha duzzadtnak. A betegek többnyire erősen izzadtak. A baj az egész izomzatra kiterjedt, a lélegző izmokra és a nyelvre is. A szívizomzaton olyan tünet nem volt, melyet az acut lázas baj meg nem magyarázott volna. A nyelés nem volt zavart, a lép nem volt duzzadt, a hasi szerveken és tüdőkön nem volt kórtünet. A vizeletben átmenetileg fehérje volt, a diazoreactio is ki volt mutatható. Az általános tünetek hevesek voltak; a betegek jajgatva, fájdalmaktól való félelmükben mozdulatlanul feküdtek ágyukban és igen nyomott kedélyhangulatban voltak. Egy esetben rövid ideig paraesthesiák is jelentkeztek, egyéb érzészavar nem volt, a reflexek és az érmozgató idegrendszer rendben volt, az agyidegek épen maradtak. Egy esetben a galváningerlékenység csökkent. A vérben nem volt bakterium. Leukocytosis nem volt, a betegség tetőpontján nem volt eosinophil sejt, ezután újból feltüntek.

A kóroktan tekintetében semmi támasztópont nincs, szerző a bélhuzamból kiinduló intoxicatio lehetőségét megemlíti; de a talajnál mélyebben fekvő szobáknak is lehetett része a baj kitörésében. A kórjelzés tekintetében a következők merültek fel. Trichinosis ellen szól a kórlefolyás. Az ismert sepsises és fertőző bajokhoz társult myositiseket a kórelőzmény zárja ki. Az acut izomcsúz rövidebb ideig tart, meghülés után támad, egyes izomcsoportokra szorítkozik, az izmokon nincs anatomiai elváltozás, sem beszürődés, e bajban a lélegző izmok nem vesznek részt. Kizárható volt az izületcsúzzal járó myositis és idegtünet hijján a neuromyositis is. Az úgynevezett mérgezésen alapuló myositis diabetes, nephritis, szénoxyd-behatása következtében szintén ki volt zárható. A polymyositis acuta eddig ismert alakjai is különböznek az itt közölt esetektől, mert abban egymás után betegednek meg a végtag-, a törzs- és a lélegző izmok, a bőr oedemás lesz, rajta erythemák tünnek fel, a böralatti kötőszövet meg-

duzzad, a betegek elesettek és meghalnak. Az esetek még legközelebb állanak a Wagner-féle polymyositishez, mely idült kiújulásokkal szokott járni. A kórjelzés szempontjából különösen érdekes a 9. sz. eset. Ezen esetben a baj polyarthritissel társult, a beteg egynehány hónappal jelen baja előtt lázas lett, fájdalmas volt a has jobb oldala, a minek következtében appendicitist állapítottak meg, laparotomiát csináltak, de az appendix ép volt, a fájdalmat a hasizom beszürődése okozta, mely felett a kopogtatás hangja is tompult volt.

A lefolyásra salicyl, aspirin, antipyrin nem volt befolyással, bepakolás, borogatás csillapították a fájdalmat. A könnyü esetek meggyógyultak, a súlyosak teljes gyógyulása még nem biztos, ezekben gyenge visszaesések is támadtak. Kérdéses még, hogy a beszürődött helyek duzzanata nem fog-e megmaradni. A betegség 1—2 hétig, a súlyos esetekben a visszaesésekkel együtt három hónapig tartott. (Münch. medizinische Wochenschr. 1905. junius 6.)

A nyakszirtmerevedésről *Grawitz* előadja, hogy az egyedül álló esetekből sohasem fejlődik epidemia, és hogy az epidemiákban orvosok és ápolók nem betegedtek meg. A baj contagiumos voltának, melyet *Kirchner* hangoztat, csak kisfokúnak kell lennie és Felső-Sziléziában különös mozzanatoknak kell fennforogniok, melyek ott disponáló módon hatnak. Ezen dispositio nem lehet csak a szük lakás, mert különben a szép idő beálltával, a mikor a gyermekek egész napjukat a szabadban töltik, meg kellett volna szünnie a bajnak, pedig épen az ellenkezője történt. *Westenhoffer* is téved, a midőn a gyárak füstjétől terhes levegőnek a légutakra gyakorolt hurutkeltő hatását vádolja, mert más gyárvárosokban is megvan ez, és daczára ennek nem lesz epidemia az egyes esetből. G. egyébként saját eseteiben *Jansen*nal megvizsgáltatta a felső légutakat és azokban nem talált elváltozást. Különösen érdekes az, hogy daczára az élénk vasúti összeköttetésnek, mely Felső-Szilézia és Németország egyéb helyei között fennáll, máshol kiterjedtebb epidemiás gócz mégsem támadt.

Charlottenburgban 17 esetet küldtek a kórházba meningitis cerebrospinalis kórjelzéssel, ezek között három csak gyomorbélhuzam-intoxicatio volt, négy másodlagos meningitis volt, hét tuberculosisos és csak három esetben állott meg az eredeti kórjelzés, ezek egyedül álló esetek voltak. A kórjelzés tehát igen nehéz. Figyelemmel kell lenni arra, hogy a tuberculosis esetek súlyosabban indulnak. Ezért fontos a cerebrospinalis folyadék vizsgálata, melyben a Weichselbaum-féle meningococcus könnyen kimutatható; a tuberculosis-bacillust is keresni kell ebben, bár ez nehezebben sikerül. Fontosabb, hogy a genyes meningitisekben a cerebrospinalis folyadékban sokmagvú genysejtek vannak, míg tuberculosus meningitisben lymphoid sejteket találni. De ez a jel csak a baj kezdetén használható, mert később a tuberculosis-esetekben is előtünnek a sokmagvú genysejtek. Ezenkivül hasznos lehet a vérvizsgálat is, mert míg az egyedül álló cerebrospinalis meningitisben a leukocyták a vérben nem szaporodnak meg, addig a tuberculosisos esetekben a vérben erős leukocytosis támad.

G. gyógyítása abban állott, hogy a genyet lumbalis punctioval kiürítette, és sok folyadékfelvétellel elősegítette a diuresist. E czélra a beteg konyhasós beöntéseket is kapott. (Berl. klin. Wochenschrift. 1905. junius 12.)

Sebészet.

A veserák sebészi kezeléséről értekezik *Grégoire* a *Guyon*-klinikáról. *Albarran* azon tapasztalatából kiindulva, hogy veserák műtéte után az esetek 80%-ában az első 6 hónap leforgása alatt fellép a recidiva, szerző vizsgálat tárgyává tette a gyors recidiva okát, főleg pedig a vese nyirokpályáját. A rák egy felületes és egy mély nyirokpályán terjed tova s infiltrálja az aorta oldalán fekvő nyirokcsomókat; a rákos beszürődés nem jelentkezik rögtön, a rák keletkezésével egyidőben, és nincs arányban az elsődleges rák nagyságával, mert ismeretesek emberfejnyi rákos vesedaganatok, a melyek kiirtása óta már hosszú évek teltek el, így *Krönlein* esetében 16 év. A rák terjedése azonban nemcsak ezen lymphatikus úton, hanem per continuitatem is történik, még pedig a vese zsíros tokjában gyakran van rákos fészek olyan esetben is, midőn makroskopice elváltozás nem mutatható ki, ép ezért a capsula adiposa minden esetben eltávolítandó. Kérdés, mikor történjék a műtéti beavatkozás? Minél előbb, a baj kezdetén. De vannak-e tünetek, melyek korán arra utalnak, hogy veserákkal van dolgunk? A haematuria korai jel, de műtétre már késő jel lehet. Nagyon jellegző a fájdalom, mely a lumbalis tájról kisugárzik a hólyag felé, az utolsó intercostalis, genito-cruralis ideg felé; gyakran ez az első jel, csakhogy ekkor már késő a műtét, mert ezen *állandó, kisugárzó fájdalom* biztos jele a rák propagatiojának. Tehát vannak veserákok, melyek mihelyt tüneteket okoznak, máris inoperabilisak. A varikokele gyakran jele a rákos mirigybeszürődésnek, de következménye lehet a daganat okozta nyomásnak is.

Műtéti beavatkozásnál a vesét in toto, zsíros tokjával együtt ki kell irtani, egyúttal eltávolítandók a környi nyirokutak s az aorta oldalán levő nyirokcsomók is.

Jelenleg az irodalomban 31 veserák-eset van ismertetve, melyek műtéte óta több mint 4 év mult el recidiva nélkül, köztük esetek 16, 15, 11, 8, 7, 6 éves recidivamentességgel. (Thèse de Paris, 1905.) *Steiner Pál* dr.

Inoperabilis emlőrákok gyógykezeléséről castratioval értekezik *E. Michels* londoni sebész. Az oophorektomia befolyását inoperabilis emlőrákokra Beatson óta, ki már közel egy évtized óta gyakorolja ezen kezelést, számos más angol sebész is észlelte. Stanley-Boyd, Lett, Donald, Smith, Annandale, Hermann és Furnival sebészeket foglalkoztatta főleg e kérdés. Hogy miben áll a castratio befolyása, arra nézve elméletileg sok merész feltevés létezik. Beatson azt véli, hogy a műtét után az emlő mirigysejtjei fokozottabb mértékben esnek szét, a mivel egyúttal a ráksejteknek szétesése is karöltve jár; elméletét az állattenyésztők ama régi tapasztalatára építette, mely szerint teheneknél castratio után a tejképzés a mirigysejtek túlzott zsíros szétesése folytán fokozódik. Műtéteivel teljes gyógyulást nem ért el, de az emlőráknak kisebbedése és a subjektiv javulás némely esetben feltünő volt és közölt is eseteket, melyekben teljesen infaust prognosis mellett évekig tartott a javulás.

E. Michels bő irodalmi tanulmányok, valamint saját tapasztalatai alapján a kérdésről következőleg nyilatkozik.

Az oophorektomia inoperabilis és recidiváló emlőrákoknak nagy számában kitünő palliativ eljárás, mely lényegesebb veszély nélkül hajtható végre és a mely a fájdalmakat csökkenti s az életet meghosszabbítja. A legkedvezőbb eredmények 40—47 éves korban érhetők el; a klimakterium beálltával avagy belső metastasisok esetén Michels a műtétet már nem ajánlja. A műtét nem gyógyít, csak javulást hozhat; czélszerű erről a betegnek hozzátartozóit is felvilágosítani, nehogy túlzott reményeket tápláljanak. A műtét élettani hatását, a castratio befolyását a rákos emlő és a mirigyek ideiglenes visszafejlődésére, kielégítő módon magyarázni eddigelé nem tudjuk. (Münchener mediz. Wochenschrift. 1905. 24. sz.) *Gergő.*

20 intussusceptiót észlelt *Wallace*. Az intussusceptio 19 esetben úgy a vékony-, mint a vastagbelet involválta, míg egy esetben tisztán a vastagbélre szorítkozott, 4-szer kettős intussusceptio volt jelen. A kezelésnél a felfúvásokat elitéli, tisztán a laparotomia híve; 20 esete közül 4 (20%) halt meg (egy a hasi seb szétválása, egy agyvisszérthrombosis, egy shock és egy coecumgangraena folytán), köztük kettő, a hol resectio történt; ezektől eltekintve 11·1% a mortalitás, a mi igen szép eredmény, ha meggondoljuk, hogy a néhány év előtti statistikákban sokkal nagyobb a halálozási arány, így *Sargent*-nél (1900) 61%, *Barker*-nél (1896) 42·8%, *Arcy Power*-nél (1998) 61%. (Annals of surgery, 1905. márczius.) *Pólya.*

A Sclavo-féle anthrax-serum használata után öt eset közül négyben látott gyógyulást bekövetkezni *Stretton;* ha kivihető, a serumkezelés mellett a pustula kimetszése is ajánlatos, a gyógyulás azonban, mint a közölt egyik esetben is, minden műtét nélkül bekövetkezhetik. (The Lancet, 1905. 4265. sz.) *Pólya.*

A hysterocelékről ir *Birnbaum*. *Runge* klinikáján észlelt egy esete kapcsán összeállítja az idevágó irodalmat, mely szerint az uterus eddig összesen 24-szer találtatott inguinalis, kétszer cruralis sérvben, rendszerint az egyik ovariummal együtt. B. ese-

tében az uterus sorvadt volt, a petefészek szintén s benne a Graaf-tüszőknek csak rudimentumai voltak találhatók. Legfontosabb szövődmény az, ha a sérvben levő méhben terhesség fejlődik; ezt hernia uteri inguinalisnál nyolczszor, cruralisnál sohasem észlelték. A sérvkapu szűk volta a terhesség normalis befejezését lehetetlenné teszi s így a terhesség vagy abortussal végződik, vagy mesterséges koraszüléssel, illetőleg császármetszéssel kell befejezni. Ez utóbbit négyszer végezték (három letalis végződéssel). Porro műtétet pedig egyszer hajtottak végre. A hysterocele diagnosisára főleg a sérvtartalom fájdalmas duzzadása a menstruatio idején vezethet *(Küstner)*; a therapia — mivel a szalagok megrövidülése miatt a taxis többnyire sem vértelen, sem véres úton nem lehetséges, másfelől az uterus benmaradása a sérvben a bekövetkezhető graviditás útján életveszélyt rejt magában — többnyire az uterusnak a sérvtömlővel s az abban helyet foglaló adnexumokkal együtt exstirpatiojában kell hogy álljon. B esetében ez sikerrel történt. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. május 22.)

Pólya.

Emlőrákról férfiaknál közöl tanulmányt *Jeanney* a montpellieri sebészeti klinikáról. Férfinál az emlő rákos megbetegedése a ritkább rákfajok közé tartozik és míg nőnél az első, addig férfinál a 12. helyet foglalja el. *Schulthess* szerint az emlőrákoknak csak 2·5%-a fordul elő férfinál. Az aetiologiai momentumok közt szerepet tulajdonít a gynaekomastiának, még inkább a traumás behatásoknak. *Williams* egy esetében az emlőbimbó eczemájához csatlakozott a rák. *(Dollinger* tanár klinikáján legutóbb *Paget*-disease után észleltünk rostos rákot férfi emlőjében. Ref.) Egyik emlőfél rákos megbetegedése sem praevaleál; átlag az 51·7. évben jelentkezik. A férfiak emlőrákja csak ritkán mutatkozik mint bőrcancroid, rendesen a bőr mirigyelemeiből fejlődik s mint fibrosus rák a relative jóindulatú rákok közé tartozik, kisebb a hajlama a környezettel való összekapaszkodásra, a mellizmokra csak igen hosszas fennállás után terjed át, de ha ezen indolens állapota megszünik, gyorsan, 6—8 hó alatt halálhoz vezet. *Poirier* a nem operált férfi-emlőrák átlagos tartamát 3½ évre teszi, de szerző tapasztalata szerint ez még hosszabb. Daczára ezen viszonylagos jóindulatúságnak, mégis lehetőleg korán kell operálni, még pedig gyökeresen; a műtét gyökeres legyen, a hónaljmirigyek kitakarításával. Hogy a regionaer mirigyek is eltávolítandók minden esetben, a mellett *Koenig* tapasztalata is szól, mely szerint a hónalj kitakarításával egybekötött esetek 46%-a, az a nélkül végzett műtéteknek csak 23%-a vezetett végleges gyógyulásra. Szerző összegyüjtött 37 eset alapján azon következtetést vonja le, hogy az operált betegek 60%-a recidivában hal el, 30%-a pedig a *Volkmann* követelte triennium értelmében véglegesen meggyógyul. (Thése de Montpellier, 1905. április).

Steiner Pál dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A mesotant *Ruhemann* újabban kenőcs alakjában használja: Rp. Mesotani 5·0; Vaselin. americ. flav. 15·0. Előnye ezen alkalmazásmódnak egyrészt az, hogy nem jelentkeznek izgalmi tünetek (a melyek mesotan alkalmazása után egyébként gyakoriak); másrészt, hogy az ilyen mesotan-kenőcsöt massage-ra is fel lehet használni, míg a tiszta avagy olajjal kevert mesotannal az erős izgalmi tünetek miatt massaget végezni nem lehet. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1905. 19. sz.)

Gonorrhoeás izületlob ellen *Burwinkel* absolut alkoholos borogatásokat ajánl; a borogatások impermeabilis anyaggal fedendők. Ezen borogatások rendkivül nagyfokú hyperaemiát okoznak, a mely tetemesen elősegíti az izületbeli kóros termékek felszívódását. (26. öffentliche Versammlung der balneolog. Gesellschaft. Berliner klin. Wochenschrift, 1905. 17. szám.)

Theophyllin használata után *Schlesinger* többször észlelt kellemetlen melléktüneteket, a melyek egyrészt nem nagy jelentőségü gyomor-bélzavarokban, másrészt epilepsiaszerü általános görcsrohamokban és az eszmélet elveszésében nyilvánultak. A görcsöket többnyire erős fejfájás vagy hányásinger előzi meg. Szerző szerint theophyllinum purumból naponként 0·80 grammnál nagyobb adagot használni nem tanácsos. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 23. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1905. julius 28.

± **Kinevezés.** A belügyminister *Rónay Sándor* dr. fizetéstelen rendőrorvost fizetéses rendőrorvossá, *Ecsedy Gedeon* dr.-t pedig fizetéstelen rendőrorvossá nevezte ki. — *Vajna Gábor* dr. kovásznai körorvost tiszteletbeli megyei főorvosnak nevezték ki.

+ **Uj magántanárok.** A vallás- és közoktatásügyi minister *Szabó József* dr.-nak a budapesti egyetem orvostudományi karán a fogászati műtéttanból és *Matolcsy Miklós* dr.-nak ugyanott a gyógyszerészettanból egyetemi magántanárrá képesitését jóváhagyólag tudomásul vette, és nevezeteket e minőségükben megerősitette.

× **Választás.** *Háromy Ferencz* dr.-t egyhangúlag kőszegi körorvossá választották. — *Sarkady Mór* dr. t Békésen halottkémmé választották. — Elek község képviselőtestülete *Noll Gyula* dr.-t választotta meg egyhangúlag községi orvosnak. — *Chimbir Pál* dr.-t mozsgói körorvossá választották. — *Demetrovits Szilárd* dr.-t Sztapár község orvosává választották.

① **A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók** 1905. augusztus 27.—30.-ig Szegeden tartandó vándorgyülésére utólag a következő előadásokat jelentették be: *Alexander Béla* dr. Mozzanatok a csontváz fejlődéséről a sugaras képek alapján. *Béla Pál* dr. A conjunctiva cystáiról. *Berecz Ede.* A meteorologia az igazságszolgáltatás és a törvényszéki orvos szolgálatában. *Boros József* dr. A hosszabb bélresectiókról. *Chudovszky Móricz* dr. A könyökizületi ficzamodás műtéti beigazitása inképléssel kapcsolatban. *Csippék János.* A polgári és katonai gyógyszertárak viszonyairól. *Csonka Ferencz.* Élelmiszerhamisitások különös tekintettel a szegedi viszonyokra. *Deutsch Ernő* dr. A csecsemők halandósága s az ingyentej intézmény. *Deutsch Ernő* dr. és *Székely Salamon.* A Ssékely-féle gyermektejről. *Eisenstein Jakab* dr. A trachoma gyógykezelése a szegedi állami trachoma-kórházban. *Elfer Aladár* dr. A fehérvérüség és egyéb lépmegnagyobbodásokkal járó megbetegedések gyógykezelése Röntgen-fénynyel. *Falta Marczel* dr. 1. A pterygium pathologiája 2. Az orr genitalis reflexeiről. *Fábry Sándor* dr. Az egészségügyi administratioról. *Grósz Gyula* dr. A skarlátos vesegyuladás kezeléséről. *Hankó Vilmos* dr. Magyarország fürdői és ásványvizteleppei 115 vetitett képben. *Hecht Adolf* dr. A városi szemét eltakaritásáról. *Holländer Hugó* dr. A vérkimutatás egy uj módszeréről és egyéb orvos-laboratoriumi eredményekről. *Hollós József* dr. A kórbonczolások jelentőségéről. *Kétly László* dr. Az Adams-Stokes-féle betegségről. *Klein Mór* dr. A méhelőesésekről. *Kopits Jenő* dr. Deformitást leplező támasztó fűző nagy bordapápú scoliotikusok számára bemutatással. *Köhegyi Lajos* dr. Milyen esetekben jogosult a müleges abortus? *Mann Jakab* dr. A kocsánycsavarodás törvénye. *Mohr Mihály* dr. A gyermekek szemsérülései. *Petz Lajos* dr. Adatok a vérsavó értékének megállapitásához diphtheriánál. *Szilárd Béla.* A radioactivitás jelentősége az orvosi gyakorlatban. *Torday Árpád* dr. Lymphocyta, leukaemia és pseudoleukaemia. *Torday Ferencz* dr. A csecsemőkori rhinitisekről. *Váli Ernő* dr. Fülzörejek és fülhangok. *Weyner Emil* dr. Legújabb haladások a kosmetika terén. *Winternitz M. Arnold* dr. A farkastorok műtétének indicatioi és technikája.

← **A pécsi új elmegyógyintézetet** e hó 15.-én nyitották meg. Az intézetet, melynek igazgató-főorvosa *Sipőcz István* dr., 380 betegre tervezték, de 450 beteg is kényelmesen lesz elhelyezhető benne.

+ **A Chyzer Kálmán szerkesztésében megjelenő egészségügyi almanach** II. évfolyama a napokban hagyta el a sajtót. Czélszerű újitásként emlithetjük, hogy az orvosok az egyes megyékben tartózkodási helyük (városok, községek) szerint vannak sorrendbe foglalva, úgy hogy az érdeklődők könnyen megállapithatják, hogy az egyik vagy másik helyen ki az orvos vagy hány orvos van. Az almanach *Jakab László* dr. tollából „Vizgyógymódok javalatairól" czimmel rövid tanulmányt is tartalmaz. Ára 3 korona.

† **Elhunyt:** *Schäffer Nándor* dr. dolovai községi orvos. — *Poporits György* dr. Biharmegye tiszti főorvosa. — *Károlyi Gyula* dr. nyugalmazott fehérmegyei járásorvos 54 éves korában Budapesten. — *Fischer*, a sebészet rendkivüli tanára Strassburgban, 49 éves korában. — *Moussous*, a nőgyógyászat nyug. tanára a bordeauxi egyetemen. — *Brettauer* dr., a trieszti városi közkórház nyug. főorvosa, ismert szemorvos, 69 éves korában, julius 11.-én. — *Elsner M.* tanár, a berlini „Institut f. Infektionskrankheiten" sok éven át assistense. — *Schultz Pál* tanár, a berlini élettani intézet egyik laboratoriumának vezetője, számos physiologiai értekezés szerzője. — *Wiener Salamon* dr. szabadkai orvos e hó 22.-én 73 éves korában Ausseeban.

× **Kisebb hirek külföldről.** A Nothnagel tanár halálával megüresedett belgyógyászati tanszékre *Krauss* berlini tanárt hivták meg, ez azonban a meghivást visszautasította. — A bécsi egyetem hygienetanszékére a jelölések következők: első helyen *A. Schattenfroh*, második helyen *W. Prausnitz* gráczi, harmadik helyen *A. Lode* innsbrucki tanár. — Az innsbrucki új fogászati klinika vezetőjévé rendkivüli tanári minőségben *B. Mayrhofer* linzi fogorvost nevezték ki.

+ **A X. nemzetközi alkoholismus elleni congressus** végrehajtó bizottsága Babarczi-Schwartzer Ottó dr. főrendiházi tag elnöklete alatt népes gyülést tartott, a melyen a congressus több fontos ügyében történt határozat. Megállapitotta elsősorban a bizottság a congressus végleges programmját, mely szerint a congressus szeptember 11.-én, hétfőn veszi kezdetét, este lesz t. i. a Műcsarnokban az ismerkedési estély. Kedden, szep-

tember 12.-én délelőtt 10 órakor lesz a congressus ünnepi megnyitása, a congressus tisztikarának megválasztása és a hivatalos üdvözlések, majd *Gruber* müncheni egyetemi tanárnak ünnepi előadása: *Az „én" hygieniája* czimen. Délután folytatódnak a tárgyalások: *Az alkohol befolyása a szervezet ellentálló képességére.* Előadók: *Laitinen* Helsingfors, *Weygandt* Würzburg. Utána *Liebermann Leó* dr. budapesti egyetemi tanár tart előadást: *A műbor hygienikus jelentőségéről.* A következő napokon: *Nevelés és iskola az alkoholellenes küzdelemben.* Előadók: *Miss Eliot Yorke* London, *Hähnel* Bremen, *Eötvös Károly Lajos* Szolnok, *Fischer Jakab* dr. Pozsony, *Kirschanek Ödön* B.-Szt.-István. Délután: *Alkohol és büntető törvény.* Előadók: *Lombroso* Turin, *Bleuler* Zürich, *Vámbéry Rusztem* Budapest. *A szeszes italok végzetes hatása az afrikai benszülöttekre,* előadja: *Müller* Groppendorf. *A munkások kulturális törekvései és az alkohol.* Előadók: *Van der Velde* Brüssel, *Kiss Adolf* Budapest. *Alkohol és nemi élet,* előadja *Forel* Chigny. *Alkohol és munkaképesség különös tekintettel a katonai trainingre,* előadja: *Mitander* Föllinge (Svédország). *Alkohol, mint tápszer,* előadja: *Kassowitz* Wien. *Az alkohol ipari értékesítése.* Előadják: *Dazynska-Golinska* úrnő Krakow, *Klemp Gusztáv* Budapest és *Báró Malcolmes Béla* Budapest. *Az italmérés reformja.* Előadók: *Eggers* Bremen, *Helenius* Helsingfors, *Legrain* Paris. *Az alkoholismus elleni mozgalom szervezése.* Előadók: *Wlassak* Wien, *Máday Andor* Budapest és *Stein Fülöp* dr. a congressus főtitkára. A congressussal kapcsolatban a következő estélyeket fogják megtartani: szeptember 11.-én délután 4 órakor a Magyarországi Nőegyesületek szövetsége által rendezett összejövetel, a melyen előadásokat tartanak Grúz Albertné Budapest, Miss Ch. A. Gray London, Gonser Berlin, Ottilie Hoffmann Bremen, Ch. Wakely London, és Grossmann Janka Budapest. Szeptember 12.-én este a magyarországi abstinens egyesületek estélye, 13.-án a katholikus estély, a németországi Alkoholgegner Bund és a magyar betegsegélyző pénztárak gyülése; 14.-én délután az elmeorvosok gyülése, a melyen Delbrück, Waldschmidt, Bezzola, Mme Legrain és Juliusberger dr. tartanak előadásokat. 15.-én este lesz a nemzetközi abstinens diákösszejövetel, 16.-án pedig nagy nemzetközi munkásgyülés. Szeptember 14.-én este lesz a Margitszigeten a székes főváros által rendezett nagy művészestély, alkoholmentes bankettel. Szeptember 17.-én pedig társas kirándulás terveztetik a Balaton mellé.

A nemzetközi congressus, a melynek socialis, hygieniai, kulturális és nemzetgazdasági szempontból egyaránt rendkivüli nagy fontossága van úgy az egész emberiség, mint hazánk szempontjából, a legszebb eredménynyel kecsegtet. Igen számosan jelentkeztek már eddig is tagul külföldiek, hazaiak, magánosok, egyletek egyaránt. Nagyon fontos, hogy a congressus tárgyalásaiban mind olyan kérdést ölel fel, a melyeknek ismerete és a gyakorlati életbe való átvitele épen a hazai viszonyok szempontjából elsőrangú érdeke mindannyiunknak. A végrehajtó bizottság a programm megállapitásán kivül intézkedett a congressusi tagok elszállásolásának helyes végrehajtása ügyében, elhatározta azonkivül, hogy a congressus alkalmából *„Az alkoholizmus"* czimü lapból ünnepi kiadást készittet, a mely a congressus teljes müsorát, tagjainak névsorát stb. közölje.

⚔ **Mozgalom az orvoskari magántanárok ellen Bécsben.** Az osztrák főváros orvosi köreiben néhány hónap előtt mozgalom indult meg a sok magántanár kreálása ellen az orvosi karon. Mint már egyik mult számunkban emlitettük, a bécsi orvoskari tanártestület e mozgalom hatása alatt nemrégiben elhatározta, hogy csak annak iléli oda a habilitatiót, a ki a szavazáskor háromnegyed szótöbbséget nyer. Szóba jött a numerus clausus behozatala, valamint annak a megkövetelése is, hogy a habilitálandó legalább 4 évi egyetemi assistensi szolgálatot tudjon kimutatni, e javaslatok azonban nem mentek határozatba. Az orvoskari magántanárok ügyét szóba hozták a képviselőházban is a julius 4.-i ülésen, interpellatio alakjában. Az interpelláló utalt arra, hogy a többi gyakorló orvosnak milyan anyagi kárt okoz a sok magántanár fölénye a praxisban. Hartel minister feleletében kiemelte, hogy az orvosi fakultások már is intézkedtek ez ügyben a maguk hatáskörében a habilitatio feltételeinek szigorítása által, továbbá hogy felhivta az összes egyetemi rektoratusokat, hogy hassanak oda, hogy a privatdocensek e czimüket csak tudományos dolgozataikban használják, ne pedig a praxisban. A bécsi orvosi fakultáson ez idő szerint 136 privatdocens van habilitálva, köztük kettő rendes tanári és 24 rendkivüli tanári czimmel.

✳ **Doyen rákserumának alkonya.** Mint annak idején emlitettük, Doyen mult év deczember 14.-én rákserumáról s annak kitünő hatásáról a rák kezelésében előadást tartott a párisi Société de Chirurgie-ben. Az egyesület Doyen adatainak az ellenőrzésére bizottságot küldött ki, melynek tagjai Berger, Nélaton, Monot és Delbet dr.-ok voltak. A bizottság Doyen klinikáján végezte ellenőrző vizsgálatait, s jelentését ez év julius 12. én terjesztette a Société de Chirurgie elé. A jelentés szerint a bizottság, bár öt hónapig volt tanúja Doyen kezelésének 26 betegen, egyetlen egy esetben sem látott javulást beállani, s arra a meggyőződésre jutott, hogy Doyen illusiók áldozatává lett. A bizottság előadója, Delbet tanár még hozzátette, hogy saját praxisában is három esetben tett kisérleteket a rákserummal, mindegyikben igen rossz eredménynyel, mert a daganat gyors növekedésnek indult a kezelés következtében.

┼ **Magyar fürdők látogatottsága.** *Lipik* (VII. 23.) 2015; *Korytnicza* (VII. 11.) 647; *Tátrafüred* (VII. 19.) 1710; *Előpatak* (VII. 20.) 814; *Daruvár* (VII. 15.) 835; *Tátra-Széplak* (VII. 17.) 780;

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1905-dik év 25. hetében (1905. julius 2.-tól julius 8.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1905-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 819,783, katona 16,484, összesen 836,267. Élveszületett 425 gyermek, elhalt 351 egyén, a születések tehát 101-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránysáma: 1000 lakosra: 26·4. — Halálozások aránysáma: 1000 lakosra 21·7, az egy éven felüli lakosságnál: 20·1, az öt éven felüli lakosságnál: 6·3. — Nevezetesebb halálokok voltak: meningitis 4, meningitis tuberculosa 6, apoplexia cerebri 4, convulsiones 4, paralysis progress. 0, tabes dorsalis 3, alii m. med. spin. 0, alii m. syst. nerv. 1, morbi org. cordi. 7, morbi myocardii 0, vit. valvularum 1, arteriosclerosis 4, alii m. org. circ. 4, bronchitis acuta 0, bronchitis chronica 0, 5 éven aluli 1, 5 éven felüli 0, pneum. catarrh. 3, pneumonia 6, pneumonia crouposa 0, tuberc. pulmonum 44, emphysema pulm. 1, pleuritis 1, alii m. org. resp. 2, morbi stomachi 0, enteritis 2 éven aluli 33, 2 éven felüli 3, cholera nostras 0, hernia incarcerata 1, alii occl. intestini 0, peritonitis 3, cirrhosis hepatis 0, alii morbi hepatis 1, alii m. org. dig. 0, nephritis 6, alii m. syst. urop. 2, gravid. et puerp. 0, alii m. org. gen. 0, m. cut. et t. cell. 0, m. oss. et artic. 0, debil. congenita 14, paedatrophia 0, marasmus senilis 4, carcinoma ventric. 8, carcinoma uteri 0, alia carcinomata 2, alia neoplasmata 1, morbi tuberculosi 2, diabetes mellitus 0, alii m. constitut. 3, typhus abdominalis 1, variola, varicella 0, morbilli 0, morbilli pneumonia 1, scarlatina 1, pertussis 0, croup-diphth. 0, dipht. faucium 0, influenza 0, febris puerperalis 0, lues congenita 1, erysipelas 1, pyaema, sepsis 2, alii morbi infect. 0, morbi alii et ignoti 0, casus fortuitus 8, suicidium 2, homicidium 0, justificatio 0, casus viol. dubii 0. — **II. Betegedés.** *a*) Betegforgalom a községi közkórházakban. A mult hét végén volt 3373 beteg, szaporodás 871, csökkenés 885, maradt e hét végén 3296 beteg. *b*) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tünteti fel): kanyaró 144 (167), vörheny 29 (40), álh. gége- és roncsoló toroklob 17 (13), hökhurut 24 (15), gyermekágyi láz 0 (0), hasi hagymáz 3 (4), himlő 0 (0), álhimlő 0 (0), bárányhimlő 19 (19), vérhas 1 (1), járv. agy-gerinczagykérlob 0 (0), járv. fültőmirigylob 6 (1), trachoma 2 (0), lépfene 0 (0), ebdüh 0 (0), takonykór 0 (0).

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium."** Ujonnan épült magángyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére, **Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. szám. — 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.**

Dr. Niedermann elmebeteg-sanatoriuma a Széchenyi-telepen, Erzsébet királyné-út végén. Telefon 79—72. Villamos vasút-összeköttetés. Kivánatra prospektus.

Szt.-Lukácsfürdő gyógyfürdő, Buda.

Természetes forró-meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások massage, vizgyógyintézetek, szénsavfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz-uszodák. Olcsó és gondos ellátás. Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok stb. felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő igazgatósága Budán.**

Elektromágneses intézet (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. **Budapest, VII., Városligeti fasor 15.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor-** és **bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Orvosi kezelés. Mérsékelt dijak. Kivánatra prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Gonococcus-vizsgáló laboratorium. Csillag Jakab dr. Budapest, VI., Teréz-körút 2.

FANGO-GYÓGYINTÉZET. Körúti fürdő (Erzsébet-körút 51.) **Csúz, Köszvény,** consecutiv neuralgiák, sebészeti utóbántalmak ellen. Vezető orvos: **Dr. VÁNDOR (Wildmann) DEZSŐ.**

Dr. Kopits Jenő, operateur, **testegyenesítő intézete Budapest, VII., Kerepesi-út 18,** I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2.)

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat (VIII. bemutató ülés 1905. május 24.-én). 552. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 553. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1905. május 24.-én.)

Elnök: **Axmann Béla.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Folyt.)

Késői lues érdekesebb esetei.

Steiner Gyula: I. K. A., 37 éves juhászt f. é. május 2.-án vették fel Róna tnr. osztályára. Apja 20 év előtt hasmenésben halt el, anyja 25 év előtt köhögésben, sohasem abortált, de a feje mindig ki volt varasodva. Két fitestvére közül az egyik 25, a másik 20 éves korában előtte ismeretlen bajban halt meg.

Körülbelül 20 év előtt a feje kivarasodott; a varasodás lassanként a fejtetőre húzódott, onnan pedig az arczra és a mellre. A hajzatos fejbőr megbetegedésével majdnem egyidejűleg jelentkezett a baj a jobb czomb külsőoldalán, valamint a bal czombon, onnan lassanként lehúzódott a bal lábra s később a jobb alszárra. 10 év előtt mindkét felkaron hasonló kiütése keletkezett, mely lassanként átterjedt az alkarokra és terjedése közben a régi hegek spontan gyógyultak. Egy év előtt arcza nagyon megdagadt. A daganat átterjedt a bal szemre is, minek következtében a bal szeme tönkrement. Antiluetice eddig nem kezelték. Genitális baja sohasem volt. Tengéleti szervei elváltozást nem mutattak, vizeletében fehérje vagy czukor nincs. Felvétele alkalmával a hajzatos fejbőr gyér hajjal fedett, különösen az occipitális tájékon, melynek legnagyobb részét kemény merev heg borítja, elszórtan lencsényi és borsónyi hegek a parietális oldalakon, a hegeken a szőrök elpusztultak. Az egész arcz, orr, homlok, felső és alsó ajk, áll kemény sugaras hegekkel boritott. Atrophia bulbi sinistri, mindkét alsó szemhéj tönkrement, helyét nyálkahártyával fedett vörös képlet foglalja el. A jobb felső szemhéj ectropiumos, a septum perforált, az orr csontos váza majdnem teljesen elpusztult, az orrgyök kissé besüppedt. A nyakon, tarkón a fentiekhez hasonló hegek, a hegek szélén a kulcscsontok körül a sternum felett körkörösen haladó, közepükön gyógyulást mutató, a környék felé terjedő lencsényi egész borsónyi, sonkabarna színű beszűrődések. Mindkét felső végtag a könyökizületben heges contracturát mutat, a bal al- és felkar hegének szélén a fentiekhez hasonló tuberoso-serpiginosus syphilidek. A jobb fel- és alkar kemény, helyenként pigmentált hegekkel fedett, a hegek között lencsényi barnavörös beszűrődések. A bal czombot, a bal gluteus-fájékot és a hát baloldalát tenyérnyi nagyságban, a bal alszár, valamint a jobb alszár és a jobb czomb hajlitó oldalának legnagyobb részét kemény sugaras hegek borítják.

II. V. Gy.-né, 24 éves, nőbeteg, felvétetett február 20.-án Róna tnr. osztályára. 12 éve van férjnél, gyermeke nincs, nem is vetélt, 12 éve beteg. A bal oldalon kezdődött a betegsége, később átterjedt a hátra és a mellre, antiluetice nem kezelték.

Felvételkor a bal vállon és felkaron sugaras, a csonthoz tapadt hegek, a mell közepén férfitenyérnyi területen, majdnem az egész háton, a sternumon, a vállon, a bal könyökön, a bal czomb felületén cutan és subcutan gummák; a bal boka belfelületén két férfitenyérnyi nagyságban meredek szélű, az izmokig hatoló kifekélyedés.

Mindkét esetben az infectiosus granulomák két főcsoportja: a lues és a tuberculosis, még pedig a göbös syphilid és a lupus vulgaris jöhetett szóba. Mindkettőnek közös vonása a hajlam a középen gyógyulásra és a peripheriába való terjedés; mindkettőnél perforált lehet a septum nasi. Különböznek azonban abban, hogy míg a lupus elemi laesioi kicsinyek, a bőrbe mintegy beültetve fordulnak elő, s csak később emelkednek ki kissé a bőr színéből: addig a késői göbös syphilid infiltratuma kezdettől fogva borsónyi egész nagy babnyi lehet; míg a lupus vulgaris színe sárgás-barna, addig a késői göbös syphilid barnásvörös, sonkaszinű. A lupus vulgaris hegei sokkal vékonyabbak, a hegek közt rendesen lupus-göbcsék láthatók, míg a késői göbös syphilid hegei sokkal durvábbak, sugarasak és festenyzettek. Az orrba átterjedve a lupus rendesen csak a bőrt és a porczos orrt teszi tönkre, mintegy elkapja az orr hegyét; a lues ellenben inkább az orr csontos vázát teszi tönkre; végre — és ez a fő — a lupus csak lassan roncsol, a lues ellenben igen gyorsan. A mit a lues pár nap vagy pár hét alatt roncsol, ahhoz a lupusnak hónapokra vagy évekre van szüksége. A differentiális diagnosis egyik döntő tényezője a therapia is; míg a késői göbös syphilid jodra és higanyra prompt reagál, addig a lupus csak látszólag javul, de nem gyógyul meg véglegesen.

A bemutatott betegek belsőleg jodot és külsőleg egyes helyeken higanytapaszt kaptak, mire nemcsak a higanynyal fedett területek gyógyultak, hanem a göbös syphilidek másutt is visszafejlődésnek indultak.

Dermatitis exfoliativa generalisata.

Preis Károly: H. J., 26 éves, csendőrtizedes f. év január 26.-án a képviselőválasztás alkalmával egész napon át szigorú téli hidegben a szabadban tartózkodott, erősen átfázott, különösen másnap, midőn haza indult. 28.-án fegyverét petroleummal és bőrtárgyait terpentintartalmú börkenőcscsel tisztogatta: midőn 29.-én téli ingét, melyet egyfolytában egy hétig viselt volt, levetette, észrevette, hogy egész melle és háta piros, a nélkül azonban, hogy ezen pir valami kellemetlenséget, viszketést, égést stb. okozott volna. Nehány nappal rá ezen megvörösödött bőrterületek erősen hámlani kezdettek, s egy hó lefolyása alatt ezen pir és hámlás egész testére kiterjedt.

Atyja és anyja fiatal korukban előtte ismeretlen betegségben haltak el; egy bátyja él, egészséges. A beteg állitólag mindig egészséges volt, soha semmiféle bőrbántalomban nem szenvedett.

Jelenleg a beteg köztakaróján tetőtől talpig erős pir és száraz, többnyire nagy, vékony lemezes hámlás látható; a mirigyek mindenütt duzzadtak, a beteg állandóan subfebrilis.

A mi a diagnosist illeti, első sorban psoriasisra lehetne gondolni, mint a melynek folyamán vagy kezdetén ilyen generalizált pir és hámlás be szokott következni, de erre az anamnesisben semmi támpont nincsen, úgy hogy ez esetben egyelőre nem zárkózhatni el ezen gondolat elől, hogy az erős átfázás kapcsolatban a petroleummal és terpentinnel, melyek különben a betegnek még sohsem ártottak volt, alkalmas volt arra, hogy ilyen generalizált exfoliativ dermatitis keletkezzék.

Teljesen biztos diagnosis különben csak az eset további észlelése, illetőleg lefolyása után lesz felállítható.

Méhkiürtással meggyógyított gyermekágyi láz esete.

Vértes Oszkár: Sz. Károlyné, 40 éves, IP.; utolsó tisztulása 1904. május havában; 1905. február 28. d. u. 11 ó. kezdődtek fájásai, s ugyanakkor repedt meg a burok. A bába ekkor köldökzsinór-előesést konstatálván, orvost hivatott, ki az asszonyt kórházba utasította. Márczius 1.-én d. e. 3 órakor vették fel.

A status ekkor a következő volt: Hő 37·0°, pulsus 80. Medenczeméretek normálisak. Fej a bemenet felett mozgatható, a symphysis felett erősen elődomborítja a méh alsó szakaszát. A méh folytonos összehúzódása miatt apró részek nem tapinthatók bizonyossággal. A méh jobb sarkában egy nagyobb gömbölyű rész tapintható, mely a magzat farának látszik. Szívhangok nem hallhatók. Hüvely tág; vulva előtt s a hüvelyben kb. 10 cm. hosszú, nem lüktető köldökzsinórkacs; nyakcsatorna 2 cm., külső méhszáj bőven, belső szűken ujjnyi. A hosszú nyakcsatornán át csak sejteni lehet az elülfekvő koponyát. A szülőnő állapota nem változik a következő nap d. e. 11 órájáig, mikor is megvizsgálva a nyakcsatorna eltüntnek s a méhszáj bőven kétujjnyinak mutatkozik. A fej a bemenetre rászorult. Minthogy rendes medenczeméretek és mozgatható, a méh alsó szakaszát erősen elődomborító fej mellett hydrocephalusra tették a valószinűségi diagnosist, a szülőnő igen kimerült és a szülés alig haladt előre, a halott magzat fejének punctiojára határozták el magukat. Troicart-ral azonban csak agyvelőt és folyékony vért kaptak. A szülést azután, vitális indicatio nem forogván fenn, magára hagyják. Ezután gyors tempoban halad a szülés, úgy hogy d. u. 1 ó. 30 p.-kor megszületik az 52 cm. hosszú halott fiúmagzat. Erős vérzés miatt többszöri sikertelen Credé után a lepény művi leválasztásához fognak. Ekkor kitünik, hogy a nyakcsatornát kétujjnyira szűkiti egy a cervix hátsó falából kiinduló, a kis medenczébe szorult, kora gyermekfejnyi myoma-göb, melynek kiemelése után kényelmesen behaladhattak a méh üregébe. A lepény leválasztása könnyen sikerült. A méh jobb sarkából egy másik myoma-göb indult ki, melyet azelőtt a magzat farának tartottak.

A fej beigazodását tehát a cervikális myoma késleltette, melynek a méh alsó szakaszával együtt való kihúzása után a fej gyorsan haladt előre.

A gyermekágy 3. napján rázóhideggel 39°-ra emelkedik a hőmérsék, pulsus 123, mely már a lepényi időszakban a vérvesztés miatt is ily magasságot ért el. Büzös folyás, jó pulsus, a nő elég jó habitusa putrid endometritis mellett szólt, melynek létrejövetelét a nyakcsatorna szűk volta, avagy a myomáktól áthatott méh hiányos összehúzódása folytán keletkezett lochiometra eléggé megmagyarázta. Esetleg egy submucosus myoma szétesését sem zárhatták ki. Méhüregöblítésekre (steril vízzel) a nő állapota javult, úgy hogy a 8. napon este a hő 37·0, a pulsus 96; a 9. nap reggelén rázóhideggel a hőmérsék 40°-ra, a pulsus 140-re szökik fel, a nő súlyos beteg benyomását teszi, úgy hogy felvették, hogy a sapraemia helyébe infectio lépett.

Tekintettel, hogy az infectio legkezdetibb szakában volt a nő, tekintettel továbbá arra, hogy a méh oly elváltozásokat mutatott, melyek egy későbbi műtétet amúgy is valószinűvé tettek, a további felszívódásnak elejét veendő, az infectio forrásának kiküszöbölése czéljából a méh eltávolítására határozta el magát Bäcker magántanár. A hüvely desinficiálása és a méhszáj összevarrása után Trendelenburgban laparotomiát végeztek és a méhet a széles szalagok és parametriumok lekötése, a hólyag és végbél letolása után az adnexumokkal együtt el-

távolítják. A hüvelynyilást nem zárják el, hanem a hüvely felől a peritoneális űrbe Mikulicz-tampont vezetnek. A nőnek ezentúl egyetlen rázó hideg sem volt, a következő 3 héten azonban még voltak hőemelkedései egy jobboldali csonkexsudatum következményeképen.

A kimetszett méh parametriumának venáiból tiszta staphylococcus-culturát kaptak. Mikroskop alatt az endometrium felületes elhalt rétegeiben, de mélyebben a myometriumban is, nemkülönben a parametriumnak gömbsejtes beszűrődéssel környezett venáiban Weigert szerint szintén kimutathatók voltak a coccusok.

A magyar irodalomban ez az első ilynemű eset.

Rotter Henrik: Nem tartja jogosultnak septikus gyermekágyi megbetegedésekben a méh kiirtását, mert ez csak akkor volna czélravezető, ha a fertőzés a méh határát túl nem lépte; ennek megállapítása pedig lehetetlenség. A Rókus-kórház szülészeti osztályán vaginális öblítésekkel (1 : 6000 sublimat) igen jó eredményeket érnek el; a sublimatot a leggondosabb cautelákkal alkalmazzák, a mérgezés legcsekélyebb tünetének jelentkezésekor a sublimat-öblítéseket beszüntetik. Heroikus beavatkozásnak tartja egy septikus legyengült betegnél ezt a nagy műtétet és az ép peritoneális üreget félti a műtét közben való fertőzéstől.

Minich Károly: Az esetet másként értelmezi ugyan, mint a bemutató, de nem osztja Rotter kartárs felszólalását sem és a végzett műtétet teljesen indokoltnak tartja.

A kiirtott méh, mely a benne fejlődött rostos daganatok következtében alakját teljesen elveszitette és leginkább egy végtag nélküli torzszülöttre emlékeztető képletet alkotott, 26 × 16 × 12 cm. méretű volt. Falzatában részint diffus, részint subserosus és submucosus rostos csomók vannak, a melyek a méh nyakcsatornai részén a legnagyobbak és egy férfiökölnyi félgömbszerű daganat alakjában elő is emelkednek. A méh üregе szabálytalanul öblözetes és belső felülete a szülés utáni állapotnak megfelelően czafatosan egyenetlen. Diphtheriás vagy genyes gyuladás a méhben nem volt kimutatható és mikroskopice is csak csekély fokú, a normális reactiv gyuladás fokát meg nem haladó gömbsejtes beszűrődés látszik a felületes rétegekben; ezzel szemben a parametriális kötőszövetben részint diffus, részint inkább az erek körül elhelyezett sűrű gömbsejtes gyuladás mutatható ki. A konkrét esetben nézete szerint sem septicaemiáról avagy pyaemiáról, sem sapraemiáról nem lehet szó, mert a méh bélsejének kisfokú gyuladása mellett a parametriális szövetben nagyobb terjedelmű, de azért még lokalizált gyuladást lehet felvenni. Arra kell tehát következtetni, hogy ezen gyuladás a méhfalzatban székelő rostos daganatok jelenléte folytán tökéletlenül összehúzódott méhből folytatólagos tovaterjedés útján jött létre és az észlelt kórjelenségek legfeljebb toxaemiás eredetűek voltak. Igaz ugyan, hogy a posteriori nem lehet megállapitani, hogy a műtéti beavatkozás nélkül nem állott volna-e be gyógyulás, de nézete szerint kétséget nem szenvedhet, hogy a végzett műtéttel a gyuladásosan beszűrődött terület feltáratott, a műtéti csonk genyedése lokalizáltatott és ennek ellenében egy daganatképződés folytán nagy mértékben beteg, functióját teljesiteni nem képes méh áldoztatott fel. A műtét tehát semmi esetre sem tekinthető adott esetben feleslegesnek és kétségkivül kedvezőleg befolyásolta a jelenlevő kórfolyamatot.

Különben sem osztja felszólaló Rotter azon véleményét, mintha a méh exstirpatioja puerperális infectiónál semmi körülmények között sem volna javalt. Ismertetvén a puerperalis infectio kétféle terjedési módját a nyirok- és a vérereken át, arra a conclusiora jut, hogy minden halálos gyermekágyi láz esetén van olyan időszak, a midőn a megbetegedés még csak lokális. Ha tehát a beavatkozás ezen időszakban történik, a műtét eredményes lesz. Az egyedüli nehézség nézete szerint az, hogy jelenleg még nem rendelkezünk olyan eljárással, a melylyel a gyermekágyi megbetegedés lefolyását prognostice meg lehetne határozni. Kiválóan súlyos esetekben azonban véleménye szerint javalt már ez idő szerint is a méh műtéti feláldozásával megelőzni a bizonytalan fejleményeket.

A mi végül a gyermekágyi láznak sublimat-öblítésekkel való kezelését illeti, szükségesnek tartja felemliteni azon veszélyeket, a melyekkel ezen eljárás kapcsolatos lehet. Felemlit egy esetet, a melyben egy négy hónapos elvetélésnél a szülésznő egy izben sublimat-irrigatiót alkalmazott és ennek következtében olyan súlyos higanymérgezés fejlődött ki, hogy a fiatal, egészséges szervezetű nő két hét multán higanymérgezésben elhalt. A sublimat desinficiáló hatása újabb vizsgálatok szerint különben is kérdéses, mert, mint ismeretes, a fehérjékkel a sublimat higanyfehérjévé alakul és tejesen elveszti hatását.

Vértes Károly: Statistikai adatok az ilyen esetekre nem lehetnek mérvadók, mert a legkülönbözőbb esetek vannak egy kalap alá vonva. Igy pl. az amerikai szerzők legtöbb esete adnextumorokra, medenczekötőszöveti abscessusokra vonatkozik, tehát lokalizált, nem általános betegségekre. Rotter azon megjegyzése, hogy sapraemiánál a műtétnek semmi jogosultsága sincs, nem lehet bizonyiték a jelen eset ellen, mert hisz itt infectioról van szó. Sapraemiánál természetesen alig lesz alkalmunk az indicatiót felállitani a méhkiirtásra, bár a gyermekágyi láz javalta első totalexstirpatio, a Schultze-féle eset épen ezen javalat alapján történt.

A sublimatos méhüregöblitésekkel elért jó eredmények érthetetlenek. Mikor még curette-tel sem vagyunk képesek a fertőzött rétegeket eltávolitani, hogyan érhetnénk ezt el méhüregöblitésekkel. Esetének készitményei is mutatják, hogy a myometrium mily mély rétegeibe hatolnak előre a mikroorganismusok.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A Basedow-kór lényegére vonatkozó vizsgálatairól számolt be *Hönnicke* a greifswaldi orvosegyesület május 6.-án tartott ülésén. Szarvasmarha pajzsmirigyének nedvét fecskendezte be házinyulakba, mire 5 eset közül háromban a Basedow-kór tünetei jelentkeztek. Ennek alapján előadó szerint a Basedow-kór tulajdonképen hyperthyreosis. Ennek megfelelően a kezelés sebészi kell hogy legyen: a pajzsmirigyből csak annyi tartandó meg, a mennyi a normális functiót elvégezni képes. Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Minkowski* nagyjából egyetértett előadó fejtegetéseivel. Felemlitette egy esetét, a melyben a Basedow-kór myxoedemába ment át, a melynek thyreoidinnel eltüntetése után ismét a Basedow-kór tünetei állottak elő. *Friedrich* Basedow-kór sok esetét megoperálta és mindig kedvező eredményt látott a beavatkozástól. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1905. 25. szám.)

Az eczema és a hypochlorhydria közötti összefüggésről tartott előadást *Marchoux* a párisi „Société médicale des hôpitaux" junius 16.-i ülésén. Több észleletét emlitette, mely szerint sósav belső használata után (4—5 csepp sósav egy pohár vizben minden étkezés után) a makacs idült eczema megszünt. (Semaine médicale, 1905. 25. szám.)

A narcylt mint köhögéstcsökkentő szert nagyon dicsérte *Berlioz* egy előadásában, melyet a párisi „Société de thérapeutique" május 10.-i ülésén tartott. Különösen tüdőgümőkór okozta köhögés ellen ajánlható nagyon a narcyl (sósavas aethyl-narcein), mert az étvágyat nem rontja, az emésztést, a vérkeringést és az idegrendszert nem kárositja, még huzamosabb használat esetén sem. Az adag 6—8 centigramm.

Tüdővérzés több esetében használta *Rouget* — a mint azt a párisi „Société médicale des hôpitaux" április 20.-án tartott ülésén emlitette, — az amylnitritet belégzés alakjában, azzal az eredménynyel, hogy a vérzés úgyszólván rögtön megszünt. Ez a kedvező hatás talán úgy magyarázható, hogy az amylnitrit a vérnyomást csökkenti és a peripheriás véredényekben vasodilatatiót okoz.

Struma és Basedow-kór kezelése Röntgen-sugarakkal. A „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien" junius 23.-án tartott ülésén *Stegmann* több esetről számolt be, a melyekben a struma, illetve a Basedow-kór tünetei Röntgen-sugarak hatására tetemesen visszafejlődtek, még pedig aránylag rövid idő alatt. Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Schiff* tanár két esete alapján megerősiti előadó nézetét a Röntgen-sugarak kedvező hatásáról struma eseteiben. A pajzsmirigyre való hatás nagyon kifejezett lehet, a nélkül, hogy a felette levő bőr bármiképen is megváltoznék. (Wiener klinische Wochenschrift, 1905, 26. szám, p. 705.)

Adat a gümőkór kezeléséhez czimmel tartott előadást *Berliner* a breslaui „Schlesiche Gesellschaft für vaterländische Kultur" orvosi szakosztályának május 19.-diki ülésén. A ricinus-olajat nagyon alkalmas vivőszernek találta különböző gyógyszerek subcutan bejuttatására. A ricinus-olaj érzéstelenitő hatása miatt benne suspendáltan olyan anyagok is fecskendezhetők a bőr alá, a melyek nagyon erős fájdalmakat okoznak. Tüdőgümőkór eseteiben nagyon jó eredménynyel használta a 40% mentholt vagy 20% eucalyptus-olajat tartalmazó ricinus-olajat, melyből hetenként egyszer fecskendezett be 5 cm³-t mélyen a gluteusokba. Újabban a ricinus-olaj helyett ennek egy származékát, a phloridzin-olajat használja eucalyptus-olajjal (Rp Ol. eucalypti 50·0; Ol. phloridzini 100·0) vagy mentholtal (Rp. Mentholi 40·0; Ol. phloridzini 100·0). Ezt is hetenként egyszer fecskendezi be az izmok közé 5 cm³ mennyiségben. Az előadáshoz füződött eszmecserében *Dyrenfurth* megemlitette, hogy ő is jó eredménynyel használta Berliner eljárását, és különösen pneumonia catarrhalis és bronchectasia eseteiben bizonyult nagyon eredményesnek ezen kezelésmód. A befecskendés helyén kivételesen jelentkező fájdalom és duzzadás ellen alkoholos borogatásokat ajánl. (Berliner klinische Wochenschrift, 1905. 28. szám.)

PÁLYÁZATOK.

1927/1905. szám.

Bars vármegye verebélyi járásában **Baracska** székhelylyel 14 községből álló közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket f **évi augusztus hó 17. napjáig** annál is inkább adják be, mert a később érkezett pályázati kérvényeket nem veszem figyelembe.

A választást 1905. évi augusztus 18. napján d. e. 10 órakor Baracskán a községházánál fogom megtartani.

A körorvos javadalmazása:

1. Törzsfizetés 1200 korona.
2. Fuvarátalány 200 korona.
3. Látogatási díjak a községekkel létrejött megegyezés szerint.

Végül megjegyzem, hogy a kézi gyógyszertár engedélyezése iránt a lépések megtéttettek.

V e r e b é l y, 1905. évi julius hó 12.-én.

Nedeczky, főszolgabiró.